

# **Les délinquants (non sexuels) à comportement violent chronique: proposition de programme**

Division de la recherche  
Recherche et développement correctionnels  
Service correctionnel du Canada

Ce rapport est également disponible en anglais. This Report is also available in English. Should additional copies be required they can be obtained from Correctional Research and Development, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Avenue, West, Ottawa, Ontario K1A 0P9. Veuillez vous adresser au Secteur de recherche et développement, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

Novembre 1995

**Rapport de recherche N° R-42**

## Table of Contents

<b>LES DÉLINQUANTS (NON SEXUELS) À COMPORTEMENT VIOLENT CHRONIQUE: PROPOSITION DE PROGRAMME</b>	<b>2</b>
<b>Table of Contents</b>	<b>3</b>
<b>Résumé</b>	<b>5</b>
<b>Introduction</b>	<b>6</b>
<b>Modèle conceptuel</b>	<b>8</b>
<b>Évaluation</b>	<b>10</b>
Évaluation des objectifs de traitement	11
Évaluation de la susceptibilité de réagir au traitement	12
Évaluation du degré de succès du traitement	13
<b>Groupe de consultation</b>	<b>14</b>
<b>Conception du programme</b>	<b>15</b>
Choix des candidats	16
Choix des établissements	18
Qualités du personnel	18
Description et durée du programme	19
Taille de l'échantillon	19
Aperçu des programmes de traitement	20
<b>Cadre de recherche</b>	<b>21</b>
<b>Résumé</b>	<b>22</b>
<b>Documents consultés</b>	<b>24</b>
<b><u>Annexe A</u> Objectifs de traitement et tests proposés</b>	<b>28</b>
<b><u>Annexe B</u> Facteurs de réaction</b>	<b>30</b>
<b><u>Annexe C</u> Critères d'admission</b>	<b>31</b>
<b>Figure 1 Plan de la recherche</b>	<b>32</b>
<b>Figure 2 Programme de maîtrise de la colère et des émotions</b>	<b>33</b>
<b>Figure 3 Programme de médiation cognitive</b>	<b>34</b>
<b>Remerciements</b>	<b>35</b>



## Résumé

Il s'agit ici d'une proposition qui porte sur des objectifs de traitement adéquats et qui présente un cadre de recherche pour l'évaluation d'un programme visant les délinquants (non sexuels) à comportement violent chronique. Le programme proposé est compatible avec les programmes actuels de Service correctionnel du Canada, mais il est plus intensif que la plupart, il relève d'un cadre conceptuel différent qui a été employé dans d'autres milieux, et il comporte un élément d'évaluation rigoureuse. Il est proposé que des interventions aient lieu sur une période de trois ans dans plusieurs milieux, et qu'il y ait des groupes témoins, l'un subissant un traitement différent (maîtrise de la colère) et l'autre ne subissant aucun traitement, de sorte qu'on puisse évaluer l'efficacité du programme sur la violence en établissement et sur la récidive après la libération.

Le programme comporte des mesures innovatrices et multiples relatives au style interpersonnel (personnalité), à l'impulsivité et aux sentiments agressifs. Les facteurs liés à la susceptibilité de réagir au traitement tiennent à la capacité du délinquant de réagir tant au contenu du programme qu'au modèle d'intervention, ainsi qu'à sa motivation à cet égard. Ces facteurs sont inclus dans le protocole d'évaluation de sorte qu'on puisse déterminer quels facteurs pourraient influencer sur la réaction du délinquant au traitement, ce qui est un facteur de plus en plus important pour tous les programmes. Les résultats de ces recherches seront par conséquent applicables à toute une gamme de programmes à l'intention des délinquants, dont la maîtrise de la colère, le traitement des délinquants sexuels et les programmes de base. On fera des comparaisons entre les types de délinquants violents et les résultats du traitement.

Le programme constitue une intervention poussée et il s'agit plus que d'une mesure éducative. Il est entendu que, pour réussir le programme proposé, le délinquant doit montrer qu'il a acquis des habiletés et qu'il peut les appliquer. Parmi les objectifs visés par les divers volets du traitement, mentionnons les suivants : les sentiments agressifs; la colère et l'activation; les distorsions cognitives au sujet de la violence, l'impulsivité et l'autocontrôle. Les délinquants violents sont un groupe divers dont les besoins sont différents sous ces aspects.

Les questions et la méthode spécifiques de recherche, une batterie préliminaire de moyens d'évaluation, un aperçu des volets du traitement et un processus de consultation sont présentés dans la proposition.

## Les délinquants (non sexuels) à comportement violent chronique : proposition de programme

### Introduction

Le Service correctionnel du Canada (SCC) juge de la plus haute importance pour la protection de la société canadienne l'identification et le traitement efficace des délinquants à comportement violent chronique. Ce mandat est clairement exprimé dans les établissements, et deuxième objectifs organisationnels, lesquels portent sur l'évaluation, le traitement et la gestion des délinquants à comportement violent, d'une part, et sur la réduction de la violence dans les établissements, d'autre part. Dans le cadre d'une formation récemment donnée par le Service, on a intégré des connaissances récentes sur l'évaluation du risque en vue d'améliorer notre capacité de détecter le risque chez les délinquants et d'y réagir. Comme une telle évaluation suppose à la fois l'identification des situations de risque et la gestion nécessaire du niveau de risque présenté par les délinquants, l'intervention est par conséquent un volet important du processus de gestion du risque. Plusieurs initiatives ont donné lieu à toute une série d'études dont il faudrait s'inspirer pour élaborer des programmes visant les délinquants (non sexuels) à comportement violent chronique : (i) l'examen des stratégies pour la gestion des délinquants sexuels et à risque élevé (Motiuk, Belcourt et Bonta, 1995; Stratégie nationale pour le traitement des délinquants sexuels, SCC, 1995); (ii) examen de la littérature sur l'évaluation et le traitement des délinquants violents (Blackburn, 1993; Rice, Harris, Quinsey et Lang, sous presse; Serin, 1994); (iii) les questions ayant un effet sur la susceptibilité de réagir au traitement chez les délinquants (Forum on Corrections Research, 1995); (iv) plusieurs résumés récents de bons programmes correctionnels, dont des procédures méta-analytiques, sont maintenant disponibles (p. ex., Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau et Cullen, 1990; Gendreau, sous presse; Gendreau, Little et Coggin, 1995; Lipsey et Wilson, 1993).

Aux fins de la présente initiative, le délinquant à comportement violent chronique est défini comme il suit : personne qui a commis de nombreux délits violents graves soit dans sa jeunesse, soit à l'âge adulte; personne qui a souvent eu un comportement violent en institution (p. ex., en faisant des menaces ou en commettant des voies de fait contre le personnel ou des délinquants); personne qui a *utilisé* fréquemment une arme en commettant ses crimes; personne qui a souvent des accès de colère, non attribuables à une psychose ou à un trouble mental manifeste. Il s'agit de cerner un groupe de délinquants qui ont fréquemment un comportement violent et qui choisissent leurs victimes relativement sans discrimination. On offrirait alors à ce groupe de délinquants à risque élevé des possibilités différentes de traitement à des fins de comparaison. L'objectif consiste expressément à offrir un programme intensif à ce groupe de délinquants qui ont commis des infractions graves. Les protocoles actuels d'évaluation initiale, les dossiers sur les antécédents criminels, les rapports de

police et les dossiers du tribunal serviront à l'identification de candidats possibles pour la réalisation du programme.

Il existe toute une gamme de programmes correctionnels visant à répondre aux besoins des délinquants violents en général. Mentionnons notamment les programmes axés sur les troubles de la personnalité, le traitement des délinquants sexuels, l'acquisition des compétences psychosociales cognitives, la maîtrise de la colère et des émotions, les programmes de lutte contre la toxicomanie et d'élimination de la violence familiale. En outre, des programmes de maîtrise de la colère ont été offerts aux délinquants depuis une décennie, même si peu de résultats ont été publiés. Aussi, on procède est actuellement à l'inventaire des programmes visant les délinquants violents : on tiendra compte notamment des «meilleures pratiques». Il faut faire observer que ces programmes diffèrent quant à leur orientation, à leur intensité et à leur direction, et que, pour l'heure, leur efficacité reste largement à démontrer.

Pour obtenir une efficacité maximale dans le traitement des *délinquants* (non sexuels) à *comportement violent chronique*, nous devons repérer dans la littérature sur l'évaluation et le traitement une stratégie prometteuse répondant à leurs besoins bien particuliers de traitement. Dans une telle stratégie, il faudrait envisager des aspects théoriques, tenir compte des techniques d'évaluation les plus récentes, examiner les facteurs relatifs à la conformité et à la susceptibilité de réagir au traitement, et maintenir une rigueur méthodologique. L'élaboration de modèles théoriques procurerait un cadre global d'intervention et permettrait la vérification d'hypothèses spécifiques au sujet de l'intervention et de son rapport avec le résultat. Aussi, l'intégration des dernières nouveautés en matière d'évaluation est cruciale pour que l'on puisse mesurer les objectifs de traitement nécessaires et déterminer le degré de succès du traitement. Même si la connaissance du risque posé par les délinquants et l'évaluation des besoins ont fait des progrès considérables depuis une décennie, il y a eu peu de faits nouveaux relativement à la mesure de ces facteurs, à quelques exceptions près. Enfin, il est important d'inclure des facteurs relatifs à la susceptibilité de réagir au traitement (p. ex., l'âge, l'ethnie, la motivation) parce que les délinquants à risque élevé ont souvent démontré être réfractaires au traitement. Même un traitement dont le degré de succès est limité pour les délinquants (non sexuels) à comportement violent chronique pourrait avoir une incidence beaucoup plus prononcée sur les taux de récidive qu'un traitement dont le succès est modeste chez les délinquants à risque plus faible.

L'élaboration d'un programme conçu expressément à l'intention de ces délinquants est crucial parce qu'on a constaté que la simple participation à un programme de traitement est insuffisante pour que se produisent des changements fondamentaux pour diverses mesures des attitudes et du comportement qui sont à la source de la violence. Heureusement, la littérature sur le traitement correctionnel relève les caractéristiques de bons fournisseurs

de programmes qui devraient être intégrés dans le traitement des délinquants fortement réfractaires (Gendreau, sous presse; Miller et Rollnick, 1991). Il faudra toutefois perfectionner les méthodes pour examiner les paramètres de l'efficacité du traitement. De façon optimale, si on pouvait déterminer quels délinquants réagissent le mieux à quels éléments d'une intervention particulière, on pourrait mieux déterminer quels délinquants doivent bénéficier de quelles ressources de traitement. Même s'il s'agit d'une initiative à l'essai, il est impérieux que soit respecté le plus haut niveau d'intégrité dans le programme, compte tenu de la littérature courante. Il est tout aussi important que soit élaboré un programme complet de recherche qui serait en parallèle avec la prestation des services. Un tel programme nous permettrait d'obtenir des données qui pourraient ensuite servir dans les décisions à prendre ultérieurement sur des questions telles la modification des stratégies d'évaluation, le contenu du traitement et les critères de sélection.

Le but du présent projet serait par conséquent le suivant : (i) élaborer un programme modèle conceptuel à l'intention des délinquants (non sexuels) à comportement violent chronique et en évaluer l'efficacité; (ii) examiner la relation entre les variables de traitement dynamiques et la récidive; (iii) faire progresser les stratégies d'évaluation pour les délinquants (non sexuels) à comportement violent chronique pour les intégrer aux programmes actuels de maîtrise de la colère, de sorte que l'on dispose d'un mode d'évaluation plus uniforme pour la répartition des ressources de traitement. Le programme de traitement, de par sa conception et son intensité, doit être davantage qu'un exercice psychopédagogique. Non seulement le délinquant doit-il montrer qu'il a acquis des habiletés après le traitement, mais il devrait y avoir un mécanisme pour mesurer l'application des habiletés.

## **Modèle conceptuel**

La violence est un phénomène complexe comportant des facteurs déterminants multiples. Il existe toutefois de plus en plus de preuves que les délinquants (non sexuels) à comportement violent chronique ont tous des caractéristiques qui les prédisposent à réagir violemment devant un problème ou à recourir à la violence pour obtenir un certain résultat. Plusieurs modèles (Novaco, 1994; Serin et Kuriychuk, 1994; Zillman, 1988) mettent en relief l'importance de l'activation et du mode cognitif pour déterminer si une personne réagira avec violence. Ces modèles définissent, d'un point de vue théorique, des objectifs de traitement qui doivent être évalués et modifiés, pour qu'un programme de traitement soit efficace. Ces objectifs de traitement portent notamment sur les sentiments agressifs, la colère et l'activation, les distorsions cognitives au sujet de la violence, l'impulsivité et les déficiences en matière d'autocontrôle. L'on croit également que les délinquants (non sexuels) à comportement violent chronique sont différents quant à l'importance relative de chacune de ces notions. C'est-à-dire que les délinquants violents sont hétérogènes et divers, et qu'il faut une intervention dirigiste.

Brièvement, ces modèles mettent l'accent sur le rôle central des *sentiments agressifs* ou sur la carte cognitive dans la vigilance des délinquants par rapport à des événements antérieurs et à leur maîtrise de l'activation et de l'impulsivité. La *colère* est un précurseur important de la violence (Novaco, 1994), mais tout comportement violent n'est pas déclenché par une activation ou une colère accrue. C'est-à-dire que la violence chez certains délinquants est instrumentale ou sert à obtenir un résultat donné. Le *mode cognitif* semble utile pour l'identification des délinquants dont l'égoïsme et le manque d'égards à l'égard des autres est déterminant dans leurs interactions, y compris la violence instrumentale. La littérature sur la carte cognitive (Novaco et Welsh, 1989; Serin et Kuriyuchuk, 1994) et sur les déficiences relatives au traitement de l'information sociale (Dodge, 1986) indique que les personnes à comportement violent chronique manifestent des *distorsions cognitives* au sujet du conflit interpersonnel, qu'il soit réel ou imaginé. Leur carte cognitive leur fait croire que les autres agissent avec malveillance, ce qui les pousse à commettre une agression préventive et à avoir un point de vue égoïste (c.-à-d. à recourir de façon justifiée, croient-elles, à la violence). Pour mesurer ces déficiences, on a eu recours à des vignettes ou à des histoires hypothétiques (Dodge, 1986), à des systèmes d'évaluation interpersonnels (Agee, 1990) et à des questionnaires d'autoévaluation (Bettman, 1995; Slaby et Guerra, 1988; Serin et Kuriyuchuk, 1993).

L'*impulsivité* est également considérée comme un facteur important de la violence chez les délinquants en ce sens que les déficiences ont trait à la maîtrise ou à l'autocontrôle du comportement, c.-à-d. à une faible inhibition du comportement (Barratt, 1994). L'impulsivité est considérée soit comme l'incapacité de réfléchir, soit comme l'intervalle entre un événement donné et la réaction de l'individu. L'agression a été associée à l'impulsivité sous divers aspects : activité motrice (agir sans réfléchir); activité cognitive (prendre des décisions rapides); et absence de planification (désintéressement au sujet des conséquences). Pour maîtriser l'impulsivité ou améliorer l'autocontrôle, il faut donc reconnaître qu'il y a une activation accrue et recourir à des stratégies concurrentes, mieux résoudre les problèmes et juger plus clairement des conséquences. L'*autocontrôle* par conséquent ne consiste pas tout simplement à retarder la réaction chez l'individu, mais aussi à faire en sorte qu'il retienne certaines réactions. En outre, l'impulsivité est en partie une fonction de la méthode de mesure utilisée et elle est jugée avoir deux dimensions, soit cognitive, soit comportementale (Barratt, 1994; White, Moffit, Caspi, Bartusch, Needles et Stouthamer-Loeber, 1994). L'enquête de Newman sur l'autocontrôle chez les délinquants l'a amené à identifier un groupe de délinquants chez qui la désinhibition survient le plus souvent lorsqu'ils ont des comportements axés sur des buts ou qu'ils ont les facultés affaiblies parce qu'ils subissent une crise émotionnelle extrême ou qu'ils ont consommé des substances psychoactives (Newman, 1990; Newman et Wallace, 1993a). Cette recherche sur l'autocontrôle indique que les délinquants peuvent réagir différemment à propos

de la meilleure stratégie leur permettant de maîtriser leur comportement impulsif (Newman et Wallace, 1993a, 1993b). Les questions de *carte cognitive*, d'*activation* et de *désinhibition* doivent être intégrées dans un modèle théorique concernant les délinquants violents et dans un guide d'intervention (Novaco, 1994; Serin et Kuriychuk, 1994).

## Évaluation

Un facteur important dans l'évaluation et le traitement des délinquants violents tient à leur hétérogénéité. Les délinquants diffèrent pour ce qui est de facteurs démographiques, mais aussi de leurs antécédents de développement, de leurs antécédents criminels, de leurs besoins criminogènes et de leurs habiletés. Pour les délinquants violents, il faut aussi tenir compte d'autres facteurs tels le degré de planification, la colère (maîtrise insuffisante), l'hostilité (trop grande maîtrise), les blessures causées aux victimes, l'intérêt pour les armes, les caractéristiques du développement du comportement violent, les signaux motivationnels et le sentiment d'affiliation de la victime. Les délinquants ayant commis la même infraction répertoriée pourraient par conséquent nécessiter des traitements différents, même s'il peut exister certains chevauchements. En raison de cette hétérogénéité et de la diversité des signaux proximaux ou des situations à risque élevé, il pourrait être utile d'adopter un cadre de prévention des rechutes en individualisant les efforts d'évaluation et de traitement. Cette formule a été appliquée avec succès auprès de populations de délinquants qui sont toxicomanes (Annis, 1986) ou qui ont commis des infractions sexuelles (Marques, Day, Nelson et West, 1994; Pithers, 1990). Une telle formule correspond également aux principes de la gestion efficace du risque. En fixant comme objectifs de traitement les situations à risque élevé, on peut examiner et suivre ces situations lorsque le délinquant est sous supervision dans la collectivité. Il est possible de s'inspirer d'études réalisées au sujet des délinquants sexuels (California Department of Mental Health, Sex Offender Treatment and Evaluation Project, 1988) pour évaluer la compréhension chez les délinquants des situations à risque élevé (en établissement ou dans la collectivité), les principes de la prévention des rechutes et la compétence dans la réaction à ces situations. Pour la présente proposition, les principes relatifs à la prévention des rechutes seront pris en compte dans le contenu du programme et seront repris à l'occasion de séances hebdomadaires individuelles et des tâches à accomplir soi-même.

On a de plus en plus recours aux modèles cognitivistes dans les efforts d'intervention auprès des délinquants (Andrews et Bonta, 1994; Blackburn, 1993). En outre, des méthodes moins structurées ne se sont pas révélées efficaces auprès des populations de délinquants (Gendreau, sous presse). Les meilleures pratiques pour de bons programmes correctionnels ont été décrites par Andrews et ses collègues (Andrews et Bonta, 1994) et ont été étayées dans des critiques méta-analytiques récentes d'écrits sur le traitement (Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau et Cullen, 1990; Gendreau, Little et Goggin,

1995). Ces éléments ont aussi été cautionnés par des défenseurs du traitement des délinquants souffrant de troubles mentaux (Rice et Harris, 1993; Rice, Harris, Quinsey, Harris et Lang, sous presse).

L'examen des programmes conçus pour répondre aux besoins de traitement de délinquants violents donne lieu à un consensus raisonnable au sujet des aspects à cibler dans un programme de traitement (Blackburn, 1993; Rice, Harris, Quinsey et Cyr, 1990; Serin, 1994). En raison peut-être de l'hétérogénéité des délinquants et des perspectives théoriques différentes qui guident l'élaboration des programmes à l'intention des délinquants, on s'entend peu sur l'importance relative de chacun de ces aspects et sur l'ordre de présentation souhaité dans un programme de traitement. D'un point de vue clinique, il semblerait préférable d'établir les éléments des programmes pour qu'ils soient progressifs, de sorte que la connaissance et la maîtrise d'une habileté soient préalables à la prochaine étape dans le processus de traitement. Le traitement doit également être prescriptif (c.-à-d. relatif aux besoins particuliers de traitement d'un délinquant). Plus expressément, le traitement ne devrait être offert que lorsqu'il est manifeste que le délinquant a des déficiences ou des besoins particuliers. Il est donc essentiel de procéder avant le traitement à une évaluation des besoins des programmes pour assurer la bonne affectation des ressources.

### **Évaluation des objectifs de traitement**

Les concepts psychologiques mentionnés plus tôt d'après des modèles conceptuels peuvent être traduits directement en objectifs de traitement. Il s'agit des concepts suivants : colère (définition, signaux de colère, déclencheurs de la colère, apprentissage de la relaxation et connaissances); traitement cognitif (sentiments agressifs, attentes et évaluations, préjugés d'attribution); maîtrise des impulsions; solution de problèmes; toxicomanie; habiletés sociales et de communication; apprentissage de l'affirmation de soi; empathie (rôle de la victime); raisonnement moral; attitudes et associations criminelles. Les deux derniers éléments semblent beaucoup contribuer au maintien du comportement criminel violent. Il faut chercher à éliminer le soutien par les pairs en matière de comportement antisocial et violent et trouver des moyens de soutien différents dans le cadre du processus de suivi pour conserver les bienfaits du programme de traitement (Andrews et Bonta, 1994; Andrews, Young, Wormith et Searle, 1973). Une fois établis ces contenus ou objectifs de traitement, il est possible de déterminer les déficiences liées à des habiletés spécifiques qu'il faut corriger dans le programme de traitement. Il est important que le délinquant montre qu'il peut autant acquérir des habiletés (c.-à-d. faire un nouvel apprentissage) et en appliquer (c.-à-d. faire une généralisation et utiliser ces habiletés dans des contextes différents).

Il faut élaborer des stratégies  *multiples*  d'évaluation propres à chaque délinquant pour  *chacun*  de ces objectifs. Il existe des mesures dans certains cas, mais l'une des faiblesses remarquables (Serin, 1994) a tenu jusqu'à

maintenant à la fiabilité accordée aux mesures d'autoévaluation des besoins de traitement et du succès obtenu. On trouvera à l'annexe A une batterie préliminaire de mesures pour chaque objectif de traitement. Il s'agit d'une liste exhaustive, mais avec l'informatisation de nombreuses échelles d'autoévaluation, il faudra moins de temps pour administrer les tests, améliorer la conformité et saisir les données. Il est important d'avoir une perspective aussi globale pour accomplir la fonction de recherche de cette proposition de programme de traitement. Il faut aussi tenir compte dans les stratégies d'évaluation des mesures du comportement, des antécédents détaillés, des styles de relations interpersonnelles dans divers milieux et selon différents évaluateurs au sein de l'établissement, et prévoir une synthèse des variables des antécédents criminels, ainsi que l'autoévaluation. Les évaluations par les pairs peuvent également être utiles, mais elles peuvent être difficiles à appliquer en pratique. Évaluation informatisée, tests papier-crayon, entrevues cliniques et jeux de rôles, tous ces éléments devraient être intégrés dans une vaste batterie d'évaluation. De façon optimale, il devrait y avoir une convergence entre les diverses méthodes de mesure du même concept.

On s'entend moins au sujet de l'intensité du traitement nécessaire dans un cas particulier, mais on peut déduire que les cas qui présentent des risques plus élevés et qui ont des besoins plus prononcés exigent une intervention plus intense. C'est que, plus spécifiquement, ces cas sont plus réfractaires au changement et ont des habiletés de base plus faibles. Il peut toutefois y avoir un plafond ou une limite à l'intensité de l'intervention et du degré de succès anticipé (Serin, 1995). Le traitement qui est plus intensif ou de plus longue durée ne doit pas être vu comme une panacée, mais plutôt comme une stratégie importante de gestion des délinquants à comportement chronique violent.

Même si certains maintiennent que les délinquants sexuels et non sexuels ont des besoins de traitement similaires (Quinsey, Rice, Harris et Lalumière, 1993), il reste des différences importantes au sujet de l'évaluation et du traitement (Motiuk, Belcourt et Bonta, 1995; Stratégie nationale pour le traitement des délinquants sexuels, SCC, 1995; Prentky, 1995). On constate par ailleurs, si on examine les objectifs de traitement dans les programmes à l'intention des délinquants sexuels, qu'il y a d'importants chevauchements avec les objectifs pour les délinquants non sexuels (voir la Stratégie nationale pour le traitement des délinquants sexuels, SCC, 1995). On a aussi laissé entendre que les variables qui prédisent la récidive chez les délinquants non sexuels peuvent également s'appliquer aux délinquants sexuels (Quinsey, Rice, et Harris, 1995). C'est donc que le succès obtenu dans l'évaluation et le traitement des délinquants (non sexuels) à comportement violent chronique pourrait s'appliquer au traitement et à la gestion des délinquants sexuels.

### **Évaluation de la susceptibilité de réagir au traitement**

On a décrit la susceptibilité de réagir au traitement comme un concept vague, bien qu'il soit essentiel pour que nous puissions mieux comprendre

comment le traitement peut être efficace. Si les efforts pour expliquer ce qu'on entend par la susceptibilité de réagir au traitement n'ont pas connu trop de succès (Heilbrun, Bennett, Evans, Offult, Reiff et White, 1992), les paramètres qui y sont associés ont été établis. Certains (p. ex., la réaction au traitement antérieur et le désir de subir un traitement) ont été intégrés dans une échelle d'autoévaluation (Baxter, Marion et Goguen, 1995). Des aspects connexes ont également été inclus dans des mesures de participation des délinquants au traitement (Ogloff, Wong et Greenwood, 1990). On a aussi examiné l'à-propos du traitement particulier (Heilbrun et coll., 1992).

Marques et ses collègues ont également reconnu l'importance du degré de succès du traitement et ont élaboré des échelles d'évaluation du comportement pour tenir compte de la compétence accrue qui correspond au comportement après le traitement (Marques et coll., 1994). Enfin, les évaluations séquentielles des besoins des délinquants, par les travailleurs sociaux, sont associées au comportement après la libération (Motiuk et Brown, 1994), de sorte que, si la mesure des facteurs dynamiques est améliorée, il en sera de même des prédictions sur le comportement après le traitement. On trouvera à l'annexe B les facteurs de réaction, bien qu'il faudra élaborer des mesures spécifiques pour ce projet. Il est important toutefois de ne pas confondre le degré de succès du traitement et l'évaluation de la susceptibilité de réagir au traitement, de sorte que seulement les personnes qui réagissent au traitement soient jugées traitables. Au contraire, la susceptibilité de réagir au traitement pourrait être améliorée par des séances d'orientation préalables au traitement. Autre façon de conceptualiser ce dilemme : considérer les délinquants comme différents pour ce qui est de leur état de préparation au traitement (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992). On pourrait ensuite contrôler statistiquement cet aspect dans l'analyse des données.

De même que pour l'évaluation des objectifs de traitement, il faut mesurer les facteurs de réaction en ayant recours à des stratégies diverses et à des moments multiples pendant le traitement. Les mesures du processus peuvent être des facteurs dynamiques instructifs pouvant contribuer à l'identification des délinquants qui réagissent le mieux à certains éléments de l'intervention.

## **Évaluation du degré de succès du traitement**

L'examen du degré de succès du traitement commence par une description claire de ce que le programme est censé procurer, p. ex., des connaissances, des habiletés et des attitudes spécifiques, lesquels étaient présumément absentes avant le traitement. Il faut évaluer le succès obtenu pour chaque objectif de traitement (voir ci-dessus) et l'amélioration consécutive au traitement est une mesure du succès du traitement. Comme les délinquants ne sont pas tous au même niveau au départ, le degré de succès du traitement doit être exprimé en termes relatifs plutôt qu'absolus (le succès du traitement sera comparativement moins élevé pour les délinquants possédant de plus

fortes habiletés que pour les délinquants qui en possèdent de plus faibles). Une mesure absolue est également souhaitable pour qu'on puisse déterminer s'il existe un seuil relatif à l'acquisition d'une habileté donnée.

Une autre mesure du succès du traitement des délinquants violents a trait à la diminution de la violence en établissement. Encore une fois, par rapport au niveau de départ (avant le traitement), il est établissement de déterminer si les délinquants qui ont subi un traitement commettent moins fréquemment des agressions, tant physiques que verbales, qui sont aussi moins fréquentes et moins graves en établissement. On pourrait inclure dans les dossiers de l'établissement des observations sur le comportement faites par le personnel de sécurité et par les instructeurs en atelier qui ont obtenu la formation nécessaire (même si l'on reconnaît qu'il s'agit d'une tâche qui prend beaucoup de temps et qu'il est difficile d'obtenir des évaluations fiables).

Ces mesures du succès du traitement obtenues en cours de programme ne doivent pas être confondues avec la généralisation relative aux effets à long terme, comme la récidive. Pour ce qui est de la libération, plusieurs mesures du degré de succès du traitement sont possibles. En premier lieu, on peut évaluer l'incidence de la participation au programme en examinant le taux de passage à un milieu sécuritaire moins rigoureux, les possibilités de libération (PSAS, PSSS, semi-liberté, libération conditionnelle totale), ou le maintien de la détention. On disposerait de taux valables de comparaison si on avait un groupe témoin qui ne subit aucun traitement ou un groupe témoin qui subit un traitement différent. Une fois la libération obtenue, l'évaluation du degré de succès du traitement se fait en fonction du taux d'échec. Parmi les mesures de comportement dans la collectivité, on pourrait inclure le respect des conditions spéciales et le suivi du traitement, le type d'échec et le temps écoulé jusqu'à l'échec. On a aussi obtenu un certain succès en utilisant des évaluations d'adaptation dans la collectivité (Motiuk et Brown, 1993). Il est nécessaire d'établir un protocole pour le codage des données et les sources des données, mais il faut en même temps tenir compte des procédures actuelles à la Section de la recherche et du développement correctionnels.

## **Groupe de consultation**

Pour faire en sorte que la proposition soit tout à fait à la fine pointe pour ce qui est de l'évaluation, du traitement et de la gestion des délinquants violents présentant des risques élevés, un processus de consultation a été élaboré. Une version antérieure de la proposition a donc été examinée de sorte que le produit final soit une proposition de très haut calibre répondant à des normes externes et théoriques élevées, de même qu'à la réalité pratique. La méthode proposée a été améliorée par le processus de consultation, mais la responsabilité du produit final incombe au gestionnaire de projet, et non aux consultants. Les consultants ont des antécédents divers, de sorte que les efforts ont été complémentaires. Chacun a examiné la proposition et communiqué des observations écrites,

lesquelles ont été intégrées dans la présente version de la proposition. Aussi, un groupe d'experts s'est réuni pour discuter en détail de chaque aspect du programme de traitement, de la méthode et du plan de recherche.

## Conception du programme

L'un des principaux obstacles à l'évaluation de l'efficacité du programme a été la faiblesse des méthodes (Quinsey et coll., 1993) ce qui est particulièrement remarquable dans le domaine des délinquants violents (Serin, 1994). Heureusement, la littérature sur le traitement des délinquants sexuels, laquelle, comme par hasard, est analogue à celle qui porte sur le traitement des délinquants violents, relève les points critiques à considérer (Marques et coll., 1994; Quinsey et coll., 1993). Comme il s'agit d'un projet pilote visant à enrichir les programmes ultérieurs à l'intention des délinquants à comportement violent chronique, il est essentiel que la méthode respecte les normes contemporaines. Par ailleurs, pour respecter ces exigences, il faut avoir recours à beaucoup de ressources et faire une planification soignée.

Après beaucoup de discussions, il est apparu qu'il y avait deux options claires au sujet de la façon de concevoir et de définir l'objectif du programme proposé. Dans un premier temps, il s'agissait d'identifier à priori les «types» de délinquants violents et de les apparier à un type spécifique d'intervention. Les types seraient proposés d'après la théorie de la personnalité ou des cinq grands types de personnalité, et d'après un certain travail préliminaire sur les typologies des délinquants violents. Ces types correspondent en gros aux objectifs de traitement décrits antérieurement. Cette stratégie contribuerait à maximiser les recherches relatives à l'hétérogénéité et à l'intervention prescriptive. On a exprimé la réserve qu'il n'existe aucune preuve empirique servant à étayer cette façon de procéder et qu'il pourrait arriver que certains délinquants ne subissent pas le traitement que leur convient. Dans un deuxième temps, il s'agissait de conceptualiser un régime de traitement différent (programme de médiation cognitive) et d'en faire la comparaison avec les programmes actuels (habiletés de base, programme de maîtrise de la colère et des émotions) dans le même milieu. Les délinquants *doivent* être affectés au hasard à l'un ou l'autre des programmes, qui seraient d'une durée similaire. Les délinquants dans chaque programme seraient appariés en fonction du niveau de risque (pointage d'ISR) et de l'âge. Il faudrait examiner après coup les questions relatives à l'hétérogénéité et à la susceptibilité de réagir au traitement, bien que cette stratégie a été jugée supérieure en ce sens qu'elle garantit un programme d'intégrité clinique démontrée tant pour le groupe subissant le traitement que le groupe témoin. C'est donc que le programme, malgré son caractère d'essai, ne nuirait pas aux exigences opérationnelles. Il serait également possible, ce qui est important, de procéder à des examens ultérieurs de l'efficacité du programme, de la conformité des délinquants et de l'hétérogénéité des délinquants. Il serait aussi quand même possible de tenir compte d'autres sujets témoins (ne subissant pas

de traitement) et de comparer des cohortes. Le plan de recherche est présenté à la figure 1.

Le problème de la non-conformité chez les délinquants ou de l'abandon du traitement a des conséquences pratiques et méthodologiques. Si les taux de non-conformité sont élevés, il s'agit d'une indication qu'un programme n'est pas suffisamment efficace, du moins pour ceux qui abandonnent le traitement. Si les taux de non-conformité sont différents pour le programme de traitement et le programme témoin de traitement différent, il survient des problèmes méthodologiques bien particuliers. En effet, faute de tenir compte de cette question, on peut donner à penser que le traitement ne fonctionne que dans le cas de ceux qui n'en n'avaient pas réellement besoin. Voici quelques solutions possibles à cette difficulté : (i) interroger les personnes qui abandonnent le traitement pour déterminer les taux pour chaque groupe ainsi que les facteurs contribuant à la non-conformité; (ii) procéder aux analyses à deux reprises, la première en incluant les personnes qui abandonnent le traitement et la deuxième en les excluant; (iii) comparer les personnes qui abandonnent le traitement avec celles qui le terminent selon des variables applicables; (iv) comparer les taux d'échec pour des délinquants semblables (p. ex., le niveau de risque, l'âge, les infractions répertoriées) dans des groupes témoins et des groupes assujettis à un traitement, pour les personnes qui abandonnent le traitement et celles qui le mènent à terme.

### **Choix des candidats**

Les critères d'admission sont présentés à l'annexe C. Si le candidat est à deux ans de sa libération, il sera plus facile de faire le suivi de la récidive (sauf si un délinquant participant est détenu ultérieurement). Le manuel du programme n'a pas encore été rédigé, mais il tiendra compte des travaux de Slaby et Guerra (1990), dont la méthode s'apparente à la solution de problèmes. La collecte des données se fera en plusieurs vagues et sur un plan longitudinal, et on recueillera des renseignements précis sur les taux de conformité et les abandons de traitement. Les évaluations se feront avant le traitement, pendant le traitement (à plusieurs reprises pour les mesures du processus) et après le traitement. Le groupe non assujetti au traitement, le groupe témoin assujetti à un traitement (programme de maîtrise de la colère et des émotions) et le groupe assujetti au traitement (programme de médiation cognitive) subiront tous l'évaluation complète avant et après le traitement. Outre une batterie normalisée pour ces phases, des mesures convenant expressément au contenu du programme seront appliquées pour chaque vague d'évaluation. Par exemple, on établira les antécédents sociaux et criminels détaillés et on ne procédera à une évaluation clinique qu'avant le traitement. En outre, on élaborera des mesures de compétence relativement à la connaissance et au comportement (c.-à-d. l'acquisition et l'application des habiletés) pour chaque objectif de traitement de sorte que les délinquants comprennent le contenu du programme et puissent l'appliquer à leur situation. Des évaluations abrégées auront lieu à des

intervalles de suivi de six mois, y compris dans la collectivité pour les délinquants qui ont été libérés.

## **Choix des établissements**

Avant le début, il faudra établir un aperçu du programme qui tienne compte des principes fondamentaux. Les établissements devront être choisis et le personnel de traitement devra être recruté. Même s'il est nécessaire que le personnel ait une expertise clinique et une expérience correctionnelle étendues, il faudra qu'il reçoive une formation supplémentaire pour que le programme soit exécuté de façon uniforme. Les objectifs de traitement ont été déterminés et un cadre cognitiviste a été proposé, mais le personnel clinique devra collaborer à l'élaboration du manuel de traitement (il existe déjà au départ plusieurs manuels). Ce sera une façon d'y intégrer leur expérience collective et de susciter leur intérêt pour le projet. On tiendra compte aussi des «meilleures pratiques» qui seront recensées dans l'inventaire encore à faire.

Pour ce qui est des caractéristiques du milieu, un certain nombre de chercheurs recommandent que le programme de traitement se passe dans un secteur spécialisé dans un établissement pour que soit maximisée l'interaction thérapeutique, qu'il y ait un suivi permanent par le personnel et que soient limitées les interactions négatives avec les pairs, soit les autres délinquants qui ne participent pas au programme de traitement (Cooke, 1989; Ogloff, Wong et Greenwood, 1990). Une telle exigence a des incidences pratiques, mais elle est souhaitable. Comme ce programme vise les délinquants en milieu à sécurité moyenne ou maximale, seulement un centre psychiatrique régional répondrait à une telle exigence. S'il s'agissait là d'une exigence pour le choix de l'établissement, il pourrait être difficile de l'appliquer en d'autres milieux. Certains établissements possibles pourraient toutefois être en mesure de désigner une rangée ou une unité pour le programme, laquelle pourrait devenir avec le temps exclusivement une rangée de traitement. La désignation d'une rangée faciliterait la formation du personnel et la fiabilité des observations du comportement. Il faudrait interroger les responsables des établissements possibles au sujet de la viabilité d'un tel arrangement.

## **Qualités du personnel**

Il est proposé qu'un *programme de traitement* à l'essai soit offert à trois endroits différents, dans des régions différentes, sur une période de trois ans. Pour chaque programme, il faudrait deux dispensateurs ou cliniciens, un psychologue possédant un doctorat, ainsi qu'un travailleur social ou une infirmière ou un agent de gestion des cas, de préférence possédant un diplôme de deuxième cycle. Il serait préférable que des cliniciens du service soit détaché à ce projet pour sa durée. Le budget devrait prévoir les dépenses nécessaires à leur remplacement temporaire.

## **Description et durée du programme**

Le programme durera six mois et prévoira un suivi, soit des activités après traitement sous la forme de réunions de groupe hebdomadaires. Pour la période de démonstration sur 3 ans, la participation sera fermée. Dès que le groupe de 10 délinquants aura commencé, on ne pourra en admettre d'autres tant qu'un nouveau groupe ne commencera pas. Le programme consistera en 4 demi-journées de travail en groupe et d'au moins deux séances individuelles par semaine. Chaque clinicien jouera le rôle de thérapeute principal pendant la moitié du groupe. Les dispensateurs du programme se rencontreront à toutes les semaines pour une demi-journée pour examiner le groupe et discuter des séances individuelles. Ils rédigeront en collaboration les rapports qui suivront le traitement.

Parmi d'autres facteurs à considérer, mentionnons les séances de suivi du traitement, p. ex., l'élément de prévention des rechutes pour les délinquants qui n'ont pas été libérés; divers niveaux de supervision ou d'intervention dans le milieu; et les éléments ou les facteurs qui contribuent au succès. Il est probable que, à la fin de la première année, il faudra faire un suivi structuré sous la forme de groupes hebdomadaires de prévention des rechutes. Les diplômés, le personnel correctionnel et les décideurs voudront avoir à leur disposition un véhicule pour faire en sorte que les bienfaits du traitement soient maintenus. À mesure que les délinquants sont transférés dans un milieu à sécurité moindre, il faudra encore faire un suivi sous la forme de groupes de prévention des rechutes. Le programme pourrait également être offert dans la collectivité, à titre d'essai dans un milieu différent, de la même façon que dans le milieu carcéral. Néanmoins, à mesure qu'un nombre suffisant de délinquants sont mis en liberté, il faudra élaborer et financer des programmes après la libération pour la continuité du traitement. Ce qui correspond aux tentatives visant l'élaboration de stratégies de gestion des délinquants à risque élevé mis en liberté. Il existerait un programme hautement structuré comportant des lignes directrices claires au sujet du partage d'information et des exigences de supervision.

## **Taille de l'échantillon**

Pour examiner l'efficacité du programme, il faut compter sur un nombre suffisant de délinquants et de sujets témoins. Il est proposé que le projet pilote comprenne les étapes suivantes : première étape - un projet pilote dans un seul établissement pour un seul programme (6 mois) en vue d'apporter les modifications nécessaires et de s'assurer qu'il n'existe aucun obstacle à la mise en oeuvre sur une grande échelle dans d'autres établissements; deuxième étape - mise en oeuvre dans tous les établissements retenus, avec une revue après le premier programme (fin de la première année); troisième étape - poursuite du projet dans les mêmes établissements avec la saisie des données pour la première année (fin de la deuxième année); quatrième étape - poursuite

du projet dans les établissements retenus avec la saisie des données pour la deuxième année (fin de la troisième année). Il sera possible à la troisième étape de procéder à des recherches initiales pour comparer les groupes traités et les groupes témoins quant au degré de succès du traitement. À la quatrième étape, il sera possible de faire des recherches sur les premiers résultats. Il est recommandé que soit embauché à chaque établissement retenu un adjoint de recherche à temps partiel qui fera les évaluations continues et la saisie des données, pour une durée de 60 jours par année. Le projet exigera également un adjoint de recherche à plein temps à partir de la deuxième année pour jusqu'à 3 ans (un an pour des travaux d'analyse après le dernier groupe la troisième année).

À titre d'exemple, en supposant que 3 établissements sont retenus, à la fin de la première année, 40 délinquants auront participé au programme (et 40 sujets témoins traités auront été évalués). À la fin de la deuxième année, il y aura 100 délinquants qui auront été traités, et 160 à la fin de la troisième année. Même avec un taux d'attrition de 10 %, il reste encore 144 délinquants traités et 144 sujets témoins traités à des fins de comparaison, dans trois établissements.

### **Aperçu des programmes de traitement**

Le programme de maîtrise de la colère et des émotions comprend 24 séances d'un programme fondé sur le modèle cognitiviste qui se déroule sur une période de 12 semaines. Le contenu du programme est présenté à la figure 2. Il s'agit d'un programme actuel du fait qu'il tient compte de la littérature et qu'il conceptualise la violence chez les délinquants en la liant principalement à leur difficulté à reconnaître et à maîtriser la colère. L'accent est mis sur les connaissances, de même que sur l'amélioration des compétences sous la forme de l'affirmation de soi et de l'apprentissage de la communication. Un élément de prévention des rechutes vise à améliorer le programme de traitement. Ce compromis est important de sorte que chaque programme soit d'une durée comparable. Autrement, les délinquants pourraient refuser de participer à un programme d'une plus longue durée, de sorte que les taux d'attrition seraient différents, ce qui nuirait beaucoup aux interprétations de l'efficacité du programme et aux comparaisons entre le programme de traitement (PMC) et le programme témoin de traitement (PMCE).

Le programme de médiation cognitive (PMC) est un prolongement des travaux de Guerra et Slaby (1990). Le modèle conceptuel tient à ce que les délinquants violents ont des déficiences dans leurs habiletés socio-cognitives du fait par exemple qu'ils peuvent difficilement résoudre des problèmes, qu'ils attribuent de l'hostilité à d'autres et qu'ils ont de la difficulté à se maîtriser. L'activation et la colère sont considérés comme des éléments incidents, plutôt que causals, du point de vue du traitement de l'information. En outre, les travaux sur les clients réfractaires (Miller et Rollnick, 1991) indiquent que la détermination est un élément central pour les questions de conformité et du succès du traitement. On trouvera à la figure 3 un aperçu des objectifs de

traitement. Beaucoup de travaux ont déjà été accomplis pour l'élaboration de stratégies de traitement correspondant aux objectifs du programme de médiation cognitive, mais il faut, avant la mise en oeuvre, en faire l'intégration et la révision.

## **Cadre de recherche**

On a retenu cinq aspects à des fins de recherche systématique pendant le programme de traitement, mais ils ne réduiront pas l'intensité ou la durée du traitement. L'initiative de recherche comporte plutôt un bon rapport efficacité-coût parce qu'elle tire avantage des données recueillies aux fins d'évaluer l'efficacité du programme et qu'elle aborde d'autres questions.

1. Le but premier de cette initiative est l'évaluation de l'efficacité du programme. Dans le cadre de ce projet pilote, on examinera les mesures et le résultat du processus d'après l'évaluation de la partie portant sur le succès du traitement. L'intervention n'est sûrement pas une panacée, mais l'efficacité relative d'un tel programme de traitement devrait faciliter le choix des délinquants à qui offrir le traitement et les décisions ultérieures au sujet de leur libération.
2. Dans le cadre de l'évaluation initiale pour le programme de traitement, les antécédents sociaux, cliniques et criminels détaillés seront compilés (les protocoles peuvent être obtenus sur demande). Ces renseignements serviront ensuite à l'élaboration de la typologie des délinquants violents pour que soit confirmée empiriquement l'hétérogénéité constatée cliniquement. Une telle initiative d'établissement de typologies de délinquants sexuels s'est révélée utile pour ce qui est de l'évaluation du risque et de la diversité des réactions au traitement. Au départ, les typologies comprendront des renseignements sur les antécédents, mais des évaluations cliniques courantes et des renseignements sur la participation au traitement seront ajoutés en tant que variables dynamiques.
3. La susceptibilité de réagir au traitement est un aspect important sur lequel nous avons peu de connaissances. Un avantage important sera l'élaboration et la validation possible de variables dynamiques relativement à la réussite et au résultat du traitement. Ces travaux seraient utiles pour d'autres programmes à l'intention des délinquants, p. ex., la toxicomanie, les habiletés cognitives, mais il pourrait être nécessaire de les réviser pour des applications particulières. Il faudrait aussi examiner l'interaction entre les typologies des délinquants et les caractéristiques des thérapeutes. L'une des questions connexes est le rôle de la psychopathie à titre de modérateur variable dans la conformité au traitement et l'efficacité du programme.
4. La recherche sur les déficiences relatives à la solution de problèmes sociaux chez les délinquants violents est fondamentale pour le modèle sous-jacent du programme de traitement proposé. On tiendra compte du rôle de l'impulsivité, de la colère et de la carte cognitive lorsqu'on examinera l'exactitude de la définition du problème et les conséquences anticipées dans les vignettes des

problèmes (Bettman, 1995). Il serait également intéressant d'établir des comparaisons entre les situations hypothétiques et celles qui posent des problèmes réels dans l'analyse du cycle des infractions.

5. La dernière initiative de recherche est l'élaboration et la validation d'une stratégie d'évaluation multiméthodes à l'intention des délinquants violents, qui tient compte du modèle théorique exposé précédemment. Cette batterie devrait être utile aux psychologues pour l'évaluation du risque, en ce sens que la relation entre des mesures particulières et les indicateurs de violence sera démontrée. La base de données typologiques et la batterie d'évaluation pourraient servir à l'élaboration d'un instrument d'évaluation du risque rétrospectif. Le suivi permettrait l'élaboration d'une mesure de prédiction prospective.

Les renseignements découlant de la recherche et les renseignements cliniques seront conservés dans des dossiers confidentiels distincts. Les rapports sommaires de résultats des tests avant, pendant et après le traitement seront examinés avec le délinquant et versés aux dossiers psychologiques et aux dossiers de gestion du cas. Cette mesure s'applique également au rapport final après le traitement, lequel sera également envoyé à la Commission des libérations conditionnelles.

## Approbation et ressources

Cette proposition doit être présentée à la haute direction pour qu'elle donne son approbation et consente les ressources nécessaires. Une fois les ressources obtenues, il faudra résoudre plusieurs questions avant de procéder à la mise en oeuvre.

- Choix des établissements retenus, ainsi que des thérapeutes et des dispensateurs du programme
- Mise au point du manuel de traitement
- Mise au point de la batterie d'évaluation

## Résumé

Le présent projet a pour but une évaluation contrôlée d'un programme de traitement à l'intention des délinquants (non sexuels) à comportement violent chronique. Le programme de maîtrise de la colère et des émotions de même que le programme de médiation cognitive seront comparés avec un groupe témoin ne subissant aucun traitement. On examinera également l'interaction entre les types de délinquants violents et divers résultats, dont la violence en établissement et la récidive. Le contenu et la méthode du programme tiennent compte des connaissances actuelles au sujet des délinquants violents et du bon traitement correctionnel. Les progrès réalisés en matière de stratégies d'évaluation seront communiqués à d'autres établissements de sorte qu'on puisse faire une évaluation uniforme des besoins de traitement à l'intention des

délinquants violents. On examinera l'utilité de variables dynamiques ou de variables de traitement dans la prédiction de la récidive violente, pour les intégrer dans des versions à venir de l'évaluation initiale des délinquants, de la réévaluation et de la formation à l'évaluation du risque chez le personnel correctionnel. Enfin, on fera des recherches sur la diversité de la population des délinquants violents et des effets des divers traitements. Ces travaux pourraient servir à des initiatives ultérieures au sujet du traitement hiérarchique des délinquants violents.

## Documents consultés

Agee, V. (1990). Rating scale for aggressive juveniles. Manuscrit non publié.

Andrews, D.A. and Bonta, J. (1994). The psychology of criminal conduct. Cincinnati: Anderson Publishing.

Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P., et Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. Criminology, 28, 369-404.

Andrews, D.A., Young, J.G., Wormith, J.S., Searle, C.A., et Kouri, M. (1973). The attitudinal effects of group discussions between young criminal offenders and community volunteers. Journal of Community Psychology, 1, 417-422.

Annis, H. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. In W. E. Miller and N. Heather (Eds.), Treating addictive behaviors (pp. 407-435). New York: Plenum.

Barratt, E.S. (1994). Impulsiveness and aggression. In J. Monahan and H.J. Steadman (Eds.), Violence and mental disorder: Developments in risk assessment (pp. 61-79). Chicago: University of Chicago Press.

Baxter, D.J., Marion, A.J., et Goguen, B. (1995). Predicting treatment response in correctional settings. Forum on Corrections Research, 7, 38-41.

Bettman, M. (1995). Cognition and Criminal Violence. Manuscrit en préparation.

Blackburn, R. (1993). The Psychology of Criminal Conduct. Chichester, England: Wiley et Sons Ltd.

California Department of Mental Health, Sex Offender Treatment and Evaluation Project. (1988). Sex offender situational competency test. Test non publié.

Cooke, D.J. (1989). Containing violent prisoners: An analysis of the Barlinnie Special Unit. British Journal of Criminology, 29, 129-143.

Service correctionnel du Canada. (1995). Stratégie nationale pour le traitement des délinquants sexuels, SCC. Ottawa, Canada : l'auteur.

Dodge, K.A. (1986). A social-information processing model of social competence in children. In M. Perlmutter (Ed.), Minnesota Symposium on Child Psychology. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Gendreau, P. (in press). The principles of effective intervention with offenders. In A.J. Harland (Ed.). Choosing correctional options that work: Defining the demand and evaluating the supply. Thousand Oaks, CA: Sage.

Gendreau, P., Little, T., et Goggin, C. (1995). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: Assessment guidelines for classification and treatment. Secrétariat du Ministère, Solliciteur général du Canada, Ottawa.

Heilbrun, K.S., Bennett, W.S., Evans, J.H., Offult, R.A., Reiff, H.J., et White, A.J. (1992). Assessing Treatment in Mentally Disordered Offenders: Strategies for improving reliability. Forensic Reports, 5, 85-96.

Lipsey, M., et Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. American Psychologist, 48, 1181-1209.

Marques, J.K., Day, D.M., Nelson, C., et West, M.A. (1994). Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism: Preliminary results of a longitudinal study. Criminal Justice and Behavior, 21, 28-54.

Motiuk, L.L., Belcourt, R., et Bonta, J. (1995). La gestion des délinquants à risque élevé - Suivi après le maintien en incarcération. Rapport de recherche R-39. Ottawa, Service correctionnel du Canada.

Motiuk, L.L. et Brown, S.L. (1994). Offender needs identification and analysis in community corrections, Forum, 6, 14-16.

Motiuk, L.L. and Brown, S.L. (1993). La validité du processus de détermination et d'analyse des besoins des délinquants dans la collectivité. Rapport de recherche R-34. Ottawa, Service correctionnel du Canada.

Newman, J.P. (1990). Self-regulatory failures in criminal psychopathy. Actes du troisième symposium sur la violence et l'agression. Saskatoon (Sask.)

Newman, J.P., et Wallace, J.F. (1993a). Psychopathy and cognition. In K.S. Dobson and P.C. Kendall (Eds.), Psychopathy and Cognition, (pp. 293-349). Orlando, FL: Academic Press, Inc.

Newman, J.P., et Wallace, J.F. (1993b). Diverse pathways of deficient self-regulation: Implications for disinhibitory psychopathology in children. Clinical Psychology Review, 13, 721-740.

Novaco, R.W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan and H.J. Steadman (Eds.), Violence and mental disorder: Developments in risk assessment. Chicago: University of Chicago Press.

Novaco, R.W., et Welsh, W.N. (1989). Anger disturbances: Cognitive mediation and clinical prescriptions. In K. Howells and C.R. Hollin (Eds.), Clinical Approaches to Violence, (pp. 39-60). London: John Wiley et Sons Ltd.

Ogloff, J.P.R., Wong, S., et Greenwood, A. (1990). Treating criminal psychopaths in a therapeutic community program. Behavioral Sciences and the Law, 8, 81-90.

Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. In W. L. Marshall, D. R. Laws, and H. E. Barbaree (Eds.), Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender. New York: Plenum.

Prentky, R. (1995). Assessment and treatment of rape in the United States. Communication présentée à la quatrième Conférence internationale sur le traitement des délinquants sexuels. Free University, Amsterdam, Amsterdam.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., et Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47, 1102-1114.

Quinsey, V.L., Rice, M.E., et Harris, G.T. (1995). The actuarial prediction of sexual recidivism. The Journal of Interpersonal Violence, 10, 85-105.

Quinsey, V.L., Rice, M.E., Harris, G.T., and Lalumière, M.L. (1993). Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. Journal of Interpersonal Violence, 8, 512-523.

Rice, M.E. and Harris, G.T. (1993). Treatment for prisoners with mental disorder. In J.H. Steadman and Coccozza (Eds.), Mental illness in America's prisons. Seattle, WA: National Coalition for the Mentally Ill in the Criminal Justice System.

Rice, M.E., Harris, G.T., Quinsey, V.L., et Cyr (1990). Planning treatment programs in secure psychiatric facilities. In D.N. Weisstub (Ed.), Law and mental health: International perspectives, Vol. 5, (pp. 162-230). New York: Pergamon Press.

Rice, M.E., Harris, G.T., Quinsey, V.L., Harris, A.J., et Lang. C. (in press). Treatment of forensic patients. In Sales, B., et Shah, S. (Eds.). Mental health and the law: Research, policy, and practice.

Serin, R.C. (1994). Le traitement des délinquants violents - Examen des pratiques actuelles. Rapport de recherche R-38. Ottawa, Service correctionnel du Canada.

Serin, R.C. (1995). Psychopaths and treatment responsivity. Forum on Corrections Research, 7, 23-26.

Serin, R.C. (1993). Survey of Ontario Region anger control programs. Manuscrit non publié.

Serin, R.C. et Kuriychuk, M. (1994). Social and Cognitive Processing Deficits in Violent Offenders: Implications for Treatment, International Journal of Law and Psychiatry, 17, 431- 441.

Serin, R.C. et Kuriychuk, M. (1993). Aggressive Beliefs. Test non publié.

Slaby, R. G. and Guerra, N. G. (1988). Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders: 1. Assessment. Developmental Psychology, 24, 580-588.

White, J.L., Moffit, T.E., Caspi, A., Bartusch, B.J., Needles, D.J., et Stouthamer-Loeber, M.D. (1994). Measuring impulsiveness and examining its relationship to delinquency. Journal of Abnormal Psychology, 103, 192-205.

Zillman, D. (1988). Cognition-excitation interdependencies in aggressive behavior. Aggressive Behavior, 14, 51-64.

## **Annexe A**

### **Objectifs de traitement et tests proposés**

(Remarque : Il faudra faire d'autres consultations avant de mettre le point final à cette annexe.)

<b>Objectif</b>	<b>Test(s)</b>
Personnalité	Revised Interpersonal Adjective Scales (Wiggins, 199 )
Colère	Novaco's Anger Inventory (1994) Anger Parameters (Novaco) Anger Knowledge Questionnaire (Serin et Kuriychuk, 1993) Situations-Reactions Hostility Inventory (Blackburn et Evans, 1985)
Impulsivité	Eysenck's 17 Q-sort undercontrol
Psychopathie	Revised Psychopathy Checklist (Hare, 1991) Belligerence Withdrawal Scale (Blackburn)
Traitement cognitif	Aggressive Beliefs (Bettman, 1995; Serin et Kuriychuk, 1993) Card playing Task (Newman, 1990) Attribution Vignettes (Serin,, 1989)
Hostilité	Buss Durkee Inventory (Buss et Durkee, 1957)
Besoins	Antecedents to Crime Inventory (Serin, 1994) Community Risk/Needs Scale (Motiuk, 1993)
Désirabilité sociale	Balanced Inventory of Desirable Responding (Paulus, 1984)
Tosicomanie	CLAI (MAST/DAST/Inventory of Drinking Situations)
Empathie	Hogan's Empathy Scale Computerized Task (Newman, 1995) Victim Empathy (à élaborer)
Style interpersonnel	Agee (1992) Chart of Interpersonal Reactions in Closed Living Environments (Blackburn, 1994)
Intelligence	Multidimensional Aptitude Test Battery
Raisonnement moral	?
Affirmation de soi	?
Susceptibilité de réagir au traitement	Serin et Kennedy (1995)
Solution de problème	Vignettes (Bettman, 1995)
Attitudes criminelles	Criminal Sentiments Scale (Andrews et Wormith, 1984) Neutralization Scale (Shields, 1994) Pride in Delinquency Scale (Shields, 1994)
Habilités sociales	?
<b>Autres échelles de</b>	Level of Service Inventory - Revised (LSI-R)

<b>risque</b>	Statistical Information on Recidivism Scale (GSIR) Risk Assessment Guide (RAG; Webster et al., 1994)
<b>Innovations</b>	
Carte cognitive, solutions de problème	Vignettes informatisées, évaluation des conséquences prévues
Carte cognitive, empathie	Stimulis numériques présentés par ordinateur, plus les latences de la réponse
Impulsivité	Latences de la réponse
Empathie	Tâche informatisée (Newman, 1995)

## **Annexe B**

### **Facteurs de réaction**

1. Remplir la partie sur la susceptibilité de réagir au traitement d'après le protocole d'évaluation psychologique initial (attention portée à la motivation, à la participation à des traitements antérieurs, au refus, etc.)
2. Âge
3. Antécédents cliniques et sociaux d'après le protocole d'évaluation initiale
4. Intelligence (voir ci-dessus)
5. Psychopathie
6. Intériorisation des matières du traitement (à être adapté de Miller et Rollnick, 1991)
7. Attachement (capacité d'interagir affectivement avec autrui) - à être élaboré
8. Mesure du degré de succès du traitement (connaissance, comportement) - projet disponible pour certains objectifs de traitement, à être élaboré
9. Compétence - à être élaboré d'après les écrits sur les délinquants sexuels

## **Annexe C**

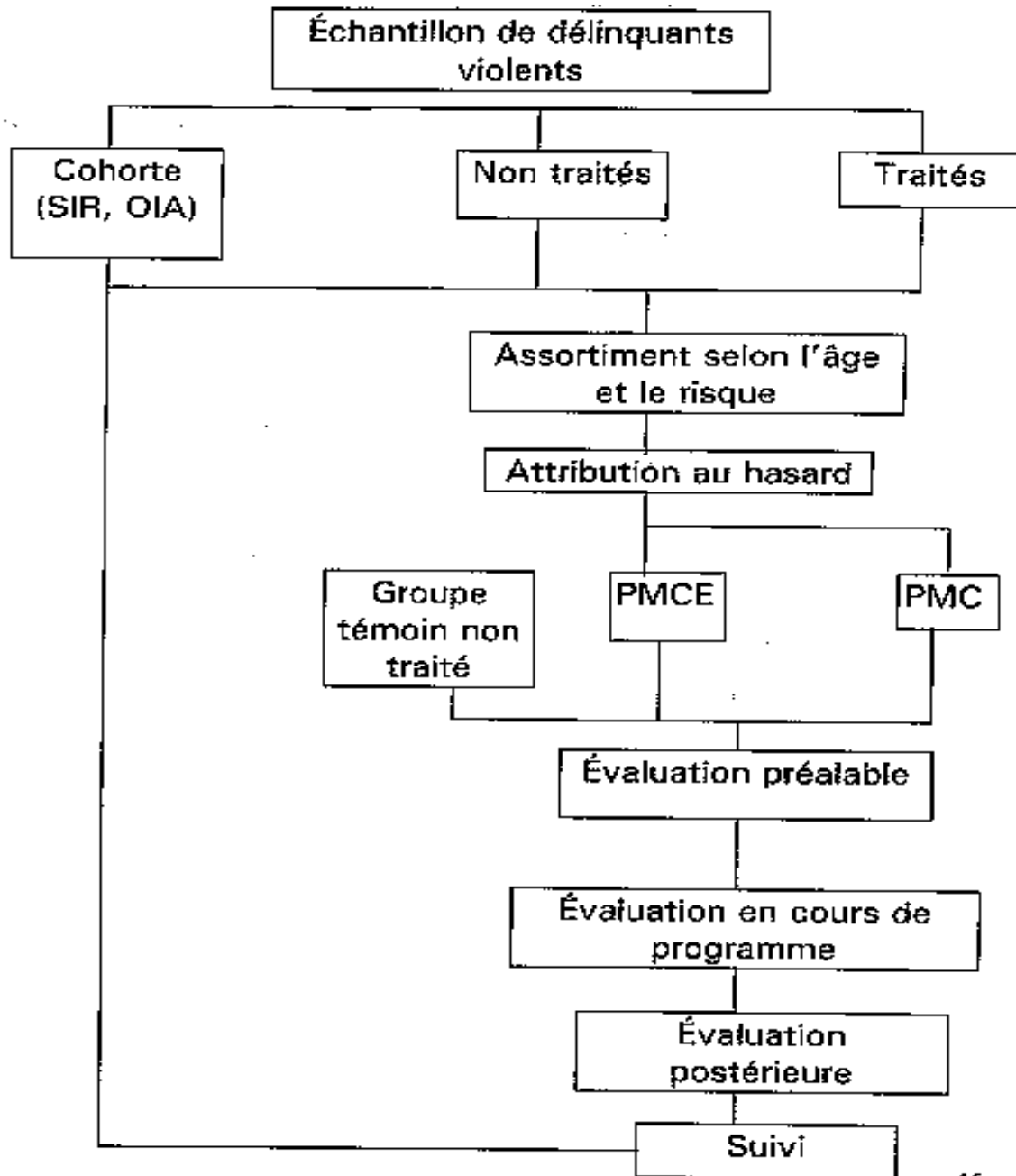
### **Critères d'admission**

1. Au moins trois condamnations pour comportement violent ou agression *ou*
2. Preuve de violence chronique en établissement (voies de fait, menaces à l'égard du personnel ou de délinquants).
3. Dans les 2 ans précédant la date de libération d'office ou la date d'expiration du mandat.
4. Volonté de s'engager pour les 6 mois du programme.
5. Ne pas être actuellement activement psychotique.
6. Faire partie de la population ordinaire.
7. Accepter de participer à des séances collectives et individuelles.
8. Niveau d'alphabétisation de 8<sup>e</sup> année ou des habiletés comparables en lecture.

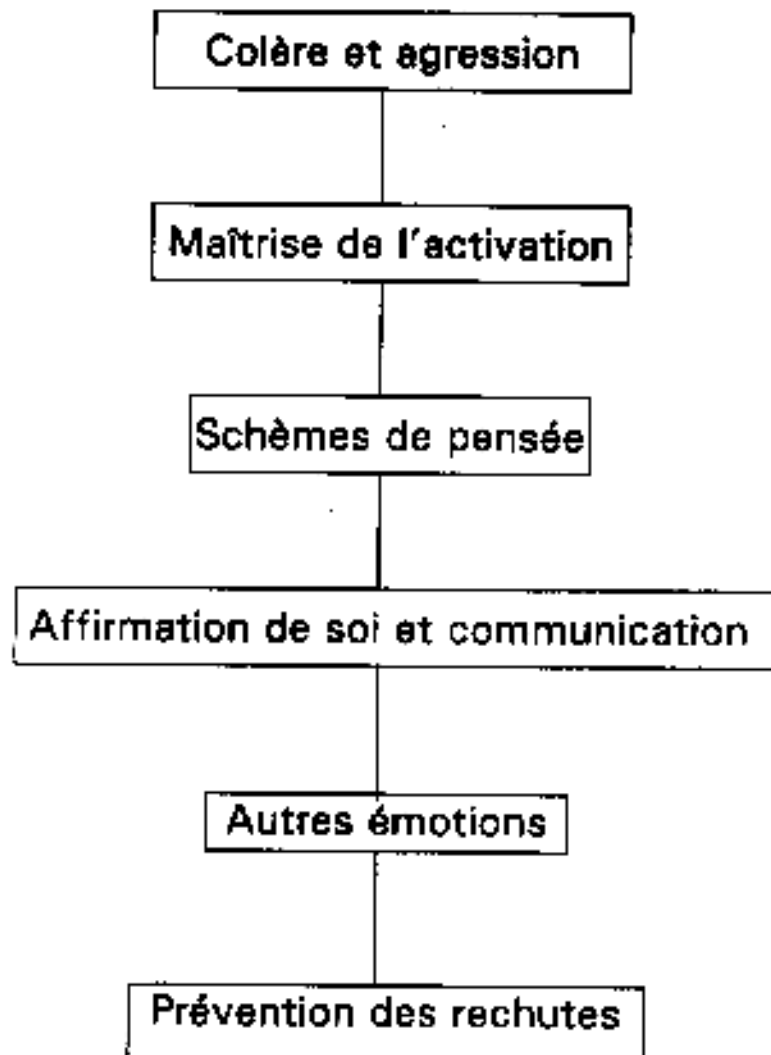
### **Règles du programme**

1. Aucune violence au sein du groupe.
2. Les renseignements sur le groupe restent confidentiels (les seules exceptions sont les menaces de causer des blessures ou les questions de sécurité au sein de l'établissement).
3. La participation constante est obligatoire. Si l'on est absent pour plus de 2 séances par semaine sans approbation préalable (p. ex., pour une VFP) ou pour des raisons médicales pour un maximum de 10 séance par programme, il peut y avoir expulsion.
4. Il faut accomplir les tâches imposées.
5. Il faut remplir les formulaires de consentement éclairé (volontaire et sans rapport avec la décision de libération) et du contrat collectif (autorisation d'enregistrement sur bande magnétique)
6. Listes de contrôle hebdomadaire du comportement (système de points) à remplir par les responsables du programme. Listes de contrôle mensuels à remplir par les autres membres du personnel.
7. Le rapport consécutif au traitement à communiquer au délinquant ainsi qu'au SCC et à la CNLC.

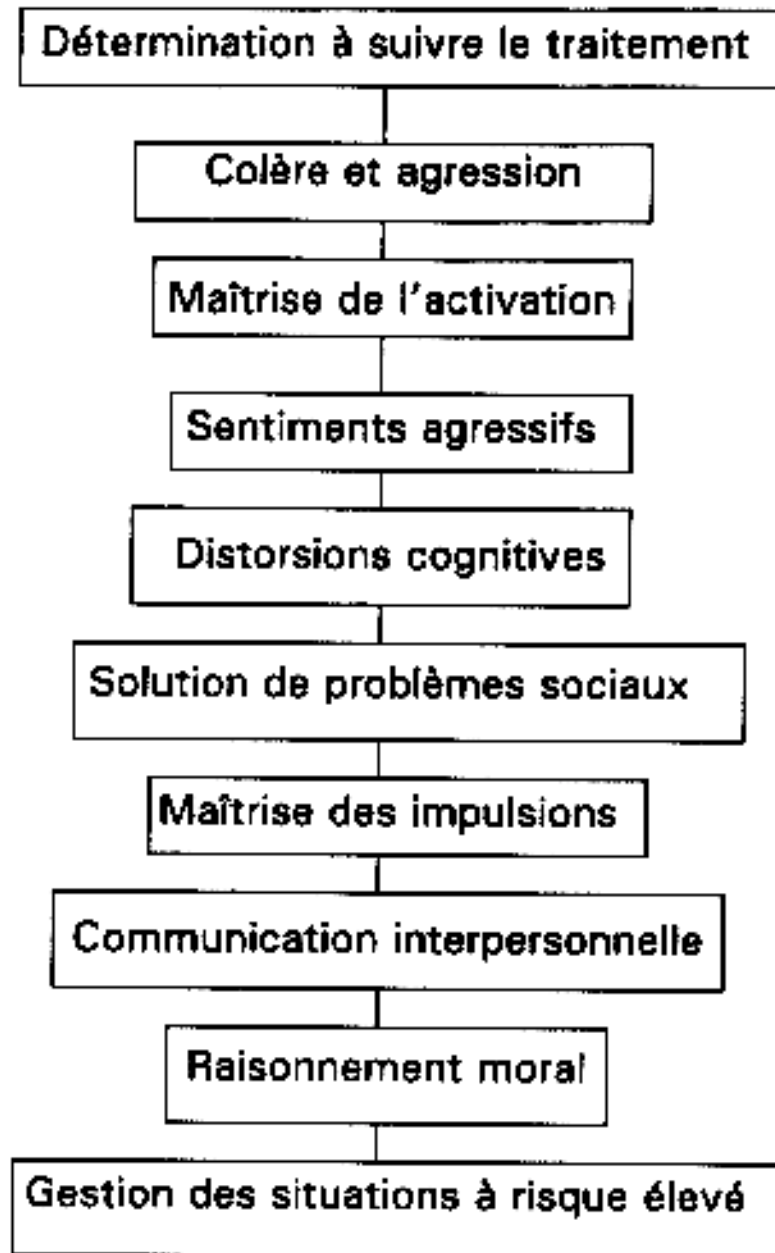
**Figure 1**  
**Plan de la recherche**  
Échantillon de délinquants violents



**Figure 2**  
**Programme de maîtrise de**  
**la colère et des émotions**



**Figure 3**  
**Programme de médiation cognitive**



## Remerciements

Les consultants et leur domaine de spécialisation sont les suivants :

(i) D<sup>r</sup> Ronald Blackburn, directeur de la recherche, Ashworth Hospital, Liverpool, Angleterre - psychopathie, évaluation et traitement en milieu correctionnel et médico-légal; (ii) D<sup>r</sup> Joseph Newman, Département de psychologie, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin - psychopathie, impulsivité;

(iii) D<sup>r</sup> Raymond Knight, Département de psychologie, Brandeis University, Massachusetts - dérivations typologiques, évaluation des délinquants sexuels, statistique; D<sup>r</sup> Howard Barbaree, chef, Division médico-légale, Clarke Institute of Psychiatry, Toronto - évaluation et traitement des délinquants sexuels, réaction au traitement et statistique. En outre, le D<sup>r</sup> Sharon Kennedy et M. Michael Bettman, psychologues du SCC, qui sont spécialisés dans les domaines de l'évaluation et du traitement des délinquants violents, ont participé à la réunion et sont membres du conseil consultatif. À la fin de la réunion des spécialistes, il y a eu consensus pour l'établissement d'un programme de recherche en collaboration pendant toute la durée du projet, ce qui devrait assurer un produit final de très haute qualité.