

Comment travailler avec des auteurs d'infractions à caractère sexuel en désaccord? Proposition de deux outils cliniques d'intervention cohérents avec une approche *Good Lives Model*.

Par Noémie HENRARD, Chrisitan MORMONT
et Serge CORNEILLE

RÉSUMÉ

Certains intervenants en charge de l'aide psycho-sociale aux justiciables sont parfois en difficulté face à des usagers qui expriment un désaccord par rapport aux accusations dont ils sont l'objet. Cet article poursuit deux objectifs : procéder à une clarification étymologique (déni, désaccord...) et présenter deux outils d'interventions spécifiques et cohérents avec une approche GLM.

Mots clés : Désaccord, outils d'intervention, *Good Lives Model*.

ABSTRACT

Some workers in charge of psycho-social assistance find it difficult to work with litigants who disagree with the accusations. This paper sets out two objectives: to clarify etymological meaning of terms such as "denial", "disagreement", etc. and to introduce two specific intervention tools consistent with the GLM approach.

Keywords : Disagreement, intervention tools, Good Lives Model.

1. Introduction

Nous faisons le constat que, dans le discours de certains intervenants, une personne qui ne s'implique pas dans un traitement est une personne qui est « résistante au traitement » plutôt que de conclure que le traitement n'est pas adapté à ses besoins. Cette représentation fait porter sur les seules épaules de l'auteur d'infraction à caractère sexuel (dit AICS) la responsabilité de la réussite du traitement. Or, comme le rappelle Levenson (2010), l'implication dans le traitement dépend de la satisfaction du délinquant par rapport au traitement, satisfaction dépendant elle-même de l'implication du thérapeute. L'implication de l'intervenant a donc un impact sur l'accessibilité du traitement (*treatment readiness*) définie comme la présence, chez le délinquant, mais aussi de la situation thérapeutique, de caractéristiques (états et dispositions) qui sont

susceptibles de promouvoir l'engagement dans la thérapie et donc l'amélioration des aptitudes au changement thérapeutique (Howell & Day, 2002 in Ward, Day, Howell & Birgden, 2004). L'accessibilité du traitement implique un accord minimal du délinquant à rencontrer l'intervenant, quelles que soient ses raisons (levier thérapeutique). Il est donc de la responsabilité de l'intervenant d'adapter le traitement aux besoins des usagers afin de les impliquer suffisamment pour qu'ils puissent accéder à un changement et aller jusqu'au bout du dit traitement.

Hudson (2005) (in Ware, 2017) et Williams (2004) (in Ware, 2017) ont tous deux démontré que les approches confrontantes et coercitives du traitement réduisaient l'engagement des participants, et force est de constater qu'un certain nombre d'intervenants psycho-sociaux ont tendance à s'appuyer sur le discours judiciaire plutôt que sur le discours du détenu en désaccord, quitte à entrer en confrontation avec ce dernier, nier son discours et ainsi adopter une position professionnelle s'apparentant davantage à celle d'un juge ou d'un policier, ce qui est tout à fait contraire à l'éthique professionnelle d'un intervenant psycho-social. Or, d'un point de vue éthique, comme le rappelle Levenson (2011), il importe que «le thérapeute accepte les perceptions du délinquant ainsi que ses besoins et qu'il lui permette de prendre la responsabilité d'un changement de comportement sur le long terme». Ware et Kemp (cité in Ware, 2017) ont constaté que près de 30% des professionnels interrogés pensaient que si un thérapeute ne remettait pas en question le désaccord, il «laisse le délinquant s'en tirer» et adopte donc une attitude de «laisser faire» (in Ware, 2017). Le rôle d'un intervenant psycho-médicosocial n'est pas de déterminer si une réalité judiciaire correspond ou ne correspond pas à une réalité factuelle, il n'en a ni les compétences ni la mission. Le rôle de l'intervenant est de faire, le cas échéant, le constat d'une contradiction entre deux discours et de parvenir à aider l'utilisateur en dépit de cette contradiction plutôt que de tenter de la réduire ou de la résoudre.

L'AICS en désaccord, confronté au discours judiciaire sans que son propre discours ne soit respecté, se trouve face à deux solutions: se conformer à ce que les intervenants attendent de lui (reconnaissance des faits, contrition) sans que cela ne corresponde à son vécu propre et nous sommes dès lors en droit de nous poser la question du sens de ce type de prise en charge, ou alors de s'exclure de toute prise en charge, s'isoler et aller jusqu'à fond de peine (Ware & Marshall, 2008). En allant à fond de peine, la personne est donc libérée en n'ayant reçu aucun soutien, sans aucun contrôle et sans support à sa sortie, avec pour conséquences possibles une augmentation des risques de récidive, le maintien du danger pour la société et pour le délinquant lui-même, une augmentation des coûts économiques (coûts des procédures socio-judiciaires) et humains (récidives, suicides).

Travailler en collaboration c'est aussi pouvoir se saisir de ce qui peut motiver la personne à venir à notre rencontre que cette motivation soit interne (ex.: souhait d'accéder à un changement) ou externe (ex.: espérer obtenir plus

rapidement des permissions de sortie), et servir dès lors de levier à une implication dans une prise en charge.

Les effets pervers liés au fait de vouloir contraindre un AICS en désaccord à reconnaître les faits reprochés sont multiples :

- Mauvaise alliance thérapeutique, alors qu'une bonne alliance thérapeutique est essentielle pour la réussite du traitement (Serran, Fernandez, Marshal & Mann, 2003 cités par Blagden, Winder, Gregson & Thorne, 2011);
- Renoncement de l'AICS en désaccord au contrôle de son histoire en cédant aux attentes dominantes quant à la façon dont il devrait la raconter (Ware & Mann, 2012);
- Utilisation inefficace des ressources (Ware & Mann, 2012);
- Les conséquences punitives n'ont pas beaucoup d'intérêt direct pour l'amélioration du bien-être de l'AICS (Ward, 2010 cité par Ware & Mann, 2012).

L'implication du thérapeute renvoie, elle-même, à l'alliance de travail et comporte 3 aspects: la nature collaborative, le lien affectif, l'accord sur les objectifs de traitement et les tâches (Bordin, 1994, Gaston 1990, cités par Ward & al. 2004). L'alliance thérapeutique est un prédicteur constant et significatif du résultat de traitement (Marshall & al., 2003 in Ware, 2017). Selon Ware (2017), plus l'intervenant sera centré sur la recherche de la vérité et moins il y aura possibilité de créer une alliance thérapeutique. Il semble que les caractéristiques du thérapeute, de la relation ou de l'alliance thérapeutique et du climat de groupe (lorsque la prise en charge s'effectue en groupe) influencent l'engagement thérapeutique des AICS et les changements avant et après traitement (Kozar & Day, 2012 in Ware, 2017).

Il est aujourd'hui prouvé que la qualité de la relation avec les intervenants socio-judiciaires est tout aussi importante que la qualité du programme d'intervention (Burnett & Mc Neil, 2005 in Stoll & Jendly, 2018) et qu'elle influence négativement la commission de nouvelles infractions (Kennealy & al., 2012 in Stoll & Jendly, 2018). Inversement, Farbring & Johnson (2010) (in Stoll & Jendly, 2018) attestent que plus la collaboration est difficile, plus le risque de récidive augmente.

Il s'agit donc pour l'intervenant de co-construire, avec le délinquant, un plan de traitement impliquant une co-responsabilité, c'est-à-dire un accord sur la définition du problème, mais aussi sur les buts, les objectifs et les besoins du délinquant. Le thérapeute et le délinquant travaillent ensemble pour définir le problème présent et développer un traitement dans une approche de personne à personne au sein d'un environnement soutenant et non jugeant (Blagden, Winder, Gregson & Thorne, 2011) ainsi que non confrontant (Marshall & al., 2001) et qu'il serait « contraire à l'éthique d'adopter un plan de traitement centré sur les comportements sexuels délinquants si la personne nie de tels comportements » (Levenson, 2011).

Une étude prospective s'étalant sur 10 ans (Lebel et al., 2008 in Mohammed, 2012) a montré que les mesures de l'état d'esprit de ceux

qui étaient sur le point de sortir de prison constituaient des facteurs de prédiction appréciables. Une faible estime de soi augurait une nouvelle condamnation et un retour en prison. Cette étude a également révélé que le fait de croire en sa propre capacité à «revenir dans le droit chemin», ou en sa propre efficacité (espoir), est peut-être une condition nécessaire, sinon suffisante, à la possibilité d'abandonner la délinquance. Le désaccord peut également être considéré comme une ressource identitaire permettant de résister à l'étiquetage et permettre à la personne d'entrer plus facilement dans un processus de reconstruction de soi (Blagden, Winder, Gregson & Thorne, 2014).

Le refus, par certains intervenants, de donner accès à un traitement aux usagers en désaccord, nous l'avons compris, peut être lourd de conséquences. Blagden et al. (2011) ont identifié toute la difficulté pour les intervenants, voire leur frustration de traiter des AICS en désaccord. Les justifications des intervenants et les considérations éthiques relatives à l'exclusion des AICS en désaccord catégoriques sont multiples (Levenson, 2011 ; Blagden et al., 2011):

- Risque de parasitage de la dynamique de groupe ;
- Risque d'impact sur ceux qui sont ambivalents ;
- Perspective pessimiste d'évolution et de découragement des thérapeutes ;
- Croyance selon laquelle il n'y a pas de possibilité de travailler avec eux.

Plus spécifiquement en ce qui concerne les programmes de groupe, Ware (2017) rappelle que le climat de groupe doit être créé avant tout par le thérapeute et, même si l'alliance thérapeutique semble plus difficile à atteindre avec des personnes en désaccord en début de traitement (en particulier l'établissement d'un lien thérapeutique), à la fin du traitement, il n'y a pas de différence significative au niveau de l'alliance thérapeutique. Selon Watson, Harkins et Palmer (2016), les personnes en désaccord peuvent participer et tirer profit de programmes de traitement traditionnels, mais ces auteurs confirment l'importance de maintenir le même groupe afin de faciliter l'engagement. En effet, une personne en désaccord sera moins encline à réaffirmer à chaque fois son désaccord si le groupe reste identique.

Il est possible que ces intervenants, derrière ces justifications, sont en fait des intervenants en difficulté et qui s'estiment incapables de prendre en charge certaines populations même lorsque cela constitue précisément la mission qui leur a été confiée. Ceci étant dit, plutôt que de se borner à dénoncer certaines pratiques, nous avons préféré adopter une démarche plus constructive et proposer deux outils cliniques d'intervention: 1) un outil non spécifique aux AICS et 2) un outil spécifique d'évaluation du désaccord, ainsi qu'un guide d'intervention qui lui est attaché. Ces outils permettront peut-être demain à certains intervenants de développer leurs compétences, de réduire leurs difficultés et de favoriser, ainsi, une plus large accessibilité de leurs services aux justiciables.

L'action du GLM, ne s'appuie pas sur les seuls comportements problématiques ni sur la seule délinquance, mais bien sur les besoins humains fondamentaux et les ressources de la personne. Une intervention de type GLM n'exige donc pas la moindre reconnaissance des faits et a donc pour corollaire d'être accessible à une population plus large que les seuls AICS en accord avec la réalité judiciaire. Selon Hanson (2013), comme le GLM est relativement récent, les recherches sur son efficacité n'en sont qu'à leur début. Cependant, les recherches préliminaires confirment les fondements théoriques de ce modèle et son impact positif sur les cibles du traitement telles qu'une motivation et une implication accrue dans le traitement, un taux d'abandon réduit et des progrès par rapport aux buts du traitement (Hanson, 2013) ;

Nous nous sommes attelés, depuis le début des années 2000, à adapter en langue française le corpus théorique du *Good Lives Model*, ainsi qu'un certain nombre d'outils d'intervention et/ou d'évaluation directement dérivés et/ou inspirés du GLM. Il s'agit soit d'outils que nous avons développés, comme c'est le cas pour le guide d'entretien à destination des AICS en désaccord (que nous allons développer plus loin), soit d'outils dont nous avons obtenu des auteurs, l'autorisation exclusive de les adapter en langue française, comme c'est le cas, entre autres, du « *Personal Aspirations and Concerns Inventory for Offenders* »¹ (Campbell & al., 2010), lui-même étant une adaptation pour délinquants incarcérés du « *Personal Concerns Inventory – offenders adaptation* » (Sellen & al., 2006). Corneille (2011) a adapté en langue française le PACI-O qu'il a traduit par « Inventaire des souhaits et préoccupations personnels » (ISPP).

2. L'Inventaire des souhaits et préoccupations personnels (ISPP)

L'ISPP permet d'offrir à l'utilisateur un cadre d'échange semi-structuré explorant six domaines de vie recouvrant les onze besoins humains fondamentaux définis par Ward. À l'aide de questions, l'intervenant invite l'AICS à identifier, de façon précise et pour chaque domaine de vie, ses préoccupations, souhaits et objectifs et de les situer en fonction d'un certain nombre de ressenti sur une échelle de 1 à 10 (capacité de contrôle, opérationnalisation, bonheur, implication, probabilité et importance). Cette pondération permet, d'une part, de définir les objectifs prioritaires de l'utilisateur et, d'autre part, de susciter une ouverture supplémentaire à la discussion et à la réflexion en mettant en exergue les éventuelles contradictions et/ou paradoxes perçus. En effet, si la personne serait très heureuse d'atteindre un objectif (bonheur: 9/10) et que c'est important pour elle (9/10), mais qu'elle ne s'implique pas pour atteindre cet objectif (implication: 2/10), le rôle de l'intervenant est de chercher, avec la personne, à comprendre sa non-implication dans la poursuite d'un objectif pourtant important à ses yeux. Il ne s'agit donc pas de se limiter à une quantification, mais d'en décoder le sens et de créer un réel échange.

L'exploration d'un domaine de vie :

Outil clinique général d'intervention – ISPP : Modalités de passation

Pratiquement – Domaine N° 1 : Le mode de vie passé, actuel et futur

Lorsque vous pensez à ce domaine, quelles préoccupations ou quels souhaits vous viennent à l'esprit ?

Préoccupation ou souhait N° 1	Ce à quoi vous aimeriez parvenir...		
✓ _____	_____	→ Importance	(__)
✓ _____	_____	→ Probabilité	(__)
✓ _____	_____	→ Capacités de contrôle	(__)
✓ _____	_____	→ Opérationnalisation	(__)
✓ _____	_____	→ Bonheur	(__)
✓ _____	_____	→ Implication	(__)
✓ _____	_____	→ Terme : Court terme/ moyen terme/long terme?	
✓ _____	_____	→ Concrétisation durant l'incarcération : oui/non ?	

L'influence de l'incarcération, mais aussi l'influence de la récidive sont également évaluées :

Pouvez-vous réfléchir et me dire en quoi le fait d'être incarcéré(e) peut vous empêcher ou vous aider à réaliser cet objectif ?

→ Influence de l'incarcération (__)

Pouvez-vous réfléchir et me dire en quoi le fait de récidiver dans l'avenir pourrait vous empêcher ou vous aider à réaliser cet objectif ?

→ Influence de la récidive (__)

Voyez-vous d'autres obstacles ou empêchements qu'il faudra vaincre avant que vous ne puissiez réaliser cet objectif ?

1. _____
2. _____
3. _____

Même si l’incarcération est rarement vécue de façon positive, elle peut être l’occasion d’avoir accès à certains moyens qui permettent de répondre à certains besoins primaires (comme par exemple, entamer une formation pour acquérir des compétences et ainsi avoir une meilleure image de soi et/ou plus facilement accès à un travail à la sortie). En ce qui concerne la question de la récidive, celle-ci nous paraît particulièrement importante dans le sens où elle nous permet d’évaluer, avec l’AICS, en quoi cette récidive pourrait être aidante ou, au contraire, représenter un obstacle dans l’atteinte de l’un ou plusieurs de ses besoins fondamentaux.

Avec l’aide de l’intervenant, l’ISPP permet donc à l’AICS de s’interroger 1) sur les moyens socialement acceptables qu’il doit mettre en place afin d’atteindre ses objectifs de vie et de satisfaire ses besoins primaires, 2) sur les ressources internes et externes dont il dispose, 3), mais aussi sur les obstacles éventuels qu’il devra franchir. La façon dont l’usager est abordé à travers cet outil clinique d’intervention est compatible avec l’approche GLM (Tableau 1, Willis & al., 2013) et ses implications cliniques (Tableau 2, Ward & al., 2007).

Le « *Personal Aspirations of Concerns Inventory* » (PACI-O) (Campbell & al., 2010), dont l’« inventaire des souhaits et préoccupations personnels » (ISPP) (Corneille, 2011) en est la traduction française, est d’ailleurs reconnu par certains auteurs (Sellen, Gobbett & Campbell, 2013) comme étant un des instruments les plus rigoureux actuellement pour évaluer et renforcer l’implication à s’engager dans un traitement. Et, selon Campbell et al. (2010), ce renforcement de l’implication est possible au travers de 4 mécanismes : l’AICS peut faire une analyse des coûts-bénéfices de la délinquance par rapport à ses objectifs de vie ; il peut identifier les obstacles personnels à la réalisation de ses objectifs ; il peut identifier les conflits entre les objectifs identifiés ; il peut faire un état des lieux de sa vie et envisager ce qu’il souhaiterait réaliser.

Dans le tableau de la page suivante, nous présentons les pratiques compatibles avec le GLM telles que précisées par Willis & al. (2013) en lien avec la pratique de l’inventaire des souhaits et préoccupations :

Tableau 1 (Corneille et Henrard, 2017):
approche compatible avec l'approche GLM (Willis et al., 2013)

Caractéristiques du programme	Compatible avec le GLM	Inventaire des souhaits et préoccupations
Objectifs du programme	Communication explicite sur le double objectif de réduction de risque de récidive et de l'amélioration du bien-être.	Permet de situer l'intervention en termes de gains de ressources et non en termes de renoncements; Explore, par rapport à chaque objectif de vie, en quoi la récidive permettrait ou, au contraire, empêcherait de l'atteindre.
Evaluation	Processus d'évaluation consistant à passer en revue de façon exhaustive un éventail de besoins humains fondamentaux.	Permet de situer directement l'intervention en termes d'objectifs de vie globaux et de besoins humains fondamentaux; Permet de passer en revue de façon exhaustive les 11 besoins humains fondamentaux, en évaluer leur priorité.
Organisation de l'intervention	Traitement individualisé / Programme d'intervention spécifique pour chaque usager	Co-construction avec l'utilisateur dans une approche non-confrontante et individualisée.
Contenu du programme	Programmes d'autodétermination incorporant le GLM; Tâches basées sur le GLM; Articulation des modules autour de la satisfaction des besoins humains fondamentaux.	Permet la planification de la sortie en termes de logement, d'emploi, de traitement ambulatoire, de support social et de besoins secondaires (voies pro-sociales pour parvenir à satisfaire les besoins primaires), ce qui est directement lié à une diminution de la récidive (Willis & Grace, 2009, Scoones & al., 2012).
Exécution du programme	Caractéristiques positives du thérapeute; Approche participative; Attention portée aux objectifs de l'utilisateur.	Représente un média thérapeutique non négligeable sur lequel les intervenants peuvent s'appuyer pour construire la relation avec le délinquant sexuel et susciter l'intérêt et l'entrée en traitement (Sellen Gobbett & Campbell, 2013).

Tableau 2 (Corneille & Henrard, 2017):
Implications cliniques du GLM (Ward & al., 2007) en lien avec l'ISPP

Implications cliniques du GLM (Ward et al., 2007)	Inventaire des souhaits et préoccupations
Pondération des besoins primaires	Permet à l'AICS de s'interroger sur le degré d'importance d'atteindre tel ou tel objectif et ainsi identifier, pour chaque domaine de vie, ses besoins prioritaires.
Identification des objectifs et des valeurs qui maintiennent la délinquance	Permet de mettre en évidence à quel besoin humain fondamental répond un comportement délinquant, ce dernier représentant un moyen d'atteindre ce dit besoin.
Formulation des besoins secondaires	Permet à l'AICS de s'interroger sur les différentes stratégies à mettre en place pour atteindre ses objectifs et ainsi identifier, pour chaque domaine de vie, les moyens concrets pour y arriver.
Elaboration du plan de vie	A la fin de la passation de l'inventaire, l'intervenant reprend, avec l'AICS, les différents moyens concrets non-délinquants identifiés qui permettront à celui-ci de répondre à ses besoins et donc d'avoir accès à une vie plus épanouissante.

Nous identifions de nombreux avantages dans l'utilisation de cet outil. Un premier avantage est qu'il situe l'intervention directement en termes d'objectifs de vie globaux et de besoins humains fondamentaux ainsi qu'en termes de gains de ressources et non en termes de renoncements. Cette approche globale et positive permet de travailler avec toute personne, y compris les personnes en désaccord avec leur accusation ou leur condamnation. Un second avantage est qu'il permet d'identifier les objectifs prioritaires de la personne (besoins primaires) ainsi que les voies pro-sociales pour y parvenir (besoins secondaires), mais aussi de planifier la sortie en termes de logement, d'emploi, de traitement ambulatoire, de support social (Good Live Plan). Un troisième avantage est qu'il peut être utilisé par tout professionnel de la santé, quelle que soit sa formation de base. Enfin, l'ISPP est un outil flexible et adaptable à d'autres populations.

3. Outil spécifique d'évaluation et d'intervention du désaccord

C'est en étant inspiré par l'approche GLM et face au constat de la difficulté de certains intervenants psycho-sociaux à travailler avec des personnes en désaccord avec l'accusation ou la condamnation, que nous avons décidé de créer le « guide du désaccord ». Celui-ci vise, non pas à une quelconque reconnaissance que ce soit, mais plutôt à amorcer chez l'AICS en désaccord un intérêt à s'impliquer dans un traitement et à pouvoir dégager, avec lui, des axes de travail en dépit du (des) type(s) désaccord(s) exprimé(s). Qu'il soit parfaitement clair que, de notre point de vue, travailler en dépit d'un désaccord ne signifie nullement que nous adhérons ou n'adhérons pas à ce désaccord. Nous nous bornons à en faire le constat et à adapter notre pratique à ce contexte particulier afin d'optimiser l'accessibilité du traitement qui, dans ce cas précis, sera centré exclusivement sur les besoins généraux de l'utilisateur et non sur des comportements qu'il conteste avoir adoptés.

Cet outil spécifique est composé d'un questionnaire d'évaluation du (des) désaccord(s) (partim I) et d'un guide d'entretien (partim II). L'intérêt de cet outil réside davantage dans les questions ouvertes que dans l'évaluation du type de désaccord. Les questions ouvertes dépourvues d'a priori permettent d'ouvrir un dialogue malgré le désaccord et d'identifier, avec la personne, les éléments prioritaires à travailler afin d'orienter la prise en charge en fonction de ses besoins. Il s'agit d'un outil excessivement pragmatique et susceptible d'être utilisé par l'ensemble des intervenants psychomédicosociaux.

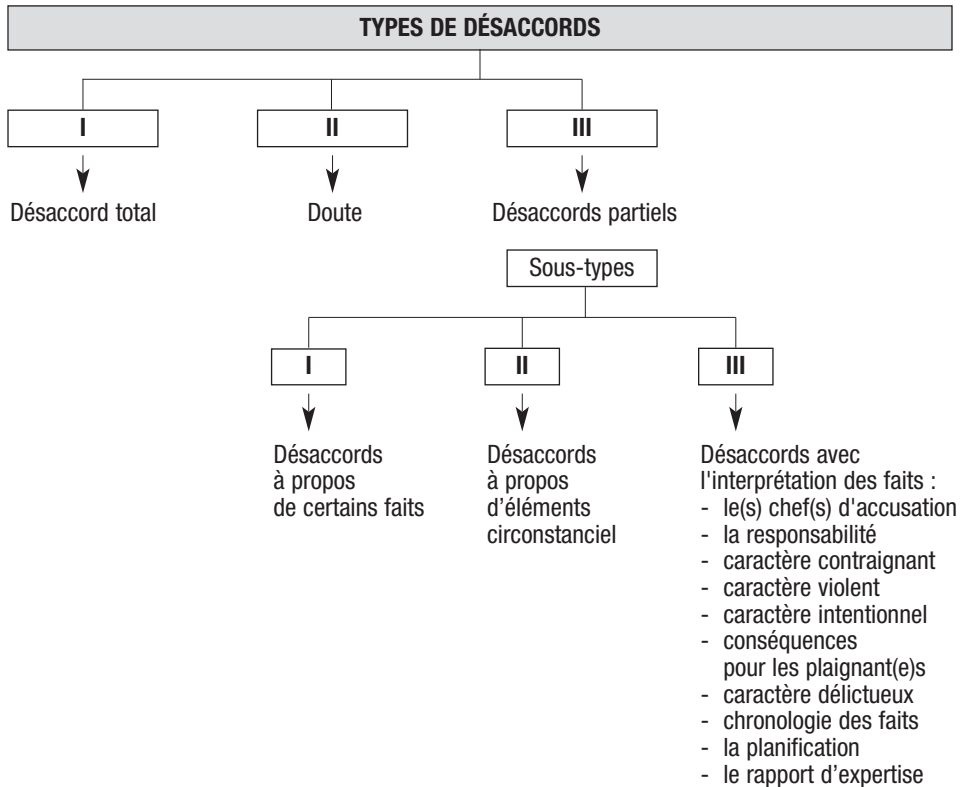
Le Questionnaire d'évaluation

Il s'agit d'un questionnaire structuré d'identification du désaccord. Ce questionnaire est composé de 56 propositions regroupées en fonction du type

de désaccord qu'elles décrivent (désaccord de type 1, 2 et 3). Elles permettent à l'intervenant de déterminer précisément le type de désaccord(s) qu'exprime le justiciable et d'en identifier l'intensité. Par ailleurs, les réponses fournies par le justiciable peuvent être approfondies grâce aux questions pré-formulées du guide d'entretien : l'intervenant fournit ainsi la preuve de son réel intérêt pour le point de vue du justiciable auquel il offre l'opportunité de préciser et d'affirmer sa position. Un extrait de ce guide d'identification est présenté ci-dessous :

Propositions		Réponse				Correspondances avec le guide d'entretien
1	Je connaissais X au moment des faits dont il ou elle se dit être victime	Tout à fait vrai	Un peu vrai	Un peu faux	Tout à fait faux	Dit ne pas connaître le (la) plaignant(e) Pages 2,3 et 4 : Questions 1 à 11
2	J'étais présent sur les lieux au moment des faits pour lesquels je suis condamné ou accusé	Tout à fait vrai	Un peu vrai	Un peu faux	Tout à fait faux	
3	Au moment des faits, j'étais en compagnie de X	Tout à fait vrai	Un peu vrai	Un peu faux	Tout à fait faux	OU Dit connaître le (la) plaignant(e) Pages 4,5 et 6 : Questions 1 à 11
4	J'ai commis les faits pour lesquels je suis condamné ou accusé	Tout à fait vrai	Un peu vrai	Un peu faux	Tout à fait faux	
5	L'accusation vient: - De X - De ses parents ou de ses proches - De quelqu'un d'autre: Qui?.....	OUI		NON		
		OUI		NON		
		OUI		NON		

Le questionnaire permet d'identifier trois types de désaccord :



Le Guide d'intervention

Il s'agit d'un guide d'entretien semi-structuré spécifique au travail avec les AICS en désaccord avec l'accusation ou la condamnation à l'usage de l'intervenant. Le guide comporte des questions exemptes d'a priori sur la fonction du désaccord. Les questions ont été pensées de manière à ne pas être confrontantes pour l'usager ; elles sont soucieuses de respecter son discours subjectif et sont centrées sur la responsabilité active. L'intervenant propose donc une intervention où l'attention est portée sur le discours et les objectifs de l'usager dans une approche positive, participative et collaborative. L'outil du désaccord permet d'entamer un travail avec l'usager, malgré le désaccord, et peut servir de levier à une prise en charge en abordant des questions importantes pour tout ce qui se trouve, justement ou injustement, dans la situation de l'accusé/condamné : comment construire une vie épanouissante ? Quel projets de vie construire lorsque l'on a été accusé ou condamné, à tort ou à raison, pour des délits à caractère sexuel ? Que maîtrise-t-on afin de ne plus être, dans le futur, accusé, à tort ou à raison, de ce type de délit ou d'autres

types de délits ? Quels bénéfices l'utilisateur espère-t-il obtenir de l'expression de son désaccord ? Comment pourrait-il obtenir ce même bénéfice autrement que par l'expression de son désaccord ?

En effet, il ne s'agit pas simplement de « répertorier » le(s) désaccord(s), mais surtout de solliciter la réflexion du délinquant quant à son (ou à ses) désaccord(s) avec l'accusation et de faciliter l'intervention auprès de l'AICS, de lui donner la possibilité d'exprimer ses émotions, sa perception et/ou sa représentation des faits ainsi que son vécu et donc, renforcer l'alliance thérapeutique dans un contexte relationnel fondé sur la coopération plutôt que la confrontation.

Ce guide d'intervention offre des questions structurées dépourvues d'a priori, qui laissent la place au discours subjectif de la personne, tout en donnant les moyens au professionnel de travailler avec celle-ci en dépit de son désaccord. Des pistes de travail sont dégagées et sur base desquelles un accord sur les objectifs de travail peut être formulé avec l'AICS. Cette approche permet à l'intervenant de ne pas glisser dans une approche confrontante où le discours judiciaire primerait sur le discours subjectif de la personne.

4. Conclusion

Pour les AICS, la reconnaissance des faits reste encore souvent une condition nécessaire pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge « thérapeutique ». Ceux des AICS qui restent en désaccord catégorique sont ainsi exclus des prises en charge. Cette exclusion a priori n'est pas rationnellement fondée et pourrait résulter de la difficulté et de la réticence de beaucoup de professionnels à travailler avec ces AICS en désaccord. Ce constat nous a amenés à développer et/ou adapter des outils cliniques d'intervention (spécifiques et non spécifiques au travail avec les personnes en désaccord avec l'accusation ou la condamnation) compatibles avec l'approche GLM et pouvant faciliter le travail des professionnels avec ces personnes. Dealey (2018) constate qu'une pratique dite « GLM » diminuerait le stress des travailleurs et les encouragerait à un engagement positif.

Une pratique dite « GLM » est une approche où :

- l'objectif de travail est d'accompagner la personne afin qu'elle puisse accéder à une vie plus épanouissante et améliorer son bien-être suivant des voies pro-sociales avec, comme objectif indirect, la diminution des risques de récidive ;
- l'intervenant s'adapte à la personne afin de lui proposer un traitement individualisé ce qui permet une meilleure implication de la part de l'utilisateur ;
- l'accompagnement est centré sur l'identification des besoins humains fondamentaux de l'utilisateur qui sont passés en revue et évalués selon leur niveau de priorité pour l'utilisateur ;
- l'intervenant prend en compte les objectifs de la personne dans une approche collaborative et participative.

Références :

- Blagden, N., Winder, B., Gregson, M., & Thorne, K. (2011). Working with denial in convicted sexual offenders: a qualitative analysis of treatment professionals' views and experiences and their implications for practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 57(3) 332–356.
- Blagden, N., Winder, B., Gregson, M., & Thorne, K. (2014). Making sense of denial in sexual offenders: a qualitative phenomenological and repertory grid analysis. *Journal of interpersonal violence*, 29(9), 1698-731.
- Campbell J., Sellen L.S. & McMurrin M. (2010). Personal Aspirations and Concerns Inventory for Offenders: Developments in the measurement of offenders' motivation. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20, 144-157.
- Corneille, S. (2011). *L'inventaire des souhaits et préoccupations personnels*. Manuscrit non publié.
- Corneille, S. & Henrard, N. (2017). Le Good Lives Model: un modèle alternatif au modèle de prévention de la récidive, 89-107, in Dieu, E. (dir.). (2017). *Les innovations criminologiques*, Paris, Eds. L'Harmattan.
- Hanson, R.K. & Yates, P.M. (2013). Psychological treatment of sex offenders. *Current Psychiatry Reports*, 15(3), 348.
- Levenson J.S., Prescott D.S. & D'Amora D.A. (2010). Sex Offender Treatment; Consumer Satisfaction and Engagement in Therapy. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54 (3), 307-326.
- Levenson, J. S. (2011). "But I didn't do it!": Ethical treatment of sex offenders in denial. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23(3), 346–364.
- Marshall W.L., Thornton D., Marshall L.E., Fernandez Y.M. & Mann R. (2001). Treatment of sexual offenders who are in categorical denial: A pilot project. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13 (3), 205-215.
- Mohammed, M. (dir.). (2012). *Les sorties de délinquance: théories, méthodes, enquêtes*, Paris, Eds. La Découverte.
- Sellen, J.L., Gobbett, M., & Campbell, J. (2013). Enhancing treatment engagement in sexual offenders: A pilot study to explore the utility of the Personal Aspirations and Concerns Inventory for Offenders (PACI-O). *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23 (3), 203–216.
- Sellen J.L., McMurrin M., Cox W. M., Theodosi E. & Klinger E. (2006). The Personal Concerns Inventory (Offender Adaptation): Measuring and enhancing motivation to change. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(3), 294-305.
- Stoll, A. & Jendly, M. (2018). (Re)connaître les mécanismes de la désistance: un état des savoirs in: Jusletter. https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_9B497CACDB82.P001/REF
- Ward T., Day A., Howells K. & Birgden A. (2004). The multifactor offender readiness model. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 645-673.
- Ward, T., Mann, R., & Gannon, T. A. (2007). The Good Lives model of rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 87-107.
- Ware, J. (2017). Therapeutic climate within a treatment program for categorical deniers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1–20.
- Ware J. & Mann R.E. (2012). How should acceptance of responsibility be addressed in sexual offending treatment programs? *Aggression and Violent Behavior*, 17(4), 279-288.
- Ware, J., & Marshall, W. L. (2008). Treatment engagement with a sexual offender who denies committing the offense. *Clinical Case Studies*, 7(6), 592-603.
- Watson, S., Harkins, L. & Palmer, M. (2016). The experience of deniers on a community group program. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 16(5), 374-392.
- 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. *Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25(2), 123-142.

Notes

1 PACI-O