

Le *Good Lives Model*: une approche basée sur la force de la réhabilitation médico-légale*

Par Mary BARNAO

RÉSUMÉ

La santé mentale (en médico-légale) est une spécialité récente relative au traitement des personnes judiciarisées ayant un trouble mental. Ma réflexion porte sur les objectifs de ces programmes, les types d'interventions et surtout les cadres théoriques qui sous-tendent ces interventions. Je propose que le *Good Lives Model* (GLM) soit un cadre conceptuel qui concilie des perspectives théoriques, éthiques et pratiques possiblement opposées.

Mots clés: *Good Lives Model*, réhabilitation, santé mentale.

SUMMARY

Mental health (in medico-legal) is a recent specialty relating to the treatment of offenders with a mental disorder. My article is on the objectives of these programs, the types of practices and especially the theoretical frameworks which underlie these practices. I propose the *Good Lives Model* (GLM) as a conceptual framework which reconciles possibly opposing theoretical, ethical and practical perspectives.

Keywords: *Good Lives Model*, mental health, rehabilitation.

L'approche traditionnelle de la réhabilitation médico-légale

Barnao et Ward (2015) ont passé en revue la littérature publiée sur les interventions en santé mentale médico-légale au cours des quinze années précédentes, catégorisant les traitements en fonction de leur orientation théorique générale. Sur cette base, ils ont identifié deux principales références qui sous-tendaient la plupart des traitements rapportés des personnes judiciarisées ayant un trouble mental (dit IMDO¹ en anglais, PPSMJ en français): (1) une perspective en matière de santé mentale; et (2) une perspective de gestion des risques.²

Le paradigme de la santé mentale se concentre sur le traitement des troubles et des problèmes psychiatriques et psychologiques, l'atténuation de la souffrance et l'amélioration du fonctionnement psychologique et social. Cette perspective comprenait une gamme de traitements «importés» de la

* Traduction et révisions: Erwan Dieu.

littérature générale sur la santé mentale, y compris: l'utilisation de la psychopharmacologie; des programmes d'éducation sur les maladies; des thérapies cognitivo-comportementales, thérapie des schémas, la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (EMDR); et les programmes de groupe (p. ex. gestion de la colère, aptitudes à résoudre des problèmes), basés sur une approche cognitivo-comportementale (TCC). En revanche, la perspective de gestion des risques vise principalement à protéger la collectivité en réduisant le risque de récidive d'une personne. Tirés de la documentation sur la réhabilitation des délinquants, les programmes présentés dans la documentation médico-légale sur le traitement de la santé mentale étaient en grande partie fondés sur le modèle de réhabilitation des délinquants (Andrews, et al., 1990; Andrews & Bonta, 2010). Ils comprenaient des programmes de comportement des délinquants tels que le «Raisonnement et Réhabilitation» (dit R&R, cf. Ross & Fabiano, 1985) et les Compétences des Pensées Appliquées (dit ETS, cf. Clark, 2000). Barnao et Ward (2015) ont constaté que ces deux cadres théoriques (c'est-à-dire la santé mentale et le RBR) étaient combinés dans le cadre d'un programme de réhabilitation médico-légale pour répondre aux besoins de traitement hétérogènes et complexes des PPSMJ. Les programmes de réhabilitation «mixtes» qui en ont résulté contenaient un mélange d'ingrédients thérapeutiques sélectionnés en fonction des problèmes et des diagnostics spécifiques d'une personne (Hodgins, 2002; Rice & Harris, 1997). Ce type d'approche est illustré par Clarke et al. (2010) qui, en discutant de l'utilisation du programme «de raisonnement et de réhabilitation» (R & R) sur le comportement des délinquants avec les services médico-légaux déclarent: «R & R pourrait être considéré comme une facette d'une approche multidimensionnelle au sein des services psychiatriques médico-légaux pour compléter la psychothérapie, la pharmacothérapie et d'autres stratégies de réhabilitation» (p. 499).

Il est possible de faire deux hypothèses générales sur les programmes de réhabilitation médico-légale basés sur l'examen de la littérature. Premièrement, les principaux objectifs de la réhabilitation médico-légale semblent être de traiter la maladie mentale et de réduire le risque de récidive. Deuxièmement, pour atteindre ces deux objectifs, les programmes de réhabilitation combinent des interventions dérivées des deux principaux paradigmes utilisés en santé mentale médico-légale (la santé mentale et le RBR). Ces interventions sont apparemment choisies à l'aide d'une approche «actuarielle» qui implique l'application directe du traitement le plus efficace connu pour un problème ou un trouble particulier. L'utilisation recommandée de cette méthode de sélection du traitement (Hodgins, 2002; Rice & Harris, 1997) reflète probablement l'indisponibilité d'autres approches pour cerner les besoins d'intervention des PPSMJ. En effet, l'examen de la littérature de Barnao et Ward (2015) a indiqué que la recherche sur les interventions pour les PPSMJ en est à un stade précoce avec un accent sur l'application et l'évaluation de traitements spécifiques plutôt que sur l'élaboration de modèles complets de «formulation (ou conceptualisation) de cas» (Daffern, 2010; Ivanoff & Schmidt,

2010) ou de larges théories pour orienter la pratique (Blackburn, 2004; Robertson, et al., 2011). Alors, dans quelle mesure ces types de programmes médico-légaux traditionnels sont-ils adéquats pour réhabiliter les PPSMJ? Selon Barnao et Ward (2015), ils ont certaines faiblesses qui entravent une réhabilitation efficace. Un problème fondamental avec les programmes de réhabilitation médico-légale basés sur un mixte santé mentale/RBR est que les cadres théoriques contiennent divers objectifs de réhabilitation, des théories étiologiques, des hypothèses, des valeurs et des fondements philosophiques qui, lorsqu'ils sont combinés, soulèvent potentiellement plus de questions qu'ils n'en résolvent³. Tenter de combiner ces deux théories étiologiques, essentiellement antagonistes, ne fournit pas une base cohérente pour comprendre les PPSMJ.

De même, les paradigmes de la santé mentale et du RBR contiennent des valeurs éthiques différentes. Dans la santé mentale, les valeurs du bien-être et de l'autonomie individuels sont primordiales et les praticiens ont la responsabilité d'aborder leur travail en fonction des intérêts et des souhaits fondamentaux de la personne (Ward, 2013). En revanche, la perspective correctionnelle porte principalement sur la valeur de la justice (Ward, 2013) et tend à accorder la priorité à la protection publique plutôt qu'au bien-être des personnes qui commettent des infractions (Adshead & Sarkar, 2009; Sadoff, 2011). Ces deux allégeances éthiques indiquent qu'il est possible de s'opposer à d'éventuelles façons de procéder difficiles à concilier (Ward, 2013). L'absence d'une philosophie cohérente et d'un ensemble de valeurs pour régir la réhabilitation peut entraîner une variété de problèmes, y compris des soins incohérents, une tendance à négliger les droits de la personne et des frictions éthiques au sein des équipes médico-légales. Une autre difficulté avec les approches mixtes est qu'elles ne fournissent pas aux cliniciens des conseils suffisants sur l'importance qu'il faudrait accorder aux besoins criminogènes plutôt que sur le traitement des troubles mentaux – notamment dans les cas où la maladie mentale n'est pas liée étiologiquement à la délinquance ou bien pour les comorbidités. De plus, ils ne sont pas en mesure de donner une priorité à d'autres questions hors maladie mentale ou risque, mais qui viseraient à améliorer la qualité de vie et/ou à promouvoir les forces. De plus, l'utilisation d'une approche actuarielle n'est pas bien adaptée à la pratique médico-légale parce qu'il n'y a pas de lien direct ou clair entre les problèmes clés, comme la violence et le traitement (Hart, et al., 2011). En outre, le choix des interventions en fonction des problèmes et des troubles spécifiques d'une personne crée le risque réel que la planification de la réhabilitation soit entreprise d'une manière fragmentée, non systématique et mécanique qui ne tient pas compte des questions fondamentales qui sous-tendent les difficultés des PPSMJ et, en fait, la personne elle-même.

Il existe des lacunes plus générales des programmes de réhabilitation traditionnels, comme une prépondérance des objectifs d'*évitement* centrés sur l'*élimination des symptômes* et des *conséquences négatives*. Le problème est le manque de motivation à s'engager dans des programmes qui mettent

l'accent sur l'évitement, en particulier lorsque les objectifs ne sont pas liés à leurs valeurs et aspirations de vie (Ward et al., 2007). En outre, se baser sur les déficits ne soutient pas les relations thérapeutiques praticiens/PPSMJ alors que les relations thérapeutiques sont fortement liées aux résultats du traitement (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Leach 2005) et à la satisfaction de la PPSMJ (Bressington, et al., 2011). Une étude qualitative qui a exploré les perceptions des PPSMJ en santé mentale à l'égard de leur réhabilitation indique (Barnao, et al., 2015): une approche incohérente et non coordonnée des soins, une confusion sur le parcours de réhabilitation, des relations de qualité variable avec le personnel et un manque général de soins axés sur la personne. Les PPSMJ ont estimé que l'accent mis sur leur maladie mentale était disproportionné, ce qui les empêchait d'être considérés comme des personnes. Dans les auto-évaluations des participants, les traitements étaient jugés trop axés sur leurs déficits et il était décrit un profond sentiment d'impuissance. Barnao et al. (2015) ont émis l'hypothèse que, au cœur du problème, il y avait l'absence d'un cadre de réhabilitation globale pour intégrer les différents éléments de la pratique médico-légale.

Le Good Lives Model (GLM) et son application à la santé mentale médico-légale

Le GLM est un modèle global de réhabilitation des délinquants qui, lorsqu'il est utilisé avec les populations médico-légales, peut fournir un cadre conceptuel complet pour aider les praticiens tisser ensemble tous les différents fils de la réhabilitation médico-légale. Il permet d'intégrer des théories spécifiques (ex. TCC), ainsi que différents paradigmes, dans une *conceptualisation de cas unique*, théoriquement soutenue, tout en fournissant des conseils sur les aspects motivationnels, relationnels et contextuels de la réhabilitation. D'un point de vue éthique, les objectifs doubles du GLM (améliorer le bien-être des individus tout en réduisant leur risque de récidive) peuvent aider⁴ les équipes soignantes à contourner les tensions éthiques présentées. Fondé sur les droits de la personne, le GLM dispose des ressources éthiques nécessaires pour aider les praticiens à naviguer dans une série d'autres questions éthiques inhérentes à la pratique médico-légale. L'accent mis sur la relation thérapeutique et l'*agency* humaine (Ward et al., 2007) est particulièrement pertinent pour la population vulnérable des PPSMJ, en particulier celles qui sont détenues de façon obligatoire. Enfin le GLM, par son attention aux valeurs, aux buts et aux forces de l'individu, est plus attrayant pour les PPSMJ que le focus sur les déficits des programmes traditionnels de réhabilitation médico-légale. L'intégration du GLM dans les interventions améliore l'engagement dans le traitement, réduit les taux d'abandon et obtient de meilleurs résultats (Gannon et al., 2011; Simons, et al., 2006).

Pourtant, malgré son potentiel en tant que cadre de réhabilitation pour la santé mentale médico-légale, le GLM a été négligé par les praticiens travaillant

dans cette spécialité (exceptés Gannon, et al., 2011; Barnao, et al., 2010, 2016). L'une des raisons possibles est que, pour appliquer le GLM aux personnes qui délinquent et qui présentent une maladie mentale, une certaine amélioration théorique du modèle est nécessaire. J'examinerai donc comment la maladie mentale s'inscrit dans les hypothèses de la GLM, en mettant l'accent sur trois points clés: (1) les effets préjudiciables de la maladie mentale sur la capacité d'une personne à satisfaire ses besoins primaires; (2) la symptomatologie psychiatrique peut parfois servir de moyen de recherche des besoins primaires; (3) le rôle des services de santé mentale comme levier ou frein dans la capacité d'une personne à atteindre ses besoins primaires.

L'incidence de la maladie mentale sur la capacité de l'individu à satisfaire ses besoins primaires

Les troubles de santé mentale d'une personne minent inévitablement les capacités requises pour satisfaire un large éventail de besoins primaires. Par conséquent, les personnes atteintes de maladie mentale peuvent être incapables de mettre en œuvre leur conception d'une «bonne vie» centrée sur ce qui est le plus important pour elles. En outre, les obstacles qu'elles rencontrent habituellement pour satisfaire une gamme d'autres besoins primaires peuvent les amener à mener une vie appauvrie. Les obstacles, ou les problèmes de capacité, peuvent être internes à la personne (ex. aptitudes à résoudre des problèmes, déficits cognitifs) ou environnementaux (ex. pauvreté, chômage, isolement social). De plus, ces obstacles internes et externes peuvent être temporaires, comme c'est le cas pour les maladies mentales aiguës, ou plus durables, comme c'est généralement le cas pour la maladie mentale chronique.

Il existe plusieurs façons dont la maladie mentale peut compromettre les capacités d'une personne à atteindre ses objectifs. La maladie mentale est associée à des taux plus élevés de graves problèmes de santé physique et de mortalité prématurée, qui peut conduire les personnes à la pauvreté et à l'itinérance, et peut créer une vulnérabilité aux violences et à la négligence (OMS, 2013) – ce qui crée de sérieux obstacles à l'accomplissement du besoin primaire de la «vie». De plus, les troubles mentaux précoces empêchent souvent les individus à terminer leurs études et à s'établir avec succès dans une carrière, ce qui présente des obstacles aux besoins primaires de «connaissances» et «d'accomplissement (au travail)». En tant que l'un des déterminants les plus importants de la misère (Layard, 2013), les troubles mentaux sont également susceptibles d'entraver gravement la capacité d'une personne à atteindre les besoins primaires de la «paix intérieure» et du «bonheur». D'un point de vue externe, les personnes atteintes de maladie mentale continuent de susciter des niveaux élevés de peur, d'intolérance et de croyances favorables à l'exclusion sociale, en particulier lorsque l'individu est également un délinquant violent (Brooker & Ullman, 2008). De telles attitudes

entravent les relations sociales, l'intégration communautaire et ayant une incidence négative sur la capacité d'une personne à obtenir un emploi, un logement et une assurance (Corrigan, 2004). En tant que tels, ils empêchent les individus à accéder aux besoins primaires entre autres de la « communauté », « l'amitié », la « vie » et « l'accomplissement » (dans le travail).

On peut soutenir que l'un des effets les plus dévastateurs de la maladie mentale grave et de ses séquelles est sa capacité à détruire l'autonomie d'une personne (premier bien de l'organisme): la capacité à mener des actions intentionnelles autodirigées pour atteindre des objectifs déterminés (Ward & Marshall, 2007). En plus de saper les capacités d'agency, les troubles mentaux graves peuvent également conduire à des restrictions imposées par l'État à la liberté d'une personne. Lorsque le sens de l'action des individus diminue, leur capacité à combler d'autres besoins est mise à mal et leur dignité compromise (Ward & Syversen, 2009). Par conséquent, les personnes atteintes de maladie mentale rencontrent généralement une série d'obstacles à la réalisation d'une vie autonome et enrichissante. Il convient également de noter que les facteurs de risque de maladie mentale peuvent eux-mêmes créer un ensemble supplémentaire d'obstacles pour une personne, même avant l'apparition de troubles mentaux (ex. la consommation de substances pendant la grossesse, l'attachement précaire dans la petite enfance ou la violence familiale dans l'enfance – cf. OMS, 2012). Ces aspects conduisent généralement à une série de déficiences neurobiologiques, psychologiques et sociales (c.-à-d. des problèmes de capacités) qui peuvent entraver l'acquisition de besoins primaires. Toutefois, la maladie mentale risque d'exacerber les difficultés préexistantes, en créer de nouvelles, et même entraîner l'atrophie des compétences acquises antérieurement (aptitudes sociales et de communication) ou empêcher l'acquisition de nouvelles compétences (intimité, vie autonome et compétences professionnelles).

Les symptômes de la maladie mentale en tant que besoins secondaires

Il arrive que les symptômes de la maladie mentale et les comportements qui y sont associés fournissent simultanément les moyens par lesquels les besoins primaires évalués sont recherchés. Quelques exemples, tirés de mon expérience clinique, serviront à illustrer ce point.

- Alfred, un homme âgé atteint de schizophrénie chronique qui a étranglé sa mère pendant un épisode psychotique, était un collectionneur vorace de livres éducatifs. Pratiquement chaque centimètre d'espace dans sa chambre était occupé par des piles de livres, le personnel soignant de son logement craignait qu'il trébuche et se blesse. Alors que l'acquisition continue de livres par Alfred était considérée par le personnel comme symptomatique d'un « trouble de *thésaurisation* », pour Alfred, les livres représentaient la caractéristique très appréciée d'être *éduqué* (le besoin

primaire de la « connaissance »). Alfred fut dévasté lorsque sa carrière universitaire a été tronquée par le début de la schizophrénie. Il s'entoura par la suite de manuels et de dictionnaires sur de nombreux sujets.

- Peter, un homme d'âge moyen qui n'avait pas d'antécédents d'infraction, a poignardé sa mère à mort alors qu'il était dans un état psychotique. Il a attribué l'homicide à l'empoisonnement. Cette croyance s'est avérée insoluble malgré une thérapie intensive visant à l'aider à mieux comprendre sa délinquance. Le « manque de perspicacité » de Peter peut être conceptualisé comme un moyen de se réconcilier avec un acte qui autrement lui aurait causé une profonde angoisse et qui aurait remis en question sa perception de lui-même comme un « homme bon » (besoin primaire de la « paix intérieure »).
- Enfin, le cas de Mohammed, un jeune musulman atteint d'un trouble délirant psychotique, a commis une agression grave contre son voisin qu'il suspectait d'avoir introduit des caméras dans sa chambre pour l'attraper en train de regarder de la pornographie. Sa violence représentait une tentative de mettre fin à l'atteinte perçue de sa vie privée et d'atténuer les sentiments de colère et d'anxiété qui en résultaient (besoins primaires de la « vie » et de « paix intérieure »). La nature jugée bizarre du comportement psychotique ne doit pas masquer la congruence qui existe souvent entre les objectifs actuels d'une personne et les thèmes pré-morbides dans la vie de la personne (les besoins primaires). Une exploration des antécédents de Mohammed a révélé qu'il avait été déplacé de son pays natal en raison de la guerre civile et qu'il avait par la suite passé dix ans à vivre dans un camp de réfugiés. À la suite de ces expériences, Mohammed a développé une sensibilité aux questions d'autonomie et de vie privée (besoin primaire de « l'autonomie », caractéristique de l'*agency*). De façon significative, ces thèmes ont été incorporés dans sa psychose et ont incité l'attaque sur le voisin.

Ainsi, il y a souvent une continuité entre les valeurs passées et présentes des individus, même lorsque les moyens actuels sont inadaptés (pour répondre aux besoins primaires), comme, par exemple, lors d'un épisode psychotique. Cependant, la psychose peut augmenter la nécessité d'un besoin primaire particulier et, par son effet désinhibant, influencer les moyens par lesquels il est comblé. Cela encourage les praticiens à regarder au-delà de la symptomatologie psychiatrique et à explorer les objectifs que les individus poursuivent à travers leurs actions. La maladie mentale peut entraîner une variété d'obstacles dans le Plan de (bonne) Vie (PdV) d'une personne. Premièrement, elle peut dégrader les capacités internes et externes nécessaires à l'acquisition de besoins primaires. Deuxièmement, ces problèmes de capacité peuvent entraîner un manque de buts dans la vie d'une personne. Lorsque la vie d'une personne est appauvrie, son bien-être psychologique est compromis (Emmons, 1999; Ward & Maruna, 2007) ce qui facilite le retour de la maladie mentale. Troisièmement, la maladie mentale peut

influer sur les moyens par lesquels les besoins primaires sont recherchés. Enfin, les personnes atteintes de maladie mentale qui commettent des infractions peuvent éprouver un quatrième type de défaut dans leur PdV – les problèmes de *conflit* (ex. poursuite d'un besoin primaire qui entre en conflit avec un autre besoin primaire).

Les prestations des services (médico-légaux) de santé mentale en tant que levier ou frein à l'acquisition des besoins primaires

Selon le GLM, la réhabilitation doit doter les individus de ressources internes avec des conditions environnementales adéquates pour accéder aux besoins primaires de manière prosociale. Les possibilités, les ressources et le soutien externe sont essentiels pour une réhabilitation efficace, car ils permettent aux individus d'appliquer leur PdV dans leur environnement. L'accès aux capacités extérieures devient d'autant plus critique pour les personnes privées de liberté, car elles sont très vulnérables et dépendent presque entièrement de l'institution dans la réponse à leurs besoins humains. Pourtant, les services dans lesquels les individus sont détenus contre leur volonté sont généralement des environnements réglementaires, façonnés par des exigences juridiques et de sécurité qui imposent inévitablement des contraintes importantes aux PPSMJ et limitent l'accès aux besoins primaires. Néanmoins, ces services peuvent atténuer certaines des contraintes institutionnelles et favoriser activement la satisfaction des besoins humains. Par exemple, les relations de soutien avec le personnel peuvent fournir aux PPSMJ un moyen précieux de contact humain, les aidant à satisfaire le besoin primaire des « relations ». Il est prouvé que les patients des services psychiatriques perçoivent la qualité de la relation d'aide comme le facteur le plus important pour les bons soins (Björkman, et al., 1995 ; Johansson & Eklund, 2003). De même, communiquer de manière transparente et respectueuse, prendre leurs préoccupations au sérieux et travailler en collaboration pour appuyer leurs objectifs peut contribuer à promouvoir un sentiment d'autodétermination (besoin primaire de « l'autonomie »). En outre, la mise en place d'une série d'activités et de programmes (professionnels, récréatifs, éducatifs, spirituels, culturels) peut offrir aux patients des services et des compétences ainsi que des possibilités d'accéder à toute une gamme d'autres besoins primaires (l'accomplissement – dans le travail et les loisirs –, la connaissance, la créativité, la spiritualité, la communauté).

D'autre part, la manière dont les services sont structurés peut entraver la réalisation des besoins primaires. La prestation de services peut avoir des effets iatrogènes par rapport à la satisfaction des besoins humains. Par exemple, les recherches décrivant les perceptions des soins par les patients suggèrent que les services offrent peu de possibilités d'activité significative, dépourvues de liens authentiques avec le personnel et même être vécues comme répressives, déshumanisantes et corrosives (Barnao, et al., 2015 ; Farnworth, et al., 2004 ; Horberg, et al., 2012 ; Lilja & Hellzen, 2008). Une étude

récente explorant les expériences des délinquants atteints de maladie mentale plus âgés met en évidence le rôle crucial des possibilités environnementales et du soutien dans la satisfaction des besoins humains et sa forte influence sur les perceptions à l'égard de la prestation des soins (DeSmet et al., 2015). L'étude a révélé de façon inattendue que les participants ont exprimé des expériences plus positives (et moins négatives en prison) que dans d'autres établissements de soins. Les facteurs dans les expériences (plus) positives des participants semblent être l'offre d'activités, y compris le travail rémunéré, et la disponibilité et la qualité du soutien psychosocial. En revanche, les expériences négatives étaient liées à un manque d'activités professionnelles, à une thérapie non utile et à un manque d'attention personnelle. Il mérite d'être mentionné ici que lorsque les PPSMJ sont insatisfaites de la prestation de services, il est probable que cela devienne un obstacle au changement – puisque les questions de motivation contiennent des éléments qui résident non seulement avec l'individu, mais aussi avec le contexte clinique et le climat thérapeutique dans lequel la réhabilitation est fournie (Hodge & Renswick, 2002).

Ainsi, le GLM nous rappelle que la qualité et l'efficacité de la réhabilitation sont inextricablement liées au contexte plus large de la réhabilitation et à sa capacité à fournir aux individus les possibilités et le soutien nécessaires pour satisfaire des besoins humains fondamentaux. Les divers éléments qui composent l'environnement de la réhabilitation sont conceptualisés au sein du GLM en tant que *capacités externes*. Ces aspects de la prestation de services peuvent favoriser ou entraver l'acquisition des besoins primaires et avoir de profondes répercussions sur le bien-être des individus, l'état de la maladie mentale, le risque de récidive et la motivation au traitement. L'application médico-légale du GLM a trois objectifs : (1) améliorer le bien-être des PPSMJ en les dotant de capacités à mener une vie significative, saine et prosociale ; (2) traiter les troubles mentaux ; et (3) protéger la collectivité en réduisant le risque de récidive.

Références

- Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.
- Adshead, G., & Sarkar, S.P. (2009). Justice and welfare: Two ethical paradigms in forensic psychiatry. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39*, 1011-1017.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct (5th edition)*. New Providence, NJ: LexisNexis.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior, 17*, 19-52.
- Barnao, M., & Ward, T. (2015). Sailing uncharted seas without a compass: A review of interventions in forensic mental health. *Aggression and Violent Behavior, 22*, 77-86.
- Barnao, M., Robertson, P., & Ward, T. (2010). Good Lives Model applied to a forensic population. *Psychiatry, Psychology and Law, 17*, 202-217.
- Barnao, M., Ward, T., & Casey, S., (2015). Looking beyond the illness: Forensic service users' perceptions of rehabilitation. *Journal of Interpersonal Violence, 30*, 1025-1045.

- Barnao, M., Ward, T., & Casey, S. (2016). Taking the good life to the institution: Forensic service users' perceptions of the Good Lives Model. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60, 766-786.
- Björkman, T., Hansson, L., Svensson, B., & Berglund, I. (1995). What is important in psychiatric outpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 7, 355-362.
- Blackburn, R. (2004). "What Works" with mentally disordered offenders. *Psychology, Crime, and Law*, 10, 297-308.
- Bressington, D., Stewart, B., Beer, D., & MacInnes, D. (2011). Levels of service user satisfaction in secure settings: A survey of the association between perceived social climate, perceived therapeutic relationship and satisfaction with forensic services. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1349-1356.
- Brooker, C., & Ullmann, B. (2008). *Out of sight, out of mind. The state of mental healthcare in prison*. London: Policy Exchange.
- Clark, D.A. (2000). *Theory manual for enhanced thinking skills: prepared for the joint prison accreditation panel*. London: Home Office.
- Clarke, A.Y., Cullen, A.E., Walwyn, R., & Fahy, T. (2010). A quasi-experimental pilot study of the Reasoning and Rehabilitation programme with mentally disordered offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21, 490-500.
- Corrigan, P.W. (2004). Target-specific stigma change; a strategy for impacting mental illness stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 113-121.
- Daffern, M. (2010). A structured cognitive behavioural approach to the assessment and treatment of violent offenders using offence paralleling behavior. In M. Daffern, & J. Shine, (Eds.), *Offence Paralleling Behavior; A Case Formulation approach to Offender Assessment and Intervention* (pp. 105-120). New Jersey: Wiley-Blackwell.
- De Smet, S., Van Hecke, N., Verte, D., Broekaert, E., Ryan, D., Vandeveld, S. (2015). Treatment and control: A qualitative study of older mentally ill offenders' perceptions on their detention and care trajectory. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59, 964-985.
- Emmons, R.A. (1999). *The psychology of ultimate concerns*. New York: Guilford Press.
- Farnworth, L., Nikitin, L., & Fossey, E. (2004). Being in a secure forensic psychiatric unit: Every day is the same, killing time or making the most of it. *British Journal of Occupational Therapy*, 67, 430-438.
- Gannon, T.A., King, T., Miles, H., Lockerbie, L., Willis, G.M. (2011). Good Lives sexual offender treatment for mentally disordered offenders. *The British Journal of Forensic Practice*, 13, 153-166.
- Hart, S., Sturmey, P., Logan, C., & McMurrin, M. (2011). Forensic case formulation. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 118-126.
- Hodge, J.E., & Renswick, S.J. (2002). Motivating mentally disordered offenders. In M. McMurrin (Ed.), *Motivating offenders to change: A guide to enhancing engagement in therapy* (pp. 221-234). Chichester, JK: John Wiley & Sons Ltd.
- Hodgins, S. (2002). Research priorities in forensic mental health. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 7-23.
- Horberg, U., Sjogren, R., & Dahlberg, K. (2012). To be strategically struggling against resignation: The lived experience of being cared for in forensic psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 743-751.
- Ivanoff, A. & Schmidt, H. (2010). Functional assessment in forensic settings: A valuable tool for prevention and treating egregious behavior. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 24, 81-91.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 339-346.
- Layard, R., Chisholm, D., Patel, V., & Saxena, S. (2013). Mental illness and unhappiness. In J.

- Helliwell, R. Layard, & J. Sachs (Eds.), *World Happiness Report 2013*, Earth Institute, Columbia University.
- Leach, M. J. (2005). Rapport: A key to treatment success. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11, 262-265.
- Lilja, L., & Hellzen, O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: A qualitative investigation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 279-286.
- Rice, M. & Harris, G. (1997). The Treatment of Mentally Disordered Offenders. *Psychology, Public Policy, and Law*, 3, 126-183.
- Robertson, P., Barnao, M., & Ward, T. (2011). Rehabilitation frameworks in forensic mental health. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 472-484.
- Ross R.R., & Fabiano, E.A. (1985). *Time to think: A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation*. Johnson, TN: Institute of Social science and Arts.
- Sadoff, R.L. (2011). *Ethical issues in forensic psychiatry: Minimizing harm*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Simons, D.A., McCullar, B., & Tyler, C. (2006). *Evaluation of the Good Lives Model approach to treatment planning*. Paper presented at the 25th Annual Association for the Treatment of Sexual Abusers Research and Treatment Conference, Chicago, IL.
- Ward, T., & Marshall, B. (2007). Narrative identity and offender rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51, 279-297.
- Ward, T., & Syversen, K. (2009). Human dignity and vulnerable agency: an ethical framework for forensic practice. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 94-105.
- Ward, T., & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: Beyond the risk paradigm*. London, England: Routledge.
- Ward, T., Mann, R.E., & Gannon, T.A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behaviour*, 12, 87-107.
- Ward, T. (2013). Addressing the dual relationship problem in forensic and correctional practice. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 92-100.

Notes

- 1 IMDO: individuals with mental disorder who offend.
- 2 Un troisième cadre – une perspective fondée sur la force – a également été identifié, mais la proportion de la documentation d'intervention étayée par ce type d'approche était minuscule.
- 3 Par exemple les modèles thérapeutiques ciblant la maladie mentale sont fondés sur des théories mettant l'accent sur les changements structurels et/ou dynamiques qui se produisent à un niveau neurochimique ou psychologique. En revanche, les principaux éléments étiologiques du RBR tournent autour de la détection et suppression des facteurs de risque empiriquement associés à des comportement criminogènes.
- 4 Selon le GLM, la meilleure façon de créer une société plus sûre est d'aider les délinquants à développer des modes de vie plus épanouissants et socialement intégrés.