



# L'APPLICATION DU MODÈLE RISQUE-BESOINS- RÉCEPTIVITÉ (RBR) EN DÉLINQUANCE SEXUELLE

Jo-Annie Spearson Goulet (Ph.D., UQAM)

Julie Carpentier, (Ph.D., UQTR)

6 octobre 2022

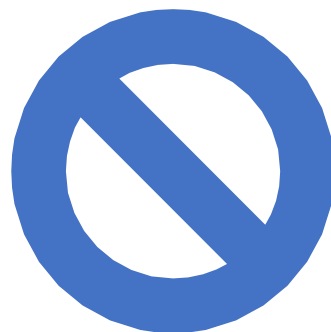


Regroupement des **Intervenants**  
en matière d'agression sexuelle  
[www.rimas.qc.ca](http://www.rimas.qc.ca)

# PLAN DE LA PRÉSENTATION

1. Pourquoi une formation le modèle RBR en délinquance sexuelle
2. Le modèle RBR
  1. Bref historique du modèle
  2. Ce que c'est, ce que ce n'est pas
  3. Présentation du modèle
  4. Efficacité selon l'adhérence aux principes
  5. Limites/critiques du modèle

# AVERTISSEMENT ET MISE EN CONTEXTE

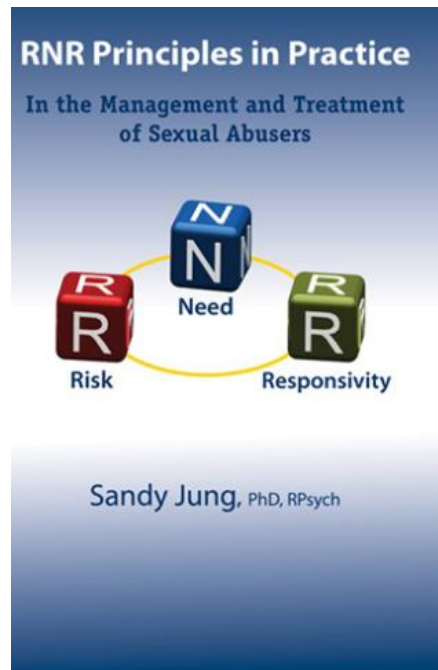
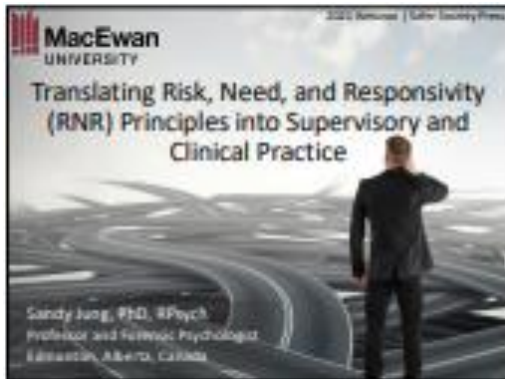


Aucun conflit d'intérêts à déclarer



Projet de recherche DSQ-RIMAS  
développé à partir du modèle RBR

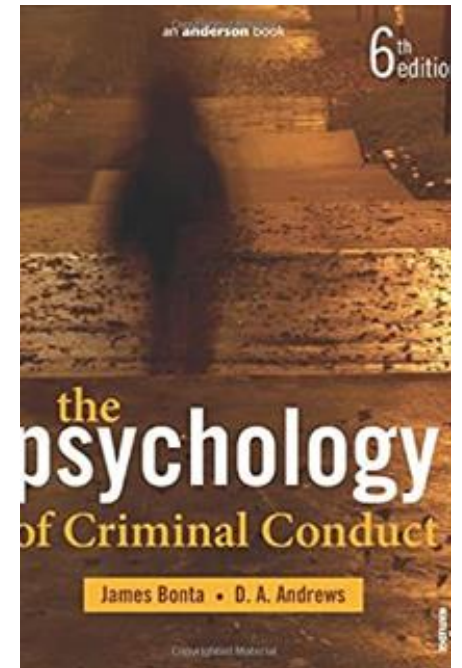
# CETTE FORMATION EST PRINCIPALEMENT BASÉE SUR ...



## How Well Does My Program Align with Best Practices?

Association for the Treatment of Sexual Abusers  
40th Annual Research and Treatment Conference  
September 28 - October 1, 2021

Robert J. McGrath, M.A.  
McGrath Psychological Services, P. C.  
[www.robertmcgrath.us](http://www.robertmcgrath.us)  
Copyright © 2021 Robert McGrath



# POURQUOI UNE FORMATION SUR LE MODÈLE RBR EN DÉLINQUANCE SEXUELLE ?

# UN MODÈLE SUPPORTÉ PAR LA RECHERCHE...

- Modèle d'intervention correctionnel, soutenu par la recherche, qui a aussi fait ses preuves :
  - en communauté
  - avec clientèles spécifiques
    - Jeunes auteurs de délits (Vieira, Skilling et Peterson-Badali, 2009)
    - Auteurs de délits sexuels (Hanson, Bourgon, Helmus, et Hodgson, 2009)
    - Auteurs de violence conjugale (Stewart, Gabora, Kropp et Lee, 2014)
    - Etc.
- Modèle particulièrement intéressant dans le contexte de ressources limitées.

# GUIDES DE PRATIQUES DE L'ASSOCIATION FOR THE TREATMENT OF SEXUAL ABUSERS (ATSA)

## Principaux fondements théoriques et empiriques

1. Pratique fondée sur les preuves (evidence based practice)
2. Modèle fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité (RBR) (Andrews, Bonta, et Hodge, 1990; Bonta et Andrews, 2007)

### Principe du risque

- QUI traiter
- À QUI offrir le plus de services

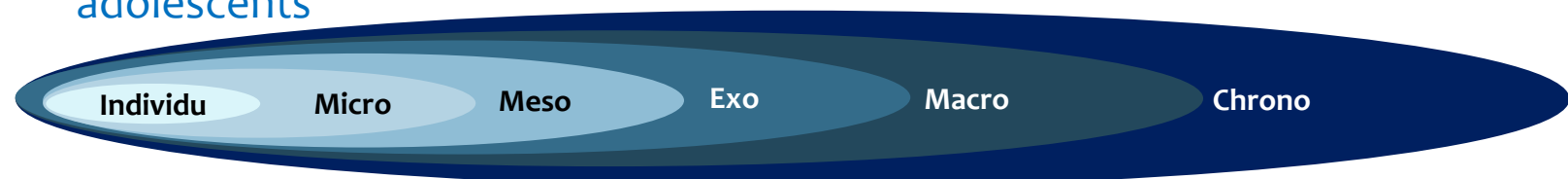
### Principe des besoins

- QUOI traiter

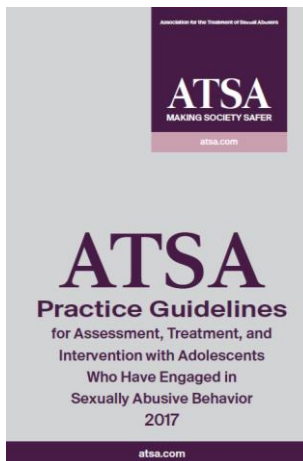
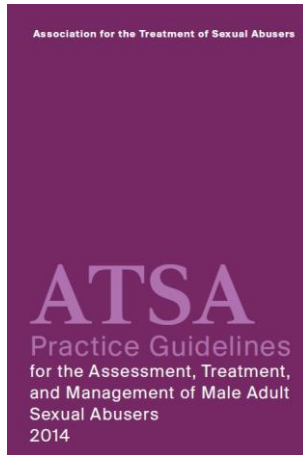
### Principe de la réceptivité

- COMMENT traiter

3. Modèle socio-écologique ou bioécologique (Bronfenbrenner, 1979) \*\*\*Pour les adolescents



4. Hétérogénéité
5. Facteurs de risques, besoins et circonstances de vie changent/évoluent



# BREF HISTORIQUE DU MODÈLE

(Bonta et Andrews, 2017; Jung, 2017)



# 2.1 HISTORIQUE

## CLASSIFICATION FOR EFFECTIVE REHABILITATION Rediscovering Psychology

D. A. ANDREWS  
Carleton University  
JAMES BONTA  
Ottawa-Carleton Detention Centre  
R. D. HOGG  
Carleton University

Four principles of classification for effective rehabilitation are reviewed: risk, need, responsibility, and professional override. Many examples of Case x Treatment interactions are presented to illustrate the principles.

Principles of classification for rehabilitation describe how particular classes of offenders may be linked with particular classes of discretionary service so that effectiveness of service is enhanced. "Effectiveness" has to do with achieving reductions in recidivism, "classes of offenders" refers to preservice differentiations based on the person and circumstances of offenders, and "discretionary service" refers to direct correctional service such as supervision, counseling, training, and treatment. The purpose of this article is to review four

## THE RISK-NEED-RESPONSIVITY (RNR) MODEL

### Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention?

D. A. ANDREWS  
Carleton University  
JAMES BONTA  
Public Safety Canada  
J. STEPHEN WORMITH  
University of Saskatchewan

The risk-need-responsivity (RNR) model has been widely regarded as the premier model for guiding offender assessment and treatment. The RNR model underlies some of the most widely used risk-needs offender assessment instruments, and it is the only theoretical model that has been used to interpret the offender treatment literature. Recently, the good lives model (GLM) has been proposed as an alternative and enhancement to RNR. GLM sets itself apart from RNR by its positive, strength-based, and restorative model of rehabilitation. In addition, GLM hypothesizes that enhancing personal fulfillment will lead naturally to reductions in criminogenic needs, whereas RNR posits the reverse direction. In this article the authors respond to GLM's criticisms of RNR and conclude that little substance is added by GLM that is not already included in RNR, although proponents of RNR may learn from the popular appeal that GLM, with its positive, strength-based focus, has generated from clinicians over the past decade.

**Keywords:** risk-need-responsivity (RNR); good lives model; offender rehabilitation

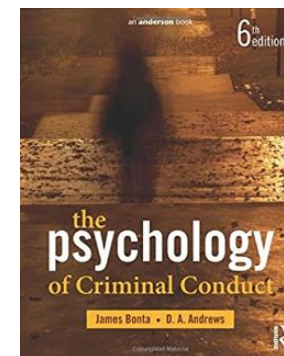
Approche punitive



### What works? —questions and answers about prison reform

ROBERT MARTINSON

In the past several years, American prisons have gone through one of their recurrent periods of strikes, riots, and other disturbances. Simultaneously, and in consequence, the articulate public has entered another one of its sporadic fits of attentiveness to the condition of our prisons and to the perennial questions they pose about the nature of crime and the uses of punishment. The result has been a widespread call for "prison reform," i.e., for "reformed" prisons which will produce "reformed" convicts. Such calls are a familiar feature of American prison history. American prisons, perhaps more than those of any other country, have stood or fallen in public esteem according to their ability to



# CE QUE C'EST, CE QUE CE N'EST PAS

(Jung, 2017)

# MODÈLE RBR – CE QUE C’EST ET CE QUE CE N’EST PAS (Jung, 2017)

 Théorie du comportement criminel qui comprend 3 principes de base, qui sont utilisés pour guider l'intervention efficace auprès d'auteurs de délits, y compris des auteurs d'infractions sexuelles.

## Principe du risque

- QUI traiter
- À QUI offrir le plus de services

## Principe des besoins

- QUOI traiter

## Principe de la réceptivité

- COMMENT traiter



Une modalité/approche thérapeutique



Cadre/structure pour la prise en charge

# PRÉSENTATION DU MODÈLE RBR - MODÈLE FONDÉ SUR LES PRINCIPES DU RISQUE, DES BESOINS ET DE LA RÉCEPTIVITÉ APPLIQUÉE À LA DÉLINQUANCE SEXUELLE

(Andrews, Bonta, et Hodge, 1990; Bonta et Andrews, 2007; Bonta et Andrews, 2017; Jung, 2017)

# MODÈLE RBR – PRÉSENTATION (Bonta et Andrews, 2007, 2010, 2017)

- Idée sous-jacente au modèle:
  - Le changement est un aspect important de la vie et il est possible chez les personnes qui ont commises des délits.
  - La modification du comportement peut être facilitée par des interventions pertinentes.
  - L'évaluation du risque, des facteurs criminogènes et de la réceptivité jouent tous un rôle important dans le traitement efficace des personnes qui ont commises des délits.
    - Bonne évaluation → préalable à toute intervention

# MODÈLE RBR – PRÉSENTATION (Bonta et Andrews, 2017)

## Les principes généraux

1. Respect de la personne et du contexte normatif
2. Théorie psychologique
3. Amélioration générale des services de prévention du crime

## Les principes cliniques fondamentaux

4. Introduire un service humain
5. Risque
6. Besoins
7. Réceptivité générale
8. Réceptivité spécifique
9. Envergure (multimodale)
10. Forces

11. Évaluation structurée:

12. Dérogation professionnelle

## Principes organisationnels : cadre, dotation en personnel et gestion

13. Offert en communauté

14. Compétences fondamentales des intervenants

15. Gestion

# MODÈLE RBR: I – PRINCIPE DU RISQUE (Bonta et Andrews, 2007, 2017; Jung, 2017)

## Principe du risque

- QUI traiter
- À QUI offrir le plus de services

1. Prédiction  
(Évaluation du niveau de risque)
2. Appariement  
(*matching*)

- Adapter l'intensité des services au niveau de risque de récidive de l'individu.
  - Les individus ne nécessitent pas tous le même niveau d'intervention pour réduire la probabilité de récidive. Il est donc nécessaire de disposer de moyens fiables pour différencier les individus à faible risque de ceux à risque plus élevé afin d'offrir à tous les services appropriés.

# MODÈLE RBR: I – PRINCIPE DU RISQUE (Bonta et Andrews, 2007, 2017)

## 1<sup>ère</sup> composante: Prédiction (Évaluation du niveau de risque)

- Experts doivent se prononcer sur la **probabilité de récidive** de l'évalué en fonction d'un ensemble de variables préalablement connues (Brouillette-Alarie et Hanson, 2017) , dans une période de temps donnée (Leith et al., 2013).
- Évaluation du risque de récidive → reconnue comme une étape essentielle en amont (et en aval) de toute intervention
- Pour se faire, utiliser des instruments de mesure validés et standardisés.
- Permet :
  - Plus grande objectivité de la part de l'évaluateur
  - Moins d'écart entre le jugement des évaluateurs
  - Utilisation d'un langage commun
    - Risque faible, modéré, élevé



# FACTEURS DE RISQUE

- L'évaluation du risque de récidive se fait à l'aide de facteurs de risque.
- **Facteurs de risque** = caractéristiques actuelles ou passées qui augmentent la probabilité de récidive
- Différentes catégories de facteurs de risque :

## 1. Facteurs statiques

- De nature historique
- Impossible de les modifier.
- Suggèrent risque à long-terme (Static-99)

## 2. Facteurs dynamiques

- Aussi nommés « besoins criminogènes »
- Caractéristiques modifiables, associées au risque de récidive

### 2.1 Facteurs dynamiques stables

- Facteurs relativement stables, mais pouvant être modifiés par des interventions ciblées.
- Associés à la dynamique de l'individu (fonctionnement au quotidien).
- Associés au risque à court et moyen terme et qui devraient constituer des cibles d'intervention (Stable, 2007).

### 2.2 Facteurs dynamiques aigus

- Facteurs pouvant changer rapidement en fonction de conditions intra personnelles ou environnementales.
- Associés à récidive sexuelle imminente.
- Nécessite l'application immédiate de mesures préventives.

# MÉTHODES D'ÉVALUATION DU RISQUE

	Méthodes d'évaluation du risque	Exemples d'outils
1 <sup>ère</sup> génération	Jugement professionnel	N/A
2 <sup>e</sup> génération	Méthode actuarielle basée sur les facteurs statiques	Static-99 VRAG SORAG
3 <sup>e</sup> génération	Échelles du risque et des besoins	Static-99 + Stable 2007 J-SOAP II*
4 <sup>e</sup> génération	Outils qui intègrent la gestion de cas à l'évaluation des risques et des besoins	LS/CMI 2.0 et YLS/CMI
3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> génération	Outils d'évaluation structurée du risque	ERASOR SAVRY HCR-20/SVR-20 SAPROF et SAPROF-YV START et START-AV

# MODÈLE RBR: I – PRINCIPE DU RISQUE (Bonta & Andrews, 2007, 2010; Carpentier et Arsenault, 2022)

## 2e composante: Appariement (matching)

- Déterminer le niveau de services approprié qui permettra de prévenir le plus efficacement la récidive
- L'intensité des services offert devrait être proportionnelle au niveau de risque de récidive
  - Délinquants à risque élevé → interventions intensives → récidivent - que ceux qui bénéficient d'interventions minimales
  - Délinquants à faible risque → interventions intensives → récidivent + que ceux qui bénéficient d'interventions minimales

Bon dosage = plus efficaces

# MODÈLE RBR: I – PRINCIPE DU RISQUE (Bonta et Andrews, 2007, 2017; Carpentier et Arsenault, 2022)

## Questions importantes :

- Comment bien évaluer le risque ?
  - Avec des outils d'évaluation validés de 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> génération, qui regroupent à la fois des facteurs statiques et dynamiques (voir tableau plus loin).
  
- Comment déterminer concrètement l'intensité des services à offrir?
  - Tenir compte (tous les services confondus) :
    - Nombre d'heures totales d'interventions par semaine,
    - Fréquence des rencontres,
    - Durée de l'épisode de services
    - Nature des services dispensés (étroitement lié à l'évaluation des besoins criminogènes)
    - Type d'établissement où sont offerts les services

**\*Application clinique demeure difficile puisqu'il existe actuellement peu de lignes directrices concernant l'opérationnalisation concrète d'une intervention d'intensité élevée, moyenne ou faible.**

Table 1: Five-Level Risk and Needs System

LEVEL	CRIMINOGENIC NEEDS	PROFILE AND 2-YEAR RECIDIVISM RATE WITHOUT INTERVENTION	SUPERVISION DOSE	CORRECTIONAL TREATMENT DOSE	TREATMENT EFFECT	PROGNOSIS FOLLOWING INTERVENTION
I	None or few – if any, mild and/or transitory	Non-offending profile: similar to people with no criminal record Average = 3% Range = less than 5%	Minimal or no monitoring	None – if needed, refer to community services	Risk so low that it will not be reduced further	Excellent, will stay in Level I
II	A few – some mild and transitory, or possibly acute	Vulnerable prosocial profile: higher risk than non-offending profile but lower than average Average = 19% Range = 5%–29%	Some – monitor for compliance, provide some change-focused interventions	Minimal – if any, very short term, refer to community services if needed	Risk so low that intervention can only have a minor impact	Very good, most move from Level II to I
III	Multiple – some severe	Average offending profile: the middle of the risk and needs distribution Average = 40% Range = 30%–49%	Considerable – monitor for compliance and provide change-focused interventions	Significant – 100–200 hours	Intervention impact is significant and can meaningfully reduce reoffending	Good, many will move from Level III to II
IV	Multiple – some chronic and severe	Persistent offending profile: chronic and lengthy involvement in crime Average = 65% Range = 50%–84%	Intensive – monitor for safety and compliance, provide change-focused interventions	Very significant – 200–300 hours	Intervention impact can be significant but reduction will not quickly result in the lowest levels of risk	Improvement, some will move from Level IV to III, and as low as II after a significant period of time (i.e., 10+ years)
V	Multiple – chronic, severe, and entrenched, likely across psychological, interpersonal, and lifestyle domains	Entrenched criminal profile: virtually certain to reoffend Average = 90% Range = 85% or higher	Very intensive – monitor for safety and compliance, provide long-term and intensive change-focused interventions	Extensive – well over 300 hours, provided over years	Intervention can have an impact but initial risk so high that emphasis is on treatment readiness and behavioral management	Initial risk so high that reoffending will still be above average, some will move to Level IV or III, possibly as low as II in advanced age

Tiré de : Hanson et al. (2017) A Five-Level Risk and Needs System: Maximizing Assessment Results in Corrections through the Development of a Common Language

<https://csgjusticecenter.org/publications/a-five-level-risk-and-needs-system-maximizing-assessment-results-in-corrections-through-the-development-of-a-common-language/>

Tiré de : McGrath (2021) How Well Does My Program Align with Best Practices? Association for the Treatment of Sexual Abusers 40th Annual Research and Treatment Conference.

## Treatment and Supervision Dose Five-Level Risk and Needs System

Level	Risk and Needs	Treatment Dose	Supervision Dose
I	<b>Very low risk.</b> Similar to people with non-sex offending history. < 2% after 5 yrs. No/few needs.	None to minimal. May refer community services.	Minimal monitoring. Broker services.
II	<b>Below average risk.</b> A few needs. Some mild and transitory, or possibly acute.	If any, short. May refer community services.	Some. Monitor for compliance. Provide some change focused interventions
III	<b>Average risk.</b> In the middle of the risk distribution. Multiple needs. Some severe.	Significant. 100-200 hours.	Considerable. Monitor for compliance and provide change-focused interventions
IVa	<b>Above average risk.</b> 2x Level III. Persistent offending. Multiple needs. Some chronic & severe.	Very significant. 200-300 hours.	Intensive. Monitor for safety compliance. Provide change-focused interventions
IVb	<b>Well above average risk.</b> 3-4x Level III. Top 5–10% of risk distribution. Chronic, severe, and entrenched multiple needs.	Very significant. 200-300+ hours.	Very intensive. Monitor for safety and compliance. Provide long-term and intensive change-focused interventions

## MAIS ALORS, QUI TRAITER ? (Jung, 2021)

**Plusieurs spécialistes (ex. Jung) recommandent de traiter uniquement les niveaux de risque élevé et modéré.**

- Pour ce qui est du traitement des faibles risque :
  - Les services devraient être réduits au minimum
  - Si traitement, les séparer des niveaux de risque plus élevé
  - Souvent leurs besoins sont non criminogènes (p. ex. anxiété, dépression, etc.)

# MODÈLE RBR: 2 – PRINCIPE DES BESOINS (Bonta et Andrews, 2007, 2017; Jung, 2017)

## Principe des besoins

### • QUOI traiter

1. Identifier les besoins criminogènes
2. Déterminer comment les cibler efficacement

## 2. Le principe des besoins :

- Évaluer les facteurs criminogènes (facteurs de risque dynamiques) et les cibler dans le traitement.
  - Conception/idées:
    - Les auteurs d'infractions peuvent avoir de nombreux besoins nécessitant un traitement, mais ces besoins n'ont pas tous un lien avec leur comportement criminel.
    - Il faut cibler principalement les facteurs criminogènes afin d'intervenir sur ceux-ci.
      - ➔ C'est ce que l'évaluation nous permet de faire.

\*\*\*Il faut tout de même prendre en compte les besoins non criminogènes



# MODÈLE RBR: 2 – PRINCIPE DES BESOINS (Bonta et Andrews, 2007)

## 7 principaux facteurs de risque et de besoin (besoins criminogènes) : Récidive générale

Principaux facteurs (besoins criminogènes)	Indicateurs	
Personnalité antisociale	Impulsivité, recherche aventureuse du plaisir, énergie agressive fébrile et irritabilité	Big four
Attitudes procriminelles	Rationalisations de la criminalité, attitudes négatives à l'égard de la loi	
Soutien social de la criminalité	Amis criminels, à l'écart des personnes prosociales	
Toxicomanie	Abus d'alcool et/ou de drogues	Moderate four
Relations familiales/conjugales	Surveillance parentale et discipline déficientes, piètres relations familiales	
École/travail	Piètre rendement, faibles niveaux de satisfaction	
Activités récréatives prosociales	Absence de participation aux activités récréatives et de loisirs prosociales	

# MODÈLE RBR: 2 – PRINCIPE DES BESOINS (Bonta et Andrews, 2007)

Quelques facteurs mineurs de risque et de besoin (besoins non criminogènes) : Récidive générale

Facteur mineurs (besoins non criminogènes)	Indicateurs
Estime de soi	Faible estime de soi et faible confiance en soi
Vagues sentiments de détresse personnelle	Anxiété, déprime
Trouble mental grave	Schizophrénie, maniaco-dépression
Santé physique	Malformation, carence nutritive

# MODÈLE RBR: 2 – PRINCIPE DES BESOINS

## Facteurs de risque et de besoin (besoins criminogènes) : Récidive sexuelle (ADULTES)

### Hanson et Morton-Bourgon (2005)

1. Intérêts sexuels déviants
2. Préoccupations sexuelles
3. Gestion des conflits dans la sphère de l'intimité

### Mann, Hanson et Thornton (2010)

1. Préoccupations sexuelles
2. Intérêts sexuels déviants
3. Croyances supportant l'agression sexuelle
4. Congruence émotionnelle avec les enfants
5. Manque d'intimité émotionnelle avec les adultes
6. Style de vie impulsif
7. Faible capacité de résolution de problèmes
8. Résistance face aux règles et à la supervision
9. Influences sociales négatives


### Cortoni et Vanderstukken (2017)

1. Problèmes d'autorégulation sexuelle
  - Intérêts sexuels déviants
  - Préoccupations sexuelles
  - Recours à la sexualité comme mécanisme d'adaptation
2. Difficultés interpersonnelles
  - Distorsions cognitives au sujet de l'agression sexuelle
  - Difficultés liées à l'intimité
  - Sentiment de solitude émotionnelle
  - Identification émotive aux enfants
  - Hostilité envers les femmes
3. Composantes antisociales
  - Fonctionnement socio-affectif problématique (ex. impulsivité, hostilité généralisée)
  - Fonctionnement social déficient (ex. instabilité de l'emploi)

# MODÈLE RBR: 2 – PRINCIPE DES BESOINS

**Faux facteurs de risques** (Facteurs non avérés qui étaient traditionnellement considérés comme étant prédicteurs de la récidive sexuelle) : **ADULTES** (Brouillette-Alarie et Hanson, 2017 ; Hanson et Bussière, 1998; Hanson et Morton-Bourgon, 2004, 2005; Mann et al., 2010)

- Avoir subi de la négligence ou de la violence sexuelle, physique ou psychologique, durant l'enfance
- Dénier/ minimisations des délits commis
- Faible estime de soi
- Dépression
- Anxiété
- Faibles habiletés sociales
- Trouble mental grave
- Faible motivation en début de traitement



Important de distinguer besoins criminogènes et besoins cliniques

# MODÈLE RBR: 2 – PRINCIPE DES BESOINS

## Facteurs de risque dynamiques de la récidive sexuelle (adolescents) (Carpentier et Martin, 2017)

- Beaucoup moins avancés que chez les adultes

**Jusqu'à présent, facteurs statiques semblent de meilleurs prédicteurs que les facteurs dynamiques** (Christiansen, et Vincent, 2013).

- Méta-analyse de McCann et Lussier (2008) :
  - Indices de déviance sexuelle (variable construite à partir de 8 variables dont 1 seule dynamique, soit intérêts sexuels déviants)
  - Indices d'antisocialité (psychopathie, trouble de la personnalité antisociale, comportement d'agressivité, manque de discipline, consommation de drogues + utilisation de menaces/armes pour commettre le crime)
- L'isolement social serait aussi un facteur de risque associé (Worling et Langström, 2006)

## Tableau résumé : Cibles de traitement criminogènes (adolescents auteurs d'agression sexuelle)

Sexualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intérêts sexuels</li> <li>Drive sexuelle et préoccupations sexuelles</li> <li>Autorégulation via la sexualité</li> <li>Attitudes et croyances concernant la sexualité et l'agression sexuelle</li> </ul>
Orientation et liens sociaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientation antisociale</li> <li>Attitudes et croyances antisociales</li> <li>Association aux pairs délinquants</li> </ul>
Capacité de régulation générale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problèmes de régulation</li> <li>Impulsivité</li> <li>Problèmes de comportement à l'école</li> <li>Abus de substances</li> <li>Difficultés de régulation émotionnelle</li> </ul>
Compétences sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relations sociales et intimes</li> <li>Isolement social</li> <li>Congruence émotionnelle avec les enfants</li> </ul>
Facteurs socio-écologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Famille et donneurs de soin</li> <li>Présence d'adultes offrant du support</li> <li>Communauté (liens et engagement)</li> </ul>

# MODÈLE RBR: 2 – PRINCIPE DES BESOINS

- Évaluer le risque ET les besoins criminogènes avec des outils d'évaluation standardisés et validés pour la clientèle

Adultes	Adolescents
STATIC-99 + STABLE 2007 + AIGU 2007	J-SOAP II
VRS-SO (Violence Risk Scale: Sexual Offenders)	ERASOR 2.0
SORAG (Sex offender risk appraisal guide)	SAVRY
SOTIPS (Sex Offender Treatment Intervention and Progress Scale)	YLS/CMI 2.0
SRA-FV (Structured Risk Assessment-Forensic Version)	START-AV
VRAG/VRAG-R (Violence risk appraisal guide-Revised)	PROFESOR*
START (Short time assessment of risk and treatability)	

# MODÈLE RBR: 2 – PRINCIPE DES BESOINS (Jung, 2017)

## Questions importantes :

1. Comment *adresser* efficacement les besoins criminogènes ?

 Éviter d'utiliser une approche one-size-fits-all

 Plutôt opter pour des programmes de traitement flexibles (ex. par modules).

 S'assurer que les programmes peuvent se développer et évoluer

Décision dépend largement des ressources disponibles:

- Nombre de cibles (breadth) + intensité du traitement permettant de les adresser (depth) dépend de la disponibilité des ressources (temps, nombre d'intervenants, locaux, etc.)

2. Comment structurer un programme pour qu'il adhère aux principes des besoins?

 Opter pour une formule groupe ouvert + modules

 Sélectionner des modules en lien avec les besoins criminogènes reconnus



## MODÈLE RBR: 2 – PRINCIPE DES BESOINS (Jung, 2017)

3. Dans quelle proportion doit-on cibler les besoins criminogènes versus non criminogènes

✓ Les facteurs criminogènes devraient représenter **plus de 50% du traitement**

- en termes de nombre d'objectifs
- en termes de temps consacré

(Bonta et Andrews, 2017; McGrath, 2021)

4. Pourquoi prendre en considération les besoins non criminogènes?

✓ Favoriser l'établissement d'une alliance thérapeutique

✓ Augmenter la motivation au traitement

✓ Diminuer les résistances

✓ Peuvent indirectement être liés aux comportements criminels (ou du moins en favoriser le maintien).

# MODÈLE RBR: 3 – PRINCIPE DE LA RÉCEPTIVITÉ

(Bonta et Andrews, 2007, 2017; Jung, 2017)

## Principe de la réceptivité

- COMMENT traiter

Réceptivité générale

Réceptivité spécifique

### 3. Le principe de la réceptivité :

- Optimiser la capacité de l'individu de tirer des enseignements d'une intervention réhabilitante en adaptant l'intervention à son style d'apprentissage, à sa motivation, à ses aptitudes et à ses points forts.

\*\*\*Les interventions doivent être élaborées dans l'optique d'accroître la motivation et à atténuer les obstacles à la participation au traitement.

# MODÈLE RBR: 3 – PRINCIPE DE LA RÉCEPTIVITÉ

(Bonta et Andrews, 2007, 2017; Jung, 2017)

## Réceptivité générale

- Interventions fondées sur des stratégies cognitives de l'apprentissage social sont les plus efficaces pour enseigner de nouveaux comportements.
  - 2 principes importants:
    - Principe de la relation
    - Principe de structuration
- Ce principe implique de la part des intervenants en délinquance sexuelle:
  - Adopter une bonne attitude
  - Être sensible aux enjeux quant à la motivation
  - Être formé, qualifié et suffisamment supervisé

# MODÈLE RBR: 3 – PRINCIPE DE LA RÉCEPTIVITÉ

(Bonta et Andrews, 2007, 2017; Jung, 2017)

- Approche cognitivo comportementale et ciblant l'apprentissage de nouveaux comportements
  - Renforcement
  - Modelage
  - Jeux de rôle
  - Développement des compétences
  - Modification des pensées et des émotions par la restructuration cognitive
  - Pratique répétée de nouveaux comportements alternatifs (prosociaux) dans différents contextes, notamment dans les situations à risque élevé de récidive

# MODÈLE RBR: 3 – PRINCIPE DE LA RÉCEPTIVITÉ

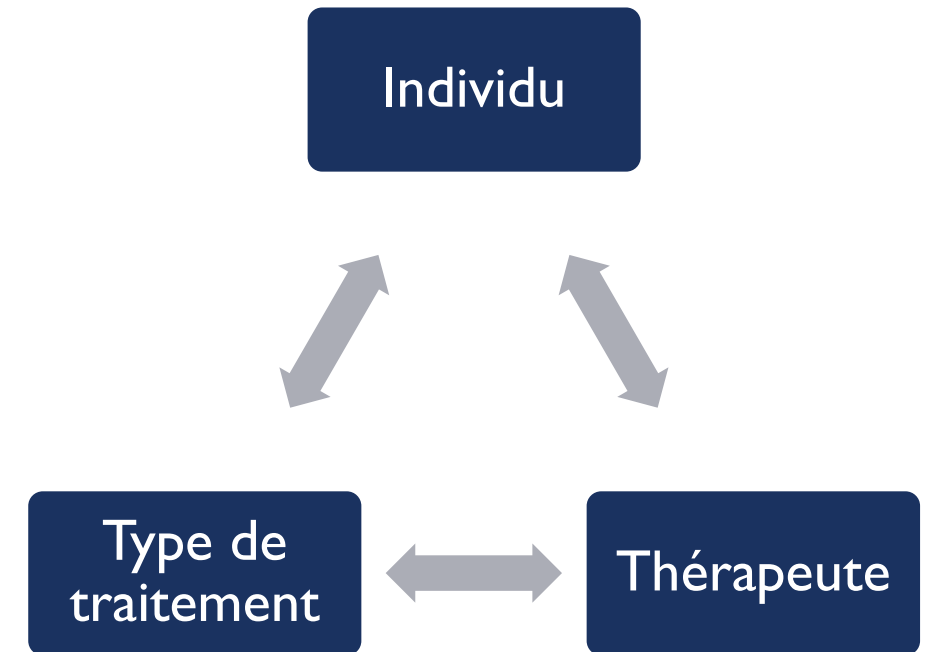
(Bonta et Andrews, 2007, 2010, 2017; Jung, 2017)

## Réceptivité spécifique:

- Le traitement doit tenir compte et être adapté aux caractéristiques personnelles de l'individu ainsi qu'aux facteurs d'ordre sociologique, biologique et liés à la personnalité.
- Tenir compte des forces

Ce principe implique de la part des intervenants en délinquance sexuelle:

- Connaissances approfondies de la délinquance sexuelle
- Expertise dans le Tx et l'accompagnement des clients à travers les phases de changement
- Être sensible et capable de s'adapter aux caractéristiques de la clientèle (ex. style d'apprentissage, capacité de lecture, capacités cognitives, aspects culturels, etc.)



(Tiré de : McGrath, 2021)

# MODÈLE RBR: 3 – PRINCIPE DE LA RÉCEPTIVITÉ

(Bonta et Andrews, 2007, 2017; Jung, 2017)

Exemples de facteurs de réceptivité spécifiques: (Bonta et Andrews, 2010, Looman et al., 2005; Olver et Wong, 2013)

Motivation

Déni

Capacités cognitives

Personnalité

Difficultés  
d'apprentissage

Différences culturelles

Variables  
socio-démographiques

# MODÈLE RBR: 3 – PRINCIPE DE LA RÉCEPTIVITÉ

(Bonta et Andrews, 2007, 2017; Jung, 2017)

## Comment évaluer la réceptivité spécifique ?

- Évaluation clinique
- Des outils d'évaluation peuvent être utilisés
  - Motivation au traitement (p.ex. MSI-II, Stage of change questionnaire)
  - Dénial/minimisation (p.ex. CID-SO, PSAS)
  - Personnalité (p.ex. MMPI, Big Five, PCL-R)
  - Problèmes de consommation de substances psychoactives (p.ex. IGT, DEP-ado)
  - Anxiété/dépression (p.ex. Inventaire de Beck)
  - Symptômes traumatiques (p.ex. TSCC-C)

\*\*\*Certains instruments d'évaluation du risque incluent des facteurs de réceptivité (p. ex. LS/CMI; VRS-SO)

# MODÈLE RBR: 3 – PRINCIPE DE LA RÉCEPTIVITÉ

(Jung, 2017)

## Comment intégrer le principe de réceptivité dans la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles ?

- Ajustement en fonction de l'évaluation
  - P. ex.:
    - Ajout de séances individuelles additionnelles
    - Collaboration avec des ressources externes
    - Modification programme ou modules
- Conserver une position d'humilité et d'ouverture
- S'assurer d'avoir un portrait actuel de notre clientèle
- S'assurer que le personnel clinique est compétent, formé et soutenu



# ADHÉRENCE: RÉCEPTIVITÉ GÉNÉRAL ET SPÉCIFIQUE (Jung, 2017)

Reproduction du tableau 4.1 Liste de contrôle de réceptivité générale et spécifique pour la vérification de l'adhésion au programme ou l'évaluation des besoins du client (Jung, 2017, p.63)

Stratégies de réceptivité générale	Facteurs de réceptivité spécifiques
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Approche cognitivo-behaviorale</li><li><input type="checkbox"/> Hautement structuré; but et tâches spécifiques</li><li><input type="checkbox"/> Manualisé</li><li><input type="checkbox"/> Offert de la façon qu'il a été conçu par son concepteur</li><li><input type="checkbox"/> Offert à l'intérieur d'une institution ou le personnel adhère aux idéaux de la réadaptation</li><li><input type="checkbox"/> Personnel formé, qualifié et suffisamment supervisé</li><li><input type="checkbox"/> Alliance thérapeutique établie systématiquement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Faible motivation au changement/ étape du changement</li><li><input type="checkbox"/> Dénier ou minimisation problématique</li><li><input type="checkbox"/> Retards développementaux</li><li><input type="checkbox"/> Troubles d'apprentissage</li><li><input type="checkbox"/> Pattern de personnalité<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Psychopathie</li><li><input type="checkbox"/> Limite</li><li><input type="checkbox"/> Autre</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> Préoccupations spécifiques à la culture</li><li><input type="checkbox"/> Démographiques (ex. femmes, adolescents)</li><li><input type="checkbox"/> Instabilité sur le plan de la santé mentale</li><li><input type="checkbox"/> Expériences précoces d'adversité</li><li><input type="checkbox"/> Dépendance ou abus de substance</li></ul>

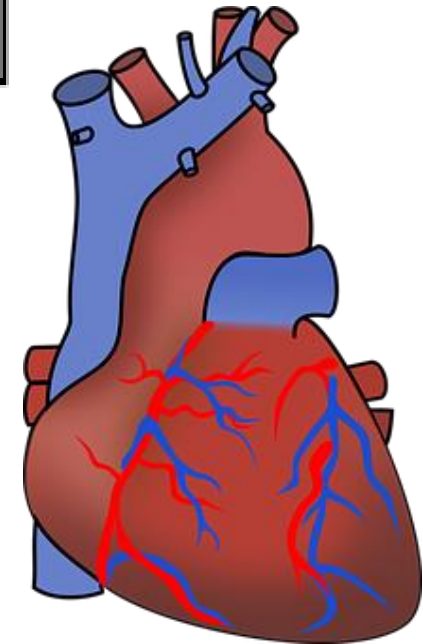
# EFFICACITÉ SELON L'ADHÉRENCE AUX PRINCIPES

# THE PRINCIPLES OF EFFECTIVE CORRECTIONAL TREATMENT ALSO APPLY TO SEXUAL OFFENDERS

## A Meta-Analysis

R. KARL HANSON  
GUY BOURGON  
LESLIE HELMUS  
SHANNON HODGSON

*Public Safety Canada*



---

The effectiveness of treatment for sexual offenders remains controversial, even though it is widely agreed that certain forms of human service interventions reduce the recidivism rates of general offenders. The current review examined whether the principles associated with effective treatments for general offenders (risk-need-responsivity; RNR) also apply to sexual offender treatment. Based on a meta-analysis of 23 recidivism outcome studies meeting basic criteria for study quality, the unweighted sexual and general recidivism rates for the treated sexual offenders were lower than the rates observed for the comparison groups (10.9%,  $n = 3,121$  vs. 19.2%,  $n = 3,625$  for sexual recidivism; 31.8%,  $n = 1,979$  vs. 48.3%,  $n = 2,822$  for any recidivism). Programs that adhered to the RNR principles showed the largest reductions in sexual and general recidivism. Given the consistency of the current findings with the general offender rehabilitation literature, the authors believe that the RNR principles should be a major consideration in the design and implementation of treatment programs for sexual offenders.

# Effet du traitement sur la récurrence sexuelle en fonction de l'adhérence aux principes du modèle RBR

Risque augmente

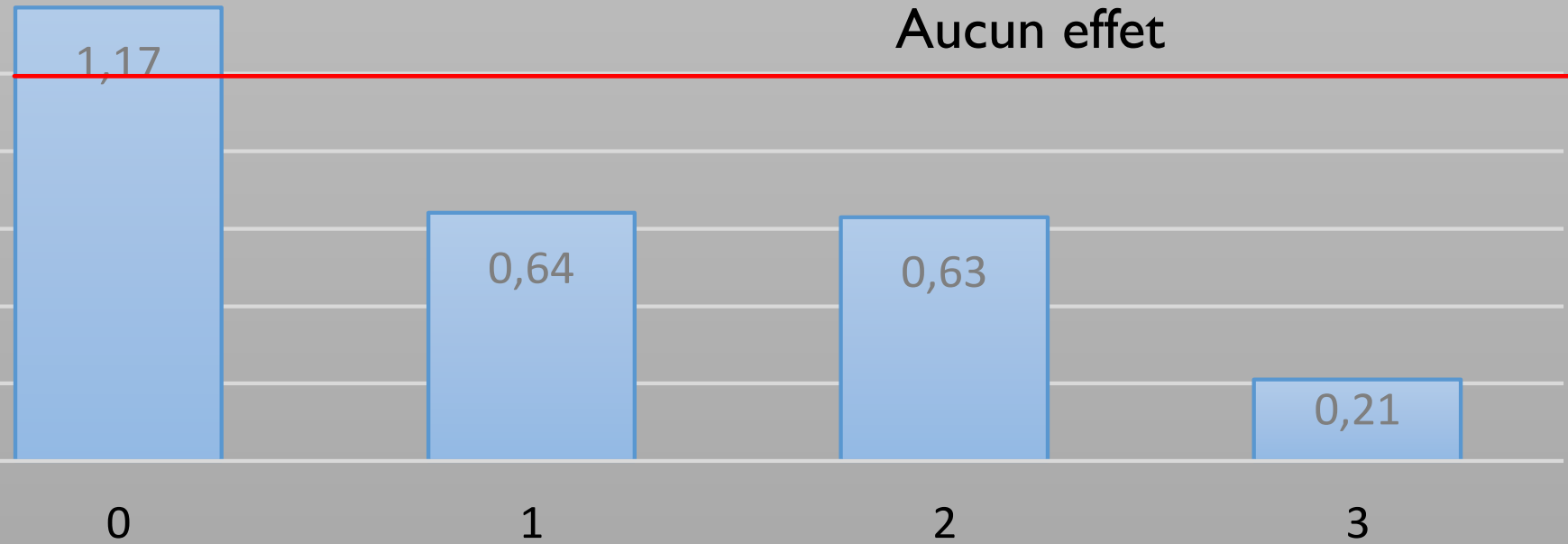


ODDS RATIO

1,4  
1,2  
1  
0,8  
0,6  
0,4  
0,2  
0

Risque diminue

Aucun effet



NOMBRE DE PRINCIPES RESPECTÉS

# LIMITES/CRITIQUES DU MODÈLE

## LIMITES/CRITIQUES DU MODÈLE

- Philosophie d'intervention « négative », axée sur la diminution des facteurs de risque plutôt que sur la promotion des facteurs de protection
- Finalité du modèle est centrée sur la prévention de la récidive, alors que d'autres visées pourraient favoriser le désistement de la délinquance (Maruna, 2001; Ward, Mann et Gannon, 2007)
- Peu d'importance accordée aux besoins non-criminogènes (Brogan et al., 2015)
- Les auteurs de plusieurs études sur la question sont en conflits d'intérêts (Prins et Reich, 2021)
- Difficultés d'implantation du modèle dans les milieux d'intervention (Hagane et al., 2015)
  - Programmes STICS (Sécurité publique du Canada), STARR (Lowenkamp et al.) et EPICS (Smith et al., 2012)
- Défis liés au travail en partenariat/collaboration

# CONCLUSION

## ÉLÉMENTS À RETENIR (Jung, 2017)

- Le modèle RBR correspond à une pratique fondée sur les preuves et est recommandé par les experts.
- Adhérer au modèle RBR peut permettre:
  - Diminuer la récurrence
  - S'assurer de maximiser l'utilisation de nos ressources
- L'efficacité du traitement dépend :
  - Respect des principes du modèle RBR



# ÉLÉMENTS À RETENIR

## Avoir une pratique qui correspond au modèle RBR implique :

- Réaliser une évaluation complète (selon le modèle RBR)
- **Principe du risque :**
  - Utiliser un instrument standardisé et validé pour la clientèle, conçu pour l'évaluation du risque et qui montre une bonne capacité de prédiction
  - Adapter l'intensité et la durée des services de traitement offerts en fonction du niveau de risque de récidive
- **Principe des besoins :**
  - Identifier et cibler de façon prioritaire (au moins 50% du programme) les besoins criminogènes à l'aide d'un instrument validé
- **Principe de réceptivité :**
  - Utiliser les approches les plus efficaces afin de favoriser le changement
    - Interventions fondées sur des stratégies cognitives de l'apprentissage social
    - Approche cognitivo comportementale
  - Établir une alliance thérapeutique
  - Traitement doit être adapté aux caractéristiques de l'individu

# RÉFÉRENCES

- Andrews, D. A., et Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct (5th ed.)*. New Providence, NJ: Andrews Publishing.
- Andrews, D. A., Bonta, J., et Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19–52.
- Andrews, D. A., Bonta, J., et Wormith, J. S. (2011). The risk-need-responsivity (RNR) model: Does adding the Good Lives Model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38, 735–755.
- Association for the Treatment of Sexual Abusers (2014). *Practice guidelines for the evaluation, treatment, and management of adult male sexual abusers*. Beaverton, OR: Author.
- Association for the Treatment of Sexual Abusers (2017). *ATSA Practice Guidelines For The Assessment, Treatment, And Intervention With Adolescents Who Have Engaged In Sexually Abusive Behavior*. Beaverton, OR: Author.
- Bonta, J., et Andrews, D. A. (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*. Ottawa, Canada: Sécurité publique Canada. Rapport pour spécialistes 2007-06.
- Bonta, J., et Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct (6th ed.)*. New York, NY: Routledge.**
- Brogan, L., Haney-Caron, E., NeMoyer, A. et DeMatteo, D. (2015). Applying the risk-needs-responsivity (RNR) model to juvenile justice. *Criminal Justice Review*, 40(3), 277-302.
- Brouillette-Alarie, S. (2021). Quelles sont les interventions les plus efficaces pour réduire le risque de récidive des auteurs de crimes sexuels? *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique*, 74, 3-22.
- Brouillette-Alarie, S. et Hanson, K. (2017) L'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels. Dans : F. Cortoni et T. Pham (Éds), *Traité de l'agression sexuelle*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.

## RÉFÉRENCES

- Carpentier, J. et Martin, C. (2017). Les adolescents auteurs d'infractions sexuelles. Dans : F. Cortoni et T. Pham (Éds), *Traité de l'agression sexuelle*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- Cortoni, F. et Vanderstukken, O. (2017) L'évaluation des besoins en matière de traitement. Dans : F. Cortoni et T. Pham (Éds), *Traité de l'agression sexuelle*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- Haqanee, Z., Peterson-Badali, M. et Skilling, T. (2015). Making “what works” work: Examining probation officers' experiences addressing the criminogenic needs of juvenile offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 54(1), 37-59. DOI: [10.1080/10509674.2014.980485](https://doi.org/10.1080/10509674.2014.980485)
- Hanson, R. K., Babchishin, K. M., Helmus, L. M., Thornton, D., & Phenix, A. (2017). Communicating the results of criterion referenced prediction measures: Risk categories for the Static-99R and Static-2002R sexual offender risk assessment tools. *Psychological Assessment*, 29, 582-597
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., et Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891.
- Hanson, R. K., et Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Hanson, R. K., et Morton-Bourgon, K. (2004). Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis (Corrections User Report No. 2004-02). Ottawa, Canada: Public Safety and Emergency Preparedness Canada.
- Hanson, R. K., et Morton-Bourgon, K. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163.

# RÉFÉRENCES

- Jung, S. (2017). *RNR principles in practice in the management and treatment of sexual abusers*. Brandon, VT: Safer Society Press
- Jung, S. (2021). *Translating Risk, Need, and Responsivity (RNR) Principles into Supervisory and Clinical Practice*. Conférence offerte par la Safer Society Press.
- Mann, R. E., Hanson, R. K., et Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 191-217. <http://dx.doi.org/10.1177/1079063210366039>
- Maruna, S. (2001). Defining desistance. In S. Maruna, *Making good: How ex-convicts reform and rebuild their lives*. Washington, D.C. American Psychological Association (p.19-35). <https://doi.org/10.1037/10430-001>
- McGrath, R. (2021). How Well Does My Program Align with Best Practices? Association for the Treatment of Sexual Abusers 40th Annual Research and Treatment Conference.**
- Olver, M. E., et Wong, S. C. (2013). Treatment programs for high risk sexual offenders: Program and offender characteristics, attrition, treatment change and recidivism. *Aggression and Violent Behavior*, 18(5), 579-591.
- Prins, S. J., et Reich, A. (2021). Criminogenic risk assessment: A meta-review and critical analysis. *Punishment & Society*, 23(4), 578-604.
- Righthand, S., Baird, B., Way, I. et Seto, M. C. (2014). *Effective Intervention with adolescents who have offended sexually : Translating research into practice*. Brandon : Vermont. The Safer Society Press. (p.65-69)
- Ward, T., Mann, R. R. et Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 87-107. doi:10.1016/j.avb.2006.03.004

# ACTIVITÉS COMPLÉMENTAIRES AFIN DE RÉFLÉCHIR À VOTRE PRATIQUE

# PRINCIPES DU RISQUE ET DES BESOINS

## Réflexion/questions à se poser concernant les principes du risque et des besoins

- Est-ce que j'utilise un outil d'évaluation du risque validé pour évaluer le risque et les besoins de chaque client ?  
Est-il utilisé systématiquement ?
  - Est-ce que le personnel a reçu la formation nécessaire pour utiliser cet outil ?
- Est-ce que le programme prévoit différentes trajectoires de services pour la clientèle ? (p. ex. modalités, durée, intensité, etc.)
  - Si oui, sur quel(s) critère(s) est(sont) basé(s) le choix de la trajectoire de services ?
- Est-ce que mon programme cible des besoins criminogènes généraux ou spécifiques associés à la récidive ?
  - Si oui, lesquels ?
  - Dans quelle proportion ? (comparativement aux autres besoins)

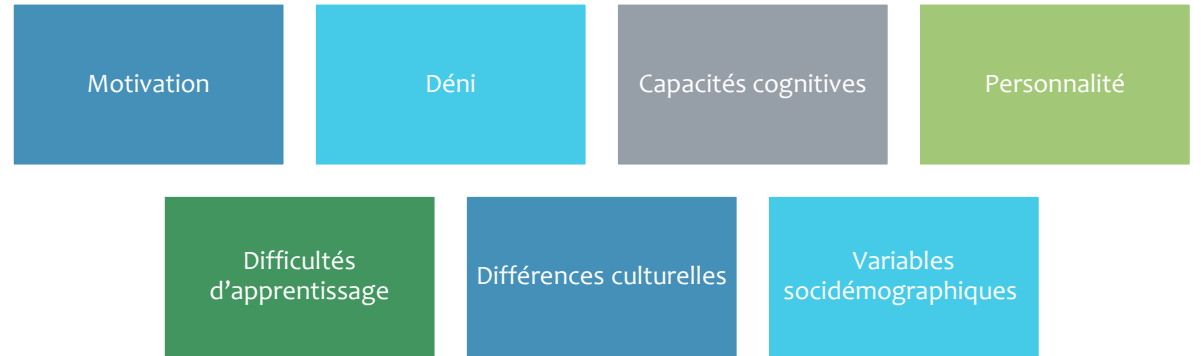
## Facteurs de réceptivité spécifique

Réfléchissez aux questions suivantes:

1. Quels moyens vous utilisez actuellement afin d'évaluer les facteurs de réceptivité spécifique ?
2. Quels moyens additionnels pourriez-vous utiliser afin d'évaluer les facteurs de réceptivité spécifique ?
3. Quels moyens utilisez-vous actuellement afin d'adapter vos suivis en fonction des facteurs de réceptivité spécifique?
4. Quels moyens additionnels pourriez-vous utiliser afin d'adapter vos suivis en fonction des facteurs de réceptivité spécifique?

## RAPPEL: Exemples de facteurs de réceptivité spécifiques:

(Bonta et Andrews, 2010, Looman et al., 2005; Olver et Wong, 2013)



## RAPPEL: Liste de contrôle de réceptivité spécifique (Jung, 2017,)

### Facteurs de réceptivité spécifiques

- Faible motivation au changement/ étape du changement
- Déni ou minimisation problématique
- Retards développementaux
- Troubles d'apprentissage
- Pattern de personnalité
  - Psychopathie
  - Limite
  - Autre
- Préoccupations spécifiques à la culture
- Démographiques (ex. femmes, adolescents)
- Instabilité sur le plan de la santé mentale
- Expériences précoces d'adversité
- Dépendance ou abus de substance

# PRINCIPE DE RÉCEPTIVITÉ

## 2. Liste de contrôle concernant les facteurs de réceptivité générale (Jung, 2017, p.63)

### Stratégies de réceptivité générale

- Approche cognitive-comportementale
- Hautement structuré; but et tâches spécifiques
- Manualisé
- Offert de la façon qu'il a été conçu par son concepteur
- Offert à l'intérieur d'une institution ou le personnel adhère aux idéaux de la réadaptation
- Personnel formé, qualifié et suffisamment supervisé
- Alliance thérapeutique établie systématiquement