



Évaluation d'une prise en charge ciblée «RBR» de personnes toxicodépendantes et judiciarisées

Françoise Genillod-Villard

Psychologue spécialiste en psychologie légale FSP, criminologue, Metropolepsy, Membre du comité de la SSPL, francoise.genillod@psychologie.ch

Delphine Jutzet

Psychologue, criminologue, Service de Probation et d'Insertion du Canton de Genève

Giuseppina Lascone

Psychologue FSP, Co-référente mesures pénales, Fondation Les Oliviers

Résumé

La Fondation *Les Oliviers* compte parmi ses bénéficiaires des résidents pour lesquels la justice pénale a ordonné la mise en place d'une mesure thérapeutique institutionnelle au sens de l'art. 60 CP ou de l'art. 59 CP. L'objectif premier de la mise en œuvre de ces mesures est de favoriser un accès aux soins et à un accompagnement socio-éducatif dans le but d'agir sur la diminution de la récidive. Le modèle du risque, des besoins et de la réceptivité (RBR) constitue le modèle d'intervention le plus probant actuellement en matière de prévention de la récidive, raison pour laquelle il a été mis en œuvre à la Fondation *Les Oliviers* en 2018. Cette étude s'intéresse à l'impact de cette prise en charge sur le niveau de risque de récidive des résidents, leurs facteurs de protection ainsi que leurs besoins criminogènes et a pour objectif premier d'évaluer l'efficacité de ce modèle en Suisse. Les résultats de cette étude permettent d'affirmer l'effet bénéfique de ladite prise en charge sur la diminution du risque de récidive.

Summary

The Foundation *Les Oliviers* counts among its beneficiaries residents for whom the criminal justice system has ordered the implementation of an inpatient therapeutic measure in accordance with Art. 60 CC or Art. 59 CC. The primary objective of these measures is to promote access to care and socio-educational support in order to reduce recidivism. The Risk, Need, Responsivity (RNR) model is the most compelling intervention model currently available for recidivism prevention, which is why it was implemented at Foundation *Les Oliviers* in 2018. This study focuses on the impact of this management on the residents' level of risk of recidivism, their protective factors, as well as their criminogenic needs, and has the primary objective of evaluating the effectiveness of this model in Switzerland. The results of this study make it possible to confirm the beneficial effect of this management on the reduction of the risk of recidivism.

Zusammenfassung

Die Stiftung *Les Oliviers* zählt zu ihren Bewohnern solche, für die die Justiz eine stationäre therapeutische Massnahme im Sinne von Art. 60 StGB oder Art. 59 StGB angeordnet hat. Das Hauptziel dieser Massnahme besteht darin, eine medizinische Versorgung und sozialpädagogische Betreuung sicherzustellen, welche den Rückfall mindern soll. Das Modell *Risiko, Bedürfnisse, Ansprechbarkeit* (RBR für Risiko, Bedürfnisse, Receptivität) ist das derzeit erfolgreichste Interventionsmodell zur Prävention von Rückfällen und wurde daher 2018 in der Stiftung *Les Oliviers* eingeführt. Diese Studie untersucht die Auswirkungen dieser Betreuung auf das Risikoniveau der Bewohner, ihre sozialen Schutzfaktoren und kriminogenen Bedürfnisse. Das Hauptziel besteht darin, die Wirksamkeit dieses Modells in der Schweiz zu bewerten, indem die Ergebnisse mit verschiedenen kriminologischen Bewertungsskalen verglichen werden. Diese Studie stellt Ergebnisse vor, die auf die positive Wirkung des beschriebenen Behandlungsvorgehens auf die Verringerung des Rückfallrisikos schliessen lassen.

Mots-clés:

risque-besoins-réceptivité-récidive-addictions-institution

Keywords:

risk-need-responsivity-recidivism-addiction-institution

Schlüsselwörter:

risiko-bedürfnisse-ansprechbarkeit-rückfall-sucht-institution

1. Introduction

Depuis 1976, la Fondation *Les Oliviers* (FLO) accueille des personnes¹ en difficulté avec leur consommation d'alcool et/ou d'autres stupéfiants. L'institution offre une prise en charge socio-éducative leur permettant de les accompagner vers une autonomie suffisante, une meilleure qualité de vie et une réinsertion socio-professionnelle. Les approches thérapeutiques sont

¹ Dans le texte ci-après, le genre masculin est utilisé comme générique, afin d'alléger la lecture.

personnalisées allant de la réduction des risques liés à un comportement addictif à un projet d'abstinence, ceci en tenant compte de l'évolution réelle de chacun.

Parmi les bénéficiaires, la FLO accueille des personnes placées sous mains de la justice pénale (PPMJ), dans le cadre d'une exécution anticipée de mesure (art. 236 CPP) ou d'une mesure de substitution à la peine privative de liberté (art. 237 CPP), d'une mesure thérapeutique institutionnelle au sens de l'art. 60 CP, d'une libération conditionnelle (art. 62 CP) ou d'une règle de conduite prononcée dans le cadre d'un délai d'épreuve assortissant un sursis. Depuis janvier 2018, l'institution accueille des personnes sous mesure thérapeutique institutionnelle au sens de l'art. 59 CP.

Début 2018, forte des compétences internes en matière de criminologie, la décision est prise d'implanter le modèle Risque-Besoins-Réceptivité (RBR) comme modèle spécifique de prise en charge pour les PPMJ. La perspective du modèle est d'intégrer l'évaluation du risque et des besoins criminogènes permettant d'orienter et d'affiner les prises en charge à l'interne. Son objectif vise une amélioration de la prise en charge des PPMJ, une diminution des risques liés à la consommation ou la consolidation de l'abstinence pour ceux dont l'autonomie est suffisante, le renforcement des compétences sociales et des facteurs de protection de l'individu, la diminution des facteurs de risque liés à la récidive et l'amélioration et/ou la stabilisation de la santé somatique et psychique.

Un monitoring des objectifs susmentionnés a été réalisé avec la Faculté de psychologie de l'université UniDistance Suisse grâce au soutien de la Fondation latine.² La phase pilote a duré deux ans.

2. Le modèle RBR

Andrews et Bonta³ préconisent que le risque de récidive soit adéquatement évalué. Le modèle se décompose aujourd'hui en 18 principes, relatifs au cadre général de la prise en charge, à la mise en place d'une évaluation structurée, aux compétences professionnelles requises et/ou au soutien organisationnel et à la coordination indispensable de différents services impliqués.

Le principe du risque implique de disposer d'une évaluation fidèle et valide du risque de récidive, afin d'adapter l'intensité de la prise en charge au niveau du risque de ces personnes. Plus le risque de récidive est élevé, plus la prise en charge sera intensive.

Concernant le principe des besoins, les prises en charge doivent principalement porter sur les «besoins criminogènes» qui ont un effet sur la diminution de la récidive.⁴ Le modèle RBR en identifie huit: les antécédents criminels, la formation/l'emploi, les relations familiales/de couple; les pairs, les loisirs, les addictions; l'orientation antisociale/les attitudes pro criminelles; le type de comportement antisocial/continuum de la personnalité antisociale. Le terme «besoins» fait référence aux facteurs de risque dynamiques pouvant évoluer ou se modifier dans la durée, contrairement aux facteurs statiques qui ne peuvent être modifiés à l'aide d'interventions; aux caractéristiques personnelles et circonstancielles associées statistiquement à la récidive.

Une fois l'évaluation des principes du risque et des besoins, les méthodes d'intervention peuvent être sélectionnées. Il est question d'élaborer une prise en charge intégrant autant des dimensions socio-professionnelles, que sanitaires, éducatives ou psychologiques.⁵ Quant au dernier principe, la réceptivité permet de définir les modalités et les stratégies que les interventions doivent respecter pour prévenir la récidive. La réceptivité générale permet de définir la nature des interventions à privilégier, alors que la réceptivité spécifique souligne l'importance d'adapter les interventions à un certain nombre de caractéristiques propres aux personnes, telles que les ressources/forces, la motivation, les préférences, l'âge, la personnalité, le genre, l'ethnie, etc.

Les auteurs précisent qu'intégrer les trois principes dans la prise en charge aura une incidence sur la prévention de la récidive, ce qui répond au mandat que confient les autorités de placement à la Fondation lorsqu'elle accueille des PPSMJ.

3. Implémentation du modèle dans la pratique institutionnelle en milieu ouvert

En 2018, la FLO a présenté son projet à la «Fondation latine Projets pilotes – Addictions», qui soutient des projets en lien avec les *prises en charge institutionnelle ou ambulatoire de délinquants souffrant d'addictions internes et condamnés*⁶ et qui l'a validé la même année. Cette dernière a octroyé sa participation financière qui inclut, entre autres, la formation des collaborateurs et le financement partiel de l'évaluation des critères de réussite.

2 Organe de la Conférence latine des Chefs des Départements de justice et police (CLDJP).

3 Andrews Donald Arthur/Bonta James, *Rehabilitating criminal justice policy and practice*, *Psychology Public Policy and Law*/2010, 39 ss.

4 Andrews/Bonta (note 3).

5 Guay Jean-Pierre et al., *L'évaluation structurée du risque de récidive des personnes placées sous main de justice- méthodes et enjeux*, *Pratiques psychologiques*/2015, 235 ss.

6 <<https://www.cldjp.ch/fondation-latine/>> (consulté pour la dernière fois le 30.10.2022).

3.1 Processus d'admission

Le processus d'admission des bénéficiaires d'une prise en charge à la FLO se déroule comme suit:

3.1.1. Avant l'admission

Pour toutes les demandes de placement de PPSMJ, la demande est évaluée par la personne référente mesure pénale (RMP). Dans le cas où une admission est possible, la personne RMP transfère la demande à un conseiller social à l'interne qui pilote le processus d'admission et de suivi. Avec l'éducateur référent, ils constituent le binôme de prise en charge du résident.

Pour les demandes de placement de résidents sous art. 59 CP, le processus implique que la personne RMP échange au préalable avec le médecin psychiatre RMP de l'institution qui reprendra le mandat médico-légal.

3.1.2. Durant le séjour

À leur entrée à la FLO, toutes les PPSMJ sont soumises à une phase d'observation de durée variable selon la mesure prononcée. Il s'agit de 6 semaines pour les PPSMJ au sens de l'art. 60 CP et de 3 mois pour les PPSMJ au sens de l'art. 59 CP. À terme de la phase d'observation a lieu un bilan de situation pendant lequel l'équipe accompagnante discute de l'avancée dans la phase suivante du régime progressif.

À leur arrivée sont évalués les facteurs de risque d'infractions violentes et/ou sexuelles, les facteurs de protection, ainsi que leurs besoins criminogènes. En parallèle, une analyse de cas est systématiquement réalisée avant chaque bilan d'évaluation qui est réalisé tous les trois mois environ. L'analyse de cas permet notamment d'évaluer les huit facteurs du modèle RBR permettant de cibler des pistes d'accompagnement. Dans une logique de complémentarité, les différents intervenants professionnels (conseiller social [CS], RMP, responsable de l'hébergement, maître socioprofessionnel [MSP] et médecin psychiatre) y participent. Cette analyse de cas est réalisée systématiquement avant chaque bilan du résident ou en cas de besoin du binôme de prise en charge.

Une année après la première appréciation, est répliqué le processus d'évaluation du risque, des facteurs de protection et des besoins criminogènes du résident, indépendamment du stade où se trouve la personne dans son régime progressif. Chaque changement de phase implique une nouvelle évaluation des facteurs susmentionnés.

3.2 Monitoring

En 2013, la Direction de l'institution a mis en place un système de monitoring des données obtenues auprès des résidents avec pour objectif de disposer de don-

nées basées sur des indicateurs validés à même de permettre des comparaisons; d'observer le profil des résidents; d'évaluer l'impact de la prise en charge proposée sur les situations médico-psycho-sociales et sur la réalisation des objectifs; de suivre l'évolution dans le temps dans le cadre d'un relevé systématique et intégré au fonctionnement interne de la structure.

Un questionnaire, dans lequel figure des données administratives, cliniques et des indicateurs spécifiques, a été développé en interne. Ce dernier est complété par un professionnel pendant un entretien formel avec le résident et comprend deux versions. La première est remplie à l'admission (T0) des résidents et la seconde (version follow-up) est complétée après une année (T1).

Ce questionnaire est composé en huit parties: 1) informations de base liées au séjour; 2) informations administratives et sociodémographiques; 3) emploi et ressources; 4) situation familiale et relations interpersonnelles; 5) consommations drogues/alcool et comportements à risque; 6) santé physique et psychique; 7) situation judiciaire et violence; 8) objectifs et motivation au changement.⁷

Les cotations aux échelles criminologiques pour évaluer le risque d'infractions violentes et/ou sexuelles (HCR-20), les facteurs de protection (SAPROF) et les besoins criminogènes (LS/CMI) ont été intégrées dans le monitoring. Ces outils sont présentés dans le chapitre suivant.

3.3 Formation des intervenants

Un plan de formation est également élaboré pour tous les collaborateurs afin de leur apporter des connaissances théoriques sur les aspects juridiques d'une mesure thérapeutique institutionnelle, le modèle RBR, l'identification des facteurs de risque et de protection, l'évaluation des huit facteurs criminogènes ainsi que sur leurs postures d'accompagnement. Une fois la théorie enseignée, une seconde rencontre est organisée pour aborder l'aspect pratique ainsi que les obstacles opérationnels (externes) et émotionnels (internes) survenus liés à l'application du modèle.

4. Évaluation

Un travail de Master⁸ en psychologie à UniDistance Suisse a été consacré à l'évaluation de l'implémenta-

⁷ Fondation Les Oliviers. Rapport final du monitoring des résidents de la Fondation Les Oliviers, 2017.

⁸ Deprimé, J. (2020). Évaluation du modèle RBR des soins thérapeutiques ciblés en charge des individus présentant une problématique d'addiction. Thèse de Master en psychologie à l'Université de Suisse romande, 2020.

tion du modèle RBR à la FLO. Cette étude a été réalisée en comparant les scores aux différents outils d'évaluation susmentionnés, dans un intervalle d'une année (T0 vs. T1).

4.1 Échantillon statistique

En février 2021, l'échantillon statistique était composé de 10 personnes (n = 10) qui ont pu être soumises aux évaluations à un intervalle d'un an et que nous avons donc considérées pour les analyses statistiques.⁹ Cet échantillon est composé de huit hommes d'une moyenne d'âge de 43 ans (étendue entre 29 et 58 ans, avec une médiane à 42 ans) et de deux femmes, âgées de 27 et 61 ans (moyenne d'âge de 44 ans), en proie à des problèmes d'addiction. Huit individus sont de nationalité suisse et deux sont au bénéfice d'un permis C. Sept personnes sont nées en Suisse, une personne est née en Équateur, une personne en France et une personne en Croatie. Un individu n'a pas terminé sa scolarité obligatoire, sept individus ont terminé leur scolarité obligatoire sans avoir effectué d'autre diplôme et deux individus possèdent un CFC (certificat fédéral de capacité). Concernant leur état civil, trois individus sont divorcés et sept sont célibataires. Pour ce qui est de la raison de leur placement à la FLO, cinq individus sont sous mesure thérapeutique institutionnelle au sens de l'art. 60 CP, un individu sous mesure thérapeutique institutionnelle au sens de l'art. 59 CP, deux individus sont au bénéfice d'une libération conditionnelle, un individu est soumis à un sursis et un autre a eu des démêlés avec la justice mais se trouve en suivi volontaire. Ces personnes ont été condamnées pour des infractions diverses telles que par exemple des infractions contre l'intégrité physique, au patrimoine, à la Loi fédérale sur la circulation routière ou encore à la Loi fédérale sur les stupéfiants.

4.2 Procédure et outils d'évaluation

Différents outils sont utilisés dans le cadre de l'implémentation du modèle RBR, tant liés à l'aspect de la toxicomanie qu'à l'aspect criminologique.

Il existe de nombreux outils d'évaluation, tant pour évaluer des risques de récidive spécifique, à savoir des délits de même nature, que pour mesurer le risque de récidive générale, à savoir tout type de délits. Les outils d'évaluation mentionnés ont été choisis en cohérence avec la nature de la population ciblée. En effet, des actes de nature violente ont été perpétrés par toute la population évaluée. Nous avons choisi d'évaluer le risque de récidive générale grâce à la LS/CMI, le risque d'infractions violentes et/ou sexuelles par le biais du

HCR-20 combiné à une évaluation des facteurs protecteurs grâce au SAPROF.

4.2.1 IGT – «Préoccupations»

L'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT) est un questionnaire semi-structuré d'environ 190 questions, incluant 60 points objectifs critiques, qui permet d'évaluer la gravité des problèmes associés à la surconsommation de drogues et d'alcool.¹⁰ Il fournit un profil de gravité pour sept catégories principales: la consommation d'alcool, la consommation de drogues, l'état de santé physique, l'emploi et les ressources financières, les relations familiales et sociales, l'état psychologique et enfin, la situation judiciaire. Une première section de l'instrument évalue le nombre, l'étendue et la durée des symptômes pour chacun des problèmes au cours des 30 derniers jours. Une deuxième section couvre la perception que la personne dévoile de son problème et la nécessité qu'elle ressent d'être traitée. Celle-ci est remplie à l'aide d'une échelle de type Likert, numérotée en 5 points, de 0 «Pas du tout» à 4 «Extrêmement».

Le questionnaire de monitoring retenu par la Fondation est une version de l'IGT adaptée au contexte socio-culturel du Valais romand¹¹ qui est similaire à celui des résidents de la FLO. Cette version a fait l'objet d'une étude de validation par la ligue valaisanne contre les toxicomanies et a montré de bonnes qualités psychométriques. Dans le cadre de ce monitoring, le questionnaire est soumis une nouvelle fois à l'individu dans une version «follow-up», soit par téléphone, soit par entrevue, une année après le début de la prise en charge.

Nous avons considéré ici uniquement les questions comportant une échelle de Likert pour évaluer les préoccupations et le besoin de soutien ou de traitement des individus dans différentes sphères à un an d'intervalle. Ainsi, les individus ont répondu sur une échelle de 0 (nullement) à 4 (extrêmement) évaluant dans quelle mesure, au cours des 30 derniers jours, ils avaient été perturbés ou préoccupés par des problèmes d'emploi ou de ressources, des problèmes familiaux, des problèmes d'alcool ou de drogues, des problèmes de santé physique, ou encore des problèmes psychologiques ou émotionnels, et dans quelle mesure ils estimaient avoir besoin d'une assistance ou d'un traitement en rapport auxdits problèmes. Ils devaient également indiquer dans quelle mesure ils pensaient que leurs problèmes judiciaires actuels étaient graves et dans quelle mesure ils estimaient avoir besoin d'aide pour ceux-ci. En tout, 14 questions ont alors été retenues dans chaque version

⁹ Jutzet (note 8).

¹⁰ Perreault Michel et al., Point de vue des usagers sur une procédure d'évaluation clinique basée sur l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT), Drogues Santé et Société/2005, 5 ss.

¹¹ Bérod Clerc Annick et al., L'indice de gravité d'une toxicomanie- Fiabilité et validité auprès de patients alcooliques et toxicomanes du Valais romand, 2002.

comparative à T0 et à T1 avec une échelle allant de 0 (préoccupation/besoin d'aide nul/le) à 4 (préoccupation/besoin d'aide extrême) évaluant les sphères de l'emploi, de la famille, de la consommation d'alcool et de drogues, de la santé somatique, de l'état psychologique et de la situation judiciaire.

Au vu du nombre restreint de sujets,¹² il a été jugé plus adéquat de créer un score composite sur la base de ces 14 items. Ainsi, pour chaque sujet, à T0, puis à T1, nous avons additionné le score de ces items et divisé le total par quatorze. Nous avons créé de cette manière la variable «Préoccupations» avec une étendue des scores possibles de 0 à 4.

4.2.2 LS/CMI

La LS/CMI (Level of Service/Case Management Inventory)¹³ est un outil d'évaluation qui permet d'évaluer et de gérer le risque de récidive chez les délinquants. L'outil a été créé pour cibler des catégories de facteurs de risque dynamiques (besoins criminogènes) visant la réduction du risque de récidive générale dans la gestion de cas. Ce questionnaire comporte 43 items répartis en huit grands domaines criminogènes: les antécédents criminels – AC (8 items); l'éducation et l'emploi – EE (9 items); la famille et le couple – FC (4 items); les loisirs et les activités récréatives – LAR (2 items); les fréquentations – FR (4 items); les problèmes d'alcool ou de drogues – PAD (8 items); l'attitude et l'orientation procriminelle – AOP (4 items); et le type de comportement antisocial – TCA (4 items). Le score final à la LS/CMI est composé de l'addition des items présents dans les huit domaines décrits et peut varier de 0 à 43 points, correspondant à un niveau de risque global des besoins criminogènes. Le score total final définit le niveau de prise en charge et les scores des sous-échelles (besoins criminogènes) permettent de cibler les domaines criminogènes méritant une attention particulière en vue de la baisse du risque de récidive. Les scores à la LS/CMI s'étendent entre 0 et 43 et représentent le niveau de risque global des besoins criminogènes.

4.2.3 HCR-20

Le HCR-20 (Historical Clinical and Risk Management-20) est un instrument d'évaluation du risque de violence composé de 20 items.¹⁴ Ceux-ci sont répartis en trois catégories, qui concernent l'Historique (la vie entière), la Clinique (la situation actuelle) et la gestion du Risque dans le futur. Le score au HCR-20 s'étend

entre 0 et 40, il représente le niveau de risque de récidive violente actuel.

4.2.4 SAPROF

Le SAPROF (Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk) est un guide de jugement professionnel structuré¹⁵ développé comme une évaluation structurée des facteurs de protection contre le risque de violence.¹⁶ L'objectif de l'évaluation standardisée des facteurs de protection est de compléter l'évaluation du risque de violence, ce qui donne une vision plus globale d'un côté des risques et de l'autre des ressources. Le score au SAPROF s'étend entre 0 et 40 et représente le niveau de facteurs de protection actuel.

4.3 Hypothèses

La question de départ est la suivante:¹⁷ est-ce que la prise en charge RBR a un impact sur le niveau de risque de récidive de violence, sur le niveau de protection, sur le niveau des besoins criminogènes et sur les préoccupations quotidiennes (qualité de vie)?

Afin d'y répondre, nous avons postulé l'hypothèse de recherche principale suivante:

H1: La prise en charge sur le modèle RBR a un impact sur l'ensemble des quatre variables dépendantes (VDs) considérées ensemble, à savoir HCR-20, SAPROF, LSCMI et Préoccupations.

Les hypothèses de recherche suivantes ont également été avancées:

H2: Le score global à HCR-20 diminue après un an de prise en charge à la FLO, ce qui traduit une diminution des facteurs de risque de violence.

H3: Le score global à SAPROF augmente après un an de prise en charge à la FLO, ce qui traduit une augmentation des facteurs de protection de la récidive violente.

H4: Le score global à la LS/CMI diminue après un an de prise en charge à la FLO, ce qui traduit une diminution des besoins criminogènes.

H5: Le score au score composite «Préoccupations» diminue après un an de prise en charge à la FLO, ce qui traduit une diminution des préoccupations globales.

¹² Jutzet (note 8).

¹³ Andrews Donald Arthur et al., *The Level of Service/Case Management Inventory (LSCMI)*. Toronto: Multi-Health Systems, 2004.

¹⁴ Douglas Kevin et al., *Historical-Clinical- Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3)-Development and Overview*. *International Journal of Forensic Mental Health*/2014, 93 ss.

¹⁵ Guay Jean-Pierre/de Vries Robbé Michiel, *L'évaluation des facteurs de protection à l'aide de la SAPROF*, *Annales Médico-Psychologiques*/2017, 894 ss.

¹⁶ De Vogel Vivienne et al., *Assessing protective factors in forensic psychiatric practice-Introducing the SAPROF*, *International Journal of Forensic Mental Health*/2011, 171 ss.

¹⁷ Jutzet (note 8).

4.4 Analyses Statistiques

Les analyses statistiques suivantes¹⁸ ont été effectuées dans le but de comparer les scores à une année d'intervalle aux différents outils, à savoir HCR-20, SAPROF, LS/CMI, ainsi qu'au score composite «Préoccupations». Ces comparaisons vont permettre d'observer la progression des scores des individus et de déterminer si les besoins criminogènes ont été ciblés par la prise en charge sur une période d'une année.

La variable indépendante (VI) est le temps écoulé, l'intervalle d'une année, et comprend deux modalités:

- T0: première évaluation de l'individu à son entrée dans le programme de prise en charge RBR
- T1: deuxième évaluation de l'individu, douze mois après sa première évaluation

Les quatre variables dépendantes considérées (VDs) sont les scores aux outils d'évaluation:

- Score HCR-20 de 0 à 40
- Score SAPROF de 0 à 34
- Score global LS/CMI de 0 à 43
- Score composite des «Préoccupations» de 0 à 4

Afin de vérifier la première hypothèse, une MANOVA¹⁹ a été réalisée comprenant la combinaison des quatre VDs en fonction du temps (VI) en deux modalités T0 et T1. La MANOVA à mesures répétées permet de tester l'effet d'une ou plusieurs variables indépendantes sur une ou plusieurs variables dépendantes. Dans le cas d'espèce, nous souhaitons tester l'effet du temps sur les quatre variables dépendantes combinées: HCR-20, SAPROF, LSCMI et Préoccupations. Au vu de la taille restreinte de l'échantillon ($n = 10$), cette analyse permet de réduire le niveau d'erreur de Type I (rejet de l'hypothèse nulle quand elle est vraie) tout en prenant compte des corrélations entre les VDs.

Afin de tester les autres hypothèses, et dans un but plus exploratoire, des tests t de Student ou T-Tests pour échantillons appariés ont été réalisés pour vérifier la significativité des différences des moyennes des groupes entre T0 et T1 sur chacune des échelles constituant nos VDs. Dans ce cas précis, c'est le même échantillon, donc les mêmes sujets qui ont été testés à deux reprises.

4.5 Résultats

Les analyses statistiques effectuées ont donné les résultats suivants²⁰:

H1: Le résultat à la MANOVA est: $F(4) = 12.513$, $\lambda = 0.107$, $p < .05$. Le résultat significatif nous indique donc que H1 est confirmée et que la prise en charge selon le modèle RBR a bien un impact sur la combinaison des échelles de mesure. Ainsi, les facteurs de risque, les facteurs protecteurs, les besoins criminogènes et les Préoccupations, combinés dans un même modèle, sont bien impactés dans leur niveau à une année d'intervalle, par la prise en charge.

H2: Le score moyen du groupe à HCR-20 à T0 est de 24, avec un écart-type $s = 4.11$, alors qu'à T1, il est de 20.4, $s = 3.95$. Le test de Student a montré que la différence des moyennes était statistiquement significative, $t(9) = 2.488$, $p < .05$, $d = 0.787$. Le d de Cohen est proche de la valeur-seuil de 0.8 qui correspond à une taille d'effet relativement élevée. L'hypothèse 2 est donc confirmée, la prise en charge selon le modèle RBR a permis de faire diminuer les facteurs de risque sur l'ensemble du groupe.

H3: Le score moyen du groupe à SAPROF à T0 est de 18.2, $s = 3.882$, alors qu'à T1, il est de 22.1, $s = 4.28$. Le T-test a montré que la différence des moyennes était statistiquement significative, $t(9) = -3.839$, $p < .05$, $d = -1.214$. La taille d'effet est supérieure à un écart-type, considérée alors comme élevée. L'hypothèse 3 est donc confirmée, la prise en charge sur la période d'une année a permis de faire augmenter les facteurs de protection sur l'ensemble du groupe et la taille d'effet est relativement importante.

H4: Le score moyen du groupe à LSCMI à T0 est de 24.6, $s = 4.551$, alors qu'à T1, il est de 17.8, $s = 4.638$. Le T-test a montré que la différence des moyennes était statistiquement significative, $t(9) = 8.219$, $p < .05$, $d = 2.599$. L'hypothèse 4 est confirmée, la prise en charge a permis de faire diminuer les besoins criminogènes de l'ensemble du groupe avec une taille d'effet très importante.

H5: Le score moyen du groupe à Préoccupations à T0 est de 1.171, $s = 0.697$, alors qu'à T1, il est de 0.657, $s = 0.608$. Le T-test n'est pas significatif, $p = 0.062$. L'hypothèse 5 est donc rejetée. La différence de moyenne du score composite du groupe en T0 et T1 n'est pas statistiquement significative. Nous ne pouvons pas conclure que la prise en charge ait permis de faire diminuer les préoccupations globales des individus de manière significative.

¹⁸ Jutzet (note 8).

¹⁹ L'analyse de variance multivariée (MANOVA pour Multivariate analysis of variance) est un test statistique qui vise à déterminer si des facteurs qualitatifs ont des effets significatifs sur plusieurs variables dépendantes quantitatives prises collectivement. La MANOVA est aussi utilisée pour identifier des interactions entre les variables dépendantes et entre les variables indépendantes.

²⁰ Jutzet (note 8).

5. Discussion

Au vu des résultats susmentionnés,²¹ nous relevons que la prise en charge selon le modèle RBR s'est révélée efficace pour faire diminuer les besoins criminogènes et le niveau global de risque de récidive d'infractions violentes et/ou sexuelles et a également permis de renforcer les facteurs de protection de manière globale. Bien que l'échantillon ne soit composé que de dix individus, les résultats de cette étude sont encourageants concernant l'efficacité de la prise en charge ciblée RBR sur ce type de population (toxicodépendante et sous main de la justice pénale). La taille d'effet la plus importante a été relevée sur la variable LS/CMI – les besoins criminogènes, puis sur la variable SAPROF (les facteurs protecteurs), et enfin sur la variable HCR-20 (les facteurs de risque de récidive violente). La prise en charge RBR a donc permis, dans un ordre croissant, de diminuer le niveau de besoins criminogènes, d'augmenter le niveau des facteurs protecteurs et de diminuer le nombre de facteurs de risque de récidive violente.

Quelques éléments plus qualitatifs peuvent également être soulevés. Les données sociodémographiques de cet échantillon statistique ne diffèrent pas de la population générale hébergée à la FLO. Bien que cette population souffre généralement d'une grande précarité sociale avec des comorbidités psychiques, il apparaît, qu'après douze mois, la sévérité des situations tend à diminuer, notamment s'agissant de la consommation, l'amélioration de la santé psychique, la diminution des facteurs de risque et l'augmentation des facteurs de protection.

6. Conclusion

Le modèle RBR, décrit comme étant le modèle le plus probant en termes de réduction de la récidive,²² a été évalué dans le cadre de la présente étude. Il a été utilisé dans une institution en milieu ouvert accueillant une clientèle pénale variée. Les résultats appuient l'efficacité déjà relevée dans les différentes recherches scientifiques²³ indiquant que ce modèle offre la possibilité d'infléchir le risque de récidive de façon significative et ce pour tous types de délinquants, qu'ils soient jeunes, pauvres, riches, des délinquants sexuels ou souffrant d'une pathologie psychiatrique.

21 Jutzet (note 8).

22 Dowden Craig/Andrews Don, The importance of staff practice in delivering effective correctional treatment-A meta-analytic review of core correctional practice. *International Journal of Offender Therapy and comparative criminology*/2004, 203 ss.

23 Benbouriche Massil et al., Les principes d'une prévention de la récidive efficace-le modèle Risque-Besoins-Réceptivité, *Pratiques psychologiques*/2015, 219 ss.

6.1 Limites

En raison d'une taille d'échantillon restreinte, les hypothèses de travail sont restées globales et certaines dimensions plus spécifiques n'ont pas pu être analysées. Au vu du nombre restreint de places institutionnelles pour l'accueil de personnes sous injonction de la justice pénale, aucun groupe contrôle n'a pu être construit. De plus, l'homogénéité du type de prise en charge n'a pas été évaluée. Il serait intéressant de vérifier s'il existe une différence de besoins (et d'adaptation de la prise en charge) selon l'âge des résidents sous une prise en charge ciblée RBR. Une attention devrait être portée particulièrement aux jeunes entre 18 et 25 ans, dont les comportements de violence et de consommation à risque nous paraissent plus fréquents, et cette observation est appuyée par des études démontrant un pic dans les actes délinquants jusqu'à 25 ans.²⁴

Enfin, la présente étude se réfère à une population qui se trouve actuellement en régime ouvert. Toutefois, il existe des différences de prise en charge entre le milieu ouvert et le milieu fermé (art. 59 al. 3 CP). Andrew et Bonta²⁵ confirment l'efficacité du modèle RBR en milieu fermé et la présente étude permet d'évaluer l'efficacité dudit modèle en milieu ouvert.

6.2 Perspectives de recherche futures

Le projet exploratoire de l'implémentation du modèle RBR a donné des résultats encourageants dans la prise en charge des résidents sous injonction de la justice pénale. La poursuite de ladite prise en charge reste d'actualité. Toutefois, une base de données plus grande, permettrait l'affinement des premiers constats. De plus, la réduction de la récidive s'inscrit sur le long terme, raison pour laquelle il paraît intéressant d'évaluer l'évolution de PPSMJJP bénéficiant d'une prise en charge RBR sur le long terme.

Des projets et des recherches dans le domaine de la désistance²⁶ et de la réinsertion pourraient permettre la poursuite d'une prise en charge RBR afin d'y observer l'évolution de la PPSMJJP sur le long cours.

Nous encourageons d'autres institutions à poser un regard sur ce modèle d'accompagnement qui a fait ses preuves. Ce dernier est tout à fait compatible avec celui du rétablissement et permet d'intégrer un langage interinstitutionnel intéressant, d'autant plus que les résidents ont eu plusieurs séjours dans différentes institutions. Les formations qui ont été organisées au sein de

24 Haas Henriette, Desistance and "Aging Out" after Punishment, in John Wiley & Sons (éds.), *Encyclopedia of corrections*. 2017, 210 ss.

25 Andrews/Bonta (note 3).

26 <https://www.probaton-va.ch/la-fvp/projet-pilote-objectif-desistance> (consulté pour la dernière fois le 29 novembre 2022).

la Fondation se veulent axées sur le terrain et le contenu adaptable aux besoins des participants. Connaître les facteurs sur lesquels intervenir et adapter la prise

en charge aux principes du risque et de la réceptivité se révèlent être des outils efficaces.