Adaptation de la Thérapie comportementale dialectique (TCD) au milieu correctionnel pour les délinquantes sous responsabilité fédérale

Donna McDonagh[1]
Services de santé, Service correctionnel du Canada
Kelly Taylor *et* ***Kelley Blanchette***[2]
Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada

La Thérapie comportementale dialectique (TCD) est une approche psychothérapeutique, systématique et exhaustive qui vise à traiter les personnes aux prises avec de graves dérèglements affectifs et comportementaux (notamment les suicidaires chroniques, les personnes qui s'automutilent et celles qui ont de graves problèmes d'impulsivité)[3]. Fondée sur des principes cognitifs et comportementaux unis par des stratégies visant l'équilibre et des hypothèses connexes, la TCD est de plus en plus utilisée pour traiter les personnes présentant ces difficultés. Par rapport aux traitements traditionnels, la TCD, dans la collectivité, réduit plus efficacement l'incidence et la gravité des actions parasuicidaires (notamment les tentatives de suicide), des abandons, des jours d'hospitalisation en psychiatrie et de la colère, et accroît les comportements d'adaptation interpersonnels et généraux[4]. Cet article décrit la TCD et la façon dont le Service correctionnel du Canada (SCC) l'a adaptée. Il donnera entre autres un aperçu du modèle complet de TCD au SCC et du cadre d'évaluation conçu pour mesurer son efficacité auprès des délinquantes.

Thérapie comportementale dialectique : les fondements

La TCD est née d'un modèle mixte du comportement à problèmes qui touche le manque à la fois de compétences et de motivation. En résumé, selon un tel modèle, les difficultés personnelles résultent :

1) des lacunes importantes sur le plan des compétences en relations interpersonnelles, de l'autorégulation (notamment la régulation des émotions) et de l'endurance face à la détresse;

2) des facteurs personnels et environnementaux qui renforcent les comportements mésadaptés et empêchent l'utilisation de compétences comportementales existantes ou l'apprentissage de nouvelles compétences.

La TCD est encadrée par une perspective déterminante du monde qui souligne l'interdépendance et l'intégralité de la réalité et la synthèse des contraires. Cette vision dialectique est à la base de toute la structure de cette thérapie. La dialectique est un processus permettant de parvenir à l'équilibre. En TCD, la synthèse, ou l'équilibre, est recherchée à plusieurs niveaux, la principale dialectique étant celle qui existe entre d'une part l'*acceptation* et d'autre part le *changement*. La TCD comprend donc des stratégies qui aident la personne à accepter et à reconnaître ses capacités et son fonctionnement comportemental (p. ex., des stratégies incitant la personne à reconnaître les aspects d'un comportement à problèmes pour qu'elle puisse mieux s'adapter). Font contrepoids à celles-ci des stratégies favorisant le changement (p. ex., l'analyse du comportement, la résolution de problème, les procédures de substitution, les séances sur l'acquisition d'habiletés) qui montrent à la personne des manières plus adaptées de régler des difficultés et l'aident à acquérir les habiletés requises à cette fin. Les stratégies dialectiques éclairent tous les aspects du traitement en TCD.

La TCD mise sur l'acquisition de compétences pour aider la personne à remédier aux dérèglements des états émotionnels, des relations, de la cognition et du comportement, tout en multipliant les comportements adaptatifs. La TCD amène la personne à adopter un mode de pensée dialectique, à multiplier les schèmes d'émotion et de comportement, c'est-à-dire à acquérir des compétences et à les améliorer pour pouvoir cerner et changer les modes d'action et de pensée rigides et dichotomiques qui répondent à de sérieuses difficultés de vivre.

La TCD de base — telle qu'elle a initialement été mise au point par le Dre Linehan — se divise en quatre composantes : la psychothérapie individuelle, des séances sur l'acquisition d'habiletés, la consultation téléphonique (pour aider les patientes, notamment lors de crises) et la consultation de thérapeutes. La TCD a pour objectifs d'améliorer les capacités comportementales; d'augmenter la motivation à changer; d'encourager l'utilisation des nouvelles compétences dans d'autres milieux (dans la vie quotidienne, par exemple); de structurer le milieu pour qu'il soutienne la personne et renforce les capacités des membres de l'équipe de traitement interdisciplinaire; et de valoriser les compétences et la motivation des membres de l'équipe de traitement interdisciplinaire pour favoriser l'efficacité du traitement[5]. Pour que l'intervention la plus efficace soit choisie, la TCD nécessite la collaboration des cliniciens, des fournisseurs de services et de la personne concernée. Ce processus encourage la

personne à acquérir des compétences et à les généraliser, afin qu'elle puisse répondre à ses besoins en santé mentale, entre autres, de façon plus appropriée et plus efficace, à un rythme adapté à ses besoins et à ses facultés d'apprentissage.

Adaptation de la thérapie aux milieux correctionnel et médico-légal du SCC

Employée dans les milieux correctionnel et médico-légal, la TCD semble prometteuse pour traiter les délinquants qui présentent des problèmes associés à un dérèglement affectif et comportemental sévère[6].

Ces initiatives d'adaptation ont tenu compte de récentes réflexions des chercheurs et des cliniciens, qui voient des caractéristiques communes dans le trouble de la personnalité limite – la TCD ayant été initialement mise au point pour traiter les victimes de ce trouble – et le trouble de la personnalité antisociale, très fréquent en milieux correctionnel et médico-légal. Ces constats tendent à confirmer le bien-fondé d'adapter de tels modèles de traitement au SCC.

Le SCC a utilisé la TCD auprès de délinquantes pour la première fois en 1997 dans le but de répondre aux besoins des femmes ayant de graves difficultés affectives et comportementales. La TCD comme option de traitement était appuyée par le fait qu'elle est fondée sur des théories compatibles avec *la Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquantes*[7] et que sa méthode de traitement est non pathologique, axée sur la cliente et stimulante. De 1997 à 2000, divers établissements pour délinquantes du SCC ont eu recours à certaines des techniques de la TCD. Ces premières initiatives se sont avérées très instructives, et depuis plusieurs années, les Services de santé mentale nationaux du SCC se sont consacrés à une adaptation d'envergure de la TCD aux divers établissements, pour répondre aux besoins des différents groupes de la population carcérale. En 2001, le Service a commencé à examiner comment il pourrait offrir la TCD aux délinquants. Trois modèles de la TCD adaptée au SCC ont été mis au point : la TCD complète (destinée aux détenues dans les unités de santé mentale); la TCD générale (destinée aux détenues dans la population carcérale générale) et la TCD en milieu fermé (destinée aux détenues dites «à sécurité maximale»).

Pour adapter le modèle original au SCC, il a fallu en conserver les principaux objectifs et volets, mais tenir compte aussi d'autres facteurs : une population-cible plus large (incluant des objectifs correctionnels précis), un contexte ou milieu de traitement différent (la prison, en comparaison avec un programme communautaire externe), et, en milieu carcéral, les besoins propres à différentes circonstances (détenues de la population carcérale générale, détenues habitant dans des établissements de traitement et détenues dites «à sécurité maximale»). En outre, il a fallu prendre en considération des facteurs organisationnels plus généraux, tels que le respect de la philosophie, des principes et des pratiques du système correctionnel, l'intégration de ceux-ci au modèle, ainsi que la planification de la mise en œuvre de la thérapie dans divers établissements.

Il a fallu adapter les documents publiés sur la TCD[8] et créer une documentation propre au SCC, pour encourager la formation et la mise en œuvre de la TCD auprès des populations carcérales du SCC. Ainsi, il fallait considérablement modifier et enrichir la documentation afin qu'elle tienne compte de la population et du milieu carcéraux et qu'elle soit pertinente à ceux-ci; qu'elle inclue les facteurs criminogènes; qu'elle intègre des renseignements sur le cycle de la criminalité et la prévention des récidives; qu'elle utilise un langage clair et compréhensible; et qu'elle comporte des directives d'emploi pour chaque moyen de traitement, «devoir» ou procédure. D'autres moyens de traitement ont été conçus pour faciliter les consultations entre les membres de l'équipe du traitement (particulièrement pour améliorer la communication entre les employés participant aux différents volets du traitement et travaillant par quart), les analyses comportementales et l'instauration de procédures de substitution. De plus, de la documentation a été établie afin d'uniformiser, dans la mesure du possible, l'administration des volets du traitement par TCD dans les divers établissements, pour que l'information touchant les pratiques exemplaires et d'autres adaptations puissent être distribuée efficacement et pour que les données sur le processus de traitement et les résultats puissent être compilées à l'échelle nationale.

En conclusion, pour soutenir la mise en œuvre de ses modèles de TCD, le SCC a conçu un programme national de formation, dont des cours spécialisés pour chacun des modèles, destiné à une équipe de traitement interdisciplinaire, qui comprend du personnel tant correctionnel que médical. Ainsi, la formation est donnée en partant du principe que certains participants ne connaissent ni la théorie cognitivo-comportementale, ni les principes connexes. La consultation et la formation continues sont données à l'échelle nationale.

Modèle complet de TCD au SCC

Le SCC a ouvert en 2001 des *unités en milieu de vie structuré* dans chacun de ses quatre établissements régionaux pour délinquantes. Chaque unité peut accueillir huit femmes dites «à sécurité moyenne» ou «à sécurité minimale» ayant des besoins importants en santé mentale. Une équipe interdisciplinaire est présente jour et nuit pour les aider et les surveiller. Les deux principaux modèles de traitement en vigueur dans l'ensemble des unités en

milieu de vie structuré sont la TCD et la réadaptation psychosociale (RPS)[9].

Le modèle de TCD ayant cours dans ces unités est le modèle complet, soit le plus intensif des modèles de TCD au SCC. Dans le contexte d'un environnement thérapeutique efficace, le modèle complet se compose des éléments suivants : la psychothérapie individuelle (au moins une heure par semaine); des séances sur l'acquisition d'habiletés (une ou deux fois par semaine); du soutien/de l'encadrement (jour et nuit); la consultation de l'équipe de traitement (diverses consultations formelles et informelles) et la consultation nationale de l'équipe de TCD (conférences téléphoniques hebdomadaires avec les psychologues et visites des établissements).

Le personnel de l'équipe de traitement, en consultation avec les participantes, détermine pour chacun des objectifs de traitement. Selon le modèle de Linehan, ces objectifs sont structurés hiérarchiquement. Au sommet se trouvent les comportements mettant en danger la vie et les comportements destructeurs à l'égard de l'unité (classés prioritaires). Une fois que des gains importants sont réalisés, le traitement passe aux comportements qui nuisent à la qualité de vie. Les comportements adaptatifs que possède déjà la participante sont également définis, de manière à pouvoir les accroître. Les comportements ciblés (qu'il s'agisse de les augmenter ou de les réduire) sont par ailleurs associés à des domaines d'habiletés. De l'aide est accordée à la participante pour qu'elle acquière de nouvelles habiletés lors des séances sur l'acquisition d'habiletés ainsi que dans le cadre de l'environnement thérapeutique. Les habiletés et les comportements ciblés mis en pratique sont surveillés quotidiennement pour chaque participante sur un *journal de TCD*.

Mis à part le *journal* qui permet d'analyser un comportement de manière quotidienne et hebdomadaire (particulièrement lorsque le comportement est examiné par le psychologue lors de séances individuelles), le recours aux analyses comportementales occupe une très grande place dans l'environnement thérapeutique. Lorsqu'une participante a du mal à prendre une décision ou qu'elle a pris une mauvaise décision par rapport à une situation donnée, le personnel procède à un *bilan de décision*, qui permet d'évaluer rapidement le pour et le contre d'un comportement. Dans le cas de comportements plus problématiques, le personnel procède à une *analyse de la chaîne de comportements*, qui permet d'évaluer le problème dans ses moindres détails. L'accent est mis sur les motifs qui ont entraîné le comportement (facteurs de vulnérabilité internes et externes, facteurs déclencheurs et événement incitatif) et les conséquences qui ont suivi, ainsi que sur une analyse des solutions de rechange possibles, plutôt que sur la simple présentation du comportement problématique. De cette manière, le personnel de l'équipe de traitement et la participante peuvent examiner le comportement dans son ensemble — avec les pensées, les émotions, les sensations de l'organisme, les actions et les réactions des autres. Compte tenu que les participantes n'aiment généralement pas effectuer l'*analyse de la chaîne de comportements*, un protocole a été établi pour aider à gérer les éventualités entourant sa réalisation, lequel oblige la rédaction d'une première ébauche dans les 24 heures.

Le modèle complet de TCD est un traitement psychologique intensif. Parce que le processus de changement est lent et difficile, tant pour la participante que pour l'équipe de traitement, le traitement dure au moins un an. Les participantes doivent comprendre, analyser et changer leur comportement, progresser durant les séances sur l'acquisition d'habiletés, abandonner leurs comportements mésadaptés et acquérir, mettre en pratique et intégrer de nouvelles habiletés afin d'améliorer leur qualité de vie.

Évaluation

Un cadre d'évaluation exhaustif a été intégré au modèle complet de TCD en vigueur dans les unités en milieu de vie structuré. Ce cadre utilise une approche aux méthodes multiples dans son évaluation globale. Des méthodes de recherche qualitatives et quantitatives sont ainsi utilisées aux fins d'une étude longitudinale. Le personnel et les participantes seront interrogés et sondés tout au long de la mise en œuvre du programme. Des évaluations quantitatives seront aussi effectuées auprès des participantes et du personnel avant, pendant et après le programme. Cette façon de faire permet de réduire les erreurs attribuables à l'utilisation d'une seule méthode en plus de mesurer l'efficacité du programme.

Des mesures d'évaluation quantitatives dynamiques ont été choisies en fonction de leur relation par rapport aux objectifs de traitement, de la pertinence et de l'accès des données normatives pour les délinquantes et les Autochtones; du niveau de lecture requis (pour les instruments d'auto-évaluation) et du temps, du coût et de l'expertise nécessaire pour leur administration. Des évaluations quantitatives permettront d'examiner les éléments suivants : le fonctionnement de la délinquante dans six différents domaines (vie quotidienne, relations interpersonnelles, participation/développement personnel, comportement en établissement, conduite au travail et questions relatives à la santé mentale); la symptomatologie psychiatrique; les modèles de symptômes psychologiques; les stratégies d'adaptation; l'humeur subjective; les comportements de maîtrise de soi; les expériences négatives et le pessimisme au sujet de l'avenir. En dernier lieu, on mesurera les réactions souhaitables socialement (gestion de l'impression qu'une personne donne en se décrivant en des termes très positifs ou en

exagérant ses qualités parce qu'elle se fait des illusions sur elle-même) qui ont été détectées dans les résultats fournis par les répondantes.

Les recherches menées jusqu'à ce jour appuient l'utilisation des instruments d'évaluation susmentionnés. Plus précisément, une revue complète de la documentation révèle que des essais cliniques effectués au hasard indiquent que les objectifs de traitement comme les tentatives de suicide[10], l'adaptation sociale et la colère[11] sont importants dans l'évaluation d'un programme de TCD. Des découvertes préliminaires réalisées lors d'essais cliniques non contrôlés viennent aussi appuyer les objectifs de traitement associés à la dépression[12] et à l'anxiété[13]. Chacun de ces domaines est évalué au moyen de la batterie mentionnée précédemment.

L'évaluation est conçue de façon à ce que les instruments de mesure soient utiles dans les domaines cliniques et empiriques. Autrement dit, les employés des établissements peuvent utiliser ces instruments pour évaluer le niveau de fonctionnement et la progression des délinquantes, et les chercheurs peuvent aussi utiliser ces instruments pour effectuer une évaluation globale du traitement. Les chercheurs fournissent en outre de manière continue une rétrospective, individuelle ou en groupe, des résultats des délinquantes en relation avec les normes publiées et les évaluations antérieures. Cette façon de faire permet de vérifier continuellement la progression des participantes et d'obtenir de hauts taux de rendement concernant la batterie de tests.

Pour en simplifier l'administration, tous les instruments utilisés avant, pendant et après ont été informatisés, et ce, dans chacune des unités en milieu de vie structuré des quatre établissements régionaux pour femmes (aux établissements d'Edmonton, Grand Valley, Nova et Joliette). Cela permet au personnel et aux participantes d'avoir facilement accès à un système convivial.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, des données qualitatives viendront compléter l'évaluation quantitative. Des entrevues semi-structurées permettent aux répondantes d'exprimer en toute confidentialité leurs points de vue, leurs sentiments et leurs idées par rapport au programme. De pareilles données qualitatives sont indispensables lorsque des évaluations quantitatives sont utilisées de manière isolée.

Une évaluation préliminaire du programme de TCD est actuellement en cours. Elle vise à déterminer ce qui fonctionne bien et ce qui fonctionne mal ou ce qu'il faudrait modifier par rapport au traitement. ■

1 Les questions touchant les adaptations de la TCD au milieu correctionnel du SCC doivent être adressées à Donna McDonagh, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A OP9.

2 Les questions touchant l'évaluation du modèle complet de TCD en vigueur dans les unités en milieu de vie structuré du SCC doivent être adressées à Kelley Blanchette, 340 avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A OP9.

3 La TCD a été initialement élaborée par le Dre Marsha Linehan dans le but de traiter les victimes du trouble de la personnalité limite. Les types de difficultés mentionnées ici sont caractéristiques du diagnostic de ce trouble. Voir LINEHAN, M. M. *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*, Médecine et Hygiène, Genève, 2000a. Voir également LINEHAN, M. M. *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite*, Médecine et Hygiène, Genève, 2000b.

4 LINEHAN, M. M., ARMSTRONG, H. E., SUAREZ, A., ALLMON, A. et HEARD, H. L. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, vol. 48, 1991, p. 1060-1064. Voir également LINEHAN, M. M., TUTEK, D. A., HEARD, H. L. et ARMSTRONG, H. E. Interpersonal outcome of cognitive-behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients, *American Journal of Psychiatry*, vol. 151, 1994, p. 1771-1776.

5 Op. cit., LINEHAN, 2000a.

6 McCANN, R. A., BALL, E. M. et IVANOFF, A. *Forensic modification of Dialectical Behavior Therapy modes, targets, and skills: The CMHIP Forensic Model*, document présenté au 8e Symposium sur la violence et les agressions tenu à Saskatoon, SK, 2000.

7 LAISHES, J. *Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquants*, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1997.

8 Op.cit., LINEHAN, 2000b.

9 Pour plus de renseignements sur les unités en milieu de vie structuré, voir McDONAGH, D., NOËL, C. et WICHMANN, C. Analyse des besoins en santé mentale des délinquantes en vue de l'élaboration d'une stratégie d'intervention intensive, *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle* (présent numéro).

10 Op. cit. LINEHAN, ARMSTRONG, SUAREZ, ALLMON et HEARD, 1991. Voir également LINEHAN, M. M., HEARD, H. L. et ARMSTRONG, H. E. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, vol. 50, 1993, p. 971-974.

11 Op. cit. LINEHAN, HEARD et ARMSTRONG, 1993, p. 971-974. Voir également LINEHAN, M. M., SCHMIDT, H., DIMEFF, L. A., CRAFT, J. C., KANTER, J. et COMTOIS, K. A. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence, *American Journal of Addictions*, vol. 8, 1999, p. 279-292.

12 BOHUS, M., HAAF, B., STIGLMAYR, C., POHL, U., BOEHME, R. et LINEHAN, M. M. Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for borderline personality disorder: A prospective study, *Behaviour Research & Therapy*, vol. 38, 2000, p. 875-887. Voir également TELCH, C., AGRAS, S. W. et LINEHAN, M. M. Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial, *Behavior Therapy*, vol. 31, 2000, p. 569-582.

13 Idem, Bohus *et al*., 2000, p. 875-887.