

Les Cahiers de recherches criminologiques

CAHIER NO 23

LE TRAITEMENT AUPRÈS DES PERSONNES INCARCÉRÉES POUR UNE
COURTE PÉRIODE ET AUPRÈS DES CONTREVENANTS EN PROBATION :
RECENSION DES ÉCRITS

Guy Lemire
Serge Brochu
Gilles Rondeau
Isabelle Parent
Guylaine Cormier
(1996)



LES CAHIERS DE RECHERCHES CRIMINOLOGIQUES
CENTRE INTERNATIONAL DE CRIMINOLOGIE COMPARÉE

Université de Montréal

Case postale 6128, Succursale Centre-ville
Montréal, Québec, H3C 3J7, Canada
Tél.: 514-343-7065 / Fax.: 514-343-2269
cicc@umontreal.ca / www.cicc.umontreal.ca

110.0358
ex.2

LE TRAITEMENT AUPRÈS DES PERSONNES INCARCÉRÉES POUR UNE COURTE PÉRIODE ET AUPRÈS DES CONTREVENANTS EN PROBATION: RECENSION DES ÉCRITS

par
Guy Lemire,¹ Serge Brochu et Gilles Rondeau
Chercheurs principaux
Isabelle Parent et Guylaine Cormier
Agentes de recherche



Unité de recherche correctionnelle
Centre international de criminologie comparée
Université de Montréal

Étude subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale
(RS- 2483 094)

Mai 1996

¹ Les auteurs désirent remercier Nathalie Gravel pour sa contribution à la recension des écrits.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	iv
INTRODUCTION	1
1. Cadre de référence	3
1.1 Perspectives historiques du traitement	3
1.2 Situation québécoise	5
2. Objectifs de la recension	6
3. Méthode de recension	7
3.1 Perspectives d'analyse	7
3.2 Collecte et classification	8
4. Méthode d'analyse	9
CHAPITRE 1: DÉLINQUANCE SEXUELLE	11
1. Aspects généraux	12
1.1 La clientèle	12
1.2 Les fondements théoriques	15
1.3 Les objectifs	18
1.4 L'environnement	19
2. Milieu fermé	21
2.1 Stratégies d'intervention	21
2.2 Impacts du traitement	24
2.2.1 L'attrition	25
2.2.2 La récidive	26
2.2.3 Les autres objectifs	28
3. Milieu ouvert	29
3.1 Stratégies d'intervention	29
3.2 Impacts du traitement	32
3.2.1 Uattrition	33
3.2.2 La récidive	33
3.2.3 Les autres objectifs	35
4. Conclusion	37

CHAPITRE 2: SANTÉ MENTALE 42

1. Aspects généraux	44
1.1 La clientèle	44
1.2 Les fondements théoriques	45
1.3 Les objectifs	46
1.4 L'environnement	47
2. Milieu fermé	50
2.1 Stratégies d'intervention	50
2.2 Impacts du traitement	52
2.2.1 L'attrition	52
2.2.2 La récidive	52
2.2.3 Les autres objectifs	54
3. Milieu ouvert	55
3.1 Stratégies d'intervention	55
3.2 Impacts du traitement	56
3.2.1 La récidive	56
3.2.2 Les autres objectifs	56
4. Conclusion	56

CHAPITRE 3: TOXICOMANIE 59

1. Aspects généraux	60
1.1 La clientèle	60
1.2 Les fondements théoriques	61
1.3 Les objectifs	64
1.4 L'environnement	66
2. Milieu fermé	67
2.1 Stratégies d'intervention	67
2.2 Impacts du traitement	71
2.2.1 L'attrition	71
2.2.2 La récidive	73
2.2.3 Les autres objectifs	75
3. Milieu ouvert	77
3.1 Stratégies d'intervention	78
3.1.1 Programmes internes	78
3.1.2 Programmes externes	79
3.1.3 Programmes pour la conduite en état d'ébriété	82

3.2 Impacts du traitement	84
3.2.1 L'attrition	84
3.2.2 La récidive	85
3.2.3 Les autres objectifs	90
4. Conclusion	93
CHAPITRE 4: VIOLENCE CONJUGALE.	99
1. Aspects généraux	100
1.1 La clientèle	100
1.2 Les fondements théoriques	103
1.3 Les objectifs	105
1.4 L'environnement	107
2. Milieu fermé	111
2.1 Stratégies d'intervention	111
2.2 Impacts du traitement	114
2.2.1 L'attrition	115
2.2.2 La récidive	116
2.2.3 Les autres objectifs	117
3. Milieu ouvert	118
3.1 Stratégies d'intervention	118
3.2 Impacts du traitement	120
3.2.1 L'attrition	120
3.2.2 La récidive	123
3.2.3 Les autres objectifs	126
4. Conclusion	128
CONCLUSIONS.	134
1. Limites méthodologiques	135
2. Difficultés liées à l'attrition	136
3. Efficacité du traitement selon le type de problématique	138
4. Efficacité du traitement selon le type d'approche	141
5. Efficacité du traitement selon le type de milieu	143
6. Conclusion	146
RÉFÉRENCES.	147

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1: Les programmes en milieu fermé	39
Tableau 1.2: Les programmes en milieu ouvert	40
Tableau 2.1: Les programmes en milieu fermé	58
Tableau 2.2: Les programmes en milieu ouvert	58
Tableau 3.1: Les programmes en milieu fermé	94
Tableau 3.2: Les programmes en milieu ouvert	96
Tableau 4.1: Les programmes en milieu fermé	130
Tableau 4.2: Les programmes en milieu ouvert	131

INTRODUCTION

Au cours des trois dernières décennies, **l'analyse** de la question criminelle a connu des bouleversements **épistémologiques**, théoriques et méthodologiques importants. Amorcés dans les années 60, ces changements ont favorisé **l'émergence** d'une vision pluraliste de l'objet d'étude. Ainsi, aujourd'hui, la recherche **criminologique** rend compte d'une diversité de paradigmes que l'on peut regrouper sous deux grandes interrogations: d'une **part**, «pourquoi le crime?» **et**, d'autre **part**, «**qu'est-ce** que le **crime?**». La première question appelle des recherches sur le comportement criminel tandis que la seconde donne lieu à des travaux sur les formes de contrôle et les processus de **criminalisation**. Ces derniers travaux constituent un apport appréciable lorsqu'il s'agit d'appréhender et de saisir la réaction de l'appareil pénal.

Néanmoins, les recherches concernant les justiciables demeurent essentielles. En **effet**, que le comportement criminel soit conceptualisé comme un fait objectif ou un construit **socio-pénal**, un nombre considérable de contrevenants éprouve toujours des besoins, présente des manques importants **et**, conséquemment, nécessite des interventions. Par ailleurs, nous croyons qu'il faut être rigoureux lorsqu'il s'agit d'étudier les formes de traitement et d'évaluer leur efficacité. Au Québec et à l'étranger, quelles sont les approches qui remportent le plus de succès? Quels sont leurs fondements théoriques? Quelles sont les formes de traitement à éviter et pour quelles raisons? Quelles sont la rigueur et la fiabilité des méthodes d'évaluation? Une **recension** la plus critique possible, voilà l'essentiel de notre projet

Le présent projet de recension **s'inscrit** dans un cadre post-positiviste, en ce sens que nous avons tenté d'adopter des attitudes de recherche qui se rapprochent de l'objectivité, tout en demeurant conscients que l'objectivité «pure» constitue un idéal que nous ne saurions atteindre. Adopter ce cadre devrait favoriser la production d'une recension qui rejette les généralisations et les conclusions sans fondements.

Un nombre considérable de recensions des écrits a été publié au cours des deux dernières décennies (voir notre bibliographie, spécialement: **Gendreau, 1987, 1990; Cullen, 1988; Palmer, 1991, 1994**). Toutefois, en ce qui concerne les personnes incarcérées, les chercheurs se sont

intéressés presque exclusivement au traitement réservé aux personnes placées en détention pour des périodes de moyenne ou de longue durée.

Afin de contribuer à la recherche sur le **traitement**, la présente **recension** des écrits déplace **l'intérêt** vers des clientèles contrevenantes que les recensions antérieures ont quelque peu oubliées: les personnes incarcérées pour une courte période et les **probationnaires** qui participent, volontairement ou pas, à des programmes de traitement offerts dans la communauté.

1. CADRE DE RÉFÉRENCE

1.1 PERSPECTIVES HISTORIQUES DU TRAITEMENT

Depuis la première moitié du **20^{ième}** siècle jusqu'au début des années 70, il y a eu consensus parmi les professionnels du milieu correctionnel, les législateurs et les praticiens: la réhabilitation doit être un objectif majeur de l'incarcération (Cullen et **Gendreau**, 1989). La population, elle aussi, démontre un grand élan de confiance à l'endroit de la réhabilitation qui est perçue comme le moyen approprié pour contrôler et pour réhabiliter les contrevenants.

Au cours des années 70, le consensus est rompu et on assiste à l'émergence du mouvement «**Nothing Works**». Plusieurs aspects peuvent expliquer cet éclatement. On publie des études **évaluatives** qui viennent démontrer que le traitement en milieu correctionnel ne fonctionne pas. L'opinion publique se mobilise et conteste les institutions. À **l'intérieur** d'une même année, soit en 1974, **l'idée** que presque aucun traitement ne peut diminuer les taux de récidive est acceptée par la communauté scientifique et répandue dans la société. À **l'origine** de cette vague de pessimisme, on trouve **Martinson** et son article «**What Works? Questions and Answers about Prison Reform**» (1974). Martinson, après avoir recensé les écrits scientifiques américains et étrangers, conclut que les efforts de réhabilitation mis de l'avant entre 1945 et 1967 n'ont pas eu **d'effets** significatifs sur la récidive. Un peu **ironiquement**, il termine son article en se disant consolé du fait que la plupart des traitements n'ont pas aggravé le comportement des criminels...

Selon **Palmer** (1978), si l'article de **Martinson** a eu un tel **impact, c'est** parce qu'il est venu confirmer puis renforcer des opinions qui s'étaient développées autour de 1970. **Ainsi**, l'augmentation de la criminalité pendant les années 60 (la population croit qu'il s'agit surtout de récidivistes), la mise à nu des conditions inhumaines de détention ainsi que la perception du traitement en tant **qu'expérience** cruelle et humiliante ont entraîné une remise en question de l'idée même de traitement. Tout en contestant **l'efficacité** des interventions, on remet en question leur légitimité en pointant du **doigt**, entre autres, l'extension de la période d'incarcération pour permettre la poursuite du traitement.

Au centre de ce courant de contestations, on voit apparaître deux grands mouvements. Le premier est celui de la **décriminalisation**: on demande que certains actes, tels que la consommation de certaines drogues, ne fassent plus l'objet de sanction. Le second mouvement est celui de la **désinstitutionnalisation**: d'une **part**, on réclame que les conditions de détention soient plus humaines **et**, d'autre **part**, que les contrevenants puissent bénéficier de solutions de rechange à l'incarcération. Alors que la légitimité de la prison est contestée, le traitement est également remis en question. On souhaite qu'il ne serve plus à légitimer l'incarcération (par le biais des sentences indéterminées et prolongées) et que les programmes de traitement prennent place dans la communauté plutôt que dans les institutions.

Au début des années 80, à la suite du phénomène Martinson, une alternative à «**Nothing Works**» commence à émerger, soit l'opinion que «plusieurs choses fonctionnent parfois» (Palmer, 1994). Au cours des années 80 et des années 90, la question de l'efficacité des interventions est l'objet d'un intérêt renouvelé autant chez les chercheurs et les cliniciens que chez les membres de la société qui observent la scène correctionnelle. Plusieurs auteurs, dont Palmer (1994) et Andrews et al. (1990), s'entendent **d'une part**, pour dire que les recherches fournissent un nouvel éclairage aux programmes de traitement et **d'autre part** que ces mêmes études gagneraient à être comparées entre elles. Cette dernière démarche permettrait de mieux répondre à ce double questionnement: est-ce que l'intervention constituée par le traitement réduit la récidive et **ainsi**, protège le public?

1.2 SITUATION QUÉBÉCOISE

Au moment de la formulation du projet de **recension**, nous avons pris en compte certaines données afin de mieux saisir les besoins de traitement chez les détenus et chez les **probationnaires** qui sont sous juridiction provinciale. En 1992-1993, la population moyenne quotidienne en détention était de 3557, ce qui constituait une hausse de 6.4% par rapport à **l'année** précédente (ministère de la Sécurité publique, 1993). Afin de mieux situer **l'importance** relative de cette clientèle, rappelons qu'il y avait en outre 4200 détenus incarcérés dans les pénitenciers fédéraux québécois (Solliciteur général du **Canada**, 1993). En ce qui concerne le temps passé en détention, cette clientèle est condamnée à une peine **d'emprisonnement** moyenne de trois mois, mais la durée réelle des séjours se situe, en moyenne, autour d'un mois. On peut se demander s'il est souhaitable et possible d'instaurer des programmes lorsque le temps passé en détention est si bref. Il est vraisemblable **qu'on** réponde différemment selon la gravité de la criminalité qui est observée. En **effet**, il s'avère que les contrevenants qui présentent de plus hauts risques devraient bénéficier d'un **traitement**, peu importe la durée de l'incarcération. Par ailleurs, certains chercheurs ont démontré que les programmes de thérapie brève qui réunissent des groupes de détenus font souvent naître chez ces derniers la motivation de s'impliquer dans un traitement plus intensif et plus long une fois leur liberté retrouvée (Rondeau et al. 1994). En outre, il faudrait étudier la possibilité d'adapter les expériences réalisées dans le cadre des longues périodes de détention au contexte de la détention courte durée.

En ce qui concerne la **probation**, **11 982** contrevenants étaient en surveillance mensuellement en 1992-1993 (ministère de la Sécurité publique, 1993). Nous n'avons pas de données exactes pouvant nous indiquer combien d'entre eux sont impliqués dans un programme de traitement ni combien **d'entre** eux ont décidé, de leur propre initiative, de bénéficier du programme «Information, aide et conseil» offert par **les** agents de probation ou encore de suivre un programme dans la communauté. Ces informations devraient être recueillies afin de mieux saisir les besoins des probationnaires et les comparer aux services disponibles dans la communauté, qu'il s'agisse de traitement en délinquance sexuelle, en santé mentale, en toxicomanie ou en violence conjugale.

Les services correctionnels du Québec poursuivent **l'objectif** louable de réhabiliter les contrevenants, mais il **n'en** demeure pas moins que les contextes social et économique exercent des pressions importantes. Ainsi, une partie de la population souhaite qu'on limite les efforts de réhabilitation (et les coûts **qu'ils** entraînent) et qu'on recourt à des méthodes exclusivement répressives. Pour notre **part**, à la lumière du portrait de la situation dressé plus **haut**, nous pensons qu'une **recension** critique peut éclairer les décideurs en ce qui concerne les programmes de traitement qui peuvent donner de bons résultats pour certains types de contrevenants **et, également**, en ce qui concerne les limites méthodologiques dans l'évaluation de ces programmes.

2. OBJECTIFS DE LA RECENSION

Les recensions des écrits, qui furent nombreuses au cours des quinze dernières années, ont contribué à l'avancement des connaissances en fournissant un état de la situation quant au **traitement**, à son **efficacité** et aux méthodologies **d'évaluation**. Toutefois, comme nous l'avons mentionné plus **haut**, ces recensions s'intéressent presque exclusivement aux personnes incarcérées pour des périodes de moyenne ou de longue **durée**. Il nous apparaît essentiel **d'accorder** une plus grande importance aux clientèles contrevenantes que les recensions antérieures ont quelque peu oubliées: les personnes incarcérées pour une courte période et les **probationnaires** qui participent, volontairement ou pas, à des programmes de traitement offerts dans la communauté.

Par **conséquent**, l'objectif principal de la présente recension consiste en la production d'une synthèse des recherches récentes (1985-1995) qui s'intéressent au traitement en milieu fermé et en milieu ouvert pour les délinquants sexuels, les contrevenants aux prises avec des problèmes de santé mentale, les contrevenants qui sont dépendants des drogues et de l'alcool et, enfin, pour les hommes reconnus coupables de violence conjugale.

3. MÉTHODE DE RECENSION

3.1 PERSPECTIVES D'ANALYSE

Plusieurs sont **d'avis** qu'il se produit présentement un mouvement favorable au traitement des contrevenants. Selon Lôsel (1993), les évaluations de programmes ont grandement contribué à la popularité de ces formes d'intervention. Ce même auteur incite les chercheurs à multiplier les analyses quantitatives **et, également,** à accorder davantage d'importance au contexte dans lequel se déroule le traitement

Cullen et **Gendreau** (1989), soucieux de répliquer à la vision pessimiste de **Martinson**, ont répertorié 200 études **évaluatives** portant sur des traitements qui se sont déroulés entre 1973 et 1987. À la lumière des résultats de cette **recension**, les auteurs en arrivent à la conclusion que la doctrine du «**Nothing Works**» est un construit social qui ne repose sur aucune base empirique. Contrairement aux chercheurs des années 70, ils concluent que le traitement est efficace lorsque certains principes théoriques et pratiques sont respectés.

Enfin, Andrews et al. (1990), soulignent que les traitements qui ont le plus de succès, relativement à l'atteinte des objectifs spécifiques du programme et à la diminution de la récidive, sont ceux qui répondent à ces trois principes: 1) on traite uniquement les justiciables qui risquent follement de récidiver **s'ils** ne bénéficient pas d'un **traitement**; 2) on se concentre sur les dimensions problématiques de la personnalité criminelle, plutôt que de prendre en compte **l'ensemble** de la personnalité; 3) on utilise des approches et des méthodes, surtout **cognitives** et comportementales, qui rencontrent les besoins des clients.

Il semble que ni l'optimisme des années 60, ni le pessimisme des années 70 **n'aient** rendu possible le développement de mesures évaluatives fiables. **Aujourd'hui**, le défi, **c'est-à-dire** les perspectives de recherche les plus pressantes, consiste à comparer les programmes entre eux et identifier les **facteurs-clés** qui contribuent au succès du traitement

3.2 COLLECTE ET CLASSIFICATION

L'idée principale qui a guidé ce travail était de ne laisser échapper aucun texte ou recherche possiblement **pertinent, d'accéder** à la documentation et d'analyser celle-ci de la manière la plus exhaustive possible en fonction des objectifs poursuivis et selon les critères scientifiques établis. Les moyens employés pour recenser les documents pertinents sont présentés ici brièvement.

Lorsque nous avons débuté la **recension**, nous avons souhaité considérer tous les programmes répondant à ces deux critères: 1) les programmes qui appliquent les normes scientifiques, c'est-à-dire qui ont **minimalement** élaboré des outils théoriques et méthodologiques pour **l'élaboration**, l'instauration et l'évaluation du traitement (efficacité opérationnelle et impacts); 2) ceux qui concernent ou pourraient concerner les **probationnaires** et les personnes incarcérées pour une courte durée.

Une première liste des écrits a été complétée par une interrogation systématique des principales bases de données informatisées disponibles dans le domaine des sciences sociales et susceptibles de contenir les renseignements recherchés. Cette démarche a conduit à l'identification de 2053 textes répartis comme suit: **Criminal Justice Abstract** (173), Francis (137), **Medline** (188), **NCJRS** (645), **Psyclitt** (639), Social Sciences Index (34), Social Work **Abstracts** Plus (30), **Sociofile** (207).

La stratégie de recherche utilisée pour interroger les bases de données visait à retracer les textes traitant des programmes offerts aux personnes incarcérées pour une période brève et aux probationnaires, et ce, dans l'une de ces sphères d'intervention: la déviance sexuelle, les toxicomanies, les troubles mentaux et la violence conjugale.

Des stratégies complémentaires ont permis de recueillir de nouveaux textes. Ainsi, nous avons vérifié le contenu de la collection de la bibliothèque du Solliciteur général et avons consulté mensuellement la base de données **Current Contents**. **Aussi**, nous avons consulté des experts de l'École de criminologie de l'Université de Montréal et du Centre de criminologie comparée. Enfin,

nous avons contacté, par **lettre**, des personnes susceptibles de posséder des documents pertinents pour notre **recension**.

Dans le cadre de cette dernière stratégie, nous avons tenté d'entrer en communication avec des responsables du secteur correctionnel et des chercheurs associés à divers centres de recherche **s'intéressant** à notre objet d'étude, tant au Canada **qu'aux** États-Unis et en Europe. En **tout**, 93 personnes furent sollicitées. Vingt-neuf ont répondu et de ce nombre, 18 nous ont fourni des références ou encore expédié des articles.

Les textes retenus pour la recension ont tout d'abord été regroupés selon la sphère d'intervention. Un second regroupement a permis de distinguer les programmes selon le type d'environnement dans lequel ils se **déroulent**, soit la prison ou la communauté.

4. MÉTHODE D'ANALYSE

L'interrogation des bases de données informatisées a produit une liste de départ de 2053 articles. Les **18** documents repérés par les autres moyens décrits plus haut se sont ajoutés à cette banque de données, pour un total de 2071 textes. Une première sélection et un premier classement ont alors été effectués à partir de la lecture des titres et des résumés.

Certaines décisions quant à la pertinence des écrits ont entraîné une diminution considérable du nombre de textes. Tout **d'abord**, pour les textes traitant de l'intervention en milieu carcéral, nous nous sommes limités aux programmes d'une durée de trois mois ou moins. Ce choix découle des intérêts de départ de la recension, notamment celui de prendre en compte les particularités inhérentes à ce que nous avons appelé la «détention brève». **Également**, nous avons décidé de ne conserver que les textes qui abordent l'ensemble de ces dimensions:

- caractéristiques de la clientèle;
- caractéristiques de l'environnement où se déroule le **traitement**;
- objectifs du **traitement**;
- stratégies d'intervention (méthodes, approches et durée du programme);

- fondements théoriques;
- méthodes d'évaluation;
- efficacité opérationnelle (atteinte des objectifs, taux **d'attrition** et de récidence);
- impacts après le programme.

Afin de réaliser la sélection finale, après une première sélection par le personnel de recherche, les données ont été transmises aux chercheurs responsables du projet. **Ceux-ci** ont procédé à une lecture suivant les mêmes critères de sélection. La double évaluation a permis de conserver uniquement les ouvrages traitant précisément des thèmes de la **recension** et des questions identifiées comme pertinentes et prioritaires.

La taille et la composition de la base de données constituée pour la présente recension ont varié légèrement en cours de route. Quelques textes très difficiles à obtenir et certains autres qui, après lecture, se sont avérés moins pertinents que prévu ont été éliminés. Trois cent vingt-cinq écrits ont finalement été sélectionnés. Cent quatre-vingt-quatre textes ont fait **l'objet** de résumés. Ces derniers ont été rédigés à partir des huit dimensions **énumérées** à la page précédente. Les autres écrits (141) ne couvraient pas toutes les dimensions recherchées et **n'ont** pas été résumés, mais ils ont tout de même contribué à l'élaboration de la recension de par leur contenu didactique.

Enfin, mentionnons que lors de la formulation initiale du projet nous avons prévu intégrer les écrits pouvant éclairer certaines dimensions contemporaines telles que les clientèles minoritaires. Ainsi, nous aurions aimé aborder l'intervention auprès des groupes **ethnoculturels** minoritaires et auprès des femmes. Ce projet a cependant dû être abandonné. En **effet**, les bases de données n'ont pas produit un nombre appréciable de références relativement à des programmes de traitement pour les deux groupes visés. Cette partie de la recension aurait nécessité l'élaboration d'une grille de lecture distincte. **L'équipe** de recherche a plutôt choisi **d'étoffer** davantage son analyse pour les quatre sphères d'intervention évoquées plus haut et ainsi éviter de disperser ses énergies.

CHAPITRE 1 : DÉLINQUANCE SEXUELLE

La prévalence des agressions à caractère sexuel est devenue une préoccupation nationale au Canada (**Lang et al.**, 1988). En **effet, l'attention** portée par le public à la violence sexuelle s'est accrue de façon dramatique au cours de la dernière décennie (**Wormith et Hanson**, 1992). Le problème du traitement des délinquants sexuels a ainsi été placé à **l'avant-scène** de l'actualité (Lang et **al.**, 1988). La situation est d'autant plus inquiétante que, d'un côté, on observe que le nombre de délinquants sexuels dans les établissements fédéraux canadiens est en augmentation (Gordon et **al.**, 1991) et que, de l'autre, on constate une répétition des comportements délictueux par ces agresseurs (Shaw et **al.**, 1995). Ainsi, **Abel** et al. (1987) ont indiqué dans une étude effectuée auprès de **411** délinquants sexuels que ces personnes avaient commis plus de 138 000 délits à eux seuls.

La prise de conscience des coûts énormes aux plans social, financier et psychologique associés à l'agression sexuelle a amené le développement de programmes de traitement spécialisés pour les contrevenants sexuels (Shaw et **al.**, 1995). Le défi de traiter ces délinquants a soudainement pris une nouvelle importance (Shaw et **al.**, 1995). Ainsi, au cours de la dernière décennie, un certain nombre de stratégies de traitement ont été développées à l'intention des délinquants sexuels. Dans le présent chapitre, on cherchera à identifier plus nettement les caractéristiques de ces délinquants et à mesurer les impacts des programmes qui leur sont destinés. On cherchera aussi à répondre à la question suivante: quelle est l'efficacité du traitement auprès de la clientèle des délinquants sexuels? Il s'agit d'une question d'autant plus importante si on considère que lorsqu'un agresseur sexuel qui a reçu un traitement récidive, **c'est l'efficacité** de l'ensemble des programmes d'intervention destinés à cette clientèle qui est soudainement remise en question (**Pellerin et al.**, 1996).

1. ASPECTS GÉNÉRAUX

1.1 LA CLIENTÈLE

Les participants des programmes en milieu carcéral sont traités relativement à divers délits sexuels. En général, les programmes offerts ne s'intéressent pas à une problématique spécifique, mais s'adressent aux contrevenants sexuels en général, englobant ainsi toutes les formes possibles

de délinquance sexuelle. La **pédophilie** et le viol constituent les deux types de délits les plus fréquemment rencontrés chez les participants aux divers programmes offerts dans les établissements de détention (**Hopkins**, 1993; Marshall, 1994; **Pellerin et al.**, 1996). Parmi les programmes recensés, certains ne s'adressent toutefois qu'à une catégorie de détenus ayant commis une agression sexuelle telle la pédophilie (hétérosexuelle ou homosexuelle) ou l'inceste (**Lang et al.**, 1988; **Rice et al.**, 1993; Marques et **al.**, 1994). C'est le cas d'un programme évalué par **Brown et Brown** (1990) qui **s'adresse** à un type de contrevenants sexuels, soit les hommes incestueux. **Il** en est ainsi parce que, selon Brown et Brown (1990), ces hommes peuvent être considérés plus aptes au traitement que d'autres types **d'agresseurs** sexuels. **Finalement**, un programme va même jusqu'à inclure dans sa clientèle certains détenus n'ayant pas commis d'agression à caractère sexuel. En **effet**, l'article de **Valliant et Antonowicz** (1992) décrit un programme où la clientèle est composée à 36% de détenus ayant commis une agression **non**-sexuelle. Les autres participants étaient incarcérés soit pour viol (24%), soit pour inceste (22%) ou soit pour pédophilie (18%).

Les programmes offerts dans des milieux extérieurs au contexte carcéral, **c'est-à-dire** dans la communauté, reçoivent une clientèle similaire à celle reçue dans les établissements de détention. Ici encore, les délits les plus couramment relevés chez les participants aux programmes de traitement sont la pédophilie (**Abel et al.**, 1988; Marshall et **Barbaree**, 1988; **McConaghy et al.**, 1988; Mezey, 1991; **Pithers**, 1991; O'Donohue et **Letourneau**, 1993; **Bingham et al.**, 1995; **Emory et al.**, 1995; **Kravitz et al.**, 1995), le viol (**Driggs et Zoet**, 1987; **Swanson et Garwick**, 1990; **Pithers**, 1991; **Coleman et al.**, 1992; Bingham et **al.**, 1995; Emory et **al.**, 1995) et **l'inceste** (Marshall et **Barbaree**, 1988; Mezey, 1991; **Kravitz et al.**, 1995). De plus, les programmes offerts en milieu ouvert traitent aussi diverses formes de **paraphilies** commises par leurs clients tels **l'exhibitionnisme** (Marshall et **Barbaree**, 1988; Coleman et **al.**, 1992; Bingham et **al.**, 1995; **Kravitz et al.**, 1995), le voyeurisme et les comportements obscènes (Marshall et **Barbaree**, 1988; Coleman et **al.**, 1992). L'article de Swanson et Garwick (1990) décrit un programme pour des contrevenants sexuels ayant un quotient intellectuel nettement ou légèrement inférieur à la moyenne. Les délits auxquels on réfère sont divers: agression sexuelle sur des personnes des deux sexes et différentes formes d'agression sur des enfants (allant de l'exhibitionnisme au viol). On

observe enfin la présence de **diverses** autres formes de **paraphilies** tels les appels téléphoniques obscènes, le voyeurisme, le fétichisme, le **travestisme**, etc. (McConaghy et al., 1988; Swanson et Garwick, 1990). La promiscuité sexuelle, **c'est-à-dire** le fait **d'avoir** des relations sexuelles **fréquentes** avec différents partenaires, est même une problématique traitée à l'intérieur d'un programme (Emory et al., 1995).

Les clients des programmes sont habituellement des récidivistes dans des délits de nature sexuelle, bien que le nombre de **ceux-ci** varie selon les études et les milieux où le traitement est offert. Ainsi, tous les participants du programme évalué par McCulloch (1993) avaient déjà été incarcérés précédemment. Dans un autre programme, jusqu'à 63% des participants avaient déjà été détenus pour un délit sexuel (Brown et Brown, 1988). Parmi les **probationnaires** admis à un programme, le tiers avait des antécédents de **pédophilie** ou d'inceste (Mezey, 1991). En outre, mentionnons que la majorité des participants (87%) était connu des milieux judiciaires pour différents délits non-violents et non-sexuels (Hogue, 1991). Le nombre de délits sexuels recensés peut atteindre jusqu'à 200 pour les pédophiles (Kravitz et al., 1995) et varie habituellement de un à 100 par participant selon Swanson et Garwick (1990).

Concernant les caractéristiques spécifiques de cette clientèle, McCulloch (1993) indique que ces contrevenants se présentent comme des individus ayant une histoire de vie difficile et qui s'avèrent incapables dans leurs relations interpersonnelles de combler leurs besoins de manière adéquate et socialement acceptable. Dans le même sens, Mezey (1991) souligne que la majorité des participants a cumulé des carences émotionnelles. De **surcroît**, 44% des pédophiles d'un programme ont été abusés sexuellement **lorsqu'ils** étaient enfants (Mezey, 1991) alors que dans le cadre d'un autre programme, c'était **jusqu'à** 60% des participants ayant commis divers crimes sexuels (pédophilie, inceste, viol, etc.) qui avaient subi un tel abus (Graham, 1991). Enfin, parmi les programmes qui traitent des délinquants sexuels présentant également des problématiques spécifiques, notons quelques programmes développés pour des patients ayant subi un traumatisme cérébral (Emory et al., 1995) et ceux affligés de déficiences intellectuelles (Swanson et Garwick, 1990).

En **fait**, les caractéristiques de la clientèle varient en fonction des critères de sélection des programmes. En effet, ces critères peuvent faire en sorte que dans certains cas les participants acceptés à un programme se limiteront à ceux ayant peu ou pas d'antécédents judiciaires (Marques et **al.**, 1994; **Bingham** et **al.**, 1995) alors que dans **d'autres**, seuls des délinquants sexuels présentant un profil plus sérieux caractérisé par leurs nombreuses difficultés et leur longue histoire criminelle seront choisis (**Rice** et **al.**, 1993). Selon **Bingham** et **al.** (1995), la sélection permet non seulement de mieux protéger la société, mais vise également à ce que le programme ne puisse être perçu ou identifié comme un havre pour délinquants sexuels violents.

1.2 LES FONDEMENTS THÉORIQUES

La majorité des programmes **s'appuie** sur l'idée que les délinquants sexuels présentent différentes carences ou difficultés psychosociales qu'il convient de traiter **afin d'éviter** la récidive. Ainsi, les expériences liées aux **victimisations** antérieures des contrevenants sexuels constituent une des problématiques à privilégier selon certains responsables de programmes. Les fondements théoriques d'un programme en établissement carcéral à sécurité minimale peuvent être résumés dans les propos des auteurs suivants. Dans la mesure où **51%** des délinquants sexuels déclarent avoir subi des sévices physiques et où 60% disent avoir subi des agressions sexuelles, la **victimisation** antérieure doit être utilisée comme outil thérapeutique (**Graham**, 1991). **Il** faut donc amener les délinquants sexuels du programme à découvrir les émotions refoulées suite aux **traumatismes** subis. Selon **Graham** (1991), cette prise de conscience leur permet ensuite **d'envisager** le tort qu'ils ont eux-mêmes causé à leur victime. Dans le même sens, le programme de **Coleman** et **al.** (1992) repose sur **l'hypothèse** que la médication habituellement utilisée pour traiter les comportements **obsessifs-compulsifs** peut venir en aide à certains déviants sexuels dont la résistance à la psychothérapie s'explique par le niveau élevé d'anxiété. Cette anxiété empêcherait certains participants de surmonter les traumatismes sexuels qu'ils ont vécus pendant leur enfance ou leur adolescence (**Coleman** et **al.**, 1992). Concernant **l'anxiété**, les fondements théoriques du programme évalué par **Hopkins** (1993) reposent sur l'idée que, même s'il existe des différences entre les types de contrevenants sexuels, ceux-ci doivent tous en arriver à diminuer l'anxiété qu'ils éprouvent dans leurs relations avec les autres.

Par ailleurs, des programmes ont pour hypothèse que ce sont des carences au plan de la socialisation qui sont à l'origine des déviances sexuelles. Ainsi, un programme implanté dans un établissement de détention réservé aux personnes placées en **ségrégation** pour assurer leur protection maintient que la conduite antisociale et la criminalité proviennent, en partie, de **l'échec** vécu au niveau de l'apprentissage des façons de composer avec les situations conflictuelles (**McCullogh**, 1993). On soutient que les individus aux prises avec ce problème n'ont pas été en mesure d'observer puis d'adopter des comportements **pro-sociaux** (McCullogh, 1993). En enseignant de nouvelles habiletés, on estime possible d'apporter des changements positifs (McCullogh, 1993). Le programme évalué par Marshall et **Barbaree** (1988) suppose lui que les déficits sociaux de l'individu l'empêchent d'accéder à des partenaires adultes et consentants. Ce facteur accroît le stress du patient et augmente ainsi la probabilité qu'un comportement délictueux se produise.

Les programmes qui ont adopté une orientation théorique de prévention de la rechute ou de la récidive reposent sur le fondement que l'abus sexuel est l'expression d'un choix (**Pithers**, 1991; Marques et **al.**, 1994). Cette approche de contrôle personnel a été à **l'origine** développée pour contrer la dépendance à l'alcool. **Elle** a toutefois été adaptée auprès des délinquants sexuels (Pithers et **al.**, 1988; Marques et **al.**, 1994). Selon cette perspective, la récidive dépend d'un ensemble de facteurs et la rechute est précédée de signes que les clients sont en mesure de reconnaître (Pithers, 1991). Ainsi, la répétition **d'une** séquence d'événements se met en marche chez les agresseurs sexuels et les amène à commettre un nouveau délit. Le premier signe de changement concerne l'état affectif de la personne; le deuxième est l'apparition de fantasmes sexuelles reliées à **l'acte** qui se transforment ensuite en idées et en distorsions **cognitives** pour passer à une phase de planification passive (Pithers et **al.**, 1988). Enfin, la planification passive se transforme en passage à l'acte. Le modèle de prévention de la rechute vise à aider les patients à conserver le contrôle sur leurs comportements, peu importe le moment et les situations.

Trois études **s'appuient** sur des théories de comportements appris où les préférences sexuelles déviantes sont associées à des sentiments positifs. **L'aversion** devient alors un moyen privilégié pour modifier les comportements sexuels déviants. Ainsi, **l'étude** comparative de trois stratégies

de traitement évaluées par **Brown** et Brown (1988) fut initiée **d'après** l'hypothèse que la tension et l'excitation se transforment en révulsion si **l'action** projetée ou amorcée ne peut être complétée. Dans ce sens, plusieurs programmes utilisent même l'aversion électrique afin de modifier les préférences sexuelles (Marshall et **Barbaree**, 1988; **Rice** et **al.**, 1993).

D'autres programmes se basent sur l'idée que les contrevenants sexuels présentent des problèmes personnels spécifiques à leur type de délinquance. Par exemple, le rationnel qui **sous-tend** un programme est que l'inceste constitue une pathologie relativement moins sévère que les autres agressions perpétrées à l'endroit des enfants (Brown et Brown, **1990**). On soutient par ailleurs que les pédophiles dits régressifs ont avant tout une orientation sexuelle vers les femmes adultes. Toutefois, dans des périodes de stress, ils risquent plutôt d'agresser un enfant afin de combler leurs besoins émotionnels et sexuels complexes (Brown et Brown, 1990). Ce type d'agresseur devient ainsi impliqué sexuellement avec un enfant suite à l'expérimentation de divers stress personnels, à la présence de **dysfonctions** conjugales, à l'exposition d'un modèle de conduite incestueuse dans sa famille d'origine et à l'opportunité d'une relation intime avec un enfant (Brown et Brown, 1990). Le programme offert en milieu communautaire décrit par **Swanson** et **Garwick** (1990) s'appuie sur l'idée que les contrevenants sexuels recourent à des comportements associés habituellement à l'affection pour exprimer leur colère, leur frustration et leur domination. En conséquence, selon Swanson et Garwick (1990), le programme doit rééduquer les participants par rapport à tout ce qui touche à la sexualité et proposer **d'autre** part des solutions de rechange aux comportements déviants.

Enfin, les principaux fondements théoriques à la base d'un programme pour délinquants sexuels évalué par Marshall (1994) apparaissent innovateurs. En **effet**, ce programme met de l'avant qu'il faut cesser de refuser de traiter les délinquants sexuels qui minimisent ou nient la portée de leurs actes. Selon les responsables, il est habituel de s'attendre à retrouver la présence de ces deux aspects chez cette clientèle. **Conséquemment**, un programme de traitement doit prendre en compte ces deux formes de dissimulation et travailler à amener les clients à assumer la responsabilité de leurs actions. Faire cesser le déni et la **minimisation** doivent constituer les buts du traitement plutôt que des motifs **d'exclusion** comme c'est malheureusement trop souvent le cas.

1.3 LES OBJECTIFS

L'**objectif** premier de presque tous les programmes recensés est d'éviter **ou** diminuer la récurrence de la délinquance sexuelle (Abel et al., 1988; Lang et al., 1988; Marshall et Barbaree, 1988; McConaghy et al., 1988; Brown et Brown, 1990; Swanson et Garwick, 1990; Hogue, 1991; Pithers, 1991; Konopasky et al., 1991; Hopkins, 1993; Rice et al., 1993; Marques et al., 1994; Bingham et al., 1995; Kravitz et al., 1995). Pour atteindre cet objectif, les programmes de traitement visent différents sous-objectifs qui sont le reflet de leurs fondements théoriques.

On note d'abord des sous-objectifs centrés sur le délit et la victime tels: comprendre les impacts négatifs découlant de la commission des délits (Hogue, 1991), contrer la **minimisation** et le déni (Konopasky et al., 1991; O'Donohue et Letourneau, 1993; Marshall, 1994), cesser les justifications à la déviance sexuelle (Marques et al., 1994), reconnaître les torts causés à la victime (Graham, 1991), augmenter l'empathie à l'endroit des victimes (Konopasky et al., 1991; Bingham et al., 1995), enseigner aux délinquants sexuels comment réagir lorsque la tentation **d'abuser** refait surface (Pithers, 1991) et, enfin, mettre sur pied un plan de prévention de la rechute (Konopasky et al., 1991).

Il y a par ailleurs, en second lieu, des sous-objectifs reliés à la sexualité des **contrevenants**. Il s'agit notamment d'arriver pour ceux-ci à mieux contrôler leurs comportements sexuels (Abel et al., 1988; Hogue, 1991), à identifier les situations à risques (Marques et al., 1994), à éliminer les pensées ou fantaisies déviantes (Abel et al., 1995; Bingham et al., 1995) et à modifier leurs préférences sexuelles (Marshall et Barbaree, 1988; Konopasky et al., 1991).

Différents **sous-objectifs** centrés sur la personne ont également été **énumérés**. Nous avons relevé par exemple des programmes qui visent à augmenter la confiance en soi (Hopkins, 1993), particulièrement par rapport à la capacité de changer et de ne pas récidiver (Hogue, 1991), à diminuer **l'anxiété** des participants (Marshall et Barbaree, 1988; Hopkins, 1993), à améliorer l'estime de soi (Valliant et Antonowicz, 1992), à découvrir les émotions refoulées par les **traumatismes** antérieurs subis (Graham, 1991), à permettre aux participants de discuter de leurs

inquiétudes liées au retour en société (**McCulloch**, 1993), à amener les contrevenants à saisir et à comprendre leurs propres difficultés (McCulloch, 1993), à développer la capacité de faire face au stress, à la dépression et à la colère (Marshall et **Barbaree**, 1988; **Brown** et Brown, 1990; **Bingham** et **al.**, 1995), à augmenter **l'auto-contrôle** (**Swanson** et **Garwick**, 1990), à diminuer **l'agressivité** (**Valliant** et **Antonowicz**, 1992), à développer le sens des responsabilités (Marques et **al.**, 1994) et à apprendre à résoudre leurs problèmes personnels (Marshall et **Barbaree**, 1988; **Konopasky** et **al.**, 1991).

Des **objectifs** relatifs au **développement** d'habiletés sociales ont été fréquemment cités dans les programmes recensés. Ce type d'**objectifs** comprend le développement **d'attitudes pro-sociales**, spécialement à l'endroit des femmes (**Hogue**, 1991; Rice et **al.**, 1993), la capacité de s'affirmer de façon adéquate (**Abel** et **al.**, 1988; **Hopkins**, 1993; **Bingham** et **al.**, 1995), la capacité de développer des relations satisfaisantes avec des adultes (**Abel** et **al.**, 1988; **Brown** et **Brown**, 1990), **l'amélioration** de la communication (Marshall et **Barbaree**, 1988) et des habiletés parentales (**Brown** et **Brown**, 1990) ainsi qu'une modification chez les contrevenants de leur vision des rôles sexuels dans la société (Hogue, 1991). Parmi ces objectifs sociaux, citons le but du programme *180 Degrees* qui est de procurer des outils de base aux participants en vue de leur réinsertion sociale (**Driggs** et **Zoet**, 1987).

Finalement, des **sous-objectifs éducationnels** ont aussi été élaborés. Nous avons noté par exemple la volonté d'informer les contrevenants sur diverses questions d'ordre social et sexuel (**Abel** et **al.**, 1988; **McCulloch**, 1993; Rice et **al.**, 1993), le désir de clarifier les valeurs et les attitudes des participants à l'égard de la sexualité (Rice et **al.**, 1993) ainsi que l'apprentissage des concepts de base et des techniques du modèle de prévention de la rechute (Marques et **al.**, 1994).

1.4 L'ENVIRONNEMENT

Les programmes recensés en disaient très peu du contexte dans lequel ils prenaient place. Il nous a toutefois semblé que les programmes de traitement étaient préoccupés par la réaction publique très intense exprimée à l'endroit de la délinquance sexuelle. À cet **égard**, il nous apparaît que les

médias ont pu contribuer à politiser le débat sur l'efficacité des traitements pour contrevenants sexuels (**Freeman-Longo** et **Knopp**, 1992).

Sur un autre plan, des auteurs ont mentionné divers bénéfices pour le système pénal découlant du traitement **dont**, entre autres, celui de diminuer les coûts reliés à **l'incarcération** (Freeman-Longo et Knopp, 1992; **O'Donohue** et **Letourneau**, 1993). **Prentsky** et **Burgess** (1990) ont étudié en détail les coûts-bénéfices du traitement des agresseurs sexuels et conclu que le **traitement**, en substitution à **l'incarcération**, entraînait une réduction des coûts. Cette conclusion a amené les auteurs à estimer que le système pénal devrait considérer à nouveau la réhabilitation (Prentsky et Burgess, 1990). À titre d'exemple, un programme que l'on pourrait appeler "**pré-thérapie**" vise à éviter les coûts sociaux et monétaires associés à l'incarcération et à l'absence de traitement (**O'Donohue** et Letourneau, 1993).

Les auteurs mentionnent que les liens devraient être plus étroits entre les programmes de traitement et les autres institutions. **Konopasky** et al. (1991) discutent notamment de la nécessité de créer des liens entre le programme et les centres de détention afin **d'y** instaurer des mesures de traitement ainsi que de faire connaître le service communautaire parmi les divers agents du système pénal (Konopasky et al., 1991). À ce propos, **McCulloch** (1993) souligne que les programmes en établissement de détention se doivent de demeurer flexibles afin de satisfaire à la fois aux besoins des individus et aux demandes de l'environnement carcéral.

Même si les participants ne sont jamais véritablement contraints à suivre un **traitement**, **Kravitz** et al. (1995) notent que les délinquants sexuels qui ont reçu une sentence qui inclut la participation à un traitement peuvent ne pas se sentir tout à fait volontaires. C'est pourquoi Aubat et al. (1993) soulignent qu'on doit établir, dès le **départ**, un partage des responsabilités entre **l'équipe** thérapeutique, les représentants légaux et l'agresseur. Marshall et **Barbaree** (1988) ont remarqué que tous les hommes participant au programme de la *Kingston Sexual Behaviour Clinic* considéraient qu'ils avaient fait **l'objet** d'une certaine forme de pression de la part soit **d'agents** du système légal ou soit de leur famille visant à les amener à entrer en traitement. La situation **n'est peut-être** pas idéale selon la perspective des droits des patients. Par contre, la coercition est

certainement utile pour **s'assurer** un minimum de coopération de la part de ces hommes, tout au moins lors de l'évaluation initiale (Marshall et **Barbaree**, 1988).

2. MILIEU FERMÉ

Une douzaine de programmes prenant place en milieu carcéral ont été recensés, dont trois qui offraient un suivi en communauté suite à la libération des participants.

2.1 STRATÉGIES D'INTERVENTION

La majorité des programmes se sert essentiellement du groupe comme modalité d'intervention (**Valliant et Antonowicz**, 1992; Hopkins, 1993; **McCullogh**, 1993; Marshall, 1994; **Pellerin et al.**, 1996). L'éclectisme par la combinaison de différentes approches et modalités dans une stratégie d'intervention globale semble toutefois de plus en plus fréquente. Ainsi, à **Edmonton**, un programme utilise de façon combinée la psychothérapie de groupe, le psychodrame et l'enseignement de nouvelles habiletés (**Lang et al.**, 1988). Pour sa **part**, un programme s'adressant aux hommes incestueux fait appel à la fois à la thérapie individuelle, à la thérapie familiale et au groupe (**Brown et Brown**, 1990). De plus, ce programme offre des cours et des activités récréatives aux participants.

Parmi les programmes **d'approche cognitivo-comportementale**, **Hogue** (1991) a étudié un traitement appliqué auprès des déviants sexuels du *HMP Dartmoor*. Des rencontres individuelles et de groupe se déroulent sur une période s'étalant de 16 à 29 semaines. Entre autres activités, les participants sont amenés à reconstruire leur chaîne de passage à **l'acte**. Un programme également d'approche **cognitivo-comportementale** est décrit par Hopkins (1993). La stratégie **d'intervention** met l'emphase sur un apprentissage par le biais d'échanges, d'observations et d'exercices, dont des jeux de rôles. Enfin, le programme qui se déroule au *Northern Ontario District Jail* est conçu comme une forme de thérapie **cognitivo-comportementale** brève consistant en cinq séances de groupe (**Valliant et Antonowicz**, 1992). Le groupe débute par une séance d'information sur les aspects biologiques de la sexualité et du phénomène de **l'agression**. Les séances éducatives suivantes portent sur les causes et les conséquences de la colère par rapport

à la sexualité. La quatrième séance centre la discussion autour des valeurs et des rôles. Enfin, au cours de la dernière **séance**, des techniques de contrôle de la colère et de la sexualité sont enseignées.

Un programme évalué par **Rice** et al. (1993) de **modification** du comportement comprend des sessions **d'observation** de différentes images de comportements sexuels et de photos **d'enfants**. Le participant reçoit des chocs électriques lorsque l'image lui procure une érection signalée par **phallométrie**. Il se peut en variante que ce soit une lumière qui s'allume pour indiquer au participant qu'on a noté la présence de **stimuli** déviants chez lui. Les sessions durent une heure et les patients participent en moyenne à 20 séances. De plus, une variété de programmes sont aussi offerts par l'institution dont une communauté thérapeutique, un programme de type **béavioral d'entraînement** aux habiletés **hétérosociales** comprenant de quatre à six rencontres de groupe et enfin des groupes d'éducation sexuelle.

Signalons ici qu'un programme inspiré du modèle de communauté thérapeutique a été recensé. Le **Sex OffendeProgram** se déroule dans un hôpital et ce, pour une durée minimale de six mois (**Lang et al.**, 1988). Les participants incarcérés pour des délits de **pédophilie** ou d'inceste vivent ensemble en conformité avec la philosophie de la communauté thérapeutique. Les stratégies du programme comprennent des psychothérapies de groupe, des réunions quotidiennes, l'enseignement de nouvelles habiletés sociales, **l'apprentissage** du contrôle de l'agressivité et de la sexualité ainsi que des psychodrames.

Trois **autres** programmes utilisent des approches différentes. La stratégie d'intervention du programme de Marshall (1994) accorde beaucoup d'importance au groupe **ouvert**, c'est-à-dire que les hommes intègrent le groupe lorsqu'une place se libère. Le nouveau participant au groupe doit raconter son délit et élaborer autour de certains aspects qui y sont reliés. Ensuite, il est questionné et confronté par les autres participants et par le thérapeute qui rapporte la vision de la police ainsi que celle de la victime. On tente de créer une ambiance qui fait en sorte que chacun comprenne que la personne et le délit sont distincts: la première mérite d'être traitée avec respect alors que

le second est totalement inacceptable. En moyenne, ce traitement totalise 70 heures en raison de trois heures par semaine pendant 12 semaines.

La stratégie **d'intervention** du *Social Skills and Human Relationships Training Program* met **l'emphase** sur deux volets soient les habiletés et les contextes dans lesquelles elles **s'inscrivent**, **c'est-à-dire** les besoins inhérents à chaque individu, d'une **part**, et à l'environnement carcéral, d'autre part (**McCullogh**, 1993). Chaque participant est d'abord rencontré **individuellement**, puis il prend part aux 12 modules de la thérapie hebdomadaire de trois heures. Les modules couvrent essentiellement les thèmes suivants: meilleure connaissance de soi, communication, gestion des émotions, **affirmation** de soi, résolution de problèmes, relations avec les femmes et relations sexuelles.

La stratégie **d'intervention** d'un programme s'inspire surtout du modèle de dépendance sexuelle de Carnes, mais **s'inspire** aussi des modèles **cognitif**, psychodynamique et spirituel (**Graham**, 1991). Le modèle de Carnes est peu expliqué dans le cadre de l'article, mais il **s'appuie** essentiellement sur **l'idée** que les délinquants qui avouent avoir été victimes d'abus sexuels ne cherchent pas à éviter **d'assumer** la responsabilité de l'infraction qu'ils ont eux-mêmes commise. Il semble que la façon dont les délinquants ont réagi à l'agression dont ils ont été victimes détermine les délits qu'ils commettent à leur tour (Graham, 1991). La **victimisation** du délinquant est donc un des pivots du modèle thérapeutique de ce programme. Pendant 15 semaines, les participants suivent une **sociothérapie** de groupe de trois heures et une thérapie individuelle **d'une** heure par semaine. Après le programme de base, certains détenus participent à un programme intensif axé sur la prévention de la récidive de huit heures par jour pendant deux semaines. Enfin, les clients et leur famille peuvent ensuite profiter d'un suivi à toutes les six semaines.

Parmi les traitements recensés, seuls trois services en milieu carcéral offraient un programme de suivi extérieur. Un programme pour des hommes incestueux intègre un ensemble de modalités thérapeutiques: individuel, groupe, familial, éducation et activités récréatives (**Brown et Brown**, 1990). En thérapie, les hommes sont invités à relater par écrit leurs gestes abusifs, à écrire une

autobiographie et à tenir un journal de leurs fantasmes sexuels. Suite à la **libération** des participants, ceux-ci poursuivent le programme, en suivi, pendant un an.

Un deuxième programme, le *California Département of Mental Health's Sex Offender Treatment and Evaluation Project*, **offre** lui aussi un suivi (Marques et **al.**, 1994). Il s'agit **d'un** programme pour pédophiles de durée variable. Ces patients **participent** à un ensemble de modalités, notamment un groupe de traitement pour enseigner la prévention de la rechute à l'aide de techniques telles les chaînes **cognitivo-comportementales** et les matrices de décisions, des groupes de relaxation, d'éducation sexuelle, d'habiletés sociales, de la thérapie individuelle, des groupes pour l'abus de substances **psychoactives** lorsque c'est le cas, des thérapies aversives pour certains sujets, des activités de loisirs, des rencontres avec les pairs de la communauté thérapeutique et 30 heures de travail par semaine. Suite à ce programme, les participants suivent un autre traitement d'un an dans la communauté.

Enfin, un programme qui se déroule à l'Institut **Philippe-Pinel** de Montréal inclut différentes stratégies d'intervention, notamment des ateliers de prévention de la récidive, d'entraînement aux habiletés sociales, de gestion du stress, de contrôle de la colère et **d'éducation** sexuelle (**Pellerin et al.**, 1996). Ce programme comprend également des techniques comportementales visant à modifier les préférences sexuelles, des séances de thérapies familiales et conjugales, un accompagnement individuel et la castration chimique. Un traitement externe est aussi offert à cette institution et comprend des suivis individuels et de groupe orientés dans une perspective psychodynamique. Ce programme est d'une durée variable, il a donc été inclus dans le cadre de la présente **recension** même si le traitement peut se prolonger, dans certain cas, pendant plus d'un an.

2.2 IMPACTS DU TRAITEMENT

Notons tout d'abord que très peu de programmes sont mesurés selon des devis expérimentaux. En **fait**, les devis de recherche de type expérimental peuvent être jugés contraires à l'éthique puisqu'il s'agit de populations à risque élevé (Solliciteur général du **Canada**, 1990). Plusieurs

croient qu'il importe **d'offrir** un traitement à tous. Ce genre de difficulté explique pourquoi la recherche sur les résultats des programmes de traitement pour délinquants sexuels **s'avère** une entreprise difficile (Solliciteur général du **Canada**, 1990).

2.2.1 L'ATTRITION

Concernant les taux **d'attrition** au **traitement**, ils varient entre 6% et 37% selon les programmes. Celui qui rapporte le taux le plus élevé d'abandon est le programme de **l'Institut Philippe-Pinel** où 37% des participants sont classés comme n'ayant pas complété le traitement étant donné **qu'ils** y sont restés pour une durée de temps inférieure à 12 mois (**Pellerin et al.**, 1996). Pour les autres programmes offrant un suivi, 76% des hommes incestueux ont complété le programme évalué par **Brown et Brown** (1990) et 85,5% des participants ont terminé le traitement décrit par Marques et al. (1994). Parmi les 60 détenus ayant accepté de participer à un programme d'approche **cognitivo-comportementale**, 25% ne l'ont pas terminé, même si celui-ci ne consiste **qu'en** cinq rencontres (**Valliant et Antonowicz**, 1992). Enfin, le taux **d'abandon** le plus bas est rapporté par un programme décrit par Marshall (1994) pour lequel seulement 6% des participants n'ont pas terminé le traitement parce qu'ils ne s'impliquaient pas ou en raison d'un **transfert**.

Des auteurs ont tenté d'identifier les facteurs reliés au fait que les délinquants sexuels terminent les programmes ou non. Parmi ces facteurs, les participants mariés, ceux qui font preuve d'habiletés **cognitives** supérieures et les patients plus âgés ont un meilleur pronostic quant au fait de terminer le traitement. Par contre, le fait d'avoir une personnalité antisociale et le type de délit (inceste, **pédophilie** ou viol) sont des facteurs qui ne révèlent pas de différence (Shaw et **al.**, 1995). Bref, en général, chez les délinquants sexuels incarcérés, les caractéristiques personnelles (âge, statut marital, habiletés cognitives) sont les variables qui prédisent le mieux le fait de terminer le programme que les caractéristiques reliées au délit (type de délit sexuel et caractéristiques des victimes) (Shaw et **al.**, 1995). Pour tous, nier **l'abus** est l'obstacle majeur au progrès en thérapie (**Simkins et al.**, 1990).

2.2.2 LA RÉCIDIVE

L'impact du traitement quant à la **récidive** semble généralement positif. Selon les données officielles, seulement 2% des **participants** (n=125) ont récidivé suite à un programme utilisant diverses stratégies d'intervention (**Brown et Brown, 1990**). Par contre, les personnes qui ont évalué ce programme soupçonnent une possibilité de récidive non connue (Brown et Brown, 1990). Parmi les participants (n=76) du programme évalué par Marques et al. (1993), 8% ont été arrêtés pour un nouveau délit sexuel et 4% pour un nouveau crime violent non sexuel. **En** comparaison, 10% du groupe contrôle (n=79) ont commis un nouveau délit sexuel et 14% un nouveau crime violent non sexuel. Bien que les chercheurs avouent **qu'il** s'agit de résultats préliminaires et que la période de suivi de 38 mois peut être insuffisante, il semble évident que groupe ayant reçu un traitement est moins à risque de commettre un nouveau délit sexuel ou violent que le groupe contrôle selon les résultats obtenus. Selon d'autres données, les pédophiles homosexuels sont plus susceptibles de commettre un nouveau délit non-sexuel violent (Marques et **al.**, 1993). Les auteurs n'ont pas interprété ce résultat

Pellerin et al. (1996) ont évalué les taux de récidive des participants au traitement selon cinq types: la récidive sexuelle, la récidive violente, celle contre les biens, une autre contre les personnes, puis la récidive totale. Pour les pédophiles de **l'étude**, le taux de récidive totale est plus élevé chez les participants n'ayant pas complété le programme que pour ceux qui ont passé plus de temps en traitement (Pellerin et **al.**, 1996). Toutefois, ce taux est trompeur car le taux de récidive des pédophiles dont le traitement est non-complète est plus élevé pour les crimes contre les biens que pour les crimes sexuels. De plus, le taux de récidive pour les pédophiles en traitement prolongé, c'est-à-dire de plus de 24 mois **s'avère** plus élevé que pour ceux ayant complété le traitement (Pellerin et **al.**, 1996). Ce résultat suggère que les pédophiles plus à risque de récidiver demeurent plus longtemps dans le programme de traitement. Les résultats sont différents quant aux hommes ayant commis un viol. **En fait**, pour cette catégorie de contrevenants sexuels, ceux qui demeurent en traitement pour une période supérieure à 24 mois présentent des taux de récidives moins élevés que les autres groupes de violeurs (Pellerin et **al.**, 1996). Ainsi, l'étude indique que la durée du traitement n'exerce pas le même effet chez les pédophiles et chez

les violeurs. Même si le programme prolongé de l'Institut **Philippe-Pinel** semble avoir un impact positif sur la récidive des violeurs, il reste que **l'étude** est incomplète en terme **d'efficacité du traitement** étant donné l'absence de groupes de contrôle composés d'agresseurs sexuels non-traités (**Pellerin et al.**, 1996). Les chercheurs rappellent la difficulté d'évaluer l'efficacité des programmes de traitement en invoquant l'absence de puissance statistique.

De plus, quelques auteurs indiquent des limites des programmes auprès de certaines clientèles. Ainsi, **l'expérience** de la communauté thérapeutique à **Edmonton** démontre que les personnes détenues suite à des délits sexuels peuvent bénéficier grandement d'un traitement en cours de sentence (**Lang et al.**, 1988). Par contre, il ressort que cette forme de traitement a moins de succès auprès des pédophiles que des hommes incestueux. En **effet**, 36 mois après la fin du **traitement**, 7% des hommes incestueux (**n=29**) ont récidivé, alors que 18% des pédophiles (**n=22**) ont récidivé (Lang et **al.**, 1988). Le taux de récidive total est de 12%.

Toutefois, les résultats du programme de modification du comportement décrit par **Rice** et al. (1993) ne **s'avèrent** pas concluants. En **effet**, l'évaluation de ce programme indique que **31%** des participants ont eu une arrestation subséquente pour un délit sexuel. Si **l'on** comprend les délits violents, le taux de récidive augmente à 43%. Pour cette étude, la récidive, déterminée selon **les** données officielles, signifie une nouvelle arrestation pour un crime sexuel ou violent (Rice et **al.**, 1993). **Ainsi**, les auteurs notent qu'il s'agit d'une estimation conservatrice étant donné qu'il **s'agit** du taux de récidive pendant la période de suivi seulement et cela ne comprend pas ceux qui n'ont pas été reconnus coupables ou ceux qui ont reçu une sentence pour un délit non-sexuel. **Finalement**, même si le traitement a été considéré comme un succès en laboratoire, dans le sens que le contrevenant ne présente plus d'excitation sexuelle vis-à-vis les images d'enfants, cela n'a aucun effet sur la récidive (Rice et **al.**, 1993). Ce résultat suggère **qu'il** faut probablement que l'intervention soit axée sur des dimensions plus profondes que le simple **stimuli** sexuel.

En résumé, les taux de récidive des programmes en milieu carcéral varient entre 2% (**Brown et Brown**, 1990) et 43% (Rice et **al.**, 1993) selon les types de traitement et les diverses définitions de la récidive.

2.2.3 LES AUTRES OBJECTIFS

Les programmes de traitement ont aussi pour objectifs plusieurs changements autres que la réduction de la récidive. L'objectif de départ du programme de "pré-thérapie" évalué par Marshall (1994) fut atteint: la proportion d'hommes qui ont continué de nier la commission du crime a diminué de manière significative passant de 32% à 3%. La **minimisation** face au délit sexuel a aussi diminué considérablement. Notons que ce programme de traitement a été évalué selon une méthodologie particulière, **c'est-à-dire** par le thérapeute et par un professionnel non impliqué dans le programme. Ces derniers ont évalué l'évolution des participants selon une note de zéro à cinq correspondant au degré de minimisation du participant par rapport à l'acte commis. Le degré de concordance entre les deux évaluations est d'environ 84%, avec un écart qui n'a jamais excédé un point.

Hogue (1991) convient **qu'à** la fin du programme de type **cognitivo-comportemental**, les contrevenants ont adopté de nouvelles attitudes davantage acceptables socialement. De plus, les résultats des questionnaires administrés avant et après le traitement révèlent que les participants sont plus conscients de leur délit et de son impact sur la victime. L'auteur note qu'il est toutefois difficile de prédire comment le programme pourra changer le comportement délictueux éventuellement **Valliant** et **Antonowicz** (1992) concluent également que le programme **cognitivo-comportemental** du *Northern Ontario District Jail* a un impact positif: les pédophiles et les violeurs ont une meilleure estime d'eux-mêmes à la fin du traitement. Les résultats des tests avant-après le traitement qui évaluent le programme utilisant diverses stratégies d'intervention indiquent d'importants changements, dont une importante réduction de l'hostilité et un mouvement important vers un **locus** de maîtrise interne (**Graham**, 1991). Selon ces résultats, le programme aide les délinquants à mieux exprimer leurs émotions, à devenir moins hostiles et à améliorer leurs relations sociales. Dans le même sens, **Hopkins** (1993) qui a évalué un programme **cognitivo-comportemental** constate une amélioration significative chez les participants pendant la thérapie et dans les six mois qui ont suivi. Ainsi, alors que l'estime de soi des membres du groupe contrôle diminue, celle du groupe expérimental augmente entre le début et la fin du traitement et se stabilise pendant le suivi. De plus, l'anxiété des membres du groupe contrôle ne

se modifie pas, alors que celle du groupe expérimental diminue considérablement. Toutefois, le groupe constitué d'hommes ayant commis un viol serait celui qui présente le moins d'amélioration personnelle (Hopkins, 1993). Dans cet ordre d'idées, les six participants d'un programme se servant de différentes approches ont opéré des changements positifs au plan des perceptions (McCulloch, 1993). De plus, le programme a amené tous les participants, avec des degrés variables, à modifier leur façon d'entrer en relation avec l'entourage et de construire le monde qui les entoure. En conclusion, McCulloch (1993) souligne qu'il faudrait voir ce qu'il advient des résultats positifs du programme une fois que les contrevenants retournent dans la société. Rappelons toutefois que l'échantillon utilisé pour évaluer ce programme n'est composé que de six participants.

3. MILIEU OUVERT

Une quinzaine de programmes de traitement pour les délinquants sexuels s'offrant dans des milieux autres que la détention ont été recensés. Parmi ceux-ci, il y a principalement les programmes utilisant la thérapie **cognitivo-comportementale**, la **pharmacothérapie** et la prévention de la rechute.

3.1 STRATÉGIES D'INTERVENTION

Le programme de thérapie *East London Community Treatment*, qui s'appuie sur la thérapie **cognitivo-comportementale** et l'**approche systémique**, constitue une mesure de rechange à l'**incarcération** (Mezey, 1991). La sélection des participants se fait par quatre thérapeutes, mais l'admission doit être consécutive à l'approbation d'un juge. Les participants sont répartis en deux groupes qui se rencontrent une fois par semaine pendant 90 minutes. Les principaux thèmes abordés lors des séances de groupe **sont**: le déni, l'**attirance** sexuelle envers les enfants et la **victimisation**. L'ensemble de la thérapie s'étend sur six mois. Par la suite, des suivis en groupe sont offerts tous les trois mois pendant une période de trois ans. Un programme décrit par Bingham et al. (1995) inclut également une variété de techniques de type **cognitivo-comportemental** qui **concernent** la résistance à la rechute, l'affirmation de soi, la gestion du **stress**,

le contrôle de la colère et le développement d'un réseau approprié de soutien. Ce programme comprend des séances de groupe hebdomadaires pendant **11** mois.

D'autres programmes de traitement de type comportemental ont été recensés. Parmi **ceux-ci**, un programme de 45 heures de rencontres de groupes pour chacune des 10 composantes du traitement qui portent sur l'éducation sexuelle, la restructuration **cognitive**, les habiletés sociales et l'expression appropriée des émotions (**Abel et al.**, 1988). L'utilisation de la masturbation à satiété est également une technique utilisée dans le cadre de ce programme pour éliminer les fantasmes sexuelles déviantes. Selon une approche semblable, le programme du *Nova Scotia Sexual Behavior Clinic* de traitement individuel et de groupe combine quatre stratégies d'intervention: **sociothérapie**, thérapie individuelle, thérapie cognitive et prévention de la rechute (**Konopasky et al.**, 1991). La stratégie d'intervention couvre une période de 16 semaines avec des rencontres hebdomadaires de trois heures et une période d'évaluation qui se poursuit cinq mois après le traitement

Un programme **cognitif-comportemental** comprend diverses modalités **aversives**, dont **l'aversion** électrique, afin de diminuer l'attraction vers des actes déviantes avec des enfants (**Marshall et Barbaree**, 1988). De plus, des stratégies de conditionnement sont utilisées lors de masturbation des patients. Des stratégies éducatives sont également incluses dans **l'intervention**. **En effet**, au cours de thérapies individuelles, les intervenants procurent de l'information aux patients, identifient et changent les croyances irrationnelles des clients et offrent des mesures de remplacement plus **constructives**. Les patients de ce programme participent aussi à des jeux de rôles et à des exercices de relaxation. En **fait**, nous avons observé que divers moyens d'intervention **aversifs** étaient utilisés dans les programmes tels les chocs électriques, la masturbation à satiété et l'aversion olfactive (**Marshall et Barbaree**, 1988; **Rice et al.**, 1993; **Marques et al.**, 1994).

Il importe de mentionner que plusieurs programmes utilisent la pharmacologie dans le traitement des contrevenants sexuels. Nous avons en effet relevé que le programme décrit par **Coleman et al.** (1992) tire profit à la fois **d'une** approche **pharmacologique** par l'administration **d'une**

médication habituellement réservée au traitement de l'anxiété et de la psychothérapie. Ainsi, l'intervention de ce programme de traitement en clinique externe pour les **paraphilies** consiste à administrer des doses quotidiennes de lithium et de **fluoxetine** et à participer à une psychothérapie. Dans le même esprit, les trois stratégies de traitement comparées par McConaghy et al. (1988) emploient soit la désensibilisation par la visualisation et la relaxation, soit la **pharmacothérapie** par l'administration de **medroxyprogesterone**, ou soit encore une combinaison des deux méthodes. D'autres programmes tels ceux décrits par **Emory et al. (1995)** et **Kravitz et al. (1995)** ajoutent également la pharmacothérapie à la psychothérapie. Dans le même sens, le programme décrit par Kravitz et al. (1995) utilise la medroxyprogesterone administrée hebdomadairement par injection et la thérapie de groupe auprès des **probationnaires** ayant commis des délits sexuels. Les thérapies abordent les distorsions **cognitives**, la **minimisation**, le déni, le manque d'empathie, **l'éducation** sexuelle et la conscience de soi. Le programme s'adressant spécifiquement à huit clients ayant développé un comportement **hypersexualisé** suite à un traumatisme cérébral tente de déterminer **l'efficacité** du medroxyprogesterone (**Depo-Provera**) lorsqu'il est utilisé en association avec des rencontres de **counseling** (Emory et al., 1995). Tous les patients reçoivent une injection intramusculaire de **Depo-Provera** chaque semaine et participent à une séance de **counseling éducatif/comportemental** qui tient compte de certains problèmes tels le manque d'empathie et les problèmes de mémoire.

Un programme s'appuyant sur le modèle de la prévention de la récidive comprend deux facettes: interne (la maîtrise de soi) et externe (la surveillance) (**Pithers, 1991**). La dimension interne consiste **essentiellement**, pour les personnes traitées, à reconnaître les situations dans lesquelles elles risquent de rechuter, à analyser certaines décisions qui, bien **qu'elles** peuvent sembler anodines au premier **abord**, risquent d'entraîner une rechute, ainsi **qu'à** mettre de l'avant des stratégies qui permettent d'éviter les situations à risque. **Afin** de favoriser la maîtrise de soi, les intervenants doivent s'assurer de déterminer des objectifs réalistes, de bien évaluer les situations les plus à risque et d'inciter leurs clients à adopter une attitude dynamique qui soit axée sur la résolution des problèmes. Les habiletés apprises en cours de traitement ne sont pas toujours intégrées ou mises de l'avant et certains clients n'osent pas rapporter leurs défaillances ou leurs fantasmes déviants aux intervenants (Pithers, 1991), ce qui limite le rôle de la maîtrise de **soi**.

Par **conséquent**, l'apprentissage de la maîtrise de soi doit être complété par la facette externe du modèle de la prévention de la rechute, soit la surveillance (**Pithers**, 1991). Les agents de **probation** et de libération conditionnelle doivent alors obtenir la collaboration des personnes qui composent l'entourage de la personne traitée et, **également**, des spécialistes de la santé mentale.

Un seul programme s'inspirant des principes de la communauté thérapeutique a été recensé. Ce programme de traitement évalué par **Driggs** et **Zoet** (1987) se déroule à la maison de transition spécialisée pour les délinquants sexuels *180 Degrés*. Parmi les **probationnaires** qui sont admis à cette maison de transition, ceux qui font preuve d'un minimum de reconnaissance de leur déviance participent à une thérapie de groupe. Ce programme fut créé après que l'on ait constaté les limites de **l'appareil** correctionnel du Minnesota qui est en mesure de traiter moins de la moitié des contrevenants sexuels. Treize rencontres hebdomadaires sont animées par un professionnel de l'extérieur et par d'ex-contrevenants sexuels. La capacité de faire des choix éclairés est l'un des thèmes majeurs des séances de groupe. La dynamique de l'abus sexuel, les signes précurseurs du passage à l'acte et les stéréotypes sexuels sont également abordés. Chaque rencontre comporte une première partie éducative puis une deuxième partie réservée aux discussions et aux activités spécifiques. À part les **réunions**, les résidents font l'objet d'observations quotidiennes qui sont rapportées aux responsables de la thérapie.

D'autres types de programmes ont été recensés, **dont**, entre autres, la stratégie d'intervention en milieu communautaire décrite par **Swanson** et **Garwick** (1990) qui consiste en un groupe ouvert réunissant une dizaine **d'hommes** qui est **co-animé** par un homme et une femme. La durée du traitement est indéterminée, mais se prolonge en moyenne pendant 14 mois, **c'est-à-dire 35** séances de groupe. Les rencontres sont organisées de manière à éduquer et provoquer des changements **d'attitudes** et de comportements. **En** dernier lieu, un programme de **"pré-thérapie"** pour probationnaires comprend des groupes se réunissant à sept occasions pendant plus ou moins 90 minutes (**O'Donohue** et **Letourneau**, 1993). Les sessions couvrent plusieurs thèmes, notamment l'empathie à l'endroit des victimes, une meilleure interprétation et compréhension de ce que signifie avoir des contacts sexuels avec des enfants, **l'éducation** sexuelle, l'affirmation de soi et

des habiletés sociales, de **l'information** sur les thérapies en déviance sexuelle ainsi que les conséquences inhérentes au déni.

3.2 IMPACTS DU TRAITEMENT

Comme ceux dispensés en établissements carcéraux, la majorité des programmes recensés en milieu ouvert ont été évalués grâce à un schème **pré-post** traitement sans mesure de contrôle.

3.2.1 L'ATTRITION

Les taux **d'attrition** au traitement ne sont indiqués que pour deux programmes. Ainsi, 27% des participants du programme utilisant la **pharmacothérapie n'ont** pas complété les six mois de traitement (**Kravitz et al.**, 1995). **Abel et al.** (1988) rapportent un taux d'abandon de 35% à un programme **d'approche cognitivo-comportementale**. Il faut toutefois spécifier qu'il s'agit d'un programme de longue durée, c'est-à-dire de 30 semaines. **Abel et al.** (1988) ont constaté peu de différence entre les participants ayant abandonné le programme et ceux qui l'ont complété. Toutefois, les personnes qui n'ont pas complété le programme rapportent avoir ressenti plus de pression à entrer en traitement que les autres participants. De plus, **Abel et al.** (1988) ont constaté une absence de discrimination quant au choix de la victime et du type de délit sexuel chez ceux qui ont abandonné le programme.

3.2.2 LA RÉCIDIVE

Au niveau de l'impact du traitement sur la récidive, la plupart des programmes, encore une fois, semblent donner des résultats positifs. Ainsi, les résultats de l'évaluation d'un programme **d'approche cognitivo-comportementale** indiquent qu'aucun des participants **n'a** récidivé pendant les trois années qui ont suivi le programme (**Mezey, 1991**). Toutefois, un participant s'est suicidé, ce qui fait ressortir les risques inhérents au travail sur soi et **l'importance** d'évaluer et de superviser adéquatement. De même, aucun des 16 contrevenants participant à un autre programme du même type n'a commis de nouvelle infraction cinq mois après la fin du traitement (**Konopasky et al.**, 1991). Un troisième programme d'approche **cognitivo-comportementale** rapporte un faible taux de récidive parmi les participants. En **effet**, seulement 3% des participants (n=150) ont été

arrêtés à nouveau pour des crimes sexuels (**Bingham et al., 1995**). Par contre, il ne s'agit que des arrestations au cours de l'année suivant la terminaison du programme. Même si les résultats de ce programme sont encourageants, les chercheurs constatent que l'accent devrait porter sur les taux de récidive à plus long terme des agresseurs sexuels. Un autre programme d'approche **cognitivo-comportementale** présente un taux de récidive plus élevé que les précédents. Douze pour cent des participants (**n=98**) qui ont complété le programme évalué par **Abel et al. (1988)** ont récidivé au cours de **l'année** suivant la **fin** du traitement. Selon cette étude, l'indifférenciation dans le choix des victimes s'avère la meilleure variable pour prédire la récidive. Enfin, les données de l'évaluation du programme de la *Kingston Sexual Behaviour Clinic* indiquent que la récidive augmente en nombre et en fréquence selon la durée du suivi, mais les délinquants sexuels traités (**n=64**) récidivent moins (13%), même avec le temps, que ceux qui n'ont pas été traités (**n=53**) (**35%**) (**Marshall et Barbaree, 1988**). Les hommes de ce programme qui ont abusé sexuellement de jeunes filles qui **n'étaient** pas de leur famille obtiennent clairement de meilleurs résultats que les autres types de délinquants sexuels. Par contre, les jeunes contrevenants de **l'étude** et ceux qui ont eu des contacts génitaux avec leurs victimes sont plus susceptibles de récidiver même s'ils ont été traités. Bref, toutes les personnes traitées à ce programme **cognitif-comportemental** démontrent une diminution de la déviance et un taux de récidive moins élevé comparativement aux participants non-traités.

Selon **Pithers (1991)**, le modèle **cognitif** de la prévention de la rechute aurait plus **d'impact** sur la récidive que les traitements traditionnels et il serait plus prometteur auprès des hommes ayant commis de la **pédophilie** que ceux qui ont violé. Six ans après le programme, 3% des pédophiles (**n=147**) ont récidivé alors que 15% des violeurs (**n=20**) ont commis un nouveau crime (**Pithers, 1991**). L'effet différentiel obtenu lorsqu'on applique le modèle de la prévention de la rechute peut s'expliquer par la difficulté, chez les pédophiles, à entrer en relation avec toute personne, y compris leurs victimes potentielles. **Ainsi**, tisser des liens préalables à une agression leur demande du temps, beaucoup plus que cela n'est nécessaire aux violeurs **et**, pendant cette période, des signes précurseurs peuvent être constatés pour ensuite permettre aux pédophiles eux-mêmes et aux intervenants **d'opérer** des changements (**Pithers, 1991**).

Par contre, un programme évalué par **Swanson** et **Garwick** (1990) **n'a pas d'impact** significatif quant à la récidive. En effet, parmi les participants (n=15) d'un programme de thérapie pour des personnes présentant des déficiences intellectuelles, 13% ont fait **l'objet** d'une nouvelle arrestation et 40% ont déclaré avoir récidivé, ce qui semble un taux assez élevé (Swanson et Garwick, 1990). Ce taux de récidive ne concerne que les délits sexuels. Par contre, il est difficile de savoir si ce taux aurait été supérieur parmi les participants sans le programme de traitement étant donné l'absence d'un groupe contrôle. De plus, ces résultats ne s'appuient que sur 15 sujets. Swanson et Garwick (1990) insistent sur le fait qu'il est difficile d'amener les participants à avoir des discussions significatives dans le cadre de séance ne durant que 90 minutes.

Quant aux programmes utilisant la **pharmacothérapie**, le taux de récidive des participants traités avec de la **medroxyprogestérone** est de 4% (**Kravitz et al.**, 1995). Les résultats de l'évaluation du programme offert aux déviants sexuels ayant subi un traumatisme cérébral indiquent que les comportements sexuels inacceptables ont cessé chez les hommes qui reçoivent le **traitement**, c'est-à-dire pendant environ 42 mois (Emory et **al.**, 1995). L'utilisation d'une médication ayant un effet sur la stimulation sexuelle (**Depo-Provera**) avec du **counseling** peut donc contrôler les comportements sexuels **dysfonctionnels** après un dommage au cerveau. Par contre, seulement une minorité d'individus ne récidivent pas après avoir cessé la médication de **Depo-Provera**. De plus, il ne faut pas oublier que l'échantillon de ce programme n'est composé que de huit personnes.

Enfin, l'absence de groupe contrôle et les diverses définitions de la récidive utilisées parmi les recherches ne permettent souvent pas de juger les effets **attribuables** au programme concernant la récidive. De plus, les taux de récidive rapportés sont mesurés à des périodes trop différentes après les programmes pour pouvoir réellement comparer entre eux l'impact des traitements.

3.2.3 LES AUTRES OBJECTIFS

Des résultats positifs ont été recensés concernant des objectifs autres que la récidive. **Ainsi**, les participants à un programme de type **cognitivo-comportemental** présentent une amélioration significative au niveau de leurs comportements et attitudes (**Konopasky et al.**, 1991). De plus, une

diminution des distorsions **cognitives** des participants a été observée. **Driggs** et **Zoet** (1987) concluent que le programme inspiré du modèle de communauté thérapeutique atteint ses objectifs en raison du taux élevé de participation des résidants. Toutefois, il semble que les besoins de la majorité des contrevenants de ce groupe demeurent non comblés étant donné le peu de ressources et les périodes trop brèves de suivi.

La **pharmacothérapie** semble donner des résultats positifs selon certains auteurs (**Coleman et al.**, 1992; **Kravitz et al.**, 1995). En effet, Coleman et al. (1992) concluent que l'expérience du programme utilisant la pharmacothérapie est convaincante dans la mesure où les patients disent éprouver, **d'une part**, une diminution de leurs sentiments anxieux et **dépressifs**, de leurs obsessions déviantes et de leurs comportements **obsessifs-compulsifs**, d'autre **part**, une amélioration de leur concentration et de leur implication en psychothérapie. Par contre, cette médication a entraîné des effets secondaires désagréables chez deux participants du programme évalué par **McConaghy et al.** (1988). Dans le cadre **d'une** autre étude recensée, la **medroxyprogesterone** a même provoqué une embolie pulmonaire chez un participant (Kravitz et al., 1995). Enfin, les participants d'un programme utilisant aussi la pharmacothérapie rapportent moins de comportements sexuels et un plus grand contrôle sur leurs pulsions sexuelles déviantes pendant les six mois de traitement (Kravitz et al., 1995).

McConaghy et al. (1988) ne rapportent aucune différence selon les trois formes de traitement évalués, soit la désensibilisation, soit la pharmacothérapie ou soit les deux, quant aux objectifs poursuivis. En **effet**, les résultats de l'étude indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les trois stratégies de traitement quant à l'intensité de l'intérêt sexuel et aux changements de comportements. Suite aux trois formes de **traitement**, l'anxiété des participants a diminué. **Il** apparaît donc que la médication et la désensibilisation, prises **isolément**, furent toutes deux efficaces. En conséquence, McConaghy et al. (1988) font ressortir les avantages de chaque forme de traitement: le programme de désensibilisation est moins coûteux et la médication entraîne des changements hormonaux qui sont reliés à une réduction des désirs sexuels anormaux.

Selon **O'Donohue** et **Letourneau** (1993), le programme de pré-thérapie atteint ses objectifs. Ainsi, à la fin du programme, 76% des participants admettent partiellement ou totalement avoir commis le crime. De plus, **71%** des pédophiles participant au programme ont pu être admis en thérapie et ont fait **l'objet d'un** suivi afin **d'évaluer** les impacts après le programme initial. Cette dernière évaluation est positive à différents niveaux tels **l'implication** et la reconnaissance. Ces résultats s'avèrent donc encourageants pour les contrevenants sexuels qui ne sont pas admis en thérapie.

4. CONCLUSION

En somme, les programmes inclus dans le cadre de cette étude sont offerts principalement aux contrevenants ayant commis des délits de **pédophilie** et d'inceste, bien que des services de traitement concernant d'autres types de déviance sexuelle tels le viol et les **paraphilies** aient été recensés. Tel que constaté, la délinquance sexuelle est désormais perçue comme une problématique large, complexe et englobante qui demande que les interventions se situent à la fois sur les plans de la sexualité, de la personnalité et des relations interpersonnelles (Rosen et Hall, 1992). En **effet**, les stratégies d'intervention utilisées par les programmes recensés englobent des modalités très variées. Il semble que l'intervention auprès de la famille, du couple et du réseau social peut faciliter la prévention de la récidive (Aubut et **al.**, 1993). La difficulté réside dans la poursuite du traitement par les participants puisque les taux **d'abandon** peuvent atteindre jusqu'à 37%.

Toutefois, les lacunes semblent se situer au niveau des évaluations qui mesurent finalement assez peu les objectifs des programmes, en dépit du fait que ceux-ci soient diversifiés. De **surcroît**, les programmes évalués selon un devis expérimental sont très peu nombreux en raison des problèmes éthiques qu'ils soulèvent **Il** devient ainsi difficile de juger de l'effet **attribuable** aux programmes en tant que tels. Les taux de récidive rapportés varient entre aucun et 43% selon les programmes recensés et les définitions de la récidive. Notons aussi que les échantillons sont parfois très réduits et ne permettent alors pas **d'obtenir** des résultats fiables. Selon le Solliciteur général du Canada (1990), les programmes qui tiennent compte d'un large éventail de facteurs de risque et de besoins chez les délinquants sexuels et qui comprennent des composantes visant la prévention

des rechutes sont jugés particulièrement prometteurs. La **pharmacothérapie** semble également une mesure relativement **efficace**, mais il est **difficile** de s'assurer que le délinquant sexuel poursuivra la prise de médication et il faut alors prendre en considération la gestion des patients lorsque la prise de médicament cessera. L'orientation théorique prédominante au Canada est l'approche **cognitivo-comportementale**, approche qui semble avoir le plus de résultats positifs (Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, 1995). Malgré **cela**, l'impact global réel des divers modèles reste plus difficile à déterminer (Aubut et **al.**, 1993).

Finalemment, tous s'accordent pour dire que le suivi dans la collectivité est un élément crucial de l'efficacité du traitement des délinquants sexuels (Solliciteur général du **Canada**, 1990). Ainsi, les données **étaient**, de façon limitée, mais optimiste, la notion qu'en ajoutant la réévaluation et le traitement dans la communauté après la remise en liberté au modèle général de traitement des délinquants sexuels incarcérés, il est possible de réduire le taux de récidive subséquent (Marshall et **Eccles**, 1993; **Schwartz**, 1992). Même, selon le rapport du Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel (1995), un suivi dans la collectivité s'impose si **l'on** veut augmenter les effets des programmes. **Pourtant**, dans le cadre de la présente **recension**, peu de programmes comportant un suivi suite au traitement en détention ont été recensés. Bref, d'après les résultats de la documentation étudiée, il est possible de conclure, lorsque les évaluations sont relativement bien contrôlées, que les programmes de traitement peuvent **s'avérer** efficaces et ainsi réduire les taux de récidive des contrevenants sexuels.

TABLEAU 1.1: LES PROGRAMMES EN MILIEU FERMÉ

Noms des évaluateurs	Approche du programme	Résultats
Brown et Brown (1990)	Multiple avec suivi	- 2% ont récidivé
Graham (1991)	Multiple	- Effet bénéfique sur l'expression des émotions, la maîtrise de l'hostilité et des impulsions . - Amélioration des relations sociales.
Hogue (1991)	Cognitivo-comportementale	- Adoption de nouvelles attitudes. - Plus conscients de leur délit et de son impact sur la victime.
Hopkins (1993)	Cognitivo-comportementale	- Amélioration de l'estime de soi et diminution de l'anxiété des participants.
Marques et al. (1994)	Multiple avec suivi	- 8% de récidive quant aux délits sexuels et 4% pour des délits violents non sexuels.
Marshall (1994)	Pré-thérapie	- Diminution de la minimisation et de la négation du délit commis (de 32% à 3%).
McCulloch (1993)	Multiple	- Changements positifs au niveau des perceptions. - Modification de leur façon d'entrer en contact avec leur entourage.
Lang et al. (1988)	Multiple (inspiré par le modèle de communauté thérapeutique)	- 12% de récidive (7% pour les incestueux et 18% pour les pédophiles). - Traitement a moins d'impact sur les pédophiles.
Pellerin et al. (1996)	Multiple avec suivi	- Taux de récidive varient selon participants pédophiles ou violeurs et le temps passé en traitement .
Rice et al. (1993)	Béaviorale	- 31% d'arrestation pour des délits sexuels et 43% d'arrestation au total.
Valliant et Antonowicz (1992)	Cognitivo-comportementale	- Meilleure estime d'eux-mêmes à la fin du traitement

TABLEAU 1.2A: LES PROGRAMMES EN MILIEU OUVERT

Noms des évaluateurs	Approche du programme	Résultats
Abel et al. (1988)	Cognitivo-comportementale	- 12% de récidive .
Bingham et al. (1995)	Cognitivo-comportementale	- 3% de récidive.
Coleman et al. (1992)	Pharmacothérapie et psychothérapie	- Diminution des sentiments des obsessions déviantes, des sentiments anxieux et dépressifs. - Amélioration de leur concentration et de leur implication en thérapie.
Driggs et Zoet (1987)	Multiple (inspiré par le modèle de communauté thérapeutique)	- Besoins des participants demeurent non-combles en raison d'un manque de ressources et de périodes trop brèves de suivi.
Emory et al. (1995)	Pharmacothérapie et psychothérapie	- Cessation des comportements sexuels inacceptables pendant la médication. - Peu ne récidive pas après avoir cessé la médication.
Konopasky et al. (1991)	Multiple (surtout cognitivo-comportementale)	- Aucune récidive. - Amélioration au niveau des attitudes. - Diminution des distorsions cognitives .
Kravitz et al. (1995)	Pharmacothérapie et psychothérapie	- 4% de récidive. - Augmentation du contrôle de leurs pulsions sexuelles.
Marshall et Barbaree (1988)	Cognitivo-comportementale	- 13% de récidive.
McConaghy et al. (1988)	Pharmacothérapie et désensibilisation	- Aucune différence entre les stratégies d'intervention. - Diminution de l'anxiété .
Mezey (1991)	Cognitivo-comportementale et systemique	- Aucune récidive.

TABLEAU 1.2B: LES PROGRAMMES EN MILIEU OUVERT - SUITE

Noms des évaluateurs	Approche du programme	Résultats
O'Donohue et Letourneau (1993)	Pré-thérapie	<ul style="list-style-type: none"> - 76% admettent avoir commis le crime. - 71% sont admis en thérapie suite au programme.
Pithers (1991)	Cognitive de prévention de la rechute	<ul style="list-style-type: none"> - 3% des pédophiles ont récidivé. - 15% des violeurs ont récidivé.
Swanson et Garwick (1990)	Non-précisée	<ul style="list-style-type: none"> - 13% d'arrestation. - 40% affirment avoir commis un nouveau délit sexuel.

CHAPITRE 2:
SANTÉ MENTALE

Lorsque les politiques nord-américaines de désinstitutionnalisation ont été appliquées, peu de mesures de remplacement adéquates ont été instaurées pour les patients des hôpitaux (**Caton et al.**, 1990). Suite à cette désinstitutionnalisation massive et aux restrictions budgétaires des services communautaires de santé mentale, de plus en plus de personnes souffrant de maladies mentales se sont retrouvées parmi les populations itinérante (Caton et **al.**, 1990) ou contrevenante (**Vitelli**, 1995). Il est connu que la prévalence de problèmes majeurs de santé mentale chez les détenus excède celle de la population générale (**Hodgins**, 1993). Ainsi, lors d'une recherche réalisée dans les établissements correctionnels, il a été démontré que 40% des détenus fédéraux canadiens présentaient des troubles mentaux (Groupe de travail sur la santé mentale, 1991). De plus, ces contrevenants ont généralement de la difficulté à **s'adapter** au contexte carcéral (Vitelli, 1995). Peu importe si la prévalence a été mesurée chez des populations de personnes ayant des problèmes de santé mentale ou chez les personnes qui ont commis des actes de violence, **qu'elle** ait été calculée auprès des personnes en traitement, en détention, en institution ou en communauté, un fait demeure: une relation existe entre les problèmes de santé mentale et la violence (**Monohan**, 1993). Toutefois, les modèles conceptuels expliquant cette relation ne font pas consensus (Shah, 1993).

Le milieu correctionnel doit donc composer avec cette problématique. Plusieurs unités psychiatriques en établissements carcéraux offrent des programmes spécialisés à cette clientèle. De plus, de nombreux programmes utilisent la psychothérapie **cognitive** brève auprès de personnes **judicialisées** ayant des problèmes de santé mentale. Toutefois, ces programmes ne font pas nécessairement l'objet d'évaluations et de publications. À tout le moins, peu de programmes d'intervention s'adressant à cette clientèle **judicialisée** ont été recensés et les travaux qui évaluent ces programmes de traitement sont encore moins nombreux. Cette section vise à présenter les services de traitement s'adressant aux personnes judiciairisées souffrant d'un problème de santé mentale afin de mieux en connaître leurs effets.

1. ASPECTS GÉNÉRAUX

1.1 LA CLIENTÈLE

La clientèle qui participe aux programmes recensés est généralement **jeune, c'est-à-dire** dans la vingtaine (**Lomis** et Baker, 1985; Day, 1988), et souffre de divers problèmes de santé mentale. La schizophrénie et les troubles de personnalité **schizoïde** sont les maladies les plus fréquemment diagnostiquées (Lomis et Baker, 1985; **Caton et al.**, 1990; **Conroy**, 1990; Smith et **Faubert**, 1990; **Vitelli**, 1995). Les troubles affectifs bipolaires (Conroy, 1990; **Vitelli**, 1995), la dépression (Conroy, 1990; Smith et Faubert, 1990) et les personnalités limites (Day, 1988) font également partie des diagnostics couramment apposés à la clientèle des programmes recensés. Des problèmes de santé mentale différents sont identifiés parmi les participants d'une communauté thérapeutique en hôpital psychiatrique. En **effet**, ces patients sont catégorisés selon leurs personnalités **sociopathes**, immatures, antisociales ou explosives (Lomis et Baker, 1985). **Belfrage** (1991) a étudié une catégorie bien spécifique de contrevenants affectés de troubles mentaux, soit ceux que le code criminel suédois définit comme souffrant **d'aliénation** mentale. Au point de vue légal, ce concept de troubles associés à l'aliénation mentale correspond à l'une ou plusieurs des situations suivantes: des cas exceptionnels de **psychopathie** constitutionnelle, certaines déficiences graves causées par des maladies neurologiques, des dommages cérébraux, ou des changements liés à l'âge telle la sénilité (Belfrage, 1991). De plus, la majorité des patients des différents programmes ont des antécédents de difficultés psychiatriques (Solomon et Draine, 1995; Vitelli, 1995).

Au niveau des comportements délictueux, les programmes doivent généralement composer avec une clientèle récidiviste (Day, 1988; Vitelli, 1995). Par ailleurs, la plupart des participants ont commis des crimes de nature violente tels des voies de fait graves, des incendies criminels et des meurtres (Lomis et Baker, 1985). Une très forte majorité de ces participants (85%) ont adopté des comportements antisociaux ou illégaux (consommation de drogue, agression, fugue, cruauté sadique, etc.) depuis l'enfance (Day, 1988). Vitelli (1995) note également que la violence (82%) et l'abus de substances **psychoactives** (59%) sont fréquemment constatés chez les détenus présentant des problèmes de santé mentale. De plus, la majorité des détenus vivant des difficultés

au niveau de leur santé mentale sont décrits comme étant totalement **dysfonctionnels** dans **l'environnement** carcéral régulier et devant **conséquentment** être maintenus en cellule fermée pendant de longues périodes (**Conroy**, 1990). Il importe de préciser par contre que la conduite délinquante n'est pas nécessairement liée à la maladie mentale comme telle (Smith et **Faubert**, 1990).

Il est possible **d'observer** quelques caractéristiques **spécifiques** chez la clientèle des programmes de traitement recensés, notamment la présence de légers retards intellectuels (60%), de dommages cérébraux (45%) et **d'handicaps** physiques (55%) (**Day**, 1988). Au niveau de **l'histoire** psychosociale, la moitié des participants mentionnent avoir vécu des événements difficiles, tels de la violence et de la négligence, pendant leur enfance (Day, 1988). Quant à l'histoire institutionnelle, plusieurs patients sont identifiés comme ayant exprimé de la violence envers leurs pairs, les intervenants ou envers eux-mêmes (**auto-mutilation**, tentative suicidaire, etc.) avant le traitement (Conroy, 1990). **D'ailleurs**, un programme s'adresse uniquement aux personnes référées en institution psychiatrique par le système judiciaire qui ont de la difficulté à contrôler leur colère (**Stermac**, 1986). La plupart des participants ont adopté un mode de vie qu'on peut qualifier de marginal en ce sens qu'ils **n'avaient** pas de logement ou d'adresse connue au début du programme (**Caton et al.**, 1990; Solomon et Draine, 1995; **Vitelli**, 1995). Ce fait peut signifier que les programmes interviennent auprès des personnes les plus marginales.

1.2 LES FONDEMENTS THÉORIQUES

Un programme évalué par Day (1988) repose sur la prémisse théorique suivante. Certaines carences aux plans de socialisation, du contrôle des pulsions, des habiletés sociales et **occupationnelles**, de **l'éducation** et de l'estime de soi constituent des facteurs **sous-jacents** à la criminalité des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. En conséquence, l'objectif principal du programme est de corriger ces carences chez les personnes admises par une approche **psycho-éducative** et une **pharmacothérapie** adéquate (Day, 1988). L'approche **psycho-éducative** comprend diverses modalités éclectiques d'intervention combinant des techniques éducatives à du **counseling**. Le programme du *Mental Health Center* s'appuie sur des fondements semblables.

La mission de ce programme consiste à donner à chaque détenu une possibilité de se développer au maximum de ses capacités (Smith et Faubert 1990). La philosophie du programme est basée sur le respect de la personne et de ses expériences ainsi que sur l'actualisation de son potentiel. La considération la plus importante dans le processus thérapeutique est donc le **bien-être** du patient. **L'équipe** de traitement accepte ainsi inconditionnellement la personne telle **qu'elle** est et travaille avec elle à bien identifier ses buts afin de se placer en position de les atteindre. Chaque personne est alors supportée dans ses efforts de croissance et de développement. Les intervenants de ce programme conçoivent que la maladie mentale peut affecter la manière de penser, les sentiments et valeurs des patients. Par contre, les difficultés liées à la santé mentale ne sont pas perçues comme une cause à la base des comportements déviants et **celles-ci** ne doivent donc pas déresponsabiliser. Le programme évalué par Solomon et Draine (1995) pour sa part repose sur l'hypothèse que, si les clients reçoivent davantage de services que ce qui leur est offert habituellement ils afficheront une amélioration aux niveaux psychosocial et clinique.

Les fondements théoriques **d'un** autre programme décrit par **Lomis** et Baker (1985) **s'appuient** eux sur la croyance que les criminels ont des processus **cognitifs** différents. Entre autres, les **cognitions** reliées à l'empathie seraient problématiques chez ces individus. En fait il semble que les contrevenants éprouveraient de la difficulté à considérer la position **d'autrui** (Lomis et Baker, 1985). Le programme repose donc en grande partie sur la théorie développée à la fin des années **'70** par Yochelson et Somenow qui ont proposé d'atteindre des changements cognitifs via **l'utilisation** d'un modèle de traitement basé sur la prémisse que le criminel est en mesure d'adopter une perspective responsable et de corriger ses modes sociaux inadaptés.

1.3 LES OBJECTIFS

Les programmes recensés poursuivent différents objectifs. Les objectifs de développement des habiletés sociales sont les plus cités (**Caton et al.**, 1990; Smith et Faubert 1990; Solomon et Draine, 1995). Entre autres, le programme de Lomis et Baker (1985) vise à développer des habiletés au niveau de différentes dimensions de l'empathie. De surcroît ce programme a pour but d'augmenter les habiletés de **counseling** des pairs. Le développement des habiletés sociales

inclut différents apprentissages. Il faut notamment apprendre le contrôle de la colère (**Stermac**, 1986), remplacer les comportements de violence lors de conflits interpersonnels par des modes de conduite plus appropriée, apprendre à composer avec des problèmes interpersonnels, reconnaître et comprendre les opinions et les sentiments **d'autrui** de même **qu'adopter** des comportements sociaux acceptables et efficaces (Smith et **Faubert**, 1990).

Différents autres **objectifs sociaux** sont cités. Afin d'améliorer la situation des contrevenants aux prises avec des difficultés de santé mentale, on note ainsi le développement **d'un** réseau de support entre pairs, **l'implication** de la famille avec le client et la réduction de la dépendance de la clientèle aux institutions (Solomon et Draine, 1995). Selon Day (1988), ces divers objectifs de socialisation peuvent être facilités par la prescription d'une médication appropriée.

On constate d'autre part que certains programmes poursuivent des **objectifs éducationnels** tels l'alphabétisation, la recherche d'emploi et la préparation d'un budget (Day, 1988). Il est aussi possible de relever la poursuite d'objectifs centrés sur la personne dans certains programmes, tels **l'apprentissage** de l'utilisation de façons socialement appropriées pour atteindre ses buts personnels, **l'augmentation** du niveau de développement moral et psychosexuel ou, enfin, le développement de **l'estime** de soi (Smith et Faubert, 1990).

En dernier lieu, notons également la présence **d'objectifs de réhabilitation** (**Lomis** et Baker, 1985; Day, 1988; Smith et **Faubert**, 1990; Solomon et Draine, 1995). Ainsi, certains programmes visent à ce que l'individu atteigne un meilleur fonctionnement général aux plans de la personnalité et de son comportement (Lomis et Baker, 1985). L'objectif ultime poursuivi est finalement de réintégrer la personne devenue autonome dans la société et ce, peu importe la gravité de son problème de santé mentale au départ (Smith et **Faubert**, 1990).

1.4 L'ENVIRONNEMENT

Les différentes mesures de traitement proposées pour la clientèle de contrevenants présentant des difficultés de santé mentale doivent toutes tenir compte du cadre légal dans lequel s'inscrit la

démarche et composer avec les réalités des systèmes judiciaire et correctionnel. En **effet**, selon Smith et **Faubert** (1990), les gestionnaires doivent prendre en compte les multiples besoins à la fois des patients, des citoyens payeurs de taxes et des agents du système de justice criminelle. Ce contexte peut influencer positivement les programmes de traitement ou, au contraire, créer des difficultés supplémentaires. Nous aborderons dans les paragraphes subséquents quelques thèmes reliés à l'environnement des services, notamment les dispositions légales concernant la maladie mentale, le traitement sous contexte légal, la question des sentences indéterminées, les perceptions des intervenants correctionnels concernant cette clientèle et la coordination des programmes offerts. Tout **d'abord**, il faut mentionner qu'on s'attarde davantage au contexte américain dans le cadre de cette section étant donné que les études recensées proviennent principalement des États-Unis.

En premier lieu, il est possible de critiquer les législateurs du système américain quant à son manque de clarté eu égard à différentes définitions et dispositions relatives à la maladie mentale. En **effet**, plusieurs des définitions couramment employées peuvent être critiquées sur le plan constitutionnel. C'est entre autres le cas de celle de **psychopathie** sexuelle (**Small**, 1992). Ainsi, la définition légale de la psychopathie semble être contestable étant donné que le terme est fort mal défini et qu'une variété de situations peuvent être classées sous ce vocable (**Grounds**, 1987). Small (1992) reproche d'ailleurs au système judiciaire ses différences entre états. Il souligne que des personnes qui proviennent de différents états américains et qui posent les mêmes gestes sont susceptibles de voir ceux-ci identifiés sous diverses appellations légales **et, conséquemment**, de se voir attribuer des sentences dissemblables. La structure législative influence d'autre part les options de traitement offertes par l'état (Small, 1992). Certains états offrent ainsi des programmes structurés où les délinquants sont contrôlés selon le cadre législatif régulier. Par contre, plusieurs autres états n'offrent pas de programmes de traitement sans la présence d'une structure législative spécifique. Bref, la disponibilité et la nature de programmes de traitement pour les contrevenants ayant des troubles mentaux semblent grandement influencées par le contexte légal. Par contre, les états qui ont adopté une législation pour offrir des services doivent aussi composer avec les exigences constitutionnelles (Small, 1992).

Une autre difficulté que nous avons identifiée concerne le traitement en contexte légal. En premier lieu, il convient de se questionner à savoir si le statut de malade mental serait accordé au contrevenant afin de pouvoir leur offrir un traitement sous contrainte légale (**Small, 1992**). À **l'inverse**, on peut s'interroger à savoir si la personne souffrant de problèmes de santé mentale doit passer par le système de justice criminelle afin **d'avoir** accès à des services **d'aide** (**Vitelli, 1995**). Il est aussi possible de se demander ce qui en fait constitue un traitement adéquat pour cette clientèle (Grounds, 1987). Ceci nous renvoie à la question de **l'efficacité**. Ces programmes sont-ils efficaces et permettent-ils de diminuer la récidive? Sinon, pourquoi les imposer (Small, **1992**)? En **effet**, c'est un faible consensus qui émerge des recherches quant aux facteurs spécifiques pouvant indiquer un bénéfice **attribuable** au traitement (Grounds, 1987). De plus, plusieurs doutent qu'on puisse induire **l'existence** d'une réduction du comportement dangereux en se basant uniquement sur des changements survenus au niveau de la personnalité des individus (Grounds, 1987). Signalons enfin que la question de la médication sous contrainte légale pourrait elle aussi être critiquée au niveau constitutionnel, surtout en raison de ses effets secondaires (Small, 1992).

La question des sentences indéterminées qui sont imposées à certains contrevenants présentant des troubles de santé mentale pose également des problèmes éthiques. Tout **d'abord**, une détention indéfinie dans des conditions à sécurité maximum peut être considérée comme un châtiment inhumain (Grounds, 1987). Selon le même auteur, il apparaît alors préférable de trouver une façon de s'assurer que ceux qui requièrent des services et des traitements en **reçoivent**, mais sans perdre leur droit de connaître le moment de leur remise en **liberté**. Il devrait donc avoir une séparation nette entre les considérations psychiatriques et celles de la justice criminelle. Bref, les détenus devraient avoir une sentence déterminée, mais être transférés à l'hôpital pour le traitement tout en étant libérés normalement à la fin de leur sentence.

De plus, ces programmes doivent composer avec le personnel des établissements carcéraux (**Conroy, 1990**). Ainsi, ces services font face aux perceptions, pas toujours favorables, des différents agents du système correctionnel. Selon Conroy (1990), il est commun parmi les employés correctionnels de croire que le traitement en santé mentale a peu de succès et que ce

groupe de détenus doit rester dans les unités psychiatriques pendant toute la durée de **l'incarcération**.

Enfin, différentes agences de services reçoivent les mêmes personnes en raison de leurs difficultés mentales et judiciaires. **Ces** agences doivent en principe se coordonner (**Corrado et al.**, 1989). À ce **sujet**, **Vitelli** (1995) indique que le système de justice criminelle et le système de soins en santé mentale doivent être mieux intégrés. Un programme, le **Multi-Service Network Project**, a même été instauré à Vancouver pour améliorer et coordonner ces différents services afin **d'éviter** les doublons inutiles (Corrado et **al.**, 1989). Dans le même sens, le *Metropolitan Toronto Forensic Service* a développé des programmes qui ont pour but **d'interrompre** le phénomène de la "porte tournante" qui existe entre les systèmes de justice criminelle **d'une** part et de santé mentale d'autre part (Webster et **al.**, 1985).

2. MILIEU FERMÉ

Les sept programmes de traitement en milieu fermé recensés s'adressent principalement aux personnes éprouvant des difficultés de santé mentale qui sont incarcérées dans une institution psychiatrique.

2.1 STRATÉGIES D'INTERVENTION

Des programmes en milieu hospitalier offrent de la psychothérapie individuelle et de la thérapie de groupe (**Day**, 1988; Smith et **Faubert**, 1990). Par contre, le programme évalué par **Solomon** et Draine (1995) utilise seulement des rencontres individuelles et le programme en communauté thérapeutique se sert uniquement du groupe (**Lomis** et Baker, 1985). De même, le programme de contrôle de la colère d'orientation **cognitivo-comportementale** se sert uniquement du groupe (**Stermac**, 1986).

Parmi les institutions qui offrent des programmes à la clientèle en détention, il y a le *Médical Center for Federal Prisoners*. Cette institution américaine reçoit des détenus fédéraux présentant de graves problèmes de santé mentale (**Conroy**, 1990). Par le biais **d'un** processus d'évaluation,

un triage est effectué afin de décider quels détenus doivent être admis à **l'interne** et quels détenus peuvent être laissés en milieu carcéral tout en bénéficiant **d'un** suivi externe. Le traitement semble **s'effectuer** selon une approche médicale classique. Le *Mental Health Center* du système correctionnel de la Caroline du Nord accueille également des détenus des autres prisons (Smith et **Faubert**, 1990). Les services offerts par ce centre comportent des dimensions médicale, thérapeutique et éducative. **L'intervention** se traduit donc principalement par la médication, la thérapie de groupe, le **counseling** et des cours éducatifs. Le groupe de pairs est très utilisé parmi **l'ensemble** de ces stratégies.

Deux programmes expérimentaux d'une journée (sept heures et demie) ont été offerts aux patients d'une communauté thérapeutique en hôpital psychiatrique (**Lomis** et Baker, 1985). Ces programmes supposent **qu'il** est possible d'augmenter **l'efficacité** du *counseling* effectué par les pairs dans le cadre de la communauté thérapeutique par l'enseignement aux patients de l'empathie et des habiletés de communication. Ce traitement vise aussi à changer les habitudes de pensée centrées sur soi des participants afin qu'ils deviennent davantage **empathiques**. Le premier programme consiste en un groupe de développement des habiletés par des exercices, des lectures, des vidéos et une supervision. Le deuxième groupe **n'assiste** qu'à des films démontrant différentes façons d'aider et où les clients discutent des aspects positifs et négatifs des approches présentées.

Belfrage (1991) a étudié une catégorie bien spécifique de contrevenants souffrant de troubles mentaux, soit ceux que le code criminel suédois définit sous le terme d'aliénation mentale. Belfrage (1991) a tenté de connaître dans quelle mesure le traitement de ces contrevenants en hôpital psychiatrique peut les aider à s'adapter à la vie en société. L'étude permet de savoir si les contrevenants souffrant de ce que le législateur suédois appelle **l'aliénation** mentale récidivent plus ou moins que ceux qui ont d'autres troubles psychiatriques et si le placement en détention ou en milieu psychiatrique a une influence sur la récidive (Belfrage, 1991).

Deux programmes offrent un traitement débutant en milieu fermé et se poursuivant suite à la libération des participants. Le premier est un programme évalué par Day (1988) qui est offert en milieu psychiatrique. Les participants ont donc été admis à cet hôpital après s'être déclarés

coupables **d'un** délit Les clients séjournent environ un an et demi dans des unités surveillées où des stratégies **d'intervention s'articulent** autour de cinq volets. Les deux premiers volets sont éducatifs et englobent un ensemble d'activités selon un système de privilèges. Un autre volet est composé de psychothérapies individuelles et de groupe. La quatrième dimension du traitement est la **pharmacothérapie**. Enfin, le dernier volet correspond à la période progressive de transition entre **l'institutionnalisation** et le retour dans la communauté. Quant à eux, **l'Assertive Community Treatment** et le service de gestion de cas **offrent** des services intensifs à l'intérieur même du milieu du client (Solomon et Draine, 1995). Ces programmes sont spécifiques aux détenus recevant des services de santé mentale qui doivent quitter la prison dans quatre à six semaines et qui présentent des besoins de services complexes. Les stratégies **d'intervention** sont diverses: assistance dans la vie quotidienne des participants afin de réduire leur dépendance envers les institutions, développement **d'un** réseau de support des pairs, enseignement d'habiletés, aide au niveau de la localisation de ressources matérielles et implication de la famille avec le client. Chaque cas est discuté de façon hebdomadaire et les progrès sont alors évalués.

2.2 IMPACTS DU TRAITEMENT

2.2.1 L'ATTRITION

Les recherches recensées tiennent généralement peu compte de **l'attrition** aux programmes. **Conroy** (1990) note, pour sa part, qu'un peu moins de la moitié des détenus référés au *Medical Center for Federal Prisoners* ont été admis à l'internement. Parmi les 200 sujets sélectionnés pour l'un des programmes évalués par Solomon et Draine (1995), 88% ont été libérés à temps pour participer à l'étude et 59% ont complété leur traitement. Toutefois, il est possible de supposer que la majorité des participants terminent les programmes étant donné que le traitement est généralement sous contrainte légale.

2.2.2 LA RÉCIDIVE

Pendant un suivi d'un an, 55% des participants à un programme **psycho-éducatif** et **pharmacothérapeutique** ont récidivé (**Day**, 1988). Sans le traitement reçu, ce taux de récidive aurait-il été supérieur? L'absence de groupe contrôle ne permet pas de le savoir, ce qui représente

une limite à **l'étude**. Quelques éléments permettent de prédire de meilleurs résultats du programme quant à la récidive, notamment le fait que le contrevenant ait été admis au programme suite à un délit contre la personne, que la réponse au traitement soit qualifiée de bonne ou de correcte et que l'ajustement en communauté six mois et un an après le programme soit considéré comme réussi ou moyennement réussi (**Day, 1988**). De plus, le suivi des patients présentant de l'aliénation mentale indique qu'il y a des différences importantes selon le milieu où ils sont incarcérés (Belfrage, 1991). En **effet**, les personnes présentant des troubles d'aliénation mentale (n=298) qui ont reçu une sentence incluant un traitement psychiatrique ont des taux de récidive moins élevés que celles qui ont un problème de santé mentale autre que ce qui est considéré comme de l'aliénation mentale et qui sont détenues en prison (n=256). Dans le cadre de cette dernière étude, la récidive signifie de recevoir une sentence pour un délit commis, peu importe le type, au cours **d'un** suivi de trois ans.

Par contre, le programme évalué par Solomon et Draine (1995) **n'a** pas eu les résultats escomptés. En **effet**, un an après ce programme, 60% des participants (**n=60**) ont été réincarcérés au moins une fois. Dans cette étude, la récidive est définie par une nouvelle incarcération, peu importe le type de délit **Il** est donc probable que le taux de récidive parmi l'échantillon soit encore plus élevé étant donné que ce ne sont pas tous les contrevenants qui sont incarcérés à chaque délit commis. Ce taux de réincarcération est supérieur aux cas assignés à des agents spécialisés de services communautaires en santé mentale (**n=60**) et à ceux référés de façon habituelle (**n=80**) (respectivement 40% et 36% de réincarcération). L'étude **n'a** pu démontrer de différence entre les services habituels et les deux programmes de gestion de cas concernant les résultats psychosociaux et cliniques des ex-détenus qui ont des difficultés de santé mentale. Les auteurs expliquent cette absence de résultat positif par des problèmes méthodologiques survenus au cours de la recherche, notamment des difficultés statistiques et des biais liés à **l'attrition** qui ont été inclus dans les analyses. Ces chercheurs ajoutent **qu'il** est irréaliste d'espérer des changements significatifs après un an de suivi chez cette population qui a de multiples besoins. Il faut également noter qu'il peut être difficile de distinguer le groupe expérimental du groupe contrôle étant donné que les deux recevaient des services de gestion de cas similaires.

2.2.3 LES AUTRES OBJECTIFS

Le traitement psychiatrique semble avoir des effets positifs. En **effet**, selon l'opinion des intervenants correctionnels, la majorité des patients, une fois retournés à **l'établissement** de détention d'origine, y fonctionnent adéquatement au cours des six mois suivant le séjour en traitement (**Conroy**, 1990). Ces résultats sont encourageants, car ils indiquent que les détenus souffrant d'un problème de santé mentale peuvent être maintenus en milieu carcéral lorsqu'ils reçoivent un traitement bref et approprié. Les services reçus par le biais des programmes permettent également d'estimer leur efficacité. Selon des critères **pré-établis**, les professionnels du *Northgate Hospital* évaluent que 55% des participants au programme ont bien réagi au **traitement, c'est-à-dire** que leur état est jugé stabilisé et **qu'ils** ont adopté une attitude adéquate répondant aux attentes (**Day**, 1988). Il semble que 30% ont réagi correctement au traitement. Ces participants ne présentent plus de problèmes sérieux, mais ont encore certaines petites difficultés. **Enfin**, 15% ont plutôt mal réagi au traitement. Ces derniers auraient de graves problèmes de comportement malgré la participation au traitement. Lors d'une évaluation six mois après ce programme, les résultats indiquent que 85% des participants ont bien ou moyennement réussi à s'ajuster en communauté. Par contre, le taux de réussite baisse à 70% un an après le programme.

Parmi les objectifs atteints, le niveau de colère rapporté par les personnes du groupe expérimental (n=20) a diminué **significativement** par rapport à celui rapporté par les sujets du groupe contrôle (n=20) suite à un programme de contrôle de la colère (**Stermac**, 1986). De plus, les membres du groupe expérimental ont démontré qu'ils faisaient un usage plus fréquent de stratégies de restructuration **cognitive**, tout en utilisant moins fréquemment des attitudes de dénigrement de soi. Par ailleurs, les deux groupes ont diminué leur niveau d'impulsivité dans une même mesure, les participants du groupe expérimental n'obtenant pas de meilleurs résultats que ceux du groupe contrôle sur cet aspect. Stermac (1986) conclut **qu'une intervention cognitivo-comportementale** à court terme peut être menée avec succès dans une institution psychiatrique et que, de plus, ce type d'intervention peut être utile pour évaluer dans quelle mesure un client est réceptif au traitement. Toutefois, cette étude se limite à mesurer les attitudes et non les changements de comportement. De plus, le post-test ayant été effectué immédiatement après l'intervention, la

recherche ne mesure pas la stabilité des changements dans **le** temps. Dans le même sens, les **participants d'un** programme de développement des habiletés ont acquis **significativement** plus de connaissances et utilisent plus fréquemment des habiletés de **counseling** que les personnes du groupe contrôle (**Lomis** et Baker, 1985). Par contre, le programme n'a pas eu d'effet sur le comportement ou la personnalité des participants. Des périodes d'entraînement plus longues sont **peut-être** nécessaires afin de constater un changement significatif.

3. MILIEU OUVERT

Le terme milieu ouvert réfère aux programmes pour les contrevenants présentant des difficultés en regard de la santé mentale qui **s'offrent** dans un environnement autre que la détention. Dans le cadre de la **recension**, nous avons retenu le texte de Caton et al. (1990) pour cette section. Il y a donc peu d'études recensées concernant les services de traitement en milieu ouvert qui s'adressent à cette **clientèle**. n importe alors de se questionner à savoir si les publications reflètent vraiment la situation réelle du **traitement**. Si c'est le cas, il convient de se demander s'il y a peu de programmes qui sont offerts en milieu ouvert en raison des spécificités de cette clientèle.

3.1 STRATÉGIES D'INTERVENTION

Le **Psychiatry Shelter Program** prend place dans un centre **d'hébergement** pour sans-abris à New-York (Caton et **al.**, 1990). Selon les auteurs, le programme consiste à offrir différents services afin d'améliorer la situation personnelle et sociale des clients du centre. La clientèle de ce programme est constituée d'hommes itinérants dont un peu moins de la moitié d'entre eux ont déjà été incarcérés. De plus, presque tous les participants ont séjourné au moins à une reprise en psychiatrie et la plupart consomment des substances **psychoactives**. Les services offerts par ce programme selon une approche psychosociale consistent en de la relation d'aide, de la thérapie récréative, un service de placement en logement et le maintien de la médication. Les modalités spécifiques d'intervention ne sont pas précisées dans le cadre de cette étude.

3.2 IMPACTS DU TRAITEMENT

L'évaluation du *Psychiatry Shelter Program* repose sur des entrevues **réalisées** auprès des participants (Caton et al., 1990). Dans cette recherche, l'échantillon se limite à seulement 32 participants. Afin de connaître l'impact du programme, les chercheurs ont comparé la situation des participants six mois avant le programme avec celle qui prévaut six mois après selon différentes dimensions dont l'aspect financier, l'emploi, les contacts avec les systèmes judiciaire et psychiatrique. Il s'agit donc d'une étude de suivi avec des mesures répétées.

3.2.1 LA RÉCIDIVE

Caton et al. (1990) indiquent que cet organisme communautaire a des résultats positifs. En effet, les auteurs constatent une diminution du nombre d'hommes vivant dans la rue ou dans un centre pour itinérants suite au programme. De plus, les participants ont moins de démêlés judiciaires six mois suite au programme qu'avant celui-ci. Les démêlés judiciaires signifient tout contact avec un intervenant du système de justice (policier, avocat, juge, etc.) peu importe le type de délit

3.2.2 LES AUTRES OBJECTIFS

Il ressort de l'évaluation des chercheurs que les hospitalisations en milieu psychiatrique parmi les participants deviennent plus fréquentes six mois après le programme. En plus, le taux de personnes ayant un emploi diminue à la même période. Les auteurs proposent deux interprétations à ces résultats. En effet, d'après cette étude, cela peut signifier une dégradation de la situation des participants, donc un échec. Ou bien, les résultats correspondent à un succès dans le sens que le programme aurait alors contribué à rendre ces personnes plus conscientes de leurs difficultés et leurs besoins ou encore à retarder les hospitalisations et le chômage.

4. CONCLUSION

En somme, les programmes recensés sont offerts principalement aux personnes détenues en institution psychiatrique, c'est-à-dire en milieu fermé. Quelques constatations peuvent être faites à partir du milieu où les programmes sont dispensés. **Premièrement**, le traitement est

habituellement sous contrainte légale. Ce contexte amène plusieurs questions éthiques spécifiques à cette clientèle qui **n'est** généralement pas volontaire pour suivre un traitement ou recevoir une médication. De plus, en raison du milieu psychiatrique même, il **n'est** pas étonnant que la **pharmacothérapie** et le **counseling** soient les stratégies d'intervention les plus fréquemment utilisées pour atteindre les objectifs visés, qu'ils soient d'ordre **développemental**, social, éducatif ou personnel. En troisième lieu, les taux d'abandon à ces **programmes**, parmi les études qui les **mentionnent**, sont généralement faibles, ce qui est concordant avec le caractère **coercitif** du traitement

Selon **Conroy** (1990) et **Belfrage** (1991), le milieu psychiatrique donne de meilleurs résultats auprès de cette clientèle que les établissements carcéraux. Toutefois, les taux de récidive parmi les participants des programmes recensés peuvent atteindre **jusqu'à 55%** (**Day**, 1988) et même 60% (**Solomon et Draine**, 1995). Il importe tout de même de souligner quelques faiblesses méthodologiques parmi les études qui peuvent influencer les résultats obtenus, soit de petits échantillons ou l'absence de groupe contrôle. De plus, **Alexander** (1992) estime que les critères habituellement utilisés pour évaluer les programmes de traitement offerts aux personnes ayant des difficultés de santé mentale sont inadéquats car ils reflètent des préoccupations administratives plutôt que cliniques. Les indices de succès devraient donc plutôt être basés sur l'amélioration de la condition psychiatrique du détenu.

Bref, il apparaît indéniable que le système judiciaire doit composer avec des contrevenants qui présentent des problèmes de santé mentale. **Pourtant**, selon **Vitelli** (1995) et notre **recension**, il semble que les programmes d'intervention qui s'adressent à cette clientèle sont peu nombreux, particulièrement en milieu ouvert. Malgré une vision généralement positive du traitement avec cette clientèle selon les programmes recensés, il semble délicat de conclure de façon sûre avec un aussi petit nombre d'études.

TABLEAU 2.1: LES PROGRAMMES EN MILIEU FERMÉ

Noms des évaluateurs	Approche du programme	Résultats
Belfrage (1991)	Aucune approche	- Taux de récidive moins élevé pour les personnes souffrant d'aliénation mentale incarcérées en institution psychiatrique que les personnes souffrant de d'autres problèmes de santé mentale incarcérées en prison.
Conroy (1990)	Médicale classique	- Les patients fonctionnent adéquatement en prison suite au traitement
Day (1988)	Psycho-éducative et pharmacothérapeutique avec suivi	- 55% ont bien réagi au traitement - 70% se sont bien ajustés en communauté suite au programme.
Lomis et Baker (1985)	Éducative dans le cadre d'une communauté thérapeutique en milieu hospitalier	- Acquisition de connaissances. - Utilisation d'habiletés de counseling par les participants.
Solomon et Draine (1995)	Psychosociale avec suivi	- 60% ont été réincarcérés un an après le traitement (taux supérieur à ceux des groupes de contrôle). - Pas de différence au niveau clinique et psychosociale.
Stermac (1986)	Cognitivo-comportementale	- Diminution du niveau de colère et des attitudes de dénigrement de soi.

TABLEAU 2.2: LES PROGRAMMES EN MILIEU OUVERT

Noms des évaluateurs	Approche du programme	Résultats
Caton et al. (1990)	Psychosociale	- Diminution des démêlés judiciaires et de l'itinérance . - Augmentation des hospitalisations en psychiatrie et diminution de l'emploi 6 mois après le programme.

CHAPITRE 3: TOXICOMANIE

Plusieurs contrevenants présentent des indices de toxicomanie. En **effet**, il est connu que les détenus constituent une sous-population chez qui la prévalence de consommation de substances **psychoactives** illicites est très élevée. À titre **d'exemple**, entre le tiers et la moitié des détenus canadiens présenteraient une dépendance à une substance **psychoactive** allant de modérée à grave (**Brochu et al.**, 1992). La condamnation du consommateur constitue une punition qui permet souvent de le soigner. Le traitement et la punition en matière de toxicomanie s'avèrent donc régulièrement liés.

On trouve actuellement une diversité de programmes auxquels les contrevenants peuvent participer, tant dans les établissements de détention que dans la communauté. Afin d'illustrer cette constatation, **Lévesque** (1993) mentionne que le Service correctionnel du Canada de la région de Québec offrent quelque 40 programmes qui rejoignent environ 1 000 délinquants incarcérés et 300 libérés conditionnels chaque année. Bien que de plus en plus de services de traitement sont mis en place pour les contrevenants toxicomanes, les travaux évaluant l'intervention à court terme auprès de cette clientèle sont relativement récents, soit depuis les années '80. Ce quatrième chapitre cherche donc à préciser l'impact de tels programmes sur la population des contrevenants toxicomanes. Pour ce faire, les programmes de traitement à court terme qui ont été évalués et qui s'adressent aux toxicomanes **judiciarisés** seront présentés.

1. ASPECTS GÉNÉRAUX

1.1 LA CLIENTÈLE

Les programmes de traitement en toxicomanie s'adressent aux contrevenants présentant des indices d'abus de drogues **et/ou** d'alcool. Chaque programme sélectionne ses participants selon ses règles particulières. Alors que certains programmes acceptent tous les cas justiciables référés sans distinction, d'autres services de traitement n'accepteront qu'une clientèle particulière, tels les jeunes détenus à leur première incarcération (**Austin et al.**, 1993; **MacKenzie**, 1993; **Scott et al.**, 1994), ou à l'opposé les récidivistes (**Anson**, 1987; **Sherman et Peyrot**, 1989; **Langworthy et Latessa**, 1993; **Funderburk et al.**, 1994).

La majorité des participants aux programmes pour contrevenants toxicomanes sont des hommes dont **l'âge** varie de 18 à 40 ans. Bien que moins de programmes **s'adressant** aux femmes furent recensés, on doit reconnaître que les contrevenantes ne sont pas toujours exclues et que certains types de programmes leur sont destinés. **Il** est par contre possible de constater une faible participation des femmes dans les programmes mixtes tels les *Boot Camps* (**Austin et al.**, 1993). **Wellisch** et al. (1993) constatent que les femmes délinquantes consommatrices de drogues présentent des caractéristiques différentes de celles des hommes, notamment d'être monoparentales et d'être moins **portées** à commettre des crimes violents, mais davantage pour des raisons économiques. En conséquence, les auteurs déplorent que les services de traitement ne soient pas adaptés à leurs besoins (par exemple, des soins médicaux spécifiques aux femmes et des possibilités de visites plus fréquentes avec leurs enfants) (**Wellisch et al.**, 1993).

La plupart des participants aux programmes de toxicomanie ont des antécédents judiciaires, principalement pour des délits relatifs aux drogues. La sélection de la clientèle quant aux caractéristiques telles que la présence **d'un** dossier criminel et la violence varie également selon les programmes, certains ayant des critères très stricts d'admission (**Scott et al.**, 1994). **En** général, il appert que la clientèle en traitement varie selon les programmes, mais ressemble **d'assez** près à la population contrevenante dans son ensemble en ce qui a trait aux caractéristiques générales, autres que la toxicomanie.

1.2 LES FONDEMENTS THÉORIQUES

On rencontre depuis des années de nombreux groupes d'entraide tant dans la communauté que dans les établissements **carcéraux**. **Il s'agit** du premier modèle d'intervention à avoir percé les murs de la prison. Toutefois, ce modèle a été très peu évalué, principalement à cause du caractère anonyme de ces groupes. **Il** s'agit de groupes de durée indéterminée. Ce modèle d'intervention est mis à profit dans plusieurs programmes à court terme (**Washousky**, 1986; **Latessa** et Goodman, 1989; **Langworthy** et Latessa, 1993; **Peters et al.**, 1993; Wagoner et **Piazza**, 1993). Toutefois, dans les études repérées, la participation à des groupes d'entraide tels les Alcooliques Anonymes (AA), les Cocainomanes Anonymes (**CA**) et les Narcotiques Anonymes (**NA**) est

souvent utilisée en complément à un autre modèle telle l'approche **cognitivo-comportementale**. Ce modèle d'entraide s'appuie sur l'idée que la toxicomanie est une maladie qu'il est possible de contrôler par l'abstinence complète avec le support des pairs et d'une puissance supérieure.

Les communautés thérapeutiques constituent un autre modèle d'entraide, mais cette **fois-ci** structuré de façon à offrir au résidant un accompagnement plus intensif et confrontant. Les communautés thérapeutiques ont été instaurées en centre de détention avec l'idée qu'en intervenant au niveau de la consommation de drogue, il serait possible de diminuer la criminalité des toxicomanes (**Wexler, 1995**). L'approche des communautés thérapeutiques est basée sur le concept de responsabilisation personnelle et **d'auto-détermination** (Poirier et **al.**, 1990; Wexler, 1995). Cette approche accueillante envers la clientèle permet l'apprentissage de comportements de rechange à la consommation ainsi que **d'un** nouveau système de valeurs sûres tout en offrant un soutien communautaire à long terme au niveau des changements de mode de vie (Wexler, 1995). Plus spécifiquement, ce processus d'apprentissage couvre trois niveaux, soit les besoins et les valeurs, **l'effet** des attitudes et des conduites sur autrui, et **finalement**, l'expérimentation des nouveaux acquis (Poirier et **al.**, 1990). L'accompagnement et le soutien sont assurés par des gens qui ont expérimenté le changement de vie et qui deviennent des modèles pour les autres (Wexler, 1995). De plus, tout un réseau de pairs élargit ce soutien aux nouvelles valeurs et à l'expérimentation d'un mode de vie différent (Wexler, 1995). La dynamique de la communauté favorise le développement d'une force de changement chez chacun des membres. La prévention des rechutes constitue un élément important des habiletés transmises, qu'il s'agisse de la simple consommation ou de la rechute totale dans les anciennes habitudes de vie. Le personnel est habituellement composé d'ex-consommateurs et d'un nombre très limité de professionnels (Wexler, 1995). Une autre caractéristique des communautés thérapeutiques est la structure hiérarchique formelle qui établit les rôles et tâches des résidants (Wexler, 1995). Plus le grade est élevé et plus les privilèges sont nombreux. Les réunions, pivot central des programmes de communautés thérapeutiques, constituent la scène de nombreuses confrontations du mode de vie des résidants par leurs pairs. Nous sommes conscients que le modèle de communauté thérapeutique est celui qui a été le plus évalué. Toutefois, les programmes utilisant cette approche

sont généralement de longue durée. Nous **n'avons** recensé que deux programmes à court terme qui utilisaient cette approche (**Bishop**, 1985; **Little et al.**, 1991).

S'appuyant sur des fondements semblables, des adaptations plus radicales des stratégies d'intervention utilisées dans le cadre des communautés thérapeutiques ont donné naissance aux programmes **d'incarcération-choc** (**Brochu**, 1995). Les *Boot Camps*, un type de traitement paramilitaire fort populaire dans les années '90 aux États-Unis, présentent une approche théorique spécifique qui peut être assimilée aux théories comportementales classiques, mais dans les faits, elle semble davantage s'apparenter aux modèles militaires du milieu du siècle (**Austin et al.**, 1993; **Clark et al.**, 1994; **Cronin et Han**, 1994; **Mackenzie**, 1994; **Crowles et al.**, 1995; **MacKenzie**, 1995; **MacKenzie et al.**, 1995; Association canadienne de justice pénale, 1996). En **effet**, ces programmes **d'incarcération-choc** mettent l'accent sur le travail et l'exercice physique ainsi que la discipline (**MacKenzie**, 1995). Le régime des *Boot Camps* utilise le pouvoir transformant du stress induit principalement par la structure **d'autorité** pour inculquer des changements profonds d'attitudes et de comportements (**Atkinson**, 1995). Les *Boot Camps* ont également pour but d'offrir aux contrevenants un nouveau système de valeurs sur lesquels appuyer leur nouveau mode de vie (Association canadienne de justice pénale, 1996). Les fondements théoriques des programmes **d'incarcération-choc** ont été critiqués parce que les valeurs promulguées par l'entraînement militaire sont jugées typiquement masculines et dépassées même au sein des Forces armées (**Atkinson**, 1995). Cet auteur considère donc que ce type de programmes encourage les comportements machistes, ce qui ne constitue pas des modèles de rôles appropriés en ces années '90.

Critique

Parmi les programmes étudiés, le modèle **cognitivo-comportemental** constitue le modèle théorique le plus fréquemment utilisé. Ces programmes qui se basent sur la reconstruction **cognitive** et comportementale tentent de réduire la rechute et la récidive en cherchant à restructurer les processus de prise de décisions des contrevenants au moyen de l'apprentissage de comportements sociaux plus adéquats. Les approches de prévention de la rechute **s'inspirent** de ce modèle. Selon cette approche, la toxicomanie est donc un comportement appris, entre autre, par l'apprentissage social, pour répondre à certains besoins ou souffrances de l'individu.

Parmi les autres fondements théoriques utilisés dans le cadre des programmes de traitement en toxicomanie auprès de la population contrevenante, certains programmes se basent sur **l'idée** que de donner de **l'information** sur **l'utilisation** de drogues et ses conséquences permet **d'induire** un désir de changement qui peut être appuyé par du **counseling**. Les écrits font alors référence au modèle **psycho-éducatif** (Langworthy et Latessa, 1993; Knight et al., 1994). Ce terme réfère à la conception nord-américaine qui englobe le **counseling** et des stratégies **éducatives**¹. Ce modèle **psycho-éducatif** ne s'appuie pas sur une théorie spécifique, mais regroupe plutôt des techniques de *counseling* avec des stratégies éducatives.

1.3 LES OBJECTIFS

Plusieurs auteurs **ont**, par le passé, démontré une association statistique significative entre la consommation abusive de drogues et la récidive (voir **Brochu**, 1995, pour une discussion de ce thème). De façon à éviter cette récidive, le but général des programmes de traitement consiste à réduire ou, plus **fréquemment**, à éliminer la consommation de substances **psychoactives**. Ainsi, **Darabi** (1991) décrit un programme qui tente de faire en sorte que les rechutes soient plus courtes, moins nombreuses et de plus en plus distancées jusqu'à atteindre, but ultime, la sobriété.

Quelques programmes recensés poursuivent des buts telle la prévention des conduites déviantes parmi la population générale (Scott et al., 1994). Certains programmes englobent ainsi les finalités du système pénal autres que le traitement. Par exemple, **Austin** et al. (1993) et **MacKenzie** (1993) incluent la punition du contrevenant dans les buts des *Boot Camps*. Certains ajoutent même la protection de la société par la neutralisation des toxicomanes (**Cronin** et **Han**, 1994; **Wolf**, 1994).

Un ensemble d'objectifs plus spécifiques proviennent de ces buts généraux. Parmi les objectifs cités, on compte ceux qui visent la prise de conscience de l'assuétude. C'est le cas des programmes s'adressant aux conducteurs en état **d'ébriété** qui cherchent à faire prendre conscience

¹ Ce vocable ne doit donc pas être confondu avec son utilisation québécoise correspondant au champ disciplinaire de la **psycho-éducation** et des modèles d'intervention de **celui-ci**.

aux participants de l'influence de la consommation sur leur vie et à comprendre la relation qu'ils entretiennent avec l'alcool (**Washousky**, 1986; **Nochajski et al.**, 1993). Ces objectifs plus spécifiques supposent de surmonter les mécanismes de défense des participants (**Washousky**, 1986; **Nochajski et al.**, 1993).

Un second ensemble **d'objectifs** des traitements concerne l'amélioration des connaissances et la modification des attitudes. Ce type **d'objectif** cherche généralement à accroître les connaissances envers les drogues consommées (**Sherman et Peyrot**, 1989; **Tauber**, 1991), la modification des attitudes vis-à-vis ces substances (Rosenberg et Brian, 1986; **Donovan et al.**, 1990) et l'intolérance face à la conduite en état **d'ébriété** (Rosenberg et Brian, 1986). Toutefois, le programme évalué par Page (1986) travaillait en amont en visant la modification des attitudes face au **counseling** de façon à mieux préparer le client à **s'approprier** les outils de changement.

En troisième lieu, les **objectifs d'apprentissage** de nouvelles habiletés sont fréquemment cités parmi les études recensées (Rosenberg et Brian, 1986; **Anglin et Hser**, 1991; **Funderburk et al.**, 1993). Les programmes de traitement font alors référence surtout aux habiletés sociales des participants. Plus **spécifiquement**, les objectifs consistent en ce que les participants développent des relations **pro-sociales** avec leur entourage (**Anglin et Hser**, 1991), qu'ils améliorent leurs relations familiales (**Funderburk et al.**, 1993) et atteignent une stabilité sociale (**Jolin et Stipak**, 1992). Les programmes visent aussi à développer des habiletés pour faire face aux situations à risques élevés de consommation (Rosenberg et Brian, 1986) et pour gérer le stress (**Sherman et Peyrot**, 1989).

De plus, les écrits scientifiques nomment des **objectifs** centrés sur la personne tels **l'atténuation** des difficultés psychologiques des participants (**Darabi**, 1991), l'augmentation de l'estime et de la confiance en soi (**Yates-Corbett**, 1990) ainsi que **l'atteinte d'une** meilleure qualité de vie (**Funderburk et al.**, 1993).

Par ailleurs, des objectifs **institutionnels** émergent actuellement du discours concernant les programmes de traitement **Ainsi**, la réduction de la surpopulation carcérale et l'apport d'un

environnement carcéral sécuritaire moins coûteux sont devenus des visées non-négligeables dans le contexte budgétaire actuel (Austin et al., 1993; MacKenzie et al., 1995).

1.4 L'ENVIRONNEMENT

Quant aux liens avec les différents organismes, les relations entre les programmes pour la toxicomanie et le système judiciaire canadien ou américain sont quelquefois problématiques. À titre d'exemple, Austin et al. (1993) constatent **qu'il** y a un manque de coordination entre les agences de justice criminelle et les *Boot Camps*. D'autre **part**, le nombre de contrevenants ayant besoin d'un traitement est bien supérieur à la capacité **d'accueil** des programmes d'aide (Peters et Kearns, 1992; Washington State Department of Corrections, 1992). De plus, Peters et Kearns (1992) rapportent que les professionnels du système de justice criminelle **n'ont** souvent pas confiance aux mesures de traitement parce qu'elles ne répondent pas aux buts du système de justice criminelle, telle la protection de la société par la neutralisation dans un environnement sécuritaire. Il semble donc difficile de concilier les objectifs de traitement avec ceux du système correctionnel. Par contre, l'exemple **d'un** programme évalué par Funderburk et al. (1993) démontre qu'en travaillant sur la qualité de vie des contrevenants, il est possible d'atteindre les buts du système de justice en diminuant les crimes de violence et l'alcoolisme. Toutefois, il semble que des liens trop étroits entre les programmes de traitement et les agences du système pénal ne soient pas nécessairement souhaitables. Une saine distanciation permet au traitement **d'opérer** à l'intérieur **d'un** modèle de promotion de la santé sans être paralysé par la gestion du risque (Brochu, 1996). En **effet**, certaines caractéristiques communes aux programmes qui fonctionnent bien dans un milieu pénitentiaire plaident en faveur de l'octroi d'enveloppes budgétaires distinctes de **l'administration** du pénitencier hôte et de l'autonomie relative du programme face au fonctionnement carcéral (Brochu, 1995).

La majorité des programmes accueille leurs clients sur une base volontaire. MacKenzie et al. (1995) mentionnent d'ailleurs qu'en général, les programmes auxquels les participants adhèrent sur une base volontaire tendent à donner des résultats plus positifs tant à court terme **qu'à** long terme. Toutefois, Holden (1986) note qu'il est important de prendre en considération que les

traitements peuvent être perçus comme faisant partie de la punition au même titre que les autres réactions légales. Le volontariat peut donc être questionné dans certains cas, surtout lorsque les participants obtiennent des avantages importants telle une réduction de la peine. Ainsi, les **Boot Camps** comportent un risque réel de coercition (Association canadienne de justice pénale, 1996). Même si on laisse habituellement aux participants le choix entre un court séjour en *Boot Camps* ou un séjour de plus longue durée en prison, il ne **s'agit** pas vraiment d'un choix libre (Salerno, 1991). Les auteurs devraient donc porter une attention spécifique aux composantes morales et éthiques des programmes de traitement **Peut-on** vraiment évaluer la problématique de la toxicomanie chez les personnes placées dans un contexte **coercitif** (Brochu et Lévesque, 1990)? Bien que le contrevenant ait droit aux mêmes services d'aide que la population, **devrait-on** plutôt attendre que la personne ait purgé sa peine et lui conseiller alors un traitement de toxicomanie? Sans avoir la prétention de discuter du sujet de façon exhaustive, il convient de souligner les limites éthiques du traitement administré en contexte d'autorité (Bertrand, 1995).

2. MILIEU FERMÉ

Il existe plusieurs types de programmes de traitement en milieu fermé, bien que la plupart s'adressent à des détenus ayant des sentences de moyenne ou de longue durée. Les mesures de traitement à court terme les plus communes sont les programmes **d'incarcération-choc** aux États-Unis et les thérapies **cognitivo-comportementales**. Les groupes d'entraide sont certainement les plus populaires, bien qu'ils soient rarement évalués (Brochu et Schneeberger, 1995).

2.1 STRATÉGIES D'INTERVENTION

Le groupe est le mode d'intervention privilégié par presque tous les types de programmes recensés. Le groupe constitue un lieu privilégié où l'individu peut se resocialiser en pratiquant de nouvelles habiletés. De plus, en période de restriction budgétaire, les thérapies de groupe permettent d'offrir un traitement à un coût moindre que **l'intervention** individuelle. Les modalités des rencontres de groupe varient toutefois selon le programme tant au niveau de la durée du **traitement**, de la fréquence que du nombre d'heures des sessions de groupe. Par exemple, un programme évalué par Scott et al. (1994) n'est composé que d'une seule séance de **counseling**,

alors qu'un autre type de traitement offre des thérapies de groupe quotidiennement (Marquis et **al.**, 1995). Bien plus, Page (1986) a évalué un marathon de 16 heures sans interruption. Il **s'ensuit** donc que l'exposition au traitement varie considérablement. **L'intervention** individuelle accompagne celle du groupe dans plusieurs programmes. Elle constitue également le mode privilégié pour le suivi après le traitement

Un programme de type communauté thérapeutique offre une séance de groupe **bi-hebdomadaire** durant la période de détention aux participants qui ont admis avoir consommé des substances **psychoactives** dans le passé (**Little et al.**, 1991). Les groupes sont axés sur l'atteinte d'objectifs spécifiques selon les différentes étapes du **traitement**, tels que développer des habiletés sociales et apprendre des processus de résolution de problèmes. Le but général de ce programme est d'amener les participants à croître au niveau de leur raisonnement moral. De plus, chaque participant bénéficie d'une rencontre individuelle durant laquelle les clients discutent de problèmes ne pouvant être amenés en groupe. Un suivi hebdomadaire est effectué en libération conditionnelle lorsque les huit premières étapes sont atteintes. Little et al. (1991) notent d'ailleurs l'importance d'un suivi pour tout traitement offert dans un milieu carcéral afin de **maintenir** les acquis et les changements des clients réalisés lors de l'incarcération. Un autre programme s'inspirant de cette approche qui offre un suivi a été recensé. Il s'agit **d'un** programme de traitement pour les détenus, hommes ou femmes, éprouvant un problème d'abus de substances psychoactives (**Darabi**, 1991; **Darabi**, 1992). Ce programme est intitulé *Tier* et comporte quatre étapes différentes, dont la dernière se poursuit dans la communauté. Le *Tier* offre une série de services éducatifs et thérapeutiques pour les détenus dont l'évaluation révèle un besoin de traitement. Le but de ce programme est d'éliminer graduellement les rechutes jusqu'à la sobriété complète.

Dans un certain nombre **d'états**, les communautés thérapeutiques ont fait place aux *Boot Camps*, plus attrayants pour les américains avides de punition à **l'endroit** des détenus. L'incarcération-choc représente donc une mesure populaire aux États-Unis. **En effet**, on retrouve environ 60 *Boot Camps* à travers 30 états américains qui comprennent plus de 9 000 lits disponibles (**Dickey**,

1994). Au niveau de la clientèle **spécifique**, la majorité des *Boot Camps* axent leur intervention sur les jeunes hommes adultes qui en sont à une première incarcération et qui ont été condamnés pour des crimes non-violents ou relatifs aux drogues (**Austin et al.**, 1993; **MacKenzie**, 1993). La durée de ce type de programme varie de 60 à 180 jours (MacKenzie, 1993; **Cronin et Han**, 1994; Dickey, 1994). La croyance de base de ce type de traitement repose dans la valeur de la structure militaire et la discipline comme moyens d'amener les participants à devenir des citoyens respectueux des lois (Cronin et Han, 1994). Les stratégies d'intervention ressemblent à **l'entraînement** militaire: exercices de marche, cérémonies militaires, entraînement physique, **auto-discipline** et assignation de travaux structurés de six à huit heures par jour (Dickey, 1994). Les détenus des *Boot Camps* sont soumis à des règles très strictes et les violations sont punies par des exercices physiques supplémentaires (Dickey, 1994). Il faut noter que les *Boot Camps* ne cessent d'évoluer à travers le temps. En effet, différents outils de réhabilitation ont été ajoutés graduellement aux programmes initiaux tels que l'éducation sur les drogues, le **counseling** et un entraînement visant à acquérir des habiletés sociales (MacKenzie, 1993; MacKenzie, 1994; Austin et al., 1993; MacKenzie et al., 1995), mais leur évolution est tributaire des politiques de l'état. On retrouve donc encore actuellement aux États-Unis des *Boot Camps* **offrant** très peu d'outils de réhabilitation (**Atkinson**, 1995). Depuis peu, certains *Boot Camps* **offrent** un suivi intensif postérieur à **l'incarcération-choc**. Par exemple, le programme *Intensive Motivational Program of Alternative Correctional Treatment* (IMPACT) en Louisiane comprend deux phases (MacKenzie et al., 1993). La première d'une durée de 90 à 180 jours se déroule en détention. Si le participant complète avec succès sa première phase, il peut faire la deuxième sous forme de libération conditionnelle avec surveillance intensive. Le programme de suivi comprend quatre contacts par semaine avec un agent de **probation**, un couvre-feu, **l'implication** dans un emploi rémunéré ou dans des activités bénévoles et des tests d'urine pour dépister la consommation de drogues et **d'alcool**.

Plusieurs programmes en milieu fermé ont une approche **cognitivo-comportementale** telle celui évalué par Marquis et al. (1995). Ce programme est offert selon deux formats: pendant 15 ou 20 jours à raison de deux heures et demie quotidiennement. Les participants du programme sont plus

âgés en moyenne (29 ans) que ceux des *Boot Camps* et près de la moitié ont commis des crimes violents (Marquis et al., 1995). La majorité d'entre eux ont eu des condamnations et des incarcérations antérieures (Yates-Corbett, 1990). La clientèle de ce programme semble donc présenter des difficultés plus sérieuses que celle des *Boot Camps*. Des programmes d'éducation des détenus ont également été instaurés, dont le programme de prévention basé sur une approche comportementale offert aux détenus d'une prison américaine (Sherman et Peyrot, 1989). Les buts de ce programme consistent à donner de l'information sur les conséquences négatives et les effets psychologiques de la consommation de substances psychoactives ainsi qu'à enseigner des habiletés afin de gérer le stress et la colère. Le programme dure un mois et est composé de huit séances de groupe de 90 minutes chacune. Suite à la lecture de l'information de base, les participants discutent des effets pharmacologiques des drogues et de l'alcool, de la gestion de la colère ainsi que des programmes de traitement en toxicomanie. Les participants de ce programme sont, en majorité (80%), des récidivistes. Un autre programme combine le traitement durant l'incarcération et le suivi à l'extérieur. Il s'agit d'un programme cognitivo-comportemental de courte durée (six semaines) évalué par Peters et al. (1993). Il s'adresse aux prévenus et aux détenus, masculins ou féminins, n'ayant pas reçu une sentence pour un crime violent, mais une sentence suffisamment longue pour bénéficier du programme dans sa totalité. Ce programme vise à encourager une abstinence à long terme par la prévention des rechutes. Le programme a également comme objectif d'impliquer les participants dans des services de traitement suite à leur libération. Le suivi inclut des meetings AA et CA ainsi qu'un contrôle de la consommation par des analyses d'urine.

Deux autres programmes moins typiques furent recensés: le *Community Education Program* et les *Marathon Groups*. Les *Marathon Groups* constituent des séances de thérapie de groupe non-structurées avec des détenus consommateurs de drogues illicites (Page, 1986). Ces groupes de 16 heures visent à procurer aux participants une occasion de discuter de leurs sentiments face à leurs problèmes personnels et à explorer des façons appropriées de faire face à ces problèmes afin de changer les attitudes face à une admission éventuelle en traitement. D'autre part, le *Community Education Program* mis en place depuis 1970 au Texas est un programme particulier. En fait,

il s'agit de prévenir la criminalité chez les jeunes à **l'aide** des récits de détenus sur les dangers et les conséquences de **l'utilisation** de drogues illicites. Le programme prend la forme d'assemblées formelles incluant de petits groupes de discussions où les échanges s'effectuent à partir de questions-réponses. La sélection est très stricte et les détenus choisis doivent en être à leur premier délit. Finalement, la composante de traitement de ce programme consiste uniquement en une séance de **counseling** et en une formation pour apprendre à parler en public.

2.2 IMPACTS DU TRAITEMENT

À la lumière des textes recensés, il ressort que la majorité des programmes comporte une évaluation qui **s'appuie** sur un devis expérimental ou quasi-expérimental (Page, 1986; **Yates-Corbett**, 1990; Litde et **al.**, 1990; Darabi, 1991 et 1992; Litde et **al.**, 1991 et 1993; MacKenzie et **al.**, 1993; **Peters** et **al.**, 1993; **MacKenzie**, 1994; **MacKenzie** et **Souryal**, 1994; Scott et **al.**, 1994; MacKenzie et **al.**, 1995; Marquis et **al.**, 1995). L'évaluation consiste donc généralement à comparer la récidive ou la consommation de drogues du groupe de sujets en traitement à celui en unité correctionnelle traditionnelle lors d'un suivi **d'environ** un an. Bien souvent, il s'agit d'un devis quasi-expérimental puisque **l'assignation** des sujets à la condition expérimentale (traitement) n'est pas aléatoire en raison des critères d'admission du programme.

Parmi les programmes en milieu fermé évalués et recensés, il n'y a que MacKenzie et al. (1995) qui utilisent une méthodologie plus qualitative. En **effet**, des analyses de discours ont été effectuées à partir d'entrevues avec des participants, des agents correctionnels, des agents de **probation** et de libération conditionnelle. Des observations ont été également effectuées afin **d'évaluer** huit *Boot Camps* (MacKenzie et **al.**, 1995).

2.2.1 L'ATTRITION

L'attrition varie selon les types de traitement: entre 9 et 43% **d'abandon** pour les *Boot Camps* (MacKenzie, 1994), 32% des participants ont quitté un programme **cognitivo-comportemental** avant la fin (**Yates-Corbett**, 1990) et 27% des sujets ne complètent pas un traitement comportemental évalué par **Sherman** et **Peyrot** (1989). On note un faible taux **d'attrition** parmi

les programmes recensés qui **offrent** un suivi suite à la libération des participants. En **effet**, 86% des participants **complètent** un programme **cognitivo-comportemental** avec suivi (Peters et al., 1993) et 81% ont terminé la phase m du programme *Tier* (Darabi, 1991). Par contre, 43% des participants admis à IMPACT, un *Boot Camp* offrant un suivi, ont abandonné le programme avant la fin de leur sentence (MacKenzie et al., 1993), ce qui est très élevé surtout si on considère que ceux qui décrochent doivent alors recevoir une nouvelle sentence par un juge. Notons toutefois que tous les chercheurs ne rapportent pas les taux **d'abandon** des programmes.

MacKenzie (1994), par des entrevues auprès de détenus qui furent incarcérés dans des *Boot Camps*, a tenté de connaître les raisons **d'abandon** de ce programme. Les personnes interrogées révèlent **qu'elles** trouvaient le programme trop stressant par sa structure (MacKenzie, 1994). De plus, plusieurs ex-participants se plaignent **d'abus** verbaux et **d'un** traitement très strict de la part du personnel (MacKenzie, 1994).

Des auteurs mentionnent **qu'il** existe des différences significatives entre les participants ayant complété le programme et ceux ne l'ayant pas terminé. En **effet**, des études laissent entrevoir que les contrevenants qui ne complètent pas le programme présentent des risques de récidive ou de **dangerosité** plus élevés que les autres (Sherman et Peyrot, 1989; Yates-Corbett, 1990). Les clients qui ont abandonné **possèdent**, entre autres, moins de connaissances des effets **psychologiques**, physiologiques et sociaux de la consommation abusive d'alcool (Yates-Corbett, 1990). **Pourtant**, la majorité des évaluations de **l'impact** du programme ne porte que sur les participants l'ayant terminé, ce qui peut modifier considérablement les résultats.

Fait **surprenant**, la meilleure variable prédictive de la persévérance en traitement consiste en la fréquence élevée de problèmes psychologiques, sociaux et **occupationnels** chez le participant lors des 30 jours précédant le début du traitement (Peters et al., 1993). En **effet**, il semble que les participants éprouvant des difficultés à ces niveaux persévèrent davantage que les autres (Peters et al., 1993). Sans minimiser la contribution de l'abus de substances **psychoactives**, les variables psychosociales jouent un rôle important dans le processus de persistance en traitement (Peters et al., 1993). La persévérance en traitement est généralement un facteur qui prédit l'impact positif

du programme. Ainsi, les résultats positifs augmenteraient avec le temps passé dans le programme (**Wexler**, 1995). Bref, les clients qui abandonnent un programme ne ressentent peut-être plus le besoin de continuer le traitement. Toutefois, si **l'on** considère que ces gens ont abandonné le programme, les concepts **d'abandon** et de persévérance en traitement deviennent biaisés et ne peuvent plus être utilisés dans un but de prédiction. Par contre, selon **Darabi** (1991), la période de participation au traitement a peu **d'impacts** sur les résultats, ce qui va à rencontre de la grande majorité des études en ce domaine. Selon cet auteur, il **n'y** a pas de différence significative au niveau de la récidive et de la rechute de consommation de substances **psychoactives** entre ceux qui ont complété le programme et ceux qui **l'ont** abandonné. Little et al. (1993) apportent plus de nuances. Leur étude démontre également que ce n'est pas le temps passé dans le programme qui influence le fait de récidiver ou non. Par contre, le nombre d'étapes atteintes est déterminant dans la réhabilitation du **participant**, étant donné que les participants ayant atteint un plus grand nombre d'étapes du programme ont **significativement** moins d'arrestations postérieures (**Little et al.**, 1993). En **fait**, le meilleur **prédicteur** de l'impact est de compléter toutes les étapes du programme dans le plus court laps de temps possible.

2.2.2 LA RÉCIDIVE

Quant à l'effet du traitement sur la récidive, pour les communautés thérapeutiques, le taux de réincarcération est inférieur chez les participants au programme (n=70) que parmi ceux du groupe contrôle (n=82) (37% versus 55%) (Little et **al.**, 1993). Marquis et al. (1995) constatent également un certain impact associé à la communauté thérapeutique. Ainsi, on a observé que les récidivistes inscrits commettent à nouveau un crime, mais ceci après un délai plus long que les contrevenants du groupe contrôle (Marquis et **al.**, 1995). Toutefois, quant au taux global de récidive, des résultats d'ensemble indiquaient que le groupe traité (n=88) ne s'avérait pas différent du groupe contrôle (n=70) (Marquis et **al.**, 1995).

Selon **Peters** et al. (1993), les résultats d'un programme **cognitivo-comportemental** sont très positifs. Les auteurs constatent que les participants du programme (n=535) sont, de façon significative, sujets à moins d'incarcération, ont une période plus longue de liberté avant d'être

arrêtés à nouveau et la période de réincarcération est moindre que ceux **n'ayant** pas participé au programme. En somme, le taux **d'arrestation** des participants diminue comparativement à celui qu'ils avaient avant le traitement tandis que le taux **d'arrestation** des **non-participants** augmente.

En ce qui a trait à l'impact des *Boot Camps* après le **traitement**, aucun élément n'indique que **l'incarcération-choc** a généré quelque impact positif réel sur les contrevenants (**Cronin et Han**, 1994). Le taux de commission de nouveaux délits parmi les contrevenants ayant complété avec succès le traitement en *Boot Camps* est comparable à celui des contrevenants présentant des caractéristiques similaires qui ont été détenus au lieu de participer au programme (**Dickey**, 1994). Clark et al. (1994) pour leur part obtiennent des résultats similaires, notant que le taux de retour en prison est le même chez ceux qui ont complété le traitement et les autres contrevenants. Parmi les huit *Boot Camps* évalués par **MacKenzie** et al. (1995), seulement trois programmes rapportaient une diminution de la récidive. MacKenzie (1995) conclut que les programmes d'incarcération-choc ont peu ou aucun effet sur la criminalité future des participants. Les *Boot Camps* qui enregistrent les plus bas taux de récidive ont des caractéristiques communes qui pourraient expliquer la **variance** observée. En **effet**, on constate que dans ces programmes, l'incarcération est suivie d'une supervision intensive, ceci suggère que les programmes mixtes ont un meilleur impact que les programmes conduits uniquement en milieu fermé. D'autre **part**, la durée des programmes est plus longue et il y a une meilleure sélection des participants. MacKenzie (1994) se demande alors si la différence des taux de récidive est due au *Boot Camps* lui-même ou à la supervision intensive qui **s'ensuit**, d'autant plus **qu'il** semble que plus les participants des *Boot Camps* sont supervisés **intensivement**, meilleur est leur ajustement à la communauté (MacKenzie et al, 1993).

Quant à un **programme** utilisant une approche particulière, le **Community Education Program** a eu un impact sur la récidive des détenus participants (Scott et **al.**, 1994). Les données sont révélatrices: seulement 20% des participants, comparativement à 66% des personnes du groupe contrôle, ont été réincarcérés à nouveau pendant le suivi qui varie **d'un an** à plus de 20 ans. En outre, plusieurs participants ont continué à oeuvrer comme conseillers. Ces résultats doivent

toutefois être **interprétés** avec précaution. En **effet**, l'admission à ce programme s'avère très stricte, ce qui a pour conséquence **qu'on** ne peut être assuré que ce soit le programme lui-même qui génère un taux de récidive inférieur. **Il** est effectivement possible que les personnes sélectionnées possèdent des caractéristiques différentes des autres clientèles, entre autres celle d'être incarcérés pour la première fois. De **surcroît**, l'évaluation a porté exclusivement sur la récidive sans prendre en considération l'objectif même du programme lequel cherchait à prévenir le crime en informant mieux le public.

En dernier lieu, l'évaluation du programme *Tier* effectuée par **Darabi** (1992) indique que les détenus qui ont suivi un traitement ont **significativement** moins de rechutes et de récidives que les autres détenus (26% versus 36%). Toutefois, lorsque les détenus qui ont été traités **récidivent**, ils le font plus rapidement et retournent en prison dans un délai plus court que ceux qui n'ont pas été traités (**Darabi**, 1992). En résumé, les taux de récidives des participants ayant bénéficié de traitement en milieu carcéral varient entre 20% (Scott et **al.**, 1994) et 37% (**Little et al.**, 1993).

2.2.3 LES AUTRES OBJECTIFS

L'évaluation de certains programmes indique des résultats positifs à d'autres niveaux que la récidive. **Premièrement**, parmi les programmes d'approche **cognitivo-comportementale**, le programme d'éducation évalué par **Sherman et Peyrot** (1989) **s'est** avéré efficace pour augmenter les connaissances et changer les attitudes envers la consommation. **Cependant**, les participants n'ont pas montré de changements significatifs quant à leur maîtrise des habiletés propres à mieux gérer le stress (Sherman et **Peyrot**, 1989). Un autre programme **cognitivo-comportemental** apporte des bénéfices importants au niveau de **l'estime** et de la confiance en soi, des habiletés de résolution de problèmes ainsi que dans l'acquisition de connaissances concernant la consommation abusive de substances **psychoactives** (**Yates-Corbett**, 1990).

En ce qui a trait aux **Boot Camps**, selon **MacKenzie** (1994), les participants à ce type de traitement trouvent généralement le programme stressant. Les règles très strictes, la discipline et l'entraînement leur paraissent pénibles (MacKenzie, 1994). Les techniques utilisées par le

personnel des *Boot Camps* pour amener les participants à renoncer à leur faux sentiment de fierté et leur ressentiment à l'égard de l'autorité ont d'ailleurs été dénoncées comme abusives et dégradantes (Association canadienne de justice pénale, 1996). Lorsque le pouvoir est attribué de façon aussi disproportionnée, il est fort probable que l'on assiste à des abus d'autorité, surtout dans les circonstances où les détenus sont constamment poussés à leurs limites physiques et émotionnelles (Atkinson, 1995). Par contre, le programme rend les participants plus en forme physiquement et abstinents de drogues pendant la durée du séjour (MacKenzie, 1994). De plus, MacKenzie et Souryal (1995) soulignent par ses études que les contrevenants des *Boot Camps* sont plus positifs que les autres détenus face à leur expérience et leurs acquis durant le programme. Notons que les contrevenants considèrent davantage avoir eu une expérience positive dans les *Boot Camps* s'ils ont eu aussi des activités thérapeutiques et ont participé volontairement (MacKenzie et al., 1993 et 1995). Enfin, l'amélioration des attitudes des participants serait de courte durée (MacKenzie, 1995).

Cependant, si on considère que les contrevenants sélectionnés pour les *Boot Camps* auraient autrement été en détention, on peut croire que les programmes de ce **type** peuvent contribuer à leur façon à réduire la surpopulation carcérale (MacKenzie et Souryal, 1994). Toutefois, selon Austin et al. (1993), des programmes éprouvent de la difficulté à recruter leur clientèle et à fonctionner selon leur capacité maximale. **En effet**, même si les *Boot Camps* sont implantés dans plusieurs milieux, on retrouve parfois peu de participants (Austin et al., 1993). Les auteurs attribuent cette situation à divers facteurs tels l'application de critères de sélection trop stricts, le manque de coordination entre les agences de justice criminelle, et la courte durée d'incarcération de certains détenus comparativement à la durée du programme. Enfin, les programmes d'incarcération-choc ne contribuent à réduire la population carcérale que dans la mesure où il est possible de contrôler étroitement les admissions afin de s'assurer que seuls sont admis les personnes qui seraient autrement incarcérées sans élargir le filet pénal (Dickey, 1994; MacKenzie, 1995). **Il** est possible de douter de ce contrôle des admissions. **En effet**, on admet aux *Boot Camps*, en règle générale, des délinquants non violents qui n'ont pas **d'antécédents** carcéraux; en fin de compte, des contrevenants qui auraient pu autrement être condamnés à une période de

probation ou à des mesures de rechange plutôt qu'à une peine d'emprisonnement n'eut été des mesures répressives face aux consommateurs de drogues aux États-Unis (Association canadienne de justice pénale, 1996). De **fait**, les coûts des services correctionnels augmentent avec la mise en place de programmes **d'incarcération-choc** et la population des prisons demeure relativement stable (Parent, 1995). Bien que les coûts quotidiens des *Boot Camps* soient comparables à ceux des prisons ou même plus élevés, **MacKenzie** et al. (1993) concluent que le total des coûts est moindre que celui de la prison conventionnelle compte tenu de la libération hâtive associée à une période de surveillance intensive. Toutefois, d'un point de vue politique, les *Boot Camps* présentent un certain attrait pour les médias et satisfont aux exigences du public qui demande qu'on apporte des changements de nature punitive au système de justice (**Association canadienne de justice pénale, 1996**).

Enfin, selon Page (1986), il ressort que les *Marathon Groups* modifient la façon dont les participants perçoivent la relation **d'aide**. En **effet**, les participants à ce programme conçoivent le *counseling* de façon plus positive que les détenus du groupe contrôle. Ces groupes thérapeutiques sont considérés comme un succès étant donné qu'ils améliorent la perception des utilisateurs de drogues illicites concernant le processus de *counseling* et **qu'ils** augmentent la motivation des participants à entreprendre un processus de changement. Par contre, ce traitement ne prétend pas avoir **d'effet** sur la récidive ou la rechute. Étant donné leur courte durée, les *Marathon Groups* peuvent facilement être offerts aux personnes incarcérées pour une courte période de temps.

3. MILIEU OUVERT

Cette section présente les services de traitement en milieu ouvert **s'adressant** aux contrevenants qui éprouvent des problèmes de toxicomanie. Le terme milieu ouvert signifie les programmes offerts dans des lieux autres que les établissements carcéraux. Les services de traitement recensés sont classés selon qu'ils s'offrent à l'interne ou à l'externe. Dans ce texte, les programmes internes désignent les traitements offerts dans le cadre de séjour dans un centre communautaire. Les autres programmes sont classés dans la section des services externes. Les traitements externes spécifiques aux conducteurs en état **d'ébriété** seront ensuite présentés.

3.1 STRATÉGIES D'INTERVENTION

La majorité des programmes utilisent le groupe comme stratégie **d'intervention**. Seuls deux programmes évalués s'appuient exclusivement sur l'intervention individuelle (**Latessa et Travis**, 1988; **Funderburk et al.**, 1993). Enfin, notons que quelques programmes utilisent les tests d'urine afin de mieux contrôler la consommation de drogues des participants (**Eaglin**, 1986; **Vito**, 1989; **Tauber**, 1991; **Knight et al.**, 1994).

3.1.1 PROGRAMMES INTERNES

Parmi les programmes internes de moyenne ou longue durée offerts en communauté, on relève le ***Non-Secure Drug Treatment Program*** qui est un traitement **d'environ** six mois (**Florida Department of Corrections**, 1995). On compte aussi le ***Bradenton Secure Drug Treatment Program*** et le ***Daytop Secure Drug Treatment Program*** qui sont deux programmes internes aussi évalués par le *Florida Department of Corrections* (1995). Il s'agit de programmes d'une durée de 18 mois composés de trois phases successives: un séjour résidentiel, un séjour de réintégration dans la communauté et enfin, un suivi externe (*Florida Department of Corrections*, 1995). **L'approche** utilisée par ces programmes n'est toutefois pas précisée par les auteurs. Par ailleurs, Bishop (1985) présente diverses recherches qui évaluent l'efficacité des programmes suédois de placement en communauté thérapeutique, foyer ou famille, et visent à aider les détenus toxicomanes. Ce placement de deux à huit mois qui vise à aider les toxicomanes et alcooliques dans leur réinsertion prend généralement fin avec la libération conditionnelle du participant

Quelques programmes internes de plus courte durée ont été recensés. **Wolf** (1994) a évalué un service interne de 28 jours utilisé en tant que condition à une libération sous caution. Ce programme vise à offrir un traitement rapide, à assurer la sécurité de la société et garantir la présence de **l'accusé** à la cour. Un programme évalué par **Langworthy** et Latessa (1993) fut instauré spécifiquement pour les conducteurs en état **d'ébriété** chronique. Ce programme veut combiner de l'éducation à des sessions de groupe et de thérapie individuelle alors que les contrevenants sont placés dans un centre de réhabilitation pendant 28 jours et sont vus en suivi

pendant six mois et ont un an de **probation**. Les participants qui complètent ce programme obtiennent une réduction de leur sentence, bénéficiant donc **d'une** libération prématurée.

Un dernier programme interne très original et novateur **s'intitule *Behavioral and Attitudinal Modification Project*** (**Bailey** et Berg, 1994). Ce projet thérapeutique de six semaines s'appuie sur un modèle de réforme de la philosophie carcérale qui s'effectue en modifiant la relation entre le personnel et les résidants. Pour ce faire, différentes stratégies ont été mises en place. **Notamment**, les intervenants ont été incarcérés pendant 30 heures **afin** qu'ils puissent comprendre la situation des détenus. Ce programme est composé de groupes de rencontres incluant des activités spéciales dont un 36 heures intensif de thérapie et l'inversion des rôles entre le personnel, choisi par les participants, et les clients. De plus, le programme ajoute des rencontres et des activités avec des communautés thérapeutiques.

3.1.2 PROGRAMMES EXTERNES

Les programmes externes recensés incluent une grande variété de services dispensés dans la communauté. Des programmes externes qui utilisent des stratégies d'intervention **psycho-éducatives** furent recensés dont un programme pour les **probationnaires** toxicomanes ayant commis des délits relatifs aux drogues au Texas (**Knight** et al., 1994). Il s'agit d'un programme de groupe d'une durée de six à 12 semaines dispensé en raison d'une heure par semaine en utilisant les leçons du ***Addict Aftercare: Recovery Training and Self-Help***. Dans le même genre, le programme évalué par **Eaglin** (1986) offre du **counseling** durant les premiers mois suivant le début du programme et oblige à des tests d'urine. Les bénéficiaires de ce programme sont des personnes en libération conditionnelle ou en probation. Un autre programme externe est le ***Fast, Intensive, Report, Supervision and Treatment*** (FIRST) qui a été évalué par **Tauber** (1991). Les responsables de ce programme supposent que le moment qui fait suite à la fin d'une première incarcération constitue la meilleure occasion pour que le traitement en toxicomanie soit un succès. Ils préconisent donc une intervention immédiate et intensive dès la libération des détenus toxicomanes. Les participants de ce programme sont donc à leur première expérience dans le système de justice criminelle. Le traitement comporte trois phases. L'évaluation **s'effectue** pendant

la première phase, la phase n est composée **d'une** évaluation individuelle et de cinq sessions de groupe, quatre sessions d'éducation sur les drogues et le SIDA, trois tests **d'urine** et une inscription dans un programme de consultation en communauté. La phase **III** consiste à huit sessions de groupe, des rencontres individuelles avec **l'agent de probation, d'autres tests d'urine** et la poursuite de la consultation dans la communauté. De plus, les participants doivent défrayer eux-mêmes les coûts de ce programme. En dernier lieu, le **Kentucky Substance Abuse Program** constitue un service de traitement privé qui vise à augmenter la protection du public en traitant avec succès les contrevenants ayant des problèmes de consommation (**Vito**, 1989). Ce programme procure des services de **counseling** sous forme de sessions **d'entraide** et **d'interactions** de groupe aux contrevenants en probation et en libération conditionnelle.

Un programme externe utilise les groupes **d'entraide** pour les **probationnaires** ayant des problèmes de consommation (**Wagoner et Piazza**, 1993). Ce programme combine des groupes d'entraide (AA et **CA**) et des groupes de thérapie à raison de 90 minutes par semaine pendant toute la durée de la probation. Les membres du groupe d'entraide devient une substitution aux pairs délinquants.

Quelques programmes externes recensés apparaissent plus novateurs. Parmi ceux-ci, un programme externe évalué par **Moon et Latessa** (1994) s'adresse aux contrevenants toxicomanes en probation. Ce programme est composé de trois étapes de 30 jours chacune: la première comporte des sessions de traitement en raison de cinq jours par semaine, la deuxième étape diminue les rencontres à trois jours par semaine et la troisième consiste en un suivi du traitement incorporant des thérapies de groupe. Ce programme est novateur car il utilise l'acupuncture afin de diminuer les effets secondaires de la désintoxication. **L'Intensive Drug Program** est un programme incluant le contrôle électronique (**Jolin et Stipak**, 1992). Il **s'agit** donc d'une probation avec surveillance intensive qui vise à ce que les contrevenants acquièrent un mode de vie plus stable, cessent ou réduisent leur abus de drogues et le nombre de récidive. La stratégie d'intervention est: la surveillance électronique, des rencontres hebdomadaires de traitement ainsi que des tests de drogues et d'alcool. Le programme dure 14 semaines avec traitement et surveillance, suivi de 14 semaines de suivi sans surveillance électronique.

Au niveau des contrevenants alcooliques, deux programmes externes peuvent être mentionnés. Le premier fut implanté afin de mobiliser les ressources communautaires existantes pour aider les contrevenants alcooliques (**Funderburk et al.**, 1993). Le traitement comportemental se centre sur le maintien de la sobriété, **l'amélioration** des habiletés sociales et des relations familiales. **D'après** les auteurs, **l'approche** individualisée et flexible est appréciée par les contrevenants. Un deuxième programme recensé **s'adresse** aux contrevenants alcooliques en probation intensive (**Latessa et Goodman**, 1989). Les **probationnaires** de ce programme doivent suivre les conditions de probation, aller à trois rencontres AA par semaine, à des sessions **bi-hebdomadaires** avec le groupe de pairs au service de probation, à une rencontre mensuelle avec le **coordonnateur** du programme et passer un test d'urine chaque semaine.

Finalement, notons que deux programmes américains suivent la philosophie du **Treatment Alternative to Street Crime (TASC)**. Il ne **s'agit** pas d'un programme de traitement en tant que tel, mais plutôt du modèle de référence le plus courant aux États-Unis en matière de traitement de la toxicomanie en communauté. **En** contraignant le délinquant toxicomane à **s'inscrire** au **traitement**, ce programme permet de faire un lien entre le système de justice et le traitement dans la communauté (**Brochu et al.**, 1995). Le principal objectif visé par le TASC est **d'interrompre** le cycle "**dépendance** - criminalité - arrestations" (**Brochu et al.**, 1995). **En fait**, ce programme combine **l'influence** des sanctions légales avec l'attrait que peut présenter une solution de rechange à **l'incarcération** (**Brochu et al.**, 1995). Ainsi, les contrevenants toxicomanes peuvent se voir attribuer une sentence autre que celle de la détention telle une probation assortie d'un traitement (U.S. Department of Justice, 1992). **Hepburn et al.** (1994) ont évalué le **Maricopa County Demand Reduction Program** qui s'appuie sur la maxime: "**Do drugs - Do time**". Cette approche vise donc à réduire la consommation de drogues illicites en arrêtant les consommateurs occasionnels afin de produire un effet de dissuasion général. Pour ce faire, le programme fait appel à diverses stratégies: éducation, application des lois et traitement. Le **Treatment Alternative Program** est un programme de référence similaire au TASC qui apporte une peine substitutive à l'emprisonnement pour les personnes **éligibles** ayant besoin de ces services (**Van Stelle et al.**,

1994). Il nous importait de connaître dans quelle mesure ces services de référence en traitement ont un impact

3.1.3 PROGRAMMES POUR LA CONDUITE EN ÉTAT D'ÉBRIÉTÉ

Plusieurs programmes de traitement externe spécifiques aux conducteurs en état d'ébriété ont été recensés. Le ***Criminal Alcoholic Program*** (CAP) est un programme intensif de **probation** pour les contrevenants récidivistes ayant conduit en état **d'ivresse** (Anson, 1987). Les participants sont des contrevenants alcooliques chroniques et identifiés comme non dangereux, qui ont plus d'une infraction en relation avec l'alcool et à qui la Cour offre le choix entre la prison ou une probation de cinq ans avec le CAP. Le CAP comporte deux éléments d'intervention: une participation à ***l'Emotional Maturity Instruction*** et un traitement médical par la prise **d'antabuse**. C'est le seul programme recensé qui utilise une médication. Ce service de traitement a été très critiqué par les chercheurs. Entre autres, **Green** et Phillips (1990) considèrent le CAP comme un **"choix forcé"** étant donné que les **probationnaires** doivent ou participer au programme ou être incarcérés.

Nochajski et al. (1993) ont effectué une recherche sur les conducteurs en état **d'ébriété** référés à un programme. Les buts de ce traitement sont d'augmenter la prise de conscience de l'influence de l'alcool sur leur vie, d'aider les participants à comprendre la relation qu'ils ont avec l'alcool ainsi que de surmonter ses mécanismes de défense, de donner des techniques pour la réhabilitation **et**, enfin, d'aider les clients à établir un plan de réhabilitation post-traitement afin de maintenir l'abstinence. Afin d'atteindre ces objectifs, le traitement est composé de 12 sessions de groupe de 90 minutes et de thérapies individuelles au besoin. Un programme évalué par **Washousky** (1986) s'adresse à la même clientèle que le programme précédent et utilise des stratégies d'intervention semblables. En **effet**, ce programme offre **l'évaluation**, le diagnostic et le traitement de 12 semaines de **counseling** de groupe. Les objectifs sont d'augmenter la prise de conscience du participant quant à la place qu'occupé **l'alcool** dans sa vie, d'aider les contrevenants dans leur processus visant à reconnaître leur problème avec l'alcool, de travailler leur système

défensif, de donner des techniques **pour** la démarche de **réhabilitation** et **d'assister** les clients à effectuer un plan individualisé **après-traitement**.

Trois autres programmes pour conducteurs en état **d'ébriété** ont été recensés. Les évaluations de ces services de traitement portent sur des stratégies multiples **d'intervention**. À titre **d'exemple**, **Rosenberg** et Brian (1986) étudient trois types de groupes de thérapies pour des récidivistes. Le premier groupe est basé sur le modèle **cognitivo-comportemental** alors que le deuxième utilise la thérapie **émotivo-rationnelle** et le dernier groupe se veut une thérapie **non-structurée**. Les stratégies d'intervention varient évidemment en fonction du type **d'approche**. Le groupe **cognitivo-comportemental** cherche à développer des habiletés afin **d'aider** la personne à faire face à des situations à risque élevé. Le contenu du deuxième groupe porte sur des croyances irrationnelles communes adaptées spécifiquement à l'abus d'alcool et à la conduite en état d'ébriété. La modification des comportements **non-désirés** implique un changement des pensées et des sentiments. Le participant apprend **conséquemment** de nouvelles façons de penser en ce qui concerne **l'alcool** et la conduite en état d'ébriété. Finalement, le troisième groupe sert de groupe contrôle. Il ne s'agit donc pas de groupes structurés et les participants discutent librement de sujets relatifs à l'alcool et à la conduite en état d'ébriété. Chaque groupe comprend 16 sessions de 90 minutes étalées sur six mois.

L'étude d'Holden (1986) porte également sur l'utilisation de différentes stratégies de traitement. Ainsi, quatre groupes sont utilisés soit un groupe contrôle, un groupe offrant un programme de 10 heures d'éducation sur **l'alcool** auquel s'ajoutent huit sessions de thérapie d'une demi-heure, un groupe bénéficiant **d'une probation** supervisée une fois par mois et un groupe incluant les trois composantes que sont la supervision en probation, l'éducation et la thérapie. En plus des différents groupes, les participants furent classés selon leur appartenance à la catégorie des buveurs sociaux et celle des buveurs problématiques.

McGuire et al. (1995) ont évalué aussi les impacts de cinq programmes spécialisés utilisés dans une agence de probation **dont**, entre autres des interventions **psycho-éducatives** dispensées pendant sept semaines aux contrevenants ayant conduit en état d'ébriété. Les autres programmes

étudiés sont très différents. On note ainsi un programme traditionnel pour **probationnaires** et un groupe de travail pour femmes contrevenantes qui inclut une thérapie orientée vers la réadaptation sociale. En **fait**, tous ces programmes offerts dans la communauté visent les contrevenants considérés à risque élevé.

3.2 IMPACTS DU TRAITEMENT

Presque toutes les évaluations recensées dans cette section **s'effectuent** selon un devis expérimental ou **quasi-expérimental** (Bishop, 1985; Holden, 1986; Rosenberg et Brian, 1986; Anson, 1987; Latessa et Goodman, 1989; Vito, 1989A et 1989B; Donovan et al., 1990; Green et Phillips, 1990; Tauber, 1991; Jolin et Stipak, 1992; Funderburk et al., 1993; Langworthy et Latessa, 1993; Wagoner et Piazza, 1993; Knight et al., 1994; Moon et Latessa, 1994; McGuire et al., 1995). Moon et Latessa (1994) ajoutent même un groupe placebo à leur étude. Par contre, la plupart des études note plusieurs différences significatives entre les participants aux groupes expérimentaux et ceux des groupes ne recevant pas le **traitement**.

Quelques études **n'ont** effectué l'évaluation qu'à l'aide de données officielles sur la récidive sans employer de groupe comparatif, ce qui limite considérablement la portée des résultats obtenus (Hepburn et al., 1994; Van Stelle et al., 1994; Wolf, 1994). On peut énoncer plusieurs autres critiques méthodologiques. Disons d'abord que les échantillons sont quelque fois trop petits pour donner des résultats fiables tels McGuire et al. (1995) qui utilisent un groupe composé seulement de 21 sujets. Par ailleurs, on relève une pénurie d'études avec des données qualitatives **puisque'aucun** chercheur évaluant des programmes en milieu ouvert n'a apparemment utilisé un tel devis. Ces mises en garde méthodologiques étant faites, voyons les taux **d'attrition**, de récidives et les bénéfices des programmes de traitement

3.2.1 L'ATTRITION

Premièrement ce ne sont pas tous les contrevenants qui choisissent d'aller en traitement Par exemple, parmi 73% des individus arrêtés **éligibles** au traitement selon le TASC, seul 35% ont accepté de suivre un programme (Hepburn et al., 1994). De plus, les pourcentages de participants

qui terminent leur programme de traitement varient **considérablement, c'est-à-dire** entre 23% et 74% selon les types de traitement. Ainsi, 23% des participants du programme évalué par **Moon** et **Latessa** (1994) le **complètent**, comparativement à 51% des contrevenants du service interne dispensé par le *Florida Department of Corrections* (1995) et à 74% des clients **d'un** programme pour alcooliques (**Washousky**, 1986). Les participants placés en foyers thérapeutiques ont davantage terminé le traitement (68%) que les détenus placés dans des communautés thérapeutiques (54%) ou des familles choisies (65%) (**Bishop**, 1985). Un tiers des participants ont mis fin au programme évalué par **Eaglin** (1986) moins d'un an après leur inscription. Dans tous les types de **traitement**, c'est habituellement au cours des 30 premiers jours que les **décrocheurs** quittent les programmes (Moon et **Latessa**, 1994).

Les taux **d'abandon** nous semblent ainsi plus élevés parmi les programmes offerts en milieu ouvert que parmi ceux dispensés en centres de détention. Il importe toutefois de souligner que les participants dans la communauté peuvent être moins incités à suivre un traitement que les contrevenants incarcérés. De plus, les clients qui participent à un programme se déroulant à l'interne bénéficient habituellement d'un encadrement plus intense que les programmes externes, ce qui aurait un impact quant à la persévérance en traitement (*Washington State Department of Corrections*, 1992). En général, les études démontrent l'incapacité des programmes à maintenir les gens en traitement pendant toute la durée prévue, mais cela ne signifie pas pour autant que ces services ne sont pas efficaces à réduire la criminalité (Moon et **Latessa**, 1994).

3.2.2 LA RÉCIDIVE

La majorité des programmes ont été évalués en fonction de leur impact sur la récidive. Parmi les services de traitement qui ont exercé un tel **impact**, il y a le programme évalué par **Wagoner** et **Piazza** (1993) utilisant la thérapie de groupe et les mouvements d'entraide. Les participants aux deux groupes de traitement (n=55) ont en effet eu moins de nouvelles infractions criminelles violentes ou graves que leur groupe contrôle respectif (n=55). Le programme **psycho-éducatif** FIRST a aussi démontré des résultats positifs (**Tauber**, 1991). En **effet**, les participants du programme ont passé 45% moins de temps en prison au cours des deux ans qu'a duré l'évaluation

que **leurs** compères participants au programme de **l'année** précédente (Tauber, 1991). La principale différence du programme entre les deux années comparées consiste en la rapidité de la référence au traitement suite à la libération du **client**. On a également noté une diminution des nouvelles arrestations.

Il importe toutefois de tenir compte des difficultés rencontrées et de déterminer dans quelle mesure les évaluations permettent réellement **d'attribuer** les résultats positifs au programme. En **effet**, Tauber (1991) n'a pas comparé les participants au programme à un groupe de contrevenants n'ayant participé à aucun **traitement**, mais plutôt avec les participants du même programme **l'année** précédente. Cette constatation limite la portée des résultats bien que le programme semble exercer une influence sur le taux de récidive. Dans le même sens, l'évaluation **d'un** autre programme indique que le groupe ayant suivi le programme **psycho-éducatif** interne obtient de meilleurs résultats quant à la récidive que le groupe contrôle (Langworthy et Latessa, 1993). Par contre, encore une fois, il est impossible de savoir si les différences sont significatives entre les deux groupes en raison des caractéristiques distinctes de la clientèle des deux groupes.

Le terme récidive comporte différentes significations selon les recherches. Ce terme peut laisser entendre que le participant soit révèle avoir commis de nouveaux actes délictueux, soit a été arrêté à nouveau, soit a été condamné ou soit enfin est réincarcéré. Des études ont toutefois évalué distinctement ces différentes définitions de la récidive. Par exemple, les participants alcooliques en **probation** intensive (n=102) à un programme utilisant la thérapie de groupe et le modèle d'entraide **enregistrent** moins d'arrestations et de condamnations que le groupe contrôle (n=101) (Latessa et Goodman, 1989). Certains chercheurs considèrent même les violations techniques aux conditions de la probation comme une récidive. Si l'on considère les violations techniques, les participants au programme précédemment cité ont alors davantage de récidives que les contrevenants du groupe contrôle (Latessa et Goodman, 1989). Ceci peut s'expliquer par la supervision plus intensive, donc par davantage de contrôle. Un autre exemple de cet ordre peut être fourni par le programme **psycho-éducatif** interne évalué par Langworthy et Latessa (1993). En **fait**, 35% des participants de ce programme ont commis un nouveau **délit**, peu importe le type. Par contre, Langworthy et Latessa (1993) calculent surtout les récidives relative à l'alcool, ce qui

fait chuter le taux de récidives des participants à 16%. De plus, il est important de bien distinguer les différentes catégories de délits compris par le terme récidive. Il peut être considéré comme positif **qu'aucun** gradué d'un programme n'ait été réincarcéré pour un crime contre la personne, alors que le taux de condamnations pour un crime contre les biens ou relatif à la drogue soit plus élevé qu'auparavant (**Vito**, 1989).

Les évaluations portent généralement sur les participants ayant terminé le programme, ce qui a un effet non-négligeable sur les résultats de **l'impact** des services de traitement. En **effet**, il y a une plus grande amélioration en terme de récidive lorsque le participant a terminé le programme, quel que soit le mode de placement (famille, communauté thérapeutique ou foyer) (**Bishop**, 1985). Au sujet de la réincarcération postérieure au placement, seules les personnes dont le placement en famille a été mené à terme ont démontré une différence significative (**Bishop**, 1985). Les participants qui ont complété un programme utilisant l'acupuncture et la thérapie de groupe obtiennent plus de succès dans leur **probation**, affichant moins de révocations pour des violations techniques ou des récidives (**Moon et Latessa**, 1994). De **plus**, les contrevenants ayant complété le programme suite au modèle de référence similaire au TASC obtiennent le plus bas taux de récidive. **Celui-ci** se situe à 11%, alors que les contrevenants n'ayant pas répondu à l'offre de traitement démontrent un taux de 26% de récidive et ceux ayant refusé le traitement de 18% (**Hepburn et al.**, 1994). Dans le même sens, les participants ayant complété le programme de référence évalué par Van **Steele** et al. (1994) ont moins de ré-arrestations (43%) au cours du suivi de 18 mois de l'étude que ceux qui **n'ont** pas complété le programme (74%). **En** somme, le fait de compléter le traitement est associé avec une réduction de la récidive. **Il** est toutefois difficile de connaître si les résultats différentiels sont causés par une exposition plus prolongée au traitement ou par les caractéristiques de ceux qui poursuivent plus avant leur programme. Or ceux qui complètent le traitement sont probablement ceux qui sont le plus motivés à changer, peu importe l'effet du programme. Ainsi, il est possible de croire que ceux qui éprouvent le plus de difficultés ont davantage tendance à abandonner ces programmes ou à ne pas vouloir bénéficier de quelque **traitement**. Les résultats peuvent aussi être expliqués par des caractéristiques différentes de la clientèle. À ce **sujet**, les rapports **auto-révélés** de conduite en état **d'ébriété** indiquent une diminution significative de cette conduite pour ceux qui n'ont pas d'antécédents

criminels (**Nochajski et al.**, 1993). Parmi ceux qui ont des antécédents **criminels**, il **n'y** a une diminution significative de la conduite en état **d'ébriété** uniquement **quatre** mois après le traitement (Nochajski et **al.**, 1993).

Plusieurs évaluations permettent d'identifier des variables qui influencent **l'impact** que les programmes exercent sur les participants. Le premier élément concerne les caractéristiques de la clientèle. **L'effet** du programme de surveillance électronique est plus efficace parmi les participants qui ont été condamnés pour une infraction relative aux drogues que chez ceux qui l'ont été pour un délit ne concernant pas les substances **psychoactives** (**Jolin et Stipak**, 1992). Un deuxième élément a trait à l'exposition et au temps passé en traitement. À ce propos, mentionnons que les placements suédois paraissent bénéfiques pour autant qu'ils ne soient pas interrompus prématurément (**Bishop**, 1985). Quant à **l'exposition** au **traitement**, les probabilités que les participants soient accusés de violations techniques sont réduites lorsque le nombre de visites de **l'agent de probation** et les sessions de **counseling** augmentent (**Eaglin**, 1986). La structure et les objectifs des programmes semblent également avoir un impact sur les résultats. Des chercheurs croient que des programmes structurés et **directifs** avec des buts clairement définis ainsi que des interventions brèves et précises sont nécessaires (**McGuire et al.**, 1995). En **effet**, parmi un groupe comprenant plusieurs programmes évalués par McGuire et al. (1995), celui pour les conducteurs en état d'ébriété était le plus structuré et mieux orienté. **Il** obtient les meilleurs résultats à tous les niveaux quant aux mesures **d'amélioration** ainsi qu'au niveau des attentes et commentaires des clients. De plus, la récidive diminuait si les contrevenants recevaient un traitement spécifique à leur consommation en tant que partie de leur sentence et lorsqu'ils complétaient leur programme (**Jolin et Stipak**, 1992).

Certaines évaluations paraissent arriver à des résultats contradictoires. Par exemple, **Anson** (1987) et **Green** et Phillips (1990) ont évalué le même programme utilisant **l'antabuse** avec les conducteurs en état d'ébriété, mais les conclusions auxquelles ils parviennent sont totalement différentes. Ainsi, alors **qu'Anson** (1987) constate une réduction des comportements déviants chez les participants, surtout pour ce qui est des crimes en rapport avec les drogues et l'alcool, Green et Phillips (1990) pour leur part n'ont trouvé aucun résultat significatif **attribuable** au même

programme. **Il** est possible **qu'Anson** (1987) constate des résultats positifs étant donné **qu'il** évalue l'impact du programme immédiatement après le traitement, mais que ces résultats ne soient plus significatifs suite au suivi de cinq ans effectué par **Green** et Phillips (1990). **C'est** donc la période de suivi différente qui explique ces résultats à première vue contradictoires entre les deux recherches.

D'autres évaluations concluent en disant simplement que le programme a un impact moindre que celui ou ceux avec lesquels ils ont été mis en comparaison. Par exemple, un programme résidentiel est considéré positif dans le sens que ses services sont offerts rapidement en raison d'une admission quasi-immédiate. Par contre, les taux de nouvelles arrestations des participants sont plus élevés que ceux comptabilisés pour deux autres groupes d'hommes en traitement dans des programmes différents (**Wolf**, 1994). Les participants ont aussi **significativement plus d'échecs** que la population confinée à la maison (Wolf, 1994). Toutefois, les personnes du groupe en traitement n'ont pas nécessairement des caractéristiques similaires à celles du groupe contrôle. Un traitement combinant l'acupuncture à la thérapie de groupe évalué par **Moon** et **Latessa** (1994) n'est pas jugé plus efficace que les autres stratégies de traitement offertes par les services de **probation**. Les auteurs expliquent cette absence de résultat par le type d'intervention **offert**, soit l'acupuncture. En **effet**, rien n'indique que **l'acupuncture** ait des effets positifs sur le succès du traitement ou de la probation (Moon et **Latessa**, 1994). Les trois types de thérapie pour les conducteurs en état **d'ébriété** (soit d'approches **cognitivo-comportementale, émotive-rationnelle ou non-structurée**) évalués par **Rosenberg** et Brian (1986) ne démontrent aucune différence tant au niveau de la consommation que de la conduite en état **d'ébriété**. **En fait**, dans les trois groupes, on constate un bas niveau de consommation au début du programme. Cela peut être **attribuable** au fait que les sujets auraient diminué leur consommation suite à l'arrestation, donc avant le traitement. La thérapie a probablement aidé à **maintenir** cette amélioration, mais cela ne fut pas évalué comme tel.

Finalement, quelques chercheurs concluent que le programme qu'ils ont évalué n'a pas d'impact. C'est le cas du programme **cognitivo-comportemental** évalué par **Donovan** et al. (1990) qui indiquent que relativement aux taux de condamnations et aux violations techniques, il n'y a pas

de **différence** entre les participants **d'une** pan et les contrevenants ayant suivi un programme allégé, **d'autre** part et enfin le groupe contrôle. Un mois après le **traitement**, les participants continuaient à boire davantage que les contrevenants des deux autres groupes. Ce programme s'avère toutefois positif pour certains groupes tels les jeunes ayant un statut économique plus élevé et un plus grand niveau d'éducation (**Donovan et al.**, 1990). Pour deux programmes recensés, on retrouve un taux anormalement élevé **d'échecs**. Pour le **Bradenton Secure Drug Treatment Program**, il y a 67% de révocations parmi les participants et **85%** pour le **Daytop Secure Drug Treatment Program** (*Florida Department of Corrections*, 1995). Ces taux sont inhabituels pour des programmes résidentiels de traitement intensif. Toutefois, il s'agit de programmes nouvellement implantés. Une évaluation valide ne pourra donc pas être disponible avant quelques années. Suite à l'évaluation **d'un** programme combinant de la thérapie à des cours éducatifs, Holden (1986) conclut également qu'il n'y a pas de diminution significative pour les quatre groupes évalués, peu importe les types de récidive. Selon cet auteur, l'inefficacité du traitement pourrait être due à plusieurs éléments: 1) les programmes sont inappropriés pour la majorité des clients; 2) les projets ne sont pas suffisamment spécifique à la conduite en état **d'ébriété**, mais tentent de traiter un **pattern** général de déviance; 3) les programmes sont impuissants pour entraîner une diminution de la récidive; 4) les traitements n'ont peut-être constitué qu'un aspect relativement sans importance dans la détermination de la sentence.

3.2.3 LES AUTRES OBJECTIFS

Des chercheurs se sont particulièrement intéressés à l'impact des programmes au niveau de la consommation de substances **psychoactives**. Leurs recherches démontrent que plusieurs programmes exercent des effets positifs sur la diminution de la consommation de drogues. En **effet**, la consommation de drogues illicites des participants à la surveillance intensive a été réduite de 95% à 32% (**Jolin et Stipak**, 1992). Cette importante diminution de **l'usage** de drogues constatée chez les participants d'après les pré-tests et les post-tests peut être expliquée par la passation de tests d'urine. En **effet**, le participant pouvait être incarcéré lorsque le test permettait de détecter sa consommation de drogues. Les auteurs attribuent cette diminution au fait qu'on offre aux toxicomanes un traitement spécifique à leur consommation faisant partie de leur

sentence. Toutefois, cette étude ne **mesure** pas **l'usage d'alcool** alors que 5% de **l'échantillon** ne consommaient que de l'alcool. De plus, parmi les participants à ce programme qui ont continué à consommer, 79% ont diminué la fréquence. Au total, à la fin de ce programme, 58% des participants étaient abstinents. **D'autres** évaluations indiquent elles aussi un impact encourageant des programmes quant à l'usage de drogues par les participants. **Entre** autres, la consommation de substances **psychoactives**, évaluée par l'analyse **d'urine**, a diminué parmi les personnes ayant complété un programme **psycho-éducatif** (Knight et al., 1994). Ce programme est aussi efficace dans la réduction du pourcentage de rechute et dans l'augmentation des compétences à vivre sans drogue (Knight et al., 1994). Un des meilleurs résultats quant à la diminution de consommation fut rapporté par Funderburk et al. (1993) qui évaluent que 94% des participants à un programme comportemental pour les alcooliques ont moins de problèmes de consommation un an après le programme de traitement. Toutefois, Eaglin (1986) croit que le **counseling** offert par le programme **qu'il** a évalué n'exerce aucun effet sur la cessation de la consommation. Ainsi, un nombre élevé de participants à ce programme ont présenté au moins un test d'urine positif durant la période étudiée.

D'autres bénéfices relatifs à la consommation ont été recensés parmi les programmes. Des participants à un programme pour les conducteurs en état **d'ébriété** ont également démontré une augmentation de leurs connaissances relativement à l'alcool et à leur alcoolisme, une reconnaissance de leur consommation problématique et ils ont pratiqué l'abstinence (Washousky, 1986). D'autres ont diminué **significativement** le nombre de jours où ils consomment (Nochajski et al., 1993). Cette diminution apparaît toutefois à des moments différents selon les antécédents des participants, **c'est-à-dire** depuis l'arrestation pour ceux qui n'avaient pas de passé criminel et entre l'arrestation et l'évaluation pour ceux qui avaient une histoire criminelle. **Finalement**, la diminution de consommation après le traitement et pendant le suivi est significative seulement pour ceux qui n'avaient pas d'antécédents criminels.

Des études ont élargi le concept d'impact du traitement à plusieurs indices de réinsertion sociale dont l'emploi et le revenu du participant. Les participants à un programme externe offrant du *counseling* ont ainsi décroché plus souvent un emploi suite à leur participation au programme

(Vito, 1989). En **fait**, il y a même une évaluation **d'un** programme utilisant du **counseling** qui indique que le nombre de contrevenants ayant un emploi a augmenté même si le traitement n'a pas eu d'effet sur la diminution de la consommation en tant que telle, ce qui était l'objectif (Eaglin, 1986). De plus, les participants à deux groupes de traitement psychothérapeutiques utilisant les groupes d'entraide présentaient davantage de comportements socialement acceptables aux plans de l'emploi, de l'éducation, de la stabilité et des progrès en **probation** que leur groupe contrôle respectif (Wagoner et Piazza, 1993). Les programmes de traitement ont des impacts sur d'autres points, dont l'augmentation des connaissances suite à un programme de type **psycho-éducatif** (Knight et al., 1994). À un niveau plus général, il est possible de constater des changements positifs au niveau de la qualité de vie de 94% des participants, un an après un programme comportemental pour alcooliques récidivistes (Funderburk et al., 1993).

Les chercheurs évaluant un programme interne novateur ont noté plusieurs facteurs susceptibles d'avoir influencé sa faible efficacité (Bailey et Berg, 1994). En **effet**, le projet réalisé dans une institution de la communauté s'est soldé par un échec à cause notamment d'une confusion dans les rôles par le personnel-résidant. Les auteurs ont aussi noté une série de difficultés et de barrières **attribuables** à la résistance du système correctionnel face à l'innovation. La situation s'est détériorée au point que le programme a dû cesser ses activités avant terme. En conséquence, l'impact du traitement n'a pu être mesuré.

Enfin, différents chercheurs ont voulu connaître l'impact des programmes au niveau des objectifs institutionnels. L'impact du programme **psycho-éducatif** FIRST est surtout de diminuer la charge de travail des divers agents du système de justice criminelle (Tauber, 1991). De plus, les participants de ce programme se présentent davantage à leur comparution. Il est possible que ces effets attribuables au programme réduisent les coûts financiers des agences judiciaires. **Cependant**, le rapport coût-bénéfice réel du programme n'a pas été analysé. Un programme de référence découlant du TASC évalué par Hepburn et al. (1994) semble avoir entraîné un effet contraire. En **effet**, le plus grand changement généré par ce programme a été celui de l'utilisation plus fréquente de l'ajournement des poursuites. De **surcroît**, ce programme a servi à élargir le filet pénal quant au nombre et au type de contrevenants. Ce résultat représente un effet pervers

important du programme puisque ce service de traitement est maintenant proposé et accepté par davantage de consommateurs occasionnels qu'auparavant. Mentionnons **qu'il** ne s'agit sans doute pas du seul programme pour lequel on constate un élargissement du filet pénal. En dernier lieu, Vito (1989) démontre les impacts avantageux de la privatisation dans le traitement des contrevenants, soit des avantages financiers, une meilleure efficacité, une accessibilité à plus de services, une spécification de la performance, sinon la possibilité **d'évaluer** les services donnés et de renouveler le contrat lorsque nécessaire.

4. CONCLUSION

En somme, cette **recension** permet de constater qu'il existe une diversité de programmes auxquels les contrevenants peuvent se joindre tant dans les établissements de détention que dans la communauté pour un séjour à l'interne ou un traitement à l'externe. Les stratégies d'intervention sont très diversifiées selon les programmes, même si une majorité de services recensés utilise une approche **cognitivo-comportementale** et des rencontres de groupe. La clientèle n'est pas sélectionnée de façon uniforme dans les divers programmes, ce qui a un impact sur les résultats et limite la comparaison de l'efficacité des mesures de traitement même si la majorité des études évalue les programmes selon un devis quasi-expérimental.

Il apparaît que les programmes offerts en milieu fermé ou mixte présentent des taux **d'attrition** moins élevés (de 9 à 43% d'abandon parmi les participants) que les services en milieu ouvert (de 26 à 77% d'abandon). Dans le dernier cas, le taux d'abandon des programmes est élevé, atteignant jusqu'à 77% de la clientèle (**Moon et Latessa, 1994**). Les programmes qui incluent un suivi, suite au traitement en milieu carcéral, semblent donner des résultats plus positifs. Plusieurs évaluations démontrent que les programmes ont des impacts bénéfiques sur la récurrence de comportements délictueux, cette variable étant la plus évaluée. En milieu carcéral, les taux de récidives varient entre 4 et 37% comparativement à 16 et 85% pour les programmes s'offrant en milieu **ouvert**. **L'évaluation** du succès du traitement devrait inclure davantage les dimensions psychologiques et sociales sur lesquelles le traitement a un impact. Bref, cette recension des évaluations de programmes de toxicomanie pour les contrevenants donne une vision relativement optimiste du **traitement**, même quand celui-ci est administré à court terme.

TABLEAU 3.1A: LES PROGRAMMES EN MILIEU FERMÉ

Noms des évaluateurs	Approche du programme	Résultats
Austin et al. (1993)	Para-militaire	- Peu de participants.
Clark et al. (1994)	Para-militaire	- Mêmes taux de réincarcération entre les participants et les autres contrevenants.
Cronin et Han (1994)	Para-militaire	- Aucun impact positif réel.
Darabi (1991, 1992)	Non précisée avec suivi	- Diminution de la rechute et de la récidive (26% versus 36% pour le groupe contrôle).
Dickey (1994)	Para-militaire	- Mêmes taux de récidive que les contrevenants qui ont été détenus au lieu de suivre le traitement
Little et al. (1991)	Communauté thérapeutique avec suivi	- Taux de récidive de 37%.
MacKenzie (1993 et 1994)	Para-militaire	- Programme jugé stressant par les participants. - Rend les participants en forme physiquement et abstinents pendant le séjour.
MacKenzie et al. (1993)	Para-militaire avec suivi	- Taux de récidive inférieurs que les autres <i>Boots Camps</i> qui seraient dus au suivi extérieur suite au programme. - Plus les participants sont supervisés intensivement , meilleur est leur ajustement à la communauté.
MacKenzie et al. (1995)	Para-militaire	- 3 des 8 <i>Boot Camps</i> rapportent un diminution de la récidive des participants. - Ces 3 programmes comportent un suivi extérieur intensif .
MacKenzie et Souryal (1995)	Para-militaire	- Réduction de la surpopulation carcérale. - Participants sont plus positifs face à leur expérience et leurs acquis durant le programme que les détenus.

TABLEAU 3.1B: LES PROGRAMMES EN MILIEU FERMÉ - SUITE

Noms des évaluateurs	Approche du programme	Résultats
Marquis et al. (1995)	Cognitivo-comportementale	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune différence quant au taux de récidive entre les groupes expérimental et de contrôle. - Participants récidivent après un laps de temps plus long que les non-participants.
Page (1986)	Thérapies intensives de groupe non-structurée	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation la motivation a suivre une thérapie. - Participants conçoivent le counseling de façon plus positive.
Peters et al. (1993)	Cognitivo-comportementale avec suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Moins de nouvelles incarcérations. - Délais plus longs avant la récidive.
Scott et al. (1994)	Non-spécifiée	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de récidive de 20% comparativement à 66% pour le groupe contrôle.
Sherman et Peyrot (1989)	Comportementale	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des connaissances. - Changements des attitudes envers la consommation. - Pas d'amélioration concernant les habiletés à gérer le stress.
Yates-Corbett (1990)	Cognitivo-comportementale	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'estime et de la confiance en soi. - Amélioration des habiletés de résolution de problèmes. - Acquisition de connaissances concernant la consommation.

TABLEAU 3.2A: LES PROGRAMMES EN MILIEU OUVERT

Noms des évaluateurs	Approche du programme	Résultats
Anson (1987) et Green et Phillips (1990)	Médicale (antabuse) pour conducteurs en état d'ébriété	Selon Anson, diminution des comportements déviants suite au programme. Selon Green et Phillips, aucun résultat à plus long terme.
Bailey et Berg (1994)	Modèle de réforme de la philosophie carcérale à l'interne	Échec. Confusion des rôles entre le personnel et les résidents.
Bishop (1985)	Placements à l'interne (en communauté thérapeutique, famille d'accueil ou foyer)	Seules les personnes dont le placement en famille d'accueil a été mené à terme présentent une amélioration en terme de récidive.
Donovan et al. (1990)	Cognitivo-comportementale	Aucune différence entre le taux de nouvelle condamnation des participants et celui du groupe contrôle. Suite au programme, les participants consomment davantage d'alcool que les non-participants.
Eaglin (1986)	Non-précisée	Aucun effet sur la cessation de la consommation. Augmentation du nombre de participants qui ont un emploi.
Florida Department of Corrections (1995)	Programmes résidentiels dont l'approche n'est pas précisée	85% de révocations parmi les participants d'un programme et 67% pour l'autre programme.
Funder et al. (1993)	Comportementale pour alcooliques	Augmentation du niveau de qualité de vie.
Hepburn et al. (1994)	de référence en tfSI»*	11% de récidive pour participants qui ont complété le traitement comparativement à 26% pour ceux qui l'ont refusé. Contribue à élargir le filet pénal.
Holden (1986)	Comparaison de 4 méthodes. Thérapie et cours éducatifs	Aucune diminution de la récidive pour les 4 groupes.

TABLEAU 3.2B: LES PROGRAMMES EN MILIEU OUVERT - SUITE

Noms des évaluateurs	Approche du programme	Résultats
Jolin et Stipak (1992)	Surveillance électronique	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la consommation de 95% à 32%. - 58% des participants sont abstinents à la fin du programme. - Programme plus efficace pour ceux qui ont été condamnés pour une infraction relative aux drogues.
Knight et al. (1994)	Psycho-éducatif	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la consommation. - Augmentation des connaissances.
Langworthy et Latessa (1993)	Psycho-éducatif à l'interne	<ul style="list-style-type: none"> - 16% de récidive relative à l'alcool. - 35% ont commis un nouveau délit
Latessa et Goodman (1989)	Modèle d'entraide et thérapies de groupe	<ul style="list-style-type: none"> - Moins de nouvelles arrestations et de condamnations que le groupe contrôle. - Plus de violations techniques que le groupe contrôle. • 94% ont moins de problème de consommation un an après le traitement
McGuire et al. (1995)	Évaluation de 5 programmes dont un ayant une approche psycho-éducative	<ul style="list-style-type: none"> - Programme pour conducteurs en état d'ébriété obtient de meilleurs résultats.
Moon et Latessa (1994)	Acupuncture et thérapies de groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Seuls les participants qui ont complété le programme ont des taux de récidive moins élevés. • Programme pas plus efficace que les autres stratégies de traitement offerts par le service de probation.
Nochajski et al. (1993)	Psychothérapeutique pour conducteurs en état d'ébriété	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du nombre de jours de consommation.
Rosenberg et Brian (1986)	Comparaison de 3 types de thérapies: cognitivo-comportementale, émotive-rationnelle et non-structurée pour conducteurs en état d'ébriété	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune différence entre les trois types.

TABEAU 3.2C: LES PROGRAMMES EN MILIEU OUVERT - SUITE

Noms des évaluateurs	Approche du programme	Résultats
Tauber (1991)	Psycho-éducatif	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des nouvelles arrestations. - Participants ont passé 45% moins de temps en prison suite au traitement que leurs compères de l'année précédente. - Participants se présentent davantage à leur comparution.
Van Steele et al. (1994)	Service de référence en traitement. Traitement selon une approche non-précisée	<ul style="list-style-type: none"> - 43% de réarrestations pour ceux qui ont complété le programme et 74% pour ceux qui ne l'ont pas complété.
Vito (1988)	Non-précisée	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun nouveau crime contre la personne, mais augmentation du taux de condamnation pour des crimes contre les biens. - Plus de participants ont un emploi suite au programme.
Wagoner et Piazza (1993)	Modèle d' entraide et thérapies de groupe	<ul style="list-style-type: none"> - Moins de nouvelles infractions criminelles violentes ou graves que le groupe contrôle. - Augmentation des comportements socialement acceptables.
Washousky (1986)	Educative pour conducteurs en état d' ébrioité	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des connaissances. - Aide à la reconnaissance de leur consommation problématique. - Participants ont pratiqué l'abstinence.
Wolf (1994)	Non-précisée. Interne	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de nouvelles arrestations plus élevés que pour les groupes contrôles. - Plus d'échec que le groupe confiné à la maison.

CHAPITRE 4: VIOLENCE CONJUGALE ¹

¹ Ce chapitre de la recension est fortement inspiré d'un rapport antérieur effectué par les mêmes chercheurs principaux (voir Rondeau et al., 1994) qui a été mis à jour. Les auteurs remercient Normand Brodeur et Pascal Schneeberger.

Autrefois considérée comme un geste privé, la violence envers la conjointe est désormais reconnue comme un crime au même titre que d'autres formes d'agression perpétrées à l'extérieur du couple. Cette nouvelle politique a entraîné une **judiciarisation** de la violence conjugale ainsi que l'implantation de programmes de traitement pour les conjoints agresseurs. Suite à la présentation des aspects généraux, on abordera en deuxième partie de ce chapitre les recherches portant sur l'efficacité des programmes de traitement pour hommes violents en milieu fermé. **Il** importe de spécifier que ce **n'est** que très récemment que certains intervenants ont commencé à **s'intéresser** à l'implantation de programmes de traitement en violence conjugale auprès **d'une** population correctionnelle et conséquemment, que les chercheurs conduisent des travaux d'évaluation permettant de déterminer si de telles mesures peuvent être efficaces au sein des établissements carcéraux. En **effet**, la consultation des banques de données informatisées n'a pas permis **d'identifier** de recherches d'évaluation antérieures à 1992 relativement à ce milieu. **Il** convient donc de noter que la recherche sur les programmes implantés au sein des établissements carcéraux se situe encore à un stade embryonnaire dans la plupart des pays. La troisième partie de ce chapitre présente une synthèse des données de recherche portant sur **l'efficacité** des programmes de traitement dispensés dans la communauté à l'intention des hommes violents. Les articles décrivant les programmes en milieu ouvert sont plus nombreux étant donné que les chercheurs s'y intéressent depuis plus de 10 ans.

1. ASPECTS GÉNÉRAUX

1.1 LA CLIENTÈLE

Diverses caractéristiques démographiques et psychologiques ont été associées aux hommes violents envers leur partenaire. Les études scientifiques n'ont cependant pas permis d'identifier de profil unique (**Hale et al.**, 1988; **Hamberger et Hastings**, 1990). Un des problèmes est celui du manque d'homogénéité des données. **Celui-ci** est **attribuable** notamment à la variété des sources de données à partir desquelles les informations sont obtenues (**Dutton**, 1988). Étant donné le contexte, on peut songer utiliser valablement une approche qui consiste à construire empiriquement des typologies basées sur les catégories d'hommes rencontrés faisant usage de violence à divers degrés et présentant des niveaux différents de déviance.

Gondolf (1988) a construit une typologie à **partir** des descriptions que les victimes aidées par des ressources d'hébergement ont faites de leurs partenaires. Cette démarche lui a permis **d'identifier** une première catégorie: l'homme violent "typique". Il s'agit d'un individu dont la fréquence et la sévérité des gestes **n'atteignent** pas les extrêmes du **continuum** de violence (Gondolf, 1988). Selon Gondolf (1988), cet homme se montre facilement repentant après avoir posé ses gestes violents. En marge de l'homme violent "typique", on retrouve deux groupes d'hommes moins importants en nombre, mais qui présentent des niveaux de violence beaucoup plus élevés. Notons ainsi les hommes violents à personnalité **sociopathique** qui représentent de 5 à 8% de l'échantillon et ceux à personnalité antisociale qui constituent eux de 30 à 40% de l'échantillon. Ces deux groupes sont décrits comme composés d'hommes extrêmement violents physiquement et verbalement (Gondolf, 1988). Il y a de fortes probabilités que ceux-ci aient utilisé une arme pour menacer leur conjointe. Selon cet auteur, l'usage de la violence **tend**, chez ces deux groupes, à être généralisé. Parmi les deux types, **l'homme** ayant une personnalité sociopathique sera le plus susceptible d'avoir été arrêté ou d'avoir eu des démêlés avec la justice. Les caractéristiques énoncées permettent de penser que ce sont probablement des hommes ayant une personnalité sociopathique ou antisociale qui composent la clientèle des services correctionnels et vers lesquels les services de traitement doivent être dirigés. Les recherches au sujet des hommes qui ont été référés par la Cour à des programmes de traitement ont trouvé que **ceux-ci** présentaient des niveaux élevés de psychopathologie (**Dutton**, 1992). D'autre **part**, le taux de dépendance à l'alcool et aux drogues est également fort élevé (**Roberts**, 1987; **Flournoy** et **Wilson**, 1991). Ceux qui sont à la fois violents et alcooliques présentent les niveaux les plus élevés de psychopathologie et de détresse (**Hamberger** et **Hastings**, 1990). Il y a tout lieu de penser que les hommes incarcérés possèdent des caractéristiques semblables.

Hotelling et al. (1989) ont montré, dans une perspective d'apprentissage social, que la violence tendait à être un comportement généralisé qui ne se limitait pas aux relations avec une seule personne, mais s'étendait à plusieurs cibles et était employée dans divers contextes. Ce processus de généralisation semble être clairement présent parmi les hommes très violents décrits par Gondolf (1988). Sur la base de ces recherches, on peut croire que ces hommes constituent un danger sérieux pour la sécurité des femmes, des enfants et même des personnes étrangères à la

famille. Ceci est particulièrement mis en évidence lorsqu'on considère que 72% des clients vivent toujours avec la victime au moment d'entrer en traitement (**Flournoy et Wilson, 1991**).

Les hommes violents envers leur partenaire semblent être affectés par de profondes difficultés **d'adaptation** dans leur vie actuelle. Par exemple, les participants d'un programme dispensé à la clientèle du milieu carcéral à Ottawa présentent de sérieuses difficultés **d'adaptation** sociale et un niveau élevé de besoins (Van **Dieten et al., 1992**). En **effet**, 60% de la clientèle se retrouve dans la catégorie "niveaux de besoins très **élevés**", alors que 33% des personnes ont été évaluées comme présentant des "besoins élevés". Ce portrait de détresse **psycho-sociale** est aussi présent lorsqu'on utilise d'autres échelles de mesure.

D'autre **part**, les données **socio-démographiques** colligées à partir des projets pilotes financés par le Service Correctionnel Canadien tendent à supporter **l'idée** que les hommes **violents** ont eux-mêmes grandi dans des milieux **dysfonctionnels** et violents (Van Dieten et **al., 1992**; **Laws, 1993**; **Wolfus et Bierman, 1993**). Ces résultats sont cohérents avec les études plus générales sur les hommes violents qui révèlent qu'une forte proportion d'entre eux ont été soit victimes, soit témoins, ou soit victimes et **témoins**, de violence au sein de leur famille d'origine (**Edleson et al., 1985**; **Shepard, 1992**).

Les antécédents judiciaires des hommes participant à des programmes de **traitement**, en milieu carcéral ou en communauté, varient considérablement. Les recherches portant sur ces populations n'étudient pas toujours un groupe homogène. Par exemple, certaines évaluations portaient sur une population d'hommes qui en étaient à une première arrestation (**Waldo, 1988**), alors que d'autres considéraient des groupes incluant également des récidivistes (**Hamm et Kite, 1991**). Chez les personnes incarcérées, la violence semble être un comportement profondément enraciné **s'apparentant**, par sa chronicité, à l'alcoolisme et à la toxicomanie (**Jennings, 1990**; **Dutton, 1993**). **Il** y a donc de fortes probabilités que plusieurs des hommes traités recourent à nouveau à la violence. Bref, les programmes en milieu fermé pourront difficilement faire mieux que leur vis-à-vis dans la communauté étant donné leur clientèle encore plus difficile.

1.2 LES FONDEMENTS THÉORIQUES

Les fondements théoriques ne sont habituellement pas exposés **clairement** à l'intérieur des **articles** recensés. On peut toutefois assumer que les approches **d'intervention** pratiquées **sous-tendent** les assises théoriques des programmes. Ainsi, la majorité des services de traitement utilisent une approche **cognitivo-comportementale**. Ce type de programmes repose sur des fondements théoriques dictés par la théorie de **l'apprentissage** social de **Bandura** (Barrera et al., 1987). Selon cette perspective, l'individu fait l'apprentissage de la violence en observant et imitant des comportements présents dans son environnement (sa famille d'origine par exemple), puis en les expérimentant à travers un processus d'essais et d'erreurs. La violence exercée sur la partenaire **correspond**, selon cette théorie, à un comportement appris ou acquis **qu'il** faut remplacer par de nouveaux comportements plus socialement adéquats (Barrera et al., 1987). En **effet**, le modèle de traitement qui s'appuie sur la théorie postule que si la violence a été apprise, elle peut être désapprise et remplacée par de nouveaux modes de comportement acquis en cours de thérapie. Selon l'explication avancée, le comportement violent une fois amorcé a un effet **d'auto-renforcement**, dans le sens que l'usage de la violence libère les tensions accumulées, permet de maîtriser une situation qui semblait incontrôlable et paralyse la victime (**Dutton**, 1988). **Ainsi**, selon cette école de pensée, la violence serait un mécanisme appris et inadéquat de gestion de la colère (**Farley** et **Magill**, 1988). C'est pourquoi les programmes d'inspiration **cognitivo-comportementale** comprennent généralement **l'enseignement** de stratégies non-violentes d'affirmation de soi auxquelles s'ajoutent parfois la pratique de la relaxation et la restructuration **cognitive** (**Saunders** et **Hanusa**, 1986). Un programme inspiré de ce courant de pensée **s'est** déroulé dans un organisme à but non-lucratif et a utilisé une nouvelle formule appelée la pré-thérapie (**Brekke**, 1989). Cette initiative repose sur l'idée que certains hommes violents sont trop résistants pour intégrer immédiatement une thérapie de type **cognitivo-comportemental** (Brekke, 1989). **L'objectif** devient alors de les préparer à une thérapie. Un inconvénient réel toutefois est que certains prennent part à la pré-thérapie non pas parce qu'ils sont résistants, mais simplement parce qu'ils attendent qu'une place se libère en thérapie. Le groupe de pré-thérapie a pour objet de faire patienter les hommes violents et **d'entretenir** leur motivation à changer (Brekke, 1989).

Un **programme** évalué par **Edleson** et al. (1985) repose sur une conception similaire de la violence conjugale à savoir que la **cognition** et le comportement violent de ces hommes ont été acquis à partir des interactions sociales qu'ils ont appris durant leur enfance et adolescence. Cette théorie correspond d'assez près à la théorie de l'apprentissage social exposée précédemment. Un tel programme suppose également que les comportements violents sont maintenus en place dans une société qui renforce la domination des hommes sur les femmes (**Edleson et al., 1985**). Cette dernière hypothèse est présente parmi les programmes qui se basent sur une approche féministe de la violence conjugale. Le modèle **pro-féministe** propose ainsi une vision davantage sociologique de la violence conjugale et se fonde spécifiquement sur l'analyse des rapports inégaux entre les hommes et les femmes. Loin d'être perçue comme le résultat d'une perte de contrôle ou d'un déficit d'habiletés relationnelles, la violence est alors comprise comme l'exercice du contrôle de l'homme sur sa partenaire. Par **conséquent**, les programmes qui adoptent ce cadre d'analyse mettent davantage l'emphase sur la confrontation des attitudes sexistes et des rôles sexuels stéréotypés. L'intervention vise alors non seulement à faire cesser la violence physique, mais aussi à modifier la perception des femmes par les hommes et en arriver à un partage du pouvoir entre les conjoints (**Gondolf, 1988**).

L'approche **psycho-éducative** regroupe plusieurs modèles théoriques. Les programmes de type **psycho-éducatif** fondent généralement leur intervention sur l'idée que des hommes utilisent la violence en raison de carences d'ordre affectif ou relationnel. Par exemple, le programme de *l'Ontario Correctional Institute* est fondé sur la prémisse que l'immaturité émotionnelle et la difficulté à gérer les situations conflictuelles correspondent à des carences importantes (**Wolfus et Bierman, 1993**). Ce programme inclut également des éléments de l'approche **psycho-dynamique**, ce qui est plutôt rare parmi les programmes de traitement. Enfin, comme leur nom **l'indique**, les programmes regroupés sous le vocable "d'éclectiques" combinent des techniques de **counseling** tirées de différents modèles avec des stratégies éducatives. **L'emphase** est placée davantage sur l'une ou l'autre des dimensions, donnant à chaque programme son caractère singulier.

1.3 LES OBJECTIFS

Il semble y avoir consensus quant au but poursuivi par les programmes de traitement: éliminer ou réduire la violence exercée par les hommes envers leur partenaire **et/ou** les autres membres de leur famille. Les initiatives menées en milieu fermé visent la sécurité et la protection des femmes et des enfants (Van **Dieten et al.**, 1992) **et**, par conséquent, **l'élimination** ou la réduction des conduites d'agression (Fortin et **Devault**, 1993; John Howard Society of Metropolitan Toronto, 1993).

L'élimination des comportements violents signifie, au minimum, l'arrêt des manifestations de violence physique sévère telles que frapper avec les **pieds**, les poings ou un **objet**, battre, étrangler, menacer avec une arme ou **l'utiliser** (**Straus**, 1993). Toutes ces formes de violence comportent des risques de mort ou de blessures corporelles sérieuses. L'élimination de la violence signifie également l'arrêt des formes de violence physique dont les conséquences sont moins dramatiques, tels gifler, empoigner, pousser. La nécessité d'éliminer ou de réduire ces comportements fait consensus. De plus, sur le plan méthodologique, la définition des indicateurs de cette violence est relativement facile. De nombreux auteurs situent toutefois la violence physique à l'extrémité d'un **continuum** des gestes d'intimidation visant à assurer la domination de l'homme sur sa partenaire. Selon des évaluations, la violence psychologique et verbale peut perdurer même si la participation au programme a entraîné **l'arrêt** de la violence physique (**Shepard**, 1987, cité dans **Shepard**, 1992). Ces résultats ont laissé planer le doute sur l'efficacité de l'intervention en soulevant la possibilité que les programmes ne produisent **qu'un** déplacement de la violence vers **d'autres** formes de contrôle plus subtiles, mais potentiellement dommageables pour la conjointe. On a donc proposé d'inclure dans la définition de la violence des formes d'abus moins directs (**Gondolf**, 1988). Lors de l'évaluation des programmes, des difficultés méthodologiques supplémentaires découlent de cet élargissement de la définition, notamment concernant **l'opérationnalisation** et la mesure de la violence psychologique, compte tenu de la quantité et de la complexité des comportements jugés **répréhensibles**. Certaines recherches ont néanmoins mesuré la réduction des autres formes de violence (**Meredith et Burns**, 1990).

Les **programmes** se sont dotés de plusieurs objectifs de traitement afin d'atteindre les buts spécifiés. Parmi les objectifs les plus fréquemment cités, on note celui **d'amener** l'homme violent à assumer l'entière responsabilité des gestes violents qu'il a posés en confrontant le déni et la **minimisation** fréquemment observés (**Dutton**, 1986; Baum et **al.**, 1987; **Harrel**, 1991; **Palmer et al.**, 1992; Van Dieten et **al.**, 1992; Fortin et **Devault**, 1993; John Howard Society of Metropolitan Toronto, 1993). La plupart des programmes tentent aussi d'amener **l'homme** à faire **l'apprentissage** de comportements **pro-sociaux** de **substitution** à la violence. L'identification des signes précurseurs de la violence (**Dutton**, 1986; **Clow et al.**, 1992) et la prise de connaissance du cycle de la violence (**Beninati**, 1989) sont des apprentissages préalables au développement de nouveaux comportements. **Gondolf** et Russel (1986) ont critiqué la méthode du contrôle de la colère (**Dutton et Hart**, 1992) telle qu'elle s'est développée dans le courant des approches **cognitivo-comportementales**. Ces auteurs ont présenté une série **d'arguments** théoriques et empiriques afin de démontrer que cette méthode devrait être exclue des programmes en violence conjugale. En **effet, l'enseignement** du contrôle de la colère implique qu'il y a eu provocation de la part de la partenaire et cette méthode met trop **d'emphase** sur les gestes impulsifs alors que la violence conjugale est faite d'une série de comportements abusifs dont certains sont prémédités (**Gondolf et Russel**, 1986).

Les programmes déterminent également divers objectifs de développement des habiletés relationnelles. Parmi les habiletés à acquérir, on trouve l'augmentation de la capacité **d'exprimer** des émotions (**Fortin et Devault**, 1993) ainsi que l'expression d'une gamme plus étendue d'émotions (**Harrel**, 1991), la manifestation non-violente de la colère (**Baum et al.** 1987; **Faulkner et al.**, 1992), la résolution de problèmes et de conflits (**Faulkner et al.**, 1992) ainsi que l'écoute et l'empathie envers les autres et plus particulièrement envers la victime (**Harrel**, 1991). La majorité des programmes reconnaît **l'origine** sociale du problème de la violence conjugale et vise par conséquent des objectifs de resocialisation (**Baum et al.**, 1987; **Gondolf**, 1988; **Van Dieten et al.**, 1992; **Flournoy et Wilson**, 1991). Ces objectifs peuvent être atteints par la confrontation des stéréotypes sexuels et des attentes sexistes (**Baum et al.**, 1987) afin de modifier ces attitudes (**Van Dieten et al.**, 1992), ou par une diminution des croyances et des attentes irréalistes à **l'endroit** des relations interpersonnelles (**Flournoy et Wilson**, 1991). Enfin, certains programmes

incluent aussi des objectifs davantage centrés sur la personne tels hausser l'estime de soi (Palmer et al., 1992), diminuer la dépendance à l'égard de la conjointe (Harrel, 1991) et le niveau de dépression **situationnelle** (Flournoy et Wilson, 1991) ainsi que de développer un réseau de soutien (Meredith et Burns, 1990; Harrel, 1991).

1.4 L'ENVIRONNEMENT

Les hommes qui participent aux programmes de traitement peuvent être référés par de nombreuses personnes notamment les membres du clergé, les travailleurs sociaux et les intervenants des maisons d'hébergement pour femmes violentées. Il est généralement reconnu que les hommes ont besoin d'une motivation extérieure pour **s'engager** sur la voie de la modification de leurs comportements violents et, dans ce sens, les conjointes jouent très souvent un rôle de premier plan dans le processus de référence (Gondolf, 1988). Très tôt dans le développement des programmes, on a posé l'hypothèse qu'une contrainte exercée par le système judiciaire et pénal pourrait également amener les hommes à se faire traiter. La diversité semble toutefois caractériser les programmes canadiens quant à leurs liens avec le système judiciaire et quant à la proportion de clients qui s'inscrivent à partir **d'ordonnances** du **Tribunal**. **L'ordonnance** judiciaire peut prendre la forme de l'un ou l'autre des **quatre** types suivants: **1-** comme mesure de sursis lorsque la participation au programme entraîne la suspension des procédures judiciaires et leur abandon au moment où l'homme termine le traitement; **2-** en tant qu'élément de la sentence; **3-** comme condition de la **probation**; **4-** comme élément d'un ordre de protection. La phase pré-libératoire semble un moment adéquat pour offrir le traitement aux personnes détenues (Hamm, 1991). L'individu prépare à ce moment sa réinsertion sociale et peut acquérir par le traitement des comportements qui lui seront utiles dans sa vie conjugale. On doit toutefois souligner que la participation au traitement à ce moment peut comporter un caractère manipulateur, le détenu le voyant comme un moyen d'influencer à son avantage les décisions relatives à sa libération.

Les liens établis entre les programmes et le système judiciaire en tant que source de référence ne sont pas tous très développés ni étroits. La construction d'une véritable coopération exige à la fois des relations constantes, la mise en place d'un processus de formation des juges et des

procureurs, un partage d'informations quant au suivi des cas particuliers et à la mesure de **l'efficacité** du programme de traitement (**Finn**, 1987). **Quarante-cinq** pour cent des responsables de programme interrogés par **Gondolf** (1990) ont indiqué que l'absence de sanctions par la Cour suite au non-respect de ses ordonnances constituait un sujet de préoccupation majeur pour eux. C'est donc dire que malgré une tradition de collaboration commencée depuis le début des programmes de **traitement**, il n'y a pas encore de lien étroit entre ces derniers et le système judiciaire. On peut toutefois mentionner des expériences qui paraissent exemplaires, telles que celle rapportée par **Hamm** et **Kite** (1991). Dans ce cas, le responsable du programme a pris directement contact avec le juge et une entente a été passée pour sommer de comparaître ou incarcérer immédiatement les hommes ne se conformant pas à l'ordonnance de traitement

Les ordonnances du Tribunal **semblent**, selon certains **auteurs**, exercer un impact positif sur le taux de terminaison des programmes. En **effet**, les hommes sous ordonnance judiciaire sont davantage susceptibles de compléter le programme que les clients volontaires (**Saunders** et Parker, 1989; **Hamberger** et **Hastings**, 1990). n ne s'agit toutefois pas d'une solution parfaite étant donné que les taux **d'attrition** se situent tout de même autour de 50% chez les participants sous ordonnance judiciaire de plusieurs programmes aux États-Unis (Gondolf, 1990). De plus, les ordonnances ne semblent pas produire le même effet sur tous les hommes. Tout dépend de leur âge, leur éducation et leurs antécédents (Saunders et Parker, 1989). Dans le cadre carcéral, certains programmes ont ouvertement adopté une approche plus contraignante envers les clients à risque élevé de récidive, mais ne sont pas encore en mesure de fournir une évaluation de cette pratique (**Rettinger** et **al.**, 1993).

n **n'y** a pas de contexte totalement volontaire en milieu fermé. Le client est toujours soumis à des pressions institutionnelles plus ou moins fortes lorsqu'il participe à un programme. On peut toutefois se demander jusqu'où doivent aller ces pressions exercées pour qu'un homme violent se soumette au traitement En **effet**, tous les programmes offerts en milieu fermé fonctionnent dans ce qu'il est convenu d'appeler un contexte d'autorité. Au **départ**, le programme **d'Ottawa** laissait à chaque homme référé le choix de participer ou non au traitement (Van **Dieten** et **al.**, 1992). Cette modalité a été modifiée et la participation peut maintenant être obligatoire lorsqu'on

évalue que l'homme représente un trop grand risque (Van **Dieten et al.**, 1992). Les documents analysés dans le cadre de cette **recension** ne permettent pas de préciser quelle est précisément la marge de manoeuvre laissée aux hommes dans les autres programmes.

Contrairement à ce qui se produit dans le cadre des programmes communautaires, les hommes détenus qui présentent un risque élevé de violence familiale et qui sont visés par le traitement **n'ont** pas nécessairement été reconnus coupables de délits envers les membres de sa famille. **Ils** peuvent être incarcérés pour des délits d'une tout autre nature. Dans de tels cas, il y a un conflit éthique qui oppose deux valeurs importantes de notre société. **D'un** côté, le devoir de protéger la victime incite à contraindre l'homme à participer si **l'on** croit que cela résultera en une réduction des gestes violents. De l'autre, une telle pratique contrevient aux principes fondamentaux des droits de la personne à savoir que nul ne peut être soumis à un traitement qui modifie sa façon de penser et d'agir si sa culpabilité n'a pas été dûment reconnue. Les intervenants des programmes devraient être extrêmement prudents lorsqu'ils composent avec le contexte légal et exercer leur jugement avec discernement L'obligation de suivre le traitement peut être formulée comme une condition claire de libération lorsque le dossier judiciaire comporte explicitement des condamnations pour des gestes de violence à l'égard de la partenaire ou d'autres membres de la famille. Si cette approche est utilisée, des efforts devront être déployés pour s'assurer que le non-respect des conditions entraîne des sanctions. Ainsi, tout avantage consenti au client sur la base de sa participation devrait être retiré si l'engagement n'est pas respecté. On évitera ainsi **d'envoyer** un message contradictoire aux hommes violents et à leurs victimes ou de risquer de voir se répéter les **inconséquences** souvent dénoncées par les programmes communautaires. Les connaissances actuelles dans le domaine de la psychologie de la motivation portent à croire **qu'il n'y** a pas de véritable changement s'il n'y a pas de motivation intrinsèque. Les recherches conduites par **Procheska et DiClemente** (1982) semblent indiquer **qu'il** y a des stades de motivation. Dans ce contexte, la contrainte peut être bénéfique dans la mesure où elle fournit une première motivation et permet ensuite au client d'évoluer par lui-même à travers les stades subséquents. Par ailleurs, l'obligation de participer **n'est peut-être** pas adaptée à tous les clients. **Saunders et Parker (1989)** ont montré qu'il est contre-productif d'imposer un traitement à des individus qui sont susceptibles de développer par eux-mêmes une motivation intrinsèque.

On a souvent **critiqué** les traitements **s'adressant** aux hommes violents en leur reprochant d'être trop conciliants envers les agresseurs, d'être inefficaces et de détourner les rares ressources financières au profit des contrevenants plutôt que des victimes. Les critiques ont suggéré d'adopter plutôt une approche centrée sur une intervention plus **coercitive** de la police et du système judiciaire. Les pressions du mouvement féministe et les résultats encourageants générés par une recherche menée à **Minneapolis** ont joué un rôle crucial dans la généralisation de telles politiques à travers l'Amérique du Nord (**Gelles**, 1993). En effet, Sherman et Berk (1984) ont publié les résultats **d'une** étude réalisée à Minneapolis dans laquelle trois types **d'intervention** policière assignés au hasard ont été évalués: l'arrestation, la séparation des conjoints et la médiation. L'étude des registres policiers et des entrevues avec les victimes ont permis de déterminer le taux de récidive pendant une période de suivi **d'une** durée de six mois (Sherman et Berk, 1984). La recherche a conclu que l'arrestation était la méthode d'intervention la plus efficace, la récidive étant limitée à 13% dans ces cas (Sherman et **Berk**, 1984). Ayant le même objectif de recherche, Berk et Newton (**1985**) ont par la suite analysé les dossiers de police d'une région de la Californie. Bien que la méthodologie employée ait été différente de celle de l'étude de Minneapolis, les chercheurs en sont aussi venus à la conclusion que l'arrestation prévenait la récidive, sans toutefois pouvoir affirmer que la généralisation de cette méthode à tous les cas donnerait à coup sûr des résultats équivalents (Berk et Newton, 1985). De plus, six recherches ont utilisé un devis semblable à celui de la recherche de Minneapolis dans des milieux différents. Ces études révèlent des tendances contradictoires (Schmidt et Sherman, 1993). Les recherches réalisées au Colorado et en Floride ont généré des résultats supportant la thèse originale relativement à l'efficacité de l'arrestation (Schmidt et Sherman, 1993). Les résultats des trois autres recherches portent à croire que l'arrestation peut accroître les risques de violence envers la victime (Clark, 1993).

En fait, les effets de l'arrestation peuvent être positifs pour certains hommes qui, notamment lorsqu'ils occupent un emploi, ont tout à perdre d'une arrestation. Par contre, **l'arrestation** peut augmenter les risques de violence pour les partenaires d'individus qui n'ont rien à perdre parce qu'ils sont sans emploi (Schmidt et Sherman, 1993) ou parce qu'ils ont un casier judiciaire suite à des crimes encore plus graves (Clark, 1993). Bref, dans **l'état** actuel de la recherche, il n'y a

donc pas certitude à l'effet que **l'arrestation** seule puisse avoir un effet **dissuasif** significatif (**McCord**, 1992). A la lumière de ces recherches et de d'autres travaux, **Gelles** (1993) suggère que **l'arrestation** joue un rôle dissuasif lorsqu'elle est intégrée à un ensemble d'interventions judiciaires et communautaires. Cette idée est appuyée par **Edleson** et Syers (1991) dont les résultats de recherche indiquent que le groupe **d'hommes** ayant été arrêté et référé à un programme de traitement est celui qui a présenté le plus faible taux de récidive.

2. MILIEU FERMÉ

Les programmes de traitement des hommes violents en milieu fermé sont très récents, nés depuis à peine cinq ans. **Ils** se sont inspirés en grande partie des programmes développés dans la communauté (**Lemire et al.**, 1996). Presque tous ceux que nous avons recensés étaient des projets pilotes financés par le Service Correctionnel du **Canada**. Une seule recherche, celle de **Wolfus** et **Bierman** (1993), a été menée dans une institution de compétence provinciale. Aucune recherche qui évalue des programmes en centres de détention américains n'a pu être identifiée dans le cadre de la présente **recension**. Voyons à présent les stratégies utilisées et les résultats obtenus par les programmes en milieu carcéral canadien selon les six recherches recensées.

2.1 STRATÉGIES D'INTERVENTION

On retrouve l'influence des modèles théoriques dominants au sein des programmes communautaires à travers les cinq recherches **concernant** le traitement offert en milieu fermé. Deux programmes mentionnent ainsi explicitement leur adhésion à l'approche **cognitivo-comportementale** (Van **Dieten et al.**, 1992; John Howard Society of Metropolitan Toronto, 1993). On trouve également des références explicites à l'analyse féministe de la violence dans les travaux de Van **Dieten et al.** (1992), de Fortin et **Devault** (1993) et de la John Howard Society of Metropolitan Toronto (1993). Sur le plan théorique, les programmes semblent ainsi se situer en continuité avec les programmes communautaires qui les ont précédés. On note toutefois quelques variantes.

Parmi les programmes recensés, celui développé par **Wolfus et Bierman (1993)** se distingue par l'inclusion **d'objectifs** de traitement inspirés **d'un** modèle **psycho-dynamique**, même si ce type de modèle a déjà été fortement critiqué et est de plus en plus rarement observé en pratique. Les auteurs estiment que les difficultés **qu'éprouvent** les hommes violents à développer des relations **constructives** sans violence sont **attribuables** à leur répertoire limité de comportements **pro-** sociaux et à leur immaturité émotionnelle (Wolfus et Bierman, 1993). Par **conséquent**, en plus de chercher à développer des habiletés de résolution de conflits chez les participants, Wolfus et Bierman (1993) proposent de travailler à la croissance émotionnelle des hommes par les moyens suivants: 1- faciliter la résolution des expériences **traumatiques** passées, particulièrement celles qui ont trait à la **victimisation**; 2- augmenter l'estime de soi en remplaçant les pensées négatives **auto-destructrices** et en nourrissant l'enfant blessé chez l'individu; 3- développer une plus grande conscience des états émotionnels; **4-** acquérir une plus grande sensibilité aux émotions des autres. **Au** Québec, le programme Contrecoups évalué par Fortin et Devault (1993) opte pour une approche systémique. Les objectifs touchent la responsabilisation et la réduction des conduites d'agression. La liste des instruments de mesure employés pour la recherche, qui comprend notamment l'évaluation à la fois du degré d'ajustement **dyadique**, de la dynamique conjugale et familiale et du fonctionnement des enfants, indique que le programme cherche implicitement à modifier certains paramètres de la dynamique familiale (Fortin et **Devault**, 1993).

Tous les programmes destinés aux clients des établissements carcéraux emploient le groupe comme modalité **d'intervention**. L'intervention individuelle est également utilisée en appui. **Laws** (1993) rapporte que de quatre à 10 rencontres individuelles ont été incluses dans la procédure d'intervention du programme **d'Edmonton**. En plus d'être utiles à l'évaluation de la situation du **client**, on espère que ces rencontres permettront de désamorcer les résistances que manifestent typiquement les hommes qui participent à des programmes de traitement sous contrainte (Laws, 1993). Wolfus et Bierman (1993) ont décrit un programme qui offre aussi, en plus des 10 rencontres de groupe hebdomadaires de quatre heures, la possibilité de participer volontairement à deux séances de thérapie individuelle. Ces dernières visent à permettre aux hommes de pratiquer dans le cadre **d'une** relation dyadique les techniques relationnelles enseignées dans le groupe (Wolfus et Bierman, 1993). Ils rapportent que la majorité des participants ont accepté de

participer à une ou deux séances au cours des 10 semaines de thérapie. Mentionnons enfin le programme évalué par Van **Dieten** et al. (1992) qui a utilisé l'intervention individuelle de façon prépondérante. En **effet**, malgré le fait que l'intervention de groupe devait être privilégiée, on a observé que 80% des hommes traités avaient reçu uniquement des services individuels, alors que 18% avaient bénéficié de thérapies tant individuelles que de groupe (Van Dieten et **al.**, 1992). Les chercheurs expliquent cet écart entre la réalité et ce qui était désiré par trois facteurs. **D'abord**, le petit nombre de références lors du démarrage du projet a rendu difficile la tâche de former des groupes. **Deuxièmement**, plusieurs hommes ont refusé de participer aux groupes offerts, invoquant des motifs de confidentialité. **Finalement**, certains hommes ont été jugés inaptes à participer à la thérapie de groupe, étant incapables de démontrer les habiletés **cognitives** nécessaires au bon fonctionnement en groupe. D'autre part, bien que l'on ait trouvé **qu'une** intervention de plus longue durée ne produit pas de meilleurs résultats auprès de la clientèle habituelle des programmes communautaires, plusieurs chercheurs estiment qu'il faut une intervention intensive et à long terme lorsqu'il s'agit d'une clientèle comme celle des services correctionnels (**Gondolf**, 1988; **Appleford**, 1989; **Jennings**, 1990; **Hamberger** et **Hastings**, 1990; **Laws**, 1993)

Parmi les programmes offerts aux détenus, il y en a plusieurs qui continuent à traiter les hommes après leur retour dans la communauté. À **Edmonton**, par exemple, les hommes de plusieurs pénitenciers et d'un centre de libérations conditionnelles sont ainsi référés à un programme communautaire spécifique (Laws, 1993). Un traitement de 26 semaines composé de différents modules tels "pouvoir et contrôle", "comportements substitutifs" et "application dans la vie quotidienne" est alors offert aux participants (Laws, 1993). L'approche est similaire à celle des programmes de Toronto et d'Ottawa (Van Dieten et **al.**, 1992; **Rettinger** et **al.**, 1993; John Howard Society of Metropolitan Toronto, 1993). Dans le cadre de ce dernier programme, les **ex-détenus** demeurent admissibles aux services dans la communauté plus de six mois après leur libération (Van Dieten et **al.**, 1992). **Finalement**, seuls les programmes Contrecoups et *Relating Without Violence* ont opté pour un traitement prenant fin à l'intérieur de l'institution correctionnelle comme telle et ne comprenant aucun suivi lors du retour dans la communauté (Fortin et **Devault**, 1993; **Wolfus** et **Bierman**, 1993).

Alors que bon nombre de programmes communautaires limitent leurs services aux hommes violents et établissent parallèlement des contacts avec des organisations indépendantes de services aux victimes, plusieurs programmes implantés en milieu fermé disposent de services pour la famille entière. Pour illustrer cette tendance, citons le programme **d'Ottawa** qui offre non seulement un soutien à **l'homme**, mais aussi aux autres membres de la famille par le biais d'un groupe de femmes, de thérapie de couple, d'un groupe de parents et d'un groupe d'enfants (Van Dieten et al., 1992; Rettinger et al., 1993). Le programme décrit par **Laws** (1993) propose aussi des sessions de thérapie de couple, bien **qu'il s'agisse** d'une composante secondaire du programme. En dernier lieu, les intervenants du programme évalué par la John Howard Society of Metropolitan Toronto (1993) entrent systématiquement en contact avec la partenaire lorsque **l'homme** est engagé dans une relation conjugale. **L'autorisation** de communiquer avec la conjointe est même une condition d'admission à ce programme.

La préoccupation de servir aussi les membres de la famille est donc présente, quoique ces services sont offerts à des intensités variées selon les programmes. On peut faire une double hypothèse à ce sujet. On suppose **d'abord** que ces familles éprouvent un ensemble de difficultés reliées à l'incarcération du conjoint ou du père puis au processus de réintégration qui y fait suite (Van Dieten et al., 1992). La diversité des types d'aide offerts permet ainsi d'apporter un soutien plus global qui augmente les chances de succès des efforts de prévention de la récidive. En second lieu, à partir des résultats préliminaires rapportés par **Dutton** (1993), il est supposé que les partenaires des hommes violents incarcérés sont susceptibles d'éprouver elles-mêmes des difficultés importantes: **victimisation** antérieure **significative**, abus de drogues et d'alcool, activités criminelles, etc. En dépit du fait que les programmes s'adressent avant tout aux hommes violents eux-mêmes, le traitement peut alors se présenter comme une occasion d'impliquer ces femmes et de leur offrir une forme de soutien et des informations sur la violence conjugale.

2.2 IMPACTS DU TRAITEMENT

Les recherches recensées tentent de mesurer les impacts des programmes à partir **d'un** large inventaire de variables. Plus de 40 questionnaires et instruments sont ainsi utilisés pour mesurer

à la fois les degrés de violence physique et psychologique, diverses attitudes, le fonctionnement familial, les facteurs **criminologiques**, la consommation **d'alcool** et de drogue, les caractéristiques **socio-démographiques** des clients, la personnalité et d'autres variables psychologiques, la progression des hommes pendant le traitement de même que quelques autres variables d'intérêt. La grande variété des instruments employés témoigne des multiples directions que prend la recherche dans le domaine de **l'évaluation** des programmes (Rondeau et **al.**, 1994). Par contre, on peut craindre un manque d'homogénéité qui risque finalement de rendre plus difficile la comparaison des résultats (Rondeau et **al.**, 1994). Certains instruments sont en développement et toujours en voie **d'être** validés (Rondeau et **al.**, 1994). Les devis de recherche sont généralement complexes **et**, jusqu'à un certain **point**, ambitieux, compte tenu du type de clientèle visé (Rondeau et **al.**, 1994). De plus, plusieurs chercheurs ont dû ajuster leurs devis originaux afin de mieux les adapter à la réalité vécue sur le terrain. Ainsi, **Dutton** (1993) a dû modifier **l'approche qu'il** avait retenue au départ pour tenir compte de ce que lui révélaient ses chiffres sur le degré de violence exercé auprès des partenaires des hommes en traitement. Parmi les limites méthodologiques de l'évaluation des programmes au sein des établissements carcéraux, notons que les échantillons sont quelques fois trop petits pour permettre de tirer des conclusions sur les résultats de l'intervention. Ainsi Fortin et **Devault** (1993) présentent des données obtenues auprès de seulement cinq participants du programme Contrecoups. D'autre part, il n'y a **qu'un** programme recensé en milieu fermé qui utilise un devis **d'évaluation** expérimental (**Wolfus** et **Bierman**, 1993).

2.2.1 L'ATTRITION

Le rapport de **l'Institute foHuman Resource Development** (1994) indique que peu de participants ont complété l'ensemble du programme, quoique leur nombre exact n'est pas précisé. De façon surprenante, la participation des partenaires a été, elle, plus forte, atteignant 75%. Dans le même sens, seulement sept hommes du programme **ontarien** ont complété le post-test parmi les 27 acceptés en traitement (John Howard Society of Metropolitan Toronto, 1993). Par ailleurs, le taux d'abandon de 37% des participants a été jugé suffisamment sérieux par les responsables du programme évalué par **Rettinger** et al. (1993) pour modifier les conditions de participation. Le groupe est ainsi soudainement devenu obligatoire plutôt que volontaire, puisque désormais établi

comme étant une des exigences de la libération conditionnelle. Les responsables du programme évalué par **Laws** (1993) semblaient aussi être aux prises avec un problème important d'abandon dont le taux atteignait plus de 50%. Les programmes mixtes, **c'est-à-dire** ceux qui poursuivaient le traitement après la libération, semblaient obtenir des taux **d'attrition** plus élevés en raison, entre autres, des bris de conditions aux libérations conditionnelles.

2.2.2 LA RÉCIDIVE

Deux programmes possèdent des échantillons suffisamment grands pour procurer des données fiables concernant les taux de récidive suite au traitement. En **effet**, **Wolfus** et **Bierman** (1993) ont évalué l'impact du programme *Relating Without Violence* auprès de 57 participants incarcérés dans un établissement correctionnel canadien. Les chercheurs ont comparé ces hommes à un groupe d'hommes violents non-traités (n=37) et à un groupe **d'hommes** non-violents (**n=34**). Les instruments de mesure reliés à la personnalité et au degré de violence ont été administrés avant et immédiatement après **l'intervention**. **Il** fut observé que par rapport aux groupes de contrôle, les hommes traités avaient montré une diminution significative de la violence suite au traitement. De plus, les hommes **s'avéraient** moins agressifs et moins **défensifs** après **le** programme. Ces résultats positifs doivent toutefois être interprétés avec prudence, à cause de la méthodologie employée. En **effet**, aucune mesure directe n'a été prise relativement à la violence dirigée envers la partenaire ou les membres de la famille. Les résultats rapportés indiquent une diminution de la propension à la violence en général et reflètent davantage un progrès constaté à l'intérieur de l'institution alors qu'il y a absence de partenaire ou de victime potentielle **qu'un** gain observé comme tel dans la relation conjugale. Mentionnons en outre que le degré de violence a été mesuré dans cette recherche à partir d'une version modifiée du *Conflict Tactics Scale* de **Straus** (1979) parce que cet instrument avait été jugé trop direct pour être utilisé auprès de la population carcérale. La validité de l'adaptation du questionnaire peut par conséquent être questionnée. Enfin, les résultats rapportés par Wolfus et Bierman (1993) sont ceux obtenus au post-test. Aucun suivi à moyen et long terme n'a été effectué et il est donc impossible de savoir si les gains réalisés par les hommes se maintiennent ou pas dans le temps.

2.2.3 LES AUTRES OBJECTIFS

Les programmes de traitement peuvent avoir un effet sur des dimensions autres que le comportement violent comme tel. Les objectifs poursuivis par les programmes englobent d'ailleurs une série de changements. Par **exemple**, Van **Dieten** et al. (1992) rapportent les premiers résultats obtenus auprès de 57 hommes et de 36 femmes recevant des services de type **cognitivo-comportemental**. Ces résultats indiquent que le niveau de besoin des participants tend à diminuer après trois et six mois d'intervention. On observe ainsi une réduction du pourcentage de clients présentant un niveau de besoins extrême (24% après six mois, versus 60% lors de l'entrée au programme) accompagnée d'une augmentation du taux de clients ayant un niveau de besoin de faible ou modéré lequel passe de 7% à près de 30%. Cette recherche comporte toutefois des limites méthodologiques diminuant la validité des résultats. En **effet**, les résultats positifs ne reposent que sur la perception des intervenants concernant le changement. Par ailleurs, dans un rapport ultérieur évaluant ce même programme, les chercheurs rapportent à nouveau leurs observations à **l'effet** que les hommes ressentaient la colère moins fréquemment et avec moins d'intensité qu'avant le traitement (**Rettinger et al.**, 1993). Ces résultats cités suggèrent donc que le programme produirait des résultats positifs. On doit cependant tenir compte des difficultés rencontrées. Par exemple, Van **Dieten** et al. (1992) font remarquer que le niveau de besoin est négativement **corrélé** avec la quantité de changement observé. Cela signifie que les clients qui semblent le plus en détresse sont ceux qui changent le moins. Cette tendance est confirmée par l'analyse des abandons. **En effet**, les plus violents sont ceux qui ont davantage tendance à abandonner le programme (**Rettinger et al.**, 1993). On constate donc que les résultats positifs doivent être accueillis avec un enthousiasme prudent

L'effet du programme évalué par **Laws** (1993) apparaît comme étant minime. Parmi les 10 hommes traités, on observe que la désapprobation de la violence interpersonnelle et des mythes par rapport au viol augmente légèrement. Toutefois, ce traitement n'arrive pas à susciter une plus grande empathie pour les femmes. D n'arrive pas non plus à modifier certaines perceptions concernant les relations entre les hommes et les femmes. Ainsi, les hommes continuent à surestimer leur **victimisation** par les femmes et à **sous-estimer** l'inverse. Ces derniers résultats

peuvent probablement avoir été influencés par le fait que seul un petit nombre de clients a complété le post-test relatif à ces mesures. Cette mise en garde méthodologique étant **faite**, les résultats exposés suggèrent qu'il peut être difficile d'induire de réels changements d'attitudes chez cette clientèle. D'autre part, suite au traitement de type **cognitivo-comportemental** du programme évalué par la John Howard Society of Metropolitan Toronto (1993), les chercheurs ont observé chez les clients une amélioration des capacités de résolution de conflit. Toutefois, seulement sept hommes ont complété le **post-test**, ce qui réduit quelque peu la portée des données obtenues. Rappelons, de plus, que les modifications positives, enregistrées à court terme, ne se retrouvent pas nécessairement à plus long terme.

3. MILIEU OUVERT

Les programmes offerts en milieu **ouvert, c'est-à-dire** dans un contexte autre que la détention, semblent beaucoup plus nombreux. En **fait**, 30 recherches **d'évaluation** de services de traitement ont été recensées.

3.1 STRATÉGIES D'INTERVENTION

Le modèle **cognitivo-comportemental** est celui qui ici aussi est le plus fréquemment cité parmi les programmes offerts en milieu autre que la détention (Baum et **al.**, 1987; **Waldo**, 1988; **Saunders** et Parker, 1989; **Hamberger** et **Hastings**, 1990; **Harrel**, 1991; Faulkner et **al.**, 1991 et 1992; **Flournoy** et **Wilson**, 1991). Quelques programmes s'appuient sur le modèle **pro-féministe** de la violence conjugale (Baum et **al.**, 1987; **Gondolf** et Russel, 1986; **Ouellet** et **al.**, 1994). Le modèle d'entraide est cité moins souvent (**Edleson** et Syers, 1991; **Hamm**, 1991; **Hamm** et **Kite**, 1991; Floumoy et Wilson, 1991). Rarement utilisé seul, on le retrouve habituellement couplé à un des autres modèles présentés. Ce modèle tente de tirer profit des capacités d'aide mutuelle présentes à **l'intérieur** d'un groupe d'individus aux prises avec un problème commun. **Occasionnellement**, des hommes qui ont eux-mêmes résolu leurs problèmes de violence pourront agir comme **co-animateurs**. **Batterers Anonymous** est un exemple de programme combinant des techniques **d'entraide** avec un programme **à dominance cognitivo-comportementale** (Hamm, 1991;

Hamm et Kite, 1991). Enfin, les programmes recensés font souvent référence au modèle **psycho-éducatif** (Chen et **al.**, 1989; **Meredith et Burns**, 1990; **Palmer et al.**, 1992; **Ouellet et al.**, 1994).

Le groupe est le mode d'intervention choisi par tous les programmes. **Il** représente une **micro-société** et constitue un lieu où **l'individu** peut se resocialiser en acquérant et en expérimentant des valeurs et des comportements nouveaux. L'approche de groupe est cohérente avec **l'idée** que la violence est un comportement appris à partir des expériences de socialisation vécues. Le nombre de rencontres de groupe varie considérablement d'un programme à **l'autre**. Plusieurs misent sur une intervention à court terme de huit à 12 rencontres hebdomadaires (**Baum et al.**, 1987; **Farley et Magill**, 1988; **Waldo**, 1988; Chen et **al.**, 1989; **Hamberger et Hastings**, 1990; **Saunders et Parker**, 1989; **Harrel**, 1991; **Clow et al.**, 1992; Palmer et **al.**, 1992; **Flournoy et Wilson**, 1991). **Faulkner et al.** (1991 et 1992) sont les auteurs qui rapportent le programme le plus court avec huit rencontres réparties sur quatre semaines (**Faulkner et al.**, 1991 et 1992). D'autres auteurs présentent des programmes de durée moyenne variant de 16 à 24 semaines (**Dutton**, 1986; **Shepard**, 1992). Enfin, le programme le plus long comprend jusqu'à 32 rencontres (**Edleson et Syers**, 1990). La durée de l'activité est variable, fluctuant entre une heure et demie et trois heures. **Il** s'ensuit que l'exposition au traitement varie **considérablement**.

L'intervention individuelle n'est pas complètement absente des programmes (**Saunders et Hanusa**, 1986; **Hamberger et Hastings**, 1990). Elle est notamment le mode privilégié pour la prise de contact de **l'individu** avec le programme. En **effet**, l'homme référé à un programme est généralement invité à **d'abord** rencontrer individuellement un thérapeute. Ce contact personnalisé a plusieurs fonctions: faire **l'évaluation** de la situation; administrer les tests psychologiques et les questionnaires **socio-démographiques** nécessaires à l'intervention; identifier la capacité du client de profiter du **traitement**; orienter celui-ci **conséquemment** de façon à accroître sa motivation ou à se préparer pour la thérapie.

Edleson et Syers (1990, 1991) ont mené une recherche d'envergure visant à déterminer si l'impact varie en fonction de l'intensité du traitement ou du type de groupe offert aux hommes. Deux cent quatre-vingt-trois hommes ont été assignés à soit des groupes éducatifs structurés, soit des

groupes d'entraide ou à des groupes combinant ces deux approches. Chacun des traitements a été offert à des intensités différentes de 12 ou de 32 rencontres (**Edleson et Syers, 1991**). Les résultats de cette recherche indiquent **qu'il** n'y a pas de différence statistiquement significative relativement à la longueur du traitement. Autrement **dit**, la prolongation du traitement ne semble pas avoir pour effet de réduire davantage la fréquence et la gravité de la violence. Quant au type de **traitement**, les données démontrent qu'à court terme, c'est-à-dire six mois, les groupes structurés ou mixtes sont plus efficaces que les groupes **d'entraide** pour diminuer la violence physique. Par contre, les groupes d'entraide semblent avoir un meilleur impact après une période de suivi de 18 mois. Par ailleurs, selon Edleson et Syers (1991), les groupes structurés ou mixtes sont les plus efficaces pour réduire les formes de menaces les plus sévères. Enfin, la violence psychologique moins sévère demeure, peu importe le type de traitement auquel les hommes ont été soumis. Bref, on peut conclure de cette recherche que les groupes structurés ou mixtes, offerts sur une courte période de temps, soit 12 semaines, produisent les résultats les plus rapides et contribuent non seulement à la réduction de la violence physique, mais aussi à celle des menaces sévères tout en ayant un impact relativement stable dans le temps. Les groupes d'entraide, quant à eux, peuvent avoir un impact plus significatif à long terme concernant la diminution de la violence physique, mais paraissent donner des résultats moins prévisibles.

3.2 IMPACTS DU TRAITEMENT

Presque tous les programmes recensés ont été évalués à l'aide d'une grande variété de questionnaires administrés avant et après le **traitement**. Il n'y a que sept programmes parmi plus de 30 articles recensés qui utilisent un devis expérimental ou **quasi-expérimental** afin de procéder à l'évaluation (**Flournoy et Wilson, 1991; Waldo, 1988; Chen et al., 1989; Hamberger et Hastings, 1990; Hamm, 1991; Harrel, 1991; Palmer et al., 1992**).

3.2.1 L'ATTRITION

L'analyse du fonctionnement des programmes permet d'abord de faire ressortir **qu'il** est difficile **d'intéresser** les hommes violents aux programmes mis sur **pied** pour eux. Par exemple, Hamberger et Hastings (1986) ont voulu savoir dans quelle mesure des hommes référés par le Cour à un

atelier de sensibilisation de cinq heures seraient par la suite intéressés à se joindre volontairement à un programme de traitement. Ces auteurs ont trouvé que 29% des hommes de leur échantillon ont accepté le service proposé. Toutefois, seulement 19% des personnes composant cet échantillon de départ ont par la suite complété les 10 à 12 semaines de traitement. Tout semble donc se passer comme **s'il** y avait beaucoup d'hommes aux prises avec cette problématique, mais que relativement peu d'entre eux se montraient désireux de **s'engager** dans une démarche de changement et capables **d'y** persévérer.

En **fait**, le taux élevé **d'attrition** a été identifié comme **l'un** des principaux problèmes auxquels les programmes sont **confrontés** (Gondolf, 1987). Les taux **d'abandon** rapportés dans les recherches consultées pour la présente **recension** varient considérablement. Le taux **d'abandon** le plus bas est rapporté par **Hamm** et **Kite** (1991) qui indiquent que 87,6% des hommes référés par la Cour au programme **Batterers Anonymous** ont complété les 10 rencontres obligatoires. Selon **Rosenbaum** (1986), 50% des participants **d'un** programme ont abandonné le traitement. On **s'entend** donc pour dire que les taux d'attrition sont généralement élevés. **Il** faut toutefois éviter de donner une signification uniforme au fait d'abandonner ou de compléter le **traitement**, puisque les définitions varient selon les chercheurs et la nature du programme qu'ils étudient. **Ainsi**, un homme qui a "abandonné" un programme de 32 rencontres peut avoir été exposé au traitement pendant une durée supérieure qu'un homme qui a "complété" un programme de huit rencontres. D'autre **part**, le taux d'attrition peut varier selon le moment que **l'on** considère comme le point d'entrée dans le programme. Par exemple, Rosenbaum (1986) rapporte un taux d'abandon de 50% si l'on tient compte des hommes qui ont pris contact avec le programme pour l'évaluation de leur situation sans avoir donné suite à leur démarche. Ce taux baisse à 15% si l'on ne tient compte que des hommes qui ont participé à au moins une rencontre de groupe.

Des recherches ont tenté d'identifier les différences entre les participants qui complètent les programmes et ceux qui abandonnent. Il ressort de ces recherches que les hommes ayant eu des démêlés antérieurs avec la police et la justice sont davantage susceptibles d'abandonner le traitement (**DeMaris**, 1989; **Hamberger** et **Hastings**, 1989). L'observation est valable tant pour ceux dont les délits étaient reliés à la violence conjugale (DeMaris, 1989) que pour ceux qui

avaient commis des délits **non-violents** (Hamberger et Hastings, 1989). Ces données indiquent donc **qu'il** est plus **difficile** de maintenir les récidivistes en traitement **Curieusement, Bersani** et al. (1988) ont trouvé des résultats contraires. Ainsi, les hommes de leur étude qui avaient plus d'un délit à leur dossier avaient complété le traitement dans une plus grande proportion que ceux qui n'en avaient qu'un seul. On peut supposer que ces hommes ont décidé de poursuivre le traitement par crainte de sanctions plus sévères à leur endroit. La présence de conséquences à l'abandon du traitement pourrait probablement expliquer les contradictions observées entre les études. De même, le degré de motivation face au traitement ne semble pas avoir un effet sur la récurrence (DeMaris et Jackson, 1987).

Un certain nombre d'autres variables ont été associées à l'attrition. Selon une recherche, les hommes les plus susceptibles **d'abandonner** le traitement sont jeunes, ont des problèmes d'alcool, sont peu motivés au traitement, ne sont pas mariés avec la victime ou ont débuté la violence avant le mariage et vivent avec des partenaires plus jeunes (DeMaris, 1989). De plus, ceux qui abandonnent auraient des troubles plus sérieux de la personnalité (Hamberger et Hastings, 1989). Enfin, **Grusznski** et **Carillo** (1988) ont observé que ceux qui complètent le traitement ont un niveau d'éducation plus élevé, profèrent moins de menaces indirectes, ont été davantage témoins de violence dans leur famille d'origine tout en étant moins souvent directement victime, ont davantage de contrôle personnel et ont un nombre plus élevé **d'enfants**. Les recherches ont produit des résultats contradictoires quant à **l'effet** du statut d'emploi sur la poursuite du traitement **En fait**, la plupart des recherches traitant du sujet ont trouvé que les hommes qui ont un emploi avaient complété plus souvent le traitement que ceux sans emploi (Grusznski et Carillo, 1988; Hamberger et Hastings, 1989; **Saunders** et Parker, 1989). **Cependant**, Bersani et al. (1988) ont obtenus des résultats contraires. Il semble donc que l'intervention devrait être modulée selon les variables **socio-démographiques** des participants. De plus, il pourrait être révélateur de comparer les variables démographiques des hommes violents à celles des intervenants de programmes afin de voir si la proximité **socio-culturelle** est un des éléments à considérer lorsqu'on cherche à comprendre le niveau d'implication et le taux de participation aux programmes.

En dernier lieu, quelques recherches ont tenté **d'identifier** des facteurs **organisationnels** qui sont liés à **l'abandon** des programmes. Comme le suggère le sens commun, les programmes les plus longs sont ceux qui rapportent les taux **d'abandon** les plus élevés (**Pirog-Good et Stets, 1985, 1986; Gondolf, 1990**). Notons également que **l'attrition** par rapport aux mesures de suivi consécutives aux programmes est également très élevée. **Ainsi**, il peut être difficile de tirer des conclusions sur l'impact des programmes alors qu'autour de 50% des participants n'acceptent pas de prendre part au suivi trois mois après le traitement ou sont perdus de vue (**Flournoy et Wilson, 1991**).

3.2.2 LA RÉCIDIVE

Il est d'intérêt de mesurer si la participation aux programmes de traitement a pour effet de diminuer la probabilité **d'arrestations** ou de poursuites subséquentes chez les hommes violents. Les recherches recensées suggèrent que le traitement ne réussit pas à éliminer complètement la récidive. Les taux de récidive rapportés par certains auteurs demeurent toutefois relativement peu élevés à court ou moyen terme. Par exemple, un sondage mené auprès de 13 programmes de la Caroline du Nord a révélé un taux de succès élevé. On constatait que 85% des hommes **n'avaient** plus affaire avec la Cour après le traitement (Finn, 1985). Peu de recherches ont mesuré le taux de récidive à plus long terme. Il y a cependant des indications à **l'effet** que la probabilité de récidive augmente avec le temps. Ainsi, l'étude de 100 dossiers d'hommes traités indique un taux de récidive de 40% après cinq ans (**Shepard, 1992**). Au plan méthodologique, les résultats de ces recherches souffrent de l'absence d'un groupe de comparaison. La diminution de la récidive pourrait aussi être attribuée à des facteurs extérieurs, tels la crainte d'être arrêté de nouveau ou la maturation des sujets plutôt qu'au traitement lui-même. C'est pour cette raison que quelques chercheurs ont employé des devis quasi-expérimentaux afin de comparer les taux de récidive d'hommes ayant participé à un programme à ceux de personnes **non-traitées**. Ainsi, les résultats de l'évaluation d'un programme **cognitivo-comportemental** effectuée par **Waldo (1988)** indiquent qu'un an après la première arrestation, aucun des hommes traités (n=30) **n'avait** été arrêté de nouveau. Par contre, le taux de récidive s'élevait à 20% parmi le groupe d'hommes à qui le programme n'a pas été offert (n=30) et il était identique chez ceux qui avaient refusé le traitement

(n=30). Notons toutefois que la récidive **n'a** été calculée **qu'à** partir des dossiers judiciaires, ce qui ne constitue pas la mesure la plus fiable.

Une étude révèle des résultats bien en **deça** des attentes à **l'égard** des programmes. En **effet**, au cours d'une période de suivi allant de 15 à 29 mois, la moitié des hommes traités à un des trois programmes **cognitivo-comportementals** de la région de Baltimore ont fait **l'objet** d'une nouvelle plainte à la police (**Harrel**, 1991). Ce taux de récidive est même supérieur à celui du groupe contrôle où 30% ont enregistré de nouvelles plaintes contre eux. Lorsque comparés aux membres du groupe contrôle, les hommes traités par les programmes en cause ne semblent pas avoir fait de progrès significatifs eu égard à la réduction de la fréquence des gestes violents (Harrel, 1991). Toutefois, **l'auteur** souligne que deux des trois programmes de traitement avaient éprouvé des difficultés à assurer leurs services de façon continue. L'intégrité du traitement aurait donc pu être menacée ce qui, en conséquence, aurait pu affecter les résultats.

Il convient de se demander si les programmes de traitement ont eu un impact sur le taux de récidive général, incluant des délits autres que la violence conjugale. **Palmer** et al. (1992) ont observé, au cours **d'un** suivi de 16 à **18** mois après le traitement de type **psycho-éducatif**, que le groupe d'hommes **probationnaires** traités (n=30) à un programme de thérapie brève en violence conjugale avaient un taux de récidive nettement inférieur (10%) à celui du groupe contrôle (n=29) (31%) pour les infractions reliées à la violence envers les partenaires. Il faut noter, au niveau méthodologique, qu'il n'y a que 50% des participants de cette recherche qui ont complété les questionnaires du suivi. Il est probable que les participants les plus coopératifs ayant répondu au suivi sont ceux qui sont les moins violents. Par contre, le nombre total de délits de tous ordres notés dans les dossiers de police des deux groupes était similaire (Palmer et al., 1992). Dans le même sens, **Chen** et al. (1989) ont comparé le taux de récidive de **l'échantillon (n=120)** à celui du groupe contrôle non-équivalent (n=101) et ils n'ont pas trouvé de différence significative lorsqu'ils ont considéré comme seul indicateur de récidive le fait d'être ou non arrêté à nouveau pour un délit de violence conjugale. **Cependant**, ils ont conclu que les hommes ayant participé à 75% du programme **psycho-éducatif** ou plus avaient un taux de récidive générale, incluant la violence domestique et les autres **délits**, moins élevé.

La présence de récidivistes parmi tous les groupes d'hommes traités suggère que le problème de la violence est enraciné profondément chez certains. Ainsi, par exemple, les hommes ayant déjà une ou plusieurs plaintes de violence conjugale à leur dossier constitueraient un groupe plus **réfractaire** au traitement **Hamm** (1991) note que le taux de récurrence est de 8% pour les hommes qui en sont à une première accusation, mais grimpe à 34% pour les hommes accusés antérieurement **D'ailleurs**, 74% des récidivistes de ce programme de traitement combinant l'approche **cognitivo-comportementale** aux groupes **d'entraide** ont déclaré être en situation de séparation ou de divorce lors de la récurrence. Les condamnations passées pour des crimes non-violents ont également été associées à la récurrence par **Shepard** (1992). Ce facteur jouait toutefois un rôle mineur parmi les variables identifiées par cette **auteure**. **En fait**, les variables contribuant le plus à l'identification des récidivistes étaient la durée de la violence pré-arrestation (moins la violence avait duré, plus les chances de récurrence étaient élevées), être référé par la Cour à un programme de traitement pour toxicomanes ou la participation à un tel traitement et, enfin, la **victimisation** subie dans l'enfance.

La récurrence officielle constitue une mesure limitée de l'efficacité des programmes. **En** ne tenant compte que des gestes violents qui sont rapportés aux autorités policières ou judiciaires, on risque de **sous-évaluer** l'incidence réelle de la violence qui persiste après le traitement, simplement parce que bon nombre d'entre eux ne feront pas l'objet **d'une** dénonciation de la part de la victime. De plus, seule une petite partie des actes qui forment le **continuum** des gestes violents et contrôlants est définie par la loi comme un crime. Pour parer à ces limites, plusieurs recherches interrogent directement les hommes sur leurs comportements avant et après le traitement. Les résultats ont une valeur plus significative lorsque les partenaires sont également invitées à corroborer les rapports des hommes, car leurs réponses sont moins teintées de **désirabilité** sociale (**Dutton** et **Hempfil**, 1992; **Ouellet et al.**, 1993). Les résultats obtenus par 20 recherches concernant **l'usage** de la violence post-traitement permettent de constater que les programmes semblent avoir un impact positif sur la fréquence et la gravité de la violence, du moins à court terme. Plusieurs chercheurs rapportent l'arrêt de la violence pour plus de 70% des hommes traités ou, du moins, une diminution de la fréquence entre le pré-test et le post-test (**Flournoy et Wilson**, 1991; **Rosenbaum**, 1986; **Waldo**, 1988; **Poynter**, 1989; **Chen et al.**, 1989; **Meredith et Burns**, 1990;

Hamm, 1991; **Hamm** et **Kite**, 1991; **Harrel**, 1991; **Ouellet** et **al.**, 1994). Malgré cette diminution constatée, jusqu'à 35 ou 40% des hommes récidivent tout de même (**DeMaris** et Jackson, 1987).

Même après le **traitement**, les mesures de la violence verbale et psychologique indiquent que **celles-ci** se maintiennent chez une majorité d'hommes (**Shepard**, 1987; **Hamberger** et **Hastings**, 1988; **Edleson** et **Syers**, 1991). Il n'y a cependant pas lieu de conclure que le traitement entraîne un déplacement de la violence physique vers la violence verbale et psychologique. **Palmer** et al. (1992) émettent toutefois la possibilité que les hommes qui cessent de violenter leur partenaire risquent de se tourner vers d'autres formes de criminalité puisque l'on constate que les mesures de déviance sociale des hommes traités demeurent inchangées. Selon les participants (**n=132**) et leur partenaire, l'intervention contribue à diminuer toutes les formes de violence (physique, psychologique, verbale et sexuelle) entre le pré-test et le suivi (**Meredith** et **Burns**, 1990). Par contre, les questions de contrôle, de pouvoir et de dépendance dans le couple ne semblent pas résolues par le traitement (**Zimpfer**, 1992). **Enfin**, l'échec des programmes peut effectivement se produire et c'est ce que suggèrent les résultats présentés par Harrel (1991) concernant trois programmes auxquels un Tribunal avait référé des clients.

3.2.3 LES AUTRES OBJECTIFS

Concernant les objectifs liés au **délit**, il semble, selon les données qualitatives recueillies, que les neuf hommes traités de la recherche de Baum et al. (1987) ont acquis une plus grande capacité d'introspection qui leur permet d'identifier leurs émotions et les signes précurseurs de la violence. De plus, les hommes qui ont complété un programme de traitement **cognitivo-comportemental** ont acquis des techniques de contrôle personnel telles des stratégies visant à éviter de nouvelles violences (**Gondolf**, 1988).

Des recherches ont employé différents instruments afin de déterminer dans quelle mesure le traitement induit des changements concernant les attitudes et la correction de déficits qui sont associés à la violence. Une diminution du niveau de colère ressentie a été observée par les chercheurs suite au traitement **cognitivo-comportemental** (Hamberger et Hastings, 1988). On

rapporte également une diminution du sentiment de culpabilité (Faulkner et **al.**, 1992). Quant aux niveaux de dépression, les recherches sont contradictoires, certains chercheurs ayant observé une diminution (**Hamberger et Hastings**, 1988) alors que **d'autres n'ont** remarqué aucun changement (Faulkner et **al.**, 1992; **Palmer et al.**, 1992). Faulkner et al. (1992) ont également rapporté n'avoir observé aucun changement relativement aux niveaux d'anxiété et d'hostilité des participants du programme de type **cognitivo-comportemental**. Pour leur **part**, Palmer et al. (1992) et Faulkner et **al.** (1992) ne constatent pas de changement quant à l'estime de soi des hommes violents suite à leur traitement

Concernant les objectifs liés au couple, le traitement a été associé à une amélioration de la communication entre conjoints par quelques chercheurs (**Waldo**, 1988; **Poynter**, 1989). L'intervention semble avoir pour effet **d'améliorer** la capacité d'empathie des hommes violents à l'égard de leur compagne (Waldo, 1988) et la capacité d'exprimer leur colère de façon non-violente (**Baum et al.**, 1987). L'acquisition de ces habiletés de communication est susceptible d'entraîner une diminution des conflits à l'intérieur du couple suite à un programme de 12 semaines selon les hommes traités (n=22) et leur conjointe (n=17) (Poynter, 1989).

Le traitement a également un impact potentiel sur des dimensions sociales. Ainsi, les résultats obtenus par **Harrel** (1991) indiquent que les programmes réussissent à véhiculer l'idée que la violence familiale est **répréhensible** et **qu'elle** entraîne par conséquent des sanctions de la part de la société. En **fait**, les hommes traités à un des trois programmes **cognitivo-comportementals** étaient davantage susceptibles **d'associer** la violence à un risque de sanctions sévères que les hommes du groupe contrôle. De plus, **Farley et Magill** (1988) ont observé que les hommes (**n=17**) se présentant au programme avaient un faible niveau d'ajustement social, celui-ci devenant normal suite au traitement. Ce résultat suggère que les programmes peuvent aider les hommes à surmonter certaines situations de crise qui résultent de la violence ou de la séparation des conjoints.

Un des objectifs importants des programmes est la resocialisation des participants afin **qu'ils** adhèrent davantage à des valeurs qui prônent l'égalité entre les sexes et remettent en question les

rôles sexuels traditionnels. Selon les recherches, il semble que cet objectif ne soit pas facilement atteint. Ainsi, **Gondolf** (1988) indique **qu'aucun** des hommes interrogés **n'avait** mentionné la modification des attitudes sexistes comme étant une stratégie possible pour éviter la répétition des violences et ce, malgré le fait que cette dimension avait fait **l'objet** d'interventions explicites lors du traitement.

4. CONCLUSION

Cette **recension** permet de constater que de nombreux programmes de traitement en milieu ouvert pour les hommes violents envers leur partenaire ont été évalués au cours de la dernière décennie. Par contre, les données résultant **d'études** effectuées en milieu fermé quant aux programmes de traitement de la violence conjugale n'affluent pas et en sont encore à un stade préliminaire (**Lemire et al.**, 1996). Dans la vaste majorité des programmes recensés, la modalité privilégiée de l'intervention est le groupe. Toutefois, il semble que les programmes qui utilisent l'intervention individuelle en appui à celle de groupe ont un taux d'abandon plus faible (**Pirog-Good et Stets, 1985**). Les programmes réalisés en milieu fermé semblent pour leur part faire davantage usage de rencontres individuelles, couplées aux séances de groupe, que les programmes communautaires recensés. En fait les deux stratégies apparaissent complémentaires.

Plusieurs limites méthodologiques parmi les évaluations des programmes pour les hommes violents envers leur partenaire réduisent la portée des résultats. Entre autres, la valeur des résultats est encore plus convaincante lorsqu'ils peuvent être comparés à ceux d'un groupe contrôle formé **d'hommes** possédant sensiblement les mêmes caractéristiques et n'ayant pas participé au traitement. Pourtant peu de programmes pour hommes violents recensés utilisent un devis **d'évaluation** expérimental ou quasi-expérimental. Par ailleurs, compte tenu de la nature cyclique de la violence à l'intérieur des relations, un suivi post-traitement à long terme est préférable pour obtenir des résultats que l'on peut véritablement attribuer au traitement (**Ouellet et al.**, 1994). Toutefois, lorsque ces auteurs ont tenté d'effectuer un tel suivi à long terme, Us ont obtenu un très faible taux de réponse. Le petit nombre de sujets rejoint a empêché les auteurs de conclure eu égard à l'efficacité.

Le taux élevé **d'attrition** est un des principaux problèmes auxquels les programmes de traitement communautaires sont confrontés. Un nombre important de clients abandonne même **lorsqu'ils** sont sous ordonnance du Tribunal. De toute évidence, ce problème est également vécu par les programmes destinés à la clientèle des services correctionnels canadiens qui rapportent des taux d'abandon allant jusqu'à 50% (**Laws, 1993**). Si l'on admet l'idée que **l'exposition** au traitement est une condition essentielle au **changement**, motiver les hommes violents à s'y engager et à y demeurer devient un enjeu central pour les programmes.

L'implication de ressources communautaires externes et la poursuite des services dans la communauté ont été identifiés comme étant des facteurs de succès des programmes éducatifs généraux réalisés en prison (**Linden et Perry, 1982**). Ceci suggère qu'il doit y avoir complémentarité entre les services offerts dans les institutions correctionnelles et ceux disponibles dans la communauté. Dans cette perspective, le traitement devrait commencer en prison et se poursuivre dans un organisme communautaire après la libération.

En bref, **l'évaluation** des programmes communautaires développés depuis le début des années 80 a permis de constater qu'ils réduisent la violence. Leur succès demeure toutefois limité (**Appleford, 1989**). Les nombreuses difficultés qui subsistent - haut taux d'attrition, récidive, persistance de la violence psychologique - ne permettent pas d'adopter une attitude triomphante. Les programmes sont encore loin **d'avoir** atteint leur idéal d'éliminer les formes de violence entre hommes et femmes qui partagent une intimité. **Cependant**, aussi modestes soient-ils, les résultats des programmes communautaires permettent de confirmer qu'une intervention bien structurée peut avoir un impact sur le comportement violent. Compte tenu de leur nouveauté, il n'y a pas actuellement de connaissances scientifiques suffisamment solides pour affirmer sans réserve que des succès semblables peuvent être obtenus par des programmes de traitement spécialement adaptés à la population des services correctionnels. **Cependant**, l'existence de tels programmes semble être amplement justifiée par le besoin auquel ceux-ci tentent de répondre. La mise sur pied de programmes en milieu fermé prend davantage de sens lorsqu'on considère le fait que les politiques d'arrestation ne semblent pas avoir l'effet **dissuasif** escompté auprès des clientèles qui, à cause d'un lourd casier judiciaire ou du manque **d'emploi**, semblent **n'avoir** rien à perdre. Dans

ce contexte, le risque élevé de violence que représentent ces hommes semble suffisant pour justifier les initiatives en cours (**Dutton, 1993**). **Finalemment**, l'efficacité du traitement peut être interprétée de deux manières. Lorsqu'on prend en compte les faibles taux de récidive (une fois le programme complété), les effets sont plutôt positifs au plan strictement de la violence physique. Toutefois, si l'on considère les taux élevés **d'abandon** en cours de traitement ainsi que la persistance de la violence psychologique après le **traitement**, l'efficacité des programmes apparaît plus limitée.

TABLEAU 4.1: LES PROGRAMMES EN MILIEU FERMÉ

Noms des évaluateurs	Approche du programme	Résultats
Fortin et Devault (1993)	Systémique	- Evaluation effectuée à partir de seulement 5 participants. Données peu fiables.
John Howard Society of Metropolitan Toronto (1993)	Cognitivo-comportementale avec suivi	- Amélioration des capacités de résolution de conflits.
Laws (1993)	Non-précisée avec suivi	- Traitement ne suscite pas une plus grande empathie envers leurs partenaires. - Ne modifie pas leurs perceptions concernant les relations hommes-femmes.
Rettinger et al. (1993)	Cognitivo-comportementale avec suivi	- Participants ressentent moins fréquemment de colère et avec moins d'intensité suite au programme. - Ce sont les plus violents qui ont abandonné le programme.
Van Dieten et al. (1992)	Cognitivo-comportementale avec suivi	- Diminution du niveau de besoins des participants.
Wolfus et Bierman (1993)	Psycho-dynamique	- Diminution de la violence suite au traitement - Participants sont moins agressifs et défensifs après le programme.

TABLEAU 4.2A: LES PROGRAMMES EN MILIEU OUVERT

Noms des évaluateurs	Approche du programme	Résultats
Baum et al. (1987)	Cognitivo-comportementale et pro-féministe	<ul style="list-style-type: none"> - Acquis plus grande capacité d'introspection. - Amélioration de la capacité d'exprimer de la colère de façon non-violente.
Chen et al. (1989)	Psycho-éducative	<ul style="list-style-type: none"> - Hommes qui ont participé à plus de 75% du programme ont un taux de récidive moins élevé.
Edleson et Syers (1991)	Psycho-éducative et modèle d'entraide	<ul style="list-style-type: none"> - Violence verbale et psychologique se maintient après le traitement chez une majorité de participants.
Farley et Magill (1988)	Multiple	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'ajustement social.
Faulkner et al. (1991 et 1992)	Cognitivo-comportementale	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de changement quant à l'estime de soi, du niveau d'anxiété, de dépression et d'hostilité. - Diminution du sentiment de culpabilité.
Flournoy et Wilson (1991)	Cognitivo-comportementale et modèle d'entraide	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la fréquence de la violence suite au traitement.
Gondolf (1988)	Cognitivo-comportementale	<ul style="list-style-type: none"> - Acquis des techniques de contrôle personnel. - Pas de modification des attitudes sexistes.
Hamberger et Hastings (1988 et 1990)	Cognitivo-comportementale	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution du niveau de colère ressentie et du niveau de dépression. - Violence verbale et psychologique se maintient après le traitement chez une majorité de participants.
Hamm (1991)	Cognitivo-comportementale et modèle d'entraide	<ul style="list-style-type: none"> - 8% de récidive pour les participants pour lesquels c'était une première accusation. - 34% de récidive pour les participants qui avaient déjà été accusés antérieurement
Hamm et Kite (1991)	Cognitivo-comportementale et modèle d'entraide	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de k fréquence de la violence suite au traitement

TABLEAU 4.2B: LES PROGRAMMES EN MILIEU OUVERT - SUITE

Noms des évaluateurs	Approche du programme	Résultats
Harrel (1991)	Cognitivo-comportementale	<ul style="list-style-type: none"> - Nouvelle plainte à la police pour la moitié des participants. - Échec du traitement
Meredith et Burns (1990)	Psycho-éducative	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les formes de violence ont diminué suite au traitement
Ouellet et al. (1994)	Psycho-éducative et pro-féministe	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la fréquence de la violence suite au traitement
Palmer et al. (1992)	Psycho-éducative	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun changement quant à l'estime de soi et niveau de dépression. - 10% de récidive pour violence conjugale (31% pour le groupe contrôle), mêmes taux pour tous les délits. - Mesures de déviance sociale des hommes demeurent inchangées après le traitement
Poynter (1989)	Non-précisée	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des conflits dans le couple. - Amélioration de la communication entre conjoints.
Rosenbaum (1986)	Non-précisée	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la fréquence de la violence suite au traitement - 50% des participants d'un programme ont abandonné le traitement
Saunders et Parker (1989)	Cognitivo-comportementale	<ul style="list-style-type: none"> - Les hommes sous ordonnance judiciaire sont davantage susceptibles de compléter le programme que les clients volontaires. - Les hommes qui ont un emploi avaient complété plus souvent le traitement que ceux sans emploi.
Shepard (1987 et 1992)	Non-précisée	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de récidive de 40% 5 ans après le traitement

TABLEAU 4.2C: LES PROGRAMMES EN MILIEU OUVERT - SUITE

Noms des évaluateurs	Approche du programme	Résultats
Waldo (1988)	Cognitivo-comportementale	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune nouvelle arrestation. - Amélioration de la communication entre conjoints. - Amélioration des capacités d'empathie des hommes à l'égard de leur conjointe.

CONCLUSIONS

Cette **recension** des écrits démontre **clairement** que la majorité des programmes qui **s'attaquent** directement à **l'une** des quatre problématiques spécifiques abordées ont un effet positif pour les contrevenants. Suite à ce premier **constat**, certaines précisions devront être apportées sur la nature et **l'ampleur** des résultats positifs de l'évaluation du traitement. L'examen des articles récents concernant le traitement offert aux personnes **judiciarisées** permet de réaliser par ailleurs que les stratégies d'intervention utilisées par les programmes se combinent de plus en plus fréquemment et englobent des modalités très variées. En outre, il semble que l'intervention s'effectue de plus en plus couramment auprès de la famille, du couple et du réseau social en concert avec la personne elle-même. Les programmes tiennent aussi maintenant compte d'un large éventail de facteurs de risque et de besoins chez les délinquants et comprennent des composantes visant la prévention des rechutes. Bref, on constate que les programmes évalués sont beaucoup plus adaptés à la réalité des personnes judiciarisées notamment à cause de la transmission concrètes d'habiletés spécifiques. D'autre **part**, on a aussi noté que les méthodes **d'évaluation** sont davantage développées par l'inclusion plus en plus fréquente de devis quasi-expérimentaux que celles des années '60 et '70 alors que **Martinson** déclarait son célèbre "**Nothing Works**". Il demeure tout de même une question à se poser "jusqu'à quel point peut-on vraiment se **fier** aux résultats présentés et recensés ici?"

1. LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

Nous avons relevé plusieurs lacunes au niveau des évaluations qui, nous apparaît-il, mesurent finalement assez peu les objectifs des programmes, en dépit du fait que **ceux-ci** soient diversifiés. De **surcroît**, les programmes évalués selon un devis expérimental sont encore très peu nombreux. **Pourtant**, la valeur des résultats apparaît encore plus convaincante lorsqu'ils peuvent être comparés à ceux **d'un** groupe contrôle formé de personnes possédant sensiblement les mêmes caractéristiques et n'ayant pas participé au **traitement**. Toutefois, les programmes doivent composer avec des clientèles présentant une certaine **dangerosité**. Il peut donc être risqué de constituer au hasard un groupe contrôle ne profitant d'aucune surveillance ou d'intervention. Les problèmes éthiques empêchent ainsi **d'utiliser** les devis expérimentaux. Étant donné l'absence de ceux-ci, il devient difficile de juger de l'effet **attribuable** aux programmes en tant que tels. **En**

toxicomanie, les devis d'évaluation sont plus fréquemment quasi-expérimentaux que dans le cas des autres problématiques abordées. On peut expliquer cette réalité à partir du fait que la toxicomanie ne cause pas nécessairement de victime directe comme en délinquance sexuelle ou en violence conjugale. En général, la clientèle n'est pas sélectionnée de façon uniforme dans les divers programmes, ce qui a un impact sur les résultats et limite la comparaison de **l'efficacité** des mesures de traitement. Dans la mesure du possible, l'utilisation de devis expérimentaux devrait être préconisée.

Quelques autres limites méthodologiques ont été notées à différentes reprises dans le cadre de cette **recension**. Il est préférable, on en conviendra, d'effectuer un suivi post-traitement à long terme pour obtenir des résultats que **l'on** peut véritablement attribuer au traitement. Toutefois, lorsque les chercheurs ont inclus un tel suivi à long terme, ils ont habituellement obtenu un très faible taux de réponse. Le petit nombre de sujets rejoint a alors empêché ces mêmes auteurs de conclure quant à l'efficacité. Sur un autre plan, signalons que les échantillons utilisés sont ainsi parfois de taille très réduite et ne permettent alors pas **d'obtenir** des résultats fiables. **En** raison de ces limites, l'impact global réel des divers programmes reste encore difficile à déterminer avec justesse.

2. DIFFICULTÉS LIÉES À L'ATTRITION

La majorité des chercheurs, peu importe la problématique étudiée, rapporte des difficultés majeures concernant **l'attrition**. En effet le principal obstacle des programmes réside dans la poursuite du traitement par les participants. Par exemple, les taux d'abandon peuvent atteindre 37% pour les programmes traitant la délinquance sexuelle et **jusqu'à** 77% pour les programmes en toxicomanie. On rencontre la même difficulté concernant les programmes pour la violence conjugale. Un nombre important de clients abandonne même lorsqu'ils sont sous ordonnance du Tribunal. En centre de détention, on pourrait croire que les détenus poursuivent davantage le traitement à cause du contexte d'emprisonnement **Il** n'en est rien. Le problème de l'attrition est également vécu en effet par les programmes destinés à la clientèle des services correctionnels qui rapportent des taux **d'abandon** allant jusqu'à 50%. **Il** n'y a qu'au niveau de la santé mentale que

les taux d'abandon aux programmes se déroulant en institution psychiatrique s'avèrent généralement faibles, ce qui est concordant avec le caractère **coercitif** du traitement pour cette problématique.

Il est connu que la majorité des personnes en traitement parmi les programmes recensés ne s'y inscrivent pas spontanément. Même **s'ils le font**, ils agissent souvent sous l'empire de pressions de la famille, du conjoint, de l'employeur **et, surtout**, du Tribunal (**Bertrand, 1995**). **Il** n'est donc pas étonnant dans ces conditions que **l'attrition** constitue le problème central de tant de programmes. **En l'absence** d'une réelle demande d'aide de son propre chef, **d'une** volonté claire d'une personne de faire quelque chose pour elle-même, qu'est-ce qui peut bien justifier notre intervention (**Bertrand, 1995**)? **Pourtant**, nombreux sont les intervenants qui estiment qu'il est légitime de contraindre au traitement les personnes présentant les problématiques abordées, principalement parce qu'elles ont été **judicialisées**. Le véritable client devient ainsi, non plus la personne contrevenante, mais le système référant qui a formulé une demande de traitement pour la personne **judicialisée** (Rondeau et **al.**, 1995).

Peu importe le type de problématique, le temps consacré au traitement constitue le meilleur élément permettant de prédire l'impact du programme. **En** contrepartie, il **apparaît** vrai que les personnes judicialisées abandonnent généralement le traitement plus rapidement que les autres clients (**DeMaris, 1989; Hamberger et Hastings, 1989; Brochu, 1996**). Il est aussi vrai que l'abandon précoce est associé à un mauvais pronostic chez les personnes judicialisées (Brochu, 1996). Si l'on admet l'idée que l'exposition au traitement est une condition essentielle au **changement**, motiver les personnes judicialisées à s'y engager et à y demeurer devient un enjeu central pour les programmes.

La question qui émerge des recherches consiste à se demander comment on peut garder les personnes judicialisées en **traitement**. Il semble que le système de libération conditionnelle, avec sa menace de réincarcération, s'est montré un puissant levier pouvant influencer l'implication des personnes à entreprendre un processus de changement (**Anglin et Hser, 1990**). Ainsi, la pression pénale peut s'avérer utile pour s'assurer un minimum de coopération de la part des hommes

violents (Marshall et **Barbaree**, 1988). D'ailleurs, une libération rapide associée à une condition de suivre un traitement présente un impact beaucoup plus important sur la réduction de la récidive que **l'incarcération** prolongée (**Anglin** et **Hser**, 1990). Toutefois, des groupes d'intérêt, tels les groupes féministes, s'opposent à ce que les justiciables participent à des programmes de traitement lorsque **ceux-ci** sont offerts comme mesure de rechange à **l'incarcération**. **Ainsi**, les programmes doivent composer avec l'opinion publique qui n'est pas toujours favorable au **traitement**, trop souvent perçu comme un moyen pour se soustraire à **l'incarcération**.

3. EFFICACITÉ DU TRAITEMENT SELON LE TYPE DE PROBLÉMATIQUE

Au vu des limites mentionnées, n'y a-t-il pas lieu de **s'interroger** à savoir jusqu'à quel point le traitement s'avère efficace? Voyons les principaux résultats des programmes recensés selon le type de problématique étudié.

Tout **d'abord**, en délinquance sexuelle, les taux de récidive rapportés varient entre 0% et 43% selon les programmes recensés et les définitions de la récidive. Les programmes mentionnent des différences importantes quant aux taux de récidive selon que les participants aient commis un viol ou de la **pédophilie**. Les programmes obtiennent généralement de meilleurs résultats avec l'une ou l'autre clientèle. Il serait donc important d'adapter les programmes traitant la délinquance sexuelle en fonction du type de délit sexuel commis.

Quant à la santé mentale, les programmes recensés sont offerts principalement aux personnes détenues en institution psychiatrique, c'est-à-dire en milieu fermé. D'ailleurs, on constate que les études sont peu nombreuses quant aux programmes en milieu ouvert pour les personnes ayant des difficultés de santé mentale. Est-ce que notre **recension** reflète la situation réelle? **Est-ce** qu'il existe vraiment peu de programmes en communauté pour les **probationnaires** aux prises avec des problèmes de santé mentale ou bien ceux-ci ne font tout simplement pas l'objet d'évaluation? Il nous apparaît important que des études s'effectuent **afin** de répondre à cette question. Malgré une vision généralement positive du traitement avec cette clientèle selon les programmes recensés,

il semble délicat de conclure de façon sûre avec un aussi petit nombre **d'études**. Quelques constatations peuvent être faites à partir du milieu où les programmes sont dispensés. **Premièrement**, le traitement est habituellement dispensé sous contrainte légale. Ce contexte amène plusieurs questions éthiques spécifiques à cette clientèle qui **n'est** habituellement pas volontaire pour suivre un traitement ou recevoir une médication. Selon les auteurs, le milieu psychiatrique donne de meilleurs résultats auprès de cette clientèle que les établissements carcéraux. Toutefois, les taux de récurrence parmi les participants des programmes recensés peuvent atteindre jusqu'à 55% (**Day**, 1988) et même 60% (Solomon et Draine, 1995).

En toxicomanie, nous avons constaté l'existence d'une grande variété de programmes traitant de cette problématique et ce tant en milieu carcéral que dans la communauté. En milieu de détention, les taux de récurrence varient entre 4 et 37% comparativement à 16 et 85% pour les programmes s'offrant en milieu ouvert. Rappelons que la signification de la récurrence n'est pas similaire pour toutes les études, certaines englobant même les bris de condition dans leur taux de récurrence. Il semble donc que les programmes instaurés en établissements carcéraux obtiennent de meilleurs résultats quant à la récurrence que les programmes offerts dans la communauté. **Il** est possible toutefois que cette différence puisse être tout simplement **attribuable** aux opportunités de récurrences plus nombreuses pendant le traitement pour les personnes qui ne sont pas incarcérées. De plus, les différentes définitions de la récurrence et la durée du suivi pour le calcul des taux de récurrence ont un effet sur l'écart entre les résultats. Bref, à **l'exception** des programmes **d'incarcération-choc**, les évaluations indiquent que les personnes qui ont suivi un traitement récidivent dans une proportion inférieure aux personnes qui constituent les groupes de contrôle. L'évaluation du succès du traitement **devrait**, à notre avis, inclure davantage les dimensions psychologiques et sociales sur lesquelles le traitement a un impact afin de bien cerner les changements plus profonds que la simple modification du comportement. Cette remarque devrait d'ailleurs être considérée par les chercheurs évaluant des programmes d'intervention peu importe le type de problématique traité.

L'évaluation des programmes communautaires s'attaquant à la violence conjugale développés depuis le début des années 80 a permis de constater qu'ils réduisent la violence. Leur succès

demeure toutefois limité. La persistance de la violence psychologique ne permet pas d'adopter une attitude triomphante. Les programmes sont encore loin **d'avoir** atteint leur idéal d'éliminer les formes de violence entre hommes et femmes qui partagent une intimité. Cependant, aussi modestes soient-ils, les résultats des programmes communautaires permettent de **confirmer** qu'une intervention bien structurée peut avoir un impact sur le comportement violent. Compte tenu de leur nouveauté, il n'y a pas actuellement de connaissances scientifiques suffisamment solides pour affirmer sans réserve que des succès semblables peuvent être obtenus par des programmes de traitement spécialement adaptés à la population des services correctionnels (Rondeau et **al.**, 1994). Les données résultant d'études effectuées en milieu fermé quant aux programmes de traitement de la violence conjugale n'affluent pas et en sont encore à un stade préliminaire (**Lemire et al.**, 1996). **Il** s'agit donc d'un domaine à **investiguer** et suivre de près au cours des prochaines années. L'existence de programmes pour conjoints violents en milieu carcéral semble être amplement justifiée par le besoin auquel **ceux-ci** tentent de répondre. Le risque élevé de violence représenté par ces hommes nous apparaît suffisant pour justifier les initiatives en cours.

Finalemnt, peu importe le type de problématique que l'on veut traiter, l'efficacité du traitement à court terme peut être interprétée de deux manières. Une fois le programme complété, lorsqu'on prend en compte les taux généralement faibles de récidence, ou du moins inférieurs à ceux des groupes de contrôle, les effets sont plutôt positifs. Toutefois, si l'on considère les taux élevés **d'abandon** en cours de **traitement**, l'efficacité des programmes apparaît plus limitée.

On ne saurait toutefois fonder des interventions contraignantes uniquement sur leur efficacité présumée. Même si on réussissait dans 70% des cas à rendre les participants abstinents, non-violents et **non-abuseurs**, **est-ce** qu'il serait justifié de l'avoir fait contre leur gré (**Bertrand, 1995**)? Est-ce parce que "ça **marche**" que l'intervention devient aussitôt légitime et éthique? En contexte pénal, il devient complexe de départager la sanction de l'intervention (**Bertrand, 1981**), principalement pour les programmes en milieu carcéral ou ceux qui incluent une réduction de peine telle une libération hâtive. Au nom de quelle morale justifions-nous cette contrainte au traitement? Dans le cadre de cette **recension** où le contexte implique une intervention suite à un délit commis, on peut aisément justifier la contrainte à suivre un traitement par le tort déjà causé

à autrui. Par contre, **est-on** alors justifié d'intervenir sur des problèmes de santé mentale ou de consommation de drogues **lorsqu'il** ne s'agit pas là de comportements portant atteinte à autrui? Il est par ailleurs relativement plus facile de justifier l'intervention au niveau de la délinquance sexuelle ou de la violence conjugale par l'atteinte à la sécurité de victimes directes. Dans ce contexte, ce type d'intervention repose évidemment sur l'importance de la vie humaine (**Bertrand**, 1981). On présume alors que la société a le droit et même le devoir d'intervenir pour assurer la sécurité **d'une** personne contre tout agresseur (**Bertrand**, 1981). La question devient plus délicate lorsqu'on réfère à des problèmes de toxicomanies et de santé mentale qui ne sont pas des actes criminels en soi.

4. EFFICACITÉ DU TRAITEMENT SELON LE TYPE D'APPROCHE

On peut se demander d'autre part s'il existe un type d'approche spécifique qui permet d'obtenir de meilleurs résultats. Au près des personnes **judicialisées**, l'orientation théorique prédominante parmi les études recensées est l'approche **cognitivo-comportementale**. Cette approche peut facilement être offerte à court terme, contrairement au modèle de communauté thérapeutique par exemple. Au **Canada**, le modèle **cognitivo-comportemental** prévaut nettement sur les autres types d'intervention évalués. C'est parmi les programmes recensés en violence conjugale que l'on retrouve le plus fréquemment l'utilisation de cette approche.

En **fait**, il semble que les programmes de type **cognitivo-comportemental** semblent avoir le plus de résultats positifs, à quelques exceptions près. Les programmes **cognitivo-comportementaux** visent non seulement la réduction des taux de récidive, mais aussi à induire des changements d'ordres psychologique, social et **développemental**. Les taux de récidive des participants aux programmes de type **cognitivo-comportemental** varient énormément parmi les nombreuses évaluations recensées qui utilisent cette approche, tant selon les programmes que selon les problématiques.

Il est **évident**, suite à cette **recension**, que le modèle d'intervention des *Boot Camps* est inadéquat. Toutes les études recensées indiquent que les programmes **d'incarcération-choc n'obtiennent**, au mieux, aucun résultat. De plus, les problèmes éthiques et les effets pervers que les *Boot Camps* soulèvent nous permettent de conclure que ce type d'intervention n'est pas justifié. À la lumière des résultats présentés, il n'y a aucun avantage à investir dans ce type de traitement. Les seuls *Boot Camps* obtenant des résultats plus positifs sont ceux qui incluent un suivi intensif suite au programme, ce qui démontre, encore une fois, l'importance **d'instaurer** de telles mesures lors du retour en communauté.

En santé mentale, l'approche médicale classique utilisant la médication, apparaît la plus fréquente. La **pharmacothérapie** se retrouve également dans le traitement de la déviance sexuelle. La prise de médicament a un impact non négligeable sur la diminution des pulsions sexuelles et sur la stabilisation de l'état psychiatrique. Toutefois, cette méthode ne **s'avère** efficace que pendant la période de temps où les participants poursuivent la pharmacothérapie. En outre, plusieurs auteurs ont mentionné que les médicaments prescrits pouvaient provoquer des effets secondaires importants.

Le modèle d'entraide se retrouve en toxicomanie et en violence conjugale. Il s'agit **d'un** modèle qui n'est toutefois jamais évalué seul, mais en combinaison avec une autre approche. Selon les auteurs consultés, ce modèle peut s'avérer un support efficace pour les participants comme appui à un traitement habituellement de type **cognitivo-comportemental** ou **psycho-éducatif**. Le modèle d'entraide sous forme de communauté thérapeutique a été peu recensé dans le cadre de la présente étude en raison de **l'intérêt** pour le traitement de courte durée. En effet, ce type d'approche est habituellement instauré à long terme. En conséquence, nous ne pouvons dégager de conclusions fiables quant à **l'utilisation** de cette stratégie d'intervention étant donné le trop petit nombre de programmes à court terme évalués utilisant cette approche.

Les programmes se servant d'une approche dite **psycho-éducative** semblent également donner des résultats positifs, particulièrement auprès des personnes condamnées pour conduite en état **d'ébriété**. Les programmes se servant de cette approche mentionnent fréquemment une

augmentation des connaissances chez les participants. Toutefois, **l'accumulation** de connaissances n'entraîne pas nécessairement un changement d'attitudes. **Il n'est** souvent pas possible de tirer de conclusions fiables quant à cette approche en raison du manque **d'homogénéité** dans la définition même de l'approche. En **effet**, la part prédominante du **counseling** ou de l'éducation peut varier selon les programmes recensés. De plus en plus parmi les études récentes, on rencontre des modèles d'intervention éclectiques qui combinent différentes approches. Il est donc difficile de départager les effets de ces programmes afin d'en dresser un portrait général. Les approches multiples permettent cependant d'intervenir sur un plus grand nombre d'aspects.

5. EFFICACITÉ DU TRAITEMENT SELON LE TYPE DE MILIEU

À partir des études recensées, est-il possible de conclure qu'un des deux milieux, les établissements carcéraux ou la communauté, est préférable afin **d'obtenir** de meilleurs résultats? **Il** est difficile de répondre à cette interrogation étant donné que les études recensées révèlent certaines différences quant à la clientèle même recevant les services. En effet, les personnes détenues semblent présenter des difficultés plus sévères que les personnes **judiciarisées** n'ayant pas été incarcérées. Ainsi, on rencontre davantage de récidivistes parmi la clientèle en détention. Il semble toutefois que les programmes en milieu fermé permettent d'exercer un meilleur contrôle sur les participants aux divers services de traitement. On ne doit toutefois pas interpréter ces résultats comme signifiant **qu'afin d'offrir** des programmes de **traitement**, il faudrait élargir le filet pénal en incarcérant des personnes qui ne l'auraient pas été autrement. Ceci est **d'autant** plus important si l'on considère les difficultés éthiques associées au traitement en contexte **d'autorité**.

On remarque que les programmes dispensés en communauté ne sont souvent pas adaptés à recevoir cette clientèle judiciarisée. Ces programmes de traitement devraient considérer leurs services en fonction de personnes contrevenantes, entre **autres**, en offrant un meilleur encadrement en début de traitement ainsi qu'une prise en charge plus intensive et rapide en cas de risque de récidive. Par exemple, même si les programmes offerts dans la communauté quant à la violence conjugale et la délinquance sexuelle tentent de protéger la société ou les partenaires

RÉFÉRENCES

Références³

- ABEL, G. G., BECKER, J. V., MITTELMAN, M., CUNNINGHAM-RATHNER, N., ROULEAU, J. L., & MURPHY, W. D.* (1987). **Self-Reported Sex Crimes of Non-Incarcerated Paraphiliacs.** *Journal of Interpersonal Violence.* 2. 3-25.
- ABEL, G., MITTELMAN, M., BECKER, J. V., RATHNER, J., & ROULEAU, J.* (1988). **Predicting Child Molesters' Response to Treatment.** in R. A. Prentky, & V. L. Quinsey (eds), **Human Sexual Agression: Current Perspectives.** New York: New York **Academy of Sciences,** 223-234.
- ALEXANDER, R.* (1992). **Determining Appropriate Criteria in the Evaluation of Correctional Mental Health Treatment for Inmates.** *Journal of Offender Rehabilitation.* 18(1-2), 119-134.
- ANDREWS, D. A., ZINGER, L, HOGE, R. D., BONTA, J., GENDREAU, P., & CULLEN, F. T. (1990). **Does Correctional Treatment Work? A Clinically Relevant and Psychologically Informed Meta-Analysis.** *Criminology,* 28(3). 369-404.
- ANGLIN, M. D. (1988). The **Efficacy of Civil Commitment In Treating Narcotics Addiction.** *Journal of Drug Issues.* 18. 527-545.
- ANGLIN, M. D., & HSER, Y.-I.* (1991). **Criminal Justice and the Drug Abusing Offender: Policy Issues of Coerced Treatment.** *Behavioral Sciences and the Law.* 9(3) 243-267.
- ANNIS, H. M., & CHAN, D. (1983). The **Differential Treatment Model: Empirical Evidence from a Personality Typology of Adult Offenders.** *Criminal Justice and Behavior.* 10(2). 159-173.
- ANSON, R. H.* (1987). An **Examination of an Intensive Probation Program for Alcohol Offenders.** *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology,* 31(3). 271-283.
- ANSON, R. H. (1990). **Reply to a Five Year Follow-up of Dougherty County's Criminal Alcoholic Program.** *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology.* 24(3), 249-257.
- ANTONOWICZ, D. H., & ROSS, R. R. (1994). **Essential Components of Successful Rehabilitation Programs for Offenders.** *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology,* 38(2). 97-104.

³ Les astérisques indiquent quels auteurs sont cités dans la présente **recension.**

- APPLEFORD, B.*** (1989). Family Violence **Review: Prevention and Treatment** of Abusive **Behavior**. Ottawa: Canada **Solicitor** General Communications Group, Programs.
- ARNOLD, C. S. (1992). The **Program for Female Offenders**, Inc. A **Community Corrections Answer to Jail Crowding**. *American Jails*. (Jan./Feb.). 36-40.
- ASSOCIATION CANADIENNE DE JUSTICE PÉNALE*. (1996). Bulletin de l'Association canadienne de justice **pénale**, mars.
- ATKINSON, L.*** (1995). Boot Camps and Justice: A Contradiction in **Terms?** *Australian Institute of Criminology*, (July), 1-6.
- AUBUT, J.* (1993). Les agresseurs sexuels. **Théorie**. évaluation et traitement. Montréal: Les éditions de la **Chevrotière**.
- AUSTIN, J., JONES, M., & BOLYARD, M.* (1993). The Growing Use of Jail Boot Camps: The **Current State of the Art**. Washington: U. S. National **Institute** of Justice.
- BAILEY, R. C., & BERG, D.*** (1994). The **Behavioral and Attitudinal** Modification Project (**BAM**): a **Failed Experiment Using** a **Classical** Experimental Research Design in a **Closed Institutional Setting for Drug Addicts**. *International Journal of the Addictions*. 29(10). 1315-1345.
- BARKER, M., & BEECH, T.** (1993). Sex **Offender** Treatment Programmes: A **Critical** Look at the **Cognitive-Behavioural Approach**. *Issues in Criminological and Légal Psychology*, (19). 37-42.
- BARRERA, M., BYLES, J., PALMER, S., BROWN, R., & KALAHER, S.* (1987). **Effectiveness** of a **Peer** Group Treatment Program for Violent Men. **Third National Family Violence Conférence**. **University of New Hampshire**. Durham, New Hampshire. Conférence inédite.
- BAUM, F., BRAND, R., COLLEY, D., & COOKE, R.*** (1987). **Preventing** Family Violence: The Evaluation of a Group of Men **Who Are Violent Towards Their** Partners. *Australian Journal of Sex, Marriage & Family*. 8(4). 173-183.
- BECKER, J. V.** (1994). Offenders: **Characteristics and Treatment**. *Future of Children*. 4(2). 179-197.
- BECKER, J. V., & HUNTER, J. A.** (1992). Evaluation of Treatment **Outcome** for **Adult Perpetrators of Child Sexual Abuse**. *Criminal Justice and Behavior*. 19(1). 74-92.
- BELFRAGE, H.*** (1991). The Crime Préventive **Effect** of Psychiatrie Treatment on **Mentally Disordered** Offenders in Sweden. *International Journal of Law and Psychiatry*. 14. 237-243.

- BENEKOS, P. J., & MERLO, A. V.** (1992). Corrections: **Dilemmas** and Directions. Cincinnati: **Anderson Publishing.**
- BENINATI, J.*** (1989). **Pilot** Project for **Male Batterers**. *Social Work With Group*. **12(2)**. 63-74.
- BERK, R. A., & NEWTON, P. J.*** (1985). **Does Arrest Really Deter Wife Battery?** An Effort to Replicate the Findings of the Minneapolis Spouse Abuse Experiment. *American Sociological Review*. **50(2)**. 253-262.
- BERSANI, C., CHEN, H., & DENTON, R.*** (1988). Spouse **Abusers** and Court **Mandated Treatment**. *Crime and Justice*. **11(1)**. 43-60.
- BERTRAND, M.-A.*** (1995). **L'intervention** thérapeutique sous contrainte. Colloque de l'**Association** des intervenants en toxicomanie du Québec, octobre 1995. Conférence inédite.
- BERTRAND, M.-A.*** (1981). Réflexions critiques sur l'intervention et les limites du droit à l'intervention. *Santé mentale au Québec*. **6(2)** 5-10.
- BINGHAM, J. E., & TURNER, B. W.*** (1995). Treatment of **Sexual Offenders** in an **Outpatient Community-Based Program**. *Psychological Reports*. **76**. 1195-1200.
- BISHOP, N.*** (1985). Étude sur les détenus toxicomanes en Suède. *Bulletin d'information pénitenciaire*. **(61)** 2-11.
- BOL, M. W., & MEYBOOM, M. L.** (1986). International **Summaries: Penitentiary-Related Drug Problems** in the U.S., Sweden, Switzerland, Austria, and the Fédéral Republic of Germany. **Rockville, MD: National Institute of Justice/National Criminal Justice Reference Service.**
- BORZECKI, M., & WORMITH, J. S.** (1984). **Survey** of State-Run Sex Offender Treatment Program in the United States. **Ottawa, Ont: Canada Sollicitor General Research Division.**
- BORZECKI, M., & WORMITH, J. S.** (1987). A Survey of Treatment Programmes for Sex Offenders in **North America**. *Canadian Psychology*, **28(1)** 30-44.
- BOUDOURIS, J.** (1984). **Recidivism** As a **Process**. *Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation*. **8(3)** 41-51.
- BREKKE, J. S.*** (1989). The Use of Orientation **Groups** to Engage **Hard-to-Reach** Clients: **Model, Method** and Evaluation. *Social Work With Groups*. **12(2)** 75-88.
- BROCHU, S.*** (1996). **Drogue** et crime: **qui**, pourquoi et comment? Conférence présentée à l'**Assemblée** générale de la Commission nationale des libérations conditionnelles, **Ottawa.**

- BROCHU, S.*** (1995). Drogues et criminalité. Collection Perspectives **criminologiques**. Bruxelles: **DeBoeck-Wesmael**; Presses de **l'Université d'Ottawa**; Presses de **l'Université** de Montréal.
- BROCHU, S., DESJARDINS, L., DOUYON, A., & FORGET, C.*** (1992). **Drug Use Prevalence Among Offenders**. in F. **Losel**, D. Bender, & T. **Bliesner** (eds), **Psychology and Law: International Perspectives**. Berlin: **Walter de Gruyter**, 105-110.
- BROCHU, S., & FRIGON, S.*** (1989). Toxicomanie et délinquance: une question **d'éthique**. **Revue internationale de criminologie et de police technique**. 42. 163-171.
- BROCHU, S., & LÉVESQUE, M.*** (1990). **Treatment of Prisoners for Alcohol or Drug Abuse**. **Alcoholism Treatment Quarterly**, 7, 15-21.
- BROCHU, S., & SCHNEEBERGER, P.*** (1995). Profil de **consommation de substances psychoactives** chez les personnes **iudicialisées**. Rapport 1. Montréal: Centre international de criminologie comparée.
- BROCHU, S., SCHNEEBERGER, P., PARENT, I., POIRIER, N., & DION, M.*** (1995). Recommandations concernant les services à offrir aux personnes présentant une double problématique toxicomanie/délinquance. Rapport no 6. Montréal: Centre international de criminologie comparée pour le comité **Toxico-Justice**.
- BROWN, J. L., & BROWN, G. S.*** (1990). The Treatment of **Incest Offenders** in a **Community Correctional Facility**. **Family Violence Bulletin**. 6(3). 14-16.
- CAMPBELL, L., & PAGE, R.** (1993). **Therapeutic Effects of Group Process on the Behavioral Patterns of a Drug-Addicted Group**. **Journal of Addictions and Offender Counseling**. 13(2). 34-45.
- CANADA SOLICITOR GENERAL.** (1990), **Management** and Treatment of Sex Offenders. **Ottawa, Ont**
- CASTELLANO, T. C, COWLES, E. L., McDERMOTT, M. J., COWLES, E. B., ESPIE, N., RINGEL, C, SHARP, L., SODERSTROM, I., & TONGSOOKDEE, R.** (1993). The **Implementation of Illinois' Pre-Strat Program**: An Initial Evaluation. Chicago: Illinois **Criminal Justice Information Authority**.
- CASTELLANO, T. C., SODERSTROM, I., & RINGEL, C. L.** (1995). **Evaluation of the Illinois Department of Corrections PreStart Program: Executive Summary**. Chicago: Illinois **Criminal Justice Information Authority**.
- CATON, C. L. M., WYATT, R. J., GRUNBERG, J., & FELIX, A.*** (1990). An Evaluation of a Mental Health Program for **Homeless Men**. **American Journal of Psychiatry**. 147(3). 286-289.

- CHANCE, E. W., BIBENS, R. F., COWLEY, J., POURETEDAL, M., DOLESE, P., & VIRTUE, D. (1990). **Lifeline: A Drug/Alcohol Treatment Program for Negatively Addicted Inmates.** Journal of **Reality Therapy**, 9(2). 33-38.
- CHEN, H.-T., BERSANI, C., MYERS, S. C., & DENTON, R.* (1989). **Evaluating the Effectiveness** of a Court **Sponsored** Abuser Treatment Program. Journal of Family Violence, 4(4), 309-322.
- CLARK, C. L., AZIZ, D. W., & MCKENZIE, D. L.* (1994). **Shock** Incarcération in New York; **Focus** on Treatment Washington: U. S. Department of Justice.
- CLARK, J. R.* (1993). **Repeating a Study, If Not Its Results -Five Projects Rethinking Domestic Violence Response.** Law Enforcement News. 19(377). 1-9.
- CLOW, D. R., HUTCHINS, D. E., & VOGLER, D. E.* (1992). **TFA Systems: A Unique Group Treatment of Spouse Abusers.** Journal for **Specialists** in Group Work. 17(2). 74-83.
- COLEMAN, E., CESNIK, J., MOORE, A. M., & DWYER, S. M.* (1992). **An Exploratory Study of the Role of Psychotropic Médications in the Treatment of Sex Offenders.** Journal of **Offender Rehabilitation**. 18(3/4). 75-88.
- CONROY, M. A.* (1990). Mental Health Treatment in the Fédéral Prison System: An **Outcome** Study. Fédéral **Probation**. 54(1). 44-47.
- COOK, L. F., & WEINMAN, B. A. (1988). Treatment Alternatives to Street Crime. NIDA Research **Monograph**. 86. 99-105.
- CORRADO, R. R., DOHERTY, D., & GLACKMAN, W.* (1989). A Démonstration Program for **Chronic Recidivists of Criminal Justice, Health, and Social Service Agencies.** **International Journal of Law and Psychiatry**. 12. 211-229.
- CRONIN, R. C., & HAN, M.* (1994), **Boot Camps for Adult and Juvenile Offenders: Overview and Update.** Rockville: National **Institute** of Justice.
- CROWLES, E. L., CASTELLANO, T. C., & GRANSKY, L. A.* (1995). "Boot Camp" **Drug** Treatment and **Aftercare** Interventions: An Evaluation **Review.** **National Institute of Justice: Research in Brief**. 7. 1-13.
- CULLEN, F. T., & GENDREAU, P.* (1989). The **Effectiveness of Correctional Rehabilitation.** in L. Goodstein, & D. L. Mackenzie (eds), The American Prison: Issues in Research **Policy.** New York: Plénum Press, 23-44.

- DARABI, G. A.*** (1991). **Substance Abuse Programs - Psychological Impact of Tier Programs: An Outcome Evaluation.** Tallahassee: Florida Department of Corrections.
- DARABI, G. A.*** (1992). **Tier Programs Outcome Evaluation; A Recommitment Study.** Tallahassee: Florida Department of Corrections.
- DAVIS, G. L., & HOFFMAN, R. G.** (1991). **MMPI and CPI Scores of Child Molesters Before and After Incarceration-for-Treatment.** *Journal of Offender Rehabilitation.* 17(1-2). 77-85.
- DAWSON, R.** (1986). **Fathers-Anonymous: A Group Treatment Program for Sexual Offenders.** in B. **Schlesinger** (ed), **Sexual Abuse of Children in the 1980's.** Toronto: University of Toronto Press, 70-78.
- DAY, K.*** (1988). **A Hospital-Based Treatment Programme for Male Mentally Handicapped Offenders.** *British Journal of Psychiatry.* 153. 635-644.
- DeMARIS, A.*** (1989). **Attrition in Batterer's Counseling: The Role of Social and Démographic Factors.** *Social Service Review.* 63(1). 142-154.
- DeMARIS, A., & JACKSON, J. K.*** (1987). **Batterers' Reports of Recidivism After Counseling.** *Social Casework.* 68. 458-465.
- DHALIWAL, G. K., PORPORINO, F., & ROSS, R. R.** (1994). **Assessment of Criminogenic Factors, Program Assignment, and Recidivism.** *Criminal Justice and Behavior.* 21(4). 454-467.
- DICKEY, W. J.*** (1994). **Evaluating Boot Camp Prisons.** Washington, D. C.: Campaign for an Effective Crime Policy.
- DONOVAN, D. M., SALZBERG, P. M., CHANEY, E. F., QUEISSER, H. R., & MARLATT, G. A.*** (1990). **Prévention Skills for Alcohol-Involved Drivers.** International Symposium on Prévention of Recidivism by **DWI Offenders . Alcohol, Drugs and Driving.** 6(3-4). 169-188.
- DRIGGS, J., & ZOET, T. H.*** (1987). **Breaking the Cycle - Sex Offenders on Parole.** *Corrections Today.* 49(3). 124-126,129.
- DUTTON, D. G.*** (1987). **The Criminal Justice System Response to Wife Assault.** *Law and Human Behavior.* 11. 189-206.
- DUTTON, D. G.*** (1993). **Healthy Relationships, An Awareness Program for Men and Their Partners.** Research Report 1. Ottawa: The Correctional Service of Canada. Family Violence Initiative.
- DUTTON, D. G.*** (1986). **The Outcome of Court-Mandated Treatment for Wife Assault: A Quasi-Expérimental Evaluation.** *Violence and Victims.* 1(3). 163-175.

- DUTTON, D. G.*** (1992). **Patterns of Socially Désirable Responding Among Perpetrators and Victims of Wife Assault.** Violence and Victims. 7(1). 29-39.
- DUTTON, D. G.*** (1988). **Profiling of Wife Assaulters: Preliminary Evidence for a Trimodal Analysis.** Violence and Victims. 3(1). 5-29.
- DUTTON, D. G.*** (1992). **Risk Markers for Family Violence in a Federally Incarcerated Population.** International Journal of Law and Psychiatry. 15(1). 101-112.
- EAGLIN, J. B.*** (1986). **Impact of the Féderal Drug Aftercare Program.** Washington, DC: Féderal Judicial Center.
- EARLS, C. M., & QUINSEY, V. L.** (1985). **What Is To Be Done? Future Research on the Assessment and Behavioral Treatment of Sex Offenders.** Behavioral Sciences and the Law. 2(4), 377-390.
- EDLESON, J. L., MILLER, D. M., STONE, G. W., & CHAPMAN, D. G.*** (1985). **Group Treatment for Men Who Batter.** Social Work Research and Abstracts. 21(3). 18-21.
- EDLESON, J. L., & SYERS, M.*** (1991). **The Effects of Group Treatment for Men Who Batter. An 18-Month Follow-Up Study.** Research on Social Work Practice. 1(3). 227-243.
- EDLESON, J. L., & SYERS, M.*** (1990). **Relative Effectiveness of Group Treatment for Men Who Batter.** Social Work Research and Abstracts. 26, 10-17.
- EISENBERG, M., & MARKLEY, G.** (1987). **Something Works in Community Supervision.** Féderal Probation. 51(4). 28-42.
- EISIKOVITS, Z. C., & EDLESON, J. L.** (1989). **Intervening with Men Who Batter: A Critical Review of the Literature.** Social Service Review. 63(3), 384-414.
- EMORY, L. E., COLE, C. M., & MEYER, W. J.*** (1995). **Use of Depo-Provera to Control Sexual Agression in Persons With Traumatic Brain Injury.** Journal of Head Trauma Rehabilitation. 10(3).47-58.
- FARLEY, D., & MAGILL, J.*** (1988). **An Evaluation of a Group Program for Men Who Batter.** Social Work With Groups. 11(3). 53-65.
- FAULKNER, K. K., COGAN, R., NOLDER, M., & SHOOTER, G.*** (1991). **Characteristics of Men and Women Completing Cognitive/Behavioral Spouse Abuse Treatment.** Journal of Family Violence. 6(3), 243-254.

- FAULKNER, K., STOLTENBERG, C. D., COGEN, R., NOLDER, M., & SHOOTER, E.* (1992). **Cognitive-Behavioral Group Treatment for Male Spouse Abusers.** Journal of Family Violence, 7(1), 37-55.
- FINN, J.* (1985). **Men's Domestic Violence Treatment Groups: A Statewide Survey.** Social Work With Groups, 8(3), 81-94.
- FINN, J.* (1987). **Men's Domestic Violence Treatment: The Court Referral Component.** Journal of Interpersonal Violence, 2(2), 154-165.
- FLORIDA DEPARTMENT OF CORRECTIONS*. (1995). **Offenders Released from Non-Secure Drug Treatment Programs: A Summary of Program Outcomes and Recommitments to Prison and Supervision.** Florida
- FLOURNOY, P. S., & WILSON, G. L.* (1991). **A Controlled Comparison of Brief Group Interventions for Men Who Batter.** Article inédit
- FORCIER, M. W. (1991). **Substance Abuse, Crime and Prison-Based Treatment: Problems and Prospects.** Sociological Practice Review, 2(2), 123-131.
- FORDHAM, A. S. (1993). **An Evaluation of Sex Offender Treatment Programmes.** Issues in Criminological and Legal Psychology, (19), 60-65.
- FORTIN, D., & DEVAULT, A.* (1993). **Programme Contrecoups.** Rapport semi-annuel. Montréal. Rapport déposé au Service correctionnel du Canada.
- FOWLER, C, BURNS' S. R., & ROEHL, J. E. (1983). **Counseling the Incest Offender.** International Journal of Family Therapy, 5(2), 92-97.
- FREEMAN-LONGO, R. E., & KNOPP, F. H.* (1992). **State of Art Sex Offender Treatment: Outcome and Issues.** Annals of Sex Research, 5(3), 141-160.
- FUNDERBURK, F. R., MacKENZIE, A., DeHAVEN, G. P., STEFAN, R., & ALLEN, R. P.* (1993). **Evaluation of the Multiple Offender Alcoholism Project: Quasiexperimental Evaluation Strategy with a Focus on Individual Change and Quality of Life.** Evaluation and Program Planning, 16(3), 181-191.
- GELLES, R. J.* (1993). **Constraints Against Family Violence. How Well Do They Work?** American Behavioral Scientist, 36(5), 575-586.
- GENDREAU, P., & ANDREWS, D. A. (1990). **Tertiary Prévention: What the Meta-Analyses of the Offender Treatment Literature Tell Us About "What Works."** Canadian Journal of Criminology, 32(1), 173-184.

- GENDREAU, P., CULLEN, F. T., & BONTA, J.** (1994). Intensive Réhabilitation Supervision: The Next Génération in **Community** Corrections? **Fédéral Probation. 58(1).** 72-78.
- GENDREAU, P., & ROSS, R. R.* (1987). **Revivification** of Rehabilitation: Evidence **From the 1980's. Justice Quarterly. 4(3).** 349-407.
- GONDOLF, E. W.*** (1987). **Evaluating Programs** for Men **Who Batter: Problems** and Prospects. **Journal of Family Violence. 2(1).** 95-108.
- GONDOLF, E. W.* (1990). An **Exploratory Survey** of **Court-Mandated Batterer** Programs. **Response** to the **Victimization** of Women and **Children.** 13(3). 7-11.
- GONDOLF, E. W.* (1988). How Some Men Stop **Their** Abuse: An Exploratory **Program Evaluation.** in G. T. **Hotaling, D. Finkelhor, J. T. Kirkpatrick,** & M. A. Strauss (eds), **Coping with** Family Violence: Research and Policy Perspective. Beverly Hills, **CA:** Sage, 129-144.
- GONDOLF, E. W., & **FOSTER, R. A.** (1991). **Pre-Program Attrition** in Batterer Programs. **Journal of Family Violence. 6(4).** 337-349.
- GONDOLF, E. W., & **RUSSEL, D.*** (1986). The Case **Against Anger Control Treatment** Programs for **Batterers.** Response to **the Victimization** of Women and Children. 9(3). 2-5.
- GORDON, A.* (1991). Gestion et traitement des délinquants sexuels: des programmes qui concilient besoins et risques. **Forum. 3(4).** 8-13.
- GORTA, A.** (1992). **Monitoring** the NSW (New South **Wales**) Prison **Methadone** Program: A **Review** of Research **1986-1991. Australia:** New South Wales Department of **Corrective** Services.
- GRAHAM, K.*** (1991). Description du programme pour délinquants sexuels de **Westmorland,** principalement des préoccupations concernant le traitement et de la recherche. **Forum. 3(4).** 39-41.
- GREEN, G. S., & PHILLIPS, Z. H.* (1990). **Examination** of an Intensive Probation for **Alcohol Offenders: Five-Year Follow-Up.** **International Journal of Offender Therapy** and Comparative, **Criminology. 34(1).** 31-42.
- GROSSMAN, L. S.** (1985). Research Directions in **the** Evaluation and Treatment of Sex Offenders - An **Analysis. Behavioral Sciences and the Law. 3(4).** 421-440.
- GROUNDS, A. T.*** (1987). Détenion of "**Psychopathic Disorder**" Patients in Spécial **Hospital. British Journal of Psychiatry. 151.** 474-478.
- GROUPE DE TRAVAIL SUR LA SANTÉ MENTALE*. (1991). Rapport du groupe de travail, sur la santé mentale. Rapport final. Service Correctionnel du **Canada.**

- GROUPE DE TRAVAIL SUR LE TRAITEMENT DES DÉLINQUANTS SEXUELS*. (1990). Gestion et traitement des délinquants sexuels. Rapport du groupe de travail sur le traitement des délinquants sexuels. **Ottawa: ministre des Approvisionnements et Services Canada.**
- GRUSZNSKI, R. J., & CARILLO, T. P.* (1988). **Who** Complètes **Batterer's** Treatment Groups? An **Empirical** Investigation. **Journal of Family Violence**. **3(2)**. 141-150.
- HALE, G., ZIMOSTRAD, S., DUCKWORTH, J., & NICHOLAS, D.* (1988). **Abusive Partners: MMPI Profiles of Male Batterers**. **Journal of Mental Health Counseling**. **10(4)**. 214-224.
- HAMBERGER, L. K., & HASTINGS, J. E.* (1990). **Recidivism Following Spouse Abuse Abatement Counseling: Treatment Program Implications**. **Violence and Victims** . **5(3)**. 157-170.
- HAMM, M. S.* (1991). **Batterers Anonymous: Toward a Correctional Education to Control Romantic Violence**. **Journal of Correctional Education**. **42(2)**, 64-73.
- HAMM, M. S., & KITE, J. C* (1991). The **Role** of Offender Réhabilitation in Family Violence **Policy: The Batterers Anonymous Experiment**. **Criminal Justice Review**. **16(2)**. 227-248.
- HANSON, R. K., STEFFY, R. A., & GAUTHIER, R. (1993). **Long-Term Recidivism of Child Molesters**. **Journal Consulting and Clinical Psychology**. **61(4)**. 646-652.
- HARREL, A.* (1991). Evaluation of **Court-Ordered** Treatment for Domestic Violence Offenders. Final **Report**. Washington D.C.: The **Urban Institute**.
- HEPBURN, J. R., JOHNSTON, C. W., & ROGERS, S.* (1994), Do **Drugs**. Do Time: An Evaluation of the **Maricopa County Demand Réduction Program**. **Rockville: U.S. Department of Justice**.
- HODGINS, S.* (1993). The **Criminality of Mentally Disordered Persons**. in S. Hodgins (ed), **Disorder and Crime**. **Newbury Park: Sage Publications**, 3-21.
- HOGUE, T. E.* (1991)Evaluation of Offence Focused Groups at HMP **Dartmoor** Prison Service **Psychology Conference:Conference Proceedings**.
- HOGUE, T. E. (1994). Goal **Attainment Scaling: A Measure** of Clinical Impact and **Risk Assessment Issues in Criminological** and Légal Psychology. (21). **96-102**.
- HOLDEN, R. T.* (1986). **Rehabilitative Sanctions for Drunk Driving - An Expérimental Evaluation**. in D. Foley (ed), **Stop DWI**. Toronto: **Lexington Books**, 55-71.

- HOPKINS, R. E.* (1993). An Evaluation of Social **Skills Groups** for Sex **Offenders**. Issues in **Criminological** and **Légal Psychology**. 19. 52-59.
- HOTALING, G. T., STRAUSS, M. A., & LINCOLN, A. J.* (1989). **Intrafamily** Violence, and Crime and Violence **Outside the** Family. **Family** Violence. Crime and Justice. A **Review of Research**. 11. 315-375.
- HOUSTON, J., & ADSHEAD, G. (1993). The Use of **Repertory Grids** to Assess Change: Application to a Sex Offenders Group. Issues in **Criminological and Légal Psychology**. (19). 43-51.
- HSER, Y. I., ANGLIN, D., & POWERS, K. (1993). A **24-Year Follow-up** of **California Narcotics Addicts**. Archives of General **Psychiatry**. 50. 577-584.
- HUSBAND, S. D., & PLATT, J. J. (1993). The **Cognitive Skills Component** in Substance Abuse **Treatment in Correctional Settings: A Brief Review**. Journal of **Drug** Issues. 23(1). 31-42.
- INSTITUTE FOR HUMAN RESOURCE DEVELOPMENT*. (1994). **The Readiness Model**. St-John: Corrcctional Service of Canada.
- JENNINGS, J. L.* (1990). **Preventing** Relapse Versus **"Stopping" Domestic** Violence: Do We **Expect Too Much Too Soon From Battering Men**. Journal of Family Violence. .5(1). 43-60.
- JOHN HOWARD SOCIETY OF METROPOLITAIN TORONTO. (1993). **Opportunities Program**. Toronto: John Howard Society of Metropolitan Toronto.
- JOLIN, A., & STIPAK, B.* (1992). **Drug** Treatment and **Electronically Monitored** Home Confinement: An Evaluation of a **Community-Based Sentencing** Option. Crime and **Delinquency**. 38(2). 158-170.
- JOSEPH, H. (1988). The **Criminal Justice System and Opiate Addiction: A Historical** Perspective. National **Institute** on Drug Abuse Research **Monograph** Séries. 86. 106-125.
- KASEBAUM, G. G., & WARD, D. A. (1991). **Analysis, Reanalysis** and Meta **Analysis** of **Correctional Treatment Effectiveness: Is the Question What Works or Who Works?** **Sociological Practice** Review. 2(3). 159-168.
- KNIGHT, K., SIMPSON, D. D., & DANSEREAU D.F.*. (1994). Knowledge **Mapping: A Psychoeducational** Tool in Drug Abuse Relapse **Prévention Training**. Journal of **Offender Rehabilitation**. 20(3-4). 187-205.
- KONOPASKY, R. J., CANN, S. S., & CURRY, D. T.* (1991). La Nova **Scotia Sexual Behavior Clinic (NSSBC):** évaluation, du 1er septembre 1990 au 31 mars 1991. Forum. 3(4). 42-46.

- KRAVITZ, H. M., HAYWOOD, T. H., KELLY, J., WAHLSTROM, C., LILES, S., & CAVANAUGH, J. L.*** (1995). **Medroxyprogesterone** Treatment for **Paraphiliacs**. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. **23(1)**. 19-33.
- LANG, R. A., PUGH, G. M., & LANGEVIN, R.*** (1988). Treatment of **Incest** and **Pedophilic** Offenders: A **Pilot Study**. *Behavioral Sciences and the Law*. **6(2)**. 239-256.
- LANGWORTHY, R., & LATESSA, E. J.*** (1993). Treatment of Chrome Drunk Drivers: The **Turning Point** Project *Journal of Criminal Justice*. **21(3)**. 265-276.
- LATESSA, E. J., & GOODMAN, S.*** (1989). **Alcoholic** Offenders: Intensive Probation Program Shows Promise. *Corrections Today*. **51(3)**, 38-42.
- LATESSA, E. J., & TRAVIS, L. F.*** (1988). The **Effects** of Intensive Supervision **with** **Alcoholic Probationers**. *Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation*. **12(2)**. 175-190.
- LAWRENCE, R.** (1991). **Reexamining Community** Corrections Models. *Crime and Delinquency*, **22(4)**, 449-464.
- LAWS, D. R.*** (1993). **Evaluation** and Treatment of Offenders Assessed as **High Risk** for Family Violence: A **Demonstration/Developmental Project**. **Edmonton, Alberta: Interpersonal & Family Skills** Program.
- LEMIRE, G., RONDEAU, G., BROCHU, S., SCHNEEBERGER, P., & BRODEUR, N.*** (1996). Les programmes de traitement pour hommes violents: du communautaire au correctionnel. *Revue canadienne de criminologie*. **38(1)**. 33-59.
- LÉVESQUE, M.*** (1993). Modèles de **traitement** de la toxicomanie au Service correctionnel **du** Canada. Québec, 14 octobre. Congrès de justice pénale.
- LINDEN, R., & PERRY, L.*** (1982). The **Effectiveness** of Prison Education **Programs**. *Journal of Offender Counseling, Services & Rehabilitation*. **6(4)**. 43-57.
- LINDSAY, J., & OUELLET, F.** (1991). Les groupes de traitement **pour** conioints **violents**, **Recension** critique portant sur le **traitement**, son **efficacité**, sa mesure. École de service **social**, Université Laval; Centre de recherche sur les services communautaires.
- LIPTON, D. S.** (1994). The **Correctional Opportunity: Pathways to Drug** Treatment for Offenders. Spécial Issue: **Drugs** and Crime **Revisited**. *Journal of Drug Issues*. **24(1-2)**. 331-348.
- LITTLE, G. L., & ROBINSON, K. D.** (1987). One-Day **Dropouts from** Correctional Drug Treatment: **II. Psychological Reports**. **60(2)**, 454.

- LITTLE, G. L., ROBINSON, K. D., & BURNETTE, K. D.*** (1993). **Cognitive Behavioral Treatment of Felony Drug Offenders: A Five-Year Recidivism Report** Psychological Reports, **73(3)**, 1089-1090.
- LITTLE, G. L., ROBINSON, K. D., & BURNETTE, K. D.*** (1991). Treating **Drug Offenders with Moral Reconciliation Therapy: A Three-Year Recidivism Report**. Psychological Reports, **f9_3**, 1151-1154.
- LITTLE, G. L., ROBINSON, K. D., & BURNETTE, K. D.*** (1990). Treating **Drunk Drivers with Moral Reconciliation Therapy: A Two-Year Recidivism Study**. Psychological-Reports, **66(3)**, 1379-1387.
- LITTON, G. D.** (1981). **Connecticut TRAP (Treatment and Rehabilitation for Addicted Prisoners) Project - Final Report**. Hartford: Connecticut Department of Correction, Connecticut Justice Commission.
- LOMIS, M J., & BAKER, L. L.*** (1985). **Microtraining of Forensic Psychiatric Patients for Empathic Counseling Skills**. Journal of Counseling Psychology, **32(1)**, 84-93.
- LOSEL, F.** (1993). The **Effectiveness of Treatment in Institutional and Community Settings**. Criminal Behaviour and Mental Health, **3(4)**, 416-437.
- LOZA, W., & SIMOURD, D. J.** (1994). **Psychometric Evaluation of the Supervision Inventory (LSI) Among Male Canadian Fédéral Offenders**. Criminal Justice and Behavior, **21(4)**, 468-480.
- MacDEVITT, J. W., & KEDZIERZAWSKI, G. D.** (1990). A **Structured Group Format for First Offense Shoplifters**. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, **24(2)**, 155-164.
- MACKENZIE, D. L.*** (1993). **Boot Camp Prison in 1993**. National Institute of Justice Journal, **227**, 21-28.
- MACKENZIE, D. L.*** (1995). **Boot Camps - A National Assessment**. in M. **Tonry**, & K. **Hamilton** (eds), **Intermediate Sanctions in Overcrowded Times**. Boston: **Northeastern University** Press.
- MACKENZIE, D. L.*** (1994). **Results of a Multisite Study of Boot Camp Prisons**. Fédéral Probation, **58(2)**, 60-66.
- MACKENZIE, D. L., BRAME, R., McDOWALL, D., & SOURYAL, C.*** (1995). **Boot Camp Prisons and Recidivism in Eight States**. Criminology, **33(3)**, 401-431.

- MACKENZIE, D. L., SHAW, J. W., & GOWDY, V. B.*** (1993). An **Evaluation of Shock Incarcération in Louisiana**. Research in **Brief**. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice.
- MACKENZIE D.L., & SOURYAL, C.*** (1994), **Researches Evaluate Eight Shock Incarcération Programs**. Rockville: National **Criminal Justice Référence**.
- MAGURA, S., ROSENBLUM, A., LEWIS, C., & JOSEPH, H.** (1993). The **Effectiveness of In-Jail Methadone Maintenance**. Journal of **Drug Issues**. 23(1). 75-99.
- MARQUES, J. K., DAY, D. M., NELSON, C, & WEST, M. A.*** (1994). **Effects of Cognitive-Behavioral Treatment on Sex Offender Recidivism. Preliminary Results of a Longitudinal Study**. Criminal Justice and **Behavior**. 21(1). 28-54.
- MARQUES, J. K., & DAY, D. M.*** (1993). **Findings and Recommandations from California's Experimental Treatment Program**. in G. C. N. Hall, R. **Hirshman**, J. R. **Graham**, & M. S. **Zaragoza** (eds), **Sexual Agression: Issues in Etiology, Assesment. and Treatment**. Washington: Taylor & Francis.
- MARQUES, J., NELSON, C, WEST, M. A., & DAY, D. M.*** (1994). The **Relationship Between Treatment Goals and Recidivism Among Child Molesters**. **Behaviour Research and Therapy**, 32(5), 577-588.
- MARQUIS, H., GOGUEN, B., & BOURGON, G.*** (1995). Recidivism **Following a Relapse Prévention Substance-Abuse Program for Incarcerated Offenders**. in **Symposium presented at 1995 OPA Annual Conférence**. Toronto. Ontario **Merrickville**, Ontario: **Ministry of the Solicitor General and Correctional Services**.
- MARSHALL, W. L.*** (1994). Treatment Effects on **Déniai and Minimization** in Incarcerated Sex Offenders. **Behaviour Research and Therapy**, 32(5). 559-564.
- MARSHALL, W. L.** (1993). The Treatment of Sex Offenders: **What Does the Outcome Data Tell Use? A Reply to Quinsey, Harris, Rice, and Lalumiere**. Journal of **Interpersonal Violence**, 8(4), 524-530.
- MARSHALL, W. L., & BARBAREE, H. E.*** (1988). **The Long-Term Evaluation of a Behavioral Treatment Program for Child Molesters**. **Behaviour Research and Therapy**. 26(6). 499-511.
- MARSHALL, W. L., & ECCLES, A.*** (1993). **Pavlovian Conditioning Processus in Adolescent Sex Offenders**. in H. E. **Barbaree**, W. L. Marshall, & S. M. Hudson (eds), **The Juvénile Sex Offender**. New York: **Guilford**.
- MARSHALL, W. L., JONES, R., WARD, T., JOHNSTON, P., & BARBAREE, H. E.** (1991). Treatment Outcome **With Sex Offenders**. **Clinical Psychology Review**, 11. 465-485.

- MARSHALL, W. L., & PITHERS, W. D. (1994). A **Reconsideration of Treatment Outcome With Sex Offenders**. Criminal Justice and Behavior. 21(1), 10-27.
- MARTIN, S. S., BUTZIN, C. A., & INCIARDI, J. A. (1995). **Assessment of a Multistage Therapeutic Community for Drug-Involved Offenders**. Journal of Psychoactive Drugs, 27(1), 109-116.
- MARTIN, S. S., & SCARPITTI, F. R. (1993). An Intensive Case Management **Approach for Paroled IV Drug Users**. Journal of Drug Issues. 23(1), 43-59.
- MARTINSON, R.* (1974). **What Works? Questions and Answers About Prison Reform**. The Public Interest. 35, 22-54.
- MATHIAS, R., & MATHEWS, J. W. (1991). The **Boot Camp Program for Offenders: Does the Shoe Fit?** International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 35(4), 322-327.
- McBRIDE, D. C., & INCIARDI, J. A. (1993). The **Focused Offender Disposition Program: Philosophy, Procedures, and Preliminary Findings**. Journal of Drug Issues. 23(1), 143-160.
- McCONAGHY, N., BLASZCZYNSKI, A., & KIDSON, W.* (1988). **Treatment of Sex Offenders With Imaginal Desensitization and/or Medroxyprogesterone**. Acta Psychiatrica Scandinavica, 22(2), 199-206.
- McCORD, J.* (1992). **Deterrence of Domestic Violence: A Critical View of Research**. Journal of Research in Crime and Delinquency, 29(2), 229-239.
- McCULLOCH, S.* (1993). **Social Skills and Human Relationships: Training for Sex Offenders**. Australian and New Zealand Journal of Criminology, 26(1), 47-58.
- McGRATH, R. J. (1991). **Sex-Offender Risk Assessment and Disposition Planning: A Review of Empirical and Clinical Findings**. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 35(4), 328-353.
- McGUIRE, J., BROOMFIELD, D., ROBINSON, C., & ROWSON, B.* (1995). **Short-term Effects of Probation Programs - An Evaluative Study**. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 39(1), 23-42.
- MEREDITH, C., & BURNS, N.* (1990). **Project Report. Evaluation of Batterer's Treatment Programs**. Ottawa: Services correctionnels de l'Ontario.
- MEZEY, G. G.* (1991). **Treatment in the Community**. Conférence of the University of London, Institute of Psychiatry (1990, London, England). Criminal Behaviour and Mental Health. 1(2), 169-172.

- MINISTERE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE*. (1993). Rapport annuel. 1992-1993. Québec.
- MM BELL, & MURRAY, C. & A. (1992). Publicly Funded Substance Abuse **Programs** for **Adult Offenders** in Washington State. Seattle, Washington.
- MONOHAN, J.* (1993). Mental **Disorder** and Violence: **Another Look**. in S. **Hodgins** (ed), **Mental Disorder** and Crime. **Newbury Park**: Sage Publications, 287-302.
- MOON, M. M., & LATESSA, E. J.* (1994). **Drug Treatment in Adult Probation: An Evaluation of an Outpatient and Acupuncture Program**. **Evaluation and Program Planning**. 17(2). 217-226.
- MURRAY, D. W. (1991). New Initiatives in Drug Treatment in **the** Fédéral Bureau of Prisons. **Fédéral Probation**. 55(2). 35-41.
- NOCHAJSKI, T. H., MILLER, B. A., WIECZOREK, W. F., & WHITNEY, R.* (1993). The **Effects** of a **Drinker-Driver** Treatment Program: Does **Criminal History Make** a Différence? **Criminal Justice and Behavior**. 20(2). 174-189.
- NORTON, K. (1992). **Personality Disordered Individuals: the Henderson Hospital Model of Treatment**. **Criminal Behaviour and Mental Health**. 2, 180-191.
- O'BRIEN, C. P., WOODY, G. E., & DRULEY, K. A. (1982). Is Treatment for Substance Abuse Effective? **Journal of American Médical Association**. 247(10). 1423-1428.
- O'DONOHUE, W., & LETOURNEAU, E.* (1993). A **Brief Group Treatment for the Modification of Déniai in Child Sexual Abusers: Outcome and Follow-up**. **Child Abuse and Neglect**. 17(2). 299-304.
- OMAN, C. A., & CAMERON, S. J. (1986). Treatment of Sex Offenders. **Harrisburg, PA: Pennsylvania Coalition Against Rape**.
- ORMOND, J. E. (1992). A **Paradigm for Socialization: Empowering African-American Substance Abusers to Maximize Their Human Potential**. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**. 3(1), 181-193.
- ORSAGH, T., & MARSDEN, M. E. (1987). **Inmates (Plus) Appropriate Programs (Equals) Effective Rehabilitation**. **Corrections Today**. 49(5). 174-176, 178, 180.
- ORSAGH, T., & MARSDEN, M. E. (1985). **What Works When: Rational-Choice Theory and Offender Rehabilitation**. **Journal of Criminal Justice**. 13(3). 269-277.

- OUELLET, F., LINDSAY, J., & SAINT-JACQUES, M.-C.*** (1994). Une évaluation de **programme** à multiples facettes: l'intervention auprès des conjoints violents. *Santé mentale au Québec*, 19, 195-224.
- OWEN, B.** (1992). **Measuring Success** in Prison **Drug Programs**. *Journal of Crime and Justice*, 15(1),91-118.
- PAGE, R. C.*** (1986). The **Effects** of Marathon **Groups** on the **Ways Illicit** Drug Users **Perceive Counseling**. *International Journal of the Addictions*, 20(11-12), 1675-1684.
- PALMER, S. E., BROWN, R. A., & BARRERA, M. E.*** (1992). Group **Treatment Program** for Abusive **Husbands: Long-Term** Evaluation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 276-283.
- PALMER, T.*** (1978). **Correctional** Intervention and Research. **Lexington: Lexington Books**.
- PALMER, T.** (1991). **The Effectiveness** of **Intervention: Récent Trends** and **Current** Issues. *Crime and Delinquency*, 37(3), 330-346.
- PALMER, T.*** (1994). A Profile of **Correctional Effectiveness** and New Directions for Research. **Albany: State University** of New York Press.
- PALMER, T.** (1984). Treatment and **the Role** of Classification: A **Review** of Basics. *Crime and Delinquency*, 30(2), 245-267.
- PARENT, D. G.*** (1995). **Boot Camps Failing to Achieve Goals**. in M. **Tonry**, & K. **Hamilton** (eds), **Intermediate** Sanctions in **Overcrowded** Times. Boston: **Northeastern** University Press, 139-149.
- PEARSON, F. S.** (1988). Evaluation of New **Jersey's** Intensive Supervision Program. *Crime and Delinquency*, 34(4), 437-448.
- PELLERIN, B., PROULX, J., OUMET, M., PARADIS, O., McKIBBEN, A., & AUBUT, J.*** (1996). Étude de la récidive post-traitement chez des agresseurs sexuels. *Criminologie*, 29(1), 85-108.
- PETERS, R. H.** (1993). Drug Treatment in **Jails** and **Détention Settings**. in J. A. **Inciardi** (ed), **Drug Treatment** and **Criminal** Justice. **Newbury Park: Sage** Publications, 44-80.
- PETERS, R. H.** (1992). **Referral** and **Screening** for Substance Abuse Treatment in Jails. *Journal of Mental Health Administration*, 19(1), 53-75.
- PETERS, R. H., & KEARNS, W. D.*** (1992). Drug Abuse **History** and Treatment Needs of **Jail Inmates**. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18(3), 355-366.

- PETERS, R. H., KEARNS, W. D., MURRIN, M. R., DOLENTE, A. S., & MAY, R. L.*** (1993). **Examining the Effectiveness of In-Jail Substance Abuse Treatment.** *Journal of Offender Rehabilitation.* 19(3-4), 1-39.
- PETERS, R. H., & MAY, R. L.** (1992). **Drug Treatment Services in Jails,** in C. G. **Leukefeld,** & F. M. **Tims (eds),** *Drug Abuse Treatment in Prisons and Jails.* Washington: Department of Health and **Human Services,** 38-50.
- PETERS, R. H., MAY, R. L., & KEARNS, W. D.** (1992). **Drug Treatment in Jails: Result of a Nationwide Survey.** *Journal of Criminal Justice.* 20(4), 283-295.
- PETERS, R. H., WAGONER, J. L., & McGAHA, J. E.** (1993). **Alcohol and Drug Rehabilitation.** *Journal of Offender Rehabilitation.* 19(3/4), 1-79.
- PETERSILIA, J., & TURNER, S.** (1992). **Criminology.** An Evaluation of Intensive **Probation in California.** *The Journal of Criminal Law and Criminology.* 82(3), 610-658.
- PEYROT, M., YEN, S., & BALDASSANO, C. A.** (1994). **Short-Term Substance Abuse Prévention in Jail: A Cognitive Behavioral Approach.** *Journal Drug Education.* 24(1), 33-47.
- PIROG-GOOD, M., & STETS, J.*** (1986). **Programs for Abusers: Who Drops Out and What Can Be Done.** *Response to the Victimization of Women and Children.* 9, 17-19.
- PIROG-GOOD, M., & STETS-KEALY, J.*** (1985). **Male Batterers and Battering Prévention Programs: A National Survey.** *Response to the Victimization of Women and Children.* 8(3), 8-12.
- PITHERS, W. D.*** (1991). **Prévention de la rechute chez les agresseurs sexuels.** *Forum.* 3(4), 21-26.
- PITHERS, W. D., KASHIMA, K. M., CUMMING, G. F., BEAL, L. S., & BUELL, M. M.*** (1988). **Relapse Prévention of Sexual Aggression.** in R. A. **Prentky,** & V. L. **Quinsey (eds),** *Human Sexual Aggression: Current Perspectives.* New York: New York Academy of Sciences, 244-260.
- POIRIER, M., BROCHU, S., & FORGET, C.*** (1990). **Echo: Program of Personal Development for Inmates.** *Fédéral Probation.* 54 (4), 57-62.
- POWERS, K.** (1992). **Intensive Supervision in the Northern District of Ohio.** Washington: U.S. Parole Commission.
- POYNTER, T. L.*** (1989). **An Evaluation of a Group Programme for Male Perpetrators of Domestic Violence.** *Australian Journal of Sex, Marriage and Family.* 10(3), 133-142.

- PRENTSKY, R., & BURGESS, A. W.*** (1990). American Journal of Orthopsychiatry. **60(1)**. 108-117.
- PROCHASKA, J. O., & DiCLEMENTE***. (1982). **Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model** of Change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 19. **276-288**.
- QUINSEY, V. L.** (1983). Prédiction of **Recidivism** and the Evaluation of **Treatment Programs** for Sex **Offenders**. in S. N. Verdun-Jones, & A. A. **Kelther** (eds), **Sexual Aggression and the Law**. **Burnaby, BC: Simon Fraser University Criminology Research Centre**, 27-40.
- QUINSEY, V. L., HARRIS, G. T., RICE, M. E., & LALUMIERE, M. L.** (1993). **Assessing Treatment Efficacy in Outcome Studies** of Sex Offenders. Journal of Interpersonal Violence, **8(4)**, 512-523.
- QUINSEY, V. L., HARRIS, G. T., RICE, M. E., & LALUMIERE, M. L.** (1992). Research Reports. **Assessing Treatment Efficacy in Outcome Studies of Sex Offenders**, **Penetanguishene, Ontario: Mental Health Center**.
- RAGGHIANI, M., & GLENN, T.** (1991). **Reducing Recidivism: Treating the Addicted Inmate**. Ohio: **Hazelden**.
- RETTINGER, L. J., VAN DIETEN, M., GRAHAM, L. J., & VAN HORN, G.*** (1983). **Semi-Annual Report for the Family Enrichment Program**, **Ottawa, Ontario: John Howard Society**.
- RICE, M. E., HARRIS, G. T., & QUINSEY, V. L.*** (1993). **Evaluating Treatment Programs for Child Molesters**. in J. **Hudson**, & J. **Roberts** (eds), **Evaluating Justice: Canadian Policies and Programs**. Toronto: John Howard Society, 189-203.
- ROBBINS, S. P., & MUTCHLER RITTER, K.** (1989). The Violent **Delinquent: Does Anything Work?** **Free Inquiry** in Creative Sociology, **17(1)**. 77-83.
- ROBERTS, A. R.*** (1987). **Psychological Characteristics of Batterers: A Study of 234 Men Charged With Domestic Violence Offenses**. Journal of Family Violence. 2(11) 81-93.
- ROBERTSON, G.** (1989). Treatment for **Offender** Patients: How Should **Success Be Measured?** Médecine, Science and Law. **29(4)**. 303-307.
- ROBERTSON, J. M., & BLACKBURN, J. V.** (1984). An Assessment of Treatment **Effectiveness** by Case Classification. **Fédéral Probation**. 48. **34-38**.
- RONDEAU, G., LINDSAY, J., BRODEUR, N., & BEAUDOIN, G.** (1995). **Exploration des principaux dilemmes éthiques associés à l'intervention auprès des conjoints violents et des stratégies pour les résoudre**. Montréal: cahier no 2, Collection études et analyses, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

- RONDEAU, G., BROCHU, S., & LEMIRE, G.* (1994). Examen des publications sur les programmes de traitement à l'intention des hommes qui se montrent violents dans leurs rapports familiaux. documents 1 et 2, présentés au Service correctionnel du **Canada**.
- ROSEN, R. C., & HALL, K. S. K.* (1992). **Behavioral Treatment Approaches for Offenders and Victims**. in W. O'Donohue, & J. H. Geer (eds), **The Sexual Abuse of Children: Clinical Issues**. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Ass, 301-330.
- ROSENBAUM, A.* (1986). Group Treatment for Abusive Men: **Process and Outcome**. Psychotherapy, 23(4). 607-612.
- ROSENBERG, H., & BRIAN, T.* (1986). **Cognitive-Behavioral Group Therapy for Multiple-DUI Offenders**. in S. K. Valle (ed), **Drunk Driving** in America. New York: The Haworth Press, 47-65.
- ROSS, J., MAYELL, H., & WILLIAMS, J. (1980). **Narcotic Antagonist Jail Work Release Program**. Silver Spring, MD: Project Connection Macro Systems.
- ROSS, R. R., FABIANO, E. A., & EWLES, C. D. (1988). **Reasoning and Rehabilitation**. International Journal of **Offender Therapy** and Comparative **Criminology**, 32(1). 29-35.
- SAFER SOCIETY PRESS ORWELL. (1992). **Recidivism in Sex Offender Treatment: A Packet**. Vermont.
- SALERNO, A. W.* (1991). **Let's Give Shock Incarcération the Boot**. **Corrections Today**. 53 (6), 28-32.
- SANDERS, J. F., ORLING, R. A., BROWN, R., & DAVIS, B. (1993). **Rational Behavior Training Effectiveness for White and Nonwhite Incarcerated Félons**. Psychological Reports, 22(3), 1056-1058.
- SAUNDERS, B., WILKINSON, C., & PHILLIPS, M. (1995). The Impact of a **Brief Motivational Intervention with Opiate Users Attending a Methadone Programme**. **Addiction**. 90. 415-424.
- SAUNDERS, D. G. (1988). Issues in **Conducting Treatment Research With Men Who Batter**. in G. T. Hotaling, D. Finkelhor, J. T. Kirkpatrick, & M. A. Straus (eds), **Coping With Family Violence: Research and Policy Perspectives**. Newbury Park: Sage Publications, 145-156.
- SAUNDERS, D. G., & HANUSA, D.* (1986). **Cognitive-Behavioral Treatment of Men Who Batter: The Short-Term Effects of Group Therapy**. **Journal of Family Violence**. 1. 357-372.

- SAUNDERS, D. G., & PARKER, J. C.*** (1989). **Légal Sanctions and Treatment Follow-Through Among Men Who Batter: A Multivariate Analysis.** *Social Work Research and Abstracts*, **25(3)**, 21-29.
- SCHMIDT, J. D., & SHERMAN, L. W.*** (1993). **Does Arrest Deter Domestic Violence?** *American Behavioral Scientist*, **36(5)**, 601-609.
- SCHWARTZ, B. K.*** (1992). **Effective Treatment Techniques for Sex Offenders.** *Psychiatric Annals*, **22(6)**, 315-319.
- SCOTT, R. F., HAWKINS, R. D., & FARNWORTH, M.*** (1994). **Opération Kick-It: Texas Prisoners Rehabilitate Themselves by Dissuading Others.** *Journal of Offender Rehabilitation*, **20(3-4)**, 207-215.
- SHAH, S. A.*** (1993). **Récent Research on Crime and Mental Disorder: Some Implications for Programs and Policies.** in S. Hodgins (ed), *Mental Disorder and Crime.* **Newbury Park:** Sage Publications, 303-316.
- SHAW, T. A., HERKOV, M. J., & GREER, R. A.*** (1995). **Examination of Treatment Completion and Predicted Outcome Among Incarcerated Sex Offenders.** *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, **23(1)**, 35-41.
- SHEILAGH, H.** (1983). **L'évaluation de programmes de réhabilitation: comment la faire?** *Revue internationale de Criminologie et de police technique de Genève*, **36(2)**, 43-60.
- SHEPARD, M. F.*** (1992). **Predicting Batterer Recidivism Five Years After Community Intervention.** *Journal of Family Violence*, **7(3)**, 167-178.
- SHERMAN, L. W., & BERK, R. A.*** (1984). **The Spécifie Déterrent Effects of Arrest for Domestic Assault.** *American Sociological Review*, **49**, 261-272.
- SHERMAN, Y., & PEYROT, M.*** (1989). **A Behavioral Approach to Substance Abuse Prévention in the Correctional Setting: A Preliminary Report.** *Behavioral Residential Treatment*, **4(1)**, 54-64.
- SIEGAL, H. A., & COLE, P. A.** (1993). **Enhancing Criminal Justice Based Treatment Through the Application of the Intervention Approach.** *Journal of Drug Issues*, **23(1)**, 131-142.
- SIMKINS, L., WARD, W., BOWMAN, S., & RINCK, C. M.*** (1990). **Characteristics Prédictive of Child Sex Abusers' Response to Treatment: An Exploratory Study.** *Journal of Psychology & Human Sexuality*, **3(1)**, 19-55.
- SMALL, M. A.*** (1992). **The Légal Context of Mentally Disordered Sex Offender (MSDO) Treatment Programs.** *Criminal Justice and Behavior*, **19(2)**, 127-142.

- SMITH, J. A., & FAUBERT, M.* (1990). **Programming and Process in Prisoner Rehabilitation: A Prison Mental Health Center.** Journal of **Offender Counseling, Services and Rehabilitation**, **15(2)**, 131-153.
- SOLOMON, P., & DRAINE, J.* (1995). **One-year Outcomes of a Randomized Trial of Case Management with Seriously Mentally Ill Clients Leaving Jail.** Evaluation Review, **19(3)**, 256-273.
- SOMANDER, L. (1995). Intensive Supervision With Electronic **Monitoring**. Suède: National Prison and **Probation** Administration.
- STERMAC, L. E.* (1986). **Anger Control Treatment for Forensic Patients.** Journal of **Interpersonal Violence**, **1(4)**, 446-457.
- STRAUS, M. A.* (1993). **Identifying Offenders in Criminal Justice Research on Domestic Assault.** American Behavioral Scientist, **36(5)**, 587-600.
- SWANSON, C. K., & GARWICK, G. B.* (1990). Treatment for **Low-Functioning Sex Offenders: Group Therapy and Interagency Coordination.** Mental Retardation, **28(5)**, 155-161.
- TAUBER, J. S.* (1991). Importance of Immediate Intervention in a **Comprehensive Court-Ordered Drug Rehabilitation Program: A Preliminary Evaluation of the F.I.R.S.T. Diversion Project.** Inédit. Philadelphia.
- THORNTON, D., & HOGUE, T. (1993). The **Large-Scale** Provision of Programmes for **Imprisoned Sex.** Criminal Behaviour and Mental Health, **3(4)**, 371-380.
- TIMS, F. D., & LEUKEFELD, C. G. (1992). Drug Abuse Treatment in Prisons and Jails. Washington: Department of Health and **Human Services**
- TURNBAUGH, K. (1995). **Sheriff's Work Alternative Program: Paying Back the Community.** The Compiler: minois Criminal **Justice Information Authority**. (winter/spring), 4-6.
- U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE. (1991). **Directory of State-Identified Intervention/Treatment Programs for Drug Dependent Offenders.** Washington: Bureau of Justice Assistance.
- U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE*. (1992). Treatment Alternatives to Street Crime: TASC Programs. Second **Edition**. Washington: Bureau of Justice Assistance.
- U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE. (1988). Treatment **Alternatives** to Street Crime. TASC Programs: Program **Brief**. Washington: Bureau of Justice Assistance.

- VALLIANT, P. M., & ANTONOWICZ, D. H. (1991). Cognitive **Behaviour Therapy** and Social **Skills Training Improves Personality and Cognition in Incarcerated Offenders.** Psychological Reports. 68m. 27-33.
- VALLIANT, P. M., & ANTONOWICZ, D. H.* (1992). **Rapists, Incest Offenders, and Child Molesters in Treatment: Cognitive and Social Skills Training.** International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 36(3). 221-230.
- VAN DIETEN, M., RETTINGER, L. J., GRAHAM, I. J., & VAN HORNE, G.* (1992). **The Development. Implementation and Evaluation of the Family Enrichment Program.** Quarterly report. Ottawa: John Howard Society.
- VAN STELLE, K. R., MAUSER, E., & MOBERG, D. P.* (1994). **Recidivism to the Criminal Justice System of Substance-Abusing Offenders Diverted into Treatment.** Crime and Delinquency, 40(2). 175-196.
- VISHER, C. A. (1989). **Linking Criminal Sanctions, Drug Testing, and Drug Abuse Treatment: A Crime Control Strategy for the 1990s.** Criminal Justice Policy Review. 3(4). 329-343.
- VITELLI, R.* (1995) **Treatment and Outcome Characteristics of Mentally Ill Maximum-Security Offenders.** International Conference on Mental Disorder and Criminal Justice. Vancouver, BC, April 1995.
- VITO, G. F.* (1989a). The **Kentucky Substance Abuse Program: A private program to treat probationers and parolees.** Fédéral Probation. 53(1). 65-72.
- VITO, G. F.* (1989b). **War on drugs: The Kentucky Substance Abuse Program.** Corrections Today, 51(3), 34-36.
- WAGONER, J. L., & PIAZZA, N. J.* (1993). Group Therapy for **Adult Substance Abusers** on Probation. Journal of Offender Rehabilitation. 19(3-4). 41-56.
- WALDO, M.* (1986). Group **Counseling for Military Personnel Who Battered Their Wives.** Journal of Specialists in Group Work. 11(3). 132-138.
- WALDO, M.* (1988). **Relationship Enhancement Counseling Groups for Wife Abusers.** Journal of Mental Health Counseling. 10m. 37-45.
- WALLACE, S., PELISSIER, B., MURRAY, D., & McCARTHY, D. (1991). Drug Treatment: Perspectives and **Current Initiatives.** Fédéral Prisons Journal. 2(3). 32-40.
- WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF CORRECTIONS*. (1992), **Publicly Funded Substance Abuse Programs for Adult Offenders in Washington State.** Washington: U.S. Department of Justice.

- WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF **CORRECTIONS**. (1988), Substance **Abuse Treatment Program**: Evaluation of Outcomes and Management Report. Washington: U. S. Department of Justice.
- WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF SOCIAL AND MENTAL HEALTH SERVICES. (1991). SSOSA **Blue Ribbon** Panel Final Report to the **Législature**. **Olympia**.
- WASHOUSKY, R.*** (1986). An **Alcoholism Outpatient** Treatment Program for **Alcoholics Convicted of DWI**. in D. **Foley (ed)**, **Stop DWI: Successful Community Responses to Drunk Driving**. Toronto: **Lexington Books**, 77-83.
- WEBSTER, C. D., JENSON, F. A. S., STERMAC, L., GARDNER, K., & SLOMEN, D.*** (1985). **Psychoeducational** Assessment Programmes for Forensic Psychiatric Patients. **Canadian Psychology / Psychologie** Canadienne. **26(1)**. 50-53.
- WEINMAN, B. A., & LOCKWOOD, D.** (1993). **Inmate Drug Treatment Programming in the** **Fédéral Bureau of Prisons**. in J. A. **Inciardi (ed)**, **Drug Treatment and Criminal Justice**. **London**: Sage Publications, 194- 208.
- WELLISCH, J., ANGLIN, M. D., & PRENDERGAST, M. L.*** (1993). **Numbers and Characteristics of Drug-Using Women in the Criminal Justice System: Implications for the Treatment** **Journal of Drug Issues**. **23(1)**. 7-30.
- WELLS-PARKER, E., **ANDERSON, B. J., LANDRUM, J. W., & SNOW, R. W.** (1988). **Long-Term Effectiveness of Probation, Short-Term Intervention and LAI Administration for Reducing DUI Recidivism**. **British Journal of Addiction**. **83(4)**. 415-421.
- WEXLER, H. K.*** (1995). The Success of **Therapeutic Communities** for Substance **Abusers** in American Prisons. **Journal of Psychoactive Drugs**, **27(1)**. 57-66.
- WEXLER, H. K., BLACKMORE, J., & LIPTON, D. S.** (1991). **Project Reform: Developing a Drug Abuse Treatment Strategy** for Corrections. **Journal of Drug Issues**. **21(2)**. **469-490**.
- WEXLER, H. K., & LIPTON, D. S.** (1993). From Reform to **Recovery: Advances** in Prison Drug Treatment in J. A. **Inciardi (ed)**, **Drug Treatment and Criminal Justice**. **London**: Sage Publications, 209-227.
- WILSON, G. L.** (1990). **Psychotherapy With Depressed Incarcerated Férons: A Comparative Evaluation of Treatments**. **Psychological Reports**. **67**. 1027-1041.
- WILSON, J. Q.** (1980). **What Works? Revisited - New Findings on Criminal Rehabilitation**. **Public Interest**. **61**, 3-17.

- WOLF, T. W.*** (1994). The **Mirmont** Evaluation: **Drug** Treatment as a Condition of **Pretrial Release**. Fédéral Probation, **58(1)**, 36-44.
- WOLFUS, B., & BIERMAN, R.*** (1993). "**Relating Without Violence**": An **Evaluation** of a Program for Incarcerated **Male Batterers**. Ontario: Ontario **Correctional Institute**.
- WOLOZIN, D., & DALTON, E.** (1990), **Short-Term Group Psychotherapy With the "Family-Absent Father"** in a Maximum **Security Psychiatric Hospital**. Social Work With Groups, **13(1)**, 103-111.
- WORMITH, J. S., & HANSON, R. K.*** (1992). The Treatment of Sexual Offenders in **Canada**: An Update. Spécial issue: **Violence and Its Aftermath**. Canadian Psychology, **33(2)**, 180-198.
- Y ANG, S. S.** (1989). **Treatability of the Sex Offender**: Considérations of **Ethiology Pathology**, and Treatment in **Repealing Sexually Dangerous Offender Statutes**. Medicine and Law, **8(4)**, 319-28.
- YATES-CORBETT, P. M.*** (1990). Evaluation of a **Multimodal Substance Abuse** Treatment Program for Incarcerated Offenders: **Immédiate Treatment Gains**. Thèse de doctorat Inédit **Carleton University**.
- YEN, S., PEYROT, M., & PRINO, C T.** (1989). **Behavioral Approach to Substance Abuse** Prévention in **the Correctional Setting**: A **Preliminary Report**. Behavioral Residential Treatment, **4(1)**, 53-64.