



SERVICE CORRECTIONNEL CANADA

TRANSFORMONS DES VIES. PROTÉGEONS LES CANADIENS.



RAPPORT DE RECHERCHE

Soins tenant compte des traumatismes pour les détenus présentant un comportement d'automutilation chronique : Analyse sommaire des données probantes

2017 N° R-388

This report is also available in English. Should additional copies be required, they can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave. West, Ottawa, Ontario K1A 0P9.

Pour obtenir un exemplaire du rapport, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

**Soins tenant compte des traumatismes pour les détenus présentant un comportement
d'automutilation chronique : Analyse sommaire des données probantes**

Michael S Martin

Catherine Viau-Deschênes

et

Thanujah Yogarajah

Service correctionnel du Canada

Mai 2017

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Lynn Stewart de ses révisions et de ses commentaires sur les premières versions de la présente étude, ainsi que de ses conseils sur la méthodologie à suivre pour les analyses sommaires des données probantes. Merci également aux membres du personnel du Service correctionnel du Canada qui ont formulé des commentaires dans leur région et leur secteur respectifs au cours de la consultation sur le rapport. Comme il s'agissait de réponses collectives, il nous est impossible d'exprimer notre reconnaissance à chaque personne nous ayant fait part de perspectives cliniques et stratégiques, mais nous tenons tout de même à préciser que tous ces apports ont été précieux pour clarifier notre étude et en améliorer la teneur.

Résumé

Mots clés : *traumatisme, automutilation, santé mentale.*

Les victimes de traumatismes sont très fréquentes chez les délinquants, tout particulièrement chez ceux qui ont des comportements suicidaires ou d'automutilation. Devant cette réalité, de nombreuses voix se sont élevées pour réclamer l'offre de soins tenant compte des traumatismes en milieu correctionnel. Nous avons procédé à une analyse sommaire des données probantes pour faire une synthèse des principes des soins tenant compte des traumatismes et des données sur lesquelles repose leur application chez les détenus ayant un comportement d'automutilation chronique.

Nous n'avons pas trouvé d'étude portant expressément sur les soins tenant compte des traumatismes chez les délinquants ayant un comportement d'automutilation chronique. Par conséquent, comme il existe un lien évident entre la santé mentale et l'automutilation, nous avons opté pour une synthèse des écrits traitant des soins tenant compte des traumatismes visant à diminuer les symptômes de maladie mentale. Les études en question ont surtout été menées auprès de délinquantes, mais elles fournissent néanmoins certaines indications des bienfaits modestes des interventions qui tiennent compte des traumatismes comparativement aux interventions types qui n'en tiennent pas compte. Si on les compare à d'autres formes d'interventions intégrées à intensité élevée qui ne tiennent pas explicitement compte des traumatismes, comme les communautés thérapeutiques, les différences observées sont minimes, voire inexistantes. Malheureusement, comme la plupart des études excluent les délinquants qui ont ou qui ont eu récemment des pensées ou des comportements d'automutilation, les seules suggestions de pratiques exemplaires applicables aux délinquants qui s'automutilent et qui présentent des antécédents de traumatismes sont indirectes.

Malgré la rareté des études sur ce sujet, notre recension documentaire pointe vers un consensus généralisé quant à la nécessité de dépister la présence de traumatismes et de procurer un environnement sûr, qui réduit au minimum les risques de raviver les expériences traumatisantes. Il sera essentiel de répertorier les pratiques exemplaires courantes et les lacunes dans la prise en compte des besoins des délinquants qui ont des antécédents de traumatismes, particulièrement les hommes. Dans l'immédiat, la sensibilisation aux traumatismes subis et à leurs incidences chez les victimes, et le fait qu'ils peuvent expliquer les comportements problématiques comme l'automutilation chez certains délinquants demeurent des principes généralement acceptés dans le domaine des soins tenant compte des traumatismes et, plus globalement, des bonnes pratiques cliniques.

Table des matières

Remerciements.....	ii
Résumé.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des annexes	vii
Introduction.....	1
Lien entre traumatisme et automutilation	2
Définitions.....	3
Buts	5
Méthode	6
Résultats.....	9
Systèmes de gestion des traumatismes	9
Interventions axées sur les traumatismes	12
Analyse	15
Conclusions.....	16
Bibliographie.....	18

Liste des tableaux

Tableau 1 <i>Mots clés aux fins du recensement des études</i>	6
---	---

Liste des annexes

Annexe A : Résumé des interventions auprès des détenus présentant des antécédents de traumatismes	24
Annexe B : Caractéristiques et forces et limites méthodologiques des études incluses dans l'examen.....	27

Introduction

Dans son Rapport annuel 2014-2015, l'Enquêteur correctionnel Canada recommandait au Service correctionnel du Canada (SCC) d'examiner « les recherches et les pratiques exemplaires à l'échelon international afin de déterminer les traitements et les services appropriés axés sur les traumatismes pour les délinquants ayant des comportements d'automutilation chroniques et d'élaborer une stratégie d'intervention complète en fonction de cet examen ». Pour donner suite à la recommandation, le SCC s'est engagé à réaliser une recension des rapports de recherche publiés dans le monde ainsi que des pratiques exemplaires en matière de traitement tenant compte des traumatismes pour les personnes présentant des comportements d'automutilation chroniques. Le SCC a également chargé un expert externe en matière de soins tenant compte des traumatismes aux populations des Premières Nations d'assurer le lien avec les comités régionaux et national sur les cas complexes de santé mentale du SCC et de fournir des services de consultation de cas tenant compte des traumatismes aux délinquants présentant des besoins complexes de santé mentale. La présente étude dresse une synthèse des principes des soins tenant compte des traumatismes et des données probantes qui appuient leur application chez les délinquants se livrant à des comportements d'automutilation chroniques. Aux fins de l'étude, nous avons retenu une définition large de l'automutilation, qui englobe les comportements automutilatoires suicidaires et non suicidaires.

La prévalence élevée des expériences traumatisantes (violence physique, sexuelle, émotionnelle, observation de la violence familiale, négligence, etc.) chez les délinquants, et de la coexistence de nombreux troubles du comportement, dont le suicide et l'automutilation, a donné lieu à des appels répétés à offrir des soins tenant compte des traumatismes en milieu correctionnel (Bloom et Owen, 2002; Dutton et Hart, 1992; Lake, 1995; Miller et Najavits, 2012; Viitanen et coll., 2011; Wallace, Conner et Dass-Brailsford, 2011). La fréquence des traumatismes chez les délinquants sous responsabilité fédérale a été établie par une étude récente auprès de tous les délinquants admis pour une nouvelle peine au cours de l'année civile 2011 et portant sur un éventail relativement étroit d'expériences traumatisantes autodéclarées (Martin, Eljdupovic, Mckenzie et Colman, 2015). L'étude révèle que 45 % des délinquants ont déclaré avoir été victimes de maltraitance physique ou sexuelle durant l'enfance, ou avoir été témoins de violence familiale. Les taux sont plus élevés chez les délinquantes (58 %) et les délinquants

autochtones (67 %) que chez les délinquants masculins (44 %) et les délinquants non autochtones (38 %). Selon l'étude, les délinquants ayant déclaré avoir subi des traumatismes durant l'enfance sont plus susceptibles de déclarer des problèmes concomitants de toxicomanie ou de détresse psychologique, et d'avoir commis des infractions criminelles durant l'enfance. Plus précisément, 59 % des délinquants déclarant avoir subi des traumatismes durant l'enfance présentent 2 ou 3 besoins dans ces domaines, comparativement à 35 % des autres délinquants.

Lien entre traumatisme et automutilation

Les personnes qui se livrent à des comportements automutilatoires ou suicidaires présentent plus fréquemment des antécédents de traumatismes, qu'elles vivent dans un établissement correctionnel (Blaauw, Arensman, Kraaij, Winkel et Bout, 2002; Mandelli, Carli, Roy, Serretti et Sarchiapone, 2011; Messina et Grella, 2006; Power et Beaudette, 2014; Power et Brown, 2010; Power et Usher, 2011a, 2011b, 2011c; Tam et Derkzen, 2014; Usher, Power et Wilton, 2010) ou dans la collectivité (Afifi et coll., 2014; Klonsky et Moyer, 2008; Martin, Dykxhoorn, Afifi et Colman, 2016). Cependant, la très vaste majorité des personnes qui ont des antécédents de traumatismes ne présentent pas de problèmes persistants, d'ordre général ou liés à leurs traumatismes (Berliner et Kolko, 2016). Par exemple, même si les délinquants ayant vécu un traumatisme affichent un taux plus élevé d'automutilation que ceux qui n'en ont pas vécu (1,1 % de ceux qui ont vécu un traumatisme contre 0,3 % qui n'en ont pas vécu ont connu au moins un incident d'automutilation au cours des six premiers mois de leur incarcération), la majorité des délinquants n'a pas de tels comportements, sans égard à leurs antécédents de traumatismes (Martin, Dorken, Colman, McKenzie et Simpson, 2014).

Afin d'orienter les interventions cliniques offertes au petit sous-groupe de délinquants qui ont des comportements d'automutilation chroniques, les dernières recherches ont été axées sur la compréhension du lien entre les traumatismes et le risque d'automutilation ou de suicide. Quand tous les facteurs concomitants des traumatismes sont pris en compte, on constate un lien faible, voire inexistant, entre traumatisme et automutilation et suicide. Parmi ces facteurs, la stabilité affective ou de l'humeur, l'esprit de coopération (acceptation sociale et identification aux autres), les liens sociaux, ainsi que l'intériorisation (sautes d'humeur, angoisse) et l'extériorisation (toxicomanie, psychopathie, personnalité asociale, agressivité) des symptômes ou des troubles (Godet-Mardirossian, Jehel et Falissard, 2011; Kimonis et coll., 2010; Klonsky et Moyer, 2008; Martin et coll., 2016; Swogger, You, Cashman-Brown et Conner, 2011). Étant donné la

multitude de causes possibles d'automutilation et de suicide chez les personnes ayant des antécédents de traumatismes – ou qui n'en ont pas (Power, Beaudette et Usher, 2012; Power et Beaudette, 2013, 2014; Power et Usher, 2010), il faut pousser la recherche dans ce domaine pour améliorer le dépistage de celles qui sont le plus à risque et les interventions visant à gérer ce risque. Ces thèmes sont au cœur de la réflexion en cours sur la question de savoir s'il faut s'intéresser directement aux événements traumatisants (démarche axée sur le passé) ou s'il vaut mieux explorer les incidences, les symptômes et les problèmes du présent qui sont des séquelles de traumatismes et tabler sur le renforcement des stratégies d'adaptation (Miller et Najavits, 2012).

Définitions

De nombreux termes ont été employés dans les études pour désigner les pratiques exemplaires concernant le travail auprès de personnes ayant vécu des traumatismes. Selon une enquête récente (Donisch, Bray et Gewirtz, 2016), les fournisseurs de services conviennent généralement de l'importance de bien comprendre les traumatismes et d'offrir des soins qui en tiennent compte, mais il semble que les divergences de points de vue nuisent au passage de la théorie à la pratique. Berliner et Kolko (2016) constatent que la distinction entre soins tenant compte des traumatismes et bonne pratique clinique ne semble pas nette pour tous les clients :

[Traduction] La sécurité, la confiance, la collaboration et l'entraide, la responsabilisation, l'expression et le libre arbitre devraient caractériser les interventions à l'échelon des systèmes. Ou, pour donner un exemple courant de la valeur de la prise en compte des traumatismes sur le plan individuel, il est souvent recommandé de ne pas taxer les enfants à problème d'avoir intentionnellement des comportements inadéquats, mais plutôt de voir ces comportements comme des tentatives d'adaptation ou des réactions légitimes à un contexte difficile ou aux empreintes laissées par des événements passés. Là encore, il s'agit d'une bonne pratique clinique, qui ne devrait pas être réservée aux personnes traumatisées (p. 169).

Nous avons retenu le terme générique *soins tenant compte des traumatismes* pour désigner à la fois les systèmes de gestion des traumatismes et les interventions axées sur des traumatismes précis. Nous utilisons le terme *systèmes de gestion des traumatismes* pour désigner

les systèmes qui se fondent sur les politiques et la sensibilisation pour favoriser la mise en place d'un environnement qui évite à tout le moins à une personne de revivre un traumatisme, et qui dans l'idéal favorise la responsabilisation et le rétablissement (BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council, 2013). Ainsi, les systèmes de gestion des traumatismes sont définis par les conditions dans lesquelles devraient s'inscrire les interactions et les interventions quotidiennes du personnel clinique ou autre. Les interventions axées sur les traumatismes sont essentiellement à caractère clinique et visent le développement des aptitudes requises pour composer avec les effets d'un traumatisme, le traitement des symptômes, ainsi que l'atteinte d'objectifs thérapeutiques mutuellement convenus. Bien que les systèmes de gestion des traumatismes et les interventions axées sur les traumatismes peuvent être utilisés de manière indépendante, leur association est recommandée pour optimiser les résultats (Clark, 2002). Il existe certains recoupements entre les systèmes de gestion des traumatismes et les interventions axées sur les traumatismes, car l'efficacité des interventions est tributaire de la compréhension et de la sensibilisation du personnel quant à la manière d'intervenir auprès de personnes ayant vécu des traumatismes.

Il n'y a pas de consensus quant à la définition de *traumatisme*, mais toutes les définitions font référence à un stress extrême dépassant la capacité de la victime à affronter la situation. La Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) des États-Unis propose une définition assez large de la notion de traumatisme, qui englobe toutes les expériences causant des réactions de stress physique et psychologique intenses. Il peut s'agir d'un événement unique, de plusieurs événements ou d'un ensemble de circonstances qu'une personne considère comme néfastes ou menaçantes sur le plan physique ou émotionnel, et qui ont des répercussions délétères durables sur son fonctionnement et son bien-être physique, social, émotionnel ou spirituel (SAMHSA, 2014). De manière générale, les définitions utilisées dans les discussions sur les systèmes de gestion des traumatismes sont assez larges. Cependant, les traitements axés sur les traumatismes se fondent sur des définitions plus étroites, davantage liées au diagnostic (et plus souvent aux troubles de stress post-traumatique [TSPT], mais le trouble de stress aigu pourrait aussi être visé). Dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V), la définition du traumatisme utilisée en association avec les critères du diagnostic de TSPT ou de trouble de stress aigu se limite à l'exposition à un événement réel ou

une menace de mort, de blessure grave, de violence ou d'infraction à caractère sexuel¹ (American Psychiatric Association, 2013). Le DSM-V établit également une distinction avec les troubles de l'adaptation, qui englobent les causes de stress de la vie courante telles que les relations, le travail et les difficultés sociales qui d'ordinaire ne sont pas considérées comme des événements traumatisants.

Buts

La présente revue vise à répondre à deux questions concernant ces deux grandes catégories de soins tenant compte des traumatismes. Premièrement, nous avons voulu dresser une synthèse des principes des systèmes de gestion des traumatismes et des données probantes s'y rapportant. Deuxièmement, nous avons voulu résumer les résultats de recherche sur l'efficacité des interventions axées sur les traumatismes.

¹ La notion de *violence* est utilisée pour les critères applicables aux troubles de stress post-traumatique, tandis que la notion d'*infraction* est utilisée pour les critères se rapportant au trouble de stress aigu.

Méthode

Nous avons effectué une analyse sommaire des données probantes découlant d'une revue systématique des écrits correspondant aux critères d'inclusion. Plus précisément, nous avons englobé des études qui 1) évaluent l'incidence des interventions et des systèmes tenant compte des traumatismes pour prévenir ou traiter les pensées ou les comportements automutilatoires ou suicidaires; 2) mesurent les pensées ou les comportements automutilatoires ou suicidaires avant et après une intervention ou la mise en œuvre d'un système (modèle d'analyse avant-après) OU après l'intervention ou la mise en œuvre du système pour plus de deux groupes adéquatement appariés (un essai clinique à répartition aléatoire des sujets dans les groupes de traitement, ou un concept quasi expérimental reposant sur des correspondances statistiques adéquates pour dépister un éventuel groupe existant), et 3) ont été menées dans un établissement carcéral ou dans un hôpital médico-légal.

Nous avons consulté les bases Medline et PsycINFO pour répertorier les études pertinentes. Notre stratégie de recherche exigeait que les articles aient été indexés à l'aide d'au moins un mot clé lié aux traumatismes, et au moins un mot clé lié aux questions correctionnelles et à l'incarcération (soit au moins un mot dans chaque colonne du tableau 1).

Tableau 1

Mots clés aux fins du recensement des études

Mots clés liés aux traumatismes	Mots clés liés aux questions correctionnelles ou à l'emprisonnement
violence familiale	prisons
violence faite aux enfants	détenus
violence faite aux enfants, sexuelle	criminels
violence conjugale	
violence physique	
troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress	
troubles de stress, traumatique	
syndrome de Silverman (enfants victimes de sévices)	
troubles de stress lié au combat	
traumatisme psychologique	

La recherche a produit 1 402 résultats dans Medline et 1 898 résultats dans PsycINFO (dont au moins 213 doublons). Nous avons aussi cherché des écrits qui auraient pu échapper à notre recherche systématique – y compris dans la littérature grise – dans les bibliographies des études incluses, Google Scholar, le site National Registry of Evidence-Based Programs and Practices de SAMHSA (www.samhsa.gov/data/evidence-based-programs-nrepp), ainsi que des pages Web ou des listes de citations d'auteurs de programmes de soins tenant compte des traumatismes ou d'une série d'études dans ce domaine². Enfin, nous avons inclus des articles tirés des dossiers personnels des auteurs, en plus de recenser et d'examiner toutes les recherches menées par le SCC sur l'automutilation et le suicide.

Notre recherche n'a relevé aucune étude de l'incidence des interventions tenant compte des traumatismes chez les délinquants pour les indicateurs *automutilation* ou *suicide*. La santé mentale et la détresse étant fortement associées à l'automutilation (Dear, 2008; Power et coll., 2012; Power et Usher, 2010), nous avons retenu les études présentant des données probantes indirectes sur la diminution des comportements d'automutilation attribuable à une amélioration de la santé mentale. Nous avons récupéré des articles intégraux liés à 19 études qui, au vu de leur titre et de leur résumé, semblaient analyser l'incidence des interventions axées sur les traumatismes en fonction d'un indicateur de santé mentale comme les traumatismes ou les symptômes de dépression. Après un examen rigoureux, 17 de ces études ont été retenues pour en extraire des données et les inclure dans notre analyse. Les deux articles écartés (Messina, Calhoun et Braithwaite, 2014; Valentine, 2000) reposaient sur des données tirées du même échantillon qu'une autre étude incluse. Dans ces cas, nous avons retenu l'étude présentant les données les plus complètes, bien que le document mis à l'écart ait été consulté au besoin, pour y

² Nous avons examiné les écrits publiés par les auteurs suivants : Sandra Bloom (<http://www.sanctuaryweb.com/>), Stephanie Covington (<http://stephaniecovington.com/>), Julian Ford (<http://facultydirectory.uhc.edu/profile?profileId=Ford-Julian>), Christine Grella (<https://scholar.google.com/citations?user=UHW6Z5QAAAAJ&hl=en>), Nena Messina (<http://www.uclaisap.org/profiles/messina.html>), Lisa Najavits (<http://www.treatment-innovations.org/seeking-safety.html>) et Nancy Wolff (<http://bloustein.rutgers.edu/wolff/>).

relever des détails supplémentaires. Deux examens systématiques (Emerson et Ramaswamy, 2015; King, 2015) sur les interventions axées sur les traumatismes auprès des femmes, et deux revues de la littérature sur les soins tenant compte des traumatismes en milieu correctionnel (Miller et Najavits, 2012; Wallace et coll., 2011) ont été recensés. On aborde les constatations importantes de ces travaux tout au long de la présente analyse. Un article publié (Elwyn, Esaki et Smith, 2015) et le compte rendu d'une entrevue (National Resource Centre on Justice Involved Women, n. d.) sur la mise en œuvre de systèmes de gestion des traumatismes ont également été inclus.

En raison du nombre assez réduit d'études recensées et de la diversité des méthodes utilisées, nous avons rédigé une synthèse descriptive de la littérature. Dans l'esprit de la démarche descriptive, nous avons exposé les principales forces et limites susceptibles d'influer sur la validité et la transposabilité des études (répartition aléatoire des sujets du groupe traité ou du groupe témoin; mesure et contrôle statistique des différences entre les groupes; analyse des résultats à l'insu; taille de l'échantillon; répétition externe de l'efficacité de l'intervention par des équipes de recherche ou cliniques n'ayant pas participé à l'intervention; critères d'exclusion de l'étude, etc.) au lieu d'attribuer des cotes de qualité des études, plus utiles dans le cadre d'une méta-analyse.

Résultats

Systèmes de gestion des traumatismes

Les systèmes de gestion des traumatismes reposent sur une démarche organisationnelle qui tient compte de la diversité et des effets des traumatismes et dont l'objectif est de réduire ceux-ci au minimum par l'élimination des déclencheurs et la mise en place de politiques axées sur les stratégies d'adaptation aux agents de stress dans l'environnement. En raison des taux élevés des clients des services de santé mentale et de justice ayant souffert de traumatismes, il a été suggéré de tenir pour acquis que tous les clients ont vécu des traumatismes pour que les politiques soient axées sur le rétablissement, évitent de nouveaux traumatismes et favorisent des interactions respectueuses et franches avec eux (Elliott, Bjelajac, Fallot, Markoff et Reed, 2005; Harris et Fallot, 2001). Considérant que les antécédents de traumatismes et de maladie mentale ont souvent été évoqués comme déclencheurs de comportements criminels chez les femmes (de Vogel et Nicholls, 2016), les principes des soins tenant compte des traumatismes sont au cœur de l'offre de soins sexospécifiques en milieu correctionnel (King, 2015; Tam et Derkzen, 2014). Par contre, Saxena, Messina et Grella (2014) ont constaté que le programme de traitement sexospécifique visé par leur étude ne semblait pas donner de résultats probants pour les femmes n'ayant pas d'antécédents de traumatismes (en fait, le risque de dépression et la toxicomanie augmentaient légèrement). Il faut donc poursuivre la recherche pour s'assurer que l'on ne fait pas fausse route en présumant que tous les clients ont souffert de traumatismes. Parmi les critères primordiaux associés aux systèmes de gestion des traumatismes, les suivants sont communs à la plupart des modèles (Decandia, Guarino et Clervil, 2014; Elliott et coll., 2005; Harris et Fallot, 2001; Miller et Najavits, 2012; Wallace et coll., 2011) :

- *Sensibilisation aux traumatismes* : Tout le personnel reçoit des formations de base et de perfectionnement des compétences pour le sensibiliser aux traumatismes et aux facteurs déclencheurs.
- *Réduction du risque de nouveau traumatisme* : Les politiques sont révisées afin d'y intégrer des mesures moins intrusives et de détecter les procédures qui peuvent avoir des effets néfastes et débilitants pour les personnes qui ont subi des traumatismes, y compris l'isolement, la contrainte physique, la fouille à nu et l'hospitalisation forcée. Le cas échéant, le recours à l'isolement ou à la contrainte devrait être suivi d'une analyse et

d'une récapitulation axées sur la prévention et, éventuellement, la réduction ou l'élimination de ces pratiques.

- *Dépistage et évaluation systématiques* : Les antécédents de traumatismes doivent être dépistés chez tous les clients dès que possible après leur admission.
- *Terminologie axée sur les forces* : Il faut utiliser un langage qui évite la stigmatisation et ne met pas en relief les lacunes afin de renforcer la capacité de rétablissement des clients et de faire en sorte que les comportements difficiles soient perçus comme des tentatives de surmonter les émotions (accablement, peur, perte de maîtrise) associées aux traumatismes et de s'y adapter. Cette approche peut s'avérer particulièrement importante pour une population carcérale, car la propension des délinquants à se montrer méfiants ou à retenir de l'information peut compromettre la relation thérapeutique et, ultimement, le rétablissement (Rotter, McQuiston, Broner et Steinbacher, 2005).
- *Programmes intégrés pour répondre aux besoins multiples* des individus (p. ex. santé mentale, toxicomanie, symptômes de traumatismes). En fonction de leur revue de la littérature, Wallace et ses collaborateurs (2011) ont posé le constat suivant :

[Traduction] Il existe une panoplie de traitements prometteurs fondés sur des données probantes qui pourraient permettre de composer efficacement avec les troubles concomitants de traumatismes, de maladie mentale, de toxicomanie, de comportement des délinquants en voie de réinsertion. Toutefois, en raison des disparités entre les groupes de délinquants, il semble plus opportun pour les praticiens de concevoir des traitements personnalisés et intégrés de concert avec chaque client concerné. (2011, p. 340)

Wallace et ses collaborateurs, de même que d'autres auteurs (p. ex. Sacks et coll., 2008) estiment que le traitement est plus efficace si les besoins en matière de santé mentale, de toxicomanie et de traumatismes sont pris en compte simultanément plutôt que parallèlement (plusieurs programmes offerts par des fournisseurs différents en même temps) ou séquentiellement (p. ex. traitement de la toxicomanie avant de la prise en compte des autres besoins).

Les chercheurs ont peu étudié la mise en œuvre de systèmes de gestion des traumatismes en milieu correctionnel. Miller et Najavits (2012) font remarquer qu'en raison de la nature

intrinsèque de ces milieux et des pratiques qui y ont cours (contrainte, isolement, fouilles), il peut s'avérer difficile d'éradiquer tous les déclencheurs de traumatismes vécus. Cependant, d'après des données limitées, il est possible d'instaurer un système efficace de gestion des traumatismes en milieu correctionnel. Ainsi, des données émanant d'une entrevue non publiée avec le directeur de l'établissement correctionnel pour femmes à sécurité moyenne MCI-Framingham, aux États-Unis (National Resource Centre on Justice Involved Women, n. d.) indiquent qu'à la suite de la mise en œuvre de stratégies axées sur les traumatismes telles que la formation du personnel et l'instauration d'un programme de soutien par les pairs pour les femmes, les incidents d'automutilation, les tentatives de suicide, les agressions, les placements en isolement et les veilles de suicide ont diminué. Bien que cela ne soit pas directement lié à la santé, Elwyn et ses collaborateurs (2015) ont fait état d'une réduction des inconduites et du recours à la contrainte et à l'isolement, et à une perception de sécurité accrue dans un centre de détention pour jeunes filles après la mise en œuvre du modèle du sanctuaire (Sanctuary Model³). Dans les deux cas, il n'a pas été possible de discriminer les effets de la mise en œuvre de systèmes de gestion des traumatismes et les effets d'autres changements apportés dans l'établissement ni de jauger la fiabilité des données des dossiers officiels. Néanmoins, les données semblent indiquer que les systèmes de gestion des traumatismes peuvent avoir des bienfaits et elles permettent de tirer quelques leçons importantes. Par exemple, Bissonnette souligne que la perception du personnel que les soins tenant compte des traumatismes sont une excuse de certains comportements négatifs plutôt que la cause de ceux-ci représente le plus grand défi et le plus constant. Comme solution, Bissonnette propose d'approfondir notre compréhension de ce que sont et de ce que signifient les soins tenant compte des traumatismes. Sa recommandation fait écho à ce que d'autres ont constaté (Harris et Fallot, 2001) au sujet de la prestation de soins tenant compte des traumatismes : il s'agit d'un travail de longue haleine, qui requiert des appuis soutenus et multidisciplinaires. Bissonnette souligne qu'il est essentiel de recueillir des données démontrant la nécessité des changements souhaités (sur les lacunes et sur les avantages attendus de ces changements) pour favoriser la mise en œuvre de la recommandation.

³ Voici le résumé d'Elwyn et coll. (2015) : Ce modèle comporte quatre volets principaux axés sur la création ou la modification d'une culture organisationnelle, soit 1) la théorie du traumatisme; 2) sept engagements se rapportant au modèle (non-violence, intelligence émotionnelle, démocratie, communication ouverte, responsabilité sociale, apprentissage social, croissance et changement); 3) l'utilisation de l'acronyme *SELF* (« soi ») pour orienter les services de planification vers la sécurité, la gestion des émotions, la perte et l'avenir, et 4) une trousse d'outils offrant des applications pratiques de la théorie des traumatismes. Voir aussi Esaki et coll. (2013).

Interventions axées sur les traumatismes

Tel qu'il a été souligné auparavant, nous n'avons pas trouvé d'étude portant sur les effets des interventions axées sur les traumatismes chez les sujets présentant des comportements suicidaires ou d'automutilation. Quelques rapports de recherche portent sur des interventions axées sur les traumatismes en milieu correctionnel, et essentiellement sur les délinquantes présentant des troubles concomitants de toxicomanie et de TSPT. Les résultats des études liées à diverses interventions sont résumés aux annexes 1 et 2. Selon plusieurs d'entre elles, les interventions axées sur les traumatismes semblent prometteuses pour ce qui est de la diminution des traumatismes (Barrett et coll., 2015; Bradley et Follingstad, 2003; Ford, Chang, Levine et Zhang, 2013; Kubiak, Kim, Fedock et Bybee, 2012; Valentine et Smith, 2001) et, dans certains cas, des symptômes de dépression et de détresse générale (Bradley et Follingstad, 2003; Kubiak et coll., 2012; Lynch, Heath, Mathews et Cepeda, 2012; Wolff et coll., 2015; Wolff, Frueh, Shi et Schumann, 2012). Toutefois, les échantillons de ces études sont restreints, et la plupart présentent d'importantes limites méthodologiques (répartition non aléatoire des sujets suivant le traitement, absence de groupe témoin, taux d'abandon élevés). De plus, plusieurs de ces études (Barrett et coll., 2015; Ford et coll., 2013; Valentine et Smith, 2001; Wolff et coll., 2015; Zlotnick, Johnson et Najavits, 2009; Zlotnick, Najavits, Rohsenow et Johnson, 2003) excluent des personnes ayant récemment eu des pensées ou des comportements automutilatoires ou suicidaires, été dans un état psychotique actif ou subi des incidents tels qu'une agression. On ne connaît pas l'efficacité de ces programmes auprès de délinquants ayant des comportements d'automutilation chroniques. Selon les résultats de certaines études (Kubiak et coll., 2012; Messina, Grella, Cartier et Torres, 2010; Sacks et coll., 2008), les interventions tenant compte des traumatismes sont peu efficaces, ou ne le sont aucunement, comparativement à des traitements habituels à intensité élevée (de 20 à 30 heures par semaine au sein de communautés thérapeutiques). Ces conclusions sont donc plus susceptibles de sous-estimer l'efficacité des soins tenant compte des traumatismes, mais elles renforcent néanmoins l'observation précédente selon laquelle ces soins peuvent tout simplement s'inscrire dans un continuum de bons soins cliniques, qui met en adéquation l'intensité et la durée d'un traitement avec les besoins du client, sans forcément recourir à des programmes articulés autour de traumatismes précis.

Emerson et Ramaswamy (2015) jugent nécessaire d'approfondir l'analyse des théories et des hypothèses à la base des interventions axées sur les traumatismes. À leur avis, si l'on

comprend mieux pourquoi une intervention s'avère efficace, il sera plus facile d'en déceler les composantes principales et de répondre aux questions importantes soulevées par des études antérieures (p. ex. si les traitements tenant compte des traumatismes devraient prendre la forme de thérapies de groupe pour explorer les traumatismes subis par les participants; pourquoi les résultats d'un traitement diffèrent selon les profils de symptômes; et quels programmes sont les plus indiqués en milieu carcéral et dans la collectivité). Ainsi, parmi les participants qui ont terminé le programme Seeking Safety (à la recherche de la sécurité) dans une prison australienne pour hommes, les avis varient quant au moment le plus approprié pour offrir le traitement. Sur les dix répondants, quatre ont mentionné que le programme devrait être offert à l'approche de la mise en liberté ou pendant la libération conditionnelle en raison de l'état de vulnérabilité et des difficultés exacerbées par le milieu carcéral. Un autre participant affirme en revanche qu'il n'aurait pas pu aller au bout du programme durant sa libération conditionnelle, car la structure offerte par la prison l'y avait aidé. De plus, beaucoup de membres du personnel hésiteraient à interroger les détenus sur les traumatismes vécus ou à les traiter directement (Miller et Najavits, 2012), même si certains délinquants ont déclaré avoir sollicité des interventions axées directement sur leurs traumatismes (Matheson, Brazil, Doherty et Forrester, 2015). La question n'a pas souvent été explorée. Toutefois, dans le cadre d'une étude sur ce sujet, les patients présentant des symptômes aigus ou des signes de déstabilisation ont été exclus, supposément pour éviter les effets pouvant aller à l'encontre du processus d'examen direct des événements traumatisants (Valentine et Smith, 2001). Toutes les autres études qui ont été compulsées aux fins des présentes portaient sur des interventions axées sur le présent. Cela souligne les avantages pratiques d'assurer la stabilité actuelle et l'acquisition d'aptitudes pour surmonter les situations stressantes avant de s'attaquer directement aux événements traumatisants.

À défaut d'écrits portant expressément sur le traitement des délinquants qui ont subi des traumatismes et qui se livrent à des comportements d'automutilation chroniques, nous avons trouvé les données les plus pertinentes dans la littérature sur l'automutilation en général. L'examen des interventions auprès des délinquants qui s'automutilent (Corabian, Appell et Wormith, 2013; Dixon-Gordon, Harrison et Roesch, 2012; Leschied, 2011; Usher et coll., 2010) révèle le recours à des interventions et à des démarches thérapeutiques variées (thérapie cognitivo-comportementale [TCC]; thérapie comportementale dialectique [TCD]; TCC assistée par manuel; et thérapie d'acceptation et d'engagement [TAE]). Une revue récente des

interventions psychosociales s'adressant aux personnes présentant des comportements d'automutilation dans la population générale (Hawton et coll., 2016) indique que la TCC et la thérapie par résolution de problèmes étaient associées à une réduction du nombre de participants se livrant à répétition à des comportements d'automutilation lors du suivi, et au traitement de troubles secondaires comme la dépression, les pensées suicidaires, le désespoir et l'incapacité de résoudre des problèmes. Seulement trois essais axés sur la TCD ont été répertoriés. Les auteurs de l'examen ont conclu que la TCD ne réduisait pas le nombre de participants se livrant à des comportements d'automutilation à répétition, mais que la taille de l'effet (rapport de cotes de 0,59) est semblable à celui de la TCC (0,54), sans toutefois être statistiquement significatif, en raison surtout du petit nombre d'essais portant sur la TCD parmi ceux inclus dans la revue. Les auteurs soulignent cependant que la TCD a bel et bien été associée à une réduction sensible de la fréquence des comportements d'automutilation à répétition. Une petite étude de la TCD au sein du SCC indique une réduction de la proportion de participants s'étant livrés à des comportements d'automutilation (de 6 % dans les 3 mois avant l'intervention à 1 % dans les 3 mois suivant le début de celle-ci) (Blanchette, Flight, Verbrugge, Gobeil et Taylor, 2011).

Analyse

Nous n'avons recensé aucune étude mesurant les effets des soins tenant compte des traumatismes chez les délinquants se livrant à des comportements d'automutilation chroniques. Par conséquent, nous devons nous en tenir à des données probantes limitées et indirectes pour l'instant. Étant donné que la plupart des délinquants qui ont des comportements d'automutilation chroniques présentent des antécédents de traumatismes, et que les soins tenant compte des traumatismes mettent à profit des éléments essentiels des bonnes pratiques cliniques (notamment l'expression de l'empathie, la responsabilisation, l'engagement des clients, la prestation de traitements intégrés et multidisciplinaires, et la compréhension des multiples facteurs sous-jacents aux comportements difficiles tels que l'automutilation), les revues publiées sur les pratiques exemplaires du traitement des comportements d'automutilation constituent de précieux guides (Corabian et coll., 2013; Dixon-Gordon et coll., 2012; Fagan, Cox, Helfand et Aufderheide, 2010; Hawton et coll., 2016; Leschied, 2011; Usher et coll., 2010). Bien que nous ayons compulsé toutes les études incluses dans les revues antérieures des soins tenant compte des traumatismes (Emerson et Ramaswamy, 2015; King, 2015), celles qui portaient sur des interventions vastement recommandées telles que la TCC et la TCD n'ont pas été recensées au moyen de ces mots clés dans les revues antérieures ou la présente revue. Nous nous sommes appuyés sur les revues antérieures pour faire une analyse de ces interventions appliquées aux comportements d'automutilation, mais nous devons souligner qu'il ne semble pas y avoir eu d'évaluation de telles interventions appliquées à des délinquants ayant des antécédents de traumatismes.

En dépit des limites des écrits existants, certains points reviennent constamment dans les études faisant l'objet de la présente synthèse. D'abord, il est observé dans presque toutes les études qu'en raison de la fréquence des événements traumatisants dans le passé des détenus, il est essentiel de sensibiliser tout le personnel à leur existence et à leurs effets. Ensuite, les interventions cliniques axées sur les traumatismes semblent donner certains résultats bénéfiques comparativement aux interventions que l'on pourrait qualifier de courantes, et semblent être au moins aussi efficaces que les modèles de services intensifs et intégrés tels que les communautés thérapeutiques. Il faudra clarifier les divers aspects de ces interventions auprès des délinquants ayant des antécédents de traumatismes pour garantir l'efficacité des modèles de prestation

adoptés. Enfin, parmi les principes les plus souvent évoqués pour prévenir ou traiter les comportements d'automutilation chez les délinquants présentant des antécédents de traumatismes, il semble que les éléments suivants soient prioritaires pour les établissements correctionnels :

- Il faut traiter les besoins d'une manière intégrée, qui tient compte de l'éventuelle coexistence de besoins multiples chez les délinquants (traumatismes, santé mentale, toxicomanie, criminalité, etc.).
- Il faut envisager la propension à adopter des comportements difficiles (tels que l'automutilation) comme une tentative d'adaptation aux situations stressantes, qui peuvent raviver des traumatismes antérieurs chez les délinquants, et réduire au minimum les éléments déclencheurs.
- Il faut renforcer les aptitudes d'adaptation aux sources de stress courantes et de contrôle des émotions. Parmi les différentes approches thérapeutiques, la TCC et la TCD reçoivent le plus d'appuis directs, mais également par l'entremise de revues systématiques antérieures ou de l'intégration d'éléments de l'une ou l'autre dans les interventions axées sur les traumatismes. L'utilisation d'une terminologie axée sur les forces dans toutes les interactions peut favoriser l'acquisition d'aptitudes et l'efficacité des interventions cliniques.
- Il faut s'attaquer directement aux événements traumatisants seulement après que les symptômes ont été stabilisés, et dans un environnement sûr. La question du lieu le plus indiqué pour les interventions, soit en milieu correctionnel ou dans la collectivité, ne fait pas l'unanimité.

Conclusions

De très nombreuses recherches rétrospectives indiquent une forte prévalence d'antécédents de traumatismes chez les délinquants qui s'automutilent, mais ces comportements restent tout de même rares, bien que la majorité ait subi des traumatismes. On dispose de très peu de données probantes prospectives sur les pratiques actuelles et exemplaires en matière de prestation de soins aux détenus présentant des antécédents de traumatismes en milieu correctionnel, ou sur les facteurs de résilience (se reporter à Roy, Carli et Sarchiapone, 2011) et les résultats positifs. Il faut dresser un inventaire des pratiques exemplaires actuelles et des lacunes dans la manière de répondre aux besoins des délinquants présentant des antécédents de

traumatismes – particulièrement parmi les hommes – pour étoffer le corpus de données probantes. La sensibilisation continue de l'ensemble du personnel à l'existence de traumatismes et la prise en considération d'autres explications aux comportements d'automutilation demeurent des principes vastement acceptés des soins tenant compte des traumatismes (et, plus généralement, de bonnes pratiques cliniques). Les chercheurs dans le domaine correctionnel, les décideurs et les praticiens continuent d'approfondir les connaissances et de peaufiner les méthodes pour dépister et combler les besoins des délinquants présentant des antécédents de traumatismes. L'évaluation et l'amélioration continues des modèles et des services permettront aux services correctionnels d'optimiser l'adaptation des interventions aux caractéristiques uniques de chaque détenu et de mieux exécuter les mandats qui leur incombent d'assurer la sécurité des établissements et des collectivités ainsi que la réinsertion des délinquants.

Bibliographie

* Articles inclus dans la revue systématique et résumés dans les annexes.

- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K. et Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal*, 186(9), E324–E332. <http://doi.org/10.1503/cmaj.131792>
- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM (5^e éd.)*. Issy-les-Moulineaux, France, Elsevier-Masson : American Psychiatric Association.
- Barrett, E. L., Indig, D., Sunjic, S., Sannibale, C., Sindicich, N., Rosenfeld, J., ... Mills, K. (2015). Treating comorbid substance use and traumatic stress among male prisoners: A pilot study of the acceptability, feasibility, and preliminary efficacy of Seeking Safety. *International Journal of Forensic Mental Health*, 14(1), 45–55. <http://dx.doi.org/10.1080/14999013.2015.1014527>
- BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council. (2013). *Trauma-informed practice guide*. BC Mental Health and Substance Use Planning Council.
- Berliner, L. et Kolko, D. J. (2016). Trauma informed care : A commentary and critique. *Child Maltreatment*, 21(2), 168–172. <http://doi.org/10.1177/1077559516643785>
- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F. W. et Bout, R. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: The influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 9–16. <http://doi.org/10.1023/A:1014323009493>
- Blanchette, K., Flight, J., Verbrugge, P., Gobeil, R. et Taylor, K. (2011). *La thérapie comportementale dialectique offerte aux délinquantes dans les unités de garde en milieu de vie structuré*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Bloom, B. et Owen, B. (2002). *Gender-responsive strategies: Research, practice, and guiding principles for women offenders* (Vol. 4). Washington : U.S. Department of Justice.
- Bradley, R. G. et Follingstad, D. R. (2003). Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 337–340. <http://doi.org/10.1023/A:1024409817437>
- Clark, C. (2002). *Addressing histories of trauma and victimization through treatment* (4^e éd.) (Series on women with mental illness and co-occurring disorders). Delmar, NY : National GAINS Center.
- Cole, K. L., Sarlund-Heinrich, P. et Brown, L. S. (2007). Developing and assessing effectiveness of a time-limited therapy group for incarcerated women survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(2), 97–121. http://doi.org/10.1300/J229v08n02_07
- Corabian, G., Appell, R. et Wormith, J. S. (2013). Female offenders and self-harm: An overview

of prevalence and evidence-based approaches. Consulté le 20 juillet 2016, au <http://www.usask.ca/cfbsjs/research/Completed Projects.php>

- de Vogel, V. et Nicholls, T. L. (2016). Gender matters: An introduction to the special issues on women and girls. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15(1), 1–25. <http://doi.org/10.1080/14999013.2016.1141439>
- Dear, G. E. (2008). Ten years of research into self-harm in the western Australian prison system: Where to next? *Psychiatry, Psychology and Law*, 15(3), 469–481. <http://doi.org/10.1080/13218710802101613>
- Decandia, C., Guarino, K. et Clervil, R. (2014). *Trauma-informed care and trauma-specific services: A comprehensive approach to trauma intervention*. Washington : American Institutes For Research.
- DeHart, D. (2010). Cognitive restructuring through dreams and imagery: Descriptive analysis of a women’s prison-based program. *Journal of Offender Rehabilitation*, 49(1), 23–38. <http://doi.org/10.1080/10509670903435449>
- Dixon-Gordon, K., Harrison, N. et Roesch, R. (2012). Non-suicidal self-injury within offender populations: A systematic review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(1), 33–50. <http://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>
- Donisch, K., Bray, C. et Gewirtz, A. (2016). Child welfare, juvenile justice, mental health, and education providers’ conceptualizations of trauma-informed practice. *Child Maltreatment*, 21(2), 125–134. <http://doi.org/10.1177/1077559516633304>
- Dutton, D. G. et Hart, S. D. (1992). Evidence for long-term, specific effects of childhood abuse and neglect on criminal behavior in men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36(2), 129–137. <http://doi.org/10.1177/0306624X9203600205>
- Elliott, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S. et Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*, 33(4), 461–477. <http://doi.org/10.1002/jcop.20063>
- Elwyn, L. J., Esaki, N. et Smith, C. A. (2015). Safety at a girls secure juvenile justice facility. *Therapeutic Communities*, 36(4), 209–218. <http://doi.org/10.1108/TC-11-2014-0038>
- Emerson, A. M. et Ramaswamy, M. (2015). Theories and assumptions that inform trauma-specific interventions for incarcerated women. *Family & Community Health*, 38(3), 240–51. <http://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000073>
- Esaki, N., Benamati, J., Yanosy, S., Middleton, J. S., Hopson, L. M., Hummer, V. L. et Bloom, S. L. (2013). The Sanctuary Model: Theoretical framework. *Families in Society : The Journal of Contemporary Social Services*, 94(2), 87–95. <http://doi.org/10.1606/1044-3894.4287>
- Fagan, T. J., Cox, J., Helfand, S. J. et Aufderheide, D. (2010). Self-injurious behavior in correctional settings. *Journal of Correctional Health Care*, 16(1), 48–66. <http://doi.org/10.1177/1078345809348212>
- Ford, J. D., Chang, R., Levine, J. et Zhang, W. (2013). Randomized clinical trial comparing affect regulation and supportive group therapies for victimization-related PTSD with incarcerated women. *Behavior Therapy*, 44(2), 262–276.

<http://doi.org/10.1016/j.beth.2012.10.003>

- Godet-Mardirossian, H., Jehel, L. et Falissard, B. (2011). Suicidality in male prisoners: Influence of childhood adversity mediated by dimensions of personality. *Journal of Forensic Sciences*, 56(4), 942–949. <http://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2011.01754.x>
- Harris, M. et Falot, R. D. (2001). Envisioning a trauma-informed service system: A vital paradigm shift. *New Directions for Mental Health Services*, 2001(89), 3–22. <http://doi.org/10.1002/yd.23320018903>
- Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., ... van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 740–750. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30070-0](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30070-0)
- Kimonis, E. R., Skeem, J. L., Edens, J. F., Douglas, K. S., Lilienfeld, S. O. et Poythress, N. G. (2010). Suicidal and criminal behavior among female offenders: The role of abuse and psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 24(5), 581–609.
- King, E. A. (2015). Outcomes of trauma-informed interventions for incarcerated women: A review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, sous presse. <http://doi.org/10.1177/0306624X15603082>
- Klonsky, E. D. et Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 166–170. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.030650>
- Kubiak, S., Kim, W. J., Fedock, G. et Bybee, D. (2012). Assessing short-term outcomes of an intervention for women convicted of violent crimes. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 3(3), 197–212. <http://doi.org/10.5243/jsswr.2012.13>
- Lake, E. S. (1995). Offenders' experiences of violence: A comparison of male and female inmates as victims. *Deviant Behavior*, 16(3), 269–290. <http://doi.org/10.1080/01639625.1995.9968002>
- Leschied, A. W. (2011). *Traitement des détenues souffrant de troubles mentaux : synthèse de la recherche actuelle*. Ottawa, ON : Sécurité publique Canada.
- Liebman, R. E., Burnette, M. L., Raimondi, C., Nichols-Hadeed, C., Merle, P. et Cerulli, C. (2014). Piloting a psycho-social intervention for incarcerated women with trauma histories: Lessons learned and future recommendations. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58(8), 894–913. <http://doi.org/10.1177/0306624X13491073>
- Lynch, S. M., Heath, N. M., Mathews, K. C. et Cepeda, G. J. (2012). Seeking Safety: An intervention for trauma-exposed incarcerated women? *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(1), 88–101. <http://doi.org/10.1080/15299732.2011.608780>
- Mandelli, L., Carli, V., Roy, A., Serretti, A. et Sarchiapone, M. (2011). The influence of childhood trauma on the onset and repetition of suicidal behavior: An investigation in a high risk sample of male prisoners. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 742–747. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.005>
- Martin, M. S., Dorken, S. K., Colman, I., McKenzie, K. et Simpson, A. I. (2014). The incidence and prediction of self-injury among sentenced prisoners. *Revue canadienne de psychiatrie* =

- Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 259–267.
- Martin, M. S., Dykxhoorn, J., Afifi, T. O. et Colman, I. (2016). Child abuse and the prevalence of suicide attempts among those reporting suicide ideation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(11), 1477–1484. <http://doi.org/10.1007/s00127-016-1250-3>
- Martin, M. S., Eljdupovic, G., Mckenzie, K. et Colman, I. (2015). Risk of violence by inmates with childhood trauma and mental health needs. *Law and Human Behavior*, 39(6), 614–623. <http://doi.org/10.1037/lhb0000149>
- Matheson, F. I., Brazil, A., Doherty, S. et Forrester, P. (2015). A call for help: Women offenders' reflections on trauma care. *Women & Criminal Justice*, 25(4), 241–255. <http://doi.org/10.1080/08974454.2014.909760>
- Messina, N., Calhoun, S. et Braithwaite, J. (2014). Trauma-informed treatment decreases PTSD among women offenders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(1), 6–23. <http://doi.org/10.1080/15299732.2013.818609>
- Messina, N. et Grella, C. (2006). Childhood trauma and women's health outcomes in a California prison population. *American Journal of Public Health*, 96(10), 1842–1848. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2005.082016>
- Messina, N., Grella, C. E., Cartier, J. et Torres, S. (2010). A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(2), 97–107. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.09.004>
- Miller, N. A. et Najavits, L. M. (2012). Creating trauma-informed correctional care: A balance of goals and environment. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 1–8. <http://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17246>
- National Resource Centre on Justice Involved Women. (s.d.). Innovator profile : Lynne Bissonnette, Massachusetts Correctional Institution - Framingham. Consulté le 10 mai 2016 au <http://cjinvolwedwomen.org/massachusetts-correctional-institution-at-framingham/>
- Power, J. et Beaudette, J. (2013). *Étude qualitative de l'automutilation dans les centres de traitement*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Power, J. et Beaudette, J. (2014). *Le comportement d'automutilation dans les centres de traitement : corrélations, trajectoires et analyse descriptive*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Power, J., Beaudette, J. et Usher, A. (2012). *Étude qualitative du comportement automutilatoire des délinquants de sexe masculin*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Power, J. et Brown, S. L. (2010). *L'automutilation : analyse documentaire et répercussions sur les services correctionnels*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Power, J. et Usher, A. (2010). *Étude qualitative de l'automutilation chez les femmes incarcérées*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Power, J. et Usher, A. (2011a). *Corrélats de l'automutilation et trajectoires vers ce comportement chez les délinquants sous responsabilité fédérale*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Power, J. et Usher, A. (2011b). *Corrélats de l'automutilation et trajectoires vers ce*

- comportement chez les délinquantes sous responsabilité fédérale*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Power, J. et Usher, A. (2011c). *Comportements d'automutilation chez les femmes purgeant une peine de ressort fédéral : étude de données d'archives*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Roe-Sepowitz, D. E., Bedard, L. E., Pate, K. N. et Hedberg, E. C. (2014). Esuba: A psychoeducation group for incarcerated survivors of abuse. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58(2), 190–208. <http://doi.org/10.1177/0306624X12465410>
- Rotter, M., McQuiston, H. L., Broner, N. et Steinbacher, M. (2005). The impact of the “incarceration culture” on reentry for adults with mental illness: A training and group treatment model. *Psychiatric Services*, 56(3), 265–267. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.56.3.265>
- Roy, A., Carli, V. et Sarchiapone, M. (2011). Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 591–594. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.006>
- Sacks, J. Y., Sacks, S., Mckendrick, K., Banks, S., Schoeneberger, M., Hamilton, Z., ... Shoemaker, J. (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*, 46(3-4), 233–261. <http://doi.org/10.1080/10509670802143680>
- Saxena, P., Messina, N. et Grella, C. E. (2014). Who benefits from gender responsive treatment? Accounting for abuse history on longitudinal outcomes for women in prison. *Criminal Justice and Behavior*, 41(4), 417–432. <http://doi.org/10.1177/0093854813514405>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *Trauma-informed care in behavioral health services* (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57), (HHS Publication No. (SMA) 13-4801). Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Swogger, M. T., You, S., Cashman-Brown, S. et Conner, K. R. (2011). Childhood physical abuse, aggression, and suicide attempts among criminal offenders. *Psychiatry Research*, 185(3), 363–367. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.036>
- Tam, K. et Derkzen, D. (2014). *Exposition aux traumatismes chez les délinquantes : examen de la littérature*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Usher, A., Power, J. et Wilton, G. (2010). *Automutilation en milieu carcéral : évaluation, intervention et prévention*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Valentine, P. V. (2000). Traumatic incident reduction I. *Journal of Offender Rehabilitation*, 31(3-4), 1–15. http://doi.org/10.1300/J076v31n03_01
- Valentine, P. V. et Smith, T. E. (2001). Evaluating traumatic incident reduction therapy with female inmates: A randomized controlled clinical trial. *Research on Social Work Practice*, 11(1), 40–52. <http://doi.org/10.1177/104973150101100103>
- Viitanen, P., Vartiainen, H., Aarnio, J., von Gruenewaldt, V., Lintonen, T., Mattila, A. K., ...

- Joukamaa, M. (2011). Childhood maltreatment and mental disorders among Finnish prisoners. *International Journal of Prisoner Health*, 7(4), 17–25.
<http://doi.org/10.1108/17449201111256871>
- Wallace, B. C., Conner, L. C. et Dass-Brailsford, P. (2011). Integrated trauma treatment in correctional health care and community-based treatment upon reentry. *Journal of Correctional Health Care*, 17(4), 329–343. <http://doi.org/10.1177/1078345811413091>
- Ward, A. et Roe-Sepowitz, D. (2009). Assessing the effectiveness of a trauma-oriented approach to treating prostituted women in a prison and a community exiting program. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(3), 293–312.
<http://doi.org/10.1080/10926770902809837>
- Wolff, N., Frueh, B. C., Shi, J. et Schumann, B. E. (2012). Effectiveness of cognitive-behavioral trauma treatment for incarcerated women with mental illnesses and substance abuse disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(7), 703–710.
<http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.06.001>
- Wolff, N., Huening, J., Shi, J., Frueh, B. C., Hoover, D. R. et McHugo, G. (2015). Implementation and effectiveness of integrated trauma and addiction treatment for incarcerated men. *Journal of Anxiety Disorders*, 30, 66–80.
<http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.10.009>
- Zlotnick, C., Johnson, J. et Najavits, L. M. (2009). Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and PTSD. *Behavior Therapy*, 40(4), 325–336.
<http://doi.org/10.1016/j.beth.2008.09.004>
- Zlotnick, C., Najavits, L. M., Rohsenow, D. J. et Johnson, D. M. (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*, 25(2), 99–105. [http://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00106-5](http://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00106-5)

Annexe A : Résumé des interventions auprès des détenus présentant des antécédents de traumatismes

Outil	Étude	Environnement	Résultats	Forces	Limites
Seeking Safety	(Barrett et coll., 2015; Lynch et coll., 2012; Wolff et coll., 2015, 2012; Zlotnick et coll., 2009, 2003)	Prisons pour femmes et hommes	Diminution des symptômes selon toutes les études, malgré des effets modestes comparativement au groupe témoin.	- L'une des rares interventions mises à l'essai auprès d'hommes et de femmes. - Modification ou adaptation possibles en fonction des contraintes de temps.	- Risque de suicide comme critère d'exclusion dans plusieurs études.
Esuba	(Roe-Sepowitz, Bedard, Pate et Hedberg, 2014; Ward et Roe-Sepowitz, 2009)	Prisons pour femmes et programme résidentiel communautaire	Modeste diminution des symptômes (souvent non statistiquement significative dans les petites études) chez les participantes au programme.	- Efficacité semblable chez les participantes jeunes et plus âgées.	- Aucun groupe témoin dans les études. - Concepteurs du programme mis à contribution dans toutes les études; incertitude quant à la dérive due à la mise en œuvre possible à grande échelle.
M-TREM (Modèle de renforcement de la capacité de rétablissement après un traumatisme chez les hommes)	(Wolff et coll., 2015)	Prison à sécurité maximale pour hommes	Résultats non uniformes selon le type d'analyse menée; indice d'une faible diminution des symptômes.	- L'une des rares interventions mises à l'essai auprès de délinquants masculins dans un établissement à sécurité maximale.	- Une seule étude, excluant les sujets à risque de suicide, psychotiques et ayant des lésions cervicales.
TARGET	(Ford et coll., 2013)	Prison d'État pour femmes	Améliorations des symptômes de TSPT et de traumatismes similaires à celles du groupe témoin de participantes à la thérapie de groupe par manuel.	- Essai clinique aléatoire (ECA). - Comparaison des soins tenant compte des traumatismes à un traitement courant qui pourrait aussi être offert.	- Une seule étude, excluant les sujets à risque de suicide, psychotiques et ayant des lésions cervicales.

Thérapie de groupe (accent sur les aptitudes et les stratégies d'adaptation)	(Bradley et Follingstad, 2003; Ford et coll., 2013)	Prisons pour femmes	Diminutions apparentes des symptômes comparativement aux groupes non traités, peuvent être similaires à celles des programmes tenant compte des traumatismes.	- Peut-être plus efficace ou adaptable que les programmes tenant compte des traumatismes.	- Conditions des thérapies de groupe variables selon les études, compliquant les possibilités de transposabilité. - Très peu d'études, échantillons très peu nombreux, différents groupes comparatifs.
Communauté thérapeutique (CT) sexospécifique	(Kubiak et coll., 2012; Messina et coll., 2010; Sacks et coll., 2008)	Prisons pour femmes (les CT sont dans une aile séparée)	Résultats à long terme un peu meilleurs pour les CT sexospécifiques par rapport aux CT traditionnelles (plusieurs facteurs différents entre les programmes, de sorte qu'il est difficile de discriminer les éléments les plus importants).	- Programmes de traitement intégrés tenant compte de tous les besoins simultanément. - Échantillons parmi les plus nombreux, la plupart utilisant l'ECA.	- Conditions de contrôle dans un contexte de traitement intensif. - Accent surtout sur la toxicomanie et les résultats à long terme plutôt que sur le comportement en établissement.
The Tree (l'arbre)	(Liebman et coll., 2014)	Prison à sécurité moyenne pour femmes	- Aucune donnée sur les résultats à cause de l'attrition ou des abandons.	- Contexte important et analyse des difficultés à mettre en œuvre et à évaluer les soins tenant compte des traumatismes.	- Aucun résultat.
Analyse des rêves/thérapie de groupe	(DeHart, 2010)	Établissement à sécurité maximale pour femmes	Programme jugé utile par les participantes pour la connaissance de soi, les relations avec les autres, la sécurité lors de l'expression des émotions; cotes moins favorables (mais néanmoins positives) sur la capacité du programme à les aider à résoudre leurs problèmes et à fixer des objectifs.		- Aucune donnée sur les résultats (seulement des perceptions concernant l'efficacité du programme). - Aucun groupe témoin.

Réduction d'incidents traumatiques (RIT)	(Valentine et Smith, 2001)	Prison fédérale à sécurité minimale et moyenne pour femmes	Signes de diminution des symptômes chez le groupe traité par rapport aux groupes témoins.	- Intervention brève, incitant les participantes à s'engager dans leur traitement (fortement axée sur la responsabilisation).	- Étude unique, excluant les personnes ayant des besoins en santé mentale (hospitalisation au cours des 3 dernières années pour troubles psychotiques/bipolaires, état dépressif actif exigeant un traitement; état de psychose actif; diagnostic de toxicomanie ou d'alcoolisme, ou victimisation dans les 3 derniers mois), car ces situations aiguës peuvent nuire à l'efficacité du processus de RIT. Non applicable aux comportements d'automutilation chroniques.
--	----------------------------	--	---	---	---

Annexe B : Caractéristiques et forces et limites méthodologiques des études incluses dans l'examen

Outil	Auteurs	Environnement	Résultats	Forces	Limites
Seeking Safety	(Barrett et coll., 2015)	Deux prisons pour hommes en Australie	Diminution similaire des symptômes et des cognitions de TSPT chez les groupes traité et témoin, de la base au suivi; légère hausse de la confiance autodéclarée dans la capacité à résister à d'éventuelles tentations de consommer des substances chez le groupe traité, mais aucun changement chez le groupe témoin.	<ul style="list-style-type: none"> - ECA (toutefois, aucune comparaison des groupes traité et témoin pour vérifier l'efficacité de l'aléation). - Composante qualitative axée sur les points de vue des participants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Étude limitée aux TSPT et aux troubles liés à la toxicomanie; exclusion des sujets présentant des tendances suicidaires récentes ou courantes et des états psychotiques aigus. - Échantillon de 30. - Perte du tiers à la moitié des sujets environ au suivi. - Programme partiel (choix de 8 modules sur 25). Peut être perçu comme une force puisque l'intervention est conçue pour être adaptable et que cela permet la prestation du programme sur 8 semaines, ce qui peut être plus représentatif de l'application possible par le SCC.
Thérapie de groupe (y compris aptitudes TCD et exercices d'écriture); 9 séances de 2,5 heures axées sur les aspects interpersonnels de la victimisation et le	(Bradley et Follingstad, 2003)	Prison à sécurité moyenne pour femmes; antécédents de traumatismes très complexes; toutes des victimes de violence sexuelle durant l'enfance, et 90 % d'agressions à l'âge adulte; 65 % étaient des victimes	Diminution des symptômes de dépression et de traumatismes plus marquée chez le groupe traité que chez le groupe témoin (liste d'attente).	- ECA, groupe témoin sans contact (mais aucune comparaison des groupes traité et témoin pour vérifier l'efficacité de l'aléation).	<ul style="list-style-type: none"> - Taux élevés de refus et d'attrition. Échantillon de 31 (13 dans le groupe traité, 18 dans le groupe témoin en attente); 97 étaient admissibles, et 49 prêtes à participer; 7 ont abandonné le programme et ne sont pas incluses dans l'analyse, de sorte que seul l'effet du traitement sur un petit sous-groupe qui a achevé le programme a été pris en compte.

contrôle des émotions		d'agressions physiques et sexuelles durant l'enfance et à l'âge adulte			- Impossible de déterminer si des critères d'exclusion ont été appliqués.
Mise au point de 16 séances d'intervention de groupe axées sur les traumatismes (psychothérapie)	(Cole, Sarlund-Heinrich et Brown, 2007)	Établissement correctionnel pour femmes	Schéma de mesure incohérent, mais pour la plupart des paramètres, hausse des symptômes chez le groupe témoin, et symptômes stables ou hausse à des degrés divers chez le groupe traité. Pour la plupart des paramètres, hausse des symptômes au niveau de base chez le groupe témoin. Très peu de signes d'effets positifs.	- Bonne illustration du respect des principes des soins tenant compte des traumatismes, notamment la responsabilisation et le caractère volontaire.	- Taux faibles de participation et élevés d'abandon (non quantifiés, mais signalés comme limite au caractère entièrement volontaire de la démarche). - Échantillon très petit (9). - 75 % du groupe traité (3 sur 4), et aucun sujet du groupe témoin ne prenait de médicaments psychiatriques au début de l'étude.
Analyse des rêves/thérapie de groupe	(DeHart, 2010)	Établissement à sécurité maximale pour femmes	Selon les données d'évaluation, programme jugé utile par les participantes – surtout pour la connaissance de soi, les relations avec les autres, la sécurité lors de l'expression des émotions; cotes moins favorables (mais néanmoins positives)	- Méthodes multiples et ventilation des résultats.	- Aucune donnée sur les résultats (seulement des perceptions de l'efficacité du programme). - Aucun groupe témoin.

			sur la capacité du programme à les aider à résoudre leurs problèmes et à fixer des objectifs.		
TARGET (et thérapie de groupe de soutien, TGS)	(Ford et coll., 2013)	Prison d'État pour femmes	Améliorations similaires pour tous les paramètres de TARGET et de TGS (deux interventions manualisées); pour les deux, diminution des symptômes de TSPT et de traumatismes.	- ECA - Comparaison des soins tenant compte des traumatismes au traitement traditionnel.	- Exclusion des femmes ayant de fortes psychopathies, faisant l'objet d'une veille active de suicide, ayant des troubles cognitifs et hospitalisées dans un établissement psychiatrique dans les derniers mois. - Aléation plus ou moins équilibrée relativement au moment du traumatisme (plus d'agressions physiques et sexuelles dans le groupe de TGS, mais plus d'agressions physiques et sexuelles à l'âge adulte dans le groupe TARGET).
Beyond violence (au-delà de la violence)	(Kubiak et coll., 2012)	Communauté thérapeutique en établissement pour femmes toxicomanes	Diminution marquée de la dépression et de l'anxiété, et moyenne des symptômes de TSPT; peu de variation des cotes d'agressivité ou d'hostilité.		- Davantage de règles et d'attentes pour la communauté thérapeutique quant au comportement que dans la population carcérale générale. - Accent sur les auteures d'infractions désignées avec violence. - Aucun groupe témoin.
The Tree	(Liebman et coll., 2014)	Prison à sécurité maximale pour femmes	- Aucune donnée sur les résultats en raison de l'attrition (aucune femme du groupe traité visée par des mesures	- Importance du contexte et analyse des difficultés de mise en œuvre et d'évaluation des soins tenant compte des	- Aucun résultat.

			de suivi, et aucune donnée sur une deuxième série avant-après (pas de groupe témoin).	traumatismes.	
Seeking Safety	(Lynch et coll., 2012)	Prison d'État à sécurité minimale et moyenne pour femmes	Diminution des cotes et des proportions de TSPT, de dépression, de difficultés interpersonnelles et d'adaptation, indiquant un changement sensible.	- Parmi les échantillons les plus nombreux (114). - Taux de refus et d'attrition relativement faibles (~ 30 %), attribuables surtout aux transfèremens.	- Répartition non aléatoire. - Selon les dates anticipées de mise en liberté/transfèremens (avaient moins de temps à purger et, en théorie, purgé plus de temps). - Biais supplémentaires quant à l'efficacité du programme (participantes plus jeunes, moins scolarisées, ou plus de femmes du groupe témoin ayant participé à des programmes de gestion de la colère).
Helping Women Recover et Beyond Trauma	(Messina et coll., 2010)	CT dans une prison d'État pour femmes – comparaison des CT traditionnelles et sexospécifiques	Peu de bénéfiques pour la santé mentale comparativement aux CT ordinaires; effets positifs quant à la fréquentation plus élevée de services communautaires post-traitement et aux récidiives postérieures.	- ECA, groupes bien équilibrés. - Échantillon relativement grand (115).	- Accent sur la toxicomanie, donc moins pertinent pour la présente étude. - CT plus intensive que beaucoup de traitements traditionnels. - Accent sur les résultats dans la collectivité.
Esuba	(Roe-Sepowitz et coll., 2014)	Prisons d'État pour femmes	Diminutions statistiquement significatives sur les 10 sous-échelles d'indice de symptômes de traumatismes et	- Grand échantillon (320). - Plusieurs prisons.	- Aucun groupe témoin. - Échantillonnage volontaire. - Prise en compte seulement des participantes ayant achevé le programme. - Environ 25 % d'attrition pour les

			petites tailles d'effet. Aucune différence de l'efficacité de l'intervention chez les détenues jeunes (de 18 à 24 ans) ou plus âgées (25 ans et +).		mesures de suivi.
Communauté thérapeutique (sexospécifique, avec programme axé sur les traumatismes)	(Sacks et coll., 2008)	Prison pour femmes (jusqu'à sécurité moyenne)	Indices d'améliorations statistiquement significatives des TSPT, des symptômes de dépression et de la détresse psychologique générale, et diminution sensiblement plus marquée des symptômes de dépression et de détresse du groupe ayant participé au programme sexospécifique.	- Grand échantillon (314). - ECA, avec équilibre avéré entre les groupes (mais différences relativement importantes ayant une signification plus statistique que pratique : p. ex. prévalence des TSPT de 52 % chez le groupe témoin contre 37 % chez le groupe traité). - Plan d'analyse de l'intention de traitement (abandons pris en compte dans les analyses).	- Groupe témoin participant à un programme intensif de traitement de la toxicomanie, tandis que la CT est un programme intégré global. Selon les auteurs, le groupe témoin avait accès à d'autres services non liés à la toxicomanie, mais aucun compte rendu sur l'utilisation de ces services. - Essai non lié aux soins tenant compte des traumatismes proprement dits, mais plutôt une comparaison des programmes intégrés par rapport au modèle traditionnel fragmenté. - Aucune analyse des données de suivi incomplètes pour relever les biais potentiels.
Réduction d'incidents traumatiques (RIT)	(Valentine et Smith, 2001)	Prison fédérale à sécurité minimale et moyenne pour femmes	- Écarts statistiquement significatifs avant et après essai; les auteurs décrivent les conclusions comme un signe de la diminution des cotes du groupe traité par rapport aux	- ECA (certains essais liés à l'équilibre entre les groupes en fonction de la signification statistique; signes d'écarts ayant une signification pratique entre les groupes – 17 % des femmes du groupe traité	- Exclusion des personnes présentant des besoins en santé mentale (hospitalisation dans les 3 dernières années pour troubles psychotiques/bipolaires, état dépressif actif exigeant un traitement; état psychotique actif; diagnostic de toxicomanie ou

			symptômes stables du groupe témoin.	contre 35 % des femmes du groupe témoin étaient mariées au moment de l'étude, par exemple).	d'alcoolisme, ou victimisation dans les 3 derniers mois), car ces situations aiguës peuvent nuire à l'efficacité du processus de RIT. Indices de pertes au suivi, mais les chiffres ne sont pas donnés.
Esuba – Femmes aidant d'autres femmes à guérir de leurs traumatismes	(Ward et Roe-Sepowitz, 2009)	Programme communautaire de transition en résidence pour les prostituées et établissement à sécurité moyenne pour femmes	Faible diminution des symptômes de traumatismes répertoriés sur toutes les échelles (plusieurs écarts non statistiquement significatifs) chez les groupes en établissement et dans la collectivité. Recul de la moyenne d'environ 5 % par rapport aux cotes de base.	- Taux d'abandon relativement faible du groupe en établissement (seulement 3 sur 21; attrition plus élevée du groupe dans la collectivité – 8 sur 19).	- Traitement volontaire et non aléatoire. - Aucun groupe témoin (comparaison entre l'offre du programme en établissement et dans la collectivité). - Exclusion de l'analyse des femmes n'ayant pas achevé le programme. - Étude limitée à des prostituées; doute quant à la transposabilité des résultats à d'autres catégories de délinquantes. - Impossible de connaître les autres services offerts aux participantes.
Seeking Safety	(Wolff et coll., 2012)	Délinquantes dans un établissement à niveaux de sécurité multiples	Diminution sensible des symptômes de TSPT et de maladie mentale. Effet similaire dans les différents groupes ethniques et niveaux de scolarité. Satisfaction globale des participantes à l'égard du programme.		- Choix des délinquantes de suivre une thérapie axée sur les traumatismes. - Traitement non terminé par 33 % des participantes, qui sont exclues des analyses. - Aucun groupe témoin. - Effets à long terme du traitement inconnus.
Seeking Safety et	(Wolff et	Établissement à	Selon les analyses de	- ECA (indice d'équilibre,	- Exclusion des délinquants

M-TREM (modèle de responsabilisation et de rétablissement pour hommes)	coll., 2015)	sécurité maximale pour hommes	l'intention de traiter, diminution des symptômes de TSPT et de la détresse générale pour Seeking Safety et M-TREM comparativement au groupe témoin, avec peu de différences entre les interventions. Schéma plus faible chez ceux ayant achevé le traitement, avec peu d'effets sensibles après contrôle des cotes de base. Fort taux de satisfaction des clients.	hormis le taux de service militaire actif supérieur dans le groupe traité). - Compte rendu d'analyses de groupes en intention de traiter et ayant achevé le traitement.	présentant un risque de suicide (veille de suicide dans les trois derniers mois), un état psychotique actif ou des lésions cérébrales organiques. - Taux d'attrition relativement élevé (de 20 à 25 % environ d'abandon du programme) et de refus (environ le tiers pour dépistage, et 15 % pour le traitement après le dépistage).
Seeking Safety	(Zlotnick et coll., 2003)	Programme résidentiel de traitement de la toxicomanie dans l'aile à sécurité minimale d'une prison pour femmes	- Selon les participantes, traitement acceptable et efficace, et établissement d'un lien fort avec le clinicien. - Diminution sensible et soutenue des symptômes de TSPT entre les périodes avant et après le traitement.		- Aucun groupe témoin. - Échantillon petit (17). - Exclusion des femmes présentant un état psychotique actif ou des lésions cérébrales.
Seeking Safety	(Zlotnick et coll., 2009)	Programme résidentiel de traitement de la toxicomanie dans	Diminution générale des symptômes de traumatismes de l'admission à après 3 et	- ECA (observation de l'efficacité de l'aléation à partir d'essais comparatifs non significatifs des	- Essais ouverts. - Échantillon petit (49). - Exclusion des femmes présentant un état psychotique actif ou des

		l'aile à sécurité minimale d'une prison pour femmes	6 mois après la mise en liberté; amélioration pour tous les groupes depuis l'admission et à chaque moment du suivi. Aucune différence sensible à long terme entre les groupes quant aux cotes liées aux traumatismes ou à la détresse générale.	groupes – données non publiées, à l'exception de l'âge (femmes du groupe traité plus âgées de 4 ans en moyenne, ce qui a donné lieu à un contrôle des modèles pour ce paramètre). - Taux relativement faibles d'attrition (~ 10 %) et de refus (~ 10 %). - Adhésion des cliniciens au modèle jugée bonne.	lésions cérébrales.
--	--	---	---	---	---------------------