

Evaluation de la fidélité des professionnels au *Good Lives Model* (GLM)*

Par David S. PRESCOTT, Gwenda M. WILLIS

RÉSUMÉ

Depuis la création du modèle «*Good Lives*» (GLM), les chercheurs et les praticiens ont été confrontés à des questions sur sa mise en œuvre. Les programmes prétendant utiliser le GLM varient considérablement dans la mesure où le GLM guide l'accompagnement, mais qu'il n'existe aucun outil pour surveiller sa fidélité par le professionnel ou un programme). Le but de l'article actuel est donc de proposer un outil concret de suivi de la fidélité des professionnels au GLM. L'outil présenté offre une méthode permettant aux professionnels et aux superviseurs de répondre à la question centrale : «*Dans quelle mesure mettons-nous en œuvre le *Good Lives Model* ?*».

Mots clés : Evaluation de la Fidélité, *Good Lives Model*, Supervision.

ABSTRACT

Since the *Good Lives Model's* (GLM) inception, researchers and practitioners have faced questions about its implementation. Programs claiming to use the GLM vary substantially in the extent to which the GLM informs treatment, and no tools exist to monitor therapist or program fidelity to the GLM. The aim of the current paper is to offer a concrete tool to monitor therapist fidelity to the GLM. The GLM fidelity monitoring tool offers a method for how professionals and supervisors can address the central question of "How well are we implementing the *Good Lives Model* ?".

Keywords : Consulting, Fidelity Monitoring, *Good Lives Model*.

Mise en œuvre du modèle «*Good Lives*»

Le *Good Lives Model* (GLM) est une théorie réhabilitative fondée sur les *forces*, élaborée par Tony Ward et ses collègues au début des années 2000 (Ward, 2002 ; Ward & Stewart, 2003). Le GLM a été élaboré pour corriger les lacunes identifiées du traitement qui se concentre presque exclusivement sur la réduction des risques, y compris la difficulté inhérente à motiver et à engager les suivis dans le traitement lorsque les objectifs du programme de traitement ne sont pas nécessairement en lien avec les valeurs et les priorités de la personne. Le GLM adopte le double objectif de réduction des risques en plus d'aider les suivis à élaborer (et à mettre en œuvre) un plan de vie (PdV) prosocial

* Traduction et révisions : Erwan Dieu.

solide, soutenu par les valeurs, les priorités et les forces fondamentales de la personne. Le GLM répond aux principes du RBR et les besoins criminogènes sont conceptualisés comme des problèmes dans la capacité de la personne à atteindre ses « besoins (humains) primaires » (ex. : relations, maîtrise, paix intérieure et autonomie) de manière prosociale. Les besoins criminogènes sont ainsi pris en compte dans la poursuite plus large du renforcement des capacités d'une personne à réaliser ses besoins profonds (par opposition aux besoins criminogènes dans le seul but de réduire les risques). Le GLM a été adopté par les services de traitement (McGrath et al., 2010), toutefois les premières observations de programmes préconisant une approche GLM ont montré des variations dans la mesure de mise en œuvre pratique du modèle (Willis et al., 2014).

L'étude de Willis et al. (2014) explorant l'application du GLM dans treize programmes nord-américains de traitement de la délinquance sexuelle a révélé que l'opérationnalisation du GLM comprenait la révision d'un programme en utilisant des objectifs d'action, l'adoption de plans de traitement et d'intervention individualisés, l'élargissement de l'orientation et du contenu d'un programme au-delà des besoins criminogènes (souvent par l'ajout d'un module inspiré par le GLM) et le traitement des suivis avec dignité et respect. Toutes ces stratégies sont conformes à une approche GLM; toutefois, à eux seuls, ils ne sont pas à la hauteur de ce qui pourrait être considéré comme une intervention GLM. Le GLM était en grande partie absent des pratiques et protocoles d'évaluation et les plans d'intervention individualisés équivalaient souvent à un espace supplémentaire pour que les objectifs des suivis soient ajoutés aux objectifs génériques de traitement. La majorité des programmes ont été considérés comme étant orientés GLM, toutefois l'intégration était en grande partie additive à un accent mis sur la gestion des risques et la prévention des rechutes. Seulement deux des treize programmes ont officiellement intégré les concepts GLM dans le contenu du programme. Ces résultats n'étaient pas surprenants étant donné qu'au moment où les données ont été recueillies, peu de ressources étaient disponibles pour soutenir les cliniciens à mettre en œuvre le GLM. Le nombre de ressources pour les cliniciens travaillant dans tous les milieux et les groupes de suivis s'est depuis multiplié (Prescott, 2018; Prescott & Dent, 2018; Willis et al., 2013; Yates & Prescott, 2011). Pourtant, les ressources ne garantissent pas la fidélité des professionnels à un traitement GLM.

La capacité d'opérationnaliser clairement la fidélité aux théories ou aux cadres de la réhabilitation facilite la recherche en examinant l'efficacité des différents éléments et approches thérapeutiques. En effet, les principes d'interventions correctionnelles efficaces et en particulier les principes très influents de risque, de besoins et de réceptivité (Bonta & Andrews, 2017) ont été définis concrètement et sont opérationnels dans divers protocoles d'évaluation de la fidélité, avec notamment une plus grande fidélité associée à une meilleure efficacité du traitement (Duriez et al., 2018). Ainsi, l'évaluation de la fidélité aide à promouvoir la pratique fondée sur des données probantes.

Malgré sa popularité, il n'existe aucun outil pour surveiller la fidélité au GLM. Willis et al. (2013) ont décrit comment intégrer le GLM dans les objectifs/orientations, la planification de l'évaluation et de l'intervention d'un programme, le contenu du traitement et la prestation – lignes directrices qui ont servi de base à l'exploration de la fidélité globale du programme au GLM dans Willis et al. (2014). L'objectif de l'article actuel est de compléter les lignes directrices de Willis et al. (2013) par un outil concret pour surveiller la fidélité des professionnels au GLM.

Présentation de l'outil d'évaluation de la fidélité GLM

L'outil d'évaluation de la fidélité au GLM est conçu pour appuyer la mise en œuvre du GLM lorsque vous travaillez avec des majeurs dans tous les milieux de traitement médico-légal/correctionnel. L'outil est destiné au service qui examine les séances, en personne ou par le biais d'enregistrements. Il peut également être utilisé comme mesure d'auto-réflexion par les cliniciens qui veulent renforcer leur compréhension du GLM et leur adhésion aux principes clés. Toutefois, son utilisation uniquement comme mesure d'auto-réflexion sera limitée sans aucune rétroaction externe et discussion clinique. En fin de compte, cet outil est conçu comme un support de supervision utilisé dans un esprit d'amélioration continue de la qualité axée sur l'équipe professionnelle. En concevant l'outil actuel, les auteurs ont examiné des approches qui se sont avérées efficaces dans des circonstances semblables, comme *la mesure d'intégrité* du traitement au sein des entretiens motivationnels (Moyers et al., 2014).

En plus d'évaluer dans quelle mesure diverses caractéristiques cohérentes du GLM sont observées, les professionnels utilisant cet outil peuvent examiner quels types d'activités et de processus entrent dans le traitement qui ne reflètent pas les éléments décrits et dans quelle mesure ils sont compatibles avec une approche GLM du traitement décrite dans Willis et al. (2013). Fait important, le GLM, décrit en détail ailleurs (Ward & Maruna, 2007), est un modèle global de réhabilitation. Il est destiné à être utilisé de manière individualisée conformément aux principes d'un traitement correctionnel efficace (Bonta & Andrews, 2017) ainsi qu'à des facteurs tels que ceux qui composent l'alliance thérapeutique (Bordin, 1979; Prescott et al., 2017). Les programmes de traitement qui sont compatibles avec le GLM mettent l'accent sur les deux objectifs de réduction des risques et d'amélioration du bien-être. L'éthique sous-jacente, les lignes directrices du programme et les plans de thérapie utilisent un langage axé sur l'*approche* (par opposition au langage fondé sur l'*évitement*) (Mann et al., 2004; Willis et al., 2013; Yates et al., 2010). Une condition préalable à la demande GLM est que chaque suivi ait bénéficié d'une évaluation (individualisée) pour conceptualiser le recours à la délinquance. Cette conceptualisation comprend l'utilisation de mesures validées pour identifier les facteurs de risque soutenus empiriquement aux

côtés de considérations clés GLM telles que l'identification des besoins primaires impliqués dans la délinquance et ceux priorités dans la vie de la personne actuellement.

L'outil d'évaluation de la fidélité au GLM dispose de trois sections. La première section examine les considérations et les processus fondamentaux, la deuxième section se concentre sur le contenu GLM, et la troisième section offre aux praticiens et aux superviseurs une liste plus globale de considérations pour aider à soutenir la mise en œuvre continue du GLM. Nous recommandons aux superviseurs d'évaluer les éléments avant ou pendant les séances de supervision clinique et d'utiliser les cotes pour guider les discussions durant la supervision.

Première section: Considérations et processus fondamentaux

De nombreux éléments inclus dans cette section sont dérivés de la littérature générale sur les approches probantes avec les auteurs d'abus sexuels, d'autres infractions plus générales, ainsi que la littérature de psychothérapie générale.

1 Qualités de professionnel, telles que perçues par la personne et les autres.

Comme l'ont souligné Marshall et al. (Marshall, 2005; Marshall et al., 2003), les qualités des professionnels sont le fait d'être chaleureux, empathique, gratifiant, soutenant (en d'autres termes, maintenir le flux de traitement en mouvement); et de s'abstenir d'un comportement dur ou conflictuel. Compte tenu de la communication verbale et non verbale, attribuez une cote comme suit :

Evaluation	Description
0	L'accompagnant ne transmet pas de chaleur, paraît froid et ne cherche pas à s'assurer de comprendre le point de vue de la personne. Il ne cherche pas à clarifier ou à améliorer la non-compréhension. L'accompagnant ne fournit pas de validation ou ne reconnaît pas ouvertement les forces, la résilience ou d'autres attributs positifs à la personne. L'accompagnant peut être dur ou conflictuel.
1	L'accompagnant fait preuve d'une chaleur, d'une compréhension ou d'une appréciation limitées du point de vue de la personne. L'accompagnant peut offrir une certaine validation et affirmation à la personne, mais ne semble pas authentique en le faisant. En outre, l'affirmation peut être large plutôt que spécifique à la personne.
2	L'accompagnant transmet la chaleur et la réponse empathique avec chaque suivi, démontrant une compréhension de leur point de vue et expérience interne. S'il y a un malentendu, ils cherchent à clarifier et à développer une meilleure compréhension.

2. «Esprit» sous-jacent de la prestation du traitement

Les critères ci-présents sont tirés de la documentation sur l'entretien motivationnel où ils ont un appui empirique (Hettinga et al., 2005; Miller & Rollnick, 2013; Moyers et al., 2014). Les professionnels peuvent afficher: la collaboration (le professionnel considère la personne comme un être humain et n'a aucun jugement moral); la congruence (le professionnel accepte pleinement la *personne comme un être humain* qui est toujours digne de respect et de dignité, tout en refusant le *comportement fautif*); la compassion (le professionnel cherche à comprendre les expériences internes de la personne et priorise ses meilleurs intérêts); l'attention (le professionnel démontre un intérêt pour la motivation personnelle de la personne à apporter des changements positifs dans sa vie et écoute attentivement pour identifier la motivation, les forces et d'autres attributs positifs). Compte tenu de la communication verbale et non verbale, attribuez une cote comme suit:

Evaluation	Description
0	L'accompagnant ne transmet pas un sentiment de collaboration et se présente comme supérieur à ses suivis. Ils ne semblent pas accepter la personne comme un être humain digne de respect et de dignité. Ils ne démontrent ni un sentiment de compassion ni un intérêt pour les motivations internes de la personne pour le changement.
1	L'accompagnant fait des déclarations indiquant une collaboration, une compassion, mais ces déclarations sont soit superficielles, soit jugées non authentiques par la personne.
2	L'accompagnant transmet un profond engagement et la personne le comprend comme un désir de maintenir la collaboration en faisant preuve de compassion.

3. Prioriser les compétences cliniques qui favorisent le changement

Ceux-ci sont également pris de la littérature de l'entretien motivationnel où ils ont un soutien empirique (Hettinga et al., 2005; Miller & Rollnick, 2013; Moyers et al., 2014). Ces compétences ont été choisies en raison de leur lien direct avec l'autonomie de la personne et du fait qu'elles contribuent à susciter la motivation interne de la personne à changer, ce qui l'aide à envisager des objectifs qu'elle peut atteindre plutôt qu'à éviter. Il s'agit notamment de: questions ouvertes; non affirmatives; de relances réflexives; de synthèse; de conseils ou commentaires seulement avec la permission de la personne. Bien que ces compétences cliniques puissent être mesurées concrètement à l'aide d'un nombre de comportements et de l'analyse du discours, l'intention de cet outil est simplement de surveiller l'utilisation globale de ces compétences par l'accompagnant. Attribuez une note comme suit:

Évaluation	Description
0	L'accompagnant n'a pas utilisé des compétences (cliniques vers le changement) et a fourni des conseils ou effectué des commentaires sans obtenir d'abord la permission de la personne.
1	L'accompagnant a essayé d'utiliser une partie ou la plupart des compétences cliniques (ex. utilisation des questions ouvertes, mais maintien de déclarations ou affirmations).
2	L'accompagnant tente sérieusement d'utiliser les compétences cliniques et de minimiser l'utilisation de compétences non adaptées (ex. éviter les questions fermées).

4. Recherche active et explicite des commentaires des suivis

Cette partie est basée sur des recherches empiriques explorant l'alliance thérapeutique (Prescott et al., 2017). Afin d'assurer l'alliance professionnelle la plus efficace, l'accompagnant recherche activement des éléments pour s'assurer que les activités de traitement sont personnellement significatives et pertinentes et que la personne : se sent entendue, comprise et respectée ; éprouve des objectifs de traitement aussi significatifs, pertinents et importants ; elle croit que l'approche du professionnel leur convient ; elle croit que l'accompagnant prend en compte leur culture et d'autres valeurs personnelles profondément ancrées. La relation thérapeutique est telle que la personne, qui sait que l'accompagnant l'examinera, ne craint pas les conséquences négatives de cette évaluation. Attribuez une note comme suit :

Évaluation	Description
0	L'accompagnant ne tente pas d'obtenir les observations/retours de la personne ou le fait d'une manière indifférente.
1	L'accompagnant obtient les observations/retours de la personne, mais sans y démontrer un intérêt réel ou une attention sérieuse. L'accompagnant peut croire qu'il crée une atmosphère ouverte aux échanges, mais il ne suscite pas explicitement de rétroaction.
2	L'accompagnant exprime son souci envers les observations/retours de la personne et affiche l'intention d'y tenir compte sérieusement.

Deuxième section: Considérations et processus propres au GLM

1. Mettre l'accent sur les objectifs de bonne vie

L'objectif principal ici est que les séances de traitement se concentrent sur l'acquisition de besoins primaires par le biais d'objectifs de « bonne vie » ainsi que sur la gestion des facteurs de risque: l'accent est mis sur l'approche/l'acquisition de besoins primaires à chaque session; documentation des séances de traitement et des évaluations pertinentes font référence aux besoins primaires GLM et/ou aux objectifs du Plan de (bonne) Vie; tous les besoins primaires sont inclus d'une certaine manière, même si ils peuvent être priorisés. En d'autres termes, aucun besoin n'est totalement laissé de côté dans le processus de traitement; il est prêt, disposé et capable d'aider la personne à parler d'objectifs pertinents et significatifs et de développer une compréhension de la façon dont les propres objectifs de la personne se rapportent aux besoins primaires GLM. Par exemple, si le seul but de la personne est de pouvoir courir un marathon, l'accompagnant peut le relier aux discussions sur les besoins primaires tels que « l'excellence au travail et au jeu » et « vivre et survivre ». Attribuez une note comme suit :

Évaluation	Description
0	Cet élément est généralement absent. Par exemple, l'accompagnant se concentre constamment sur la réduction des facteurs de risque ayant peu ou pas de liens avec les besoins avec lesquels ils sont liés. De même, il n'y a pas de discussion ou d'appréciation pour les besoins (primaires) qui sont importants pour la personne.
1	Cet élément est présent mais incomplet (ex.: se concentrer uniquement sur certains besoins) ou superficiel (ex.: habitude professionnelle sur certains besoins primaires).
2	Cet élément est clairement présent. L'acquisition d'un « Plan de vie » est un objectif clair du suivi, et il y a une compréhension partagée de la façon dont les expériences de vie ont rendu difficile l'atteinte de ce Plan de vie.

2. Conceptualisation des facteurs de risque

Les facteurs de risque sont conceptualisés comme des obstacles à la mise en œuvre d'un Plan de (bonne) Vie et abordés en conséquence. Il est important de noter que même si les auteurs préconisent l'évaluation des facteurs de risque, nous déconseillons de simplement les prendre à leur juste valeur comme obstacles à la réalisation d'une bonne vie (Heffernan et al., 2019; Ward, 2016). L'intention de cet article est d'identifier les facteurs de risque sur la voie de l'élaboration d'une compréhension narrative de la façon dont les expériences antérieures ont façonné les facteurs de risque qui ont joué un rôle en tant

qu'obstacles à la réalisation des besoins primaires. Les domaines d'intérêt incluent: les facteurs de risque abordés dans le traitement sont choisis parmi la recherche empirique et identifiés comme pertinents sur base d'évaluation formelle; les facteurs de risque sont compris comme des obstacles à l'acquisition d'objectifs de bonne vie; les facteurs de risque sont compris comme des processus/récits (ou même des « mini-histoires ») qui se sont produits et peuvent se produire à l'avenir si l'on éprouve des difficultés dans le Plan de (bonne) Vie. Le clinicien équilibre-t-il adéquatement les facteurs de risque avec les forces/facteurs de protection et les objectifs de bonne vie de sorte que les facteurs de risque ne reçoivent pas une attention indue d'une session à l'autre? Attribuez une note comme suit :

Evaluation	Description
0	Cet élément est absent de la séance. L'accompagnant se concentre exclusivement sur le risque sans comprendre comment les facteurs de risque ont agi comme des obstacles dans l'atteinte des objectifs de bonne vie sur la personne. Par ailleurs, les facteurs de risque ne sont pas pris en compte.
1	Cet élément est présent, mais incomplet (ex. : se concentrer uniquement sur certains objectifs ou facteurs de risque) ou superficiel (ex. : identification conjointe des facteurs de risque et objectifs de vie, mais aucun lien établi entre les éléments). Il y a probablement peu de compréhension des processus sous-jacents au facteur de risque (ex. : considérer le comportement impulsif comme une « impulsivité » sans tenir compte des processus par lesquels la personne est devenue impulsive et/ou reste impulsive).
2	Cet élément est pleinement présent dans le suivi. L'accompagnant et la personne comprennent la façon dont les événements de la vie et les facteurs de risque ont interagi et évolué pour empêcher la réalisation d'un bon plan de vie.

3. Objectifs de bonne vie impliqués dans la délinquance

En tant que théorie réhabilitative globale englobant les hypothèses étiologiques de la délinquance (Ward et Maruna, 2007), le GLM ne se préoccupe pas simplement de vivre une bonne vie. Il s'agit également de comprendre comment la poursuite de bons objectifs de vie a été impliquée dans la délinquance d'une personne. En d'autres termes, le GLM propose que même les comportements les plus nuisibles soient liés à des besoins primaires communs à tous les êtres humains sous une forme ou une autre. Par exemple, le besoin principal des « relations et amitiés » est impliqué dans un crime où une personne agresse des enfants tout en croyant qu'elle a une relation spéciale avec eux. Le but d'avoir une relation est au cœur de l'être humain. Toutefois, le fait d'avoir des relations sexuelles avec des enfants présente un risque inacceptable pour l'enfant, ses proches et la personne qui cherche la relation. Les séances cliniques et la documentation comprennent une compréhension claire des besoins primaires qui ont été impliqués dans une infraction donnée

et comment ils l'ont été (en d'autres termes, l'accompagnant et la personne sont arrivés à une explication mutuellement convenue de la façon dont certains besoins ont été impliqués dans une infraction). Attribuez une note comme suit :

Evaluation	Description
0	Cet élément est absent de l'accompagnement. Il n'y a pas ou peu de référence à la façon dont les besoins primaires ont été impliqués dans la délinquance de la personne.
1	Cet élément est présent, mais incomplet (ex. : se concentrer uniquement sur certains besoins) ou superficiel (ex. : peu ou pas de considération accordée à plus d'un besoin impliqué dans la délinquance : « il a dit qu'il se sentait mieux après avoir été violent ; par conséquent, le besoin en cause était le "bonheur," ». Il est très courant que plusieurs besoins soient impliqués.
2	Cet élément est entièrement présent. L'accompagnant et la personne comprennent ce que la personne cherchait en commettant des infractions.

4. Obstacles à la réalisation de son bon plan de vie

Il s'agit de développer une compréhension commune des obstacles qui ont entravé l'obtention prosociale des besoins primaires. Le GLM décrit les obstacles suivants : manque de capacité interne (ex. en raison de l'adversité précoce, des troubles de santé mentale, des troubles d'apprentissage) ; manque de capacité externe (circonstances environnementales qui interfèrent avec la mise en œuvre d'un Plan de vie, comme avoir la réputation d'avoir abusé de quelqu'un et/ou manque de possibilités pour la réalisation prosociale des besoins primaires) ; une vision restreinte de son Plan de vie (en se concentrant sur trop peu de domaines) ; le conflit entre les objectifs de bonne vie (lorsque vous travaillez pour atteindre un objectif interférant avec la réalisation d'un autre objectif). Attribuez une note comme suit :

Evaluation	Description
0	Cet élément est absent du suivi. La discussion des obstacles est rare ou absente lors des entretiens et rien n'indique qu'ils aient été pris en considération.
1	Cet élément est présent mais incomplet (ex. : se concentrer uniquement sur certains objectifs) ou superficiel (ex. : noter un obstacle, comme le conflit entre les objectifs de vie, mais ne pas travailler avec la personne pour comprendre comment d'autres obstacles peuvent également avoir été présents ou précédés le conflit entre les objectifs).
2	Cet élément est entièrement présent. L'accompagnant et la personne ont une compréhension mutuelle du rôle des obstacles dans la vie de la personne et de la façon dont ils ont empêché la mise en œuvre et la réussite d'un « Plan de (bonne) vie ».

Troisième section : Considérations mondiales relatives aux GLM

Les questions fournies dans cette section sont des soutiens de réflexion et ne sont pas à évaluer. Ils sont inclus pour faciliter la communication entre le superviseur et l'accompagnant pour appuyer la mise en œuvre du GLM. Nous encourageons une analyse dans laquelle chaque question peut faire l'objet d'une réponse :

- Quels ont été les besoins primaires importants pour la personne dans le passé ?
- Quels sont aujourd'hui les besoins primaires importants pour la personne ?
- Comment des événements traumatiques et autrement indésirables ont-ils créé des obstacles dans la capacité de la personne à atteindre efficacement ses objectifs de vie ?
- Comment les événements traumatiques et autrement indésirables ont-ils contribué à l'élaboration de facteurs de risque (qui ont joué un obstacle à la réalisation des objectifs de vie) ?
- À quoi ressembleront les progrès réalisés pour la personne (et des autres) lors de la mise en œuvre du Plan de vie ?
- Que peuvent faire la personne et l'accompagnant pour apporter des changements positifs lors de la mise en œuvre du Plan de vie ?
- Quels freins pourraient survenir durant la mise en action du Plan de vie de la personne ?
- Quels sont les signes préventifs possibles d'une situation-problème ?
Comment la personne identifiera-t-elle que les choses ne s'améliorent pas ?
Comment les autres l'identifieront-ils également ?
- Que peut faire la personne en prévention lorsque les choses commencent à mal tourner ?
Que peuvent faire les autres également ?
- Comment la personne (et les autres) peuvent-ils reconnaître les progrès réalisés lorsqu'ils se manifestent ?

Discussion et conclusion

D'après l'expérience des auteurs, il est courant pour les professionnels qui ont peu d'expérience avec le GLM d'examiner certains de ses éléments clés et de supposer que leur pratique est similaire au GLM. Ils supposent donc qu'ils n'ont pas besoin d'étudier le modèle de près ou d'adapter leur pratique pour revendiquer l'adhésion au GLM. Pourtant, les cliniciens décrivent souvent leur travail comme étant cohérent avec le GLM lorsque de nombreux éléments ne le sont pas (Willis et al., 2014). L'intention du présent document est de fournir un outil aux superviseurs et aux professionnels pour surveiller la fidélité des professionnels au GLM. Les faibles cotes dans les sections 1 et 2 et les difficultés à répondre aux questions de la section trois peuvent mettre en évidence les domaines de perfectionnement, soit par la supervision clinique, soit par une formation au GLM.

L'outil d'évaluation de la fidélité au GLM représente une première tentative d'opérationnalisation et de quantification de ce que signifie le traitement compatible au GLM, en particulier la section 2. Avec plus de raffinement, l'outil a le potentiel d'être utilisé comme instrument de recherche pour évaluer systématiquement la fidélité des professionnels et/ou des traitements au GLM, permettant d'examiner si une plus grande fidélité améliore les résultats des suivis. En fait, la mesure dans laquelle le GLM ajoute de la valeur aux principes d'interventions correctionnelles efficaces demeure largement inconnue. Dans une étude récente, Mallion et al. (2020) n'ont identifié que cinq études qui examinent les résultats des programmes répondant à des critères cohérents avec le GLM. Leurs critères comprenaient : (i) l'évaluation des besoins humains primaires précieux pour la personne, (ii) l'identification des obstacles internes et externes à la réalisation des besoins par des moyens prosociaux, (iii) l'élaboration d'un plan de bonne vie et (iv) l'utilisation du « Plan de (bonne) Vie » pour guider le traitement. Comparativement aux programmes axés sur la prévention de la récidive (RBR), ils ont constaté que les programmes uniformes répondant au GLM étaient tout aussi efficaces en termes de mesures (pré/post) de changement psychométrique, et associés à une motivation et à un engagement accru des suivis.

L'outil d'évaluation de la fidélité au GLM en est aux premiers stades de développement. Bien qu'elles soient fondées sur la recherche empirique et la théorie GLM, et structurées conformément à d'autres mesures (Moyers et al., 2014), on ne sait pas encore si les données produites démontreront une bonne fidélité inter-évaluateurs – une condition préalable nécessaire avant d'utiliser l'outil pour évaluer la fidélité au GLM dans les recherches futures. De même, il n'a pas été testé dans divers groupes culturels. Néanmoins, avec la prolifération des programmes qui cherchent à mettre en œuvre le GLM vient la nécessité d'examiner de nombreuses perspectives sur son application.

Références

- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The Psychology of Criminal Conduct (6th ed.)*. Routledge.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*, 252-260.
- Duriez, S. A., Sullivan, C., Latessa, E. J., & Lovins, L. B. (2018). The Evolution of Correctional Program Assessment in the Age of Evidence-Based Practices. *Corrections, 3*(2), 119-136.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Heffernan, R., Ward, T., Vandeveld, S., & Van Damme, L. (2019). Dynamic risk factors and constructing explanations of offending: The Risk-Causality Method. *Aggression and Violent Behavior, 44*, 47-56.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 91-111.
- Mallion, J. S., Wood, J. L., & Mallion, A. (2020). Systematic review of 'Good Lives' assumptions and

- interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 55, 1015-10.
- Mann, R. E., Webster, S. D., Schofield, C., & Marshall, W. L. (2004). Approach versus avoidance goals in relapse prevention with sexual offenders. *Sexual Abuse*, 16, 65-75.
- Marshall, W. L. (2005). Therapist style in sexual offender treatment: Influence on indices of change. *Sexual Abuse*, 17, 109-116.
- Marshall, W. L., Fernandez, Y. M., Serran, G. A., Mulloy, R., Thornton, D., Mann, R. E., & Anderson, D. (2003). Process variables in the treatment of sexual offenders: A review of the relevant literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 205-234.
- McGrath, R. J., Cumming, G., Burchard, B., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2010). Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American survey. Safer Society Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping people change (3rd ed.)*. Guilford Press.
- Moyers, T. B., Manuel, J. K., & Ernst, D. (2014). *Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4.0*. Unpublished manual.
- Prescott, D. S. (2018). *Becoming Who I Want To Be: A Good Lives Workbook for Young Men*. Safer Society Press.
- Prescott, D. S., & Dent, T. (2018). *Becoming Who I want to Be: A Good Lives Workbook for Young Women*. Safer Society Press.
- Prescott, D. S., Maeschalck, C., & Miller, S. D. (2017). *Feedback-Informed Treatment in clinical practice: Reaching for excellence*. American Psychological Association.
- Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders: promises and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 513-528.
- Ward, T. (2016). Dynamic risk factors: scientific kinds or predictive constructs. *Psychology, Crime & Law*, 22, 2-16.
- Ward, T., & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: Beyond the risk assessment paradigm*. Routledge.
- Ward, T., & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 353-360.
- Willis, G. M., Ward, T., & Levenson, J. S. (2014). The Good Lives Model (GLM): An evaluation of GLM operationalization in North American treatment programs. *Sexual Abuse*, 26, 58-81.
- Willis, G. M., Yates, P. M., Gannon, T. A., & Ward, T. (2013). How to integrate the Good Lives Model into treatment programs for sexual offending: An introduction and overview. *Sexual Abuse*, 25, 123-142.
- Yates, P. M., & Prescott, D. S. (2011). *Building a better life: A good lives and self-regulation workbook*. Safer Society Press.
- Yates, P. M., Prescott, D. S., & Ward, T. (2010). *Applying the Good Lives and Self Regulation Models to sex offender treatment: a practical guide for clinicians*. Safer Society Press.
-