

Psychiatrie et violence



Psychiatrie et violence

La mesure des progrès en traitement chez les agresseurs sexuels : problématique, cadre théorique et approche phénoménologique

André McKibben, M.Sc. and Jean-Pierre Guay, Ph.D.

Volume 1, 2000

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1074955ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1074955ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de
psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

McKibben, A. & Guay, J.-P. (2000). La mesure des progrès en traitement chez les agresseurs sexuels : problématique, cadre théorique et approche phénoménologique. *Psychiatrie et violence*, 1. <https://doi.org/10.7202/1074955ar>

Tous droits réservés © Institut Philippe-Pinel de Montréal, 2000

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

Érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

**La mesure des progrès en traitement chez les agresseurs sexuels :
problématique, cadre théorique et approche phénoménologique**

André McKibben, M.Sc.
Programme pour les agresseurs sexuels
Institut Philippe Pinel de Montréal

et

Jean-Pierre Guay, Ph.D.
Département de Psychologie, Brandeis University &
Institut Philippe Pinel de Montréal

Article soumis à :

Juillet 2002

Introduction :

Phénomène longtemps sous-évalué, l'agression sexuelle est aujourd'hui un problème qui préoccupe au plus haut point nos sociétés. Au cours des 30 dernières années, le traitement des agresseurs sexuels est devenu une des réponses privilégiées à ce problème. En Amérique du Nord particulièrement, le modèle de traitement cognitivo-comportemental s'est imposé. Les peines de détention sont l'occasion d'offrir un traitement à l'intérieur des murs, traitement assorti d'un suivi lors du retour en société, afin de réduire la probabilité de la récidive. Au cours de la dernière décennie, une certaine controverse a été soulevée quant à l'efficacité du traitement des agresseurs sexuels, plus spécifiquement en ce qui a trait à la diminution de la récidive .

Les tenants d'une première position estiment que l'efficacité de tels traitements a été démontrée. Ils font surtout référence à des études menées à partir d'une approche macroscopique : méta-analyses, études comparatives sur la récidive de sujets traités et sujets non traités, vérification de l'impact du traitement sur les taux de récidive (Marshall et al. 1991).

D'autres prétendent par contre qu'en raison de nombreux problèmes méthodologiques, l'efficacité de ces traitements n'a jamais été scientifiquement démontrée (Quinsey et al, 1993 ; Hanson, 2000). Ils font d'abord référence à l'impossibilité éthique de mener des études comparatives basées sur une assignation aléatoire des sujets en traitement, l'opportunité d'un traitement pouvant ainsi être arbitrairement refusée à des clients qui en ont besoin.

Le chiffre noir de la récidive est également présenté comme un problème important. Ce chiffre noir est imputable au fait que plusieurs victimes choisissent encore de ne pas porter plainte, que peu d'agresseurs sexuels se dénoncent eux-mêmes et à des taux d'arrestation et de condamnation aléatoires.

Une autre difficulté importante est liée au faible taux de base de la récidive. Selon les données disponibles, ce taux de base, après 5 ans de suivi, est d'environ 15% (Hanson, 1997; Hanson & Buissière, 1998) . La démonstration d'une réduction de la récidive d'environ 40 % (de 15 à 9 %) nécessiterait donc la constitution de groupes d'au moins 200 sujets avant d'avoir 50 % des chances de démontrer statistiquement un effet du traitement (Cohen, 1988; cité dans Hanson, 2000).

Enfin, l'absence de descriptions détaillées des interventions faites auprès de ces clients, la faible standardisation des interventions entre les centres de traitement, les difficultés à définir et à comparer une récidive qui peut prendre différentes formes (par exemple : violence non sexuelle versus violence sexuelle) et la période de temps écoulé entre la fin du traitement et la remise en liberté sont autant de problèmes méthodologiques fréquemment mentionnés.

En raison de toutes ces contraintes, plusieurs auteurs ont été amenés à conclure qu'il serait utile de développer des stratégies différentes pour évaluer l'efficacité des programmes de traitement. La mesure des changements intervenus en cours de traitement et l'identification de facteurs dynamiques, susceptibles d'être modifiés à la suite d'un traitement, est ainsi de plus en plus souvent présentée comme une alternative valable (Hall, 1995; Hanson, 1997; Miner, 1997).

Il appert donc qu'afin de savoir si le traitement a un impact sur la récidive, il faut aussi savoir pourquoi il a un tel impact, quels sont les acquis spécifiques qui permettent au client d'éviter la récidive et quels sont les processus cliniques en cause, particulièrement ceux susceptibles d'être modifiés par le traitement. Il importe donc de développer des stratégies d'évaluation de l'impact du traitement basées sur une description précise des changements durant le traitement pour ensuite vérifier leur association avec la récidive.

Ces stratégies requièrent la mise au point d'outils spécifiques à partir de l'observation directe du comportement et d'une formalisation des construits cliniques. Au lieu d'utiliser des variables et une stratégie qui ne peuvent régler nos problèmes méthodologiques, il s'agit ici de créer des variables plus pertinentes.

La présente étude propose justement une stratégie novatrice afin d'évaluer la progression des délinquants sexuels en traitement. Elle décrit une méthode de mesure *in vivo* des progrès en traitement, issue de l'expérience pratique des cliniciens de l'Institut Philippe Pinel de Montréal. Cet instrument porte le nom de Vérification Informatisée de l'Atteinte des Objectifs de Traitement (VIAOT).

La clinique au quotidien : des informations et données pertinentes.

On dit souvent qu'en milieu institutionnel, la dynamique des agresseurs sexuels s'éteint à cause du manque d'opportunités et de stimulations sexuelles qui la mettent en branle. Or, l'observation en milieu institutionnel montre que les agresseurs sexuels amènent avec eux et reproduisent dans la situation thérapeutique et le milieu institutionnel les conflits qui leur sont propres et leurs façons inadaptées d'y faire face.

Lorsque des enjeux significatifs sont soulevés, le recours au comportement sexuel déviant est souvent le moyen choisi pour métaboliser les affects négatifs (Aubut et al, 1998). Les fantasmes sexuelles déviantes sont souvent précipitées par des situations vécues dans le milieu (ex : confrontation avec l'autorité, sentiment d'humiliation, dévalorisation) qui sont souvent une reproduction des précurseurs du délit (McKibben, Proulx et Lusignan, 1994). La séquence des événements, pensées, sentiments et comportements qui mène alors aux fantasmes déviantes et à la masturbation à l'aide de ces fantasmes correspond souvent à celle vécue dans le milieu naturel.

Jacques est un jeune homme de 25 ans qui vient d'être condamné pour deux agressions sexuelles commises sur des jeunes femmes qui lui étaient

inconnues. Ces délits sont survenus alors qu'il vivait une déception quant à ses espoirs de vivre une relation amoureuse avec une jeune fille qui avait refusé ses avances. À son arrivée sur l'unité de traitement, il développe rapidement une relation qu'il considère privilégiée avec une jeune infirmière de l'unité. Il se montre rapidement exigeant envers elle, demande qu'elle lui accorde plus de temps en entrevue, conteste le temps qu'elle accorde aux autres résidents, lui fait des reproches s'il se sent lésé et exerce une pression de plus en plus grande. Lorsqu'il est rappelé à l'ordre par l'infirmière, il ne dit mot mais, le lendemain, dit au personnel s'être senti bafoué et humilié par l'infirmière. Il affirme aussi s'être senti très fâché et que, s'il avait été à l'extérieur, il aurait certainement récidivé. Il dit avoir été envahi par des fantasmes de viol envers l'infirmière mais aussi envers d'autres femmes et les avoir utilisées à plusieurs reprises comme stimulation lors de la masturbation.

Si la reproduction du comportement sexuel déviant en milieu thérapeutique peut être directement observée, le lien entre la problématique sexuelle et les autres déficits au long cours dans la vie du client peut également l'être.

Claude est un homme de 39 ans qui en est à une deuxième incarcération pour des agressions sexuelles commises sur les filles de sa concubine avec qui il avait l'impression d'avoir développé une relation particulièrement chaleureuse. Il s'agit d'un homme qui a vécu une dévalorisation très intense dans le milieu où il a grandi. Par la suite, durant toute sa vie, il a manifesté un fort désir de plaire et d'être apprécié. Sa relation avec les femmes a été plutôt difficile. Il dit avoir été trahi par elles malgré les efforts qu'il a consentis pour être apprécié.

Sur l'unité de traitement, c'est un client volontaire pour toutes les corvées, qui cherche toujours à rendre service. En fait, il en donne plus que le client en demande. Sous le couvert d'une grande disponibilité, il a aussi de fortes attentes quant à la reconnaissance à lui être témoignée. Il peut accumuler longuement les frustrations à cet effet sans verbaliser ses insatisfactions pour, finalement, exploser pour une bagatelle dans une colère incompréhensible pour l'entourage. Il observe qu'il a alors tendance à faire un bilan très négatif de sa vie, à se dévaloriser fortement et à être envahi par des fantasmes pédophiliques.

Certains éléments du comportement non sexuel de ces clients témoignent donc des motivations qui sous-tendent l'agir sexuel déviant. Au niveau théorique, cette constatation s'inscrit dans la lignée des nombreux auteurs qui, comme Groth (1979), ont contribué à mettre de l'avant l'idée que les délits sexuels comportaient des motivations et des enjeux autres que sexuels (Cohen, Garofalo, Seghorn & Boucher, 1971; Groth & Burgess, 1977; Groth, Hobson & Gary, 1982; Knight, Rosenberg & Schneider, 1985; Knight & Prentky, 1990). Si c'est bien le cas, on devrait donc pouvoir déceler dans le comportement quotidien des traces de ces enjeux et motivations chez les clients.

Paul est un jeune homme de 25 ans, célibataire, qui a commis une agression sexuelle sur une femme de son âge. Il n'a pas utilisé au cours de ce délit une force plus grande que celle nécessaire pour soumettre la victime. Après le délit proprement dit, il est demeuré avec la victime et s'est montré très intéressé à sa réaction. Il lui a notamment demandé si elle avait apprécié sa façon de faire, si elle avait eu un orgasme, si elle jouissait ainsi avec son copain. Lors du délit et des échanges qui suivent, il semble surtout soucieux d'être rassuré quant à sa virilité. Dès son arrivée sur l'unité de traitement, il manifeste rapidement un comportement plutôt extravagant. Lors des activités sportives, il se fait remarquer par son très grand désir d'afficher un haut niveau de performance. Au volley-ball, il retourne le ballon de toutes ses forces et risque à plusieurs reprises de blesser des adversaires. Les intervenants le retirent du jeu lui disant qu'il n'a pas à agir ainsi pour prouver qu'il est un homme. Il rétorque qu'il ne voulait blesser personne mais qu'il est important pour lui de montrer ses compétences.

L'agression sexuelle est un problème qu'on ne peut étudier *in vivo*. Cependant, l'analogie entre le comportement du client lors du délit et dans les activités sportives est ici particulièrement évidente en ce qu'il cherche manifestement dans les deux circonstances à se rassurer quant à sa virilité. D'autres motivations, elles aussi contributives au délit, peuvent aussi être observées :

Réjean vient d'être admis dans un programme de traitement. Dès son arrivée, il verbalise l'intention de s'impliquer très authentiquement afin, dit-il, de réapprendre le respect des autres, de la victime, de la société et des ses lois. Il fait volontiers la leçon aux autres résidents qui ne manifestent pas la même ferveur que lui à l'égard de la victime ou quant au caractère criminel de leurs délits.

Les intervenants qui le côtoient dans le milieu de vie notent cependant qu'il est souvent impliqué dans des situations où il manifeste un certain mépris du bien-être commun. On lui a récemment retiré sa responsabilité à la cuisine parce qu'il s'était approprié de la nourriture. Des résidents plus démunis se plaignent d'avoir été bernés dans des transactions conclues avec lui. Gros buveur de café, il suscite l'animosité des autres résidents car il persiste à mettre plusieurs sucres dans son café et fait ainsi en sorte qu'à la fin de la semaine, les réserves de l'unité sont épuisées. Confronté aux réactions qu'il suscite, il affirme qu'il a compris ce qui l'amenait aux délits sexuels (ses cognitions à l'égard des contacts sexuels avec les enfants) et que ces comportements n'ont rien à y voir.

Le taux de sucre dans le café ne saurait, évidemment, être considéré comme un prédicteur de la récidive mais, dans le cas que nous venons de présenter, la persistance plus ou moins chronique des préoccupations égocentriques et d'un désir de satisfaction immédiate des besoins, même les plus bénins, chez un client qui dit vouloir réapprendre le respect des autres n'en est pas moins une information pertinente. Elle vient nuancer un

tableau qui serait tracé uniquement à partir des verbalisations du client ou d'une évaluation psychométrique de ses cognitions quant à l'abus sexuel d'enfants. L'observation *in vivo* nous fournit ici une information complémentaire intéressante en ce qu'elle peut correspondre à une difficulté éventuelle du client à maîtriser des pulsions fondamentalement égocentriques.

Dans les protocoles traditionnels d'évaluation de l'impact du traitement, ces comportements ne sont pas retenus comme des indicateurs de progrès dans le traitement ni de récurrence parce que, les solutions à un problème étant fonction des solutions disponibles, nous n'avons pas d'outils qui nous permettent de récupérer efficacement et d'organiser cette information.

D'autres aspects du comportement, même s'ils ne sont pas à prime abord spécifiquement sexuels, peuvent aussi être considérés pertinents à l'évaluation des progrès en traitement.

Jean et Paul sont impliqués dans un programme de traitement institutionnel. Il leur est demandé d'accueillir des visiteurs et de répondre, dans la mesure du possible, à leurs questions. Deux autres résidents, témoins de la conversation, se joignent spontanément à eux tandis que deux autres résidents, nouvellement arrivés au programme, assistent à la scène en se moquant plus ou moins ouvertement des quatre premiers résidents, laissant voir que ceux-ci désirent surtout se faire apprécier des membres du personnel. À la fin de la visite, un visiteur questionne directement les membres du personnel, estimant que le traitement semble produire des résultats satisfaisants chez les quatre premiers résidents mais des résultats plutôt ambigus chez les deux derniers.

Au-delà de l'interprétation que fait notre visiteur des comportements observés, il n'en demeure pas moins que ces agresseurs sexuels nous livrent, à partir d'un matériel non-sexuel, une information pertinente quant à leur évolution en traitement. L'attitude plus ou moins spontanée de ces clients renvoie ici directement à la question de l'évaluation *in vivo* de la qualité de la participation au traitement.

Le traitement des agresseurs sexuels se présente d'ailleurs souvent comme une « serre chaude » où, dans des conditions artificielles, le client fait des apprentissages théoriques qui ne se traduisent pas toujours par des modifications authentiques dans son mode de vie. Chez certains clients, en l'absence d'une vérification plus ou moins systématique d'une mise en pratique des apprentissages théoriques, le traitement devient alors une « rééducation à la chinoise » où le client, quelques heures par semaine, vient livrer au thérapeute ce qu'il croit que l'autre veut entendre.

Cette intégration superficielle des acquis thérapeutiques peut être attribuée à un certain nombre de mécanismes psychologiques. D'une part, il semble que les clients ayant une structure anti-sociale rencontrent bien les objectifs théoriques et cognitifs du traitement mais que leur taux de récurrence n'en est pas moins important. (Seto et Barbaree, 1999).

D'autre part, la négation et la minimisation ont souvent été décrits comme un des principaux problèmes des agresseurs sexuels. Il est clair que ce déficit ne se limite pas à la reconnaissance des faits relatifs au délit et qu'ils manifestent aussi d'importantes résistances à reconnaître les problèmes qui les affectent dans leur vie (McKibben, 1999). Enfin, il a aussi été démontré empiriquement auprès de clients en traitement que, plus les problèmes auxquels ils sont confrontés sont perçus subjectivement comme importants, plus ils sont hésitants à utiliser les stratégies adéquates pour y faire face (McKibben et al, 2001; Lussier et al, 2001)

En conclusion, il apparaît que le quotidien des intervenants en milieu institutionnel est ainsi meublé d'observations pertinentes qui peuvent être considérées comme porteuses d'informations spécifiques. Cependant, la récupération de ces observations est souvent laissée à l'initiative individuelle des intervenants et est donc, de ce fait, plutôt aléatoire. Lorsque ces observations sont récupérées, c'est de façon non systématique dans des fichiers cliniques traditionnels d'où elles peuvent difficilement être récupérées pour être organisées, traitées et transformées sous forme de données cliniques. Nous postulons cependant que la récupération et l'organisation de ce matériel clinique pourraient cependant contribuer significativement à l'évaluation de l'impact de l'intervention

Les objectifs de traitement des agresseurs sexuels : la généralisation des apprentissages théoriques et les niveaux de généralisation

Le traitement d'une problématique comme celle de l'agression sexuelle ne saurait se limiter à l'acquisition de connaissances, techniques ou stratégies et à la rectification de cognitions ou des préférences sexuelles. Nous avons d'ailleurs vu que des clients qui ont effectué en cours de traitement de tels apprentissages théoriques peuvent aussi faillir à mettre en pratique, à généraliser ces apprentissages dans leur vie de tous les jours. Cette « généralisation des apprentissages » est un processus qui peut être décrit sur trois niveaux qui peuvent se manifester de façon concomitante chez le client.

La généralisation d'un premier niveau implique que le client utilise des stratégies apprises en cours de traitement pour faire face à des problèmes ponctuels. Ainsi, un client, impliqué dans un conflit interpersonnel, utilisera un certain nombre de stratégies et de connaissances acquises en cours de traitement (module de gestion de la colère) pour identifier ses sentiments, reconnaître les précurseurs de la colère, dédramatiser la situation, recadrer cognitivement la situation, percevoir plus objectivement les motivations de l'interlocuteur pour mieux faire face à la situation. À travers une généralisation de premier niveau, le client matérialise donc un objectif important de tout traitement : l'adhésion quant à l'efficacité et à la pertinence des stratégies apprises en cours de traitement pour l'aider à modifier ses situations de vie.

La généralisation d'un deuxième niveau implique que le client fasse appel à des stratégies pour faire face à un problème qui le préoccupe depuis un certain temps. Cela se produit

lorsque des clients participant à un programme d'entraînement aux habiletés sociales, prennent conscience que, au-delà des situations quotidiennes et ponctuelles, de meilleures habiletés sociales peuvent aussi les aider à rompre l'isolement ou les difficultés d'affirmation de soi qui les ont affligés pendant une bonne partie de leur vie. La généralisation de deuxième niveau comporte donc une reconnaissance par le client d'une problématique au long cours dans sa vie.

La généralisation d'un troisième niveau implique quant à elle que le client fasse un lien entre certains comportements au quotidien et son délit. Les parallèles entre les motivations qui justifient les comportements en question et ceux au moment du délit sont ici particulièrement importants.

Gaétan est un jeune homme de 25 ans, peu scolarisé, s'exprimant de façon plutôt brusque. Il provient d'un milieu familial dévalorisant où il a constamment eu le sentiment qu'on le considérait comme moins intelligent. Ses échecs scolaires ont été vécus comme une confirmation de cette infériorité. Il s'est rapidement composé une image de dur. Il arbore de nombreux tatouages et est soucieux de dégager une image de force et d'invulnérabilité.

Il a été condamné pour une agression sexuelle sur une femme adulte qu'il a agressée alors qu'il la raccompagnait en voiture après une soirée. Il était fortement intoxiqué au moment de ces délits mais soutient fermement avoir fait des avances à la victime qui, selon lui, ne résistait pas.

À son arrivée à l'unité de traitement, il se montre facilement irritable. Les refus et limites sont vécus difficilement, comme de nouvelles humiliations. Lorsqu'il n'obtient pas satisfaction, il adresse des regards menaçants aux personnes concernées. Comme il est plutôt costaud, les gens sont intimidés et très hésitants à le confronter. Finalement, des limites sont imposées. Il est confiné à sa chambre à quelques reprises et on lui demande de cesser de terroriser les gens avec ses « gros yeux » lorsqu'il est frustré. À un moment donné, le client dit comprendre le sentiment que vivent alors les gens et croire que, comme eux, la victime de son délit était plutôt paralysée et terrorisée que consentante.

La généralisation de troisième niveau signifie donc d'abord que le client s'approprie la signification du délit (motivation) et procède à une mise à distance de son caractère égocentrique. Peu importe le niveau de généralisation manifesté, on constate donc qu'il s'agit ici d'atteinte d'objectifs extrêmement importants qui nécessitent des méthodes particulières pour être constatée.

Méthode utilisée et développement du VIAOT

Au moment de l'élaboration du VIAOT en 1995, le premier auteur de ces lignes est criminologue au programme de traitement pour les agresseurs sexuels de l'Institut Pinel de Montréal, un hôpital psychiatrique à sécurité moyenne où une unité de 21 lits offre depuis 1979 un traitement cognitivo-comportemental dans un contexte de milieu-thérapie. Il s'est d'abord intéressé aux attitudes et comportements que les membres du personnel de cette unité, infirmières et éducateurs partageant le quotidien de ces clients, identifiaient « subjectivement » comme des indicateurs de progrès dans le traitement.

Une première liste de ces indicateurs a d'abord été dressée, regroupant une cinquantaine d'indicateurs comme : « ...ce client a fait des progrès, il admet aujourd'hui avoir un problème avec son agressivité,...aujourd'hui, il est capable d'écouter la personne avec qui il a un conflit,...il ne dramatise plus les problèmes comme avant,...il voit le lien entre ses émotions négatives et ses fantaisies déviantes,...il essaye de régler le problème avant de rendre jusqu'aux fantaisies...il se valorise avec les responsabilités qu'il assume,...aujourd'hui, quand il a un problème, il vient nous voir pour demander de l'aide,...il ne dépasse plus ses limites,...il est capable de s'affirmer devant les adultes en autorité,...il cherche à contacter les femmes de l'unité de façon adéquate,...il accepte de se conformer aux règlements de l'unité...il respecte les règlements de l'unité parce qu'il sait que tout le monde en bénéficie,...il a moins besoin de juger les autres ou de se justifier constamment,...il ne panique plus comme avant quand il est pris en défaut,...il a eu un résultat non déviant au laboratoire de pléthysmographie,... »

Cette liste d'énoncés a ensuite été distribuée à cinq membres du personnel comptant au moins dix années d'expérience de travail auprès de cette population en milieu institutionnel et à cinq résidents ayant complété le traitement en leur demandant de coter les indicateurs de 1 à 5 de façon à respecter une certaine gradation quant au niveau estimé de progrès en traitement. Plusieurs personnes ont également suggéré des ajouts quant à d'autres indicateurs qui leur apparaissaient pertinents. L'objectif était donc de faire le plein des critères « subjectifs » de progrès en traitement tels que perçus par des clients et des membres du personnel expérimentés et, dans une autre étape, y injecter une certaine dose de systématisation.

Il est en effet rapidement apparu que plusieurs des indicateurs de progrès considérés comme significatifs pouvaient être distribués sur un certain continuum en lien avec des déficits spécifiques aux agresseurs sexuels et considérés, dans la littérature scientifique, comme contributifs au délit. Il s'agit ici de variables comme la gestion de la colère, la capacité de demander de l'aide, l'estime de soi, l'empathie et l'écoute de l'autre, la sexualisation des conflits. Une première grille décrivant les progrès en traitement par rapport à dix variables fût alors élaborée et présentée aux membres du personnel et aux clients de l'unité dont les commentaires furent acheminés vers un groupe de travail formé de membres du personnel, chargé d'intégrer ces commentaires à la première version de la grille mise en service à l'unité.

Les variables retenues et leur opérationnalisation

Il est souvent affirmé que les agresseurs sexuels présentent un déficit au niveau de la gestion de la colère. Il s'agit là d'un déficit qui complique singulièrement leur vie sociale et relationnelle, qui est souvent le moteur véritable de leurs délits et que les intervenant sont à même d'observer lorsqu'ils séjournent en milieu interne. Il est particulièrement important de vérifier si le client assume une responsabilité quant à l'émergence et au contrôle de sa colère. La démarche du client vers l'amélioration de cette attitude peut être ainsi décrite, à mesure qu'elle se modifie en cours de traitement.

Niveau 1. Dans sa phase la plus aiguë :

Le client s'emporte facilement, souvent parce qu'il interprète mal ou trop rapidement une situation ou parce qu'il a trop accumulé de ressentiment. Après avoir manifesté sa colère, il ne cherche pas ou à régler la situation plus convenablement. Il est plutôt projectif et peut nier être agressif, prétendre être victime de l'autre. Il se sent justifié de rester sur ses positions.

Niveau 2. Le client abandonne sa position de négation de son agressivité :

Le client accepte de faire une mise au point avec les personnes concernées s'il est accompagné ou incité. Se reconnaît alors une déficience à gérer sa colère. Il admet un problème à ce niveau (par exemple : réagit trop à l'autre, intensité trop forte, faible contrôle, etc.) Il devient moins projectif et, typiquement, accepte de se retirer d'une situation d'agressivité si un membre du personnel le lui demande. Peut chercher à exprimer sa colère de façon indirecte en ignorant les gens, en boudant.

Niveau 3. Le client devient plus actif et responsable, utilise des stratégies :

Il reconnaît être agressif. Il fait des mises au point et des clarifications plus rapides. Il se retire de lui-même des situations d'antagonisme sans qu'on le lui demande, s'impose des temps d'arrêt. Focalise moins sur l'autre personne impliquée. Admet clairement sa responsabilité, sa part dans les situations vécues avec les autres. Il parle de sa colère, cherche à l'évacuer adéquatement en en parlant, en demandant des conseils.

Niveau 4. Le client a intégré les aspects cognitifs et affectifs des stratégies des contrôles :

Tente de s'affirmer adéquatement s'il est frustré ou en colère. N'explose pas ou, s'il le fait, initie de lui-même une mise au point rapide et appropriée. Identifie les causes, les précurseurs et les déclencheurs de sa colère.

Niveau 5. Le client manifeste une bonne généralisation :

A acquis un bon contrôle de sa colère. Peut l'exprimer sans être agressif. S'affirme adéquatement. Présente la colère comme un choix sur lequel il a un contrôle. Prévient et anticipe les situations difficiles. Peut être l'objet de comportements inappropriés ou de la colère des autres sans y être entraîné

La difficulté à demander de l'aide pour faire face à leurs problèmes réels (affectifs, relationnels, sexuels) est un autre déficit important chez les agresseurs sexuels, la capacité et la détermination à le faire étant évidemment un indicateur de la capacité à briser le cycle d'agression dans le milieu naturel. Il faut donc vérifier si le client, en cours de traitement, a acquis, par rapport à l'aide qui lui est offerte dans le milieu thérapeutique, des attitudes et des compétences qui pourront lui être utiles à l'extérieur pour aller chercher l'aide dont il a besoin pour prévenir la récurrence. La démarche du client vers l'acquisition de ces compétences peut être ainsi décrite.

Niveau 1. Dans une phase plus aiguë :

Le client est méfiant. Il maintient les intervenants à distance. On ne sent chez lui aucun désir de rapprochement avec eux. Ne fait pas d'approches, sauf s'il a un besoin matériel. Les contacts avec lui sont difficiles. Le client peut se sentir attaqué, victimisé, mais reste difficile à saisir parce qu'il élabore peu sur ses besoins réels.

Niveau 2. Le client abandonne sa position de méfiance :

Le client accepte les rapprochements minimaux. Peut chercher à séduire, à manipuler, se justifier, mais il tolère le contact, il échange avec les intervenants. Il a encore tendance à rester seul lorsqu'il a un problème. Les intervenants doivent donc souvent «nommer les choses», signaler les problèmes dont ils sont témoins. Accepte d'écouter même s'il n'est pas toujours d'accord et ne demande pas spontanément à être aidé.

Niveau 3. Le client fait des tentatives :

Le client fait des demandes, demande conseil, de l'aide ou du support au personnel pour faire face à ses problèmes. A des relations plus intimes avec certains membres du personnel. Relations plus authentiques dont il ne cherche pas à tirer profit à d'autres niveaux car a acquis la notion, que, au-delà des intervenants impliqués avec lui, c'est l'équipe de traitement qui prend les décisions finales.

Niveau 4. La capacité du client à demander de l'aide s'élargit :

Élargit ses contacts. Ne se limite plus à un ou deux membres du personnel. Utilise les personnes en place pour demander de l'aide. Demande du feedback sur ses interventions et décisions, mais il est soucieux d'être autonome, de s'éprouver. Dépasse parfois ses limites dans cette recherche d'autonomie.

Niveau 5. Le client profite spontanément de l'aide disponible, en différenciant les niveaux de besoins :

Le client est autonome sans être distant. Il est capable d'attendre jusqu'aux rencontres prévues à l'agenda mais, si la situation l'exige, ne dépasse pas ses limites et demande une rencontre à quelqu'un d'autre avant d'être dépassé. Lors des rencontres, il est efficace et centré sur les aspects les plus importants des problèmes.

Au total, un nombre de dix variables ont ainsi été opérationnalisées, et transformées sur une échelle Likert de 1 à 5. Ces dix échelles sont :

- 1- Respect du code de vie : vérifier l'adhésion du client aux règlements de l'unité quant à leur fonction de promotion du bien-être commun
- 2- Demande d'aide : vérifier si le client a acquis les compétences et l'attitude nécessaires à un suivi externe
- 3- Contrôle de la colère : vérifier si le client s'attribue une responsabilité dans l'émergence et le contrôle de sa colère
- 4- Écoute de l'autre : vérifier si le client manifeste au quotidien une compréhension de la position de l'autre, particulièrement des gens qui sont en conflit avec lui.
- 5- Socialisation : vérifier si le client possède les techniques d'habiletés sociales nécessaires pour faire face aux situations quotidiennes, habituelles de la vie de tous les jours
- 6- Intimité : vérifier la capacité du client à se dévoiler et à tolérer le rapprochement
- 7- Cycle d'agression : vérifier si le client assume une responsabilité quant à la reproduction et au contrôle de son cycle d'agression
- 8- Relations avec les femmes : vérifier la qualité des attentes du client par rapport aux femmes qu'i côtoie sur l'unité
- 9- Sexualisation des conflits : vérifier si le client connaît et cherche à briser l'association entre ses affects et ses comportements sexuels déviants (fantaisies et comportements masturbatoires déviants)
- 10- Estime de soi : vérifier si le client porte un jugement adéquat sur lui-même

Informatisation et recueil des données cliniques

Ces dix variables, ainsi opérationnalisées, ont donc été ainsi mises sur support informatique. À chaque mois, les membres du personnel, témoins privilégiés du comportement *in vivo* du client évaluent directement à l'ordinateur le comportement du client sur chacune des dix échelles. Chaque membre du personnel enregistre ses données au cours des derniers jours du mois. L'instruction donnée est de choisir, pour chaque variable et chaque client, la description qui correspond à ce qu'ils ont le plus fréquemment observé chez le client au cours du mois. Ils ont aussi pour instruction d'annuler leur réponse s'ils n'ont pas observé de comportements relatifs aux descriptions.

Chaque client est ainsi évalué mensuellement, sur chaque variable, par une dizaine d'intervenants. L'utilité la plus immédiate est certes la production d'un bilan mensuel pour chaque client qui permet de vérifier les progrès, d'identifier les secteurs toujours déficitaires et de réajuster les objectifs de traitement. Il s'agit donc d'un système d'observation environnementale qui enregistre, organise et traite des données cliniques émanant de l'observation directe de comportements spécifiques dans l'environnement thérapeutique. Le tableau 1 présente un rapport mensuel typique utile à l'évaluation clinique des progrès et des difficultés rencontrées en cours de traitement.

Tableau 1. Exemple d'un rapport mensuel du VIAOT pour un client

Variables	Résultats moyens	Écart-type	Nombre d'évaluateurs	Annulés
Code de vie	3.09	.28	11	0
Demande d'aide	2.55	.98	11	0
Contrôle de la colère	2.44	.69	11	2
Empathie	2.50	.81	11	1
Socialisation	2.55	.78	11	0
Intimité	2.11	.73	11	2
Cycle d'agression	2.43	1.17	11	4
Relations avec les femmes	1.80	.98	11	1
Sexualisation des conflits	2.33	.94	11	5
Estime de soi	2.67	.82	11	2
Moyennes	2.45	.82		

La production d'un écart-type signalant le niveau d'accord ou de désaccord entre les intervenants quant à des aspects précis du comportement ou des attitudes du client est un important apport clinique. Ces désaccords sont inévitables et leur identification permet d'enrichir la vie clinique et de mieux attribuer ce qui, dans ce désaccord, appartient au client ou à l'équipe soignante. Toutes sortes de facteurs peuvent expliquer des différences de perceptions à cet effet entre les intervenants : formation académique, expérience de travail variable, fonction des intervenants (ex : infirmière ou éducateur appelé à côtoyer quotidiennement le client vs psychologue rencontrant le client une fois/semaine), et d'autres variables plus subjectives. La production d'un écart-type permet d'abord de constater le désaccord.

Par la suite, le logiciel de traitement des données peut identifier le lieu de désaccord entre les intervenants en ce qu'il est attribuable à une difficulté d'apprécier un aspect spécifique du comportement ou en ce qu'il est associé à des caractéristiques des répondants (ex : personnel féminin vs masculin, personnel de soir vs de jour, professionnels vs intervenants du quotidien, personnel à temps partiel vs régulier) ou en ce qu'il est attribuable au client (ex : agresseur contre les femmes dont les comportements et attitudes sont interprétés différemment par les hommes ou par les femmes). Ainsi, la subjectivité des équipes traitantes peut devenir source de connaissance et faire l'objet d'une réflexion et de discussions lors des réunions d'équipe.

Cette capacité des instruments informatisés de cueillette des données à traiter, interpréter et reformuler l'information à des fins cliniques a déjà été décrite auprès de diverses clientèles (Newman et al. 1998) et auprès d'agresseurs sexuels (McKibben et al, 1994 ; Proulx et al, 1996 ; Lussier et al, 2001 ; McKibben et al, 2001)

Considérations méthodologiques

Dans le cadre de la pratique clinique, un certain niveau de désaccord entre les intervenants est une chose inévitable dont il faut prendre acte et qui enrichit le débat. Dans le cadre de l'implantation d'un instrument comme le VIAOT, un certain consensus ou accord entre les juges se doit d'être atteint. Dans le cas contraire, si les jugements de nos juges s'éparpillent de façon aléatoire, nous ne saurions prétendre mesurer quoi que ce soit chez le client. Afin d'estimer la variabilité entre chacun des juges quant à la capacité d'évaluer chacun des dix items, des analyses d'accord inter juges furent effectuées sur la base de membres du personnel possédant une formation académique, une expérience de travail et un poste de travail comparables avec cette clientèle. Ces juges ont aussi reçu une formation semblable quant à la façon de coter les différentes variables. Dans la grande majorité des cas, les travaux nécessitant l'évaluation de l'accord entre deux juges utilisent le coefficient Kappa, présenté pour la première fois par Cohen (1960). Malgré que ce coefficient bénéficie désormais d'une multitude de variations lui permettant d'être utilisé dans une grande variété de situations, il pose problème dans le cas de codificateurs multiples. De plus, il pose problème lorsque les tableaux croisés ne comportent pas le même nombre de rangées et de colonnes, ce qui est souvent le cas avec le VIAOT. À titre d'exemple, certains codificateurs n'ont jamais attribué la cote 5 à aucun sujet, alors que d'autres l'ont déjà fait. Pour contrer ces difficultés, différents instruments statistiques furent développés pour mesurer l'accord entre plusieurs juges sur des échelles de Likert. Compte tenu du fait que nous avons affaire à plusieurs juges, la corrélation intra classe (ICC), peut être d'une grande utilité.

Shrout et Fleiss (1979) considèrent le coefficient de corrélation intraclasse comme le simple ratio de la variance d'intérêt sur la somme de la variance d'intérêt et de l'erreur. Trois principaux types de ICC peuvent être utilisés, chacun d'entre eux référant à un design de recherche particulier. Pour les besoins d'un instrument comme le VIAOT, le type 2 fut utilisé. Le type trois, communément appelé ICC (3,k), est le cas où chacun des sujets est codé par le même nombre de k juges, lesquels sont les seuls juges d'intérêt (Shrout et Fleiss, 1979).

Les résultats relatifs à l'accord inter juges

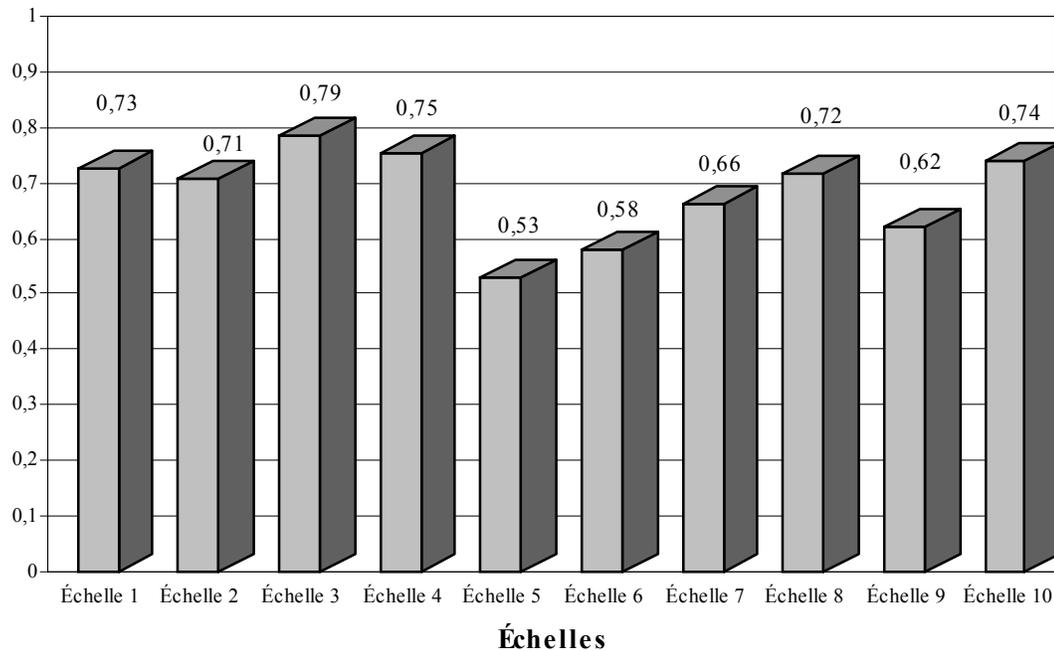


Figure 2. Résultats moyens des analyses de Corrélation Intraclasse ICC (2,3)

La Figure 2 présente les résultats des coefficients de corrélation intraclasse. Dans l'ensemble, les résultats vont de passables (0,53) à excellents (0,79) (Cicchetti et Sparrow, 1981; Fleiss, 1981). Plus spécifiquement, les échelles Socialisation et Intimité ont respectivement obtenu des coefficients de 0,53 et 0,58, lesquelles peuvent être qualifiées de « passables ». Parmi les échelles ayant obtenu des cotes pouvant être qualifiées de « bonnes », on retrouve les échelles d'Adhésion au code de vie de l'unité (0,73), de Capacité à formuler une demande d'aide (0,71) de Compréhension et de responsabilisation face à son cycle d'agression (0,66), de Relations avec les femmes (0,72), de Sexualisation des conflits (0,62) et finalement l'échelle d'estime de soi (0,74). Les échelles de Contrôle de la colère (0,79) et d'Écoute de l'autre (0,75) ont pour leur part obtenu des résultats pouvant être qualifiés de « excellents ».

Ainsi, bien que les échelles du VIAOT soient considérées par plusieurs comme des éléments difficiles à décrire et à mesurer, les résultats des analyses de fidélité inter juges vont de passables à excellents.

Conclusion

Depuis une dizaine d'années, une approche macroscopique s'est imposée par rapport à une approche phénoménologique et clinique pour étudier l'efficacité des traitements. Plusieurs lacunes de l'approche ont cependant fait en sorte que des solutions novatrices ont dû être envisagées, notamment le développement d'instruments cliniques plus spécialisés visant à ouvrir la « boîte noire » du traitement. Il ne fait aucun doute que l'instrument que nous avons présenté ici devra être reconceptualisé et soumis à une démarche plus complète de validation. Mais nous avons surtout voulu présenter une nouvelle méthode, un nouveau mode d'évaluation de l'impact des soins qui, à partir de

l'observation systématique et d'une formalisation des données cliniques, apporte des éléments de réponse à l'impasse méthodologique actuelle.

Cet article est aussi une tentative pour mieux conjuguer les contributions de la clinique et de la recherche vers une connaissance scientifique mieux intégrée. Ce sont là deux mondes qui ont parfois de la difficulté à se rencontrer, d'abord parce qu'ils utilisent des moyens différents.

Le contact quotidien avec le client est la matière à partir de laquelle le clinicien formule et vérifie ses hypothèses; l'observation et l'interaction directes avec le client étant les moyens le plus immédiatement accessibles et les outils privilégiés des cliniciens. Les chercheurs postulent plutôt mettre en oeuvre des moyens plus systématiques qui mène à une connaissance plus objective du client. Les cliniciens reprochent souvent aux chercheurs leur manque de profondeur et un souci relatif de congruence avec la réalité du client. Les chercheurs reprochent un manque de systématisation et une subjectivité qui altère les jugements.

L'intégration d'une démarche clinique de validation empirique de l'impact des interventions auprès des clients et d'une démarche qui s'inspire d'un expérimentalisme plus rigoureux est en effet une tâche difficile. Et, pour la mener à terme, peut-être une difficulté supplémentaire incombe-t-elle au clinicien en ce qu'il doit adopter les outils, le langage et les tribunes du chercheur.

Pour faire face de façon productive à cette difficulté et ainsi bonifier le débat scientifique, le clinicien devra procéder selon certaines étapes. Il a d'abord la responsabilité de mieux formaliser les construits cliniques qui lui apparaissent le plus pertinents, opérationnaliser ces construits et systématiser la cueillette de données. Il a avant tout la responsabilité, au-delà des descriptions théoriques, de mieux décrire ce que, dans le cadre théorique d'intervention qui est le sien, le traitement doit absolument modifier et produire comme modification observable. Nous avons voulu démontrer comment, dans un milieu de traitement institutionnel, ces tâches peuvent être accomplies.

Le clinicien devra par la suite se préoccuper des enjeux méthodologiques de base .
Encore là, nous avons voulu démontrer, par l'analyse de la concordance inter-juges, qu'il était possible de vérifier ces aspects tout en bonifiant le travail clinique.

Alors seulement, les enjeux de validité pourront-ils être soulevés selon que, entre autres choses, on aura vérifié que :

- selon nos paramètres, les agresseurs changent au cours du traitement
- les changements observés sont liés à des interventions spécifiques
(ex : meilleures habiletés sociales suite à un programme d'entraînement)
- la situation observée en fin de traitement (changements ou absence de changement) prédit mieux la récurrence que les mesures pré traitement ?
(ex : grille d'évaluation du risque)

- les progrès constatés à l'aide de nos mesures sont corroborés par des autres mesures effectuées à l'aide d'autres instruments
- les récidivistes sont différents des non récidivistes, en termes de leurs caractéristiques individuelles (ex : niveau de risque initial), de leur crime(ex;niveau de violence) ou de la victime(ex : enfant ou adulte).
- l'impact des autres mesures de prévention de la récidive a été isolé(ex : impact et nature du suivi et de la surveillance en société)

Il s'agit donc d'une tâche qui requiert du temps, de l'énergie et des ressources et nous en sommes actuellement à un stade intermédiaire de développement. Elle n'en est pas moins essentielle en ces temps où les cliniciens et les administrations ont de plus en plus à répondre du résultat de leurs interventions et à justifier leurs décisions. Enfin, la préservation d'un espace de prise en charge clinique validée apparaît aussi vitale au moment où les pressions punitives populistes sont de plus en plus fortes et où le devenir des individus est de plus en plus déterminé au plan légal par un modèle de gestion pseudo rationnelle du risque.

Références

Aubut, J., Proulx, J., Lamoureux, B., McKibben, A. (1998) Sexual Offenders' Treatment Program of the Philippe Pinel Institute of Montreal in Source book of Treatment Programs for sexual Offenders. Marshall, Fernandez, Hudsonet Ward (eds), Plenum Press, New York

Cicchetti, D. V. & Sparrow S. S. (1981) Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: Applications of assessment of adaptive behavior. *American Journal of Mental Deficiency*, vol. 86, p.127-137.

Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, vol. 20, p. 37- 46.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioural sciences (2ième edition). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum

Cohen, M. L. Garofalo R. F. Boucher R., & Seghorn T. (1971). The psychology of rapists. *Seminars in Psychiatry* vol. 3, p. 307-27.

Fleiss, J.L. (1981). Statistical methods for rates and proportions (2nd edition). New York: Wiley.

Groth, A. N. (1979). Men who rape. New York: Plenum Press

Groth N. A. et Burgess, A. W. (1977) Motivational intent in the sexual assault of children. *Criminal Justice and Behavior*, vol. 4, p. 253-264.

Groth, N. A., W. F. Hobson et T. S. Gary. (1982) The child molester: clinical observations. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, vol. 1, p. 129-144.

Hall, G. C. N. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 802-809

Hanson, R. K. (1997). The development of a brief actuarial risk scale for sexual offense recidivism. (User Report No. 1997-04). Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.

Hanson, R.K. (2000) Treatment Outcome and Evaluation Problems (and Solutions) in D. Richard Laws, Stephen M. Hudson, Tony Ward (eds) remaking Relapse Prevention with Sex Offenders: a Sourcebook. California: Sage Publications

Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 66, p. 348-362.

Knight, R. A., R. Rosenberg et B. A. Schneider (1985) Classification of Sexual Offenders: Perspectives, Methods, and Validation. In Ann W. Burgess (ed.), Rape and sexual assault. A research handbook. New York: Garland Publishing.

Knight, R. A. et R.A. Prentky (1990) Classifying Sexual Offenders: The Development and Corroboration of Taxonomic Models. In William L. Marshall et Howard E. Barbaree (eds.), Handbook of Sexual Assault. Issues, Theories and Treatment. New York: Plenum Press.

Lussier, P., Proulx, J., & McKibben, A. (2001). Personality characteristics and adaptive strategies to cope with negative emotional states and deviant sexual fantasies in sexual aggressors. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 45, p. 159-170.

Miner, M.H. (1997) How can we conduct treatment outcome research? *Sexual Abuse: A journal of Treatment and Research*, 8, 209-221

Marshall, W.L., Jones, R., Ward, T., Jonhston, P., Barbaree, H. E. (1991) Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychological Review*, 11, 465-485.

McKibben, A., Proulx, J., Lusignan, R., (1994) The relationship between deviant sexual fantasy and affective components in rapists and pedophiles. *Behavior, Research and Therapy*, vol. 32, n° 5, p. 571-575.

McKibben, A. (1999). Le déni et la minimisation chez les agresseurs sexuels, *Forensic*, 21 : 13-16.

McKibben, A., Proulx, J. & Lussier, P. (2001) Sexual Aggressors' Perceptions of Effectiveness of Strategies to Cope with Negative Emotions and Deviant Sexual Fantasies, *Sexual Abuse: A journal of Research and Treatment*, Vol. 13, p. 257-273.

Newman, MG., Consoli, A., Taylor, CB., Computers in assessment and cognitive behavioural treatment of clinical disorders: Anxiety as a case in point, *Behavior Therapy*, vol 28, pp 211-235, 1997

Proulx, J., McKibben, A., Lusignan, R. (1996) Relationship between affective components and sexual behaviors in rapists and pedophiles. *Sexual Abuse*, vol. 8, p. 279-289.

Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., Lalumière, M.L. (1993) assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 512-523

Seto, M. C., Barbaree, H.E.(1999) Psychopathy, treatment behaviour, and sex offenders recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, Vol.14, 12. pp.1235-1248

Shrout, P. E., & Fleiss, J. I. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, vol. 86, p. 420-428.