La disponibilité et la réceptivité face au traitement et leur contribution à l'efficacité des programmes correctionnels

Ralph Serin, Direction générale de la recherche

et

Sharon Kennedy, district de l'Est et du Nord

Service correctionnel du Canada

Mars 1997

Remerciements

Nous remercions le personnel chargé de l'exécution des programmes à l'établissement Frontenac, le personnel de l'Unité d'évaluation des délinquants sexuels de Millhaven, Mme Franca Cortoni de l'établissement de Bath et M. Tony Eccles, qui nous ont tous aidé à recueillir les données d'étude. Nous sommes également reconnaissant envers Shelley Brown, qui a fait la saisie des données et effectué les analyses statistiques pour ce projet.

La disponibilité et la réceptivité face au traitement

et leur contribution à l'efficacité des programmes correctionnels

Résumé

Le présent rapport donne un aperçu des questions liées au traitement efficace des délinquants. La réceptivité au traitement engloberait deux concepts interreliés : la traitabilité, qui est une expression utilisée dans le contexte médico-légal, et l'efficacité du traitement. Le premier comprend des aspects de la motivation et de l'observation du traitement, tandis que le second désigne l'évaluation des avantages procurés par le traitement et la généralisation des effets de celui-ci. La présente communication vise à intégrer ces concepts en un modèle contemporain afin d'orienter l'élaboration d'un protocole d'évaluation destiné à être utilisé dans un contexte correctionnel par les cliniciens et les employés chargés de l'exécution des programmes. Le protocole résultant, de nature générique, pourrait donc être appliqué à tout un éventail de programmes. Nous présentons des données préliminaires qui démontrent son utilité et des recommandations au sujet des mises au point qu'il y aurait lieu de faire avant de l'appliquer.

Table des matières

Remerciements.....2

Résumé.....3

Table des matières.....4

Disponibilité et réceptivité face au traitement.....5

Réceptivité et concepts connexes.....8

Traitabilité.....8

Motivation et disponibilité face au traitement.....10

La motivation comme variable dynamique.....12

Réceptivité au traitement.....14

Traitement différentiel.....17

Évaluation des avantages procurés par le traitement.....18

Élaboration d'un protocole d'évaluation de la réceptivité au traitement des délinquants 22

Résultats.....23

Discussion.....25

Figure 1.....27

Figure 2.....28

Tableau 1.....29

Tableau 2.....30

Tableau 3.....31

Tableau 4.....32

Bibliographie.....33

La disponibilité et la réceptivité face au traitement et leur contribution à l'efficacité des programmes correctionnels

Dans la plupart des organismes correctionnels, le traitement est considéré comme un élément intégrant du continuum de la gestion du risque, et la réceptivité des délinquants, comme un facteur critique pour les programmes correctionnels. Dans ce rapport de recherche, qui s'inscrit dans un cadre de gestion du risque et des besoins, nous présenterons un aperçu théorique de la notion de la réceptivité au traitement des délinquants. Nous présenterons les résultats préliminaires produits par une batterie uniformisée de tests d'évaluation de la réceptivité des délinquants et nous traiterons et discuterons d'un certain nombre de facteurs liés à la réceptivité quant à leur incidence éventuelle sur l'issue du traitement. Nous voulons situer le concept de la réceptivité au traitement dans un contexte qui souligne l'importance de diriger le plus efficacement possible les délinquants vers les programmes et de préciser les facteurs qui peuvent influer sur l'efficacité des services de traitement.

Jusqu'à maintenant, le Service correctionnel du Canada (SCC) a beaucoup investi dans l'élaboration d'outils systématiques d'évaluation et de réévaluation des besoins criminogènes et du risque présenté par les délinquants (Motiuk, 1997) afin de planifier la prestation des programmes correctionnels. Une stratégie a été élaborée pour faire en sorte que le plan de traitement correctionnel de chaque délinquant corresponde à cette évaluation. De plus, divers programmes de base sont offerts (Développement des aptitudes cognitives, Maîtrise de la colère et des émotions, Vivre sans violence,

Compétences parentales, Programme de lutte contre la toxicomanie) à tous les endroits et tous les niveaux de sécurité, y compris dans la collectivité. Les données préliminaires sur les résultats, qui révèlent une baisse de la récidive et une évaluation positive des programmes, sont encourageantes. Ces résultats démontrent en effet que la prestation de programmes correctionnels de grande intégrité constitue une bonne méthode de gestion correctionnelle (Millson, Weekes et Lightfoot 1995; Robinson, 1995). En outre, cette stratégie, qui consiste à déterminer le niveau de risque des délinquants et à viser leurs besoins, est en accord avec l'Énoncé de mission du SCC. Des analyses de l'environnement, notamment des enquêtes auprès des employés et des délinquants, ont également produit une information importante au sujet des vues et des attentes des participants à l'égard des programmes correctionnels (Service correctionnel du Canada, Larivière; 1994, 1995). Dans l'ensemble, les employés et les délinquants appuient fermement les programmes correctionnels offerts au SCC. De plus, les rapports du vérificateur général (mai 1996, novembre 1996) et le Groupe de travail sur la réinsertion sociale (janvier 1997) ont souligné le rôle critique des programmes dans le processus correctionnel. C'est pourquoi le SCC appuie fermement la prestation de programmes de traitement aux délinquants.

Andrews et ses collègues (1986, 1990) ont fait ressortir les principes fondamentaux sur lesquels doivent être fondés des programmes correctionnels efficaces. Ces principes sont basés sur leur analyse approfondie des programmes qui ont contribué plus que la moyenne à réduire la récidive. Selon

le principe du risque, l'intensité du traitement doit correspondre au risque de récidive que présentent les délinquants. En effet, les délinquants à risque élevé tendent à mieux réagir à une intervention intensive tandis que les délinquants à faible risque réagissent mieux à une intervention moins intensive. Après avoir établi ainsi une correspondance judicieuse entre les délinquants et les programmes, il faut déterminer les genres de besoins sur lesquels doit être axé le programme de traitement. D'après le principe des besoins, il faut distinguer les besoins criminogènes des besoins non criminogènes. Les premiers consistent en facteurs de risque dynamiques (Gendreau et coll., 1994) dont le changement réduit la probabilité d'une conduite criminelle. Les seconds, c'est-à-dire les besoins non criminogènes, sont liés à des variables de la personnalité comme la détresse personnelle et l'estime de soi (Gendreau et coll., 1994) et sont considérés comme des objectifs de traitement moins pertinents parce que la satisfaction de ces besoins n'a pas de conséquences significatives sur la récidive. Enfin, d'après le principe de la réceptivité, les styles et les modes de traitement doivent être étroitement liés aux styles d'apprentissage privilégiés et aux capacités du délinquant pour contribuer à l'efficacité du traitement (Bonta, 1995).

Bien que les principes du risque et des besoins aient été clairement énoncés dans la littérature, la fonction et le rôle précis de la réceptivité du délinquant et d'autres variables liées à la motivation ne sont pas encore bien compris dans le contexte de l'intervention correctionnelle. On reconnaît pourtant largement la contribution fondamentale de ces variables au succès des

programmes de traitement, notamment dans le domaine des toxicomanies (Miller, 1985). Pour assurer l'efficacité maximale des programmes de traitement, il faut donc à notre avis évaluer la disponibilité et la réceptivité face au traitement des délinquants et tenir compte de ces facteurs au moment de planifier le traitement.

RÉCEPTIVITÉ ET CONCEPTS CONNEXES

On estime généralement que les stratégies d'intervention comportementales, cognitivo-comportementales et multimodales produisent les meilleurs résultats auprès d'échantillons carcéraux (Andrews et Bonta, 1994). Certes indispensable, la prestation de programmes bien conçus et intègres sur le plan thérapeutique ne suffit toutefois pas pour assurer l'efficacité de l'intervention auprès des délinquants. Non seulement l'intervention doit-elle viser les besoins criminogènes, mais les thérapeutes et les prestataires de services doivent tenir compte des caractéristiques et des styles d'apprentissage des délinquants puis assurer la correspondance entre les styles des délinquants et ceux des thérapeutes. Plusieurs de ces aspects sont indissociables du principe de la réceptivité au traitement, expression qui désigne les facteurs propres au client qui influent sur la possibilité pour le traitement d'avoir des effets positifs. Dans les pages qui suivent, nous examinons le principe de la réceptivité, les concepts connexes et leur relation avec le risque, les besoins et l'efficacité de l'intervention dans le contexte correctionnel.

Traitabilité

D’après Rogers et Webster (1989), la traitabilité désigne l’évaluation clinique par laquelle on détermine quels patients (délinquants), compte tenu de certaines modalités de traitement et conditions environnementales, réagiront le plus favorablement au traitement. Ces auteurs ont conclu que les cliniciens avaient de la difficulté à évaluer la traitabilité, à cause de leur manque de compréhension de ce concept et de sa relation avec l’issue du traitement. Cette conclusion concorde avec les données présentées par Quinsey et Macguire (1983), qui révèlent un manque d’objectivité parmi les spécialistes de la santé mentale lorsqu’il s’agit de déterminer la traitabilité des délinquants souffrant de troubles de la personnalité. Même si la plupart des délinquants satisfont aux critères de diagnostic énoncés dans le DSM-IV pour les troubles de la personnalité (APA, 1994; Marshall et Serin, sous presse), les cliniciens ne s’entendent pas sur les stratégies de traitement indiquées ni sur l’efficacité du traitement pour ces délinquants. Il est donc difficile de faire une planification éclairée du traitement.

Heilbrun et ses collègues (Heilbrun, Bennett, Evans, Offult, Reiff, White, 1988; Heilbrun, Bennett, Evans, Offult, Reiff, White, 1992) ont entrepris d’élaborer un outil pour évaluer la traitabilité. Ils ont tout d’abord distingué quatre aspects clés : a) l’adéquation (l’accord entre les objectifs du traitement et les déficiences du patient), b) les antécédents de réceptivité (expérience antérieure avec la forme de traitement envisagée), c) la motivation, d) les contre-indications. Ils ont ensuite formulé les questions qu’ils ont regroupées dans les catégories suivantes : i) facteurs biologiques (trouble, antécédents de réceptivité,

contre-indications physiques et motivation); ii) éducation/formation (manque de compétences importantes, réaction à des interventions éducatives/de formation antérieures, probabilité d'une formation productive et motivation à l'égard d'une formation précise, ces quatre aspects étant cotés séparément pour ce qui est des compétences professionnelles, des compétences sociales, des compétences liées à la vie pratique, de la maîtrise de la colère, de la gestion des médicaments et des habiletés à communiquer); iii) gestion (fréquence des comportements agressifs ou menaçants, réaction antérieure aux interventions de gestion, probabilité que la gestion sera efficace); iv) psychothérapie (degré d'insatisfaction ou d'inefficacité, réaction antérieure à la psychothérapie, contre-indications et motivation). En créant une échelle à partir de ces questions, Heilibrun et ses collègues (1992) ont démontré que leur outil présentait une fiabilité générale modeste, les résultats les plus solides étant obtenus dans les domaines de la psychothérapie et du traitement biologique. Ces données appuient la notion du caractère mutidimensionnel de la traitabilité et soulignent la nécessité de poursuivre les travaux pour opérationnaliser le concept afin de le rendre utile et empiriquement défendable.

Motivation et disponibilité face au traitement

La façon traditionnelle d'envisager la motivation, c'est-à-dire comme une caractéristique de la personnalité, s'est révélée à la fois restrictive et simpliste. La motivation était considérée comme un état (c.-à-d., motivé ou non motivé) et le désir de changer, comme une qualité qu'une personne possédait ou ne possédait pas. Mais cette vision des choses ne faisait pas entrer en ligne de

compte les facteurs qui influent sur le désir d'une personne de changer son comportement. Elle a été remplacée ces dernières années par une façon de voir qui traduit la complexité du changement. Suivant ce modèle de l'interaction, des facteurs internes et externes influent sur le processus de changement. Dans ce contexte, la motivation est considérée comme un processus interpersonnel et d'interaction sur lequel le clinicien peut exercer une influence positive. Elle est dynamique, ce qui signifie qu'il appartient au thérapeute de **motiver** le délinquant (Miller et Rollnick, 1991).

Nous avons donc jusqu'ici souligné l'importance de recourir à plusieurs méthodes pour évaluer les besoins criminogènes sur lesquels le traitement doit porter, la nécessité d'avoir des programmes de grande intégrité qui traduisent de bonnes pratiques correctionnelles, l'opportunité de choisir des modalités de traitement qui conviennent aux délinquants, la nécessité de tenir compte des caractéristiques du thérapeute et du délinquant et l'importance d'évaluer la disponibilité du délinquant à l'égard du traitement. La prochaine étape consiste à créer des choix motivationnels efficaces pour encourager les délinquants à réagir favorablement aux programmes correctionnels. Il s'agit notamment pour cela d'accroître la motivation des délinquants et de s'occuper de ceux qui résistent au traitement suivant une évaluation préalable de leur disponibilité. On peut donner la définition opérationnelle suivante de la motivation : « la probabilité qu'une personne adopte, poursuive et respecte une stratégie donnée ». Elle ne peut donc pas être mesurée convenablement au moyen d'une auto-évaluation et doit donc englober des référents comportementaux. On peut

mesurer la motivation à l'égard du traitement en se basant sur les taux d'abandon, l'assiduité et les niveaux de participation, y compris la disposition à accomplir les travaux assignés et à s'ouvrir durant les séances. Les délinquants qui résistent au traitement peuvent avoir besoin d'encouragements au préalable pour que le programme de traitement formel soit efficace.

Beaucoup de délinquants voient leur comportement criminel d'une manière qui est compatible avec leur moi. Autrement dit, ils ne s'inquiètent guère de leurs actions sauf pour ce qui est des conséquences juridiques qu'elles entraînent. Un grand nombre d'entre eux se sentent donc obligés de participer au traitement, auquel ils consentent uniquement parce qu'un refus les expose à des conséquences trop négatives. Les délinquants ont largement tendance à minimiser les conséquences de leur comportement sur autrui, à nier toute responsabilité et à rationaliser leurs infractions. Pour obtenir leur engagement dans le traitement, il faut donc s'attaquer à ces obstacles, principalement en mettant l'accent sur l'alliance thérapeutique et en aidant les délinquants à faire, aux fins de comparaison, une analyse coût-avantages (Preston et Murphy, sous presse). De plus, il doit y avoir accord entre le contenu, l'intensité et le style de l'intervention et le stade où se trouve le délinquant dans le processus de changement. Cette interaction complexe est à la base de toute tentative d'incorporer des entrevues de motivation dans les programmes correctionnels (Miller et Rollnick, 1991). Le progrès du traitement devient ensuite en partie un indice de l'efficacité de la correspondance entre le délinquant et la modalité du traitement, ainsi que de l'interaction entre le thérapeute et le délinquant. À

l’heure actuelle, toutefois, il semble n’y avoir guère ou pas de données empiriques qui révèlent la contribution relative de ces facteurs au progrès du traitement.

La motivation comme variable dynamique

Prochaska et ses collègues (Prochaska et DiClemente, 1986; Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992) ont beaucoup étudié le processus du changement en psychothérapie, principalement dans le domaine des toxicomanies. Pour faire en sorte que l’intervention soit adaptée au niveau de disponibilité des clients, Prochaska a élaboré et validé une mesure d’auto-évaluation, l’URICA, auprès de divers échantillons. Il a distingué quatre stades du changement : ceux de la précontemplation, de la contemplation, de l’action et du maintien. Au stade de la précontemplation, l’individu n’envisage même pas la possibilité de changer; il a ordinairement l’impression d’être forcé à suivre un traitement pour satisfaire aux besoins de quelqu’un d’autre. Le stade de la contemplation est caractérisé par l’ambivalence, autrement dit, la personne peut en même temps ou tour à tour accepter et rejeter des raisons de changer. Au stade de l’action, l’individu s’est engagé à changer et prend des mesures pour y parvenir. Ordinairement, il participe à une thérapie. Enfin, la personne qui est au stade du maintien s’emploie à maintenir les changements importants qu’elle a effectués et s’emploie activement à prévenir les rechutes. Ce modèle de traitement qui n’est rattaché à aucune théorie particulière (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992) souligne l’importance de la disponibilité à l’égard du traitement et concorde avec le concept de la réceptivité. Pour veiller à ce que

leur intervention soit en accord avec le niveau de disponibilité de leur client, Prochaska et ses collègues ont élaboré et validé une mesure d'auto-évaluation, l'URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale - échelle d'évaluation du changement de l'Université de Rhode Island) auprès de divers échantillons. Même si ce travail d'évaluation se poursuit, il constitue un point de départ pour notre propre travail sur l'élaboration d'une stratégie d'évaluation employant plusieurs méthodes pour déterminer la disponibilité et la réceptivité à l'égard du traitement des délinquants. Il se pourrait fort bien que l'application de cette mesure aux interventions correctionnelles auprès de populations carcérales fournisse l'orientation conceptuelle qui a jusqu'ici manqué.

Les recherches préliminaires confirment l'utilité d'évaluer la motivation pour prévoir le risque chez les délinquants sous surveillance dans la collectivité (Stewart et Millson, 1995). On a en effet constaté une relation entre d'une part la motivation (faible, modérée, élevée) et les besoins (emploi, relations conjugales/familiales, fréquentations, toxicomanie, fonctionnement dans la collectivité, stabilité personnelle/affective et attitude) et d'autre part l'échec suivant la mise en liberté. Les taux d'échec variaient selon les sept domaines de besoins criminogènes, et il existait une relation significative entre la motivation et l'issue de la liberté sous condition ($p < 0,001$). Les délinquants que le personnel jugeait peu motivés échouaient plus rapidement. En outre, à cause de l'interaction entre les besoins et la motivation, les délinquants qui avaient de faibles besoins et un niveau de motivation élevé avaient habituellement un

meilleur rendement après leur mise en liberté que les délinquants à besoins élevés mais à faible niveau de motivation ($p < 0,001$).

Réceptivité au traitement

En considérant la réceptivité comme un vaste concept qui englobe la traitabilité (la disponibilité à l'égard du traitement et la motivation) et qui est liée à la réaction au traitement et à l'issue de celui-ci, nous pouvons faire avancer nos tentatives de produire des évaluations détaillées de la réceptivité (voir la figure 1). Il est aussi utile de mieux comprendre ce qui constitue des programmes correctionnels efficaces de façon à offrir le traitement indiqué par rapport auquel on peut évaluer la réceptivité. Des notions comme celles de la disposition, de la motivation, de la conformité, de la réaction au traitement et des avantages procurés par le traitement contribuent toutes à mieux comprendre celle de la réceptivité. On peut aussi élargir le champ d'évaluation des avantages procurés par le traitement pour inclure le degré de changement et déterminer des seuils de connaissances et de compétences. Il est aussi important d'explorer la relation entre d'une part la réceptivité et d'autre part l'issue et le risque. Existe-t-il par exemple des données qui appuient l'opinion populaire selon laquelle les délinquants qui présentent le risque le plus élevé ne se prêtent pas au traitement? Il faudrait donc non pas se contenter de mesurer l'état avant le traitement, mais plutôt envisager le concept comme un processus, comme une variable dynamique, les délinquants se trouvant à différents niveaux au début du traitement. Non seulement les délinquants ont-ils différents objectifs de traitement à atteindre, mais ils ont aussi un parcours plus ou moins long à

effectuer sur la voie du changement. La question qui se pose sur le plan clinique serait donc la suivante : comment savoir si un délinquant réagira au traitement?

On sait d'une manière générale que les délinquants diffèrent considérablement non seulement quant à leur degré de motivation à participer au traitement, mais aussi quant à leur réceptivité à divers styles ou modes d'intervention. D'après le principe de la réceptivité, ces facteurs influent directement sur l'efficacité du traitement correctionnel et en définitive sur la récidive. C'est pourquoi il faut tenir compte de diverses caractéristiques propres aux délinquants lorsqu'on dirige ces derniers vers les programmes de traitement.

On peut distinguer parmi les caractéristiques personnelles qui entravent ou facilitent l'apprentissage les facteurs de réceptivité internes et externes. Les facteurs internes correspondent aux caractéristiques du client : motivation, caractéristiques de la personnalité (c.-à-d., psychopathie, angoisse, dépression, maladie mentale, estime de soi, faibles compétences sociales), déficiences cognitives et intellectuelles (c.-à-d., faible niveau intellectuel, pensée concrète, manque d'habileté à résoudre des problèmes, faible habileté verbale) et autres variables démographiques (c.-à-d., âge, sexe, origine raciale, ethnie). Les facteurs externes correspondent aux caractéristiques du thérapeute et du milieu. Il faut bien comprendre que ces facteurs externes n'influent pas en eux-mêmes sur le réceptivité. C'est plutôt l'interaction entre les caractéristiques du thérapeute ou du milieu et celles du délinquant qui influent (favorablement ou défavorablement) sur la réceptivité.

Arrêtons-nous à certains facteurs de réceptivité particuliers qui existent dans la plupart des cas (voir la figure 2). Le sexe, l'origine ethnique, l'âge, le style d'apprentissage, les antécédents sociaux et le vécu sont des facteurs qui influent tous sur l'engagement des délinquants dans le traitement et l'établissement d'une alliance thérapeutique (Dana, 1993). Si l'on ne tient pas compte de ces aspects, le délinquant risque fort de se montrer beaucoup moins réceptif au traitement. Cette omission peut aussi nuire à une évaluation exacte de la motivation ou de la disponibilité des individus à l'égard du traitement. Cela ne signifie pas que les délinquants et les cliniciens doivent présenter des caractéristiques et des antécédents analogues, mais plutôt que la prise en considération de ces facteurs favorise le traitement. L'accord entre le style des délinquants et celui du thérapeute de même que l'intensité de l'intervention sont à la base du principe de la réceptivité au traitement (Bonta, 1997).

Sur le plan correctionnel, tout un éventail de caractéristiques propres au délinquant influent également sur la réceptivité au traitement (Bonta, 1995; Van Voorhis, 1997). Plusieurs stratégies ont par exemple été proposées, dans le contexte de l'évaluation du risque, pour cerner les facteurs de risque, dont certains sont importants pour le traitement. Les auteurs de l'étude sur l'évaluation du risque de MacArthur (Monahan et Steadman, 1994) ont par exemple proposé les facteurs dynamiques suivants : la colère, le style de personnalité, l'impulsivité, la psychopathie, les déficiences cognitives, la conformité avec un traitement antérieur, les symptômes psychiatriques (nature et gravité), les fantasmes de violence et la toxicomanie. Par facteurs dynamiques,

on entend, dans ce contexte, les facteurs qui peuvent changer avec le temps par suite notamment d'une intervention quelconque. D'autres stratégies contemporaines d'évaluation du risque englobent des facteurs analogues (Échelle du niveau de service révisée, Andrews et Bonta, 1995; HCR-20, Webster, Eaves, Douglas et Wintrup, 1995).

Traitement différentiel

Les tentatives de distinguer des sous-groupes de délinquants en fonction de certaines variables cliniques et liées aux infractions ont fait avancer notre connaissance des traitements correctionnels efficaces. Ainsi, en faisant une distinction parmi les délinquants sexuels notamment selon le genre de victime, le degré de déviance sexuelle et l'importance des antécédents d'agressions sexuelles, on peut déterminer différents « types empiriques » (Knight, Prentky et Cerce, 1994). À ces types correspondent des résultats différents, tant parmi les délinquants traités que parmi les délinquants non traités (Marques et coll., 1994; Barbaree, Seto et Maric, 1996; Hanson et Bussière, 1996). On peut aussi faire des distinctions, parmi les délinquants violents, selon les problèmes de colère, le degré de violence instrumentale employé, le recours à des armes, l'attribution, le degré de planification du crime et le niveau d'impulsivité. Cet éventail de variables produira clairement un échantillon hétérogène de délinquants violents dirigés vers un programme de traitement. On ne peut donc pas s'attendre à ce qu'une stratégie de traitement réponde également aux besoins de tous ces délinquants. Il est aussi raisonnable de supposer que cette hétérogénéité produira des effets différentiels, comme ceux qui ont été notés dans la littérature

sur le traitement des délinquants sexuels. Une bonne typologie des délinquants, basée sur le risque et les besoins, peut aussi aider à préciser le traitement à prescrire et devrait aboutir à une évaluation plus exhaustive des facteurs liés à la réceptivité (Serin, 1995b; Seto et Barbaree, sous presse).

L'efficacité du traitement dépend de l'accord entre les types de traitement et de thérapeutes et les types de clients; or les recherches générales en psychothérapie ont révélé que les variables personnelles d'un thérapeute revêtaient une grande importance pour l'efficacité d'une intervention. Toutefois, sauf pour la recherche CaVic menée par Andrews et Kiessling (1980) sur les caractéristiques des agents de probation efficaces, peu de recherches systématiques ont exploré l'incidence des caractéristiques des thérapeutes sur le traitement correctionnel. Il faudrait absolument poursuivre les recherches dans ce domaine; on a en effet constaté que même s'ils travaillent dans un milieu identique et proposent la même approche de traitement, les thérapeutes aboutissent souvent à des résultats très différents pour ce qui est du taux d'abandon par les clients et de l'efficacité du traitement. L'incompatibilité des attitudes et des compétences des thérapeutes avec les buts et le contenu d'un programme peut nuire à l'intégrité du traitement et réduire son efficacité.

Évaluation des avantages procurés par le traitement

Les avantages retirés par le délinquant de sa participation au traitement constituent la mesure ultime de sa traitabilité. Toute évaluation de programme doit donc englober ces avantages pour aider à comprendre la mesure dans laquelle on a tenu compte, dans le plan de traitement, de la réceptivité. Quand

les programmes correctionnels respectent les principes de l'efficacité mentionnés précédemment, ils sont relativement efficaces. Des méta-analyses semblent par exemple indiquer que des programmes correctionnels efficaces peuvent entraîner une baisse de 20 à 40 % du taux de récidive (Gendreau, 1996). Bien que ces données soient certes encourageantes, nous devons régler certaines questions de fond si nous voulons faire des progrès. De nombreux programmes présentent des lacunes méthodologiques : les échantillons sont peu nombreux, on n'a pas utilisé de groupes témoins et les périodes de suivi sont courtes. Il est en outre difficile de faire des comparaisons entre études à cause de contradictions entre des mesures indépendantes, par exemple à cause de l'absence de tests normalisés, et de différences entre les résultats examinés, par exemple la suspension, une nouvelle arrestation, une nouvelle condamnation. De plus, les examens des avantages procurés par le traitement sont ordinairement basés sur des auto-évaluations et incluent souvent un codage rétrospectif. Ces limitations traduisent l'absence d'un effort intégré et concerté en vue d'explorer l'efficacité de traitements correctionnels précis. Mais il faut pour cela du temps, des ressources et des concepts clairs, qui permettront de produire des données empiriques pour réfuter les critiques quant au manque d'efficacité et aux déficiences théoriques des programmes correctionnels (Quinsey, Rice, Harris et Lalumière, 1993).

Il faut aussi s'arrêter brièvement à d'autres dimensions de l'évaluation des avantages procurés par le traitement. Comme nous l'avons déjà signalé en ce qui concerne les besoins criminogènes, il est indispensable d'utiliser plusieurs

méthodes d'évaluation. Les cliniciens doivent tout spécialement se montrer sceptiques si les méthodes basées sur une auto-évaluation aboutissent à des résultats plus positifs que les méthodes comportementales. On a tendance à recourir largement aux auto-évaluations parce que cette façon de procéder est commode et qu'il est relativement simple de demander à des délinquants de répondre à des batteries de tests. Cela pose un grave problème dans le cas des populations carcérales étant donné que les délinquants ont intérêt à donner des réponses socialement désirables. De plus, on a généralement laissé pour compte le manque de convergence entre les auto-évaluations et les mesures comportementales. On peut neutraliser en partie l'aspect de la désirabilité sociale en employant des procédures statistiques durant les analyses si l'on dispose de mesures de la désirabilité sociale. Les mesures d'évaluation qu'élaborent les responsables aux différents établissements et installations s'appliquent souvent uniquement aux programmes ou à l'endroit visés. À cause du manque de ressources, à la plupart des endroits, il est aussi difficile d'élaborer et de valider de nouvelles mesures. La dépendance à l'égard des mesures d'auto-évaluation s'explique également par les difficultés que posent l'établissement d'un coefficient d'objectivité et le codage de données basées sur des entrevues et des mesures comportementales. Malheureusement, il n'existe pas de preuves solides de la validité prédictive de ces mesures d'auto-évaluation (Barbaree, Seto et Maric, 1996; Quinsey, Khanna et Malcolm, 1996; Serin et Kuriychuk, 1994). Il est aussi important de tenir compte, pour évaluer les avantages procurés par le traitement, de la capacité de l'individu d'obtenir le

résultat recherché. Il semble, cliniquement, que certains délinquants aient une grande capacité sur ce plan, malgré un faible niveau de compétences, ce qui donne lieu à une image de soi exagérée. D'autres, dont la capacité d'obtenir le résultat recherché est faible mais dont le niveau de compétences est élevé, peuvent hésiter à généraliser les avantages que leur a procurés le traitement à d'autres situations. Les deux situations limitent les avantages que le traitement peut procurer. De plus, des mesures du processus commencent à s'imposer comme indices dynamiques des avantages procurés par le traitement et contribueraient à la prévision de l'issue par rapport aux prévisions statistiques ou statiques (Barbaree et coll., 1996). Ce bref aperçu semble révéler l'existence de stratégies prometteuses pour améliorer l'évaluation des avantages du traitement et par conséquent de l'efficacité de celui-ci.

Enfin, il est important, pour déterminer l'efficacité du traitement, de définir en quoi consiste l'issue. Bien que la contribution des programmes correctionnels à la réduction de la récidive constitue certes un aspect fondamental, d'autres mesures dépendantes peuvent permettre une analyse plus précise des effets du traitement. La généralisation de ceux-ci constitue par exemple une question distincte de celle de l'existence même d'avantages. En effet, les délinquants peuvent acquérir des compétences et connaissances nouvelles mais ne pas les appliquer à de nouvelles situations (Marques et coll., 1994). Le retard de la rechute, c'est-à-dire de la récidive, ou son atténuation, constitue d'autres mesures légitimes de l'incidence du traitement.

ÉLABORATION D'UN PROTOCOLE D'ÉVALUATION DE LA RÉCEPTIVITÉ AU TRAITEMENT DES DÉLINQUANTS

Après cette analyse des recherches, il semble possible d'élaborer un protocole à fondement théorique et basé sur des méthodes multiples pour évaluer la disponibilité, la réceptivité et la participation au traitement; ce protocole constituerait assurément une contribution utile à la littérature sur les programmes correctionnels efficaces. La pénurie de mesures normalisées nous porte à croire qu'il serait moins utile de compiler simplement les tests existants que de les intégrer pour produire une nouvelle stratégie d'évaluation. Cette initiative a été lancée dans le but précis de répondre au besoin d'évaluer systématiquement la disponibilité à l'égard du traitement et de cerner les facteurs de réceptivité au traitement pour un nouveau programme de traitement destiné aux délinquants chroniquement violents (Serin, 1995). Nous voulions faire l'essai d'une stratégie d'évaluation qui pourrait initialement s'appliquer à ce programme de traitement puis à tout un éventail de programmes correctionnels. C'est pourquoi le protocole a été élaboré en vue d'une application générique plutôt qu'en fonction d'un programme de traitement précis.

Pour notre projet pilote, nous avons inclus dans le protocole d'évaluation[1] les instruments suivants : la University of Rhode Island Change Assessment scale (URICA [Échelle d'évaluation du changement de l'Université de Rhode Island], Prochaska et Diclemente, 1992); le Balanced Inventory of Desirable

[1] D'autres mesures (Orientation to Treatment Scale [Échelle d'orientation à l'égard du traitement], Robinson et Weekes, 1994; Readiness for Change Questionnaire [Questionnaire de disposition au changement], Rollnick, Heather, Gold et Hall, 1992) ont été administrées mais n'ont pas été incluses dans les analyses de données parce qu'elles se sont révélées redondantes.

Responding (BIDR [Inventaire équilibré des réponses souhaitables], Paulus, 1984), l'Interpersonal Style Rating scale (IRS [Échelle d'évaluation du style interpersonnel], Kennedy et Serin, 1996); la Treatment Evaluation Rating scale (TER [Échelle d'évaluation des traitements], Serin et Kennedy, 1996). Ces deux dernières mesures sont des instruments basés sur des entrevues qui servent à évaluer les facteurs de réceptivité ainsi que les avantages procurés par le traitement et la participation à celui-ci, tandis que les précédentes consistent en des questionnaires d'auto-évaluation papier-crayon. Tout le protocole a été administré avant et après le traitement. Les principaux domaines examinés au moyen de l'Échelle d'évaluation du style interpersonnel et de l'Échelle d'évaluation des traitements sont présentés au tableau 1. Le tableau 2 renferme des exemples d'affirmations tirées du Questionnaire sur les stades du changement, de l'Échelle d'orientation à l'égard du traitement et du Questionnaire sur la disposition au changement.

Résultats

Le protocole a été rempli par 72 délinquants (21 délinquants sexuels traités; 20 délinquants sexuels non traités; 31 auteurs d'infractions non sexuelles traités). L'âge moyen des membres de l'échantillon était de 37,7 ans. La durée moyenne de la peine était de 54 mois; en outre, 11 délinquants purgeaient des peines d'une durée indéterminée. Seulement 16 % des membres de l'échantillon avaient commis des infractions répertoriées sans violence. En ce qui concerne le type de programme, 29 % avaient achevé le programme de traitement des délinquants sexuels, 19 %, des programmes de lutte contre la toxicomanie,

18 %, le programme de développement des aptitudes cognitives et 5 %, le programme de maîtrise de la colère. En outre, 20 délinquants ont rempli le protocole durant l'évaluation initiale, avant de participer à des programmes correctionnels. La majorité des délinquants étaient mariés (61 %) et étaient incarcérés dans un établissement à sécurité minimale (64 %).

Disponibilité face au traitement

L'évaluation préalable au traitement de la disponibilité face au traitement (au moyen de l'URICA) a révélé que, par rapport à des seuils publiés, 45 % des délinquants étaient au stade de la précontemplation. Aucun des délinquants n'était, avant le traitement, à un stade plus avancé du changement, c'est-à-dire au stade de la contemplation, de l'action ou du maintien. Cette proportion n'avait pas changé après le traitement puisque 43 % des membres de l'échantillon dépassaient le seuil établi pour le stade de la précontemplation. D'après les normes cliniques disponibles, aucun des délinquants n'était prêt à suivre le traitement. Un calcul des cotes de disposition à suivre le traitement pour les quatre stades du changement n'a pas non plus produit de différences significatives entre la période préalable et la période postérieure au traitement. Par rapport à une échelle de disposition à suivre le traitement de création récente[2], les cotes des membres de l'échantillon étaient moins de la moitié de celles d'un échantillon de conjoints violents (les données normatives comparables ont été fournies par le consortium de recherche sur la prévention du cancer). Les auteurs d'infractions autres que sexuelles ont obtenu des cotes

[2] Ce calcul a été fourni par le personnel de recherche du consortium de recherche sur la prévention du cancer, University of Rhode Island.

de disposition à suivre le traitement plus faibles que les délinquants sexuels, mais les différences n'étaient pas statistiquement significatives. On peut voir au tableau 3 les corrélations entre les mesures indépendantes.

Style interpersonnel et évaluation du traitement

L'échelle d'évaluation du style interpersonnel comporte 11 domaines à deux postes chacun qui sont évalués selon une échelle à quatre points. Les cotes totales vont de 0 à 66, les cotes plus élevées semblant indiquer une plus grande traitabilité. Des comparaisons entre les résultats obtenus avant et après le traitement ont produit des cotes totales sensiblement différentes ($M = 9,4$, $ET = 9,0$, $p < 0,001$). Ce profil s'est maintenu pour les 11 domaines après la correction de Bonferoni ($p < 0,005$).

Il y avait une corrélation significative entre les cotes préalables et postérieures au traitement obtenues sur l'échelle du style interpersonnel et l'évaluation du traitement (préalables au traitement, $r = 0,50$, $p < 0,0002$, avec corrélation significative pour sept des 11 postes après la correction de Bonferoni; postérieures au traitement : corrélation significative avec les résultats préalables au traitement, $r = 0,69$, $p < 0,0001$, corrélation significative de 11 postes sur 11 après la correction de Bonferoni). La différence totale entre les résultats préalables et les résultats postérieurs au traitement était aussi en corrélation significative avec l'évaluation du traitement ($r = 0,46$, $p < 0,005$).

Il n'y avait pas de corrélation significative entre les cotes du style interpersonnel et le niveau de satisfaction déclarée quant au traitement en cours. La seule différence significative entre les délinquants sexuels et les auteurs

d’infractions non sexuelles en ce qui concerne les changements dans le style interpersonnel était l’attitude de victime ($p < 0,004$), les délinquants sexuels présentant une attitude de victime moins marquée. Il y avait une corrélation significative entre le niveau de satisfaction déclaré à l’égard du traitement en cours et la désirabilité sociale mesurée d’après les cotes totales sur le BIDR et les résultats obtenus sur la sous-échelle de la gestion des impressions ($r = 0,48$, $p < 0,0001$), mais ce facteur n’intervenait que dans le cas des auteurs d’infractions non sexuelles ($r = 0,40$, $p < 0,003$). Il n’y avait pas de corrélations significatives entre les cotes obtenues sur l’URICA et l’évaluation du traitement. On peut voir au tableau 4 les scores obtenus avant et après le traitement pour les mesures indépendantes.

Discussion

Cette étude pilote a permis de faire plusieurs constatations clés. Premièrement, beaucoup de délinquants signalent une faible disponibilité à l’égard du traitement, et cette situation n’a pas changé par suite du traitement. Cette constatation a d’importantes conséquences sur la planification et la prestation des programmes et interventions correctionnels. Une conclusion liée à cette constatation est que l’URICA s’applique peut-être moins aux populations carcérales qu’à d’autres populations cliniques. Deuxièmement, nous avons constaté que les cotes du style interpersonnel étaient dynamiques et que des changements considérables dans le sens voulu se produisaient entre la période préalable au traitement et la période postérieure à celui-ci; en outre, nous avons constaté une corrélation significative entre ces cotes et les évaluations

postérieures au traitement. Troisièmement, les mesures d'auto-évaluation sont influencées par la désirabilité sociale et ne sont pas en corrélation significative avec les mesures comportementales. En rapport avec cette constatation, nous avons constaté un écart entre les auto-évaluations faites par les délinquants des avantages que leur avait procurés le traitement et les évaluations des cliniciens.

Cette étude pilote comportait plusieurs limitations. Les données étaient restreintes par la taille même de l'échantillon; l'évaluation par les mêmes cliniciens du style interpersonnel et du traitement causait aussi des problèmes. En outre, le traitement n'était pas normalisé quant à son intensité et sa durée. Signalons également l'absence d'un coefficient d'objectivité pour les échelles de cotation, l'absence d'un groupe témoin pour les comparaisons avant et après le traitement et l'absence de données sur la récidive. Notons aussi l'écart minimal constaté sur l'URICA et le fait qu'on n'a pas évalué la dénégation et la minimisation (Barbaree, 1993) dans le cas des délinquants sexuels. Néanmoins, d'après les commentaires du personnel, le protocole était facile à remplir, exigeait peu de temps et les a aidés à établir un rapport postérieur au traitement en leur permettant de structurer leurs commentaires au sujet de la réaction d'un délinquant au traitement correctionnel.

La prochaine étape consistera à mettre au point un outil d'évaluation de la disponibilité face au traitement basé sur une entrevue qui servirait à compléter les cotes du style interpersonnel et l'évaluation du traitement. On a entrepris l'élaboration d'un ensemble de lignes directrices à l'intention des utilisateurs ainsi que de lignes directrices plus explicites sur la cotation afin de régler les

questions liées à la fiabilité. On prévoit aussi mettre au point une trousse de formation et appliquer un protocole révisé pour tout un éventail de programmes correctionnels. Il s'agit de la première étape en vue de la mise au point de mesures systématiques d'évaluation de la disponibilité et de la réceptivité face au traitement et de leur mise en rapport avec le risque et les besoins criminogènes. On souhaiterait administrer le protocole dans divers milieux (établissement et collectivité), à différents types de délinquants (délinquants sexuels et auteurs d'infractions non sexuelles) et pour tout un éventail de programmes (Compétences psychosociales, programmes à l'intention des délinquants sexuels, Contrepoint). Idéalement, ces examens de la disponibilité et du rendement des programmes permettront d'établir des objectifs précis qui seraient inclus dans une initiation au traitement de façon à améliorer l'intervention correctionnelle subséquente.

Figure 1

Traitabilité : Réceptivité au traitement et efficacité du traitement

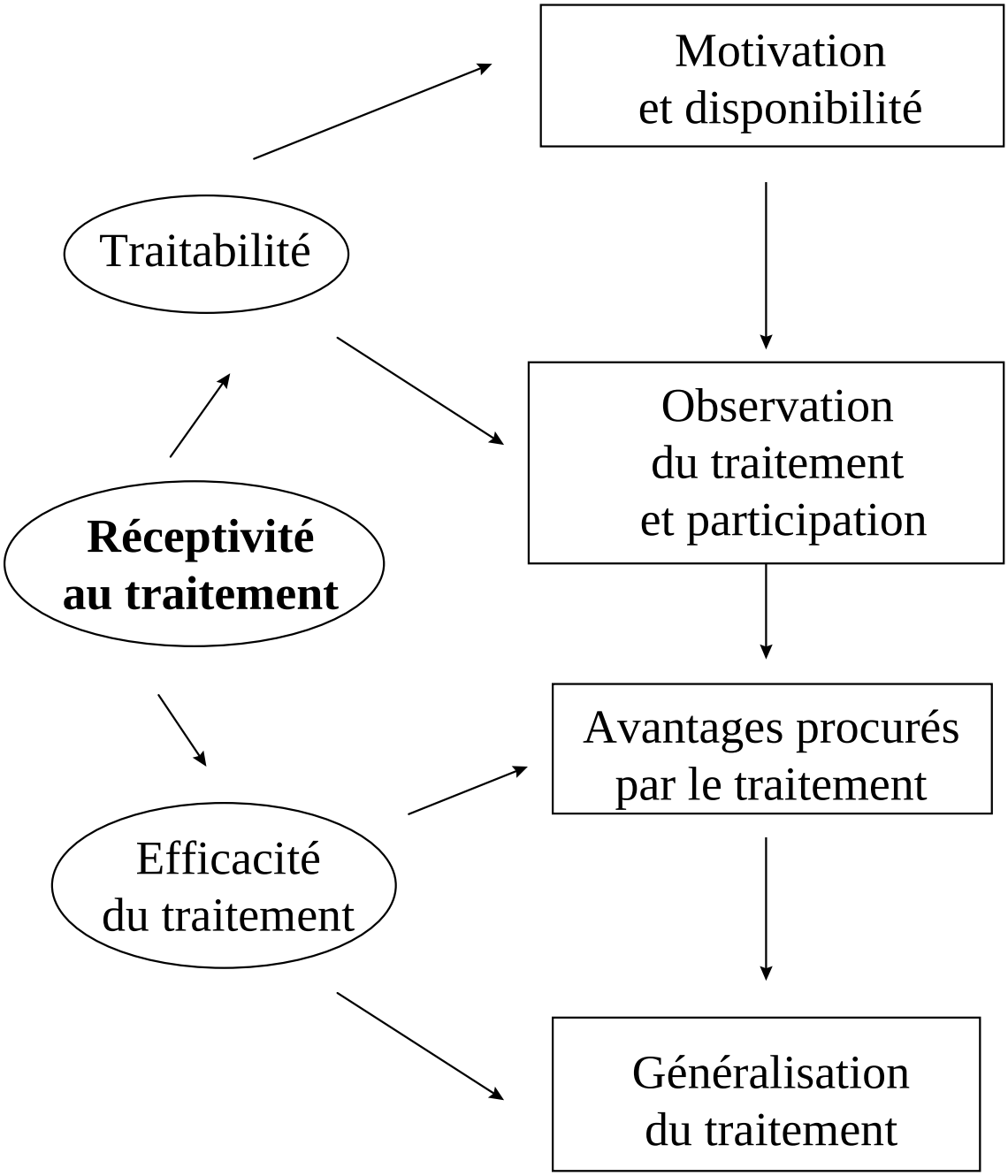

Figure 2

Facteurs liés à la réceptivité au traitement

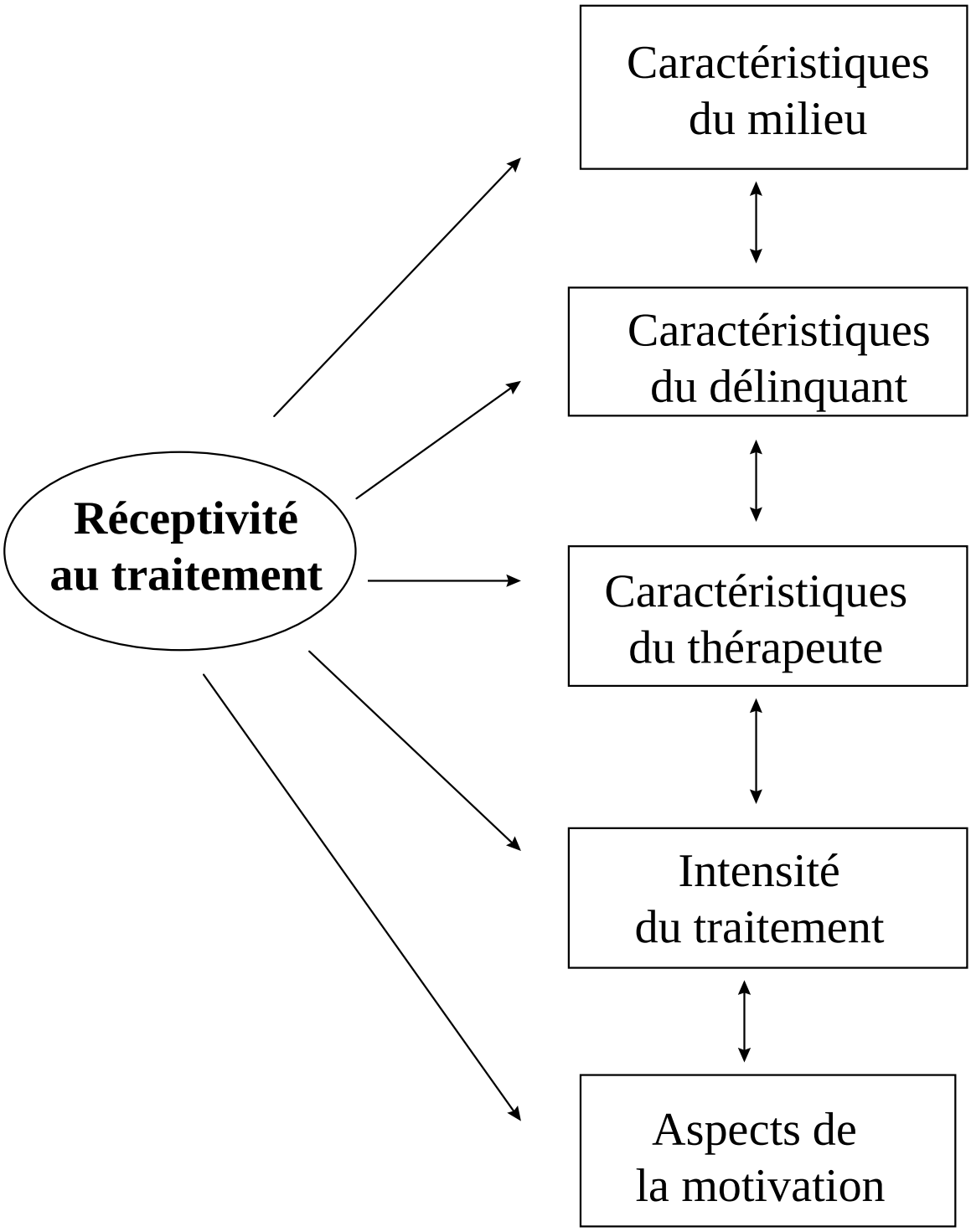

Tableau 1

Cotes du style interpersonnel

1. Vues procriminelles
2. Fréquentations procriminelles
3. Idées de grandeur
4. Insensibilité
5. Neutralisation
6. Impulsivité
7. Procrastination
8. Motivation axée sur la colère
9. Pouvoir et contrôle
10. Résolution de problèmes
11. Attitude de victime

Échelle évaluation du traitement

1. Connaissance du contenu du programme
2. Acquisition de compétences
3. Divulgation
4. Confiance du délinquant
5. Application des connaissances
6. Application des compétences
7. Compréhension de la criminalité
8. Motivation
9. Lucidité
10. Assiduité
11. Comportement perturbateur
12. Opportunité
13. Participation

Tableau 2

University of Rhode Island Change Assessment scale (URICA [Échelle d'évaluation du changement de l'Université de Rhode Island]; Prochaska et DiClemente, 1992)

Précontemplation

En ce qui me concerne, je n'ai aucun problème à régler.

Contemplation

Je pense que je serais prêt à m'améliorer.

Action

Je prends des mesures pour régler les problèmes qui me gênent.

Maintien

Je crains de retomber dans une situation que j'ai déjà réglée; je suis donc ici pour obtenir de l'aide.

Orientation to Treatment Scale (OTS [Échelle d'orientation vers le traitement]; Robinson et Weekes, 1994)

Je peux toujours apprendre de nouvelles façons de voir mon comportement.

Je suis disposé à être ouvert et honnête.

Si je ne suis pas sur mes gardes, les autres vont me manipuler.

Je n'aime pas qu'on essaie de me comprendre.

Readiness to Change Questionnaire ([Questionnaire sur la disposition au changement], Rollnick, Heather, Gold et Hall, 1992)

Précontemplation

Je ne pense pas avoir un problème de boisson.

Contemplation

Il m'arrive de penser que je devrais réduire ma consommation d'alcool.

Action

J’essaie de boire moins qu’avant.

TABLEAU 3

Intercorrélations des mesures indépendantes

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Cote du style interpersonnel													
1. Avant le test	--	0,84*	-0,08	-0,13	-0,26	-0,16	-0,19	-0,21	-0,13	-0,23	0,06	0,02	0,50*
2. Après le test	--	--	-0,12	-0,34	-0,40	-0,25	-0,27	-0,32	-0,26	-0,35	-0,04	-0,01	0,69*
Stades du changement : Avant le test													
3. Précontemplation	--	--	--	0,58*	0,44*	0,51*	0,28*	0,37	0,45*	0,36	0,03	0,31	0,08
4. Contemplation	--	--	--	--	0,34	0,43*	0,43*	0,32	0,53*	0,36	-0,08	0,22	-0,18
5. Action	--	--	--	--	--	0,73*	0,34	0,46*	0,61*	0,47*	-0,00	0,22	-0,04
6. Maintien	--	--	--	--	--	--	0,43*	0,43*	0,62*	0,65*	0,05	0,24	-0,04
Stades du changement : Après le test													
7. Précontemplation	--	--	--	--	--	--	--	0,77*	0,69*	0,43*	0,05	0,11	0,09
8. Contemplation	--	--	--	--	--	--	--	--	0,84*	0,70*	0,05	0,28	-0,00
9. Action	--	--	--	--	--	--	--	--	--	0,72*	0,04	0,32	-0,07
10. Maintien	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	0,22	0,30	-0,09
11. BIDR[a] : Avant le test	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	0,50*	-0,11
12. BIDR : Après le test	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	0,12
13. Évaluation après le traitement :	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nota [a]BIDR = Balanced Inventory of Desirable Responding [Inventaire équilibré des réponses souhaitables], *p < 0,004 (0,05/13)

Tableau 4

Cotes obtenues avant et après le test pour les mesures indépendantes

Measure	Avant le test M (ET)	Après le test M (ET)	Valeur de t
Cote du style interpersonnel	34,60 (15,03)	45,22 (15,41)	6,57**
Stades du changement			
Précontemplation	14,67 (4,22) -	13,51 (3,80)	-2,00*
Contemplation	12,58 (3,25)	13,12 (3,65)	n.s.
Action	13,24 (3,62)	12,68 (3,44)	n.s.
Maintien	14,93 (3,91)	5,21 (3,38)	n.s.
BIDR[a]	119,52 (18,18)	126,81 (18,30)	n.s.
Après le traitement Cote d'évaluation	S.O.	28,14 (6,83)	S.O.

Nota[a] BIDR = Balanced Inventory of Desirable Responding [Inventaire équilibré des réponses souhaitable], *p < 0,05; **p < 0,01

Bibliographie

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

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

Barbaree, H. E. (1993). Denial and Minimization Among Sex Offenders Forum on Corrections Research, 3, 30-33.

Barbaree, H. E., Seto, M. C., & Maric, A. (1996). Sex offender characteristics, response to treatment, and correctional release decisions at the Warkworth Sexual Behaviour Clinic. Research Report, Forensic Division, Clarke Institute of Psychiatry.

Service correctionnel du Canada. (1994). Sondage auprès de tous les employés du SCC : Rapport final. Rapport de recherche SR-1. Ottawa, Canada.

Service correctionnel du Canada. (1995). Sondage national auprès des détenus : Rapport final. Rapport de recherche SR-2. Ottawa, Canada:

Dana, R. (1993). Multicultural assessment perspectives for professional psychology. Boston: Allyn & Bacon.

Gendreau, P. (1996). The principles of effective intervention with offenders. In A. T. Harland (Ed.), Choosing correctional options that work: Defining the demand and evaluating the supply. (pp. 117-130).Thousand Oaks, CA: Sage.

Hanson, R. K. & Bussière, M. T. (1996). Les prédicteurs de la récidive chez les délinquants sexuels : une méta-analyse. Rapport pour spécialistes 1996-04, Ottawa: Solliciteur général du Canada.

Heilbrun, K. S., Bennett, W. S.. Evans, J. H. Offult, R. A., Reiff H. J., & White, A. J. (1988). Assessing treatability in mentally disordered offenders: A conceptual and methodological note. Behavioral Sciences and the Law, 6, 479-486.

Heilbrun, K. S., Bennett, W. S.. Evans, J. H. Offult, R. A., Reiff H. J., & White, A. J. Assessing Treatability in Mentally Disordered Offenders: Strategies for Improving Reliability. Forensic Reports, 5, 85-96.

Knight, R. A., Prentky, R. A., & Cerce, D. D. (1994). The development, reliability, and validity of an inventory for the multidimensional assessment of sex and aggression. Criminal Justice and Behavior, 21, 72-94.

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

Marshall, W. L. & Serin, R. C. (in press). Personality disorders. In S. M. Turner and M. Hersen (Eds.), Adult Psychopathology and Diagnosis (Third Edition).

Michenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook. New York: Plenum.

Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. Psychological Bulletin, 98, 84-107.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). Motivational Interviewing. New York: Guilford.

Millson, W. A, Weekes, J. R., & Lightfoot, L. O. (1995). Le programme prélibératoire pour toxicomanes : analuse des résultats intermédiaires et postlibératoires. Rapport de recherche R-40. Ottawa, Canada: Service correctionnel du Canada.

Monahan, J. & Steadman, H. J. (1994). (Eds.). Violence and mental disorder: Developments in risk assessment. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Motiuk, L. L. (in press). Assessment methods in corrections. Expanding on What Works, Conference Proceedings. International Community Corrections Association.

Preston, D. L. & Murphy, S, (in press). Therapeutic engagement of treatment-resistant-clients. Forum on Corrections Research.

Prochaska, J. O.& DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller and S. Rollnick (Eds.). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. Guilford Press: New York.

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

Quinsey, V. L. (1988). Assessments of the treatability of forensic patients. Behavioral Sciences and the Law, 6, 443-452.

Quinsey, V. L., Khanna, A., & Malcolm, B. (1996). A retrospective evaluation of the Regional Treatment Centre Sex Offender Program. Unpublished manuscript.

Quinsey, V. L. & Maguire, A. (1983). Offenders Remanded for a Psychiatric Examination: Perceived Treatability and Disposition. International Journal of Law and Psychiatry, 6, 193-205.

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

Quinsey, V. L., & Walker, W .D. (1992). Dealing with dangerousness: Community Risk Management Strategies with violent offenders. In D. V. Peters, R. J. McMahon, & V. L. Quinsey (Eds.), Aggression and violence throughout the lifespan (pp. 244-262). Newbury Park, CA: Sage.

Rice, M. E., Harris, G. T., Quinsey, V. L. (1996). Treatment of forensic patients. In B. Sales, & S. Shah (Eds.), Mental health and the law: Research, policy, and practice (pp. 141-190). New York: Carolina Academic Press.

Robinson, D. (1995). L'incidence du Programme de développement des aptitudes sur la récidive après la mise en liberté chez les délinquants sous responsabilité fédérale au Canada. Rapport de recherche R-41. Ottawa, Canada: Service correctionnel du Canada.

Rogers, R. & Webster, C. D. (1989). Assessing Treatability in Mentally Disordered Offenders. Law and Human Behavior, 13 , 19-29.

Serin, R. C. (1995a). L'intervention des psychologues en milieu correctionnel. Dans T. A. Leis, L. L. Motiuk, et J. R. P. Ogloff (Eds.). Psychologie médico-légale : politique et pratiques en milieu correctionnel, (p. 37-44). Service correctionnel du Canada.

Serin, R. C. (1995b). Aptitude des criminels psychopathes en milieu correctionnel, Forum : Recherche sur l'actualité correctionnelle, 7, 23 - 26.

Serin, R. C. (1995). Les délinquants (non sexuels) à comportement violent chronique : proposition de programme. Service correctionnel du Canada. Rapport de recherche R-42.

Serin, R. C. (1996). The Antecedents to Crime Inventory: Preliminary findings. Manuscript in preparation.

Serin, R. C., & Kuriychuk, M. (1994). Social and cognitive processing deficits in violent offenders: Implications for treatment. International Journal of Law and Psychiatry, 17, 431-441.

Seto, M. C. & Barbaree, H. E. (in press). Sexual aggression as antisocial behavior: A developmental model. In D. Stoff, J. Brieling, & J. D. Maser (Eds.)., Handbook of antisocial behavior. New York: Wiley.

Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. Psychological Bulletin, 92, 581-604.

Webster, C. D., Eaves, D., Douglas, K., & Wintrup, A. (1995). The HCR-20 Scheme: The assessment of dangerousness and risk. Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia: Simon Fraser University Press.

Webster, C. D., Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C., & Quinsey, V. L. (1994). The violence prediction scheme: Assessing dangerousness in high risk men. Toronto, Ontario, Canada: Centre of Criminology, University of Toronto.

Zamble, E. & Quinsey, V. L. (1991). Analyse rétrospective des antécédents dynamiques et comportementaux de la récidive. Rapport de recherche R-17. Ottawa, Canada: Service correctionnel du Canada.