



**Conférence de consensus  
sur la prévention de la récidive**

**RÉDUIRE LA RÉCIDIVE : LES PROGRAMMES CORRECTIONNELS**

**Franca Cortoni**

**07 janvier 2013**

Cortoni, F. (2013). *Prévenir la récidive : Les programmes correctionnels*. Paris, France :  
Conférence de consensus sur la prévention de la récidive.

## RÉDUIRE LA RÉCIDIVE : LES PROGRAMMES CORRECTIONNELS

Le but des programmes correctionnels est de réduire le risque de récidive criminelle. Même si par le passé on a cru que rien n'arrivait à changer le comportement criminel (Martinson, 1974), nous savons maintenant que des interventions de réhabilitation correctionnelle bien conçues et correctement mises en œuvre réduisent effectivement la probabilité d'un comportement criminel futur (Andrews et Bonta, 2010). Qui plus est, il est désormais un fait établi que l'adhérence à des principes précis en matière de réhabilitation est nécessaire pour que les interventions correctionnelles réussissent à diminuer la récidive (Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau et Cullen, 1990; Hanson, Bourgon, Helmus et Hodgson, 2009; Hollin et Palmer, 2006; Polascheck, 2011).

### Quels sont les programmes correctionnels qui sont efficaces?

Andrews et ses collègues (voir Andrews et Bonta, 2010) ont proposé puis intensivement évalué trois principes clés sur lesquels appuyer les « services à la personne<sup>1</sup> », principes qui sont maintenant connus sous les noms de « risque », « besoins » et « réceptivité ». Il est important de souligner ici que dans le contexte correctionnel, le traitement ne se fonde pas sur un modèle médical selon lequel la cause du comportement criminel est une psychopathologie. Le terme « traitement », aussi appelé « intervention thérapeutique » ou « intervention correctionnelle », désigne plutôt un ensemble d'interventions psychosociales<sup>2</sup> conçues pour réduire les risques de récidive (Hollin, 2006). La recherche démontre que les interventions correctionnelles basées sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité mènent à de plus importantes réductions des taux de récidive que les seules sanctions de la justice pénale (Hollin et Palmer, 2006). La recherche a aussi établi qu'il est possible d'appliquer ces principes à tous les genres de crimes et à tous les types de délinquants (Hollin et Palmer, 2006).

### Le principe du risque

Le principe du risque détermine l'intensité du traitement qu'un délinquant devrait recevoir. Il stipule que les délinquants qui présentent un risque plus élevé de récidive doivent recevoir davantage d'interventions ou de suivi. Inversement, les délinquants à faible risque n'ont besoin que de peu ou pas d'interventions. Exiger que des délinquants présentant un risque faible participent à un traitement intensif n'amènera aucunement à une réduction de leur risque de récidive (Andrews et Dowden, 2006; Lowenkamp, Latessa et Holsinger, 2006). Il est mieux d'allouer les ressources correctionnelles aux délinquants pour lesquels l'impact sera plus important. De la même façon, un traitement insuffisant ne changera en rien les taux de récidive chez les délinquants à risque élevé. À titre d'illustration, dans leur étude de l'impact du traitement de 482 délinquants incarcérés, Bourgon et Armstrong (2005) ont trouvé que chez les délinquants à risque élevé qui avaient reçu au moins 300 heures de traitement, les taux de récidive étaient significativement réduits (38,3 %) par comparaison avec ceux observés chez les délinquants à niveau de risque comparable, mais n'ayant reçu que 100 heures de traitement (62 %). Bien qu'il n'existe aucune règle précise sur le nombre d'heures d'intervention jugé

---

<sup>1</sup> Dans un contexte correctionnel, les « services à la personne » désignent l'ensemble des interventions thérapeutiques destinées aux délinquants. Celles-ci se distinguent des sanctions légales (ex. : amendes, probation, emprisonnement) et des interventions qui se concentrent peu sur les caractéristiques individuelles des délinquants, telles que les « *boots camps* » et les programmes dissuasifs de type « *scared-straight* ».

<sup>2</sup> Voilà pourquoi les termes « traitement » et « intervention » sont utilisés de manière interchangeable dans la littérature scientifique sur les programmes correctionnels.

nécessaire, les travaux de Bourgon et Armstrong (2005) suggèrent qu'au moins 300 heures sont nécessaires pour les délinquants à risque élevé. Un nombre moindre (100 à 200 heures) serait donc suffisant pour les délinquants qui présentent un risque modéré de récidive. Une intervention très minime (ou même aucune intervention) est recommandée pour les délinquants qui présentent un risque faible de récidive tant sur le plan statique que dynamique.

Le principe du risque est donc constitué de deux éléments fondamentaux : l'évaluation du risque de récidive et la correspondance entre ce risque et l'intensité du traitement proposé (Andrews, Bonta et Hoge, 1990; Andrews, Bonta et Wormith, 2006). Pour évaluer le risque, il est nécessaire de bien comprendre les facteurs spécifiquement associés au potentiel de récidive. De plus, il est essentiel d'utiliser des méthodes d'évaluation qui ont une utilité prédictive, comme l'ont établi les données probantes. De manière générale, l'exercice du jugement professionnel ou clinique non structuré produit des prédictions qui n'ont que peu de valeur prédictive, car ces jugements « traditionnels » prennent souvent en compte des facteurs qui ne sont pas nécessairement liés à la récidive (Andrews *et al.*, 2006; Quinsey, 2008; Quinsey, Harris, Rice et Cormier, 2006). Par exemple, les troubles mentaux et les problèmes de santé mentale importants tels que l'anxiété et la dépression ne sont pas associés au risque de récidive (Bonta, Law et Hanson, 1998; Hanson et Bussière, 1998; Hanson et Morton-Bourgon, 2005; Quinsey *et al.*, 2006). D'autres facteurs traditionnellement jugés importants, comme la présence de remords, le degré de force utilisée pour commettre l'infraction, la gravité des blessures subies par la victime ou le degré d'intrusion du comportement criminel dans les cas d'agression sexuelle (ex. : des rapports sexuels complets comparés à des attouchements) ou la sévérité de la sanction n'ont pas de rapport avec le risque de récidive (Andrews et Dowden, 2006; Hanson et Bussière, 1998; Quinsey *et al.*, 2006). Le lecteur est référé au texte de Guay (2013) sur l'évaluation du risque pour une discussion plus approfondie de l'évaluation du risque de récidive.

### **Le principe des besoins**

Le principe des besoins établit que les besoins criminogènes, aussi appelés « facteurs dynamiques de risque », sont les cibles de traitement appropriées lorsque le but est de réduire la récidive. Les besoins criminogènes sont les facteurs directement liés au potentiel de récidive et qui sont modifiables. Le fait de cibler des facteurs psychologiques qui n'ont aucun lien avec le comportement criminel, lorsqu'il se fait aux dépens des facteurs criminogènes, n'entraîne aucune réduction de la récidive (Andrews et Bonta, 2010; McGuire, 2001). Les interventions correctionnelles doivent donc se fonder sur un cadre théorique solide qui permet de comprendre les causes du comportement criminel. Un vaste et riche corpus théorique, soutenu par des données empiriques, détaille les facteurs associés au comportement criminel en général ainsi que ceux qui sont liés à certains types de délits comme les crimes violents et les crimes sexuels (*e. g.* Andrews et Bonta, 2010; Cortoni, 2009; Polaschek et Cortoni, sous presse). Une connaissance approfondie des travaux empiriques traitant des facteurs criminogènes propres à divers types de délinquants est nécessaire pour qu'un traitement efficace puisse être appliqué.

Les programmes correctionnels efficaces sont axés sur les besoins criminogènes des délinquants. Qui plus est, les programmes correctionnels qui se concentrent sur une combinaison de besoins criminogènes (appelés « programmes multifactoriels ») réduisent plus efficacement la récidive criminelle que les interventions qui ne visent qu'un seul facteur, par exemple la maîtrise de la colère (Lösel, 2001). Bien que les besoins criminogènes des délinquants se recoupent dans bien des cas, un certain nombre de facteurs criminogènes sont propres à des sous-populations de délinquants tels les agresseurs sexuels. Les besoins criminogènes incluent une attitude antisociale généralisée et une attitude favorable à un

éventail de comportements délinquants, comme la violence et l'agression sexuelle; des difficultés à interpréter l'information sociale; des problèmes de maîtrise de la colère; une maîtrise de soi déficiente; un mode de vie problématique; la fréquentation de pairs antisociaux; l'abus d'alcool ou d'autres drogues; et, dans le cas des agresseurs sexuels, des préférences sexuelles déviantes et une régulation sexuelle problématique (Hanson et Morton-Bourgon, 2005).

### **Le principe de la réceptivité**

Le principe de la réceptivité a deux aspects : il spécifie les modes et styles de traitement et il tient compte des caractéristiques individuelles qui peuvent influencer sur la capacité de chacun à bénéficier du traitement. Autrement dit, l'intervention doit être menée d'une manière qui implique les délinquants et qui les soutient dans leur apprentissage et leur progression vers les buts du traitement. Les données probantes révèlent que les thérapies non structurées, non directives, d'inspiration psychodynamique ou orientées sur l'introspection ne se sont pas efficaces pour réduire le comportement criminel (Andrews et Bonta, 2010; Andrews *et al.*, 1990; Lösel et Schmucker, 2005; McGuire, 2001a; 2001b). Ceci est dû au fait que les caractéristiques typiques des délinquants – telles que des problèmes d'impulsivité, de faibles aptitudes pour la résolution de problèmes, des attitudes antisociales et une faible motivation au traitement – les empêchent de s'engager vraiment dans les interventions non directives et orientées sur l'introspection (voir Andrews et Bonta, 2010; Andrews *et al.*, 1990; Day, Bryan, Davey et Casey, 2006; Wong, 2000; Wong et Hare, 2005).

Les modes de traitement dont l'efficacité a été empiriquement démontrée auprès des délinquants sont des interventions structurées de type cognitivo-comportemental, particulièrement quand elles sont combinées avec un style de traitement axé sur l'acquisition d'habiletés (Andrews et Bonta, 2010; Lösel, 2001; Lösel et Schmucker, 2005). Ces interventions incluent la restructuration cognitive, le modelage et le renforcement des attitudes et comportements anticriminels, l'acquisition graduelle d'habiletés diverses, le renforcement et le jeu de rôle pour consolider ces nouvelles habiletés, l'apport des ressources ou de soutien et, finalement, la formulation de suggestions concrètes – comme souligner le besoin de changer ou inciter à faire certains choix (Andrews et Bonta, 2010). Il est probable que ces méthodes d'intervention soient plus propices au traitement des délinquants, car elles correspondent aux caractéristiques que l'on trouve typiquement chez les populations délinquantes : difficultés dans la résolution de problèmes, moins bonnes capacités de gérer les impulsions, sensibilité émotionnelle au stress, manque d'attention et de persévérance dans les activités quotidiennes et manque de maîtrise de leur comportement (Polachek et Cortoni, sous presse).

Le second aspect du principe de la réceptivité est la réceptivité spécifique : les caractéristiques individuelles qui peuvent empêcher le délinquant de s'impliquer dans le processus de traitement, et d'apprendre et d'appliquer des changements à son comportement. Ces caractéristiques incluent le sexe et l'âge du délinquant, l'origine ethnique, les traits de personnalité, les capacités intellectuelles ou les styles et capacités d'apprentissage, les difficultés psychologiques tels les problèmes de dépression, d'anxiété ou de faible estime de soi, et les troubles mentaux. Ces caractéristiques ne sont pas liées en soi au comportement criminel (sauf certains traits de personnalité), mais elles entravent la capacité de la personne à bénéficier de l'intervention correctionnelle. Le traitement doit être adapté pour tenir compte de ces caractéristiques. Il est parfois nécessaire de cibler certaines difficultés (ex. : dépression, analphabétisme) avant de commencer le traitement correctionnel. Une partie du processus d'évaluation de l'individu implique donc de cerner les caractéristiques du délinquant qui pourraient être liées à la réceptivité, surtout celles qui indiquent qu'une intervention particulière serait nécessaire avant une participation à un programme correctionnel.

Les programmes correctionnels prennent en compte les caractéristiques spécifiques des délinquants auxquels ils s'adressent (ex. : femmes toxicomanes, jeunes hommes antisociaux, délinquants violents ou sexuels), non seulement pour améliorer la possibilité que ces individus bénéficient du traitement, mais également pour permettre le développement d'une alliance thérapeutique entre intervenants et délinquants. Cette alliance augmentera la motivation pour le traitement, minimisera le risque de cessation prématurée du traitement tout en permettant le changement nécessaire pour réduire la récidive (Beech, & Hamilton-Giachritsis, 2005). De cette façon, les délinquants, y compris ceux considérés comme étant psychopathes, peuvent effectivement bénéficier d'un traitement en dépit de leur faible degré de motivation à l'amorce d'un programme et de leur comportement qui s'avère parfois dérangeant en traitement (Polaschek et Cortoni, sous presse; Preston, 2001).

Finalement, peu importe le type de délinquants concerné, tous les programmes correctionnels doivent inclure une composante d'autogestion. L'approche de l'autogestion implique que le délinquant identifie, avec l'aide de son intervenant, le cycle de vie négatif qui a mené au comportement délinquant; qu'il cerne les éléments et difficultés (facteurs de risque) qui ont contribué à ce cycle de vie négatif; et qu'il élabore des stratégies pour redresser sa vie de manière à réduire ou à éliminer l'impact de ces facteurs de risque. Un plan d'autogestion doit aussi prévoir l'établissement d'un réseau sur lequel le délinquant pourra compter dans son environnement et qui sera au fait tant de ses facteurs de risque que de ses stratégies d'autogestion de manière à pouvoir le soutenir au moment de sa réinsertion sociale.

On doit toutefois noter qu'un plan d'autogestion ne constitue aucunement une « recette » à utiliser à l'avenir. Il s'agirait plutôt d'une « carte » tracée par le délinquant qui lui servira non seulement à gérer les aspects problématiques de sa vie, mais aussi à établir des buts personnels positifs à court et à long terme qui soient incompatibles avec le mode de vie criminel. Dans cette optique, tous les programmes correctionnels devraient prévoir une composante dont l'objectif est d'aider les délinquants à cerner quels sont les habiletés et les forces dont ils disposent pour se donner des buts de toute une vie qui soient réalistes (en tenant compte du délinquant en question) et compatibles avec un mode de vie prosocial. Les stratégies qui facilitent la généralisation des gains acquis à un environnement moins structuré, comme peut l'être la collectivité, devraient aussi être préparées. Ainsi, la préparation d'un bon plan de libération conditionnelle est essentielle puisque sa qualité est liée à une diminution de la récidive (Dickson, Polaschek et Casey, 2011; Farmer, Beech et Ward, 2012; Willis et Johnston, 2012).

### **Les intervenants**

Des personnes qualifiées doivent fournir les programmes correctionnels. Qui plus est, même si certaines personnes peuvent très bien s'occuper de certains programmes correctionnels (ex. : programme pour abus de substances), elles pourraient ne pas être les mieux placées pour intervenir sur d'autres problématiques, comme l'agression sexuelle. En conséquence, pour que les programmes correctionnels soient efficaces, on doit porter une attention particulière à la sélection et à la formation des membres de l'équipe thérapeutique (Dowden et Andrews 2004; Hollin, 2006). Le succès des interventions correctionnelles est mieux assuré quand les services sont fournis par des intervenants qui non seulement maîtrisent parfaitement les bases théoriques et cliniques des programmes correctionnels, mais qui adhèrent aussi à leurs objectifs et stratégies d'intervention. De plus, les membres du personnel qui offrent une thérapie efficace font office de modèles de probité et appuient les sentiments et les efforts prosociaux des délinquants. Voici d'autres caractéristiques fondamentales des

thérapeutes dont on a pu observer l'importance, peu important le type de programme correctionnel, le milieu correctionnel ou la population de délinquants :

- **Facteurs liés à l'alliance thérapeutique** : l'habileté à établir un rapport avec les délinquants qui soit clair, ouvert, soutenant et enthousiaste.
- **Autorité** (c.-à-d. une attitude ferme mais équitable) : la capacité de distinguer ce qui relève des règles et les requêtes, et de surveiller et de renforcer le respect des règles.
- **Démonstration et renforcement d'un mode de vie prosocial** : l'habileté à illustrer et à renforcer de manière vivante les solutions de rechange aux façons de penser, de ressentir et d'agir qui sont propres à un style de vie criminel.
- **Habileté à résoudre les problèmes concrets** : la capacité à outiller les délinquants pour qu'ils puissent développer leurs habiletés et les aider à identifier et éliminer leurs obstacles aux comportements prosociaux.

Ces caractéristiques contribuent à établir une relation qui soutient les délinquants et qui les dispose à accepter les remarques des intervenants. Il faut toutefois prendre garde à ce que les membres du personnel fassent bien la distinction entre l'acceptation du délinquant ou l'empathie qu'on lui porte, et l'acceptation inconditionnelle de sa perception erronée de lui-même, de ses crimes ou des autres. Ce dernier cas de figure illustre une façon contre-productive de travailler avec des délinquants. Il est également essentiel que les membres du personnel ne portent pas de jugement moral sur les délinquants ou leurs crimes. Ils doivent donc demeurer conscients de l'attitude qu'ils adoptent avec les délinquants (et les comportements délinquants) et régler tout problème personnel susceptible de nuire à leur intervention thérapeutique.

### **L'importance de l'évaluation**

La réalisation de recherches évaluatives visant à déterminer l'efficacité du traitement correctionnel est un élément important des interventions correctionnelles. Comme l'ont souligné Gendreau, Goggin, et Smith (2001), cet aspect est trop souvent négligé. En fait, il est maintenant devenu inacceptable d'élaborer et d'implanter des traitements correctionnels sans mettre en place un cadre d'évaluation (Hollin, 2006; McGuire, 2001). Deux catégories d'évaluation sont typiquement employées pour examiner l'intégrité et l'efficacité des programmes correctionnels : l'évaluation formative, ou « de processus », et l'évaluation sommative, ou « de l'efficacité ». Les évaluations de processus sont requises pour examiner la qualité générale de l'implantation et de la dispensation du traitement, tandis que l'évaluation de l'efficacité détermine si oui ou non la participation dans le programme occasionne une réduction de la récidive (McGuire, 2001).

### **L'évaluation formative**

La finalité des évaluations formatives du traitement est d'examiner les questions liées aux *processus* de l'intervention. Ce genre d'évaluation s'intéresse à ce que l'intervention accomplit, et a pour fonction d'aider les gestionnaires de programme, entre autres, à améliorer leur façon de faire. Ces évaluations examinent divers points de la qualité générale de la mise en application et de la dispensation du programme (voir Andrews et Dowden, 2005). Les points fondamentaux que couvrent couramment les évaluations des traitements incluent :

- Est-ce que le programme est offert aux bons participants?
- Comment les participants répondent-ils au programme? (engagement, cohésion du groupe, participation active, taux d'abandon, raisons de l'abandon, etc.).

- Le programme a-t-il été mis en application tel que prescrit? (milieu approprié, les intervenants sont sélectionnés, formés et supervisés cliniquement de façon appropriée, le nombre et durée des rencontres respectés, etc.).
- La mise en application du programme respecte l'intention originale du programme? (p. ex., les indications du manuel sont suivies et tout le contenu du manuel est utilisé).
- Le milieu est-il favorable à la mise en application du programme? (p. ex., le personnel des services généraux est au courant des programmes et les soutient, la documentation auxiliaire sur le comportement est consignée comme il se doit, les rapports sur la participation aux programmes servent aux agents de libération conditionnelle et aux autres décideurs, la direction soutient les programmes et y consacre les ressources physiques et thérapeutiques appropriées).
- La façon de dispenser le programme tient-elle compte des questions de réceptivité? (niveau d'alphabétisation, santé mentale, etc.).

### Évaluation de l'efficacité

L'objectif général des évaluations de l'efficacité est de déterminer si l'intervention a atteint ses objectifs et permis d'obtenir les résultats escomptés. Ce type d'évaluation s'intéresse donc à *ce qui a changé* à la suite du traitement. Les changements devraient être visibles à court et à long terme et être liés à l'objectif général qu'est la réduction de la récidive. Pour déterminer si le programme a eu les effets escomptés, des comparaisons planifiées avec des groupes de délinquants appropriés qui n'ont pas participé à l'intervention doivent absolument faire partie du programme d'évaluation.

Dans le cadre des programmes correctionnels, les résultats immédiats représentent les changements cognitifs et comportementaux que devrait entraîner la participation à une intervention. Les changements dans ces caractéristiques devraient se manifester à court et à long terme tout en étant liés à la finalité qu'est la réduction de la récidive. Par « résultat à court terme », on entend les résultats immédiats qu'on attend de la participation à une intervention correctionnelle. Les changements d'attitude ou dans les habiletés d'autogestion sont des exemples de résultats à court terme. Les résultats à plus long terme sont définis comme les changements prévisibles qui se manifesteraient un certain temps après la fin du programme. Dans cet esprit, les changements comportementaux prévisibles – comme la réduction des incidents en établissement, un meilleur comportement dans la collectivité et une réduction de la récidive – sont tous considérés comme des résultats à plus long terme.

Les questions suivantes sont examinées dans les évaluations sommatives :

- L'intervention a-t-elle entraîné les changements cognitifs et comportementaux attendus?
- Ces changements se sont-ils maintenus dans le temps (durant l'incarcération et de retour dans la collectivité)?
- L'intervention et les changements qu'elle a entraînés sont-ils liés à une réduction de la récidive?

### La conception et l'implantation des programmes correctionnels

La conception des programmes de traitement correctionnels s'inspire de théories de l'étiologie et de la réhabilitation ainsi que de la recherche empirique sur la façon dont les programmes modifient le risque de récidive. Les théories de l'étiologie nous informent sur le *contenu* idéal d'un programme : les facteurs criminogènes liés au comportement criminel en question. Les théories de la réhabilitation nous disent *comment* les changements doivent être

effectués : les processus de traitement. Bien que la recherche ait clairement démontré que les programmes correctionnels basés sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité peuvent être efficaces dans la réduction de la récidive, les systèmes correctionnels négligent trop souvent d'implanter les éléments qui contribuent à cette efficacité.

Gendreau *et al.* (2001) ont analysé les résultats de trois recensions d'interventions correctionnelles au Canada et aux États-Unis. Ces recensions incluaient 291 programmes différents. Les résultats démontrent que 70 % de ces programmes correctionnels n'avaient pas respecté les principes d'un traitement correctionnel efficace. Les problèmes se situaient à plusieurs niveaux. Premièrement, les intervenants n'étaient pas suffisamment formés aux méthodes d'intervention privilégiées dans les programmes correctionnels. De plus, ils n'avaient aucune connaissance ou des connaissances très superficielles des travaux théoriques et empiriques portant sur le comportement criminel visé dans le programme correctionnel. Deuxièmement, contrairement au principe du risque, il n'y avait pas d'évaluation du risque de récidive ou seulement des procédures d'évaluation non valides. Troisièmement, en opposition au principe des besoins, le contenu des interventions correctionnelles était centré sur des facteurs non criminogènes. Quatrièmement, contrairement au principe de la réceptivité, un grand nombre de programmes correctionnels utilisait des approches thérapeutiques qui se sont avérées inefficaces pour traiter les facteurs criminogènes et négligeait de prendre en compte les facteurs de réceptivité des délinquants dans le traitement. Finalement, le manque d'évaluations systématiques de l'implantation et du fonctionnement des programmes ou de leurs résultats était flagrant.

L'étude de Gendreau et ses collaborateurs (2001) démontre que les systèmes correctionnels ont encore des difficultés à concevoir et à mettre en place des programmes correctionnels qui adhèrent aux principes d'intervention efficace. On peut envisager plusieurs solutions pour résoudre ces problèmes. D'abord, quand on adopte une nouvelle approche dans la réhabilitation des délinquants, le système correctionnel aurait avantage à introduire graduellement la mise en application et l'évaluation de ses nouveaux programmes correctionnels. Il serait bon de commencer avec de plus petits éléments de programme, dans des endroits choisis, et où les membres du personnel auront été sélectionnés et formés. La supervision clinique de ces personnes par des spécialistes du contenu et modèle de traitement est un élément essentiel dans le succès de la mise en application du programme. Ces spécialistes devraient aussi avoir voix au chapitre dans l'élaboration et le processus d'implantation du nouveau programme, ainsi que dans la préparation des manuels de traitement et de formation des intervenants afin d'en assurer la normalisation et l'adhérence aux principes et approches du traitement. Les évaluations formatives du traitement devraient se faire sur une base continue dans le cadre de la mise en application du programme pour rectifier toute difficulté qui pourrait survenir.

De nombreuses juridictions à travers le monde ont élaboré et mis en place un ensemble de programmes correctionnels. Si certaines juridictions ont tout simplement choisi d'intégrer des programmes existants à leurs propres systèmes, d'autres ont décidé de créer leurs propres programmes. Aucune recherche n'indique quelle est la meilleure façon de procéder à ce sujet. L'important est que les programmes correctionnels nouvellement implantés adhèrent aux principes des interventions correctionnelles efficaces, qu'ils soient dispensés par un personnel qualifié et formé et qu'ils disposent de ressources adéquates (p. ex., un milieu physique approprié pour dispenser le programme) et du soutien de la direction (Andrews et Dowden, 2005; Gendreau, Goggin, & Smith, 1999; Goggin & Gendreau, 2006; McGuire, 2001).



## **Le processus des programmes correctionnels**

Les programmes correctionnels peuvent être offerts aux délinquants durant leur incarcération et lors de leur supervision dans la collectivité. L'étape première dans la prestation des programmes correctionnels est l'évaluation initiale du niveau de risque du délinquant et de ses besoins d'intervention. À l'aide de cette première évaluation, on établira un plan qui inclut les programmes de réhabilitation que les délinquants doivent suivre durant leur incarcération et au moment de leur supervision dans la collectivité. Une fois les programmes correctionnels complétés, de nouvelles évaluations du risque et des besoins sont nécessaires déterminer leur impact sur les facteurs dynamiques de risque et adapter le suivi pour continuer la consolidation des gains.

Les programmes correctionnels sont conçus de manière à cibler des besoins criminogènes spécifiques à divers degrés d'intensité. Par exemple, un délinquant sexuel à risque élevé doit participer à un programme très intense adapté aux délinquants sexuels, alors qu'un délinquant sexuel dont l'évaluation révèle qu'il présente un risque modéré de récidive sexuelle devrait être dirigé vers un programme d'intensité modérée. Dans les deux cas, cependant, les programmes doivent être axés sur l'éventail de facteurs criminogènes propres aux délinquants sexuels. La différence résidera dans le temps qui sera consacré à ces facteurs : pour les délinquants à haut risque, les difficultés seront plus prononcées et leur traitement exigera plus de temps.

Les programmes sont offerts par des intervenants qualifiés et formés dans la matière, y compris les professionnels de la santé mentale. À ce jour, la recherche n'a pas pu déterminer si ce sont les interventions de groupe ou individuelles qui sont les plus efficaces (pour la réduction de la récidive), mais les groupes ont l'avantage d'offrir un meilleur rapport coût-efficacité. L'approche du travail de groupe convient à tous les types de délinquants. Pour les délinquants à risque plus élevé, l'intervention individuelle peut s'ajouter au traitement de groupe. Le traitement de groupe présente plusieurs avantages sur le plan clinique. En effet, les groupes offrent un milieu qui soutient aussi bien qu'il met au défi les délinquants. Le travail de groupe donne l'occasion de discuter avec des pairs et fournit un lieu d'échange et de soutien au sujet des problèmes que vivent les délinquants, ce qui pourrait être une première pour eux. Étant donné que leurs lacunes dans la résolution de problèmes et dans l'établissement de relations saines sont des facteurs de risque pour bien des délinquants, le processus de groupe en lui-même devient un outil thérapeutique.

Il est courant que les programmes correctionnels soient encadrés par des dates de début et de fin, mais cela ne signifie pas pour autant que l'intervention est complétée. Des interventions de suivi servant à consolider les changements positifs des délinquants aident le délinquant à maintenir ses progrès en matière de traitement et à s'ouvrir au sujet de difficultés qu'il pourrait éprouver. Les programmes de suivi sont offerts dans l'établissement pénitentiaire ou au cours de la supervision dans la collectivité. Les buts de ces programmes de suivi sont de maintenir ou d'améliorer les habiletés, de prévenir un retour au comportement indésirable et d'améliorer le fonctionnement de l'individu dans l'établissement ou la collectivité. Les programmes de suivi englobent des sujets tels que les situations à haut risque, la résolution de problèmes, les stratégies d'adaptation, les cycles criminogènes, les stratégies d'autogestion et la planification des différentes sphères de vie. Ces programmes sont nécessairement moins structurés pour permettre d'offrir un soutien approprié et de cibler les difficultés qui se présentent dans la vie des délinquants.

## **Types de programmes correctionnels**

### **Programme de toxicomanie**

Nombreux sont les délinquants qui ont des problèmes de consommation de drogues ou d'alcool. Les interventions en ce sens sont parmi les programmes correctionnels les plus souvent offerts dans de nombreux systèmes correctionnels. Le programme de toxicomanie est conçu de manière à cibler les lacunes personnelles et interpersonnelles qui sont courantes chez les personnes qui ont des problèmes de consommation. Il s'intéresse aussi à la relation qui s'est établie entre la consommation et le comportement criminel. Parmi les composantes du programme, on trouve : les compétences sociales interpersonnelles, la régulation des états émotifs, le savoir-être, la capacité de résoudre des problèmes, la reconnaissance des situations à haut risque susceptibles de conduire à l'abus de substances, les stratégies d'adaptation cognitive, les stratégies permettant d'affronter les envies et les retours occasionnels à l'abus de substances, et le plan d'autogestion.

### **Les attitudes antisociales et la fréquentation de personnes antisociales**

Hormis les problèmes de consommation de substances, les attitudes antisociales et la fréquentation de criminels sont deux des plus importants facteurs de risque associés au maintien du comportement criminel. Le programme « Contrepoint » vise spécifiquement ces problèmes (Yessine et Kroner, 2004). Ce programme a été conçu à l'intention des délinquants non violents dont la pensée est très axée sur le comportement criminel et qui démontrent un faible sentiment d'appartenance à la collectivité. Il aide les participants à acquérir les habiletés utiles pour identifier et changer leurs attitudes antisociales et développer des cognitions prosociales. Il vise aussi à aider les participants à développer des relations et activités prosociales. En participant à ce programme, les délinquants déterminent leurs facteurs de risque et mettent en place les ressources nécessaires à la prévention d'activité criminelle future. Pour atteindre ces buts, le programme est axé sur l'autogestion, le savoir-être, la perspective prosociale et les compétences générales en matière de résolution de problèmes.

### **La violence familiale**

Les délinquants qui ont des antécédents de violence à l'égard de leurs conjointes ou de leurs enfants devraient suivre un programme qui vise précisément les problèmes de violence familiale (Polascheck, 2006). De tels programmes reposent souvent sur le modèle de l'apprentissage social qui conçoit la violence envers les femmes en tant qu'un comportement acquis. L'intervention vise à aider les délinquants à comprendre la dynamique de leurs relations abusives. Ainsi, on s'attend à ce que les délinquants arrivent à cerner leurs modes de comportements violents et à les remplacer par des compétences et des comportements qui les soutiendront dans l'établissement de relations non violentes et positives. Comme c'est le cas pour d'autres interventions correctionnelles, le programme exige des délinquants qu'ils rédigent un plan de prise en charge personnelle à partager avec leur conjointe et leur réseau de soutien.

### **La prévention de la violence**

Les programmes correctionnels qui s'adressent aux délinquants violents à risque plus élevé sont multimodaux, c'est-à-dire qu'ils s'attaquent à un certain nombre de facteurs criminogènes qui sont inter reliés et qui sont liés au comportement violent (Polascheck et Cortoni, sous presse). À l'heure actuelle, les programmes de prévention de la violence sont

axés sur l'activité criminelle violente et les actes d'agression interpersonnelle qui ne sont pas que le résultat de problèmes de colère ou de maîtrise des émotions. Ils visent les problèmes de maîtrise de soi, la résolution de problèmes sociaux, la restructuration du mode de vie et le savoir-être. Les questions d'implication dans le traitement, les croyances associées à l'agressivité, le trouble du contrôle des impulsions et le raisonnement moral font aussi partie de ces types de programmes. Lors du traitement, les participants développent une compréhension de la dynamique de leurs antécédents de violence et apprennent à reconnaître les circonstances personnelles et situationnelles qui pourraient dégénérer en acte violent. Ils doivent aussi se fixer des buts à court et à long terme qui sont incompatibles avec le comportement violent, et intégrer ces buts à leur plan d'autogestion.

### **Les interventions destinées aux délinquants sexuels**

Bien qu'on retrouve certains facteurs de risque tant chez les délinquants sexuels que les délinquants non sexuels, certaines caractéristiques s'appliquent uniquement à la récurrence sexuelle. Pour cette raison, il est nécessaire d'offrir aux délinquants sexuels des interventions qui prennent en compte les deux domaines de facteurs criminogènes qu'on trouve chez les délinquants sexuels, soit le comportement antisocial et les intérêts sexuels déviants. Les programmes qui sont destinés aux délinquants sexuels ciblent les modèles de pensée favorables à l'agression sexuelle; la régulation sexuelle générale; les intérêts et fantasmes sexuels déviants, y compris les techniques aptes à réduire et à maîtriser l'excitation déviante; les compétences sociales; la gestion des émotions; les questions liées aux relations; et la sensibilisation au traumatisme des victimes. De plus, l'intervention inclut couramment des composantes où il est question d'attitude envers la sexualité et les relations; les stratégies d'adaptation positives; et la perception fautive de soi et des autres, particulièrement des femmes. Lors du programme, les délinquants auront à reconnaître les éléments qui ont conduit à leurs infractions sexuelles et à mettre sur pied un plan d'autogestion incompatible avec les comportements sexuels inappropriés ou agressifs.

Lors du traitement, les délinquants doivent cerner les éléments qui les ont conduits à l'agression sexuelle, comprendre la progression de leurs comportements menant au délit et établir un plan d'autogestion qui sera utilisé pour les aider à prévenir une récurrence lors de leur retour dans la collectivité. Ainsi, ces délinquants doivent apprendre à gérer leur vie de façon prosociale (Ward et Marshall, 2004). Ils doivent aussi rester conscients des facteurs qui ont facilité leurs agressions sexuelles et s'engager dans des stratégies appropriées pour gérer leurs risques.

Cette approche pour le traitement pour délinquants sexuels a été élaborée par la combinaison de thérapies comportementales et cognitives (Marshall, Fernandez et Anderson, 1999). Brièvement, la composante comportementale du traitement aborde les comportements évidents de l'individu à partir des principes des théories de l'apprentissage. Ce traitement inclut le modelage (montrer le comportement désiré) et l'entraînement aux habiletés (enseigner une habileté précise à l'aide de la répétition comportementale). La composante cognitive aborde les pensées et les cognitions et leurs interactions avec les émotions associées aux facteurs dynamiques de risque liés aux comportements sexuels criminels. Ainsi, la thérapie cognitive aide l'individu à restructurer ses cognitions (pensées, attitudes, croyances), ce qui mène à de nouveaux comportements et émotions. Que le délinquant acquière une compréhension de l'impact de ses pensées sur ses émotions et comportements est une composante vitale de l'aspect cognitif du traitement. En combinant ces deux aspects, l'approche cognitivo-comportementale est devenue une démarche intégrative pour le traitement des agresseurs

sexuels. Les données probantes soutiennent cette approche, tout particulièrement lorsqu'elle respecte les principes du risque, des besoins et de la réceptivité (Hanson *et al.*, 2009).

## **Conclusion**

Partout dans le monde, la réhabilitation des délinquants est un sujet de préoccupation. Les programmes de réhabilitation qui sont basés sur les principes du risque, des besoins criminogènes et de la réceptivité s'avèrent des méthodes efficaces pour gérer et réduire le risque que les délinquants persistent dans leurs activités criminelles. Il convient de noter que l'état actuel des connaissances empiriques repose sur des études qui nécessitent une validation continue. Ainsi, bien que la recherche démontre que les facteurs de risque liés à la récidive sont généralement universels (Andrews et Bonta, 2010), des recherches continuent sont nécessaires pour confirmer l'efficacité des programmes correctionnels dans différentes juridictions. Il est à espérer que les systèmes correctionnels qui élaborent et mettent en œuvre des programmes correctionnels qui s'appuient sur les principes des interventions efficaces auprès des délinquants sauront être sensibles à la valeur de la recherche pour évaluer leurs efforts. C'est par l'accumulation continue de données scientifiques que nous parviendrons à améliorer notre capacité à évaluer, à gérer et à réhabiliter les délinquants.

## RÉFÉRENCES

- Andrews, D.A. & Bonta J. (2010). *The psychology of criminal conduct (5<sup>th</sup> Ed.)*. Cincinnati, Ohio: Anderson.
- Andrews, D.A., Bonta, J. & Hoge, R.D. (1990). Classification for effective rehabilitation. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & Delinquency*, 52, 7-27.
- Andrews, D.A., & Dowden, C. (2005). Managing correctional treatment for reduced recidivism: A meta-analytic review of program integrity. *Legal and Criminological Psychology*, 10, 173-187.
- Andrews, D.A., & Dowden, C. (2006). Risk principle of case classification in correctional treatment: A meta-analytic investigation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50, 88-100.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, . & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Beech, A.R., & Hamilton-Giachritsis, C.E. (2005). Relationship between therapeutic climate and treatment outcome in group-based sexual offender treatment programs. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 127-140.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, R.K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology*, 39, 127-144.
- Bourgon, G. & Armstrong, B.A. (2005). Transferring the principles of effective treatment into a “real world” prison setting. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 3-25.
- Cortoni, F. (2009). Factors associated with sexual recidivism. Dans A.R. Beech, L.A. Craig, & K.D. Browne (Éds.). *Assessment and Treatment of Sexual Offenders: A Handbook* (pp. 39-52). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Day, A., Bryan, J., Davey, L., & Casey, S. (2006). The process of change in offender rehabilitation programmes. *Psychology, Crime, & Law*, 12, 473-487.
- Dickson, S. R., Polaschek, D. L. L., & Casey, A. R. (2012). Can the quality of high-risk violent prisoners’ release plans predict recidivism following intensive rehabilitation? A comparison with risk assessment instruments. *Psychology, Crime and Law*. DOI: 10.1080/1068316X.2011.640634. Publié en ligne 2 février 2012.
- Dowden, C. & Andrews, D.A. (2004). The importance of staff practice in delivering effective correctional treatment: A meta-analytic review of core correctional practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48, 203-214.
- Farmer, M., Beech, A., & Ward, T. (2012). Assessing desistance in child molesters: A qualitative study. *Journal of Interpersonal Violence*, 27, 930-950.
- Gendreau, P., Goggin, C., & Smith, P. (1999). The forgotten issue in effective correctional treatment: program implementation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43, 180-187.
- Gendreau, P., Goggin, C., & Smith, P. (2001). Implementation guidelines for correctional programs in the ‘real world’. In G.A. Bernfeld, D.P. Farrington, & A.W. Leschied (Eds.), *Offender Rehabilitation in Practice: Implementing and evaluating effective programs* (p. 247-268). Chichester, UK: Wiley.
- Goggin, C., & Gendreau, P. (2006). The implementation and maintenance of quality services in offender rehabilitation programmes. In C.R. Hollin, & E.J. Palmer (Eds), *Offending behaviour programmes: Development, application, and controversies* (p. 209-246). Chichester, UK: Wiley & Sons.

- Guay, J.P. (2013). *Évaluer le risque de récidive: un état de la recherche et des principaux enjeux pratiques*. Paris, France : Conférence de consensus sur la prévention de la récidive.
- Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). *Méta-analyse de l'efficacité du traitement des délinquants sexuels : risque, besoin et réceptivité* (Rapport 2009-01). Ottawa, Canada : Sécurité publique Canada. <http://www.securitepublique.gc.ca/res/cor/rep/fl/2009-01-trt-so-fra.pdf>
- Hanson, R.K., & Bussière, M.T. (1998). Predicting Relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Hanson, R.K. & Morton-Bourgon, K.E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163.
- Hollin, C.R. (2006). Offending behaviour programmes and contention: Evidence-based practice, manuals, and programme evaluation. In C.R. Hollin, & E.J. Palmer (Eds), *Offending behaviour programmes: Development, application, and controversies* (p. 33-67). Chichester, UK: Wiley & Sons.
- Hollin, C.R., & Palmer, E.J. (2006). Offending behaviour programmes: Controversies and resolutions. In C.R. Hollin, & E.J. Palmer(Eds), *Offending behaviour programmes: Development, application, and controversies* (p. 247-278). Chichester, UK: Wiley & Sons.
- Lipton, D.S., Pearson, F.S., Cleland, C.M. & Yee, D. (2001). The effectiveness of cognitive-behavioural treatment methods on offender recidivism: Meta-analytic outcomes from the CDATE project. In J. McGuire (Ed.), *Offender Rehabilitation and Treatment: Effective Programmes and Policies to reduce Re-offending* (p.79-112). UK: Wiley & Sons.
- Lösel, F. (2001). Evaluating the effectiveness of correctional programs: Bridging the gap between research and practice. In G.A. Bernfeld and D.P. Farrington (Eds.), *Offender Rehabilitation in Practice* (p. 67-92). Chichester, UK: Wiley.
- Lowenkamp, C.T., Latessa, E.J., & Holsinger, (2006). The risk principle in action: What have we learned from 13,676 offenders and 97 correctional programs? *Crime and Delinquency*, 53, 77-93.
- Marshall, W.L., Anderson, D. & Fernandez, Y. (1999). *Cognitive behavioral treatment of sexual offenders*. New York: Wiley.
- Marshall, W.L., & McGuire, J. (2003). Effect sizes in the treatment of sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47. 653-663.
- Martinson, R. (1974). What Works? Questions and answers about prison reform. *The Public Interest*, 36, 22-54.
- McGuire, J. (2001). What works in correctional intervention? Evidence and practical implications. In G.A. Bernfeld, D.P. Farrington, & A.W. Leschied (Eds.), *Offender Rehabilitation in Practice: Implementing and evaluating effective programs* (p. 25-43). Chichester, UK: Wiley.
- McGuire, J. (2006). General offending behaviour programmes: Concept, theory, and practice. In C.R. Hollin, & E.J. Palmer (Eds), *Offending behaviour programmes: Development, application, and controversies* (p. 69-111). Chichester, UK: Wiley & Sons.
- Polaschek, D.L.L. (2006). Violent offender programmes: Concept, theory, and practice. In C.R. Hollin, & E.J. Palmer(Eds), *Offending behaviour programmes: Development, application, and controversies* (p. 113-154). Chichester, UK: Wiley & Sons.
- Polaschek, D. L. L. (2010). Treatment non-completion in high-risk violent offenders: Looking beyond criminal risk and criminogenic needs. *Psychology, Crime & Law*, 16, 525-540.

- Polaschek, D. L. L. (2011). High-intensity rehabilitation for violent offenders in New Zealand: Recidivism outcomes for high- and medium-risk prisoners. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 664-682.
- Polaschek, D. & Cortoni, F. (sous presse). Le traitement des agresseurs violents. In Cusson, M., Guay, S., Proulx, J., & Cortoni, F. (Eds). *Traité des violences criminelles*, Édition Hurtubise Inc : Montreal, QC, Canada.
- Polaschek, D. L. L., & Ross, E. C. (2010). Do early therapeutic alliance, motivation, and change readiness predict therapy outcomes for high risk violent prisoners? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20, 100-111.
- Porteous, N.L., Sheldrick, B.J., & Stewart, P.J. (2002). Introducing program teams to Logic Models: Facilitating the learning process. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 17, 113-141.
- Preston, D.L. (2001). Addressing treatment resistance in corrections. In Motiuk, L.L., & Serin, R.C. (Eds.), *Compendium 2000 on Effective Corrections*, Vol. I (p. 47-55). Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.
- Quinsey, V.L. (2008). Seeking enlightenment on the dark side of psychology. *Trauma, Violence, and Abuse*. 9, 72-83.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.L., V.L. (2006). *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk (2<sup>nd</sup> Ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Skeem, J. L., Polaschek, D. L. L., & Manchak, S. (2009). Appropriate treatment works, but how? Rehabilitating general, psychopathic, and high risk offenders. In J. L. Skeem, K. Douglas & S. Lilienfeld (Eds.), *Psychological science in the courtroom: Controversies and consensus* (pp. 358-384). Washington DC: American Psychological Association.
- Ward, T., & Marshall, W.L. (2004). Good lives, aetiology and the rehabilitation of sexual offenders: A bridging theory. *Journal of Sexual Aggression: Special Issue: Treatment and Treatability*, 10, 153-169.
- Willis, G. M., & Johnston, L. C. (2012). Planning helps: the impact of release planning on subsequent re-entry experiences of child molesters. *Journal of Sexual Aggression*, 18, 194-208.
- Wong, S. (2000). Psychopathic offenders. In S.Hodgins, & R. Muller-Isbener (Eds.), *Violence, crime and mentally disordered offenders: Concepts and methods for effective treatment and prevention* (p. 87-112). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Wong, S. & Hare, R.D. (2005). *Guidelines for a psychopathy treatment program*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Yessine, A., & Kroner, K.G. (2004). *Modifier les attitudes antisociales des délinquants du sexe masculin sous responsabilité fédérale en liberté sous condition : Analyse préliminaire du programme communautaire Contrepoint* (Rapport de recherche No R-152). Ottawa, Canada : Service correctionnel Canada.