

Université de Montréal  
C.P. 6128, succursale Centre-Ville  
Montréal (Québec) H3C 3J  
Tél. (514) 343-5708  
Télé. (514) 343-6442  
Courriel : cri-viff@esersoc.umontreal.ca

**cri** Centre **viff**  
de recherche  
interdisciplinaire  
sur la violence familiale  
et la violence faite aux femmes

Université Laval  
Pavillon Charles-de Koninck  
Bureau 0439  
Ste-Foy (Québec) G1K 7P4  
Tél. (418) 656-3286  
Télé. (418) 656-3309  
Courriel : criviff@fss.ulaval.ca

### **Les partenaires**

Association des CLSC et des CHSLD du Québec • Relais-femmes • Université de Montréal • Université Laval

**Gilles RONDEAU**  
**Normand BRODEUR**  
**Raymonde BOISVERT**  
**Annette FORNEY**

**ÉVALUATION DU PROGRAMME INTENSIF  
DE TRAITEMENT POUR CONJOINTS VIOLENTS  
OFFERT PAR L'ORGANISME APRÈS-COUP**

**RECENSION DES ÉCRITS**

**Numéro 25**  
**Collection Études et Analyses**

**Août 2002**

---

**VICTOIRE**  
Violence conjugale :  
Transformer et orienter par  
l'intervention et la recherche

**RÉSŒVI**  
Les réponses sociales  
à la violence envers  
les femmes

**HOMMES**  
Change ment  
Violence

## **Données de catalogage avant publication (Canada)**

Vedette principale au titre :

Évaluation du programme intensif de traitement pour conjoints violents offert par l'organisme Après-Coup : recension des écrits

(Collection Études et analyses ; no 25)  
Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 2-921768-41-0

1. Hommes violents, Services aux – Recensions de livres. 2. Violence entre conjoints – Recensions de livres. 3. Parents abusifs, Services aux – Recensions de livres. 4. Toxicomanes, Services aux – Recensions de livres. I. Rondeau, Gilles. II. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes. III. Collection : Collection Études et analyses (Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes) ; no 25.

Z5703.4.F35E92 2002

016.3628292

C2002-941621-3

Cette recension a été possible grâce à une subvention de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

**Évaluation du programme intensif de traitement pour conjoints violents  
offert par l'organisme Après-Coup**

**Recension des écrits**

**Directeur de recherche : Gilles Rondeau, Ph.D.**

**Codirecteur de recherche : Normand Brodeur, M.Sc.**

**Agente de recherche : Raymonde Boisvert, Ph.D.**

**Auxiliaire de recherche : Annette Forney, Étudiante à la Maîtrise**

**Merci à François Beaudet pour sa participation à la première étape de la recension.**



# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
Contexte de la recension .....	3
Brève présentation du programme intensif.....	4
Critères d'admission .....	5
Le séjour en milieu fermé .....	5
Objectifs de la recension.....	6
Méthode de recension .....	6
Méthode d'analyse des textes répertoriés.....	7
<b>CHAPITRE 1 - PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES.....</b>	<b>9</b>
1.1 - Programmes destinés aux conjoints violents.....	11
1.1.1 - Approches et méthodes de traitement.....	11
1.1.1.1 - Le modèle proféministe .....	11
1.1.1.2 - Le modèle cognitivo-comportemental.....	13
1.1.1.3 - Le modèle d'entraide.....	14
1.1.1.4 - L'éclectisme.....	15
1.1.1.5 - L'importance des différents modèles .....	15
1.1.1.6 - Analyse .....	16
1.1.2 - L'évaluation des programmes .....	17
1.2 - Programmes destinés à d'autres clientèles .....	21
1.2.1 - Programmes en toxicomanie - alcoolisme.....	21
1.2.1.1 - Approches et méthodes de traitement principales.....	21
1.2.1.2 - Les communautés thérapeutiques .....	22
1.2.1.3 - Composantes des communautés thérapeutiques .....	23
1.2.1.4 - Évaluation et comparaison de programmes .....	24
1.2.2 - Thérapie pour clientèle d'adolescents délinquants.....	28
1.2.3 - Traitement intensif offert à des familles auteures de mauvais traitements .....	29
1.3 - Synthèse et conclusion.....	30

<b>CHAPITRE 2 - PROGRAMMES EN MILIEU CARCÉRAL.....</b>	<b>33</b>
2.1 - Programmes destinés aux conjoints violents .....	35
2.1.1 - L'approche clinique.....	36
2.1.2 - Modalités du programme.....	37
2.2 - Programmes destinés aux hommes violents incarcérés .....	38
2.2.1 - Évaluation des programmes destinés à combattre la violence .....	38
2.2.1.1 - Le Programme de prévention de la violence .....	39
2.2.1.2 - Principes théoriques.....	39
2.2.1.3 - Fonctionnement du programme de prévention de la violence.....	40
2.2.1.4 - Résultats .....	41
2.3 - Les programmes intensifs en milieu carcéral pour d'autres clientèles .....	43
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>47</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>53</b>

# INTRODUCTION



## **Contexte de la recension**

Longtemps demeuré dans l'ombre à cause de son caractère privé, le phénomène de la violence conjugale est maintenant reconnu comme un problème social qu'il faut contrer. Cette prise de conscience s'est amorcée, au début des années 70, sous la pression de nombreux regroupements qui venaient en aide aux femmes victimes de violence et principalement suite aux pressions des féministes. Par leur travail et leurs efforts, ces mouvements ont amené les gouvernements à se pencher sur la question de la violence conjugale et familiale. Différentes politiques ont ainsi été mises de l'avant. De plus, des stratégies d'intervention et de prévention s'inscrivant en continuité et en complémentarité avec les services d'aide aux femmes qui subissent la violence conjugale ont été proposées. Parmi celles-ci, il faut noter la mise en place de programmes visant à aider les agresseurs à modifier leurs comportements. Ainsi, depuis un peu plus d'une vingtaine d'années, on assiste à la mise sur pied de programmes de traitement pour les conjoints aux comportements violents. Avant les années 1980, aucun de ces programmes pour hommes n'existait au Québec (Rondeau, 1989), alors qu'actuellement, on en dénombre plus de 25 dans cette seule province.

Les organismes qui offrent des programmes de traitement pour les hommes violents ont pour mission de faire cesser la violence, de prévenir les comportements violents, de responsabiliser l'homme aux prises avec ces difficultés et de l'accompagner dans un processus de changement. En général, ce sont des organismes communautaires spécialisés qui interviennent auprès des hommes présentant des comportements violents. Ces organismes privilégient les interventions de groupe au rythme d'une ou deux rencontres hebdomadaires. Parallèlement à l'aide offerte, ces organismes communautaires répondent, ou tentent de répondre, à des besoins de protection et de sécurité des femmes. Par rapport à l'ampleur des besoins, on doit reconnaître que peu d'hommes recourent aux services d'aide spécialisés qui sont offerts. Ceci s'explique entre autres par le fait que c'est lorsqu'ils ont des problèmes sérieux avec la justice, que leur conjointe menace de les quitter (Good, Delle et Mint, 1989)

ou lorsqu'ils sont en crise (Dulac, 1997) que les hommes vont se résoudre à demander de l'aide.

Depuis l'implantation des premiers programmes, l'intervention auprès des conjoints violents s'est raffinée et s'est adaptée à des clientèles spécifiques (Rondeau; Brochu et Lemire 1994). En effet, les hommes qui exercent des comportements violents peuvent différer sur maints aspects. Leur profil psychologique, leur niveau de préparation au changement, l'historique de leur violence, de même que leurs circonstances de vie varient considérablement. Les chercheurs et les intervenants s'intéressent dorénavant au développement d'interventions différenciées permettant de mieux répondre aux besoins particuliers de certains groupes d'hommes.

### **Brève présentation du programme intensif**

L'organisme Après-Coup, qui œuvre sur le territoire de la Montérégie, a développé depuis 1994 un programme intensif de traitement destiné à des hommes qui vivent des situations de crise aiguë, qui ont des comportements de violence plus marqués ou qui expriment le désir de recevoir des services d'aide à une fréquence plus élevée que celle offerte dans les programmes habituels de thérapie. Ce programme s'ajoute aux autres services de l'organisme qui visent à contrer la violence chez les hommes, les femmes, les adolescents et les adolescentes. À notre connaissance, ce programme intensif offert dans la communauté est unique. En se basant sur les données recueillies lors d'une évaluation effectuée par Rondeau, Brodeur et Boisvert (2002), voici une brève présentation de ce programme offert aux conjoints violents par Après-Coup.

Le programme intensif de traitement pour conjoints violents offert par Après-Coup comporte deux phases. Au cours de la première phase, les participants sont hébergés en résidence pendant 26 jours. Cette phase intensive de thérapie vise à mieux répondre aux besoins particuliers des conjoints aux comportements violents qui sont en situation de crise aiguë. Ce terme inclut entre autres la rupture de l'union, la crainte de perdre la conjointe et ou les enfants, la dénonciation à la police, un comportement très agressif, des menaces, des idées

suicidaires et/ou homicides, etc.. Au cours de la seconde phase, les hommes participent hebdomadairement à une thérapie externe durant 25 semaines. Le programme complet est ouvert aux hommes adultes provenant de toutes les régions du Québec.

### ***Critères d'admission***

Pour être admis au programme intensif de thérapie, les hommes qui ont un problème de violence marqué ou qui sont en état de crise doivent être volontaires, reconnaître, du moins en partie, la responsabilité de leur violence et faire montre d'une certaine motivation à changer leurs attitudes et comportements.

### ***Le séjour en milieu fermé***

Afin de permettre aux hommes de surmonter la crise qu'ils vivent, de leur offrir des conditions propices à la réflexion, de faciliter le retour sur eux-mêmes et de les placer dans les conditions les plus avantageuses pour profiter de la thérapie, les participants sont totalement séparés de leur famille et du reste de la société pendant les 26 jours que dure la phase un. Ils vivent à plein temps à la ressource durant cette période. L'idée centrale est celle de la communauté thérapeutique. Celle-ci comporte l'obligation pour tous de respecter les règles de l'établissement, de travailler ensemble et de respecter le caractère confidentiel des informations. Toutes les interventions sont fondées sur le respect et tous les participants doivent obligatoirement faire montre d'un tel respect envers les intervenants, le personnel de l'organisme et les autres participants.

Pendant toute la durée de leur séjour, les hommes sont requis de prendre part à la vie commune. Ils doivent préparer leurs repas, tenir les lieux propres, entretenir leurs vêtements, etc.. Les activités se font en équipe et tous les hommes inscrits au programme sont tenus de collaborer. Ceux qui refusent de s'impliquer sont confrontés à leur refus. Les horaires du régime de vie en groupe sont rigides et stricts.

Les hommes qui s'engagent dans cette démarche de 26 jours reçoivent des services de thérapie de groupe avec les autres participants l'avant-midi, ont des exercices de réflexion

l'après-midi et ont une seconde séance de thérapie de groupe en soirée. Chaque séance de thérapie dure deux heures.

Tout en favorisant la réflexion des hommes à propos de leurs comportements, la phase intensive du programme soustrait ces derniers à leur milieu pendant près d'un mois, ce qui réduit le degré de danger qui pèse à court terme sur la conjointe et les enfants. Cette approche contraste avec la façon de faire habituelle dans les situations de violence conjugale sévère où ce sont généralement la conjointe et les enfants qui doivent quitter le domicile et chercher refuge à l'extérieur. L'hébergement de l'homme réduit donc les coûts et les conséquences que la violence engendre pour les victimes.

À la fin du séjour intensif, les hommes sont invités à poursuivre leur cheminement en s'intégrant au programme régulier offert dans la communauté aux conjoints violents, à raison d'une rencontre hebdomadaire de deux heures, durant 25 semaines consécutives.

### **Objectifs de la recension**

L'équipe de recherche avait le mandat de situer le programme intensif de traitement par rapport à d'autres expériences de thérapie par le milieu. Afin de synthétiser les connaissances sur le sujet, elle devait procéder à une recension des écrits portant sur le traitement intensif des conjoints violents et, plus précisément, sur les programmes de thérapie par le milieu offerts dans la communauté et en milieu correctionnel. Une attention particulière a été accordée aux expériences en milieux communautaires et résidentiels et aux communautés thérapeutiques. Quelques écrits traitant des programmes en milieux correctionnels ont aussi été examinés.

### **Méthode de recension**

La recension a été orientée de façon à repérer tous les textes relatifs à des programmes intensifs de traitement qui permettraient d'apporter des éléments de comparaison avec le programme offert par l'organisme Après-Coup. Les bases de données informatisées disponibles en sciences sociales et susceptibles de contenir les références recherchées ont été

fouillées. Les chercheurs ont ainsi interrogé les bases de données suivantes : Psychinfo, Psychlitt (Psychology literature), NCJRS (National Criminal Justice Reference Service), Francis, Repères (périodiques de langue française), Dissertations Abstracts, DocThèses (thèses de doctorat), Familia, Health and psychosocial instruments, Medline, Current Contents, SWAB (Social Work Abstracts), Sociological Abstracts, Social Sciences index et Family Violence Abstracts.

La stratégie de recherche et de consultation visait centralement à recenser les textes présentant les résultats d'évaluation de programmes intensifs de traitement pour conjoints violents, depuis les années 1980 jusqu'à aujourd'hui. Plusieurs mots clés relatifs aux programmes de traitement pour conjoints violents ont été utilisés, seuls ou en combinaison avec d'autres. Voici quelques exemples de mots clés complets ou tronqués qui ont été employés dans cette interrogation : batter\*, violent\*, therap\*, conjoint, program\*, residen\*, intervent\*, drug, domestic, communauté, workshop, treatment et plusieurs autres. Pris séparément ou combinés à d'autres, les mots clés produisaient généralement de nombreuses références. Toutefois, lorsqu'ils étaient joints au terme « intensif », tronqué ou pas, généralement aucune correspondance ne ressortait. Après une recherche minutieuse dans plusieurs bases de données, aucun écrit scientifique portant spécifiquement sur les programmes intensifs de traitement pour conjoints violents n'a été identifié. Il a fallu se rendre à l'évidence qu'il n'existait pas de programmes identiques à celui offert par l'organisme Après-Coup ou, s'ils existaient, ils n'avaient pas fait l'objet d'une évaluation susceptible d'être portée à la connaissance des chercheurs.

### **Méthode d'analyse des textes répertoriés**

Après discussion au sein de l'équipe, la décision a été prise d'incorporer les textes pertinents à la modification des comportements en milieu communautaire et résidentiel relativement aux comportements violents, alcooliques ou toxicomanes de même que les écrits portant sur les communautés thérapeutiques.

La taille de la recension a varié en cours de route. Au départ, plusieurs des résumés repérés permettaient de supposer un contenu relativement proche du thème à l'étude. Après une première vérification, certains textes sont apparus non pertinents et ont dû être éliminés parce que ciblant plutôt des clientèles d'adolescents en traitement pour d'autres problèmes. Certains autres documents, qui avaient semblé pertinents au départ, se sont avérés extrêmement difficiles sinon impossibles à obtenir étant donné leur circulation restreinte.

En fin de compte, une fois les premières sélections faites, plusieurs textes (articles, volumes et thèses) sont apparus plus ou moins directement reliés au thème de la recension. Les documents sélectionnés ont été regroupés par catégories et retenus selon leur pertinence. Les cinq regroupements catégoriels sont :

- Violence conjugale et programmes résidentiels
- Programme intensif et abus d'alcool et de drogues
- Programme intensif et familles maltraitantes
- Programme intensif et jeunes contrevenants
- Programme intensif et prison (résidentiel)

Lors de la lecture, certains de ces documents sont finalement apparus peu ou pas pertinents et ont ainsi été rejetés. Finalement, 35 textes ont été retenus pour la recension. Ils ont été classés, lus, annotés et résumés.

La partie qui suit présente le matériel sous un angle descriptif et expose les résultats obtenus dans les programmes de traitement les plus appropriés.

# **CHAPITRE 1**

## **PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES**



Au départ, dans le domaine de la violence conjugale, les services étaient orientés exclusivement vers les femmes victimes. Il s'agissait principalement de maisons d'hébergement, de lignes de crise et de thérapies individuelles et de groupe (Gelles, 1980). Les programmes de groupe visaient fondamentalement à promouvoir le droit des femmes à l'autonomie, à la liberté de choix, leur libération de l'abus et leur développement personnel. Les objectifs étaient de protéger les femmes victimes de violence et d'explorer les alternatives pour se défaire de la relation abusive (Pizzey, 1974; Dobash et Dobash, 1979, cités dans Finn, 1985).

Toutefois, plusieurs femmes refusaient de quitter leur conjoint ou décidaient de retourner auprès de celui-ci après une courte séparation. D'autres voies ont alors été explorées afin de lutter contre la violence conjugale. C'est dans ce contexte que les services destinés aux hommes ont vu le jour. Le premier programme spécialement destiné aux conjoints violents a été créé en 1977 (Finn, 1985). Depuis, ces services se sont multipliés. Au Québec, on compte actuellement plus de 25 organismes qui dispensent des programmes d'aide aux conjoints violents.

## **1.1 - Programmes destinés aux conjoints violents**

### ***1.1.1 - Approches et méthodes de traitement***

Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux approches et méthodes de traitement privilégiées dans le cadre des programmes destinés à combattre la violence conjugale. Leurs études permettent de distinguer les principales sources théoriques qui alimentent les programmes d'intervention auprès des hommes violents.

#### ***1.1.1.1 - Le modèle proféministe***

Le modèle proféministe se caractérise par une intervention portant sur l'exercice abusif du pouvoir et du contrôle par l'homme (Hamby, 1988). Le modèle préconise la confrontation

des attitudes sexistes et des rôles sexuels stéréotypés (Lemire, Rondeau, Brochu, Schneeberger et Brodeur, 1996). La violence, quelle que soit sa forme, est vue comme un moyen intentionnel de maintenir le contrôle dans la relation et l'homme violent est considéré totalement responsable de ses comportements violents (Hamby, 1988). L'exercice de la violence est considéré non pas comme une perte de contrôle mais comme un moyen de contrôle. Ce sont donc les comportements contrôlants et les rapports de pouvoir qui constituent l'axe fondamental de l'intervention thérapeutique (Rondeau, 1989)

Le modèle proféministe considère le recours des hommes à la violence conjugale comme une pathologie sociale plutôt qu'individuelle. Il permet aux hommes de maintenir les avantages et les privilèges dont ils jouissent au détriment des femmes. La violence est instrumentale et pleinement fonctionnelle au sein d'une société patriarcale. Elle ne découle pas d'un quelconque déficit chez l'individu qui y a recours, mais bien d'un ensemble de valeurs sexistes qui la légitiment. Dans cette perspective, les hommes doivent être rééduqués plutôt que « guéris » d'une pathologie individuelle. Le travail de rééducation consiste à changer leurs perceptions et à promouvoir l'acceptation de nouvelles valeurs, connaissances et conduites.

Ce travail ne se fait pas sans résistances. Ainsi, par exemple, Wood, Goldberg et Middleman (1992) ont observé que les hommes passent par quatre phases différentes au cours de leur cheminement. La première phase est celle du "Oui-Mais". Il s'agit d'une période où l'hostilité et l'auto-justification dominent. La seconde nommée de "Peut-être", est celle pendant laquelle les membres commencent à considérer leurs propres comportements et à jauger les conséquences de leurs actes. La troisième phase correspond au "J'aimerais". C'est une phase où les hommes prennent la responsabilité de leurs agissements violents et font l'essai de nouveaux comportements non coercitifs. Pendant la dernière phase appelée "Je fais", les comportements non violents prennent le dessus.

Le passage d'une phase à l'autre s'effectue grâce au soutien mutuel que les membres du groupe se donnent dans le développement de nouveaux modes de relations entre hommes et femmes. Une telle approche de rééducation met l'accent sur le groupe lui-même comme

élément clé de la dynamique de changement. Ceci oblige de fonctionner en petits groupes composés de cinq à huit membres au plus. Selon Wood *et al.*, il est préférable que le petit groupe soit « fermé »<sup>1</sup> afin qu'une meilleure cohésion se développe. Il faut en effet que les hommes partagent une même expérience pendant une période de temps identique sans que le déroulement ne soit perturbé par l'arrivée d'un nouveau participant. Pour certains, il est préférable que le ou les intervenants soient de sexe masculin plutôt que de former une équipe de co-intervention mixte. Enfin, certains auteurs proféministes sont d'avis que le groupe ne devrait pas être limité dans le temps. En fait, chaque groupe devrait, selon eux, devenir un groupe d'entraide permanent et se réunir régulièrement durant des années (Wood *et al.*, 1992).

### *1.1.1.2 - Le modèle cognitivo-comportemental*

Le postulat de base du modèle cognitivo-comportemental est que tout comportement social, ce qui inclut la violence, est essentiellement un comportement appris. Conséquemment, il est possible de désapprendre cet apprentissage et de le remplacer par un comportement socialement plus acceptable (Rondeau, 1989; Lemire *et al.*, 1996).

Le modèle cognitivo-comportemental cible en priorité la colère, non seulement parce qu'elle compose et détermine la violence conjugale mais aussi parce qu'elle précède et motive l'agression (Rosenbaum et Maiuro, 1989).

En effet, selon cette approche, les individus violents ont de la difficulté à gérer leur colère amenant ainsi à une escalade de la violence durant les confrontations. Des techniques pour aider les hommes à maîtriser leur colère et à développer de nouvelles habiletés ont été mises au point. Parmi ces techniques, on relève les lectures dirigées, les jeux de rôle, les exercices et méthodes de contrôle de la colère et enfin, la relaxation. Par exemple, on enseignera aux hommes à identifier les indices leur signalant que l'agression est imminente et à utiliser le

---

<sup>1</sup> Un groupe est dit « fermé » lorsqu'après avoir été constitué d'un nombre de membres au départ, il n'admet aucun nouveau membre jusqu'à la fin de la séquence prévue. Les membres qui quittent ne sont pas remplacés. À l'opposé, un groupe est dit « ouvert » lorsqu'il admet de façon continue des nouveaux membres jusqu'à avoir atteint son quota maximum. La boucle est infinie et ne comporte pas de points de départ et de terminaison pour le groupe. Les membres entrent et font le nombre prévu de semaines après quoi ils quittent le programme.

« *time-out* », une technique qui consiste à quitter les lieux afin de désamorcer la situation en promettant de revenir plus tard pour terminer la discussion interrompue (Rosenbaum, 1986 ; Rondeau, 1989).

Une fois cet objectif de contrôle de la colère atteint, l'intervention porte sur l'apprentissage de nouveaux modes de résolution de conflits. Les objectifs de la thérapie sont d'améliorer l'ajustement personnel des hommes et d'accroître la qualité de leurs relations interpersonnelles et conjugales (Waldo, 1987). L'atteinte de ces objectifs nécessite l'enseignement d'habiletés spécifiques telles que l'expression non-violente de ses émotions et la négociation. Elle comporte aussi l'apprentissage de nouveaux rôles (Rondeau, 1989). Le modèle cognitivo-comportemental considère en effet que les hommes aux comportements violents ont fortement tendance à adhérer à des rôles différenciés selon les sexes, ce qui se traduit par des attitudes rigides quant à l'exercice des rôles masculins et féminins. Des techniques de restructuration cognitive sont proposées afin d'aider les hommes à modifier les attentes stéréotypées qu'ils ont développées au cours de leur socialisation.

### *1.1.1.3 - Le modèle d'entraide*

Le modèle d'entraide mise davantage sur l'éveil de la conscience et le soutien plutôt que sur un modèle comportemental. Au niveau de l'intervention, l'accent est mis sur le groupe lui-même comme moyen pour soutenir et confronter l'homme afin de l'amener à restructurer ses attitudes et ses comportements.

Les groupes d'entraide sont des groupes non-structurés, c'est-à-dire qu'ils n'ont ni agenda préétabli, ni programme, ni intervenant professionnel responsable. Ici, ce sont les membres du groupe qui décident des sujets discutés, avec le soutien d'un ex-conjoint violent qui, grâce à un groupe d'entraide, est devenu non-violent. Fréquemment, un thérapeute professionnel est associé au groupe, mais il doit occuper une place secondaire. Les groupes sont ouverts et offrent un appui mutuel ainsi que le partage des histoires personnelles (Edleson et Syers, 1990).

Le modèle d'entraide est très répandu en Amérique du Nord. L'exemple le plus connu est celui des Alcooliques Anonymes (A.A.). Appliqué aux conjoints violents, généralement, ce type de groupe est offert en post-programme (*aftercare program*), c'est-à-dire une fois que l'homme a déjà complété un traitement plus structuré.

#### *1.1.1.4 - L'éclectisme*

Plusieurs programmes destinés aux conjoints qui ont des comportements violents sont de type éclectique en ce sens qu'ils adoptent des éléments de plusieurs approches. L'exemple le plus fréquent est la perspective psycho-éducative qui combine les modèles proféministe et cognitivo-comportemental. Dans cette combinaison d'approches, le contenu de la thérapie est inspiré des analyses féministes de la violence conjugale, alors que les méthodes d'intervention sont empruntées au modèle cognitivo-comportemental.

#### *1.1.1.5 - L'importance des différents modèles*

Gondolf (1990), rapporte que la moitié des programmes d'aide américains adoptent une perspective éclectique, alors qu'un quart des programmes sont d'orientation exclusivement cognitivo-comportementale et qu'un cinquième sont proféministes. D'autres modèles existent, mais ils sont employés dans un petit nombre de programmes. Les modèles qui dominent le champ de l'intervention auprès des conjoints aux comportements violents aux États-Unis sont fréquemment utilisés au Québec. Dans un sondage effectué auprès de 43 intervenants travaillant dans des programmes d'aide québécois, Rondeau, Lindsay, Beaudoin et Brodeur (1997) ont trouvé que 25,7 % des répondants s'inspiraient de l'approche féministe. Les approches cognitivo-comportementale (10,0 %), psycho-éducative (7,1 %) et éclectique (21,4 %) ont aussi été mentionnées fréquemment. Les données du sondage suggèrent toutefois que les intervenants québécois réfèrent à des approches plus diversifiées que celles identifiées dans la littérature américaine. En effet, les répondants ont aussi dit s'inspirer d'une approche humaniste (15,7 %), systémique (10,0 %) analytique (5,7 %), émotive-rationnelle (2,9 %) ou psychodynamique (1,4 %) lors de leurs interventions.

### 1.1.1.6 – Analyse

Les programmes pour hommes violents sont multiples et diffèrent beaucoup quant à la méthode de traitement. Ils varient également selon leur structure organisationnelle, leur lien avec le système judiciaire et la taille des groupes de traitement offerts. Les principaux débats sur leur efficacité ont trait à la durée des programmes, leur intensité, le nombre de séances nécessaires pour réaliser les changements minimaux souhaités. Ces débats portent aussi sur les bases thérapeutiques sur lesquelles le processus de traitement s'appuie. Un autre élément de débat concerne les composantes structurelles des groupes. On observe à cet égard des variations marquées entre, d'un côté des programmes très structurés et à contenu développé tels les programmes psycho-éducatifs et de l'autre côté, des programmes ne comportant pratiquement aucune structure tels les groupes d'entraide ou exclusivement centrés sur le processus (Edleson et Syers, 1990). En fait, la plupart des programmes offerts se situent entre ces deux extrêmes (Rosenbaum, 1986; Saunders, 1984). Quant aux nombres de séances, les extrêmes se situent entre le long terme où certains préconisent un traitement d'un à cinq ans (Ewing, Lindsey et Pomerantz, 1984, cités dans Edleson et Syers, 1990) et le très court terme. (Feazell *et al.*, 1984).

Pratiquement tous les programmes se rejoignent quant au premier objectif déclaré, à savoir la cessation de la violence physique. Si les programmes sont similaires quant à leur philosophie, ils diffèrent davantage au niveau de la structure du groupe. Ainsi, le nombre de sessions hebdomadaires pour un programme de base peut varier entre six et vingt-cinq semaines. Le nombre de membres par groupe oscille entre six et quinze personnes bien que dans 75 % des programmes le nombre de participants se situe entre huit et dix hommes. Certains acceptent que de nouveaux membres s'ajoutent en tout temps (groupes ouverts), alors que d'autres demeurent fermés.

Plus récemment, une tendance se dessine vers le fait de ne plus considérer les programmes d'intervention comme des éléments indépendants (Hart, 1990). Ceux-ci constituent plutôt un des nombreux éléments mis en place dans un ensemble de services. Ils sont alors définis

comme étant en lien avec les services dispensés par la Cour et les maisons d'hébergement. Parfois même ces programmes communautaires peuvent s'associer aux systèmes de santé et d'éducation, aux employeurs, au clergé, aux médias, aux services sociaux ou à tout autre service s'adressant aux hommes ou aux victimes ou en mesure d'influencer le public relativement à la violence (Jackson et Garvin, 1995). Ces modes de traitement conjugués étant assez récents en violence, aucune évaluation formelle n'a été recensée à ce jour.

### **1.1.2 - L'évaluation des programmes**

Les premières évaluations de programmes de traitement sont relativement récentes puisqu'elles remontent à la première moitié des années 1980 (Lemire *et al.*, 1996). L'efficacité des programmes est évaluée, en général, selon deux types de résultats. Le premier type s'intéresse à l'efficacité opérationnelle. On mesure alors le taux de participation au traitement, la durée d'exposition, l'intégralité des services dispensés, etc.. Le second type fait référence aux objectifs de traitement poursuivis. On prend en compte l'atteinte des objectifs fixés de même que le taux de récidive. L'objectif principal des programmes est de réduire ou d'éliminer la violence physique. Les études signalent d'ailleurs que la diminution de la violence physique est réelle chez les hommes qui complètent les programmes de traitement et qu'ils ont aussi réalisé des gains au plan de la communication et de l'expression non violente (Lemire *et al.*, 1996). Certains programmes visent également à réduire les autres formes de violence plus subtiles, telles la violence psychologique, mais sur ce plan, ils obtiennent moins de succès (Ouellet, Lindsay et St-Jacques, 1993). C'est sur ces différents aspects que les évaluations résumées ont porté.

Ceci étant dit, il importe de souligner que les hommes violents font partie d'une clientèle qui peut être considérée comme difficile à atteindre. Parmi les caractéristiques de ce type de clientèle, on note la tendance à ne pas demander de services de traitement, la propension à ne pas se sentir responsables des problèmes qui les confrontent. Une fois admis dans un programme, ces clients ont de la difficulté à s'engager (Breton, 1985). Entre autres, les conjoints violents ont facilement tendance à porter le blâme sur les autres pour leurs

agissements violents. Ils ne voient pas clairement la sévérité de leur problème et questionnent même l'existence de celui-ci. Plusieurs éprouvent de la méfiance à l'égard des gens en général et doutent de l'efficacité des services qui leur sont destinés (Saunders, 1982, cités dans Breton, 1985). L'abandon du processus thérapeutique est aussi un problème majeur auquel la plupart des programmes sont confrontés (Rondeau, Brochu, Lemire et Brodeur, 1999).

Certains auteurs, notamment Hartford (1980) et Breton (1985), sont d'avis que les traitements de groupe offerts à ce type de clientèle s'avèreraient plus efficaces s'ils étaient précédés d'une phase de préparation visant à développer la cohésion du groupe. Dans cette optique, Brekke (1989) s'est intéressé à un groupe d'orientation visant à préparer les hommes à entrer ultérieurement dans un traitement de groupe de type cognitivo-comportemental. Ce groupe dit d'orientation est un groupe ouvert et tous les genres de clientèles, qu'elles soient volontaires ou pas, sont admis aux six sessions hebdomadaires de deux heures. Les objectifs sont de construire une cohésion de groupe, d'enseigner des techniques de non-violence telles que le "*time-out*", d'offrir un environnement sans jugement dans lequel les hommes peuvent s'exprimer librement et être confrontés et éduqués et enfin, donner aux clients une introduction sur les modalités de traitement qui seront utilisées dans le programme.

L'étude de cette expérience révèle tout d'abord qu'un quart des participants avaient abandonné avant la fin et qu'un homme avait même été exclu du groupe. L'évaluation a donc porté sur six individus ayant complété ce pré-traitement. En ce qui concerne la cohésion du groupe (mesurée par un instrument), elle était significativement plus forte pour les hommes qui avaient suivi la totalité des séances. Le taux de satisfaction des clients était élevé. L'auteur conclut que le pré-groupe semble avoir atteint ses objectifs, mais mentionne que les résultats sont tout de même très limités. À nouveau, la taille de l'échantillon et les critères d'efficacité étaient restreints. Selon le chercheur, une évaluation plus rigoureuse serait nécessaire.

Dans la même lignée et dans le but d'identifier les facteurs susceptibles de réduire le taux d'abandon des conjoints violents inscrits dans les programmes réguliers, Tolman et Bhosley (1990) ont évalué deux types de préparation pré-groupe. En effet, l'importance des taux

d'abandon suggère la nécessité de développer des stratégies à cet égard (Eddy et Myers, 1984, cités dans Tolman et Bhosley, 1990).

Tolman et Bhosley ont ainsi comparé l'efficacité d'un groupe d'orientation, similaire à celui présenté ci-dessus (voir Brekke, 1989), à un groupe de type atelier intensif (workshop) qui avait été développé en 1984 par Deschner et O'Neil<sup>2</sup>. Ce dernier groupe prenait la forme d'un atelier dispensé sur une journée de huit heures et était destiné à réduire les taux d'abandon lors du traitement régulier. Une recherche antérieure portant sur ce type d'atelier intensif avait indiqué que 80 % des hommes ayant suivi l'atelier complétaient au moins quatre séances du programme régulier subséquent par rapport à 57 % du groupe contrôle. L'augmentation du taux de succès lié à l'atelier était statistiquement significatif. Par contre, un élément limitatif majeur de cette recherche était que la population à l'étude incluait des conjoints violents ainsi que des victimes, ce qui créait un contexte totalement différent des autres expériences. De même, les résultats ne spécifiaient pas si c'étaient les conjoints violents ou les femmes victimes qui persévéraient dans le traitement.

Pour les besoins de leur recherche portant sur ces expériences de pré-groupe, Tolman et Bhosley (1990) ont donc modifié la formule de type atelier. L'atelier nouveau genre accueillait ainsi exclusivement des conjoints violents et s'étalait sur deux jours plutôt que sur une journée de huit heures. Il débutait par une première phase de trois heures et demie en soirée et se poursuivait le lendemain toute la journée (huit heures et demie). Il s'agissait d'atelier conçu de manière très structurée et favorisant les interactions entre tous les membres. Les clients ont été répartis aléatoirement entre les deux programmes (n=112), soit le pré-groupe d'orientation et l'atelier intensif. Les résultats ont montré que 81,8 % des participants au groupe d'orientation hebdomadaire s'étaient engagés ultérieurement dans un programme alors que 89,7 % de ceux qui avaient suivi l'atelier intensif avaient agi de même. La différence n'était pas significative. En ce qui concerne le taux de poursuite dans le traitement qui a suivi, une nette tendance en faveur des ateliers intensifs est ressortie. Ainsi, les hommes du groupe intensif ont été plus nombreux que ceux du groupe d'orientation

---

<sup>2</sup> Voir à ce sujet Deschner, J. et O'Neil, J. (1985). *Lowering the dropout rate for groups for battering couples*. Paper presented at the Symposium for the Advancement of Social Work with Groups. Chicago, Illinois.

hebdomadaire à compléter quatre sessions ou plus (74,6 % contre 54,5 %), de même que dix séances ou plus (50 % contre 36,3 %).

En somme, les deux programmes semblent avoir un effet positif sur l'engagement dans un programme subséquent. Une fois les hommes engagés dans le traitement, le modèle de l'atelier intensif paraît avoir un impact plus important sur le taux d'abandon que le programme hebdomadaire. Le format intensif offre probablement davantage de temps pour fournir l'information et outiller les hommes pour le traitement. Les auteurs pensent que l'intensité de l'atelier permet de donner un message clair aux hommes sur l'importance de s'impliquer dans un programme. Par contre, le danger serait, soulignent-ils, de donner l'impression aux clients que le pré-groupe est suffisant et qu'ils ont appris tout ce dont ils avaient besoin pour cesser d'être violents. Il faut rappeler que l'objectif de l'atelier intensif est, au contraire, de favoriser la participation à un traitement ultérieur. Bien que l'étude indique que la formule de l'atelier intensif semble prometteuse, les chercheurs mentionnent que d'autres travaux sont nécessaires pour mieux comprendre le rôle que joue la préparation dans le traitement des conjoints violents.

Ces deux programmes de préparation ont été présentés dans le cadre de la présente recension car il s'agit des expériences les plus proches de ce que l'on pourrait considérer comme un traitement intensif. En effet, ceux-ci offrent un rythme de séances de thérapie plus soutenu que la moyenne des programmes, malgré que leur durée soit bien loin des rencontres auxquelles sont soumis les participants au programme intensif de l'organisme Après-Coup pendant la première phase de 26 jours. L'idée d'offrir une phase de préparation aux hommes avant d'entreprendre un traitement à plus long-terme constitue un élément qui présente des similarités avec le programme d'Après-Coup en ce sens que la phase intensive est définie comme un préalable à un engagement subséquent des hommes à la seconde phase dite de thérapie externe de 25 semaines.

Même si certains éléments du programme intensif de thérapie pour conjoints violents se retrouvent dans certains programmes, la présente recension semble témoigner de l'absence de services vraiment similaires à celui offert par Après-Coup. Il est donc nécessaire de se

pencher sur les programmes visant à agir sur des problématiques différentes de celle de la violence mais dont la philosophie se rapproche de celle privilégiée par Après-Coup.

## **1.2 - Programmes destinés à d'autres clientèles**

Compte tenu du but de la présente recension, soit de cibler les textes portant sur la modification de certains comportements, la prochaine section propose une synthèse des connaissances en regard de l'intervention visant à modifier les conduites alcooliques et/ou toxicomanes et de différentes autres problématiques. L'examen de ces programmes s'adressant à un autre type de clientèle apparaît tout à fait pertinent. En effet, tout comme dans le cas des programmes d'aide offerts aux hommes qui ont des problèmes de violence, tous ces traitements ont été mis sur pied dans le but d'aider les participants à changer quelque chose dans leur style de vie, en l'occurrence, parvenir à l'abstinence totale, ou à tout le moins, à réduire leur consommation ou, pour les autres, à arrêter le comportement délinquant.

### **1.2.1 - Programmes en toxicomanie - alcoolisme**

La toxicomanie ou l'abus d'alcool est un problème très complexe, difficile à traiter car les rechutes sont fréquentes (De Leon, 1990). Par conséquent, plusieurs modalités de traitement ont été développées, chacune avec ses avantages et ses limites.

#### *1.2.1.1 - Approches et méthodes de traitement principales*

Ainsi, deux modalités de traitement ont été relevées : le traitement externe et le traitement résidentiel. La première, le traitement externe, rejoint un très grand nombre de clients toxicomanes sans toutefois les retirer de la communauté. Quant à la seconde modalité, le traitement résidentiel ou communauté thérapeutique (C.T.), elle s'avère efficace, mais plus dispendieuse en termes de ressources financières et humaines puisque le client doit être retiré de son milieu. Ce genre de traitement repose sur la croyance que le changement se produit à travers les situations quotidiennes. De plus, les communautés thérapeutiques permettent de

développer chez les clients le sentiment d'appartenance de même que celui d'être écoutés et soutenus en tout temps (Rawlinson, 1995).

Selon Bell, Williams, Nelson et Spence (1994), le traitement en externe produit généralement moins de changements de comportement que les modalités de traitement plus intensives. Puisque le programme offert par l'organisme Après-Coup est le seul au Québec à offrir un traitement intensif, incluant l'hébergement, destiné à une clientèle de conjoints violents et qu'il se fonde aussi sur le principe voulant que toutes les situations de la vie quotidienne soient propices à l'intervention, il importe d'examiner la structure, le fonctionnement et les résultats obtenus par des programmes qui, au plan général, s'en rapprochent sensiblement, soit les traitements en communauté thérapeutique.

### *1.2.1.2 - Les communautés thérapeutiques*

De toutes les stratégies employées dans l'intervention auprès de consommateurs abusifs chroniques, le traitement en communauté thérapeutique est un des traitements les plus efficaces (Nielsen et Scarpitti, 1997). Les recherches évaluatives indiquent que les communautés thérapeutiques ont obtenu des taux de succès impressionnants, notamment auprès des consommateurs de drogues (De Leon, 1994; Wexler, 1995). (Voir aussi De Leon, Wexler et Jainchill, 1982, cités dans Burdsal *et al.*, 1990; Wexler et Williams, 1986 cités dans Nielsen et Scarpitti, 1997 ; Wexler, Falkin et Lipton, 1990 cités dans Pendergast *et al.*, 2001)

Selon cette approche, l'abus de drogues est un désordre de la personne entière. La dépendance est un symptôme et non l'essence du problème. L'usage de drogues serait une réponse au fait que l'individu n'a pas acquis les compétences ou modes de vie requis pour fonctionner normalement. La solution passe alors par l'acquisition de ces compétences, permettant ainsi de développer un style de vie social et productif, conventionnel (De Leon, 1994).

S'appuyant sur plusieurs travaux de recherche (notamment Kooyman, 1986; De Leon et Rosenthal, 1989; De Leon, 1990), De Leon (2000) rappelle que le but premier des

communautés thérapeutiques est de modifier les patterns négatifs de comportements, de pensées et de sentiments qui prédisposent à l'abus de drogues. En somme, l'objectif consiste en un changement total du style de vie, soit abstinence de drogues et d'alcool, élimination des conditions antisociales, occupation d'un emploi et adoption d'attitudes prosociales, par exemple.

### *1.2.1.3 - Composantes des communautés thérapeutiques*

Une communauté thérapeutique est un environnement de traitement total qui fournit une expérience d'apprentissage en résidence, vingt-quatre heures par jour, dans laquelle est introduite une transformation des conduites, attitudes, valeurs et émotions, renforcée par la routine quotidienne (De Leon, 2000).

Le groupe de pairs a une fonction très importante dans le traitement. En effet, le soutien et l'entraide entre les membres sont les éléments clés de la communauté thérapeutique. La pierre angulaire du traitement est constituée par la rencontre de groupe, utilisant les procédures de confrontation pour amener les clients à mieux cibler les attitudes, conduites et image de soi qui nécessitent une amélioration. L'emphase est également mise sur les comportements de l'individu, tels que rapportés par les pairs et les employés. En effet, les communautés thérapeutiques ont des règles spécifiques qui guident le comportement des résidents et du personnel. Il s'agit, par exemple, de l'interdiction de consommer drogues ou alcool, d'avoir des relations sexuelles ou la prohibition de la violence. Un écart à ces règles entraîne une expulsion immédiate. Le but du règlement est de maintenir la sécurité et la santé de la communauté et d'apprendre aux clients l'usage de la discipline. Afin de renforcer les réalisations acquises, les communautés utilisent un système de récompenses se traduisant par l'obtention de privilèges de divers ordres. Le personnel clinique des communautés thérapeutiques, typiquement composé d'anciens toxicomanes ou alcooliques, sert de modèle et de figure parentale pour les membres.

#### 1.2.1.4 - Évaluation et comparaison de programmes

La satisfaction des participants à un programme est un indice à considérer dans l'évaluation de la performance d'un traitement. À cette fin, il paraît utile d'examiner l'étude de Chan, Sorensen, Guydish, Tajina et Acampa (1997) qui ont comparé la satisfaction des clients à l'égard de deux programmes : un traitement de jour externe et un traitement résidentiel (C.T.) offerts tous deux à San Francisco (États-Unis).

Ainsi, le programme de traitement en communauté thérapeutique dure de sept à treize mois en résidence, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Il inclut différents services : thérapie de groupe de type psycho-éducatif, counseling individuel, services familiaux, médicaux, légaux et de santé mentale. Dans le programme de traitement externe de jour, on a adopté les éléments de base du traitement résidentiel (mêmes phases, groupes, counseling individuel) à un environnement intensif, mais ouvert. Il opère douze heures par jour en semaine et quelques heures par jour durant la fin de semaine.

Les chercheurs ont assigné aléatoirement 246 participants aux deux programmes. Lors du suivi, 82 % d'entre eux ont pu être localisés. Les résultats de l'évaluation ont indiqué que le niveau de satisfaction de la clientèle était similaire pour les deux modes de traitement. En effet, quelle que soit la préférence des clients avant de commencer, la grande majorité des participants des deux groupes se sont dits, six mois après sa fin, satisfaits du traitement reçu. Par contre, ceux ayant participé au programme externe ont dit avoir bénéficié de moins de services spécialisés qu'ils l'auraient désiré (par exemple, moins de services médicaux, d'éducation et d'orientation professionnelle).

Par ailleurs, le niveau général de satisfaction des clients, équivalent dans les deux groupes, laisse penser que le traitement externe de jour est prometteur lorsque proposé sur une base intensive, allant ainsi dans le même sens que d'autres études qui ont porté sur ce même type de traitement (De Leon, 1995; Galanter *et al.*, 1993; Alterman *et al.*, 1992; Milby *et al.*, 1995 cités dans Chan *et al.*, 1997).

L'examen du taux de participation à un programme donne aussi des indications sur son efficacité. Il faut savoir qu'un grand nombre de toxicomanes quittent prématurément le traitement et rechutent. Par exemple, l'étude de Simpson, Joe, Broome, Hiller, Knight et Rowanszal (1997) indique que plus de 50 % des patients en résidentiel et en externe suivent leur traitement pendant moins de trois mois. Par ailleurs, citant plusieurs travaux de recherche (notamment ceux de Anglin et Hser, 1990; De Leon, 1991; Hubbard *et al.*, 1997), Hser, Hoshi, Maglione, Chou et Anglin. (2001) de l'Université de Californie du Sud démontrent que le fait de compléter le programme est fortement corrélé aux résultats positifs post-traitement, soit une diminution de l'usage de drogues et une amélioration du fonctionnement psycho-social. Par conséquent, les abandons prématurés représentent un obstacle majeur à l'efficacité du traitement. D'après les chercheurs, il est donc important d'identifier les facteurs en cause pour tenter de réduire le taux d'abandon.

Selon plusieurs auteurs (Hoffman *et al.*, 1994; McLellan *et al.*, 1993, 1996 cités dans Hser *et al.*, 2001), le nombre de services reçus a un impact sur la persévérance des patients en traitement. Plus précisément, ces chercheurs ont démontré que les individus qui ont reçu un éventail plus large et plus fréquent de services demeurent plus longtemps en traitement que ceux qui n'y avaient pas accès. Par contre, ces mêmes auteurs ont trouvé que ni les différences démographiques, ni les variables dynamiques (par exemple, le niveau de motivation ou les différences quant à la consommation de drogues) étaient significativement reliées au maintien du patient au traitement.

Hser *et al.* (2001) se sont aussi intéressés aux effets des programmes par le biais de l'étude de la persévérance des clients toxicomanes dans les programmes de traitement. Pour ce faire, ils ont comparé trois types de programmes : résidentiel (communauté thérapeutique), externe (de jour) et substitution de la drogue par la méthadone. Hser et ses collaborateurs postulaient que les programmes dont le personnel change fréquemment et dont le nombre de cas par employé est important auraient des impacts négatifs sur la qualité des services offerts et donc, éprouveraient davantage de difficulté à contrôler leur taux d'abandon.

La comparaison des trois types de programmes de traitement a révélé un faible taux de persévérance dans les programmes, quels qu'ils soient. En effet, les taux de persévérance étaient de 18 % pour le traitement résidentiel (C.T.), de 22 % pour le traitement externe et de 13 % pour celui à la méthadone. Par contre, selon la modalité du programme, certains facteurs jouaient un rôle dans la poursuite du programme de traitement. Ainsi, concernant le programme résidentiel, une orientation claire et spécifique et un *caseload* faible encourageaient les participants à persévérer. Les programmes externes qui offraient principalement les thérapies de groupe ont affiché un taux d'abandon plus élevé que les programmes externes qui offraient des thérapies de groupe mais aussi un counseling individuel. Enfin, les programmes de substitution à la méthadone ont présenté un taux d'abandon plus faible lorsque les employés étaient des professionnels plutôt que des ex-toxicomanes. En conclusion et à la lumière des résultats, l'orientation du programme, le *caseload*, les méthodes d'intervention et la qualification du personnel apparaissent être des facteurs importants pour la persistance des patients dans le traitement, selon les modalités.

Dans la même lignée, Stahler *et al.* (1995) ont comparé, à Philadelphie, l'efficacité de trois types d'intervention pour hommes sans-abri présentant des problèmes d'abus de drogues et/ou d'alcool. À cette fin, les chercheurs ont réparti aléatoirement 722 sans-abri dans les trois groupes de traitement que voici.

### **Groupe 1 : Traitement résidentiel ou communauté thérapeutique de six mois**

Les hommes restent quelques jours dans une maison d'hébergement, puis sont transférés dans une résidence. Ce programme intensif inclut différents services, tels que thérapies de groupe et individuelles, lectures, préparation aux habiletés de vie, méthodes de recherche d'emploi.

### **Groupe 2 : Traitement en maison d'hébergement de quatre à neuf mois**

Les hommes demeurent dans la maison d'hébergement mais établissent des liens avec les services de la communauté afin de promouvoir la sobriété et la vie indépendante. Les employés sont des ex-alcooliques ou ex-toxicomanes.

### **Groupe 3 : Services réguliers externes offerts par la maison d'hébergement**

Les hommes viennent se procurer les services requis par leur état, lesquels sont fournis par des travailleurs sociaux ou des fonctionnaires de la ville qui ont un *caseload* élevé. Ce groupe est considéré comme le groupe témoin de l'étude.

L'hypothèse initiale des chercheurs prévoyait que le traitement du groupe 1 serait plus efficace que celui du groupe 2, et que le traitement offert au groupe 2 serait plus performant que celui destiné au groupe 3. Les résultats de l'évaluation après le traitement et lors d'un suivi après six mois ont révélé qu'il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes. Par contre, tous les traitements ont eu des impacts positifs sur l'usage de drogues et d'alcool, la stabilité résidentielle (occuper un logement stable), le taux d'occupation d'emploi et l'état psychologique des hommes. L'absence de différence avec le groupe témoin pourrait s'expliquer, selon les auteurs, par le contexte particulier au moment de l'étude. En effet, le groupe 3 avait reçu plus de services qu'à l'habitude, rendant ce programme plus intensif que prévu, perdant ainsi un peu de son caractère de groupe contrôle.

Par ailleurs, une différence existait quant au taux de satisfaction par rapport aux services reçus par les clients. En effet, les membres des groupes 1 et 2 étaient nettement plus satisfaits que ceux du groupe 3.

De plus, les auteurs ont pu dégager certains facteurs permettant de prévoir la réussite du traitement. Il s'agit d'une motivation personnelle élevée, une consommation antérieure peu chronique et sévère, une période courte sans domicile fixe, l'absence ou le nombre limité d'activités criminelles et d'isolement social et ce, quels que soient l'âge et le niveau d'éducation des hommes.

On constate donc que différents traitements de nature intensive à l'intention des clientèles toxicomanes ou alcooliques sont appropriés. Parmi ceux-ci, le modèle de thérapie par le milieu obtient un succès certain. Il existe aussi pour les jeunes contrevenants des programmes intensifs et il peut être éclairant d'examiner les résultats obtenus par quelques-uns de ces programmes.

### **1.2.2 - Thérapie pour clientèle d'adolescents délinquants**

Burdsal, Force et Klingsporn (1990) se sont intéressés à des programmes de traitement proposés à de jeunes délinquants aux États-Unis. Ces services étaient offerts par des centres d'intervention et de prévention, soit les St-Francis Homes à New York et au Kansas. Chacun des trois établissements étudiés recevait 26 garçons adolescents dont l'âge moyen était de quinze ans. Les chercheurs ont voulu examiner l'efficacité de ces traitements et pour ce faire, ont réparti les jeunes aléatoirement dans trois groupes, à savoir :

Groupe 1 : Traitement hautement intensif

Groupe 2 : Traitement de faible intensité

Groupe 3 : Aucun traitement - les jeunes demeurent à la maison (groupe témoin).

Le traitement à haute intensité était de type éclectique et combinait les thérapies de groupe et celles par le milieu, des séances de thérapie individuelle et familiale ainsi que des psychodrames. Les chercheurs ont émis l'hypothèse que le traitement hautement intensif serait plus efficace que celui d'intensité plus faible et que les adolescents du groupe contrôle seraient ceux qui obtiendraient la moins bonne performance.

Les résultats de cette étude proviennent d'un suivi après deux ans et cinq ans où l'on a mesuré l'efficacité du traitement à l'aide du *socialized coping score* (une échelle de mesure des comportements désirables ou non). En partie, les conclusions ont confirmé l'hypothèse des auteurs voulant que les adolescents du groupe de traitement hautement intensif performeraient significativement mieux à cette échelle que ceux du groupe de traitement à faible intensité. Par ailleurs, contrairement aux attentes, le groupe le plus performant de tous a été le groupe contrôle (celui des jeunes restés à la maison).

Ces résultats étonnants s'expliquent peut-être, selon les auteurs, par la sélection des jeunes. En effet, les adolescents dont les comportements délinquants étaient apparus récemment n'avaient probablement pas besoin d'un traitement intensif. De plus, en ce qui concerne plus spécifiquement les jeunes garçons placés dans le groupe contrôle, il se pourrait que ces

adolescents provenaient de familles capables de gérer efficacement les troubles de comportement de leurs enfants.

Il existe également des programmes de traitement intensifs pour les parents qui maltraitent leurs enfants. La partie qui suit fait état de l'un de ces programmes de thérapie intensive pour les parents auteurs de mauvais traitements.

### **1.2.3 - Traitement intensif offert à des familles auteures de mauvais traitements**

Un organisme offrant des services aux familles qui maltraitent leurs enfants (responsables de mauvais traitements physiques et/ou sexuels ainsi que de négligence), a créé le *Family Life Education Camp*, lequel propose un traitement de quatre fins de semaine étalées sur une période de trois à quatre mois. Oppenheimer et Johnson (1981) rapportent que selon la coordonnatrice du camp, un milieu rural dans la communauté constitue l'environnement idéal pour offrir un programme intensif d'aide pour les parents qui infligent des mauvais traitements à leurs enfants. Pour être admissibles, les familles devaient déjà être suivies par un organisme depuis au moins trois mois et ceci, afin de s'assurer que les clients étaient déjà impliqués dans un processus d'aide. Il s'agit donc d'un programme de fin de semaine qui s'ajoute à un programme régulier. L'implication des autres organismes pendant les sessions de week-ends permet d'assurer un meilleur suivi et de planifier un traitement post-camp unifié, mieux adapté et personnalisé.

En plus de prendre part à des séances de thérapie de trois heures le samedi et le dimanche matin (group counselling), les familles reçoivent un feed-back continu et instantané sur la façon dont elles se comportent à l'égard de leurs enfants. Certains moments de la journée sont exclusivement réservés aux adultes à qui on enseigne des façons d'éduquer et de discipliner leurs enfants (family life education). Du temps est alloué pour des discussions afin que les parents partagent leurs expériences personnelles actuelles et passées. En soirée, les familles sont réunies pour des activités de récréation afin qu'elles aient du plaisir ensemble.

Pendant trois ans, le programme a été offert à des groupes de quinze familles. Les auteurs de cette étude (Oppenheimer et Johnson, 1981) révèlent que la combinaison thérapies ordinaires et camps de fin de semaine a permis de réunir les familles en moins d'un an en moyenne plutôt que les deux ans habituels. En effet, il faut savoir que les enfants du tiers de ces familles avaient été retirés du milieu familial pendant une certaine période. Malheureusement, après la réunification familiale, aucun suivi n'a été effectué afin de connaître l'évolution de la situation, le taux de récurrence ou les signalements éventuels.

### **1.3 - Synthèse et conclusion**

Comme on aura pu le constater, le terme « intensif » réfère à des réalités fort différentes. Il existe diverses formes de traitement intensif dont le degré d'intensité varie d'une forme de traitement à l'autre. Le traitement résidentiel ou communauté thérapeutique est sans doute celui qui se rapproche le plus du programme intensif d'Après-Coup. En effet, les participants sont retirés de leur milieu et vivent en milieu résidentiel 24 heures sur 24 avec les autres membres. Tous les participants exercent une fonction importante dans le groupe. Ils doivent aussi se conformer à des règles précises et tous sont tenus de les respecter. La violation des attentes comportementales et le non respect des règlements entraînent l'exclusion du programme. En somme, les participants doivent agir comme si les changements souhaités étaient effectifs. Cette situation, même artificielle, tend à habituer les participants à de nouveaux comportements. La majorité des auteurs qui ont examiné ces programmes s'entendent sur les effets thérapeutiques bénéfiques de ces programmes. Ces approches semblent réussir parce qu'elles fournissent le contexte et les mécanismes pour l'apprentissage de nouvelles habiletés, rôles, attitudes, croyances et/ou comportements.

Les chercheurs sont par ailleurs unanimes sur la difficulté de maintenir les clients dans le programme pour toute sa durée. Qu'il s'agisse d'un traitement résidentiel ou en externe, la difficulté semble la même, exactement comme cela se passe pour les programmes de traitement de la violence où les taux de persévérance demeurent faibles.

De même, d'autres formes de traitement intensif ont été explorées, notamment auprès de jeunes délinquants. La répartition aléatoire des clients entre un groupe en traitement et un groupe témoin n'est pas toujours possible ne serait-ce que parce que les individus ayant le plus besoin d'intervention auront un accès privilégié au groupe traitement en raison des pressions internes et sociales. Il faut donc rester circonspect dans l'interprétation des résultats comparatifs et porter une attention particulière à la validité du groupe contrôle pour mesurer efficacement les résultats. Ceci étant dit, les résultats suggèrent que peu importe le type d'intervention, le fait de remettre les jeunes dans leur ancien environnement peut entraîner les mêmes difficultés d'ajustement au milieu et éventuellement la rechute.

Par ailleurs, des programmes intensifs de fin de semaine ont déjà été employés pour favoriser l'apprentissage de méthodes éducatives appropriées chez des familles maltraitantes. Au cours d'une thérapie intensive étalée sur quelques fins de semaine, les parents apprennent des comportements différents de ceux qu'ils connaissent. On les considère comme étant capables d'atteindre des objectifs et on leur en fixe certains pour une période donnée (pendant et après le camp).

Malgré la diversité constatée au plan des structures et des modes de fonctionnement, les programmes communautaires présentent tous un certain nombre de points en commun. Concernant l'efficacité des traitements, le problème majeur qui ressort de l'ensemble des recherches et menace la validité des études est le manque de groupes contrôles. Parfois, également, la difficulté provient du fait que le groupe témoin ne répond pas à des critères de sélection similaires à ceux du groupe de traitement. Ainsi, un groupe témoin représentatif n'est pas toujours accessible. De plus, pour des questions pratiques et éthiques, la répartition aléatoire des sujets entre groupes traitement et groupes contrôle n'est parfois pas possible. En effet, lorsque certains individus ont grandement besoin d'une intervention, ils seront forcément assignés à un groupe traitement.

Depuis environ une décennie, les programmes destinés aux conjoints violents, au sein de la communauté, se sont multipliés. Les évaluations existantes ont démontré que les effets de ces programmes sont généralement positifs, bien que limités. Les approches traditionnelles de

thérapie, à raison d'une heure et demie à deux heures et demie par semaine, constituent un lent processus pour parvenir à changer des comportements. D'après les instruments administrés aux participants et aux victimes, les résultats tendent à montrer une diminution de la récidive et une réduction de la violence. Suite à ces succès limités, plusieurs organismes d'aide aux conjoints violents ont tenté de rejoindre, à travers de nouveaux programmes, des groupes spécifiques qui, jusqu'à récemment, ne répondaient pas bien aux programmes disponibles ou encore étaient moins enclins à recourir aux services (Rondeau *et al.*, 1997). C'est dans ce contexte que le programme intensif de traitement destinés aux conjoints violents a été mis sur pied par Après-Coup.

C'est dans le même ordre d'idées que le Service correctionnel du Canada a implanté des programmes de traitement qui visent particulièrement à aider les conjoints violents ainsi que d'autres programmes qui s'adressent à l'ensemble des hommes violents détenus. Voici une brève présentation de ces programmes de traitement de la violence.

## **CHAPITRE 2**

### **PROGRAMMES EN MILIEU CARCÉRAL**



Le Service correctionnel du Canada a développé des programmes de faible ou moyenne intensité à l'intention des détenus qui avaient utilisé de la violence contre leur conjointe ou leurs proches. Stewart et Hill (2000) signalent que 41 % des délinquants qui avaient subi le test SARA (Évaluation du risque de violence conjugale) avaient fait état d'un risque élevé de violence envers la partenaire et, un autre 41 % posaient un risque moyen. Ces chercheurs estiment que les personnes à risque élevé devraient participer à au moins 100 heures de thérapie pour vraiment bénéficier d'un traitement approprié à leur situation. D'après la recension des écrits effectuée pour le compte du SCC, il semble qu'il n'existait guère de programmes qui offraient autant d'heures. Suite à ce constat, le SCC a élaboré, en 1998, un programme intensif destiné aux conjoints violents incarcérés, puis l'a mis à l'essai à titre de projet pilote. Ce programme et d'autres de nature intensive ont ainsi été pensés en fonction de la population carcérale fédérale, laquelle est à haut risque de poser des actes de violence conjugale.

## **2.1 - Programmes destinés aux conjoints violents**

La priorité du Service correctionnel du Canada est de faire en sorte qu'il y ait pas de nouvelles victimes. Dans un but préventif, en 1999, le SCC lançait officiellement le programme de prévention de la violence familiale selon deux formules : intensif et intensité modérée.

Conçu pour mettre fin à toutes les formes de comportements violents, le programme de traitement intensif en violence familiale s'adresse aux conjoints violents incarcérés dans les établissements fédéraux. Il convient particulièrement aux hommes qui ont un dossier de violence répétée contre leur conjointe et qui présentent un risque élevé de commettre des actes d'agression contre elle. Pour prendre part au programme, les détenus ne doivent pas nécessairement avoir été condamnés pour des agressions sur leur partenaire. Quant aux hommes qui présentent un risque moyen (selon le score obtenu au test SARA) de commettre un acte d'agression sur leur conjointe et que leur dossier ne fait pas état de plus d'une agression contre une femme, ils seront dirigés vers le programme d'intensité modérée (Stewart, Gabora et Hill, 2001).

### **2.1.1 - L'approche clinique**

L'approche clinique du programme de prévention de la violence familiale dispensé par le SCC est d'orientation cognitivo-comportementale et la forme qui est donnée au programme se fonde sur la diversité de la clientèle. Prenant en compte la complexité de la violence qui est faite aux femmes, le programme prend assises sur le modèle écologique. Appuyées sur cette théorie socio-psychologique, les interventions sont orientées en fonction des caractéristiques intrapsychiques de l'agresseur et du contexte interpersonnel dans lequel il vit. Quatre niveaux composent le modèle d'intervention et chacun d'eux est relié aux autres. Repris du document du SCC rédigé par Stewart et Hill (2000, page vii) les niveaux sont :

- 1) Le macrosystème comprend les attitudes et les croyances apprises par l'individu
- 2) L'exosystème est composé des structures sociales qui influencent le milieu immédiat
- 3) Le microsystème est composé du milieu immédiat dans lequel les violences se produisent
- 4) Le niveau ontogénétique comprend les facteurs individuels (enfance, adolescence) et les antécédents en tant que victime ou témoin de violence.

Incorporant ces quatre niveaux, les interventions visent à amener les hommes qui participent au programme à remettre en question leurs attitudes et leurs croyances irrationnelles ou fausses et à leur apprendre des attitudes, des croyances et des actions de remplacement. L'approche facilite l'acquisition de nouvelles habiletés et compétences et enseigne les meilleures méthodes pour les mettre en pratique. Tel que l'indiquent Stewart et Hill (2000), l'intervention met l'accent sur la responsabilité personnelle de l'agresseur tout en intégrant le modèle transthéorique élaboré en 1994 par Prochaska, Norcross et DiClemente voulant que les individus ne soient pas tous disposés au changement et que ceux qui le sont, ne sont pas tous rendus au même point.

### **2.1.2 - Modalités du programme**

Le programme de traitement intensif en violence familiale offert par le Service correctionnel du Canada est animé par un homme et une femme. Il est constitué de deux phases. La première comprend 10 modules, lesquels comportent 75 séances de thérapie de groupe d'une durée de 2,5 heures chacune et de 8 à 10 séances individuelles. Il est recommandé de dispenser 5 séances de groupe par semaine durant 13 semaines consécutives. Les établissements peuvent choisir les heures pour les séances, mais il leur est proposé de tenir une séance en matinée et une autre en après-midi et ce, une journée par semaine; puis, de tenir les trois autres séances en avant-midi. Cette formule a l'avantage de laisser une journée libre aux participants.

Chaque module ainsi que chaque séance ciblent des buts précis à atteindre. Tous les objectifs visés sont sensés contribuer à mettre fin à toutes les formes de violence. Au début de chacune des séances, les participants sont invités à communiquer au groupe, de façon restreinte, leur expérience ou problème relié aux objectifs du programme. Il est suggéré que les séances commencent par une période de relaxation. Une fois que les participants sont prêts à s'impliquer dans la thérapie, les facilitateurs abordent le contenu de la séance dans le cadre de discussions et d'activités pratiques. Toutes les séances se terminent par une courte récapitulation, une indication des devoirs à faire et une brève présentation de la prochaine séance.

Les détenus qui ont pris part à la première phase devront participer à la seconde phase qui est constituée de séances mensuelles de suivi et ce, jusqu'à leur remise en liberté ou leur transfert dans un autre établissement. Lors du retour dans la société, les hommes seront orientés vers des programmes susceptibles de les aider à maintenir les acquis.

Quant au programme d'intensité modérée, il comprend 25 séances de groupe à raison de 2 à 3 séances par semaine (selon un horaire adapté au régime de l'établissement) et trois séances individuelles.

Les résultats préliminaires concernant l'efficacité du programme sont encourageants. Ainsi, sur 98 détenus qui ont commencé le programme, 77 l'ont complété. Les données ont montré que ceux qui ont suivi le programme jusqu'à son terme ont fait des gains positifs qui paraissaient susceptibles de réduire la récidive. Par exemple, la comparaison pré/post programme qui a testé plusieurs variables a indiqué une nette amélioration des comportements et des attitudes. Les scores obtenus lors des tests étaient nettement plus élevés et significatifs après le programme, notamment à l'inventaire de jalousie, à l'échelle d'empathie de même qu'à l'échelle des buts à atteindre. Cependant, au moment de l'évaluation (mars 2001), il était prématuré d'évaluer l'impact réel du programme sur les taux de récidive puisque le nombre d'hommes qui avaient suivi le programme dans la communauté permettant de maintenir les acquis était trop petit.

Il existe d'autres travaux de recherche qui portent sur des programmes de traitement élaborés pour les personnes incarcérées, tant au Canada qu'aux États-Unis. Ces programmes sont destinés à combattre les comportements violents en général. Certains de ces programmes s'adressent à des clientèles toxicomanes. Il peut être éclairant d'examiner la performance de ces programmes de traitement. La partie qui suit présente quelques-uns de ces programmes à l'intention des personnes détenues ainsi que l'évaluation qui en a été faite.

## **2.2 - Programmes destinés aux hommes violents incarcérés**

Les recherches en milieu correctionnel du Canada montrent qu'un passé violent criminalisé constitue un fort prédicteur de violence dans le futur (Motiuk, Belcourt et Nafekh, 1997). En effet, les délinquants violents ont plus de chance de commettre de nouveaux crimes violents et de retourner en prison.

### **2.2.1 - Évaluation des programmes destinés à combattre la violence**

Dans un article paru en 2001, Yazar signale que durant la dernière décennie, le Service Correctionnel du Canada (SCC) a développé plusieurs programmes de traitement intensifs pour hommes violents. Pour la plupart, ceux-ci étaient disponibles dans les centres

psychiatriques, mais implantés de façon indépendante. En 1988, le SCC a décidé de standardiser les traitements, afin que le même programme soit délivré dans plusieurs institutions. Ainsi, est né le *Programme de prévention de la violence*, un programme non confrontant fondé sur une relation thérapeutique de non-jugement.

### *2.2.1.1 - Le Programme de prévention de la violence*

Toujours dans son article, Yazar expose la mise sur pied du programme, son développement et ses objectifs et finalement, donne les résultats préliminaires de l'évaluation du programme.

Ainsi, en 1999, le projet était appliqué dans six institutions et visait la réhabilitation de ses participants. L'objectif majeur du programme de prévention de la violence était de réduire le risque de récurrence de la violence, objectif basé sur le principe voulant que le traitement correctionnel diminue la criminalité si les comportements que l'on entend modifier sont directement reliés aux causes du comportement criminel. Le programme de prévention de la violence s'adresse donc aux pensées, émotions, attitudes et comportements liés à la criminalité. Puisqu'il y a différentes causes au crime violent, le programme de prévention de la violence utilise plusieurs méthodes de traitement. Une grande partie du traitement vise à améliorer les compétences des hommes, à leur apprendre à contrôler leur colère et leur impulsivité, à leur enseigner des méthodes de résolution de conflits.

### *2.2.1.2 - Principes théoriques*

Le *Programme de prévention de la violence*, d'orientation cognitivo-comportementale, s'inspire du modèle d'apprentissage social considérant que la violence est un comportement appris et internalisé par le « *modeling* » et le renforcement. Ainsi, les participants sont encouragés à examiner leurs expériences d'apprentissage et à identifier les éléments qui renforcent leur utilisation de la violence.

De plus, le changement est considéré comme un processus interne. Yazar rapporte que dans le programme de prévention de la violence<sup>3</sup>, on considère que les hommes sont motivés à changer lorsque leurs comportements ne leur rapportent plus ce qu'ils désirent ou lorsque les coûts dépassent les bénéfices. En effet, il faut savoir que, jusqu'à présent, la violence leur apportait une certaine rétribution (financière, respect et statut auprès des pairs), du moins à court terme.

### *2.2.1.3 - Fonctionnement du programme de prévention de la violence*

Tel que spécifié dans le document préparé par le Service correctionnel du Canada (1999), le programme s'adresse à une clientèle rencontrant deux critères :

- un passé criminel, comportant au moins deux condamnations pour violence,
- un haut risque de récidive tel que mesuré par l'échelle d'information statistique générale sur la récidive (ISGR-R1, instrument du SCC).

Le participant doit passer différents tests et une entrevue d'admission qui vise à augmenter sa motivation et à le préparer au programme. Le programme de prévention de la violence est un programme de traitement de groupe fermé, composé de huit à douze participants, d'une durée de seize semaines.

Le programme se compose de dix modules, chacun divisé en unités variant de six à douze sessions. Au total, il comprend 120 sessions de deux heures auxquelles s'ajoutent quatre séances individuelles.

Le premier module évalue la motivation à changer. Le second explore des patterns de violence afin que les hommes réalisent combien la violence a été un facteur important dans leur vie. Cinq modules portent sur les compétences ou habiletés déficientes particulièrement

---

<sup>3</sup> Ce programme de prévention de la violence est basé sur le travail de Miller et Rollnick (Voir : Miller, W.R., & Rollnick, S., 1991, *Motivational interviewing : Preparing people to change addictive behaviour*. New York, The Guilford Press.), lequel s'appuie sur les principes du modèle de Prochaska. (Voir à ce sujet : Prochaska, J.O., et DiClemente, C.C., 1986, « Toward a comprehensive model of change » dans Miller, W.R. et Heather, N. (eds). *Treating behaviours : Process of change*. (3-27). New York, Plenum Press.).

liées à la violence. Deux modules visent à augmenter la conscience des conséquences de la violence sur les relations personnelles, sur la vie du participant. Enfin, le dernier module fait une révision du programme, où les participants élaborent et présentent un plan, personnel et détaillé, de prévention de la violence.

En plus des séances de groupe, chaque participant bénéficie d'au moins quatre rencontres individuelles pour traiter d'aspects qui n'ont pu être développés au sein du groupe. À la fin du traitement, les deux moniteurs responsables rédigent une évaluation finale et effectuent les post-tests.

Changer tout un style de vie peut être difficile à réaliser en un seul programme de traitement de seize semaines. En effet, la plupart des participants éprouvent le besoin d'un soutien supplémentaire afin de maintenir et de construire de nouveaux gains. Par conséquent, un programme de maintien a été développé et expérimenté par la suite. Il se compose de vingt séances de groupe structurées et un nombre variable de rencontres individuelles, selon les besoins de chacun et selon le niveau de risque de récidive.

#### *2.2.1.4 - Résultats*

Dans son article paru en 2001, Yazar a publié les résultats préliminaires de l'évaluation du *Programme de prévention de la violence*. À ce moment-là, soixante-dix contrevenants à travers le Canada avaient complété le programme et quarante le suivaient encore.

Les premiers résultats ont révélé que 75 % des inscrits au programme l'avaient suivi jusqu'à son terme. En ce qui concerne les 25 % restant, la majorité a choisi de son plein gré de se retirer du programme alors que quelques-uns ont été exclus. L'objectif du programme de prévention de la violence est la réduction de la fréquence de la violence en prison et dans la communauté, une fois que les hommes sont libérés. Il était trop tôt pour quantifier les résultats, mais les participants semblaient mieux se comporter dans l'institution. On a, en effet, noté moins de confrontations avec le personnel et moins de bagarres entre les détenus.

Au moment de l'étude, malheureusement, peu de participants avaient été libérés et peu de données étaient donc disponibles sur le succès du programme quant au taux de réincarcération. Par contre, certains prisonniers ont pu, grâce au programme, être transférés dans des prisons à sécurité moins élevée.

Les participants ont dit avoir un meilleur contrôle sur leur colère et leur impulsivité et être plus conscients des raisons pour lesquelles ils ont utilisé la violence dans le passé. Le taux de satisfaction des hommes face au programme était très élevé.

Enfin, la comparaison des résultats des pré et post-tests confirme une diminution des comportements impulsifs, une réduction de l'expression de la colère, de l'hostilité et des agressions physiques et verbales. En résumé, les résultats préliminaires semblent prometteurs, mais d'après Yazar, une évaluation ultérieure est nécessaire afin de tirer des conclusions plus précises, surtout au plan de la récidive et de la réincarcération des participants.

Pour leur part, Motiuk, Smiley et Carson, (1996) se sont intéressés à un programme intensif destiné aux criminels violents, implanté en 1990 par le Service correctionnel du Canada dans la région Centre. D'une durée de huit mois, le traitement intensif se compose de groupes de douze à seize participants et de deux thérapeutes. Ce programme combine les approches cognitivo-comportementale et psychosociale dans le but de changer les comportements anti-sociaux des contrevenants.

L'étude porte sur 169 délinquants, incarcérés dans des prisons fédérales, qui ont complété le programme intensif. Parmi eux, soixante ont été libérés et suivis pendant, en moyenne, deux ans. Ce groupe traitement a été comparé à un groupe témoin (n=60), n'ayant reçu aucun service. Les deux échantillons sont comparables en termes d'âge (trente-cinq ans en moyenne), du nombre d'années passées en prison (6,9 ans en moyenne) et de la durée de la sentence (7,2 ans). Par contre, les groupes diffèrent quant aux crimes commis. En effet, le groupe traitement compte deux fois plus d'homicides que le groupe témoin, mais aucun crime de nature sexuelle.

En ce qui concerne la récidive générale, soit tous types de crimes confondus, le groupe traitement présente un taux un peu plus élevé que le groupe témoin (40 % versus 35 %). Au plan de la récidive violente, le groupe traitement (18 %) affiche également un taux plus important que le groupe témoin (15 %). Dans les deux cas, les différences ne sont pas statistiquement significatives.

Cependant, malgré ces résultats pessimistes, les homicides et les crimes sexuels ont été exclusivement commis par les individus du groupe témoin. Les résultats indiquent donc que le programme intensif a eu un impact positif sur la récidive violente, spécialement sur les crimes très sévères, alors qu'il semble ne pas en avoir eu sur la récidive non violente. Pour Motiuk, Smiley et Carson, ces données montrent qu'il est important de continuer à offrir des programmes intensifs. Elles indiquent également que les recherches ultérieures devraient davantage se pencher sur la nature de la récidive avant de tirer des conclusions trop rapides sur les effets d'un traitement.

### **2.3 - Les programmes intensifs en milieu carcéral pour d'autres clientèles**

Certains programmes, basés sur le modèle des communautés thérapeutiques, destinés à des clientèles incarcérées toxicomanes existent aussi et sont offerts dans les pénitenciers. Le tableau qui suit donne une brève présentation de quelques-uns de ces programmes de traitement offerts aux clientèles incarcérées et toxicomanes en vigueur aux États-Unis.

Les programmes en milieu carcéral destinés aux clientèles toxicomanes

Nom du programme	Lieu de réalisation et clientèle	Type de programme	Évaluateurs	Type d'études	Résultats des évaluations
In-Prison Therapeutic Community (ITC)	États-Unis Hommes détenus	Basé sur le modèle des communautés thérapeutiques traditionnelles Durée : entre 6 et 12 mois	Wexler, De Leon, Kressel, Peters, 1999  Hiller Knight, Simpson, 1999	Clients logés séparément des autres détenus Rôle des pairs limités et personnel clinique qualifié  <b>3 groupes de comparaison :</b> 1) N=123 ITC (In-Prison Therapeutic community) 2) N=170 ITC+TTC (Transitional Therapeutic Community:offerte dans la communauté ) 3) N=103 Contrôle	Taux réduits de réincarcération et meilleur respect des conditions de libération  Les individus des 2 groupes avaient de meilleurs résultats après le traitement et moins de récidive que le groupe contrôle
CREST Out-reach Center	Wilmington (Delaware) États-Unis  Développé pour les hommes et les femmes détenus qui possèdent une histoire d'abus de drogues	Similaire aux communautés thérapeutiques 2 phases de 3 mois chacune : Thérapie par le milieu <i>Work release</i> qui vise à réintégrer les détenus dans la société	Nielsen et Scarpitti, 1997	Collecte de données sur 5 ans : notes d'observation, entrevues formelles et informelles auprès des clients et des employés. Groupe contrôle	Impacts positifs sur la diminution de la consommation de drogues et sur la récidive de comportements criminels. Les taux constatés de rechute et de récidive étaient plus faibles que ceux du groupe contrôle lors du suivi de 18 mois
Le California Substance Abuse Treatment Facility (CSATF)	Développé par le département correctionnel de Californie en 1992, s'adresse aux consommateurs abusifs : alcool et drogues	La plus grande communauté thérapeutique en milieu carcéral de l'État, peut accueillir 1 478 clients à la fois	Prendergast, Farabee et Cartier, 2001	Traitement d'une durée de 20 heures par semaine accompagné de 10 heures d'activités optionnelles	Diminution de la consommation et des violations disciplinaires, diminution du taux d'absentéisme des employés car les niveaux de tension et de violence étaient plus faibles
Nokomis Challenge Program	Programmes correctionnels implantés au Michigan en 1989 Clientèle de jeunes délinquants	Placement résidentiel à court terme (3 mois) accompagné d'un suivi intensif dans la communauté (9 mois) Programme se veut une alternative aux placements résidentiels de longue durée (14 à 16 mois)	Piper, Deschenes et Greenwood, 1998	Groupe traitement : N=102 comparé à un groupe contrôle formé de jeunes placés dans un milieu résidentiel privé (N=97)	Après 12 mois, le taux de récidive était plus élevé chez le groupe traitement que chez le groupe contrôle. Cependant, les 2 groupes étaient comparables au plan de l'acquisition d'habiletés Après 24 mois, les effets positifs avaient disparu chez les 2 groupes : le taux de récidive avait doublé dans les 2 cas

Il semble qu'en général, ces traitements, lorsque suivis au complet, ont des effets positifs. D'abord en milieu carcéral, ils contribuent à la diminution des violations disciplinaires et font en sorte qu'il y a moins de tensions entre les détenus et au sein du personnel. Les traitements ont également des impacts sur la consommation de drogues qui diminue ou cesse. Ils ont aussi des conséquences sensibles sur la baisse de la récurrence de comportements criminels lorsque les détenus sont libérés.

Même si dans l'ensemble, les programmes ont du succès, il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre de clients retombent dans la consommation et adoptent à nouveau des comportements criminels. Le temps relativement court (six mois) expliquerait en partie que certains programmes soient insuffisants pour transformer à long terme des personnes peu motivées au départ.

Il semblerait que ce soient surtout des facteurs individuels (difficulté à conserver un emploi stable, problèmes financiers, retour dans l'ancien quartier, par exemple), qui jouent un rôle négatif dans la réhabilitation de certains clients. Dans de telles conditions, le renforcement de la personne au plan de sa motivation, de son nouveau style de vie ou de la sobriété peuvent être minimes. Malgré une bonne préparation, il appartient alors à l'individu de décider s'il veut poursuivre ses objectifs.

Concernant les traitements pour les adolescents, assez curieusement et quel que soit le type d'intervention, le fait qu'ils réintègrent leur ancien environnement entraîne pour eux les mêmes difficultés d'adaptation et la reprise de la consommation. Ceci augmente ainsi le risque d'adopter à nouveau des comportements délinquants. D'après les chercheurs, il semble que, pour vraiment bénéficier du placement de courte durée qui est offert aux jeunes, le suivi, qui se veut intensif, devrait être renforcé.

## **CONCLUSION**

Afin de situer le programme intensif offert par l'organisme Après-Coup, la présente recension s'est penchée sur différents services implantés tant en milieu communautaire que carcéral. Il faut toutefois noter que toute comparaison est boiteuse car le programme intensif d'Après-Coup proposé aux conjoints violents en situation de crise est unique en son genre. Malgré les limites de la comparaison, nous avons tenté de faire le rapprochement avec d'autres programmes de type intensif et dispensés à d'autres clientèles, soit en communauté thérapeutique pour toxicomanes, pour parents maltraitants, pour jeunes délinquants et aussi, avec des programmes disponibles en milieu carcéral, lesquels visent à enrayer la violence, ou du moins, à la réduire.

### ***Le milieu communautaire***

Tout d'abord, en milieu communautaire, il apparaît que tous les programmes destinés aux conjoints violents soient de type externe (non résidentiels). En effet, il s'agit de thérapies de groupe hebdomadaires, dont le nombre de séances varie entre six et trente-deux rencontres. Les groupes, ouverts ou fermés, se composent de huit à seize membres. Leur degré de structure varie sur un continuum, allant de groupes minimalement structurés (groupes d'entraide ou centrés sur le processus) à des groupes dont la structure et le contenu sont très importants (groupes éducatifs).

Aucun programme recensé destiné aux conjoints violents ne s'apparente vraiment au traitement intensif offert par Après-Coup. Il convient alors d'examiner les services dispensés à d'autres clientèles. C'est surtout dans le domaine de la toxicomanie que l'approche des communautés thérapeutiques est utilisée. Dans ce cadre, les clients sont hébergés en résidence 24 heures sur 24 et suivent une cure fermée, pendant une période variant entre six et seize mois. Si d'un point de vue de l'approche adoptée, ces programmes ressemblent à la phase intensive du traitement d'Après-Coup, leur durée est toutefois très différente. En effet, le traitement intensif proposé par Après-Coup s'échelonne sur une période de 26 jours. De même, au sein des communautés thérapeutiques, un peu comme à Après-Coup, on estime que toutes les situations vécues en milieu résidentiel sont propices à l'intervention, que les

participants sont plus sensibles à l'intervention parce que plus vulnérables et qu'il s'agit d'un moment idéal pour intervenir.

Nous avons aussi vu qu'un grand nombre de toxicomanes abandonnent le traitement avant la fin alors qu'il a été montré que le fait de compléter le programme est corrélé aux résultats positifs post-traitement. De même, la plupart des programmes dispensés aux conjoints violents doivent faire face à l'abandon du processus thérapeutique. Les abandons prématurés représentent un obstacle majeur à l'efficacité du traitement, quel qu'il soit. Pour ces raisons, des chercheurs sont d'avis que les traitements de groupe offerts aux conjoints violents seraient plus efficaces s'ils étaient précédés d'une phase de préparation visant à développer la cohésion du groupe et à introduire aux clients les modalités de traitement qui seront utilisées dans le programme.

C'est dans cette optique que le programme intensif d'Après-Coup se veut une phase préparatoire au programme de traitement régulier. En ce sens, on pourrait dire qu'il se rapproche des groupes d'orientation et des workshops, lesquels visent à favoriser la participation au traitement subséquent même si ceux-ci sont de beaucoup plus courte durée. Toutefois et comme c'est le cas pour les pré-groupes, le danger qui guette les participants au programme intensif, c'est de penser qu'ils ont réussi à maîtriser leur problème et que le traitement qui doit suivre sera superflu.

### ***Le milieu correctionnel***

Les programmes en milieu correctionnel sont directement inspirés de ceux offerts en milieu communautaire, mais adaptés à cet environnement spécifique. Au Canada, pour combattre la violence, il s'agit par exemple de programmes de thérapies de groupe hebdomadaires, offerts en prison. De même, des programmes intensifs sont conçus pour amener les changements chez les hommes violents. D'autres programmes sont développés spécifiquement à l'intention des conjoints violents qui se retrouvent incarcérés dans les établissements fédéraux.

## **Conclusion**

---

Même si ces programmes de traitement sont dispensés dans un contexte particulier qui est celui des pénitenciers, il reste que les modalités, la philosophie et les comportements qu'ils visent à modifier sont relativement semblables à ceux envisagées par le programme intensif d'Après-Coup. C'est l'environnement qui est différent et peut-être aussi la motivation des participants à ces programmes.

Aux États-Unis, cette fois-ci, un des traitements les plus fréquents est le ITC (In-Prison Therapeutic Community), directement inspiré de l'approche des communautés thérapeutiques traditionnelles. Les *In-Prison Therapeutic Community* diffèrent quant à leur degré d'adhérence aux procédures et traitements traditionnels de la communauté thérapeutique, en limitant plus ou moins le rôle des pairs "leaders" et en optant plutôt pour du personnel clinique qualifié. Les ITC sont aussi, en général, d'une durée plus courte que les communautés thérapeutiques offertes dans la communauté, soit entre six et douze mois. À nouveau, ces programmes offrent aux détenus un traitement de plusieurs mois, généralement accompagné d'un suivi dans la communauté. Dans ce contexte, le Transitional Therapeutic Community (TTC soit une thérapie offerte dans la communauté) joue un rôle tampon entre l'isolement institutionnel et la réintégration dans le milieu, évitant une transition trop abrupte et favorisant la réinsertion tout en maintenant un environnement semi-structuré. En ce sens, ces programmes sont comparables à celui offert aux hommes par Après-Coup, en combinant une première phase de traitement fermée, selon l'approche milieu, suivie par une seconde phase de thérapie de groupe externe.

Peu importe qu'il s'agisse d'un programme offert aux hommes violents ou aux personnes toxicomanes, en communauté thérapeutique, en milieu communautaire ou carcéral, pour qu'un traitement réussisse, il faut aussi que les personnes soient motivées au changement. En effet, les individus changent le jour où eux décident de changer.

## **Limites méthodologiques**

Même si la plupart des recherches évaluatives rapportent des résultats positifs importants, et ce tant dans le domaine de la violence conjugale que dans le cadre de problématiques autres,

il apparaît nécessaire de considérer leurs résultats avec une certaine prudence. En effet, certaines études comportent des limites méthodologiques non négligeables qui coïncident avec celles soulevées par Dobash, Dobash, Cavanagh et Lewis, (2000).

Il s'agit tout d'abord de la taille des échantillons, souvent trop restreinte, rendant difficile la généralisation des résultats obtenus. La question du groupe contrôle a également tendance à poser problème, soit par son absence ou encore par sa composition qui ne se compare pas au groupe de traitement. Une limite de certaines études est l'absence de pré et de post-test. En conséquence, les résultats obtenus sont difficilement attribuables au traitement uniquement. Enfin, en ce qui concerne plus spécifiquement les études en violence conjugale, la lacune majeure est constituée par le fait que l'évaluation du programme est, presque toujours, effectuée uniquement auprès des hommes ou des employés. En effet, souvent les chercheurs ne consultent pas les conjointes afin d'obtenir leur perception des effets du traitement, ce qui semble être une limite importante, puisqu'elles sont directement concernées par la violence exercée au sein du couple. En conclusion, les recherches ultérieures devraient pallier à ces lacunes afin d'améliorer la qualité des évaluations des programmes et, par conséquent, de perfectionner les traitements eux-mêmes.

## RÉFÉRENCES



- Bell, D.C., Williams, M.L., Nelson, R. et Spence, R.T. (1994). An experimental test of retention in residential and outpatient programs. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, (20), 331-340.
- Brekke, J. S. (1989). The use of orientation groups to engage hard-to-reach clients, model, method and evaluation. *Social Work with Groups*, 12(2), 75-88.
- Breton, M. (1985) Reaching and engaging people, Issues and practice principles. *Social Work with groups*, 8(3), 7-23.
- Burdsal, C., Force, R.C. et Klingsporn, M.J. (1990). Treatment effectiveness in young male offenders. *Residential Treatment for Children et Youth*, 7(2), 1989, 75-88. (The Harworth Press, Inc).
- Chan, M., Sorensen, J.L., Guydish, J., Tajina, B. et Acampa, A. (1997). Client satisfaction with drug abuse day treatment versus residential care. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 367-377.
- De Leon, G. (1990). Aftercare in therapeutic communities. *International Journal of the Addictions*, 25(9A-10A), 1225-1237.
- De Leon, G. (1994). The therapeutic community : Toward a general model. *Therapeutic community, Advances in research and application*. 16-53. Washington, DC. US Government Printing Office, NIDA Research Monograph 144.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community – Theory, Model and Method*. Springer Publishing Company, Inc. New-York, 452 p.
- Dobash, R.E., Dobash, R.P., Cavanagh, K. et Lewis, R. (2000). *Changing Violent Men*. Sage Series on Violence Against Women. Sage Publications, Inc. 210 pages.
- Dulac, G. (1997). Les demandes d'aide des hommes, Montréal, AIDRAH Centre d'études appliquées sur la famille.
- Edleson, J. et Syers, M. (1990). Relative effectiveness of group treatments for men who batter. *Social Work Research et Abstracts*, 26(2), June 1990, 10-17.
- Feazell, C.S., Mayers, R.S. et Deschner, J. (1984). Services for men who batter : Implications for programs and policies. *Family Relations*, 33, 217-223.
- Finn, J. (1985). Men's domestic violence treatment groups : A statewide survey. *Social Work with Groups*, 8(3), 81-94.
- Gelles, R.J. (1980). Violence in the family : A review of research in the seventies. *Journal of Marriage and the Family*, 42, (November), 873-885.

- Gondolf, E. W. (1990). An exploratory survey of court-mandated batterer programs. *Response to Victimization of Women and Children*, 13(3), 7-11.
- Good, A.E., Delle, D.M. et Mintz, L.B. (1989). Male role and gender role conflict : Relations to help seeking in men, *Journal of Counseling Psychology*, vol. 36(3), 295-300.
- Hamby, S.L. (1988). Partner violence : Prevention and intervention. *Partner Violence : Jasinski, J. L. et Williams L. M. (eds). A Comprehensive review of 20 years of research.*210-258.
- Hart, B.J. (1990). *Domestic Violence Intervention System : A Model for Response to Woman Abuse*. (Available from B. J. Hart : [justpro@aol.com](mailto:justpro@aol.com)).
- Hartford, M. (1980). The use of group methods for work with the Aged, dans Birren, J.E. et Sloane R.B. (eds). *Handbook of mental health and aging*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall.
- Hiller, M.Knight, K. et Simpson, D. (1999). Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction*, 94(6), 833-842.
- Hser, Y.-I., Hoshi, V., Maglione, M., Chou, C.-P. et Anglin, M.D. (2001). Effects of program and patient characteristics on retention of drug treatment patients. *Evaluation of Program Planning*, 24(4), 331-341.
- Jackson, M. et Garvin, D. (1995). *Coordinated community action model*. (Available from the Domestic Violence Institute of Michigan, P.O. Box 130107, Ann Arbor, MI 481130-0107).
- Lemire, G., Rondeau, G., Brochu, S., Schneeberger, P. et Brodeur, N. (1996). Les programmes de traitement pour hommes violents: du communautaire au correctionnel. *Revue Canadienne de Criminologie*, 33-59.
- Motiuk, L., Smiley, C. et Blanchette, K. (1996). Intensive programming for violent offenders : A comparative investigation. *Forum on Corrections Research*, (8)3, 10-12.
- Motiuk, L.L., Belcourt, R.L. et Nafekh, M. (1997). *Recidivism among federal offenders : A three-year follow-up*. Ottawa, Correctional Service Canada.
- Nielsen, A.L. et Scarpitti, F.R. (1997). Changing the behavior of substance abusers : Factors influencing the effectiveness of therapeutic communities. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 279-298.
- Openheimer, A. et Johnson, R. (1981). Weekend camps - intensive treatment of child abusers. *National Association of Social Work*, 13-15.

- Ouellet, F., Lindsay, J. et St-Jacques, M.-C. (1993). *Évaluation de l'efficacité d'un programme de traitement pour conjoints violents*. Centre de recherche sur les services communautaires. Québec, Université Laval.
- Piper Deschesnes, E. et Greenwood, P.W. (1998). Alternative placements for juvenile offenders : results from the evaluation of the Nokomis Challenge Program. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 35(3). August, 267-294.
- Prendergast, M., Farabee, D. et Cartier, J. (2001). The impact of In-Prison-Therapeutic-Community Programs of prison management. *Journal of Offender Rehabilitation*, 32(3), 63-78.
- Rawlinson, D. (1995). Supportive functions of the community meeting. *Therapeutic Communities*, 16(4), 269-272.
- Rondeau, G. (1989). *Les programmes québécois d'aide aux conjoints violents : Rapport sur seize organismes existants au Québec*. Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Rondeau, G., Brochu S. et Lemire G. (1994). *Examen des publications portant sur les programmes de traitement à l'intention des hommes qui se montrent violents dans leurs rapports familiaux*. Montréal, Unité de recherche correctionnelle, Centre international de criminologie comparée (CICC), Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF).
- Rondeau, G., Brochu, S., Lemire, G., Brodeur, N. et Schneeberger, P. (1997). Treating conjugal violence in prison settings : Guidelines for program implementation. *Journal of Offender Rehabilitation*, 24(3/4), 117-133.
- Rondeau, G., Lindsay, J., Beaudoin, G. et Brodeur, N. (1997), Les dimensions éthiques associées à l'intervention auprès des conjoints violents, Montréal, CRI-VIFF, Collection Études et analyses, no. 5, 165 p.
- Rondeau, G., Brochu, S., Lemire, G. et Brodeur, N. (1999). *La persévérance des conjoints violents dans les programmes de traitement qui leur sont proposés*. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF), Collection Études et analyses, numéro 7.
- Rondeau, G., Brodeur, N. et Boisvert, R. (2002). *Évaluation du programme intensif de traitement pour conjoints violents offert par l'organisme Après-Coup. Premier volet*. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes. Montréal, Université de Montréal.
- Rosenbaum, A. (1986). Group treatment for abusive men : Process and outcome. *Psychotherapy*, 23(4), 607-612.

- Rosenbaum, A. et Maiuro, R. D. (1989). Eclectic approaches in working with men who batter, dans Caesar, P. et Hamberger, L.K. *Treating Men Who Batter : Theory, Practice and Programs*. 165-195.
- Saunders, D.G. (1984). Helping husbands who batter. *Social Casework*, 65, 347-353.
- Service correctionnel du Canada. (1999). *Programme de prévention de la violence. Description du programme*. Service correctionnel du Canada, Division des programmes de réinsertion.
- Simpson, D.D., Joe, G.W., Broome, K.M., Hiller, M., Knight, K. et Rowanszal, G.A. (1997). Program diversity and treatment retention rates in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 279-293.
- Stahler, G. J., Shipley Jr., Thomans F., Bartlet, D., DuCette, J. P. et Shandler, I. W. (1995). Evaluating alternative treatments for homeless substance-abusing men : Outcomes and predictors of success. The effectiveness of social interventions for homeless substance abusers. *Journal of Addictive Diseases*, (14)4, 151-167.
- Stewart, L., Hill, J. (2000). *Programme de traitement intensif en violence familiale*. Service correctionnel du Canada..
- Stewart, L., Gabora, N. et Hill, J. (2001). *Programme d'intensité modérée de prévention de la violence familiale*. Service correctionnel du Canada.
- Tolman, R. M. et Bhosley, G. (1990). A comparison of two types of pre-group preparation for men who batter. *Journal of Social Service Research*, 13(2), 33-43.
- Waldo, M. (1987). Also victims : Understanding and treating men arrested for spouse abuse. *Journal of Counseling and Development*, 65(7), 385-388.
- Wexler, H.K. (1995). The success of therapeutic communities for substance abusers in american prisons. *Journal of Psychoactive Drugs*, (27), 57-66.
- Wexler, H.K., De Leon, G., Kressel, D. et Peters, J. (1999). The Amity Prison TC evaluation : reincarceration outcomes. *Criminal Justice and Behavior*. (in press).
- Wood, Goldberg. G. et Middleman, R. R. (1992). Re-Casting the Die : A small group approach to giving batterers a chance of change. *Social Work with Groups*, 15(1), 5-18.
- Yazar, R. (2001). The Violence Prevention Program : Intensive correctional treatment. *Corrections Today*, 63(2), 102-107.