

Recherche sur les questions correctionnelles :
Rapport pour les spécialistes

**Traitement des détenues
souffrant de troubles mentaux :
synthèse de la recherche
actuelle
2011-03**

Alan W. Leschied, Ph. D., Psych. c.

The University of Western Ontario

Résumé

Cette synthèse des résultats de recherche relativement au traitement des délinquantes souffrant de troubles mentaux est motivée par les analyses récentes faites des pratiques correctionnelles du régime correctionnel fédéral et par la conscience grandissante de l'incidence que peut avoir la recherche sur les programmes s'adressant aux femmes au sein du système correctionnel. Partiellement en fonction de leur vécu avant leur incarcération, les délinquantes ont davantage tendance à adopter des comportements dangereux tels que l'agression, l'automutilation et divers troubles liés aux émotions. Grâce à des programmes spécialement conçus pour les femmes, à des pratiques fondées sur la recherche et à un appui de la formation permettant de fournir les ressources appropriées, les pratiques correctionnelles peuvent avoir un effet bénéfique dans la gestion institutionnelle du comportement, mais aussi produire des résultats positifs à long terme. Toutefois, la recherche démontre également que sans l'orientation fournie par des pratiques éclairées et l'appui du personnel, on a tendance à recourir à des mesures punitives telles que l'isolement pour faire face aux comportements difficiles et dangereux des délinquantes souffrant de troubles mentaux.

Note des auteurs

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne traduisent pas nécessairement celles de Sécurité publique Canada.

Renseignements sur le produit

Août 2011

N° de cat : PS3-1/2011-3F-PDF

N° ISBN : 978-1-100-97835-2

Ottawa

Introduction

Ce qui se produit dans la collectivité finit toujours par se reproduire dans le système correctionnel. Dans l'histoire des services correctionnels, cet énoncé s'est principalement reflété dans les politiques sur la toxicomanie et sur les détenus séropositifs. Il s'est également avéré juste dans le contexte de la fréquence et de l'étiologie des troubles mentaux chez les femmes au sein du système correctionnel.

Les études épidémiologiques faites en dehors du système correctionnel et portant sur les troubles mentaux chez les femmes montrent invariablement que les taux de troubles mentaux sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes, et que la nature de certains de ces troubles est unique aux femmes. Beaucoup de preuves montrent également que ces conclusions transcendent la culture. Une étude récente faite par l'Organisation mondiale de la Santé (2008) résume ce qui s'est écrit sur le sujet en tirant les conclusions suivantes :

- Le sexe est un déterminant important de la santé et la maladie mentales.
- Le sexe a une incidence sur les taux de dépression et d'anxiété.
- La dépression unipolaire, qu'on prévoit être la deuxième cause en importance du fardeau mondial d'incapacité en 2020, est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.
- Les risques de troubles mentaux qui touchent en grande majorité les femmes comprennent la violence fondée sur le sexe, l'inégalité socioéconomique, le revenu faible et l'inégalité du revenu ainsi qu'un statut social peu élevé ou inférieur.
- Les taux de prévalence à vie de violence contre les femmes varient entre 16 % et 50 %.
- Le taux élevé d'exposition des femmes à la violence sexuelle et le taux proportionnellement élevé de troubles de stress post-traumatique (TSPT) engendré par cette violence font des femmes le groupe le plus important à être touché par ce trouble.

En quoi ces préoccupations relatives aux femmes sont-elles liées au système correctionnel? Il n'est probablement pas surprenant que le taux de prévalence des troubles mentaux soit plus élevé chez les femmes que chez les hommes qui entrent dans le système correctionnel, ce ratio correspond aux conclusions des études épidémiologiques faites dans les collectivités. Les études où l'on compare les délinquants et les délinquantes indiquent que, comparativement à la comorbidité de la violence et du risque chez les hommes, les femmes montrent un taux plus élevé de dépression et d'idées suicidaires ainsi que d'agression et de dépression avec un taux près de 40 %. Veysey (1997) rapporte que dans les prisons des États-Unis, le taux de prévalence estimé pour l'ensemble des troubles mentaux chez les femmes est de 18,8 %, soit plus de deux fois celui chez les hommes, que le taux de perturbations affectives est trois fois plus élevé chez les femmes, et que celui des troubles dépressifs importants est quatre fois plus élevé. Plus d'une femme sur cinq souffre de TSPT.

Le taux de troubles mentaux au sein du système correctionnel du gouvernement canadien est en train d'augmenter pour les deux sexes, et bien que la présente analyse porte sur les femmes, il est important de tenir compte des données provenant du Service correctionnel du Canada (Comité d'examen du SCC, 2008) qui indiquent que l'augmentation est importante pour les deux sexes :

« En 2006, on a établi que 12 % des hommes étaient atteints de troubles mentaux à l'admission, ce qui représente une augmentation de 71 % depuis 1997. Tandis que chez les femmes, le taux était de 21 %, soit une augmentation de 61 % par rapport à 1997. »

Parcours sexospécifiques des femmes dans le système correctionnel

Pourquoi les femmes présentent-elles des taux plus élevés de troubles mentaux qui s'expriment, dans certains cas, par des comportements violents et antisociaux? La documentation sur le sujet rapporte invariablement que les femmes sont bien plus à risque de subir de la violence physique ou sexuelle tant de la part de membres de leur famille que d'étrangers; cette violence a ensuite un lien direct avec la perpétration d'actes violents ou antisociaux (Leschied, 2011). Les femmes sont également marginalisées d'une manière qui influencera leur état de santé mentale. Par exemple, elles ont un statut socioéconomique inférieur et des responsabilités quant à l'éducation des enfants dans des contextes où elles n'obtiennent aucun soutien. Ce qu'il importe de remarquer est que les sentiers des femmes dans le système correctionnel pourraient être directement liés à la présence de troubles mentaux. Toutefois, une expérience de victimisation ou de trouble mental jouera un rôle important dans le choix des programmes qui seront offerts à une femme et dans la façon qu'elle aura de réagir à son environnement correctionnel. La nature de ces programmes variera ensuite selon l'adaptation des femmes pendant leur incarcération, les bienfaits qu'ils ont sur elles, la probabilité de succès du traitement correctionnel et les risques de récidive.

Les types de troubles et d'expériences les plus souvent cités chez les femmes qui troublent la planification et la gestion au sein du système correctionnel sont la toxicomanie, le trouble de la personnalité limite, les traumatismes complexes (désigné ci-après comme un « trouble de stress extrême »), l'exploitation sexuelle d'enfants, l'automutilation et le cumul des effets de sources multiples de stress résultant de la violence physique ou sexuelle.

Même si un certain nombre d'études épidémiologiques documentent la représentation des troubles mentaux chez les femmes au sein du système correctionnel, le rapport de Lewis (2006) présente les résultats typiques : dépendance et toxicomanie - 65,4 %; TSPT - 40,8 %; troubles dépressifs importants et dysthymie - 40,8 %; personnalité antisociale - 32,3 %; troubles liés à l'anxiété - 9,2 %; schizophrénie et maniaque-dépression - 6,5 %. Cette section présente un résumé de la nature et des manifestations des troubles mentaux chez les femmes, car nous sommes conscients que bien des femmes ont des préoccupations relativement à ces troubles. La compréhension de la nature des troubles les plus fréquents apporte un contexte important pour les sections suivantes qui traitent de l'évaluation et du traitement des délinquantes souffrant de troubles mentaux.

Toxicomanie

Le rapport de Grant et Gileno (2008) indique que 80 % des délinquantes au sein des établissements fédéraux du Canada ont des problèmes de toxicomanie. Le SCC a la chance d'avoir un système récent et très complet de rapports sur la consommation d'alcool ou de drogues des délinquantes (Matheson, Doherty, & Grant, 2009). Le rapport expose également à quel point la différence entre les sexes a orienté la préparation du Programme d'intervention pour délinquantes toxicomanes (PIDT) et son évaluation en tant que partie intégrante de l'intervention du SCC pour combattre la toxicomanie chez les délinquantes. Comme l'indiquent les auteurs : « [Le PIDT] tient compte de la spécificité des sexes, c'est-à-dire qu'il offre un environnement (contenu du programme, dotation en personnel et culture) qui traduit une compréhension approfondie des réalités de la vie des femmes. » (p. ii).

Les données montrent que même si le taux de toxicomanie est moins élevé chez les femmes que chez les hommes, les femmes présentent davantage de troubles liés à la toxicomanie qui se reflètent par un taux de cooccurrence plus élevé et des problèmes de santé générale, des troubles mentaux, une accoutumance plus rapide, un plus grand isolement social et un taux de mortalité plus élevé en raison d'un abus (Najavits, Rosier, Nolan, et Freeman, 2007; Sarteschi, Christine, et Vaughn, 2010). À leur tour, pour aller dans le sens d'une compréhension du contexte fondé sur le sexe dans lequel certains troubles se manifestent,

Covington (2008) et ses collègues du *Centre for Gender and Justice* se sont fondés sur les différences entre les hommes et les femmes pour expliquer comment les femmes vivent la toxicomanie, ce qui requiert une compréhension de deux réalités :

- les femmes alcooliques sont davantage susceptibles d'avoir été agressées sexuellement, physiquement ou psychologiquement par plus d'agresseurs, plus souvent et pendant plus de temps que les femmes non alcooliques.
- les femmes ayant vécu un traumatisme interpersonnel sont plus à risque de devenir toxicomanes.

Les études effectuées sur la toxicomanie soulignent particulièrement l'importance de tenir compte de l'abus d'alcool ou de drogues dans certaines méthodes de traitement et de comprendre le contexte des traumatismes poussant les femmes à se tourner vers la toxicomanie. Le Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes (2006) précise qu'il existe une différence non seulement entre les hommes et les femmes toxicomanes, mais également entre les effets que certaines drogues peuvent avoir sur les femmes et les hommes, mettant encore une fois l'accent sur l'importance de comprendre ces différences avant d'élaborer des programmes et des politiques afin qu'ils répondent adéquatement à ces préoccupations. Les auteurs soutiennent qu'il existe un besoin immédiat pour une meilleure compréhension de la relation, chez les femmes, entre un manque de soutien social, un traumatisme et d'autres facteurs en amont dans le traitement de la consommation problématique de drogues au cours de la vie (p. 23).

Trouble de la personnalité limite

L'estimation de la prévalence des délinquantes souffrant du trouble de la personnalité limite laisse croire que 20 % des femmes au sein du système correctionnel souffriront de ce trouble contre 2 % dans la population générale (Nee et Farman, 2005). Le trouble de la personnalité limite est un grave trouble mental caractérisé dans les critères diagnostiques du DSM-IV par des symptômes envahissants tels que l'instabilité de l'humeur et des difficultés relativement aux relations interpersonnelles, à l'image de soi et au comportement. Ces difficultés sont envahissantes et destructrices dans toutes les sphères de la vie, notamment la famille et le travail. Une personne atteinte de ce trouble est souvent incapable de planification à long terme, a un faible sentiment d'identité et a de la difficulté à réguler ses émotions.

Les termes « traumatisme complexe » (TC) et « trouble de stress extrême » désignent communément un ensemble de symptômes présentés par bien des personnes ayant subi une agression, particulièrement une agression sexuelle pendant l'enfance. Les traumatismes complexes sont des troubles liés à une modification du sentiment de sécurité personnelle, à la confiance, à la réaction au pouvoir et à l'autorité, à l'estime de soi et à l'incapacité de s'engager dans des relations intimes (Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, et Spinazzola, 2005). Les recherches sur les TC effectuées auprès de victimes d'agressions sexuelles pendant l'enfance, en tenant compte des manifestations des troubles tout au long de la vie, présentent les caractéristiques de l'enfant et le contexte dans lequel il a été agressé. Les facteurs influençant la manifestation des symptômes comprennent notamment l'âge auquel l'agression est survenue, le sexe de l'agresseur, l'appui de la famille (p. ex. « est-ce qu'on m'a cru? »), la relation avec l'agresseur (p. ex. une relation fondée sur la confiance), les personnes que l'adulte croyait être conscientes de la victimisation à l'époque, la nature de la victimisation ainsi que la fréquence des agressions et la période pendant laquelle elles ont duré.

Exploitation sexuelle d'enfants

Comme le mentionne Silberman (2010), les estimations du taux de délinquantes ayant été agressées physiquement ou sexuellement varient d'un peu moins de 50 % à près de 90 %. Les estimations varient

énormément, en partie à cause du manque de fiabilité quand l'auto-évaluation est la seule source de renseignements et des contradictions présentes entre les dossiers officiels des femmes participant à l'étude provenant des agences d'aide sociale à l'enfance. Mais peu importe le taux réel, le nombre d'agressions est extrêmement élevé, et leurs effets sont dévastateurs.

Dans la documentation sur les effets à long terme qu'aura à l'âge adulte une agression sexuelle survenue au cours de l'enfance, la tendance est d'étudier les facteurs précis liés au moment de la victimisation ainsi que la portée et la nature de l'appui social que la femme aura reçu à long terme. Alors que bien des symptômes de troubles liés à une agression sexuelle au cours de l'enfance sont liés à ceux du trouble de stress post-traumatique (voir la section suivante), il est intéressant de mentionner les résultats de l'étude menée par Leve-Wesiel (2008) qui s'intéressent particulièrement aux troubles dissociatifs et à la régulation des émotions. La nature et l'importance des troubles résultant d'une agression au cours de l'enfance auront beaucoup d'influence sur le traitement choisi.

Les troubles dépendront donc de l'âge auquel l'agression a eu lieu, âge qui est lui-même lié à une méfiance constante envers autrui. Les jeunes victimes, si on les compare aux enfants qui n'ont pas été agressés sexuellement, auront des taux plus élevés d'alcoolisme, d'usage de marijuana, de difficultés à s'exprimer dans la sexualité et l'intimité et d'adoption de l'hypersexualisation dans un effort pour plaire aux autres. Une étude récente portant sur les effets des traumatismes résultant d'une agression sexuelle pendant l'enfance a déterminé que ces effets sont a) la perte de l'optimisme, b) la perte de l'identité et c) l'importance de la perte de l'innocence (Murthi et Espelage, 2005).

Automutilation/suicide

Le taux de prévalence de l'automutilation dans l'ensemble de la population, en tenant compte des limites de l'autodéclaration et de la définition d'une automutilation non suicidaire (AMNS), varie entre 10 % et 20 %, et les femmes présentent des taux bien plus élevés que les hommes dans les populations cliniques (Heath, Toste, Nedecheva, et Charlebois, 2008). Le taux d'automutilation chez les délinquantes a toutefois été estimé à plus de 50 % de la population carcérale (Milligan et Andrews, 2005). Les analyses concernant les femmes qui s'automutilent portent à croire que les raisons sous-jacentes de ce comportement sont bien plus complexes que ce qu'on croyait à l'origine. La perception traditionnelle de l'automutilation était que ce comportement reflétait d'abord la manipulation volontaire d'autrui dans l'intention de provoquer une réaction, ou était un moyen de détourner de soi l'affect négatif. Toutefois, Klonsky (2007) et d'autres chercheurs (Hastings & Noone, 2005; Kilty, 2006) ont cerné au moins sept fonctions différentes de l'automutilation volontaire. Ces fonctions sont le soulagement de l'acuité de l'affect négatif ou l'éveil affectif aversif; la fin du sentiment de dépersonnalisation ou de dissociation; le remplacement ou l'évitement de l'envie de se suicider; l'affirmation de son autonomie ou la distinction entre soi et les autres; l'appel à l'aide ou la manipulation d'autrui; la dépréciation ou l'expression de sa colère envers soi-même; et le déclenchement de l'euphorie ou de l'excitation. Le facteur le plus souvent lié à l'AMNS remonte au traumatisme d'enfance, ancré dans des sévices physiques ou, généralement, sexuels. Toutefois, d'autres facteurs préalables peuvent avoir une influence sur la disposition d'une personne à l'AMNS. Par exemple, la rupture du lien d'attachement avec la famille d'origine ou l'insécurité ou l'anxiété dans l'attachement ainsi que certaines prédispositions génétiques. Du point de vue de l'étiologie, la personne s'infligeant une AMNS n'aura pas développé assez de moyens de réguler l'affect dans le cours normal de l'apprentissage de stratégies d'adaptation ou, si elle les a développés, ne les trouvera plus suffisants. La douleur physique sert de distraction possible, de châtement personnel, de moyen de diminuer le sentiment de dissociation quand on se sent isolé ou qu'on s'ennuie d'un proche, ou de source de sensations et d'autostimulation (Klonsky, 2007).

Pour les services correctionnels, la pertinence de l'AMNS est profonde, et Thomas, Leaf, Kazmierczak, et Stone (2006) se sont intéressés à cette profondeur en tentant de déterminer si l'AMNS est un problème

correctionnel à gérer ou un trouble mental qui nécessite une intervention en santé mentale particulière. Ils soulignent que le fait de considérer l'automutilation principalement comme une pathologie individuelle entraîne des politiques qui accentuent le contrôle et le châtiment plutôt qu'une compréhension du contexte élargi du comportement (p.194). Cette approche entraîne deux conséquences. D'abord, les politiques de lutte contre l'automutilation visent à maîtriser ou à pénaliser le comportement plutôt que de s'attaquer à des facteurs institutionnels plus généraux qui pourraient y contribuer. Ensuite, les responsables de l'administration pénitentiaire ignorent le rôle de l'environnement débilisant qui encourage et facilite l'automutilation. Ils créent donc des politiques peu compréhensives qui pourraient en fait pousser à un tel comportement. D'autres commentaires indiquent que l'automutilation chez les femmes au sein du système correctionnel peut être vue comme une réaction aux conditions de détention, ce que Dell et Beauchamp (2006) nomment les « douleurs de l'emprisonnement » ou une réaction à des facteurs antérieurs à leur incarcération, comme les séquelles d'une agression.

Trouble de stress post-traumatique

Wolff et Shi (2009) estiment que 50 % de la population générale vivra une expérience traumatisante, et environ 15 % à 24 % présenteront par la suite un ou plusieurs symptômes de TSPT. Citant le travail de Breslau entre autres, Wolff, Blitz et Shi (2007) rapportent que même si les hommes ont un taux légèrement plus élevé d'exposition directe à un événement traumatisant, les femmes subissent plus souvent les effets secondaires des symptômes de TSPT. Dans la population carcérale féminine, le taux de traumatismes liés à la violence est deux fois plus élevé que dans la population générale; le taux de TSPT est cependant trois fois plus élevé que celui de la population générale (Teplin, Abram, et McClelland, 1996).

Le TSPT est composé de symptômes ou d'un ensemble de symptômes qui traduisent des pensées extrêmement envahissantes associées au traumatisme, de la dissociation, un émoussement émotionnel, un état d'hyperactivation, de l'anxiété en réaction au souvenir du traumatisme, ainsi qu'un refus défensif caractérisé par un passé d'expériences d'évitement interne du traumatisme comme de revivre des moments douloureux liés au traumatisme et à la victimisation. Ces éléments du TSPT sont considérés comme les « représentations post-traumatiques classiques », car ils englobent tant les aspects d'envahissement que d'évitement du TSPT. De plus, la fuite et l'évitement sont également des types de comportement qui constituent une tentative de suppression ou d'évitement de sentiment accablant d'immobilité provoqué par les symptômes du TSPT. Ces symptômes peuvent comprendre l'accueil de l'excitation par l'anxiété et l'irritabilité.

Bien sûr, ce ne sont pas toutes les personnes vivant une expérience traumatisante qui souffriront d'un TSPT. John Briere, probablement la personne qui a le plus contribué à la recherche et à l'évaluation dans le domaine du TSPT, suggère qu'un TSPT ne survient pas en réponse à un seul événement, mais à un ensemble cumulatif d'expériences terribles, qui remontent probablement au début de l'enfance. Les traumatismes en bas âge, même quand on évalue tous les autres traumatismes, sont presque toujours ceux qui produisent les effets les plus graves (dans Bates, 2003, p. 1).

Cumul des effets de multiples traumatismes

Il est important de tenir compte du cumul des effets de multiples traumatismes, car bien des femmes entrant dans le système correctionnel sont susceptibles d'avoir vécu les effets combinés d'une agression sexuelle pendant leur enfance puis à l'âge adulte et d'autres formes de violence conjugale. En effet, de nombreuses observations suggèrent que les personnes ayant subi une agression pendant l'enfance sont plus susceptibles d'être victimisées à l'âge adulte. L'analyse de la documentation faite par Classen, Palesh et Aggarwal (2005) indique que les deux tiers des personnes ayant subi une agression sexuelle en subiront une à nouveau. Une telle revictimisation est associée à un niveau de détresse élevé et à une augmentation

de certains troubles psychiatriques et d'adaptation, notamment des difficultés dans les relations interpersonnelles, de représentation de soi, de régulation de l'affect ainsi que du blâme personnel et de la honte excessifs.

Stratégies d'évaluation

La planification de l'attribution des services et des traitements est d'une grande importance dans le cadre de l'évaluation. Deux questions sont abordées concernant l'évaluation des détenues souffrant de troubles mentaux : la place qu'occupe le sexe dans l'évaluation des risques et les méthodes d'évaluation des troubles de santé mentale.

1. Prise en compte du sexe dans l'évaluation des risques

Observations sur le modèle RBR et l'INS-R

Blanchette (2000) admet sans équivoque l'importance de l'Inventaire du niveau de service – révisé (INS-R; Andrews et Bonta, 1995) et du modèle fondé sur les principes du risque, du besoin et de la réceptivité (RBR) (Andrews et Bonta, 2010) en tant qu'aspects fondamentaux de la planification des services offerts aux détenues. Fortin (2004) réitère cette croyance quatre ans plus tard. Au cours des 20 dernières années, le modèle RBR est le seul modèle de prestation de services dans la documentation correctionnelle qui a eu autant d'influence sur la recherche, l'évaluation et la planification des systèmes au sein des services correctionnels. Il faut également ajouter que le modèle n'a pas seulement servi à promouvoir un modèle de prestation de services, mais il a aussi encouragé une nouvelle façon de penser à propos de ce nous savons grâce à la recherche et de la manière d'utiliser les connaissances acquises. C'est dans cet esprit que j'aborde la présente section sur le modèle RBR et l'INS-R dans le cadre du traitement et de la planification correctionnels des détenues souffrant de troubles mentaux. En outre, la présente section est rédigée en tenant compte du débat qu'on lancé les criminologues qui tiennent un discours féministe et de ce qui peut être considéré au sens large comme un auteur qui se fonde sur des données empiriques. Jolley et Kerbs (2010) affirment que le modèle RBR n'est pas un exemple d'intervention ciblée fondée sur des données scientifiques qui s'est montré capable de réduire les risques de récidive d'une population précise de détenus faisant partie d'un contexte socioculturel très précis. Le modèle RBR est plutôt une description de principes fondés sur des données scientifiques qui ne permettront de réduire les risques de récidive que si les principes testables d'une intervention efficace cités dans le modèle RBR sont appliqués intégralement (p. 281).

Il est aussi opportun de souligner le récent lancement spécial de *Criminology and Public Policy* (criminologie et politiques publiques) (2009) portant expressément sur le débat concernant l'INS et son utilisation auprès des détenues. Cette série de quatre articles comprend une observation faite par Morash (2009), un examen des données portant sur les profils de l'INS-R des détenues effectué par Smith, Cullen et Latessa (2009), un aperçu de l'évaluation des risques en fonction du sexe présenté par Hannah-Moffat (2009) ainsi que ce que l'on peut considérer comme une reformulation du débat portant sur les femmes et l'évaluation qui a été effectuée par Taylor et Blanchette (2009). Comme l'objectif du présent examen est de fournir un aperçu des recherches dans des domaines pertinents, nous savons tous que, dans une certaine limite, le débat persiste au sujet de la place qu'occupe le sexe dans l'INS-R, et par conséquent, dans le modèle RBR. Toutefois, étant donné que l'objectif du présent examen est également de mettre en lumière, de façon générale, les traitements et les recherches visant les détenues souffrant de troubles mentaux, nous aborderons certaines hypothèses dont il est question dans la documentation; celles-ci sont décrites plus loin.

Les derniers résumés publiés par Don Andrew (Andrews, 2011) concernant le modèle RBR nous rappellent que les principes RBR ont une vaste portée en ce qu'ils peuvent aussi intégrer d'autres données éclairées du point de vue de la psychologie et corroborées de façon empirique dans le cadre de la

valorisation de pratiques correctionnelles efficaces, de l'amélioration des résultats et de la réduction de la souffrance humaine. Pour réitérer ce qu'Andrew a écrit dans ses publications, voici les principes clés du modèle RBR qui sont directement liés aux traitements accordés aux détenues souffrant de troubles mentaux :

1. Respecter la personne dans un contexte normatif. Les organismes travaillant auprès de délinquantes voudront accorder beaucoup d'importance au traumatisme;
2. Ne pas dépendre des sanctions, mais plutôt mettre l'accent sur les services sociaux;
3. Utiliser des principes d'apprentissage sociaux et cognitifs;
4. Adapter le style et le type de services pour tenir compte des différences individuelles, y compris le sexe;
5. Miser sur les forces et réduire les obstacles qui empêchent la participation au traitement;
6. Cibler les risques non criminogènes nécessaires.

Hannah-Moffat (2009) s'est dit frustré du fait qu'il n'y a jamais eu d'attention portée aux femmes qui font partie du système correctionnel et de la façon dont les politiques et les pratiques se sont avérées disproportionnées quant aux sanctions accordées aux femmes et à la répression envers celles-ci. Malgré ce que Bonta (1996) décrit comme la troisième vague de l'évaluation correctionnelle, il y a encore un manque relatif de recherches portant expressément sur l'évaluation des détenues; certains éléments de preuve solides, notamment ceux provenant des recherches effectuées par les équipes de Patricia Van Voorhis, nous démontrent par contre que cette réalité commence à changer. Toutefois, la plupart des personnes participant aux recherches dans le milieu correctionnel abordent d'abord la question des hommes, en partie parce qu'ils demeurent le sexe prédominant dans le milieu carcéral, mais aussi parce qu'ils commencent à peine à s'intéresser aux aspects culturels uniques liés aux femmes incarcérées. En d'autres termes, les cheminements uniques menant les femmes à la délinquance, y compris la répression et la violence dans une plus grande mesure comparativement aux hommes, commencent à peine à être considérés avec le degré de sensibilité requis dans les recherches actuelles. En outre, en essayant de tenir compte de la sexospécificité dans les programmes des systèmes correctionnels pour enfants et adultes, nous avons tendance à ancrer les programmes favorables aux filles et aux femmes dans des concepts contenus dans des recherches effectuées par des hommes et dans une compréhension masculine du modèle et de la théorie liés à la criminalité et à la violence. Ainsi, une fois de plus, les parcours d'entrée des femmes dans le système correctionnel ne tiennent pas complètement compte des facteurs systémiques expliquant ce qui pousse les femmes à commettre un crime ou les raisons pour lesquelles les femmes sont aux prises avec des troubles de santé mentale plus graves.

D'ailleurs, les données concernant les concepts contenus dans l'INS-R ont permis de recueillir des renseignements sur un certain nombre de concepts criminogènes importants qui sont associés à l'utilité concurrente et prédictive de cet outil (Smith, Cullen et Latessa, 2009). Néanmoins, ce qui semble se perdre dans les discussions portant sur l'INS-R à propos du sexe est que lorsqu'une étude est menée au niveau conceptuel et au niveau de l'élément de l'INS-R, bon nombre des concepts criminogènes clés englobent à la fois les délinquants et les délinquantes. En d'autres termes, l'INS-R n'a jamais été considéré comme un moyen de suivre le parcours qui a mené une personne à la criminalité, et il ne l'est toujours pas, mais cet outil est le reflet des conditions qui poussent les personnes à commettre un crime d'eux-mêmes. Prenons l'exemple de l'étude menée par Heilbrun, DeMatteo, Fretz, Erickson, Yashura et Anumba (2008). Celle-ci exprime bien les différences entre les sexes de l'INS-R dans les domaines des compagnons et des déficits budgétaires; conclusions conformes à un point de vue relationnel pour les femmes ainsi que la répression et la marginalisation financière, même si les auteurs déclarent

catégoriquement que leur étude était de nature non théorique et qu'elle ne visait pas des domaines de risques particuliers pertinents en matière de besoins déterminés par les érudits criminologistes féministes, ou d'autres spécialistes dont le modèle théorique permet la détermination de domaines pertinents (p. 1394).

La conclusion selon laquelle l'INS-R est une mesure criminogène pertinente aux deux sexes provient d'un examen effectué par Andrews et Dowden (1999) ainsi que d'un résumé effectué dix ans plus tard par Smith et ses collègues (2009), selon lequel l'INS-R fournit une base de renseignements psychométriques solides et nécessaires qui représente une partie importante et intégrale de la planification des services correctionnels. Toutefois, même si l'INS-R est *nécessaire*, la question est de savoir s'il est *suffisant* en tant que base de renseignements sur laquelle fonder l'évaluation des besoins des détenues afin de prendre des décisions optimales en matière de traitements et de services. En des termes cliniques, par exemple, l'INS-R est important si une partie du profil criminogène de la détenue comprend la consommation de substances illégales, sans reconnaître que cette consommation est ancrée dans des antécédents de victimisation sexuelle durant son enfance. La consommation de telles substances serait-elle une façon de réagir aux pensées intrusives constantes et aux troubles de stress post-traumatique associés à cette victimisation? Même si la prise en compte de la consommation de substances illégales était une cible de traitement fondée sur un profil d'INS-R, la base de renseignements pourrait s'avérer insuffisante si la victimisation sexuelle de la détenue pendant son enfance n'a pas été prise en compte dans le cadre de la gestion du cas ou de la préparation du plan de traitement.

L'une des préoccupations clairement définies dans les recherches actuelles à partir de l'aperçu portant sur l'INS-R est la nécessité de veiller à ce qu'il représente une méthode d'évaluation ou d'interprétation davantage fondée sur les besoins propres à chacun des sexes (Reisig, Holtfreter et Morash, 2006). Cette situation se reflète notamment dans la pondération et la compréhension des différences liées à l'utilisation d'outils tels que l'INS-R (Hollin et Palmer, 2006). Les analystes Hollin et Palmer proposent l'existence de deux niveaux de considération d'un outil d'évaluation des risques dans le contexte des détenues, comme l'INS-R. Le premier niveau fournit une liste des « risques criminogènes mutuels » et le second, une liste des « besoins criminogènes propres à la femme », où le poids différentiel, ainsi que la compréhension des événements négatifs d'une vie, peut faire partie de la prise de décisions cliniques pertinentes pour les femmes incarcérées. De plus, comme Caulfield (2010) l'a souligné, on craint qu'en l'absence d'une compréhension informée de la signification de certains besoins criminogènes propres à chacun des sexes, certains besoins propres aux femmes puissent être interprétés à tort comme des risques criminogènes, peut-être en raison d'une mauvaise compréhension de la définition d'un besoin criminogène (p. 323). Van Voorhis, Wright, Salisbury et Bauman (2010) ont récemment affirmé qu'il y a un poids différentiel quant à la prédiction des résultats futurs dans certains domaines de l'INS-R, et cette réalité devrait refléter des domaines prioritaires précis de services offerts aux femmes, comparativement aux hommes.

Selon les lectures effectuées dans le cadre du présent examen, beaucoup souhaitent apporter des changements à ce qui est devenu traditionnellement caractérisé comme une situation à risque élevé pour certaines femmes en raison d'un parcours de vie impliquant, par exemple, la violence d'un partenaire intime ou des agressions sexuelles pendant l'enfance. Même si une conséquence en partie due à ces expériences peut entraîner des risques criminogènes plus élevés, il n'y a pas lieu d'accroître les mesures punitives, mais plutôt de fournir des ressources correctionnelles accrues afin de se pencher sur la cause sous-jacente du trouble mental. Patricia van Voorhis et ses collègues traitent de l'élaboration de deux méthodes d'évaluation de rechange portant expressément sur l'aspect risque/besoin en fonction des besoins des détenues uniquement. Cette compréhension a une incidence sur la façon d'empêcher la surestimation du risque que posent les détenues souffrant de troubles mentaux en raison de ce qui pourrait être une mauvaise interprétation de la nature d'un besoin criminogène (Farr, 2000).

2. Évaluation des troubles de santé mentale

L'évaluation des troubles de santé mentale vise à déterminer, aux fins de traitement, la nature et l'étendue du trouble possible. Les sources de renseignements les plus communes pour les deux sexes lorsqu'il y a possiblement présence de l'un des troubles susmentionnés reposent sur un ensemble d'instruments psychométriques relativement bien établis. Parmi ces instruments, mentionnons des mesures telles que l'Inventaire d'évaluation de la personnalité (IEP), pour l'obtention de données générales de dépistage, ainsi que le *Trauma Screening Inventory* (TSI) (inventaire du dépistage d'un traumatisme) et le *Inventory of Altered Self Capacities* (IASC) (inventaire des capacités personnelles changées) de Brière, pour l'évaluation des troubles spécifiques. On utilise fréquemment le système d'information sur les clients normalisé, qui produit un diagnostic pertinent posé en fonction du DSM-IV (4^e édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Toutefois, certains déclarent que d'un point de vue pratique, ces mesures, malgré leurs propriétés psychométriques solides, ne sont pas adéquates pour évaluer les troubles de santé mentale des délinquantes incarcérées. Grisso (2006, p. 5) a dit que les budgets ne permettront jamais d'embaucher le nombre de psychiatres et de psychologues nécessaires pour combler la demande (en matière d'évaluation des troubles mentaux au sein des services correctionnels); il faudra donc concevoir un outil qui sera utilisé par les professionnels de la santé non spécialisés dans les troubles mentaux. De plus, Krespi-Boothby, Mulholland, Cases, Carrington et Bolger (2010, p. 93) précisent qu'il faut mettre en œuvre davantage de mesures proactives pour assurer le dépistage des troubles mentaux tôt dans le processus correctionnel, de préférence au cours de la première semaine d'incarcération, et que les mesures d'auto-évaluation constituent souvent la meilleure solution aux longues entrevues cliniques en raison du nombre élevé de prisonniers. Même s'il ne semble pas y avoir de solution miracle pouvant fournir une évaluation brève, fiable et pertinente permettant le dépistage des troubles mentaux des délinquants, certaines mesures ont été créées ou normalisées à nouveau afin d'être applicables à de tels troubles mentaux. Voici un résumé de cinq instruments de dépistage distincts. Il faut souligner que même si certains de ces instruments semblent prometteurs en matière de différenciation des troubles de santé mentale, la fiabilité et la validité de ceux-ci sont, de façon générale, plus satisfaisantes pour les hommes que pour les femmes.

Outil rapide de dépistage de problèmes de santé mentale en prison

Ce type d'évaluation extrêmement rapide (environ 2,5 minutes) classe correctement 61,6 pour cent des femmes, puisqu'il est contre-validé en fonction d'un diagnostic posé grâce à une entrevue clinique structurée (Steadman, Scott, Osher, Agnese et Robbins, 2005). Il est considéré comme un outil de dépistage pratique et efficace que les agents correctionnels peuvent donner aux détenus lors de leur évaluation initiale; toutefois, il a un résultat faussement négatif trop élevé dans le cadre de l'évaluation de la santé mentale des femmes incarcérées.

Outil d'évaluation et de dépistage en prison

L'outil d'évaluation et de dépistage en prison est une entrevue rapide semi-structurée visant à cerner les problèmes de santé mentale et les risques de suicide, d'auto-mutilation, de violence et de victimisation des détenus nouvellement incarcérés dans les prisons et les centres de détention provisoire (Nicholls, Roesch, Olley, Ogloff et Hemphill, 2005). Même s'il ne s'agit pas d'un instrument psychométrique précisant une estimation quantitative des troubles mentaux, l'outil d'évaluation et de dépistage en prison fournit un index de préoccupations subjectif grâce à l'inscription de diverses inquiétudes qui sont conformes aux besoins des détenues souffrant de troubles de santé mentale.

Système d'évaluation des délinquants en prison

Le ministère de l'Intérieur britannique a mis sur pied le système d'évaluation des délinquants en prison afin d'examiner si un tel protocole d'évaluation pourrait entraîner une gestion plus efficace et plus adaptée des troubles mentaux chez les détenus et d'aider les intervenants à réduire le risque de récidive et de mutilation de soi ou des autres (Fitzgibbon et Green, 2006, p. 36). Ces auteurs ont conclu que cet outil n'était pas adapté à la sexospécificité et qu'il ne produisait aucun résultat pouvant être utilisé comme base de renseignements adéquate pour que les conclusions de l'évaluation servent à prendre des décisions en matière de programmes offerts aux détenus (p. ex., il manquait des détails importants).

Questionnaire sur l'état de santé général

Douze éléments font partie de cette forme d'auto-évaluation qui a été élaborée afin d'évaluer la détresse émotionnelle clinique importante chez les détenus. L'application de cet inventaire d'évaluation a montré que les détenus dont les résultats reflètent une détresse mentale grave sont correctement pris en charge dans divers services de santé mentale portant une attention particulière à l'auto-mutilation et au suicide ou aux problèmes de santé mentale nécessitant des soins de longue durée (Krespi-Boothby, Mulholland, Cases, Carrington et Bolger, 2010). D'un point de vue psychométrique, le Questionnaire sur l'état de santé général fait preuve d'une uniformité interne adéquate. Il ne restera qu'à pousser davantage les recherches afin d'évaluer son applicabilité à un échantillon de femmes incarcérées.

Instrument rapide de dépistage des troubles de santé mentale chez les adultes nouvellement incarcérés

Cet instrument ne comprend que huit questions et s'effectue en environ trois minutes. Par contre, les résultats sont différents en fonction du sexe : ils sont exacts dans 74 % des cas d'hommes souffrant de troubles mentaux, mais beaucoup moins exacts pour les femmes (Ford, Trestman et Wiesbrook, 2007).

En plus des stratégies d'évaluation des troubles de santé mentale chez les délinquants dont il question ci-dessus, il existe un certain nombre de stratégies d'évaluation rapides pour les femmes qui portent expressément sur les troubles liés à un traumatisme. Même si elles semblent tenir compte des spécificités de la femme, ces stratégies n'ont pas fait l'objet de recherches dans le système correctionnel. Ces stratégies comprennent des mesures telles que la liste de vérification des facteurs de stress de la vie quotidienne (Wolfe et Kimerling, 1997), l'échelle des situations stressantes de la vie quotidienne (The Distressing Life Event Scale) (Weiss et Marmar, 1996) ainsi que la liste de vérification de l'ESPT (PTSD Checklist) (Weathers, Huska et Keane, 1994), pour n'en nommer que quelques-unes. Ce que toutes ces listes de vérification ont en commun est, au niveau du contenu, l'information portant sur la présence possible d'un événement traumatisant dans la vie d'une femme. Mais, comme il a été mentionné précédemment, l'exposition à un événement traumatisant ne permettra pas nécessairement de comprendre la nature d'un traumatisme ou son degré d'intensité ainsi que la façon dont ce traumatisme se traduira dans la vie de chaque femme (Kimerling, Prins, Wrestrup et Lee, 2004).

Enfin, le fait que les méthodes d'évaluation rapides des troubles mentaux ne permettent pas de tenir compte du contexte unique des détenues soulève peut-être la nécessité, comme il a été résumé dans un long examen mené par Brennan (2007), de trouver des méthodes de collecte de renseignements davantage axées sur la personne et fondées sur le contexte dans le cadre de l'évaluation de ce groupe de femmes vulnérables.

Programmes de traitement basés sur des faits démontrés

Dans son examen approfondi, Livingston (2009) a conclu que pour créer un environnement correctionnel

permettant la prestation de services efficaces à des délinquantes souffrant de troubles mentaux ou toxicomanes, les pratiques courantes minimales suivantes doivent être réunies :

1. fournir une gamme complète et équilibrée de services;
2. intégrer les services dans les systèmes et entre les systèmes;
3. harmoniser les services avec les besoins individuels;
4. tenir compte de la diversité de la population;
5. utiliser les renseignements obtenus pour apporter des améliorations à l'échelle du système.

En ce qui concerne ces pratiques, la section suivante résume les programmes basés sur des faits démontrés qui appuient certaines des interventions mises sur pied pour faire face à des difficultés précises lorsqu'il faut travailler avec des délinquantes souffrant de troubles mentaux, ce qui comprend l'engagement au traitement, les interventions fondées sur les facteurs relationnels, et les programmes cognitifs-comportementaux.

Technique d'entrevue motivationnelle

Dans l'ensemble, il est absolument essentiel, et extrêmement difficile, d'amener les délinquantes à s'engager dans le traitement. Cependant, en raison de leurs antécédents d'abus et de victimisation, les délinquantes souffrant de troubles mentaux de ce groupe se sont créé d'importants mécanismes de défense en ce qui a trait à l'ouverture envers des traitements et à l'investissement dans de tels traitements. Une perte de confiance, et le fait qu'elles ont de plus en plus de soupçons à l'endroit des motifs de personnes qui les ont déjà trahies sont des facteurs importants à reconnaître pour bien comprendre la réticence de ces femmes à participer à des traitements. Dans un échantillon de femmes participant à des traitements dans la collectivité et ayant des antécédents de victimisation, les recherches ont déterminé que le taux d'abandon est plus de 80 %, soulignant ainsi la difficulté d'amener les femmes ayant été victimisées à s'engager à toute forme de traitement (Webster, Rosen, Krietemeyer et Mateyoke-Scriver, 2006). Ceci étant dit, il y a de plus en plus d'intérêt quant aux différentes façons d'amener ces clientes à participer aux traitements.

En général, la plupart des délinquantes sont des participantes réticentes aux traitements et, à la limite, leur participation à un traitement dans la collectivité est souvent imposée par le tribunal ou elle compte comme une condition de leur libération conditionnelle. Dans le cas des détenues, les options possibles pour les obliger à participer à un traitement sont encore plus limitées. Toutefois, il existe maintenant un important corpus expliquant que la motivation à s'engager dans des programmes correctionnels et à y participer activement est liée aux épisodes ultérieurs de récidive (Stewart et Millson, 1995).

Le travail de Prochaska visant à déterminer dans quelle mesure les personnes se disent prêtes à participer à tout programme de changement thérapeutique a été grandement utile pour voir, dans les faits, jusqu'à quel point les personnes seront prêtes à prendre part à un traitement (Prochaska, DiClemente, et Norcross, 1992). Il existe maintenant de nombreux documents énonçant l'importance des étapes du changement et de l'engagement à des traitements (McMurrin, 2002). Bien que la majorité de cette documentation porte principalement sur la motivation d'un autre groupe tout aussi hostile, c.-à-d. les hommes qui agressent leur partenaire intime (Musser, Semiatin, Taft, et Murphy, 2008), certaines recherches ont également abordé la possibilité d'utiliser des techniques d'entrevue motivationnelle à l'intention des délinquantes souffrant de troubles mentaux (Murphy, 2004; Hodge et Renwick, 2002), des femmes participant à des

programmes de lutte contre la toxicomanie (South Dakota Department of Corrections, 2009) et des femmes ayant été agressées par un partenaire intime (Oregon Health Centre, 2010).

La motivation sous-jacente aux étapes du changement et aux techniques d'entrevue motivationnelle repose sur la compréhension du fait que l'hésitation des femmes à s'engager à un traitement en milieu correctionnel est une réaction tant au climat de répression qui existe dans l'environnement correctionnel qu'aux efforts qu'elles déploient pour éviter de revivre leur expérience de victimisation. En fait, les processus comportementaux et cognitifs, de l'émoussement émotionnel à la réaction dissociative, sont une importante partie des efforts que fera une personne ayant été victime d'un traumatisme passé pour créer un écart entre elle et les souvenirs ou les expériences qui sont directement liés à ce traumatisme. Les techniques d'entrevue motivationnelle sont particulièrement efficaces avec les délinquantes qui en sont aux premières étapes du changement, qu'on appelle la précontemplation et qui définit ces personnes qui sous-estiment les avantages du traitement, qui ne réalisent pas les conséquences de leur comportement, qui sont déçues des échecs subis aux essais antérieurs, et qui sous-estiment les avantages du changement et en surestiment les coûts. Le recours à l'empathie, la mise en évidence des éléments divergents, le refus de se lancer dans une discussion, le recours à la résistance et le soutien à l'autonomie (Miller & Rollnick, 1991) sont des composantes des techniques d'entrevue motivationnelle.

Thérapies fondées sur les facteurs relationnels

Dans les dix dernières années, on a surtout mis l'accent sur les programmes qui reposent sur le fait que les femmes, plus que les hommes, recherchent ce que Jordan (2010) appelle « la croissance par les connexions [traduction] », et qu'elles en tirent profit (i). La théorie relationnelle culturelle (TRC), comme l'avance Jean Baker Miller et comme elle est expliquée dans les ouvrages de Jordan, a permis de se donner une meilleure appréciation de la situation des femmes ayant subi diverses formes de violence au sein de relations intimes, et de cibler les programmes de façon plus appropriée. La TRC a permis de mettre en évidence une certaine dissociation entre les femmes ayant été victimisées et les autres femmes, ainsi qu'une dissociation entre les femmes victimisées et leur propre expérience, comme le démontrent les troubles dissociatifs dont souffrent ces femmes, par exemple le trouble de stress post-traumatique. Les recherches effectuées dans ce domaine ont donné lieu à la création de programmes communautaires de traitement fondés sur les principes de la TRC et mis au point à l'intention des femmes ayant survécu à des événements traumatisants (Hartling, 2004); ils sont résumés dans la collection d'articles revue par Walker et Rosen (2004).

La TRC a également été mise à contribution dans des programmes conçus précisément pour les délinquantes. Dans la littérature, la TRC ou les programmes fondés sur cette théorie sont désignés comme étant « relationnels » ou encore des « communautés thérapeutiques » (Eliason, 2006). Principalement, les preuves à l'appui des programmes pour délinquantes fondés sur la TRC ont surtout porté sur l'abus d'alcool ou autres drogues, sur la réduction des risques criminogènes en général (Mosher et Phillips, 2006) et sur les graves problèmes de santé mentale (Bloom, Owen et Covington, 2008; Sacks, Sacks, et coll., 2008).

Approches cognitives et fondées sur l'apprentissage social

Les principes cognitifs et d'apprentissage social continuent d'avoir un très grand rôle à jouer dans les stratégies efficaces de traitement des délinquantes. Deux stratégies découlant de ces approches sont abordées dans la section suivante, soit la thérapie basée sur la conscience et la thérapie comportementale dialectique (TCD), puisqu'elles ont reçu une attention considérable dans la littérature portant sur les délinquantes et qu'elles semblent être particulièrement utiles auprès des délinquantes souffrant de troubles mentaux.

Thérapie basée sur la conscience

La littérature portant précisément sur ce type de thérapie en tant que composante d'une démarche thérapeutique cognitive mise sur pied pour les délinquantes a été particulièrement utile pour cet examen. La thérapie basée sur la conscience peut aider les personnes portées aux ruminations de pensées négatives, à la dépression et aux troubles de stress post-traumatique de faible niveau, et pour les aider à réduire leur stress. Cette thérapie est de plus en plus reconnue comme étant une intervention efficace pour traiter divers problèmes présents chez des femmes ayant un profil semblable à ceux donnés dans le présent examen (Grossman, Niemann, Schmidt, Walach, 2004) comme les délinquantes ayant des problèmes d'abus d'alcool et autres drogues (Messina, Grella, Cartier et Torres, 2010) et celles souffrant de troubles mentaux, notamment les troubles bipolaires (Zaplin, 2008).

Les examens récents de la thérapie basée sur la conscience portent principalement sur son efficacité en ce qui a trait aux troubles liés au stress et à l'anxiété, tant dans les populations cliniques que non cliniques. Dans leur récente méta-analyse, Hofmann, Sawyer, Witt et Oh (2010) ont résumé les résultats de 39 études de la thérapie basée sur la conscience, mettant ainsi en lumière l'importance de l'ampleur de l'effet pour améliorer les symptômes liés à l'anxiété et à l'humeur, et ce, peu importe le nombre de séances de traitement. Ces effets ont même été maintenus une fois le traitement terminé. Bien que ces objectifs ne soient pas liés à la criminologie, ils constituent tout de même des conditions préalables à satisfaire pour veiller à l'efficacité de la participation à des programmes plus ciblés.

Pourquoi la littérature sur la thérapie basée sur la conscience est-elle pertinente à la discussion actuelle relative aux délinquantes souffrant de troubles mentaux? Cette thérapie aide les personnes à gérer leurs processus cognitifs internes, objectif qui est lié à la gestion de la détresse personnelle se manifestant en des comportements pouvant être extrêmement débilissants et, dans le cas des comportements d'automutilation, pouvant même mettre la vie de la personne en danger. Les femmes exhibant des symptômes liés au trouble de stress post-traumatique découlant de leurs traumatismes antérieurs répondent à la thérapie basée sur la conscience particulièrement bien, puisque ce type de thérapie est surtout utile pour régulariser les émotions. Zlotnick, Najavits et coll. (2003) ont testé la thérapie basée sur la conscience auprès de femmes ayant subi des traumatismes après avoir été victimisées sur le plan physique ou sexuel dans le contexte de l'incarcération. Messina et coll. (2010) ont découvert des effets positifs lors d'un essai clinique randomisé effectué sur des femmes détenues pour abus d'alcool ou d'autres drogues. Zlotnick, Najavits, Rohsenow et Johnson (2003) ont également déclaré avoir obtenu des résultats positifs dans le cas d'abus d'alcool et d'autres drogues et de symptômes liés au trouble de stress post-traumatique.

Thérapie comportementale dialectique

Parmi toutes les interventions ciblant les besoins des femmes souffrant de troubles mentaux en milieu correctionnel, aucune n'a reçu autant d'attention de la part des chercheurs que la thérapie comportementale dialectique (TCD). Cette thérapie a été élaborée par Marsha Linehan de l'université de Washington. La TCD est fondée sur les hypothèses de travail tirées de l'efficacité des thérapies cognitives et comportementales pour modifier les perceptions et les croyances en ce qui a trait à la signification et à la correction des stratégies de renforcement et des contingents du comportement. Cependant, selon Linehan, en suivant des traitements fondés sur des stratégies cognitives et comportementales traditionnelles, les personnes gravement atteintes, notamment les femmes, se sentent « invalidées et critiquées », ce qui explique les taux élevés d'abandon (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo et Linehan, 2006).

La TCD, bien qu'elle prenne appui sur bon nombre des concepts des théories cognitives, tire son fondement sur l'acceptation et la conscience pour établir ce qui sont considérées comme les

trois composantes principales du changement thérapeutique : accroître la maîtrise consciente de la conscience de soi; intégrer la pensée rationnelle et émotive; et développer un sentiment accru d'unité et de cohésion avec soi-même et tout ce qui nous entoure (Feigenbaum, 2007; Linehan, 2000). La TCD est surtout axée sur le traitement des personnes ayant été diagnostiquées comme ayant un trouble de la personnalité limite ainsi que d'autres problèmes qui touchent des détenues, comme les comportements suicidaires et l'automutilation non suicidaire (Harned, Chapman, Dexter-Mazza, Murray, Comtois et Linehan, 2008), le dérèglement affectif (Linehan, Bohus et Lynch, 2007), l'abus d'alcool et d'autres substances (Linehan, Dimeff, Reynolds, Comtois, Welch, Heagerty et Kivlahan, 2002), les troubles comorbides de la personnalité (Lynch et Cheavens, 2008) et les traumatismes complexes (Wagner, Rizvi et Harned, 2007).

L'orientation clinique des interventions de la TCD a non seulement attiré l'attention des responsables des orientations politiques et des praticiens qui travaillent avec les délinquantes souffrant de troubles mentaux, mais cette thérapie a également été l'objet de vastes recherches pour la valider à titre de traitement. En abordant le fondement empirique de la TCD, nous avons choisi, pour effectuer cet examen, des études où cette thérapie était mise à l'essai auprès d'échantillons ciblés de patients présentant des troubles semblables à ceux dont souffrent les femmes faisant l'objet de la pratique correctionnelle à l'étude. Dans la littérature, nous avons cherché des études satisfaisant les critères suivants : 1) le traitement ciblé visait le trouble de la personnalité limite, les comportements suicidaires et l'automutilation non suicidaire, l'abus d'alcool et d'autres substances ou les traumatismes complexes; 2) les résultats ont fait l'objet d'un suivi allant au-delà de la date de fin officielle du traitement; et 3) la majorité des participants était des femmes. Nous avons exclu des clés de recherche les comptes rendus publiés décrivant la TCD et les évaluations des participants à propos de la thérapie. Il importe de mentionner que ces documents étaient très nombreux.

Treize études ont été retenues (annexe A), dont cinq étaient des essais cliniques aléatoires, quatre étaient des modèles quasi-expérimentaux, deux étaient des tests avant-après sans groupe de comparaison et deux autres étaient des rapports qualitatifs. Les périodes prévues pour rendre compte des résultats allaient de quatre semaines à deux ans. Les résultats étaient mesurés à l'aide de formulaires normalisés d'autodéclaration, d'entrevues avec un spécialiste et des admissions et réadmissions à l'hôpital. Seules deux études n'ont pas eu recours à un échantillon réservé aux femmes. Dans tous les cas, chez les personnes traitées au moyen de la TCD, on a remarqué une réduction accrue des symptômes de détresse, une meilleure adaptation comportementale et une baisse du nombre d'admissions en vue de recevoir des soins psychiatriques subséquents. Il est particulièrement important de noter que les essais cliniques aléatoires ont obtenu de meilleurs résultats par comparaison aux traitements habituels et/ou aux autres interventions cognitives, comportementales, psychopharmacologiques et psychanalytiques.

Dans son *Blueprints Series on Effective Programs*, Delbert Elliot (1997) prévoyait une rubrique évaluant la littérature sur les traitements en centres correctionnels. Il se penchait surtout sur les services correctionnels pour les jeunes, mais les principes dont il se servait pour mesurer l'efficacité des programmes sont tout de même pertinents pour le contexte actuel. Il tentait de voir, entre autres, si le traitement donne les effets désirés et s'il y a une solide conception de recherche, si les bienfaits du traitement étaient soutenus, si le traitement était repris à divers endroits et si la généralisation du traitement est gérée de façon normalisée. Nous ajouterions à cette liste le respect du programme et la fidélité du traitement. En comparant les grandes lignes de la littérature sur la TCD aux critères énoncés par Elliott, la TCD a reçu de bien meilleurs résultats que toute autre méthode de traitement concurrente (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, et Guerrero, 2004; Leichensburg, et Leiging, 2003). De plus, en ce qui concerne la TCD, il existe un vaste corpus d'évaluations narratives et non empiriques sur l'utilité clinique de cette thérapie, ainsi que des méthodes bien établies de traitement normalisé et de paradigmes de traitement et, comme nous l'avons déjà mentionné, des moyens d'application et de normalisation (Eifert, Schulte, Zvolensky, Lejuez, et Lau, 1997; Scheel, 2000; Swenson, Torrey, et Koerner, 2002). Cependant,

il serait aussi important de signaler que la majorité de la littérature empirique portant sur la TCD est liée directement à Linehan ou à ses confrères de l'université de Washington et qu'en fait, un seul des essais cliniques aléatoires mentionnés dans cet examen n'était pas associé directement ou indirectement à Linehan.

Résumé

Bien que nous en sachions maintenant beaucoup plus qu'avant sur les ressources nécessaires à l'efficacité des programmes de traitement à l'intention des délinquantes souffrant de troubles mentaux, nos connaissances comportent encore certaines lacunes fondamentales. La plus grave de ces lacunes porte sur notre incapacité à trouver comment transposer des constatations tirées de la littérature en des installations en milieu correctionnel et comment veiller à ce que ces services soient offerts avec intégrité. La demande et le besoin en matière de traitements pour les délinquantes souffrant de troubles mentaux l'emporteront toujours sur la capacité à fournir un espace adéquat pour offrir ces services au sein des installations de traitements spécialisés de tout système correctionnel. Il faudra donc se fier aux unités régulières pour délinquantes afin de fournir les services à de nombreuses femmes qui pourraient être difficiles et dont le passé comporte des traumatismes et d'autres troubles graves qui tirent leurs origines dans des épisodes violents. Pour y arriver, il faudra s'assurer de ce qui suit :

1. Les femmes ayant des antécédents mentionnés dans cet examen pourront accéder à un service ou à un programme de traitement dans une installation adaptée à leurs besoins.
2. Il faudra déterminer dans quelle mesure les intentions qui sous-tendent les principes de l'INS-R et RBR ont été mal comprises, donnant ainsi lieu au fait que les femmes ne sont pas considérées comme étant à risque élevé alors que leur présentation vient démentir leur besoin extrême.
3. Il n'existe toujours pas de contrôle rapide, fiable et valide des troubles affectifs chez les délinquantes pour compléter l'INS-R. Une telle mesure pourrait aider le personnel de première ligne et les cliniciens à cerner la portée d'un trouble affectif sous-jacent. Un simple examen des antécédents de victimisation n'est pas suffisant pour déterminer qu'une délinquante donnée pourrait présenter des symptômes de détresse ou, si des symptômes sont visibles, la nature du trouble ou l'ensemble de symptômes qui seront présentés. Cette observation est faite en toute conscience de la difficulté que représente l'élaboration d'un tel instrument, étant donné qu'il a fallu des années pour développer les propriétés psychométriques des mesures qu'utilisent les cliniciens dans la collectivité pour traiter les femmes ayant subi des expériences traumatisantes. Cet élément est particulièrement pertinent puisqu'il faut faire la distinction entre les cas d'automutilation non suicidaire et les cas de comportement suicidaire, et que cette information doit absolument être remise à l'agent de gestion du cas peu après l'admission de la délinquante dans une unité correctionnelle (Klonsky et Glenn, 2009).
4. Bien que la TCD soit considérée comme une pratique exemplaire, aucune étude ne s'est penchée sur la possibilité d'utiliser, à grande échelle, cette thérapie en milieu correctionnel chez les femmes. De telles études devraient surveiller dans quelle mesure le traitement respecte les principes de la TCD. Une affirmation semblable pourrait être appliquée à d'autres interventions considérées comme étant des pratiques exemplaires et ayant récemment fait l'objet d'études, notamment les techniques d'entrevue motivationnelle, la thérapie basée sur la conscience et les interventions basées sur les relations. Nous espérons ainsi rappeler que la mise en œuvre de pratiques efficaces au sein des services correctionnels est une science en soi, et que même si la première étape nécessaire consiste à reconnaître quels sont les services essentiels, il reste toutefois très important de ne pas perdre de vue les efforts requis pour mettre ces connaissances en pratique (Bernfeld, Farrington et Leschied, 2001).

Bibliographie

- Andrews, D. A. (2011). « The impact of nonprogrammatic factors on criminal-justice interventions ». *Legal and Criminological Psychology*, vol. 16, p. 1-23.
- Andrews, D. A. et J. Bonta, J. (1995). *The Level of Service Inventory-Revised*, Toronto, ON, Multi-Health Systems.
- Andrews, D. A. et J. Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct (5th ed.)*. New Providence, NJ, LexisNexis Matthew Bender.
- Andrews, D. A. et C. Dowden (1999). « What works for female offenders: A meta-analytic review », *Crime and Delinquency*, vol. 45, p. 438-452
- Bates, B. (2003). « Few traumatized patients fit PTSD criteria found in DSM: Complex histories », *Clinical Psychiatry News*.
- Bernfeld, G. A., D. Farrington, A.W. Leschied (éditeurs) (2001). *Offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programs*, Londres, RU, John Wiley Press.
- Blanchette, K. (2000). « Les pratiques correctionnelles qui sont efficaces auprès des délinquantes », *Compendium 2000 des programmes correctionnels efficaces*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada.
- Bloom, B., B. Owen, S. Covington (2004). « Women offenders and the gendered effects of public policy », *Review of Policy Research*, vol. 21, p. 31-48.
- Bohus, M., B. Haaf, C. Stiglmayr, U. Pohl, R. Bohme, M. Linehan (2000). « Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder: A prospective study », *Behavior Research and Therapy*, vol. 38, p. 875-887.
- Bohus, M., B. Haaf, T. Simms, M. F. Limberger, C. Schmahl, C. Unckel, K. Lieb, M. M. Linehan. (2004). « Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial », *Behaviour Research and Therapy*, vol. 42, p. 487-499.
- Bonta, J. (1996). « Risk-needs assessment and treatment », A. T. Harland (éditeur), *Choosing Correctional Options that Work: Defining the Demand and Evaluating the Supply* (p. 18-32), Thousand Oaks, CA, Sage.
- Brennan, T. (2007). « Institutional assessment and classification of women offenders: From robust beauty to person-centered assessment », R. Zaplin, (éditeur), *Female Offenders: Critical Perspectives and Effective Interventions* (2nd Edition) (p. 283-322). Boston, MA, Jones and Bartlett.
- British Columbia Centre for Excellence in Women's Health (2006). *Improving conditions: Integrating sex and gender into federal mental health and addictions policy*, Vancouver, C.-B.
- Caulfield, L. (2010). « Rethinking the assessment of female offenders », *The Howard Journal*, vol. 49, p. 315-327.
- Clarkin, J. F., K. N. Levy, M. F. Lenzenberger, O. F. Kernberg (2007). « Evaluating three treatments for

- borderline personality disorder: A multiwave study », *American Journal of Psychiatry*, vol. 164, p. 922-928.
- Classen, C., Paresh, O. et R. Aggarwal (2005). « Sexual revictimization: A review of the literature », *Trauma Violence Abuse*, vol. 6, p. 103-129.
- Covington, S.S. (2008). « Women and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of Psychoactive Drugs, SARC Supplement*, vol. 5, p. 377-385.
- Eifert, G. H., D. Schulte, M. J. Zvolensky, C. W. Lejuez, et A.W. Lau (1997). « Manualized behavior therapy: Merits and challenges », *Behavior Therapy*, vol. 28, p. 499-509.
- Eliason, M. J. (2006). « Are communities therapeutic for women? », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 1, p. 1-17.
- Elliot, D. (1997). *Blueprints for Violence Prevention*. Center for the Study and Prevention of Violence, University of Colorado, Boulder, CO.
- Farr, K. A. (2000). « Classification for female inmates: Moving forward », *Crime and Delinquency*, vol. 46, p. 3-17.
- Feigenbaum, J., (2007). « Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base », *Journal of Mental Health*, vol. 16, p. 51-68.
- Fitzgibbon, W. et R. Green, R. (2006). « Mentally disordered offenders: Challenges in using the OASys risk assessment tool », *Journal of Community Justice*, vol. 4, p. 35-46.
- Ford, J., R. Trestman, V. Wiesbrook (2007). « Development and validation of a brief mental health screening instrument for newly incarcerated adults », *Assessment*, vol. 14, p. 279-299.
- Fortin, D. (2004). *Stratégie des programmes pour délinquantes*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada.
- Grant, B. et J. Gileno (2008). *The Changing Federal Offender Population*, Ottawa, Ontario, Service correctionnel du Canada.
- Grisso, T. (2006). « Review of the jail screening assessment tool (JSAT): Guidelines for mental health screening in jails », *Psychiatric Services*, vol. 57, p. 1049.
- Grossman, A. P., B. L. Niemann, C .S. Schmidt et H. Walach (2004). « Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 57, p. 35-43.
- Hannah-Moffat, K. (2009). « Gridlock or mutability: Reconsidering “gender” and risk assessment », *Criminology and Public Policy*, vol. 10, p. 209-219.
- Harned, M. S., A. L. Chapman, E.T. Dexter-Mazza, A. Murray, K. A. Comtois, M. M Linehan (2008). « Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-Year randomized trial of dialectical behavior therapy », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 76, p. 1068-1075.

- Hartling, L. M. (2004). « Prevention through connection: A collaborative approach to women's substance abuse », M. Walker et W.B. Rosen (éditeurs), *How connections heal: Stories from relational cultural theory* (p. 197-215), New York, NY, Guilford Press.
- Hastings, R. P., et S. J. Noone, S. J. (2005). « Self-injurious behavior and functional analysis: Ethics and evidence », *Education and Training in Developmental Disabilities*, vol. 40, p. 335-342.
- Hayes, S. C., A. Masuda, R. Bissett, J. Luoma et L. F. Guerrero (2004). DBT, FAP and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, vol. 35, 35-54.
- Heilbrun, K., D. DeMatteo, J. Fretz, J. Erickson, N. Yashura et Anumba (2008). « How “specific” are gender-specific rehabilitation needs? An empirical analysis », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 35, p. 1382-1397.
- Hodge, J. E., S. J. Renwick (2002). « Motivating mentally disordered offenders ». M. Murrin (éditeur), *Motivating offenders to change: A guide to enhancing engagement in therapy* (p. 221-234). West Sussex, RU, John Wiley.
- Hollin, C. et E. J. Palmer, E. J. (2006). « Criminogenic need and women offenders: A critique of the literature », *Legal and Criminological Psychology*, vol. 11, p. 179-195.
- Holtfreter, M., M. Morash (2003). « The needs of women offenders: Implications for correctional programming », *Women and Criminal Justice*, vol. 14, p. 137-160.
- Hofmann, S. G., A. T. Sawyer, a. A. Witt, et D. Oh. (2010). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 78, p. 169-183.
- Jolley, J. M., et J. J.J Kerbs (2010). « Risk, need and responsivity: Unrealized potential for the international delivery of substance abuse treatment in prison », *International Criminal Justice Review*, vol. 20, p. 280-301.
- Kilty, M. (2006). « Under the barred umbrella: Is there room for a women-centered self-injury policy in Canadian corrections? » *Criminology and Public Policy*, vol. 5, p. 161-182.
- Kimerling, R., A. Prins, D. Wrestrup, T. Lee (2004). « Gender issues in the assessment of PTSD., J. P. Wilson et T. M. Keane (éditeurs), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (2nd ed.) (p. 565-590). New York, NY, Guilford Press.
- Klonsky, D. E. (2007). « The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence », *Clinical Psychology Review*, vol. 27, p. 226-239.
- Klonsky, D. E., C. R. Glenn, C.R. (2009). « Assessing the functions of non-suicidal self-injury: psychometric properties of the Inventory of Statements about Self-injury (ISAS) », *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, vol. 31, p. 215–219.
- Krespi-Boothby, M. R., I. Mulholland,, A. Cases, K. Carrington, T. Bolger. « Towards mental health promotion in prisons: the role of screening for emotional distress ». *Social and Behavioral Sciences*, vol. 5, p. 90-94.

- Kroger, C., U. Schweiger, V. Sipos, R. Arnold, K. G. Kahl, T. Schunert, S. Rudolf, H. Reinecker. (2005). « Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting », *Behavior Research and Therapy*, vol. 44, p. 1222-1217.
- Leichensburg, F., E. Leiging, E. (2003). « The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapeutic in the treatment of personality disorders: A meta-analysis », *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, p. 1223-1232.
- Leschied, A.W. (2011) « Youth Justice and Mental Health in Perspective », *Healthcare Quarterly*, vol. 14, p. 58-63.
- Lev-Weisel, R. (2008). « Child sexual abuse: A critical review of intervention and treatment modalities ». *Child Abuse and Neglect*, vol. 30, p. 665-673.
- Lewis, C. (2006). « Treating incarcerated women: Gender matters », *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 29, p. 773-789.
- Linehan, M. M. (2000). « The empirical basis of dialectical behavior therapy: Development of new treatments versus evaluation of existing treatments ». *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 7, p. 113-118.
- Linehan, M. M., M. Bohus, et T.R. Lynch (2007). « Dialectical behavior therapy for emotion dysregulation ». J. Gross (éditeur), *Handbook of Emotion Regulation* (p. 581-605). New York, NY, Guilford Press.
- Linehan, M., K. Comtois, A. Murray, M. Brown, R. Gallop, H. Heard, K. Korslund, D. Tutek., A. S Reynolds et N. Lindeham, (2006). « Two year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder ». *Archives of General Psychiatry*, vol. 63, p. 757-767.
- Linehan, M., L.A. Dimeff, S.K. Reynolds, K. Comtois, S. Welch, P. Heagerty, Kivlahan (2002). « Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder ». *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 67, p. 13-26.
- Livingston, J. D. (2009). *Mental Health and Substance use Services in Correctional Settings: A Review of Minimum Standards and Best Practices*. The International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy, Vancouver C.-B.
- Lynch, T. R., et J. S. Cheavens, J. S. (2008). « Dialectical behavior therapy for comorbid personality disorders », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 64, p. 154-167.
- Matheson, F. I., S. Doherty, S., et B. A. Grant. (2009). *Le Programme d'intervention pour délinquantes toxicomanes et la réinsertion sociale*. Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada.
- McMurrin, M. (2002). *Motivating Offenders to Change: A Guide to Enhancing Engagement in Therapy*. West Sussex, RU, John Wiley and Sons.
- McMain, S., Dimeff, L., et L. M. Korman, (2001). « Dialectical behaviour therapy and the treatment of emotion dysregulation », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 57, p. 183-196.

- McQuillan, A., R. Nicastrói, F. Guentot, M. Girard, C. Lissner et Ferrero (2005). « Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis ». *Psychiatric Services*, vol. 56, p. 193-197.
- Messina, N., C. E. Grella, J. Cartier, J. A. Torres, J. A. (2010). « A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 38, 97-107.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*, New York, NY, Guilford Press.
- Milligan, R. J., & Andrews, B. (2005). « Suicidal and other self-harming behaviour in offender women: The role of shame, anger and childhood abuse. » *Legal and Criminological Psychology*, vol. 10, p. 13-25.
- Morash, M. (2009). « A great debate over using the Level of Service Inventory-Revised (LSI-R) with women offenders », *Criminology and Public Policy*, vol. 10, p. 173-181.
- Mosher, C., et D. Phillips (2006). « The dynamics of a prison-based therapeutic for women offenders: Retention, completion, and outcomes » *The Prison Journal*, vol. 86, p. 6-31.
- Mulholland, M. R., I. Cases, A. Carrington, T. Bolger (2010). « Towards mental health promotion in prisons: the role of screening for emotional distress ». *Social and Behavioral Sciences*, vol. 5, p. 90-94.
- Murphy, A. (2004). « The female offender: Existing gaps and underlying issues for female focused intervention ». Department of Correctional Service. Australie du Sud.
- Murthi, M. et D.L. Espelage (2005). « Childhood sexual abuse, social support, and psychological outcomes: A loss framework », *Child Abuse and Neglect*, vol. 29, p. 1215-1231.
- Musser, P. H., Semiatin, J. N., C. T. Taft., C. M. Murphy (2008). « Motivational interviewing as a pregroup intervention for partner-violent men » *Violence and Victims*, vol. 2, p. 539-557.
- Nee, C., & Farman, S. (2005). « Female prisoners with borderline personality disorder: Some promising treatment developments », *Criminal Behaviour and Mental Health*, vol. 15, p. 2-16.
- Nicholls, T. L., R. Roesch, M. C. Olley, J. R. P. Ogloff., J. F. Hemphill (2005). *Jail Screening Assessment Tool (JSAT)*, Burnaby, C.-B., Mental Health, Law and Policy Institute.
- Oregon Health Centre. (2010). *Reducing HIV & Domestic Violence Risk in Women Offenders*. Portland, OR.
- Perseus, K. I., A. O'jehagen, S. Ekdahl, M. Åsberg, M. Samuelsson (2003). « Treatment of suicidal and deliberate self-harming patients with borderline personality disorder using Dialectical Behavioral Therapy: The patients' and the therapists' perceptions », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 17, p. 218-27.
- Prochaska, J. O., C.C. DiClemente, J. C. Norcross (1992). « In search of how people change: Applications to addictive behaviours », *American Psychologist*, vol. 47, p. 1102-1114.

- Reisig, M. D., K. Holtfreter et M. Morash, M. (2006). « Assessing recidivism risk across female pathways to crime, *Justice Quarterly*, vol. 23, p. 384-405.
- Sacks, J. Y., S. Sacks, K. McKendrick, S. Banks, M. Schoenberger, Z. Hamilton, et associés (2008). « Prison therapeutic community treatment for female offenders: Profiles and preliminary findings for mental health and other variables (crime, substance use, and HIV risk) », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 46, p. 233-261.
- Scheel, K. R. (2000). « The empirical basis of Dialectical Behavior Therapy: Summary, critique, and Implications », *Clinical Psychological Science and Practice*, vol. 7, p. 68-86.
- Service correctionnel Canada (2008). *Comité d'examen*. Ottawa (Ont.).
- Silberman, M (2010). « Sexual abuse in childhood and the mentally disordered female offender » *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 54, p. 783-802.
- Smith, P., F. T. Cullen et E. J. Latessa (2009). « Can 14,737 women be wrong? A meta-analysis of the LSI-R and recidivism for female offenders », *Criminology and Public Policy*, vol. 10, p. 183-208.
- South Dakota Department of Corrections. (2009). *Guiding Principles for the Women's Methamphetamine Treatment Program*, Pierre, Dakota du Sud.
- Steadman, J., J. E. Scott, F. Osher, T. K. Agnese, P. K. Robbins(2005). « Validation of the Brief Jail Mental Health Screen ». *Psychiatric Services*, vol. 56, p. 816-822.
- Stewart, L., & Millson, W. A. (1995). « La motivation des délinquants à l'égard du traitement comme facteur de réceptivité ». *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 7, p. 5-7.
- Swenson, C. R., W. C. Torrey, K. Koerner (2002). « Implementing dialectical behavior therapy ». *Psychiatric Services*, vol. 53, p. 171-178.
- Taylor, K. N. et K. Blanchette (2009). « The women are not wrong: It is the approach that is debatable », *Criminology and Public Policy*, vol. 10, p. 221-229.
- Teplin, L. A., K. M. Abram et G. M. McClelland (1996). « Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: pretrial jail detainees » *Archives of General Psychiatry*, vol. 53, p. 505-512.
- Thomas, T., M. Leaf, A. Kazmierczak et J. Stone (2006). « Self –injury in correctional settings: 'pathology' of prisons of prisoners? », *Criminology and Public Policy*, vol. 38, p. 193-202.
- van den Bosch, L. M. C., R. Verheul, G. M. Schippers et W. van den Brink (2002). « Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems Implementation and long-term effects », *Addictive Behaviors*, vol. 27, p. 911-923.
- Van der Kolk, B. A., S. Roth, D. Pelcovitz, S. Sunday, J. Spinazzola (2005). « Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 18, p. 389-399.
- Van Voorhis, P., E. Salisbury, E., E. Wright, A. Bauman (2008). *Achieving Accurate Pictures of Risk and Identifying Gender Responsive Needs: Two New Assessments for Women Offenders*, document non publié, University of Cincinnati, Cincinnati, OH.

- Van Voorhis, P., E. M. Wright, E. Salisbury, A. Bauman (2010). « Women's risk factors and their contributions to existing risk/needs assessment », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 37, p. 261-288.
- Veysey, B. M. (1997). « Specific needs of women diagnosed with mental illnesses in U.S. Jails », B. L. Levin, A. K. Blanch et A. Jennings (éditeurs), *Women's Mental Health Services: A Public Health Perspective* (p. 238-289), Thousand Oaks, CA, Sage.
- Wagner, A. W., S. L. Rizvi, M. S. Harned (2007). « Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: When one case formulation does not fit all. » *Journal of Traumatic Stress*, vol. 20, p. 391-400.
- Walker, W. et W. B. Rosen (éditeurs) (2004). *How Connections Heal: Stories from Relational Cultural Theory*, New York, NY, Guilford Press.
- Weathers, F. W., B. T. Litz, J. A. Huska, T. M. Keane, (1994) *PCL-C for DSM-IV*. Boston, National Center for PTSD-Behavioral Sciences Division.
- Webster, J. M., P. J. Rosen, J. Krietemeyer et A. Mateyoke-Scriver (2006). « Gender, mental health, and treatment motivation in a drug court setting », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 38, 441-448.
- Weiss, D. S. et C. R. Marmar (1996). « The Impact of Event Scale-Revised, J. Wilson et T. M. Keane (éditeurs), *Assessing psychological trauma and PTSD* (p. 399-411), New York, NY, Guilford.
- Wolfe, J., & Kimerling, R. (1997). « Gender issues in the assessment of Posttraumatic Stress Disorder », J. Wilson et T. M. Keane (éditeurs), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (p. 192-238). New York, NY, Guilford.
- Wolff, N., J. Shi (2009). « Victimization and feelings of safety among male and female inmates with behavioral health problems », *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, vol. 20, p. 56-77.
- Wolff, N., C. L. Blitz, J. Shi, (2007). « Rates of sexual victimization in prison for inmates with and without mental disorders », *Psychiatric Services*, vol. 58, 1087-1094.
- World Health Organization (2008). *Report of the Proceedings on Gender and Mental Health*, Genève, Suisse.
- Zaplin, R. (2008). *Female Offenders and Critical Perspectives*. (2nd Ed), Mississauga, ON, Jones and Bartlett.
- Zlotnick, C., L. Najivits, D. J. Rohsenow, D. M. Johnson (2003). « A cognitive-behavioral treatment for incarcerated women with substance abuse disorder and posttraumatic stress disorder: Findings from a pilot study », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 25, p. 99-105.

Annexe A

Résumé des études sur les résultants de la thérapie comportementale dialectique donnée aux groupes ciblés composés de délinquantes souffrant de troubles mentaux.

Étude	Conception	Population ciblée	Durée et nature du suivi	Résultat
Bohus, M., Haaf, B., et al. (2004)	N=31; comparaison de deux groupes avant et après le traitement (aucune liste d'attente pour le traitement); femmes	Trouble de la personnalité limite	Quatre semaines après la mise en libération; indices d'automutilation; taux d'autodéclaration de psychopathologie	Des améliorations ont été constatées pour 7 des 9 facteurs évalués; dépression, anxiété, fonctionnement interpersonnel, adaptation sociale; psychopathologie globale; réduction des incidents d'automutilation
Bohus, M., Haaf, B., et al. (2000)	N= 24, femmes; comparaison avant et après le traitement, conception à groupe unique	Traitement en hospitalisation pour le trouble de la personnalité limite; tentatives de suicide; schizophrénie; trouble bipolaire; dépendance de type alcoolique/toxicomanie	Un mois après la mise en libération; mesures multiples d'autodéclaration des résultats	Amélioration des taux de : dépression, dissociation, anxiété, stress (général); diminution des gestes suicidaires
Clarkin, J. F., Levy, K N., Lenzenberger, M. F., & Kernberg, O.F (2007)	N=90 hommes et femmes; externe; essais cliniques aléatoires comparant la TCD contre deux autres types de thérapie	Trouble de la personnalité limite	Suivi après 1 an à 4 mois; BDI; GAF; SAS; OAS; BSI	La TCD et la thérapie axe sur le transfert s'équivalent lorsqu'il s'agit de réduire le risque de suicide, d'atténuer les symptômes de dépression et d'anxiété et d'améliorer le fonctionnement général et l'adaptation sociale

Annexe A (suite)

Étude	Conception	Population ciblée	Durée et nature du suivi	Résultats
Harned, M. S., Chapman, A. L., et al. (2008)	N=101 femmes; essais cliniques aléatoires avec solutions de rechange offertes par un « expert »	Trouble de la personnalité limite; comportement prédisposé à l'automutilation non suicidaire	Suivi après 1 an; SCID; DSM IV disorder	Les patients traités par la TCD sont plus susceptibles de se remettre totalement d'une dépendance à une substance
Kroger, C., Schweiger, U., et al. (2005)	N=50, 6 hommes, 44 femmes; comparaison non aléatoire de deux groupes	Trouble de la personnalité limite	Suivi après 5 mois; IDB, ECSD, SCL-90	Réduction des autodéclarations dans l'Indice de gravité globale, l'IDB et le SCL-90; améliorations de la fonction générale de l'adaptation
Linehan, M., Comtois, K., et al. (2006)	N=101; essais cliniques aléatoires; femmes	Trouble de la personnalité limite; comportement suicidaire; automutilation	Suivi après 12 mois, une fois le traitement terminé	Atténuation des comportements d'automutilation; hospitalisations moins fréquentes
Linehan, M., Dimeff, L.A., et al. (2002)	N=23; essais cliniques aléatoires; femmes	Trouble de la personnalité; abus d'alcool ou d'autres substances	Suivi après 16 mois; Indicateurs biologiques; mesures normalisées d'autodéclaration; entrevues avec un spécialiste	Taux réduits de consommation d'opiacés; aucune différence dans les mesures des personnalités entre les groupes
Linehan, M. Schmidt, H., et al. (1999)	N= 28; essais cliniques aléatoires avec le service habituel; femmes	Trouble de la personnalité limite	Suivi après 16 mois	Réduction de la consommation de drogues; fonctionnement accru relativement aux mesures d'adaptation sociale

Annexe A (suite)

Étude	Conception	Population ciblée	Durée et nature du suivi	Résultats
McMain, S., Dimeff, L., & Korman, L.M. (2001)	Cas unique; conception qualitative; femmes	Trouble de la personnalité limite; abus d'alcool ou d'autres substances	Suivi 18 mois après la fin du traitement; entrevue; rapport d'amélioration préparé par un clinicien	Taux moins élevés d'automutilation, réduction de l'abus d'alcool ou d'autres substances; réduction de l'agression; communications interpersonnelles améliorées
McQuillan, A., Nicastroi, R., et al. (2005)	N=127; 103 femmes, 24 hommes; un seul groupe; évaluation naturaliste et à cycles multiples; comparaisons entre les personnes ayant terminé le traitement et celles ne l'ayant pas terminé	Trouble de la personnalité limite	Suivi immédiatement après la fin du traitement; Mesures normalisées d'autodéclaration; entrevues avec un spécialiste	Réduction de la dépression selon l'IDB avec ampleur de l'effet moyen
Perseus, K.I., O'jehagen, A., Ekdahl, S., Åsberg, M., & Samuelsson, M. (2003)	N=10; femmes; conception qualitative	Trouble de la personnalité limite; comportement suicidaire	Suivi après 6 mois; Entrevue avec un spécialiste	Conclusions positives en ce qui a trait à la TCD

Annexe A (suite)

Étude	Conception	Population ciblée	Durée et nature du suivi	Résultats
van den Bosch, L.M.C., Verheul, R., Schippers, G.M., & van den Brink, W. (2002)	N=58; conception qualitative; femmes	Trouble de la personnalité limite; abus d'alcool ou d'autres substances	Suivi après 18 mois; mesures normalisées de comportement de dépendance	Taux moins élevés de consommation d'alcool et d'autres substances
Wagner, A.W., Rizvi, S.L., & Harned, M.S. (2007)	N=2; conception qualitative; femmes	Trouble de la personnalité limite; traumatisme complexe	Suivi immédiatement après la fin du traitement; Entrevue avec un spécialiste	Fonctionnement amélioré