



**Le rôle infirmier dans la prise en charge des Auteurs
d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS)**

JONATHAN GENOUD

Étudiant Bachelor – Filière Soins infirmiers

ANTHONY PEDROSA

Étudiant Bachelor – Filière Soins infirmiers

Directrice de travail : LOUISE GREGOIRE

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2012 EN VUE DE
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

**Haute Ecole de Santé Vaud
Filière Soins infirmiers**

RESUME

- Titre** Le rôle infirmier dans la prise en charge des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS).
- Contexte** La prise en charge et la récurrence des AICS sont des réalités qui touchent le monde entier ou du moins les pays occidentaux. Les craintes de la population face à ce type de délinquance poussent les gouvernements à en faire une priorité.
- Objectif** L'objectif de cette revue de littérature est de faire un panel des possibilités que l'infirmier(ère) aurait à disposition afin de donner des pistes de réflexion sur l'évolution de la prise en charge des AICS, en vue de diminuer le taux de récurrence.
- Méthodes** Deux bases de données, PubMed et CINAHL ainsi que le site « Psychiatrie et Violence » ont permis de trouver des recherches scientifiques. Au final, six articles, écrits entre 2003 et 2008, issus de pays occidentaux, ont été retenus pour ce travail. La population spécifique est composée de personnes ayant commis un acte pénalement condamnable à caractère sexuel.
- Résultats** Les articles ont été analysés, résumés et présentés sous la forme d'une synthèse narrative. Les données, quant aux différents programmes de traitement des AICS, ont été regroupées sous trois principaux thèmes. Ces résultats ont été mis en lien avec une prise en charge infirmière spécifique, le case management.
- Conclusion** Une prise en charge spécifique à long terme et une relation thérapeutique adéquate sont des éléments favorisant la compliance des AICS à leur traitement et pouvant amener une diminution de la récurrence.
- Mots-clés** infirmier, délinquant sexuel, milieu carcéral, récurrence

Total = 250 mots

AVERTISSEMENT

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Vaud, du Jury ou de la Directrice du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seuls le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références bibliographiques.

Le 12 juillet 2012.

Genoud Jonathan & Pedrosa Anthony

REMERCIEMENTS

Nos sincères remerciements s'adressent à :

Madame GREGOIRE Louise, professeure de la Haute Ecole de Santé Vaud, qui nous a permis d'élaborer ce dossier en nous guidant, en tant que Directrice de ce Travail de Bachelor, tout au long de la procédure par son expérience et ses conseils avisés dans le domaine des soins en milieu carcéral ;

Madame LINDANDA Martine, infirmière spécialisée dans la prise en charge des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel, au Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaire, pour les conseils qu'elle nous a apportés grâce à son expérience et ses connaissances professionnelles ;

Madame BOREL Catherine, professeure à la Haute Ecole de Santé Vaud, pour les conseils tout au long des séminaires du module Bachelor Thesis ;

Monsieur MARION-VEYRON Régis, médecin au programme de Traitement et Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques, pour les discussions sur la thématique de ce dossier, en lien avec son expérience et son regard sur le case management ;

Toutes les personnes qui ont apporté leurs regards avisés sur ce travail ainsi qu'à ceux qui nous ont poussé à poursuivre sa réalisation à travers leurs critiques et opinions diverses sur ce sujet.

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	1
1.1	Phénoménologie	1
1.2	Concepts	3
1.3	Insertion de la problématique dans la pratique infirmière	5
2	Méthodes	7
2.1	Bases de données et descripteurs	7
2.2	Limites de la méthodologie	11
3	Résultats	12
3.1	Résumés des articles sélectionnés	12
3.2	Synthèse des résultats	19
3.2.1	Nécessité d'une prise en charge spécifique pour les AICS	19
3.2.2	Diminution de la récurrence des AICS grâce à une prise en charge spécifique.....	21
3.2.3	Perceptions des AICS en regard de leur prise en charge.....	22
3.3	Case management	24
4	Discussion	26
4.1	Résumé des principaux résultats.....	26
4.2	Confrontation des résultats afin de répondre à la question.....	27
4.3	Limites de ce travail	29
4.4	Implication pour la pratique et la recherche	30
5	Conclusion.....	32
	Liste de références bibliographiques.....	33
	Liste bibliographique.....	36
	Annexes.....	39

1 INTRODUCTION

Cette revue de littérature, en vue de l'obtention du Bachelor Of Science HES-SO en Soins Infirmiers, consiste en la présentation d'une problématique infirmière soutenue par une recherche d'articles scientifiques. La dite problématique en regard de la société actuelle et du rôle infirmier va être développé lors du premier chapitre. S'en suivra le chapitre « Méthodes » qui résume les différentes stratégies de recherches mises en place, en vue d'une sélection pertinente des articles visant à répondre à la question de recherche. Un résumé de chaque article figurera dans les « Résultats » accompagnés d'une synthèse de ceux-ci, ainsi que la présentation d'une prise en charge infirmière, à savoir le case management. La mise en lien des résultats et de cette pratique spécifique constituera la « Discussion » de ce dossier et tentera de répondre à la question de recherche initiale. Le point final de cette revue de littérature se fera lors de la « Conclusion ».

1.1 PHÉNOMÉNOLOGIE

L'incarcération est une période difficile pour un être humain. Il se peut qu'il ait besoin d'aide afin de traverser cette sentence. Cela peut aussi le mener à réfléchir sur sa vie, son passé mais aussi son avenir. Afin d'aider le détenu à faire ce travail, il existe des professionnels de la santé affiliés aux différentes prisons du canton. Le Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaires (SMPP) est une unité qui dépend du Département de Psychiatrie (DP) du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV).

Comme mentionné plus haut, le travail personnel d'un prisonnier est encouragé par le service médical, qui est lui-même soutenu par la loi. Celle-ci présente le travail de l'équipe médicale notamment dans le domaine de la réinsertion et de la prévention à la santé, deux aspects spécifiques à la profession infirmière, si l'on se base sur l'art. 124 de la loi sur la santé publique du 29 mai 1985 (= LSP/VD ; RS 800.01), permettant une meilleure qualité de vie à l'intérieur comme à l'extérieur du pénitencier. En gardant ce principe en tête, il est cependant impossible d'affirmer si le travail fourni par le SMPP a un impact sur les 24.6% de récidive générale (Office Fédéral de la Statistique, 2005) de la population carcérale suisse. Mais plusieurs auteurs ont écrit à propos d'une population spécifique, et ont mis en évidence l'importance de sa prise en charge et l'impact, relatif, que cela peut avoir au niveau de la récidive.

La population carcérale vaudoise compte, au sein de quatre établissements pénitentiaires, un total officiel de 685 détenus (Canton de Vaud, 2012). La population spécifique, mentionnée plus haut, est ce que l'on appelle les Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS). Gravier (1997) et Berger (2005) ont écrit sur le sujet et ont démontré toutes les difficultés que la prise en charge de cette population engendre, du point de vue de l'opinion publique et du soignant ; même si presque dix ans séparent les deux articles, les questionnements restent intacts et sont visiblement toujours sans réponse. L'article de Delacrausaz (2006) démontre également que la question de la prise en charge de détenus violents inquiète, ou du moins interpelle le peuple suisse. Ce document met en avant la forte participation à « une initiative populaire visant l'internement à vie des délinquants sexuels ou violents considérés comme très dangereux et non amendables, sans possibilités pratiques de réévaluation ultérieure de leur condition » (n.p.). En effet, l'initiative « demandait » au médecin psychiatre de pratiquer des expertises pénales visant à interner un homme de façon permanente.

Il est permis de dire que les AICS font resurgir beaucoup d'interrogations de la population. Il en est de même pour les équipes soignantes et pourtant, il n'existe aucun protocole, ni formation infirmière au sein du SMPP pour la prise en charge de cette population spécifique. Un suivi interdisciplinaire est effectué et l'infirmier¹ a un rôle bien précis dans la gestion des activités de la vie quotidienne (AVQ) et dans l'éducation à la santé, mais cela doit se faire durant les différents entretiens menés par le psychiatre ou le psychologue en collaboration avec l'infirmier. Un deuxième point important est le fait qu'aucun suivi infirmier ambulatoire n'existe, seul le corps médical s'en occupe.

Il existe diverses prises en charge que les équipes soignantes utilisent pour traiter les AICS, comme expliqué dans les articles de McKibben (2000) ou de Raymond (2000). La pertinence de ce suivi est par exemple démontrée dans l'étude de Nicole, McKibben et Guay (2005) ou encore celle de Menghini, Ducro et Pham (2005) qui fait passer le taux de récurrence de 55% à 34,4%.

Les écrits mènent souvent au Québec et à L'institut Philippe Pinel de Montréal. Malgré la différence de culture et les disparités au sein des populations québécoise et suisse, Delacrausaz (2006) mentionne qu' « en Suisse, la population est globalement comparable à celle du Québec » (n.p.). Cet état de fait permettra d'être le plus pertinent possible dans ce dossier.

¹ Dans ce travail, l'utilisation du terme « infirmier » regroupe aussi bien les professionnels de sexe féminin que masculin.

L'objectif est de faire un panel des possibilités que l'infirmier aurait à disposition, à travers la littérature internationale, afin de donner des pistes de réflexion sur le flou présent dans notre canton.

Le but n'est pas de critiquer le travail difficile effectué par nos collègues, mais d'apporter un regard différent afin de pousser à la réflexion. Avant de mettre en lumière la problématique, une analyse des concepts abordés est nécessaire.

1.2 CONCEPTS

AICS

Les AICS sont des personnes atteintes de pathologies psychiatriques nommées paraphilies, qui vont avoir un comportement légalement condamnable en lien avec la/les paraphilie(s). Il est cependant important de mentionner que les personnes souffrant de paraphilie(s) ne commettent pas forcément d'actes délictueux au sens juridique et ne sont, par conséquent, pas tous des AICS. Les caractéristiques diagnostiques des paraphilies présentes dans le DSM-IV (1996) permettent de donner une définition de la pathologie dont souffrent les AICS :

Les caractéristiques essentielles d'une Paraphilie sont des fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, des impulsions sexuelles ou des comportements survenant de façon répétée et intense, et impliquant 1) des objets inanimés, 2) la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire, 3) des enfants ou d'autres personnes non consentantes, et qui s'étendent sur une période d'au moins 6 mois (Critère A). Chez certaines personnes, des fantaisies imaginatives ou des stimuli paraphiliques sont obligatoires pour déclencher une excitation érotique et font toujours partie de l'acte sexuel. Dans d'autres cas, les préférences paraphiliques n'apparaissent qu'épisodiquement (p, ex., au cours de périodes de stress) alors qu'à d'autres moments, la personne est capable d'avoir un fonctionnement sexuel sans fantaisies imaginatives ou stimulus Paraphiliques. Les comportements, impulsions sexuelles, ou fantaisies imaginatives sont à l'origine d'un désarroi cliniquement significatif ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants (Critère B). (p. 613)

Cette définition permet de définir les AICS comme des personnes atteintes de maladies psychiatriques avec lesquelles il faudra travailler.

MILIEU CARCÉRAL

La définition qui suit est celle de « prison », qui est un synonyme de « milieu carcéral ».

« Etablissement clos aménagé pour recevoir des délinquants condamnés à une peine privative de liberté ou des prévenus en instance de jugement. » (Le Nouveau Petit Robert, 2008).

Cette définition permet d'identifier l'environnement dans lequel évolue le type de patients sélectionnés.

RÉCIDIVE

L'Office fédéral de la statistique (OFS, 2009) donne une définition générale de la récidive pénale : « Il y a récidive pénale (ou recondamnation) lorsque, suite à un jugement dit de référence, il y a commission d'une nouvelle infraction menant à un jugement » (p. 1). De plus l'OFS (2009) ajoute que :

Pour qu'un nouveau jugement soit considéré comme de la récidive, il faut donc qu'au moins une des infractions sanctionnées soit postérieure au jugement de référence et qu'elle ait été commise durant la période d'observation. Dans certains cas de figures, toutes les dates d'infraction d'une nouvelle condamnation sont antérieures à la date du jugement de référence. Ces situations ne sont pas considérées comme de la récidive, mais comme de la "pseudo-récidive". (p. 1)

A savoir encore que « la durée d'observation minimale est de trois ans » (OFS, 2009, p. 4).

En outre l'OFS (2009) explique que la récidive peut être de différents types : respectivement, *spécifique* dans le cas où « une des infractions de récidive est identique à l'infraction du jugement de référence (même article de loi) » (p. 1), de *même type* lorsque « au moins une des infractions de récidive est du même type que l'infraction du jugement de référence, sans pour autant être identique » (p. 1) ou encore *non-spécifique* « si aucune des infractions de récidive n'est ni identique, ni du même type que l'infraction du jugement de référence » (p. 2).

La récidive est également détaillée en fonction de sa gravité dans le sens que, lors d'une recondamnation, l'infraction la plus grave est *moins grave*, de *même gravité* ou *plus grave* que l'infraction la plus grave du jugement de référence.

La récidive est le concept le plus délicat abordé. En effet, cette définition ne démontre pas le pourcentage de personnes commettant des nouveaux délits sans se faire interpeler ou condamner. Les études essaient d'être précises sur ce point mais n'utilisent pas les mêmes

grilles de lecture : certaines ne font aucune distinction entre les types de récidive. C'est donc un point difficile à objectiver dans le travail.

1.3 INSERTION DE LA PROBLÉMATIQUE DANS LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

La question de recherche a été formulée suivant les quatre principes centraux de la profession infirmière : la personne, l'environnement, la santé et le soin (Kérouac, Pepin, Ducharme & Major, 2003, p. 2). Ces concepts s'inscrivent dans le métaparadigme de la discipline infirmière et permettront d'insérer cette question dans ce domaine.

Selon Kérouac et al. (2003), la personne peut englober la famille, l'individu, le groupe ou encore la communauté (p. 75). Selon cette description, dans ce travail, le détenu de sexe masculin ayant commis une infraction à caractère sexuel définit le concept de personne.

« L'environnement comprend l'environnement interne (génétique, physiologique, psychologique, etc.) et l'environnement externe (physique, social, politique, économique et cosmique) de la personne » (Kérouac et al., 2003, p. 75). L'environnement interne reflète l'instabilité mentale dans laquelle se trouve l'agresseur sexuel et explique dans quelle mesure ses émotions, ressentis ou encore ses expériences passées peuvent influencer ses comportements asociaux. L'environnement externe, quant à lui, fait référence au milieu carcéral mais également à la fin d'incarcération et au retour à la vie sociale hors des murs et, par conséquent, aux impacts que ces environnements vont avoir sur la personne.

Le concept de santé se rapporte à la santé psychologique du détenu et aux influences que les actes commis et l'évolution personnelle ont sur celle-ci. En effet, pour Kérouac et al. (2003) :

Par expérience de santé, nous entendons le caractère subjectif, la manière unique avec laquelle la personne vit les événements liés à la santé ; c'est-à-dire ce qui est vécu dans des situations relatives à la croissance, au développement et à des problèmes comme la maladie. (p. 75)

Le soin se définit par la prise en charge infirmière spécifique à cette population permettant de diminuer le taux de récidive. Ce concept est le centre de la question de recherche, car comme le précisent Kérouac et al. (2003) « le centre d'intérêt de la discipline infirmière fait référence au cœur et à l'âme, c'est-à-dire au soin. » (p. 76)

En vue de ces éléments, la question de recherche ci-dessous s'inscrit dans la profession infirmière et se pose comme suit :

« Comment pourrait se développer la prise en charge infirmière dans les programmes de traitement des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) afin de diminuer la récurrence? »

2 METHODES

Afin de mieux comprendre comment ont été sélectionnés les articles scientifiques cités dans ce travail, ce chapitre explique quelles bases de données ont été utilisées, quels descripteurs ont été retenus et quel a été le nombre d'articles trouvés lors des recherches documentaires. Finalement les difficultés rencontrées seront expliquées, accompagnées d'une critique de la méthodologie de recherche.

2.1 BASES DE DONNEES ET DESCRIPTEURS

Les recherches d'articles ont tout d'abord commencé sur deux bases de données découvertes grâce aux cours reçus, soit PubMed et CINHALL. Trois articles cités dans ce travail sont issus de ces bases de données. Cependant même si ces dernières ont permis de découvrir nombre d'articles en lien avec le thème des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel, la majorité d'entre eux n'aidait pas précisément à répondre à la question de recherche. Ces articles n'ont donc pas été retenus pour le travail mais plusieurs ont cependant été lus afin d'acquérir des connaissances sur les différentes prises en charge et programmes de traitement existants. Les articles définitifs issus de ces deux bases de données sont :

- Drapeau, M., Korner, A.-C., Granger, L. & Brunet, L. (2005). What Sex Abusers Say About Their Treatment : Results From a Qualitative Study on Pedophiles in Treatment at a Canadian Penitentiary Clinic. *Journal of Child Sexual Abuse, Volume 14(1)*, 91-115.
- Grady, M.-D. & Brodersen, M. (2008). In Their Voices: Perspectives of Incarcerated Sex Offenders on Their Treatment Experiences. *Sexual Addiction & Compulsivity, 15:4*, 320-345.
- Lawson, L. (2003). Becoming a success story: how boys who have molested children talk about treatment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 259-268.

Afin de trouver des articles correspondant à la question de recherche, plusieurs descripteurs ont du être employés dans ces bases de données grâce aux différents thésaurus MeSH. En lien avec la question, divers MeSH terms ont été utilisés lors de multiples combinaisons en utilisant « AND », « OR » ou « NOT ». Des critères d'exclusion ont été sélectionnés afin de restreindre le nombre de résultats et surtout de cibler les recherches. Ainsi, le type, la langue de l'article ou encore le sexe de la population dont parle l'étude ont été introduits dans les

bases de données afin d'optimiser les résultats. Les stratégies de recherche sont précisément décrites dans les tableaux ci-dessous selon la base de données correspondante. Néanmoins, il est important de mentionner le fait que peu de recherches infirmières ont été entreprises concernant la prise en charge des AICS et que, de ce fait, la base de données CINHALL, d'orientation infirmière, n'a apporté que très peu de résultats pertinents à la résolution de la question de recherche.

PubMed

<i>Mesh terms</i>		<i>Résultats</i>	<i>Choisis</i>	<i>Titre de l'article</i>
"Prisoners"[Mesh] "Pedophilia"[Mesh]	AND	34	1	Drapeau, M., Korner, A.-C., Granger, L. & Brunet, L. (2005). What Sex Abusers Say About Their Treatment : Results From a Qualitative Study on Pedophiles in Treatment at a Canadian Penitentiary Clinic. <i>Journal of Child Sexual Abuse, Volume 14(1)</i> , 91-115.
"Prisoners"[Mesh] "Pedophilia"[Mesh] "Therapeutics"[Mesh]	AND AND	3	-	
"Prisoners"[Mesh] "Offenses"[Mesh] "Psychotherapy"[Mesh]	AND AND	76		
<i>Critères d'exclusions : Comparative Study, English, French</i>		5	1	Drapeau, M., Korner, A.-C., Granger, L. & Brunet, L. (2005). What Sex Abusers Say About Their Treatment : Results From a Qualitative Study on Pedophiles in Treatment at a Canadian Penitentiary Clinic. <i>Journal of Child Sexual Abuse, Volume 14(1)</i> , 91-115.
"Prisoners"[Mesh] "Offenses"[Mesh] "Psychotherapy"[Mesh] "Nurses"[Mesh]	AND AND AND	0	-	
"Prisoners"[Mesh] "Offenses"[Mesh] "Cognitive Therapy"[Mesh]	AND AND	28	-	
"Prisons"[Mesh] "Offenses"[Mesh] "Psychotherapy"[Mesh]	AND AND	28	-	
"Motivation"[Mesh] "Offenses"[Mesh]	AND AND	28	-	

"Prisoners"[Mesh]			
("Sex Offenses"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual"[Mesh]) AND "Psychotherapy"[Mesh] ("Prisons"[Mesh] OR "Prisoners"[Mesh])	94	...	
<i>Critères d'exclusion : Male, English, French</i>	64	...	
<i>Critères d'exclusion : Male, Comparative Study, English, French</i>	3	-	
"Nurses"[Mesh] AND "Sex Offenses"[Mesh]	192	-	
"Nurses"[Mesh] AND "Sex Offenses"[Mesh] AND "Prisoners"[Mesh]	0	-	
"Recurrence"[Mesh] AND ("Sex Offenses"[Mesh] OR "Pedophilia"[Mesh]) ("Prisons"[Mesh] OR "Prisoners"[Mesh]) AND "therapy"[Subheading]	81	...	
<i>Critères d'exclusion : Male, English, French</i>	72	...	
<i>Critères d'exclusion : Male, Comparative Study, English, French</i>	13	-	

Cinhal

<i>Mesh Terms</i>	<i>Résultats</i>	<i>Choisis</i>	<i>Titres</i>
(MH "Prisoners") AND (MH "Sex Offenders") AND (MH "Cognitive Therapy")	2	1	Grady, M.-D. & Brodersen, M. (2008) In Their Voices: Perspectives of Incarcerated Sex Offenders on Their Treatment Experiences. <i>Sexual Addiction & Compulsivity</i> , 15:4, 320-345.
(MH "Prisoners") AND (MH "Sex Offenders") AND (MH "Recidivism")	7	-	
(MH "Prisoners") AND (MH "Sex Offenders") AND (MH "Forensic	1	-	

Nursing")			
(MH "Sex Offenders") AND (MH "Forensic Nursing")	12	1	Lawson, L. (2003). Becoming a success story: how boys who have molested children talk about treatment. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 10, 259-268.
(MH "Child Abuse, Sexual") AND (MH "Prisoners")	44	-	

Malgré les nombreuses tentatives et associations de descripteurs, au vu de la faible quantité d'études et d'articles scientifiques permettant de répondre à la question principale de ce travail, d'autres recherches se sont poursuivies sur la base de données Google Scholar ou par le biais de nombreuses recherches croisées. Après de nombreuses lectures, aucun article n'a finalement été sélectionné par ces méthodes.

Au final, la majorité des articles a été découverte lors de recherches sur le site « Psychiatrie et Violence » qui travaille en collaboration avec l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et le Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de psychiatrie du CHUV (SMPP). Ce site recense par date un grand nombre d'articles francophones issus du domaine de la psychiatrie. La sélection s'est faite en lisant les titres de la totalité des articles présents sur le site puis les résumés de ceux semblant adéquats à ce travail. Les articles issus de « Psychiatrie et Violence » sont les suivants :

- Menghini, M., Ducro, C. & Pham, Th. H. (2005). Evaluation de la récidive auprès d'agresseurs sexuels issus d'un hôpital sécuritaire en Belgique francophone. *Psychiatrie et violence*, 5(1), 39-48. Accès <http://www.psychiatrieviolence.ca/articles/menghini.pdf>
- Dembri, N. A., Lusignan R. & Marleau, J. D. (2004). Violence ou troubles sexuels. Aspects pervers comparés chez de jeunes patients. *Psychiatrie et violence*, 4(2), 23-30. Accès <http://www.psychiatrieviolence.ca/articles/Dembri1.pdf>
- Nicole, A., McKibben, A. & Guay, J.-P. (2005). Des stratégies de gestion des affects et des fantasmes sexuelles déviantes pour prévenir la récidive. *Psychiatrie et violence, CIFAS 2005*, 195-211. Accès http://www.psychiatrieviolence.ca/PDF_livreCifas/12-Strat%C3%A9gie%20gestion%20des%20affectsPP195-212.pdf

2.2 LIMITES DE LA METHODOLOGIE

Comme mentionné plus haut, les recherches infirmières ne sont que très peu développées dans le domaine de la prise en charge des AICS. Par conséquent, les articles sélectionnés ne sont pas spécifiques au domaine infirmier sauf l'article de Lawson (2003). La majorité des articles est issue de recherches menées par des psychiatres, psychologues ou travailleurs sociaux. Cependant, tous les articles ont été sélectionnés en imaginant le rôle que l'infirmière pourrait jouer au sein des différentes prises en charge. Ainsi, l'explication des différents articles en regard de la profession infirmière sera développée dans ce travail lors du chapitre « Discussion ».

Concernant la méthodologie de ce travail, plusieurs limites méritent d'être mentionnées. Tout d'abord, les seules bases de données scientifique utilisées ont été PubMed et CINHALL, puis finalement le site « Psychiatrie et Violence », il aurait peut-être nécessaire d'élargir les recherches à d'autres bases de données reconnues afin d'éventuellement trouver plus d'articles en lien avec la question de recherche. De plus, dû au manque d'expérience concernant la recherche scientifique, les associations de Mesh Terms auraient pu être plus approfondies et variées.

Une dernière limite à notre méthodologie est la présence de quatre femmes dans l'échantillonnage de l'article de Dembri et al. (2004). Cette recherche a néanmoins été sélectionnée car elle permet la compréhension de l'origine des troubles pathologiques et les résultats de l'étude ne démontrent pas de différences selon le sexe de la personne.

3 RESULTATS

Cette rubrique permettra d'exposer les résumés des articles sélectionnés, d'aborder les thèmes principaux, de mettre en commun les résultats et de présenter le « case management », qui sera le lien entre les articles scientifiques et la pratique infirmière.

3.1 RESUMES DES ARTICLES SELECTIONNES

Sauf indication contraire, chaque sous-chapitre se réfère à l'article analysé.

Becoming a success story: how boys who have molested children talk about treatment (Lawson, 2003, pp. 259-268)

Lawson a effectué une étude qualitative utilisant la méthode de la théorisation ancrée afin de savoir comment les jeunes délinquants sexuels parlent de leur traitement. Sept garçons, âgés de 14 à 18 ans au moment des interviews, ont été sélectionnés. Des protections spécifiques ont été mises en place, incluant la confidentialité de l'information. Un consentement des parents a été demandé, et les participants pouvaient mettre un terme à leur participation à tout moment. Le comité institutionnel (IRBs) a approuvé l'étude. Une récolte de données sur dossier a d'abord été faite, puis un questionnaire en 10 items a été présenté aux participants et enfin un entretien a eu lieu afin de discuter des réponses. L'auteur a utilisé les standards de confirmabilité, d'auditabilité, d'authenticité et d'applicabilité à travers des schémas de codage et à la qualité des transcriptions. Dans un deuxième temps, les réponses des participants furent analysées par un observateur externe.

Les résultats laissent entrevoir une représentation positive du traitement. En effet, ils exposent leurs ressentis et leurs perceptions concernant les progrès personnels réalisés et donnent plusieurs exemples de comportements qu'ils pourraient avoir face à certaines situations de la vie quotidienne². Cette amélioration est basée sur un programme de traitement [Annexe I] ayant pour base l'intégration de trois éléments théoriques (la prévention de la rechute, la compliance et la prise de décision), l'importance de la communication, l'importance de l'écoute, la pertinence d'exécuter les conseils des autres (famille, professionnels), le soutien familial fondé sur la miséricorde de cette dernière et enfin le soutien de la communauté lors de leur réinsertion.

² Des exemples seront exposés dans la suite du travail

L'étude termine sur les implications pour la pratique. Cette partie a pour point central le fait que les professionnels se concentrent sur la reconstruction de la personne plutôt que sur les carences de cette dernière. De cela découle ce qu'ils ont appris (réfléchir aux conséquences d'une action avant de passer à l'acte), leurs buts (accepter l'aide des autres et éviter les situations à haut-risque), leurs activités extérieures au traitement (permettant de faire partie de la famille et de la communauté), leurs relations (le fait de se soucier des autres) et enfin leur développement personnel (la prise de décision bénéfique pour eux).

Il est important de noter que cette recherche a été menée face à des jeunes agresseurs sexuels. Le caractère généralisable de cette population à celle de ce dossier n'est pas prouvé, mais l'approche que propose l'étude semble intéressante. En effet, l'élément primordial est le point de vue positif des détenus face à leur traitement. Il paraît nécessaire de se centrer sur les ressources de la personne, son entourage et son avancement personnel plutôt que sur ses lacunes.

Evaluation de la récidive auprès d'agresseurs sexuels issus d'un hôpital sécuritaire en Belgique francophone (Menghini, Ducro & Pham, 2005, pp.39-48)

Une étude quantitative épidémiologique a été menée en Belgique par Menghini et al. afin d'offrir une meilleure connaissance des différents taux de récidive générale auprès d'agresseurs sexuels masculins internés. Les auteurs ont utilisé une population, divisée en deux parties, suivies durant la même période, du 01.01.1994 au 01.08.2002. La première (N=118) mesurera le taux de récidive qui suit un premier délit sexuel reconnu officiellement. La deuxième (N=96) établira le taux de récidive de ces délinquants sexuels, après une mesure de libération de Défense sociale³. L'échantillonnage a été sélectionné à partir du dossier complet du détenu, l'inclusion et l'exclusion se faisaient à partir de la quantité suffisante d'informations récoltées.

La première partie de la population à un taux de récidive générale de 55%. Il est aussi observé que de manière globale, les récidives des délinquants sexuels sont plus fréquemment sur un mode sexuel ($p < 0,001$) puisqu'elles représentent, dans cette partie de l'échantillonnage, 40,6% des 55% de récidive générale. Le deuxième groupe à un taux de récidive générale de 34,4%. La récidive sexuelle plus fréquente pour les délinquants sexuels se retrouve dans cette

³ Etablissements de sécurité et de soins, pour les détenus expertisés comme « incapables de contrôle », à but curatif

tranche de l'échantillon, puisque elle représente 26,1% des 34,4%. Les différences de taux peuvent être dues à la prise en charge thérapeutique de Défense Sociale.

Les auteurs mettent en garde les comparaisons avec les autres études travaillant sur le taux de récidive, car la définition de cette dernière varie énormément d'une étude à l'autre. Menghini et al. relèvent aussi les disparités entre les traitements dispensés aux délinquants sexuels suivant l'institution qui les suit. Ils énoncent une dernière limite méthodologique qui est le faible effectif de l'échantillon, limitant ainsi la généralisation des résultats obtenus.

Cette étude semble présenter encore un point négatif, qui est le manque d'informations quant au traitement proposé au deuxième groupe de population. Il paraît néanmoins pertinent de se pencher sur cette recherche afin d'avoir des chiffres plus précis sur le taux de récidive.

Violence ou troubles sexuels. Aspects pervers comparés chez de jeunes patients (Dembri, Lusignan & Marleau, 2004, pp. 23-30)

Afin d'identifier « l'avènement d'une structure perverse ou l'éclosion d'une véritable perversion » (p. 23) chez des adolescents ayant commis des actes violents ou à caractère sexuel, une étude à devis mixte a été menée, au Québec, par Dembri et al. Elle avait pour but de comparer deux groupes d'adolescents sur une série d'indicateurs psychodynamiques, grâce à des données cliniques collectées avec le test Rorschach et à travers l'expression psychodramatique et graphique. L'échantillon se compose de 22 patients, dont quatre femmes, répartis en deux groupes ayant commis soit un geste violent (N=13), soit un geste sexuel (N=9). Ils ont été évalués psycho-légalement au sein de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Leur moyenne d'âge lors du délit est de 20 ans. Ils ne présentent aucune déficience intellectuelle ou organique.

La partie quantitative de l'étude, relevant du test Rorschach, révèle que le groupe de délinquants sexuels a un potentiel agressif plus élevé que les sujets violents ($p=0,055$). La dimension LIOAG (pulsion orales agressives primaires) est quant à elle beaucoup plus élevée dans le groupe violent ($p=0,009$).

La partie qualitative porte sur un suivi psychothérapeutique individuel ou de groupe (art-thérapie, psychodrame). Le groupe violent, aurait pour origine un narcissisme pervers qui ne permettrait pas une différenciation entre soi et autrui. Leurs actes violents ou meurtriers, sans finalité logique, sont soit l'expression d'une personnalité cruelle, avec un contrôle interne primaire, soit l'expression d'une avidité orale et d'une rage cannibalique. Cet état confère à

ces personnes une toute-puissance narcissique « quasi divine » lorsqu'ils commettent un acte létal. Cette structure mentale serait « l'expression d'un fonctionnement défensif pervers en réponse à un environnement perçu comme toxique » (p. 26). Le groupe aux agissements sexuels aberrants se réfère plus à « la persistance d'un érotisme infantile de type narcissique » (p. 27). Les perturbations des comportements sexuels peuvent être comprises comme un trouble de l'identité sexuelle propre à la perversion ou comme « une sorte de revanche triomphale sur les humiliations subies durant l'enfance » (p. 27). La laideur morale psychique et la haine de ces jeunes patients mettent davantage en lumière leur difficulté à effectuer une continuité cohérente entre la « constitution de leur moi et sa mutation en sujet » (p. 27).

La dernière partie de l'étude propose des interventions thérapeutiques. Les productions artistiques (dessins, art plastique, etc.) et la mise en scène psychodramatique ont servi « de « bouclier de Persée » pour maîtriser les situations traumatiques et éviter de basculer dans une réactualisation compulsive, complaisante et perverse de l'effet traumatique » (p. 28). Pour finir, « ces médiums malléables mis à leur disposition semblent avoir joué pour eux un rôle d'objet transitionnel qui les a libérés de la servitude d'une emprise destructrice en leur ouvrant les voies d'une véritable sublimation » (p. 28).

La principale limite, indiquée dans cette étude, est « l'absence de relevé chronologique plus exhaustif des expériences familiales » (p. 29). Cette information permettrait de mieux documenter les faits et les perceptions de l'histoire du groupe familial.

Cette étude présente l'importance du travail de groupe, notamment, dans le domaine de l'art thérapie. Elle permet aussi d'avoir une vision plus psychanalytique que le reste des recherches sélectionnées. L'analyse présentée dans cette étude sur la psyché de personnes violentes ou ayant commis des actes sexuels délictueux sera peu utilisée dans ce dossier.

Des stratégies de gestion des affects et des fantasmes sexuelles déviantes pour prévenir la récurrence (Nicole, Mc Kibben & Guay, 2005, pp. 195-211)

Après que des études antérieures ont démontré une association entre les affects et les comportements sexuels déviantes, une étude quantitative a été entreprise, au Québec, par Nicole et al. Elle a pour but de valider empiriquement l'utilisation effective de stratégies, acquises dans le programme de prise en charge des agresseurs sexuels, et leur efficacité à altérer le processus qui mène de la fantasme au passage à l'acte. L'échantillon se compose de 51 hommes. Aucun sujet ne présentait de déficience intellectuelle ou de troubles mentaux

sévères. Tous les participants étaient incarcérés dans un hôpital psychiatrique à sécurité moyenne et suivaient un programme de traitement de la délinquance sexuelle à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Les auteurs ont utilisé un questionnaire informatisé autorévélateur portant sur l'état émotionnel des participants, la présence ou non de fantasmes sexuelles à ce même moment, l'utilisation de stratégies d'adaptation et l'efficacité de ces dernières. Tous les sujets devaient signer un formulaire de consentement ; l'anonymat et confidentialité étaient assurés.

Les sujets ont rapporté respectivement 21% de journées « moins bien » et 38,6% de journées « beaucoup moins bien que d'habitude ». Ils ont ensuite relevé que des idées déviantes, généralement accompagnées d'activités masturbatoires déviantes, ont été rapportées pour 14% de journées. La gestion a été évaluée efficace par les patients pour deux tiers des journées où ils rapportent une humeur et pour environ 80% des conflits psychoaffectifs et des fantasmes sexuelles déviantes. Cette étude fournit un certain nombre d'indications selon lesquelles les détenus font des acquis durant leur traitement.

La plus grosse limite de la recherche est qu'elle repose sur des données autorévélatrices où les patients sont reconnus comme ayant des difficultés à reconnaître leur problématique et sont soucieux de présenter une image de participation active au traitement.

Les acquisitions démontrées que font les AICS durant leur prise en charge permettent d'avoir une vision optimiste sur leur réinsertion. L'étude rapporte un taux de 14% de masturbation durant des journées où le détenu se sentait moins bien, ce qui démontre aussi que ces actes n'ont pas disparu définitivement.

In Their Voices : Perspectives of Incarcerated Sex Offenders on Their Treatment Experiences (Grady & Brodersen, 2008, pp. 320-345)

Grady et Brodersen ont réalisé une étude qualitative dans l'établissement correctionnel du comté d'Harnett, en Caroline du Nord, aux Etats-Unis, dans le but de découvrir les différents points de vue de détenus concernant leur participation au programme de traitement spécifique pour délinquants sexuels « SOAR » [Annexe IV] (Responsabilisation et Réhabilitation des Délinquants Sexuels). L'échantillon final était composé de 18 délinquants sexuels adultes (25-59 ans), ayant complété le programme thérapeutique SOAR depuis au moins 18 mois et pas plus de 5 ans. La récolte de données s'est faite grâce à un questionnaire composé de 17

questions ouvertes portant sur leur expérience du programme de traitement. Les données ont été rassemblées en sept thèmes généraux grâce à la méthode de théorisation ancrée.

Dans le thème « Aspects les plus importants du programme », la majorité des participants (N=14) identifient difficilement un élément comme étant le plus important mais considèrent le programme comme un tout. Cependant, ils sont nombreux (N=13) à définir le « jeu de rôle de l'empathie », consistant à prendre la place de leur victime et à reconstituer leur crime, comme étant un composant-clé, une expérience qui « change la vie ». D'autres composants sont également identifiés, tels que le « Face-à-Face » (N=4), dans lequel le participant est assis sur une chaise centrale entouré par les autres membres du groupe qui posent des questions que sa victime pourrait poser. Pour ce qui est des « aspects les moins importants », beaucoup (N=11) n'identifient pas d'éléments et d'autres citent des activités qui ne sont pas en lien avec la délinquance sexuelle, telles que regarder des films (N=2) par exemple. Le thème des « compétences soutenues » aborde les compétences acquises durant le programme et qui continuent à être utilisées quotidiennement. Ainsi, l'empathie (N=17), la compréhension du cycle délictuel et des facteurs déclencheurs (N=13), l'affirmation de soi (N=8) et la gestion de la colère (N=6) sont des outils importants. Dans le thème « l'expérience par les pairs », la majorité (N=16) a apprécié ne vivre qu'avec d'autres délinquants sexuels car cela leur procurait, par exemple, de la sécurité, de la confiance et du soutien. Plusieurs (N=12) ont rapporté une expérience favorable avec les « pairs-conseillers ». L'expérience avec les pairs intensifie le programme. « L'expérience thérapeutique » met en avant la qualité des thérapeutes et tous (N=18) ont donné des commentaires positifs en utilisant des adjectifs tels qu'aidant, caring, empathique, compréhensif, professionnel, dévoué et sincère, ce qui a nettement contribué à améliorer l'estime de soi de certains délinquants (N=4) et à favoriser un changement de comportement. Les « changements internes dans l'être » ne sont pas attribuables à un aspect spécifique du traitement mais plutôt à l'expérience thérapeutique globale (N=11). Ces changements sont, entre-autres, une plus grande estime de soi, une meilleure connaissance de soi et de ses émotions. Le dernier thème est celui des « recommandations des participants » et, dans ce sens, la majorité des participants (N=11) pensent que le programme devrait être élargi : plus de participants (N=8), de plus longue durée (N=4) et ouvert à tous les délinquants, sexuels ou pas (N=4).

L'étude a diverses limites. Le fait que les résultats ne sont issus que de la perception des détenus et le fait qu'ils soient toujours emprisonnés ne permet pas de voir les changements de comportement à long terme. Les participants à l'étude étant tous inscrits au programme

SOAR, l'étude ne permet pas de comparer avec d'autres programmes spécifiques de traitement, ainsi les auteurs espèrent pouvoir comparer les résultats avec de futures études similaires. Concernant la méthode de récolte de données, les auteurs estiment qu'il aurait fallu associer des entretiens au questionnaire afin de pouvoir obtenir des réponses plus spontanées ; ceci afin d'éviter l'influence des réponses aux questions précédentes. Malgré ces limites, cette étude apporte cependant des clés importantes afin de développer et toujours améliorer la prise en charge des détenus, en tenant compte de leur propre vision. En outre de nombreux résultats de cette étude sont en adéquation avec d'autres recherches précédemment réalisées.

What Sex Abusers Say About Their Treatment : Results From a Qualitative Study on Pedophiles in Treatment at a Canadian Penitentiary Clinic (Drapeau, Korner, Granger & Brunet, 2005, pp. 91-115)

Une étude qualitative exploratoire a été menée au Québec par Drapeau et al. afin d'examiner ce que des pédophiles, incarcérés au sein de la clinique pénitentiaire fédérale de La Macaza, pensent de leur prise en charge et de l'expérience vécue durant leur programme de traitement. L'échantillon se composait de 23 détenus masculins de La Macaza, âgés de 25 à 61 ans, tous volontaires et sans rétribution ou réduction de peine. La sentence minimale de leur peine était de deux ans. Les participants ont répondu à des interviews non-directifs semi-structurés dont la récolte de données thématique s'est effectuée quatre mois après le début de la prise en charge afin qu'ils aient eu assez de temps pour se faire une opinion objective de celle-ci.

Une grande majorité des détenus a abordé le thème des expériences antérieures de thérapie (N=19) afin d'expliquer les éléments ayant conduit à un échec de leur suivi thérapeutique, tels que de trop grands groupes de thérapie (N=5) ou encore l'absence d'espoir quant à une diminution de la récidive (N=7). Le deuxième thème majeur a été la raison du choix de la clinique La Macaza (N=20) : la réputation de la clinique (N=9), le grand nombre de délinquants sexuels présents (N=11) et la plus grande liberté dont ils disposent (N=12) sont autant d'éléments les ayant motivés à s'inscrire à ce programme de traitement. Tous les candidats ont donné leurs avis sur les paramètres de la prise en charge (N=23) ainsi que sur leur thérapeute (N=23). La majorité (N=15) l'ont même défini comme étant l'élément prioritaire de leur prise en charge.

Une limite importante de l'étude est le fait qu'elle ne réunisse que des volontaires. Elle ne donne donc pas le point de vue de la population globale de La Macaza. Cependant les auteurs

affirment que plusieurs résultats de cette étude sont similaires à des recherches antérieures menées dans différents établissements pénitenciers. Cette étude suggère toutefois que les détenus attendent clairement de leurs thérapeutes des valeurs telles que le respect, le non-jugement et la bienveillance tout en faisant preuve de leadership et d'autorité afin de maintenir un cadre rassurant les poussant à poursuivre leur thérapie.

3.2 SYNTHÈSE DES RESULTATS

Les résultats apparaissant dans les articles sélectionnés ont permis de ressortir trois thèmes principaux qui seront développés dans ce chapitre, à savoir :

- Nécessité d'une prise en charge spécifique pour les AICS
- Diminution du taux de récidive des AICS grâce à une prise en charge spécifique
- Perceptions des AICS en regard de leur prise en charge

3.2.1 Nécessité d'une prise en charge spécifique pour les AICS

A travers les articles retenus, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est la plus répandue, ou du moins la plus référencée. Seule l'étude de Dembri et al. (2004), semble se rapprocher de la psychanalyse. Cette dernière analyse les structures psychiques de jeunes agresseurs sexuels et de jeunes ayant commis des actes violents. Grâce à différents ateliers artistiques, les patients ont pu exprimer leurs fantasmes, émotions, ressentis ainsi que leurs projets d'avenir. Ces ateliers, permettant de sonder les détenus, ont aussi permis à ces derniers de contrôler leurs comportements pervers liés aux traumatismes vécus dans l'enfance. Cela laisse donc entrevoir que l'art-thérapie permet l'expression non-violente d'éléments psychiquement ancrés chez les détenus violents et les AICS.

Le programme de Lawson (2003) [Annexe I], comme expliqué plus haut, se base sur la TCC et semble permettre d'aborder les différentes sphères du détenu, comme par exemple son réseau social et son environnement. Cette prise en charge est néanmoins spécifique. Cela se démontre à travers les divers buts visés, tels que la compréhension du principe de prévention de la récidive. Pour l'auteur et les responsables de cette unité, il semble donc évident que cette population a ses particularités et doit, par conséquent, être suivie de manière unique.

Tout comme Lawson (2003), Nicole et al. (2005) décrivent un programme spécifique pour les agresseurs sexuels, qui est le modèle de prévention de la récidive (p. 199) [Annexe II] comportant plusieurs points s'articulant autour du délit spécifique du détenu et la manière d'y faire face afin que ce dernier puisse contrôler ses fantaisies déviantes à sa sortie, « un des objectifs les plus fréquemment mentionnés du traitement des agresseurs sexuels consiste à favoriser l'acquisition de connaissance, de techniques et de stratégies qui leur permettront d'altérer le processus menant de la fantaisie au passage à l'acte éventuel » (Nicole & al., 2005, p. 195). Il se base sur le principe du « cycle de l'agression sexuelle » [Annexe III], qui est une « séquence d'une progression affective, cognitive et comportementale vers l'agression sexuelle » (p. 196).

La prise en charge spécifique décrite dans l'article de Grady et Brodersen (2008) est le programme SOAR [Annexe IV], qui utilise la thérapie de groupe de manière intensive et qui se divise en différents modules basés sur la thérapie cognitivo-comportementale ainsi que la prévention de la récidive. Les participants au programme, tous volontaires, résident dans une unité séparée des autres prisonniers. Ils vivent, mangent, passent leur temps libre et dorment tous ensemble. Le programme est mené par quatre psychologues qui donnent les cours cinq jours par semaine et six heures par jour pendant 20 semaines (p. 326). De plus, Van Buren (2000) explique que douze détenus ayant déjà terminé le programme servent de « pairs-conseillers ». Cela leur permet de garder une certaine implication dans le programme et d'accompagner les participants tout au long de leur traitement et durant les sessions de groupe (Grady & Brodersen, 2008, p. 327).

Drapeau et al. (2005) expliquent que « la clinique La Macaza offre un programme de traitement intensif pour tous les types de délinquants sexuels, sauf ceux présentant une psychose » (traduction libre, p. 93). La thérapie cognitivo-comportementale ainsi que la prévention de la récidive composent le programme. Ainsi, des sessions individuelles, de groupe et des rencontres d'évaluations sont mises en place afin de traiter les délinquants. Le groupe, composé d'une douzaine de participants, se rencontre du lundi au vendredi durant trois heures. Deux psychologues diplômés mènent les sessions de groupe et un psychiatre ou psychologue procède aux évaluations des participants. La durée du programme est de huit mois, séparée en deux phases de quatre mois. La première phase vise une augmentation de la responsabilité personnelle et une restructuration cognitive dans le but de motiver le patient au changement et de l'aider à déterminer les facteurs pouvant empêcher un réel investissement de sa part dans le traitement. Des techniques aversives telles que l'ammoniac sont utilisées à

la fin de cette première phase pour apprendre à inhiber l'excitation sexuelle due à certains fantasmes (pp. 93-94). La seconde phase inclut différents modules d'habiletés sociales, de gestion de la colère, d'éducation sexuelle, de développement de l'empathie et de prévention de la récidive. Elle a pour but d'aider le patient à trouver des solutions adaptées aux différentes difficultés pouvant engendrer un acte délictuel et à développer des habiletés sociales adéquates. De plus, le patient apprend à reconnaître son cycle délictuel et à acquérir des alternatives positives à chaque pas du processus (traduction libre, p. 94).

3.2.2 Diminution de la récidive des AICS grâce à une prise en charge spécifique

Le terme « récidive » varie considérablement d'un auteur à l'autre. Comme expliqué dans le chapitre « Concepts », ce terme peut différencier les types ou au contraire ne faire aucune distinction. Le concept de récidive ne prend, en outre, pas en compte le taux d'agressions sexuelles non répertoriées, mais cependant significatifs.

A travers les différentes études sélectionnées, le concept de récidive apparaît fréquemment. Une des composantes présentes dans la quasi totalité des programmes de traitement utilisés pour les AICS, est la prévention de la récidive. En comparant les différentes prise en charge, il est en effet ressorti que seule l'étude de Dembri et al. (2004) n'abordait pas ce thème.

Menghini et al. (2005), mettent en avant toutes les difficultés d'objectivité du concept récidive au sein de la littérature internationale (p. 40). Le but de leur étude était donc de comparer de manière plus rigoureuse le taux de récidive entre deux populations d'agresseurs sexuels qui suivaient ou non une prise en charge par Défense sociale. Les résultats ont démontré une baisse du taux de récidive générale chez les personnes suivies par des professionnels.

Cette baisse du taux de récidive se retrouve dans d'autres études, comme l'étude qualitative de Lawson (2003), qui suivait sept jeunes détenus, pris en charge par une équipe pluridisciplinaire. Cette prise en charge a été une réussite. A travers les interviews effectués avec ces personnes, les adolescents arrivent à expliquer que le travail qu'ils ont fait sur la récidive a changé leurs attitudes (Lawson, 2003, traduction libre, p.264)

Nicole et al. (2005) sont plus réservés sur ce point car comme ils le mentionnent « à ce jour, l'efficacité des programmes de traitement n'est toujours pas établie empiriquement et fait plutôt l'objet d'un intense controverse » (p. 206) et continuent :

Certaines auteurs (Furby, Weinrott & Blackshaw, 1989 ; Marques & al., 2005 ; Quinsey, Khanna, & Malcom, 1998 ; Rice, Quinsey, & Harris, 1991) sont au départ sceptiques et émettent l'opinion qu'en raison de failles méthodologiques, l'efficacité du traitement des agresseurs sexuels n'a jamais été démontrée. (p. 206)

Mais leur étude a pu mettre en évidence un lien entre les émotions des agresseurs et l'apparition, chez eux, de fantasmes sexuelles. Un suivi a permis l'élaboration de « techniques » de gestion des émotions et de gestion des fantasmes sexuelles déviantes. Cette approche a engendré une diminution du nombre de jours avec des fantasmes sexuelles et des actes de masturbations liés à ces dernières ; ces résultats laissent entrevoir une diminution des risques de récidive.

Ces études démontrent que la question de la récidive chez les auteurs d'infractions à caractère sexuel est importante, puisqu'elle fait partie des programmes de traitement et fait même l'objet d'études sur le sujet. Bien que certains auteurs soient plus réservés, la synthèse de ces différentes visions révèle que le taux de récidive aurait tendance à diminuer lorsqu'une prise en charge est entamée. Et puisque la plupart des institutions ont intégré cette question, elle paraît incontournable dans une prise en charge médicale, mais aussi infirmière.

3.2.3 Perceptions des AICS en regard de leur prise en charge

Dans l'étude de Drapeau et al. (2005), l'inscription et la participation au traitement à la Macaza se fait sur mode volontaire. Certains pédophiles se sont cependant sentis obligés de participer au programme, de par la pression exercée par certains membres de leur famille. Néanmoins, chaque détenu peut quitter le programme pour délinquants sexuels quand il le souhaite et cela sans conséquence sur la durée de sa peine. D'après les participants, même si certains points le rendent compliqué, le traitement est perçu, de manière globale, comme bénéfique et, par conséquent, ils continuent ainsi à y participer activement. Pour la majorité des détenus répondant à la recherche (N=15), le point central d'une bonne prise en charge est incontestablement le thérapeute ; trois d'entre eux le trouvent même plus important que la prise en charge elle-même. Ce dernier doit être autoritaire, fort et faire preuve de leadership, tout en démontrant des valeurs telles que le respect, le non-jugement ou encore la disponibilité afin que chacun se sente libre de prendre la parole et poser des questions. De plus, le sentiment d'appartenance au groupe est un élément essentiel au processus thérapeutique. Dans ce sens, quinze participants pensent qu'il est indispensable que confiance

et patience soient présentes lors des thérapies de groupe afin qu'ils ne se sentent pas jugés ou critiqués par les autres détenus ou les thérapeutes. Cela les rassure de faire partie d'une « famille », dans le but également de faire face aux autres détenus non-délinquants sexuels de la prison (Drapeau & al., 2005, traduction libre, pp. 102-106).

Globalement, selon les résultats de Grady et Brodersen (2008), la totalité du programme est définie de manière positive par les détenus, à tel point que certains (N=10) demandent même l'élargissement du programme sur la durée (N=3) et le nombre de participants (N=7), voire même les deux (N=1) (pp. 338-339). Le fait de vivre entouré par des AICS est un aspect très apprécié des participants. L'expérience de groupe et les conditions de vie sont décrites comme « intenses » car cet environnement incite les participants à un travail thérapeutique permanent. En outre, plusieurs estiment que ce partage continu avec d'autres délinquants développe entre eux des sentiments de confiance, d'honnêteté et favorise l'entraide. Tout comme dans l'étude de Drapeau et al. (2005), l'importance de se sentir en sécurité est mise en lumière par certains participants. Le thème de « l'expérience thérapeutique », met à nouveau l'accent sur les thérapeutes qui sont décrits comme professionnels, dévoués et s'intégrant dans le principe de caring. Ainsi le commentaire suivant illustre bien la vision des détenus :

Je n'ai jamais vu autant d'empathie, de patience, d'amour, de dévouement et de passion montrés et démontrés à ceux qui le méritent le moins (traduction libre, p. 337).

Dans l'étude de Lawson (2003), qui s'intéresse à la vision de ce que les détenus pensent de leurs traitements, il en ressort que les réponses des patients sont également très positives sur l'apprentissage et l'avancement personnel qu'ils ont fait, ils se sentent plus responsables qu'avant, communiquent avec leurs proches lorsqu'ils ressentent des tentations, identifient leur réseau, l'utilisent et réfléchissent aux conséquences de leurs actes. L'auteur laisse entrevoir l'importance de se concentrer sur la reconstruction de la personne plutôt que sur les déficits (traduction libre, pp. 263-266).

Ce thème permet d'identifier les points importants pour le détenu et savoir si ce que les équipes proposent comme prise en charge convient aux patients. Les articles étudiés mettent en exergue le fait que le regard des AICS sur leur prise en charge est positif, et que la relation avec le thérapeute et le sentiment d'appartenance à un groupe sont les points centraux de la thérapie sur lequel le reste du suivi va se greffer afin d'aboutir à une amélioration de la qualité de vie.

3.3 CASE MANAGEMENT

Comme mentionné précédemment, ce sous-chapitre permet une mise en lien des résultats d'articles à la pratique infirmière selon un suivi spécifique, le case management.

Sauf indication contraire, ce chapitre se réfère à *Les interventions infirmières et socioéducatives dans le DUPA : les raisons de développer une offre de case management clinique (ou suivi systématique du patient)* (Philippez & Stachel, 2005, pp. 4-9).

Le case management, ou suivi systémique du patient, est une forme de suivi délégué qui place les équipes infirmières et les assistants sociaux au front. Cette pratique propose une offre en soin pour des « patients présentant des pathologies chroniques et/ou des difficultés sociales majeurs qui nécessitent l'intervention soutenue et durable de soignants ». (p. 4)

Le case management clinique:

1. Intègre le traitement psychiatrique et le coordonne avec les autres services ou traitements
2. Constitue un lien humain entre un patient et un système, et surtout,
3. Délivre un traitement individualisé et des soins basés sur une relation thérapeutique. (p. 6)

Les équipes paramédicales deviennent des garants de l'histoire de vie du patient et les professionnels les plus stables, au niveau de la durée de suivi, dans leur réseau de soin. C'est de cette attache relationnelle dont les patients ont généralement besoin.

L'infirmier doit être soutenant et accessible afin de pouvoir contrôler les différents symptômes qui pourraient se manifester chez la personne. Il doit aussi travailler avec le patient sur les différents problèmes qui peuvent intervenir dans la vie de tous les jours, car il pourra l'accompagner à travers le réseau de soins cantonal. Le soignant devient donc un accompagnateur du soigné à travers les difficultés qu'il peut rencontrer et cherche avec lui les meilleures stratégies pour atteindre une meilleure qualité de vie et un maintien dans le milieu.

« Pour Kanter (1989), le Case Management clinique est un type de pratique psychiatrique basé sur une relation permanente permettant de maintenir des personnes malades mentales dans leur milieu de vie ». (p. 4)

Le suivi systémique du patient fait aussi :

Appel à un travail basé sur la multidisciplinarité. Le travail en équipe multidisciplinaire permet d'aborder de façon plus précise les besoins des patients qui sont nombreux, variés et variables ; chaque membre de l'équipe amène alors ses

compétences pour résoudre un problème, qu'il soit clinique ou social, voir clinico-social. (p. 4)

Ce travail ne s'arrête pas là, il passe aussi par l'encadrement des aidants naturels de la personne, afin qu'ils ne s'épuisent pas. Le professionnel permet le maintien ainsi que l'expansion du réseau social.

« Les bénéfices de la continuité des soins par opposition à la discontinuité de l'activité des médecins assistants, sont reconnus en interne, mais sont peu valorisés hors de l'institution » (p. 4). Il semble donc que cette forme de suivi est plus propice à un accompagnement extra-muros. Il paraît pertinent d'avancer que le modèle du « case management a fait ses preuves et est une réponse aux besoins des patients qui ont de la peine à accéder aux soins et qui ont tendance à rompre, au gré des épisodes de leur maladie, la continuité du suivi » (p. 5). Pour finir, cette pratique, utilisée à la base pour une population schizophrène, peut être étendue à plusieurs pathologies entraînant des dysfonctionnements au niveau social et une perte d'autonomie.

4 DISCUSSION

Cette partie du travail va permettre de résumer les principaux résultats des différentes études, d'identifier les limites de ce dossier, de confronter les conclusions trouvées afin de répondre à la question de recherche et d'aborder l'implication pour la pratique et la recherche.

4.1 RESUME DES PRINCIPAUX RESULTATS

Les résultats démontrent que la population carcérale des agresseurs sexuels a besoin d'une prise en charge spécifique. Elle est principalement basée sur une approche cognitivo-comportementale qui réunit toutes les sphères de leur vie et permet une approche holistique de leur situation. L'approche psychanalytique, quant à elle, n'est pas écarté mais paraît compléter la prise en charge TCC. Des études montrent également que certaines approches, comme l'art-thérapie, peuvent être intéressantes et apporter un plus dans le développement personnel des AICS.

L'importance de travailler sur la récidive émerge des différents articles, puisque les programmes utilisés présentent tous une section destinée à cela. Et ce travail porte ses fruits puisque le taux de récidive semble baisser en suivant un programme de traitement. On ne peut évidemment pas affirmer que la diminution de la récidive dépende de ce point précis. Il serait plutôt la résultante d'un programme complet. Il n'en reste pas moins que la réduction du taux de récidive est le but de ces prises en charge.

Selon les AICS participant aux recherches, certains points concrets du traitement sont appréciés et voire même recherchés. Un des principaux éléments relevés par les détenus eux-mêmes est l'importance de la relation avec le thérapeute. Il doit être autoritaire, fort et faire preuve de leadership. De plus, il doit démontrer des valeurs telles que le respect, le non-jugement ou encore la disponibilité afin que le détenu se sente libre de prendre la parole et de poser des questions. Un autre point extrêmement important est le fait d'appartenir à une population carcérale précise, en l'occurrence celle des agresseurs sexuels, et donc séparée des autres prisonniers. Ces personnes sont souvent victimes de violences (verbales, physiques,...) de la part des autres détenus en raison de leurs crimes, ils souhaitent donc faire partie d'unités spécialisées ou de centres carcéraux spécifiques afin d'être protégés et rassurés. Leurs points de vue sont importants car ils permettent un réajustement de l'approche des professionnels.

Cela laisse à penser, dans un deuxième temps, que les AICS deviendraient davantage « proactifs » dans leur suivi car ils se sentiraient compris et soutenus.

Pour finir il ressort de manière implicite et explicite que le but visé durant toute la prise en charge est la qualité de vie de la personne, à travers son développement personnel et, pour le thérapeute, un travail axé sur les compétences des AICS et non pas sur leurs lacunes.

4.2 CONFRONTATION DES RESULTATS AFIN DE REPONDRE A LA QUESTION

Les résultats à eux seuls ne répondent pas à la question posée. Le moyen choisi en vue d'apporter une partie de réponse est de coupler ces résultats avec une pratique infirmière sélectionnée, le case management.

Comme défini précédemment, la paraphilie révèle deux formes. La première se réfère à des pratiques déviantes de manière épisodique, lors de périodes de stress par exemple ; la deuxième décrit des pratiques présentes en permanence et étant obligatoires pour aboutir à l'acte. Selon Le Petit Robert (2004), « chronique », en parlant de maladie, signifie « qui dure longtemps ». En alliant cette définition avec celle de la paraphilie, il semble évident que les AICS soient touchés par une pathologie chronique qu'il faut prendre en compte lors de leur prise en charge.

Dans ce sens, d'un point de vue infirmier, il paraît peu raisonnable de considérer la fin de l'incarcération comme la fin de la prise en charge, puisque cette pathologie dure dans le temps. Aucun infirmier ne laisserait partir un patient VIH rentrer à domicile sans suivi interprofessionnel. L'AICS fait pourtant partie d'une population de patient qui semble sortir du principe de prise en charge pluridisciplinaire puisque seul certains d'entre eux sont suivis par une équipe ambulatoire, qui, par ailleurs, ne compte aucun infirmier.

Le case management serait une approche intéressante dans l'évolution de la prise en charge infirmière des agresseurs sexuels. Comme expliqué dans le chapitre sur le case management, ce dernier s'adresse à des patients chroniques et/ou ayant des problèmes sociaux. La définition même du patient atteint de paraphilie(s) entre dans cette catégorie puisque elle réunit, comme vu plus haut, le principe de chronicité ainsi que celui de dysfonctionnement social. Cette pratique permet d'accompagner le patient dans le réseau de soin et offre des transitions efficaces et pertinentes entre les différentes institutions et l'extérieur.

Un exemple existant

En 2008, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a organisé un congrès à Paris, durant lequel a été présenté un projet de réinsertion introduit en 2004 au Centre Pénitentiaire de Givenich (CPG) au Luxembourg. Ce projet, nommé Equal-Reset, a été imaginé avec tous les acteurs du système intra- et extra-carcéral et a pour but de favoriser la Réinsertion Economique et Sociale du détenu par l'Education et le Travail (Studer, 2008, p. 8). Ce projet est donc en accord avec les recommandations des règles pénitentiaires européennes et du conseil de l'Europe sur l'insertion qui, selon Studer (2008), vise à « faire de la prison un temps utile et limiter la récidive » (p. 8). Ainsi, dès son arrivée en prison, le détenu rencontre son case manager qui va faire avec lui une évaluation de ses besoins et lui présenter le dispositif qui comprend un accompagnement personnalisé du détenu et six programmes d'action (Emploi et d'Employabilité, Enseignement et Formation, Développement de la Santé, Compétences Sociales, Traitement Psychocriminologique et le programme TOX). L'ensemble des informations sera ensuite centralisé par le case manager qui construira avec le détenu un projet global d'insertion (Studer, 2008, p. 9). Selon Studer (2008) :

Ce dispositif vise à la coproduction et à la participation active du détenu à toutes les étapes du processus. Cette participation se traduit par la signature d'une convention d'engagement dans les programmes. Une fois la convention signée, le détenu va s'engager dans les programmes en fonction de ses besoins. (p. 9).

Le suivi au sein des différents programmes n'est pas linéaire, chaque parcours est différent. Des bilans sont réalisés de manière intermédiaire avec le case manager afin de voir l'évolution du projet d'insertion et les éventuelles difficultés rencontrées afin de réorienter le détenu ou réajuster le projet (Studer, 2008, p. 10). Dans ce sens, l'auteur (Studer, 2008) met en avant le fait « qu'une insertion sociale et durable ne peut avoir lieu qu'avec l'engagement délibéré du détenu dans un processus de développement personnel et professionnel » (p. 10).

Cette prise en charge au Luxembourg est un exemple concret de la mise en place du case management au sein d'une prison et avec une population spécifique. Il met en avant le rôle du case manager dans l'élaboration du projet de soins et la nécessité de suivre la personne aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de la prison.

En vu de ce qui a été présenté, la réponse à la question du développement du rôle infirmier au sein de la prise en charge des AICS serait la mise en place d'infirmiers case manager au sein du SMPP, pour des situations impliquant cette population spécifique. Cela permettrait au détenu:

- 1) De le guider lors de son arrivée en prison ;
- 2) De faire des rencontres régulières afin de réajuster, au besoin, ses objectifs ;
- 3) Une transition adéquate lors de sa sortie ;
- 4) Un suivi ambulatoire afin de continuer et consolider le travail qui a déjà été effectué lors de son exécution de peine ;
- 5) De reconstruire un réseau lui permettant une réinsertion sociale ;
- 6) Une amélioration de sa qualité de vie.

Ainsi, si l'on associe ces objectifs à la confiance et la motivation apportées par le case manager à son patient ; le tout inscrit dans une prise en charge personnalisée avec de nombreux ateliers et groupes de thérapies :

- cela ne serait-il pas bénéfique pour le patient ?
- cela n'engendrerait-il pas une diminution de la récidive ?

Ces interrogations rejoignent la question de recherche de ce travail, concernant l'impact du rôle infirmier sur la récidive des agresseurs sexuels. Il est évidemment impossible de répondre de manière certaine à cette question et d'affirmer que les propositions avancées sont totalement pertinentes, mais on peut légitimement penser, au vu des articles présentés et des différents résultats, que c'est une partie de réponse sensée et se laisser à imaginer que cette prise en charge globale permettrait, au final, la diminution du taux de récidive.

4.3 LIMITES DE CE TRAVAIL

Ce travail ainsi que ces propositions ont des limites qui doivent apparaître afin d'être le plus objectif possible. En voici les exemples :

Les critiques de la méthodologie ont déjà été développées dans le chapitre « Méthodes ».

Cependant, certains articles sur lesquels ce travail s'est basé, se réfèrent à une prise en charge de jeunes détenus ayant commis des actes délictueux à caractère sexuel. La généralisation à une population adulte ne peut être prouvée.

De plus, les études sélectionnées sont basées sur diverses prises en charge de détenus ayant accepté le traitement. Les prisonniers ne s'inscrivant pas dans les programmes de traitement sont hors catégorie et ne sont donc pas pris en compte dans cette revue de littérature.

Un autre point important à relever est l'absence d'études permettant de mettre en lien le case management et les AICS. Il est actuellement encore trop tôt pour prouver que cette forme de prise en charge est réalisable avec cette population.

Le case management demande une relation forte entre l'infirmier et le patient afin de construire un lien de confiance. Or, au sein du SMPP, le suivi des AICS se fait en co-thérapie dans le but de prévenir l'épuisement du thérapeute et d'éviter toutes formes de manipulation. Aucun écrit scientifique n'a été trouvé sur l'impact et les conséquences qu'une telle relation peut engendrer chez le case manager aux niveaux psychique et émotionnel.

Pour finir, aucune étude sélectionnée n'a été menée en Suisse. Les populations, les cultures, les lois, les situations économiques, sociales et politiques ainsi que nombres de facteurs influençant les AICS et leur prise en charge doivent être pris en compte lors de l'analyse de ce dossier.

4.4 IMPLICATION POUR LA PRATIQUE ET LA RECHERCHE

L'implication pour la recherche

Il paraît évident qu'un nombre important de recherches sont à effectuer sur le rôle précis de l'infirmier au sein d'une prise en charge d'AICS et plus précisément dans le canton de Vaud.

Des études faisant le lien entre « case management » et « AICS » permettraient dans un deuxième temps de penser le futur des soins infirmiers en milieu carcéral.

Ces différentes approches serviraient à répondre de façon plus pertinente à la question initiale.

L'implication pour la pratique

Les recherches effectuées permettraient un avancement quant à la prise en charge interprofessionnelle et cette pratique nous amènerait vers une amélioration significative des soins (Wacheux & Asmar, 2007).

La mise en place de ce suivi est problématique sur le plan légal. En effet, un AICS sans obligation de soin n'est pas obligé de suivre un programme de traitement, alors comment

assurer une prise en charge adéquate si les patients ne participent pas ? L'obligation de traitement génère un autre problème, c'est celui de la compliance. On ne peut assurer l'évolution de quelqu'un qui n'est pas motivé à travailler sur lui-même. Toute la question de l'approche thérapeutique de ces personnes, ainsi que la nécessité de leur faire reconnaître leur pathologie, est centrale.

Il paraît important de noter que l'évolution du rôle infirmier à travers le case management, au sein du département psychiatrique du CHUV dont dépend le SMPP, est tout à fait compatible avec les objectifs de la direction (Philippez & Stachel, 2005, p. 5). Mais cet avancement dans la pratique infirmière ne pourra se faire que si le service médical travaille à l'évolution de la profession infirmière dans le milieu carcéral. Cette approche viserait une meilleure prise en charge des patients, une répartition plus équitable de la charge de travail et une plus grande visibilité des différents rôles professionnels dans ces prises en charge.

Cette façon de travailler est déjà présente au sein des unités ambulatoires de Cery : le programme de Traitement et Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques (TIPP) ou encore le Case Management de Transition (CMT) en témoignent. Alors pourquoi ne pas étendre cette pratique au SMPP, avec une population comme les AICS qui en aurait besoin ?

5 CONCLUSION

Ce travail ne permet que partiellement de répondre à la question de départ. Cependant le domaine du milieu carcéral reste peu exploré en regard de la profession infirmière ; les possibilités d'évolution ne peuvent que se développer dans les années à venir.

Les propositions avancées sont des pistes de réflexions qui ne demandent qu'à être explorées. Seule la recherche infirmière permettra d'éclaircir les zones d'ombre. Heureusement le temps est propice à cela. La profession infirmière étant, désormais, considérée comme une science, évolue constamment. La recherche en Sciences Infirmières a déjà permis le développement de notre rôle professionnel dans de nombreux domaines. Elle devrait dorénavant être bénéfique au milieu carcéral et aux équipes infirmières qui évoluent dans cet environnement difficile afin d'élargir les prestations et permettre une meilleure prise en charge des patients incarcérés.

LISTE DE REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychiatric Association. (1996). DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4ème éd.). Paris : Masson
- Berger, M. (2005). Réflexion sur les difficultés de prise en charge des abuseurs sexuels. *Psychiatrie et violence, CIFAS 2005*, 213-227. Accès http://www.psychiatrieviolence.ca/PDF_livreCifas/13-MaltraitanceSexuelleEchecPP_213-227.pdf
- Canton de Vaud. (2012). Etablissements pénitentiaires. Accès <http://www.vd.ch/themes/securite/penitentiaire/etablissements-penitentiaires/>
- Carbo, B. & VanBuren, P. (2006). SOAR Program Presentation. *Conference of North Carolina Superior Court Judges* (pp. 1-4). Accès <http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=soar%20program%20sex%20description%24&source=web&cd=4&ved=0CGIQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.sog.unc.edu%2Fsites%2Fwww.sog.unc.edu%2Ffiles%2F200606CarboStat.doc&ei=uFXYT8DbCIHl4QSi7-GMAw&usg=AFQjCNFAeUkOpsEzgPwoENSTL-Bj9E2IIQ>
- Delacrausaz, P. (2006). Initiative sur l'internement à vie en Suisse. *Psychiatrie et violence*, 6(1). Accès <http://www.psychiatrieviolence.ca/articles/Delacrausaz.html>
- Dembri, N. A., Lusignan R. & Marleau, J. D. (2004). Violence ou troubles sexuels. Aspects pervers comparés chez de jeunes patients. *Psychiatrie et violence*, 4(2), 23-30. Accès <http://www.psychiatrieviolence.ca/articles/Dembri1.pdf>
- Drapeau, M., Korner, A.-C., Granger, L. & Brunet, L. (2005). What Sex Abusers Say About Their Treatment : Results From a Qualitative Study on Pedophiles in Treatment at a Canadian Penitentiary Clinic. *Journal of Child Sexual Abuse, Volume 14(1)*, 91-115.
- Grady, M.-D. & Brodersen, M. (2008). In Their Voices: Perspectives of Incarcerated Sex Offenders on Their Treatment Experiences. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 15:4, 320-345. doi: 10.1080/10720160802516310
- Gravier, B. (1997). Ethique de l'obligation de soin (La question particulière des délinquants sexuels). *Psychiatrie et violence*, 1(6). Accès <http://www.psychiatrieviolence.ca/articles/BrunoGravier.htm>

- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F & Major, F. (2003). *La pensée infirmière* (2^e éd.). Québec : Beauchemin.
- Lawson, L. (2003). Becoming a success story: how boys who have molested children talk about treatment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 259-268. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00554.x
- Lefrançois, J. (2010). *Le Modèle des vies saines appliqué dans le traitement de délinquants sexuels suivis dans la communauté* (Rapport de stage, Faculté des Arts et des Sciences, Université de Montréal, Canada). Accès https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/3522/1/Lefrancois_%20Julie%2c_2010%2c_Rapport%20de%20stage.pdf
- Le Nouveau Petit Robert*. (2008). Paris : Dictionnaires le Robert
- Le Petit Robert* (2004), Paris : Dictionnaires le Robert
- Loi cantonale vaudoise du 29 mai 1985 sur la santé publique* (= LSP/VD ; RSV 800.01)
- Martin, G.-M. & Tardif, M. (2005). Étude de l'estime de soi et de l'attribution du contrôle auprès de pédophiles qui nient ou admettent leur délit. *Psychiatrie et violence, CIFAS 2005*, 133-150. Accès http://www.psychiatrieviolence.ca//PDF_livreCifas/09-EstimeDeSoiPP_133-150.pdf
- McKibben, A. (2000). La mesure des progrès en traitement des agresseurs sexuels. *Psychiatrie et violence*, 1(2). Accès <http://www.psychiatrieviolence.ca/articles/princ1.htm#mckibben>
- Menghini, M., Ducro, C. & Pham, Th. H. (2005). Evaluation de la récidive auprès d'agresseurs sexuels issus d'un hôpital sécuritaire en Belgique francophone. *Psychiatrie et violence*, 5(1), 39-48. Accès <http://www.psychiatrieviolence.ca/articles/menghini.pdf>
- Nicole, A., McKibben, A. & Guay, J.-P. (2005). Des stratégies de gestion des affects et des fantasmes sexuelles déviantes pour prévenir la récidive. *Psychiatrie et violence, CIFAS 2005*, 195-211. Accès http://www.psychiatrieviolence.ca/PDF_livreCifas/12-Strat%C3%A9gie%20gestion%20des%20affectsPP195-212.pdf
- Office Fédéral de la Statistique. (2009). *Analyses de la récidive : Terminologie et définitions*. Accès

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/19/04/03/01/05/01.Document.104111.pdf>

Office Fédéral de la Statistique. (S.d.). *Taux de récidive de Suisses jugés/libérés en 2005*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/19/04/03/01/02/01.html>

Philippoz, R. & Stachel, R. (2005). Les interventions infirmières et socioéducatives dans le DUPA : les raisons de développer une offre de case management clinique (ou suivi systématique du patient). *L'Ecrit*, 55, 4-9

Raymond, M. (2000). L'entraînement aux habiletés sociales auprès des délinquants sexuels. *Psychiatrie et violence*, 1(2). Accès <http://www.psychiatrieviolence.ca/articles/princ1.htm#mckibben>

Studer, L. (2008). L'éducation pour la santé : une activité intégrée aux programmes du projet Equal-Reset Luxembourg. In Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, *Journées de la prévention 2008* (pp. 7-10). Accès <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2008/integral/Session8.pdf>

Wacheux, F. & Asmar, M. (2007). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire*. Accès http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/17/03/57/PDF/article_3fevfinal.pdf

LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

- Adam, C. (2010). De la déviance du fantasme au fantasme déviant : quand la pensée se meurt dans le fantasme de classification. *Psychiatrie et violence*, 10(1). Accès <http://www.erudit.org/revue/pv/2010/v10/n1/1005714ar.html>
- Base de données et échange de travaux d'étudiants dans le domaine infirmier et des soins de santé orientés vers les toxicomanies, la psychologie, la psychiatrie, la psychopathologie, et la parapsychologie, etc. (1999). *Prise en charge des Abuseurs Sexuels*. Accès <http://home.scarlet.be/frederic.staes3/psyabuseursex.htm>
- Beech, A., Bourgon, G. Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Langton, C., Marques, J., Miner, M., Murphy, W., Quinsey, V., Seto, M., Thornton, D. & Yates, P. M. (2007). *Recherche sur l'efficacité des programmes de traitement pour délinquants sexuels : Lignes directrices du CCDCR aux fins d'évaluation. Partie 1 : Introduction et aperçu 2007-02*. Accès http://www.securitepublique.gc.ca/res/cor/rep/_fl/CODC_07_f.pdf
- Bonta, J. & Andrews, D. A. (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité 2007-06*. Sécurité publique Canada. Accès http://www.securitepublique.gc.ca/res/cor/rep/risk_need_200706-fra.aspx
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (S.d.). *Département de psychiatrie*. Accès <http://www.chuv.ch/psychiatrie>
- Colton, M., Roberts, S. & Vanstone, M. (2009). Child Sexual Abusers' Views on Treatment: A Study of Convicted and Imprisoned Adult Male Offenders. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18:3, 320-338. doi: 10.1080/10538710902918170
- Connor, D.-P., Copes, H. & Tewksbury, R. (2011). Incarcerated Sex Offenders' Perceptions of Prison Sex Offender Treatment Programs. *Justice Policy Journal*, Volume 8(2). Accès http://www.cjcj.org/files/Incarcerated_Sex.pdf
- Greenall P.-V. & Jellicoe-Jones, L. (2007). Themes and risk of sexual violence among the mentally ill : implications for understanding and treatment. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(3), 323-337. doi: 10.1080/14681990701391269
- Keeling, J., Rose, J. & Beech, A. (2007). Comparing sexual offender treatment efficacy : Mainstream sexual offenders and sexual offenders with special needs. *Journal of*

Intellectual & Developmental Disability, 32(2), 117-124. doi: 10.1080/13668250701402767

Leclerc, B. & Proulx, J. (2005). Les agresseurs sexuels qui travaillent avec des personnes d'âge mineur : gagner la confiance et la coopération de la victime lors de la réalisation du délit. *Psychiatrie et violence*, 5(2), 35-38. Accès <http://www.psychiatrieviolence.ca/articles/leclerc.pdf>

Lefrançois, J. (2010). *Le Modèle des vies saines appliqué dans le traitement de délinquants sexuels suivis dans la communauté*. Université de Montréal. Accès https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/3522/1/Lefrancois_%20Julie,_2010,_Rapport%20de%20stage.pdf

Le Goff, V. & Gravier, B. (1999). Les délinquants sexuels en détention préventive : aspects thérapeutiques. *Revue Médicale Suisse*, 752. Accès <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=19719>

Mann, R. (2009). Sex offender treatment : the case for manualization. *Journal of Sexual Agression*, 15(2), 121-131. doi: 10.1080/13552600902907288

Martin, G.-M. & Tardif, M. (2005). Étude de l'estime de soi et de l'attribution du contrôle auprès de pédophiles qui nient ou admettent leur délit. *Psychiatrie et violence, CIFAS 2005*, 133-150. Accès http://www.psychiatrieviolence.ca//PDF_livreCifas/09-EstimeDeSoiPP_133-150.pdf

Mezzo, B. & Gravier, B. (2001). La récidive des délinquants sexuels : une réalité difficile à cerner. *Revue Médicale Suisse*, 661. Accès <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=21274>

Rieder, J.-P., Gravier, B., Bertrand, D., Pasche, C., Bodenmann, P. & Wolff, H. (2010). Santé en milieu pénitentiaire : vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé. *Revue Médicale Suisse*, 257. Accès <http://rms.medhyg.ch/numero-257-page-1462.htm>

Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (S.d.). Accès <http://www.chuv.ch/psy/smpp>

Siebert, R., Ward, T., Levack, W. & Mcpherson, K. (2007). A good lives model of clinical and community rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 29(20-21), 1604-1615. doi : 10.1080/09638280701618794

Trowbridge, B. (S.d.). *Does sex offender treatment work ?*. Accès https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:SN4o8jL0fjEJ:www.portal.state.pa.us/portal/server.pt/document/1037979/doc40_trowbridge_2005_pdf+does+sex+offender+treatment+work&hl=fr&gl=ch&pid=bl&srcid=ADGEESjSQE-nIEVfLdW7GT0zc5BN9NsR3Wu8FZm_IvQNiiNvapE3rEPECp0mHRZsn0rkeYxRHEeZ-3LZ1UZZfF5k5dM7lkeLpPafe7j4nTQvT20jUm7SR0zxgp8EtY1rhnnYqkV64HXw&sig=AHIEtbSgjmupTdgwXSmI5pz3Ef6ifpz7GA

Zimring, F. (1994). Carl Rogers (1902-1987). *Perspectives : revue trimestrielle d'éducation comparée* 14(3/4), 429-442. Accès http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/ThinkersPdf/rogersf.pdf

ANNEXES

Annexe I Programme de prise en charge des AICS de l'étude de Lawson

Annexe II Le modèle de prévention de la récidive

Annexe III Le cycle de l'agression sexuelle ou chaîne délictuelle

Annexe IV Le programme SOAR

ANNEXE I

Programme de prise en charge des AICS de l'étude de Lawson (2003, traduction libre) :

Le traitement décrit par Lawson (2003) est appelé le modèle de traitement des multiples systèmes, il est une approche compréhensive qui se centre sur quatre vulnérabilités de la personne (p, 260) :

- La situation sociale/environnement,
- La structure familiale
- Personnalité/facteurs génétiques
- Les origines familiales

Cette approche a 3 étapes :

- 1) Créer un contexte de changement
- 2) Comportements difficiles/expansion des alternatives
- 3) Consolidation

Les jeunes aillant complétés le traitement de façon satisfaisante et suivant l'étude on atteint 9 buts (p. 261):

- Admettre le comportement d'abus et accepter les responsabilités qui en découlent
- Comprendre les comportements sexuels appropriés
- Procéder des connaissances sexuelles précises
- Décrire les conséquences d'autres actes sexuels illégaux
- Développer et exprimer de l'empathie pour leurs victimes
- Comprendre le principe de prévention de la rechute
- Mettre en œuvre un plan de sécurité
- Démontrer des compétences sociales appropriées par rapport à leur âge
- Réduire les comportements sexuels déviants

Les éléments théoriques sur lesquels le programme se base sont la prévention de la rechute, la compliance et la prise de décision. Mais aussi l'importance de la communication, l'importance de l'écoute, la pertinence d'exécuter les conseils des autres, le soutien familial fondé sur la miséricorde de cette dernière et enfin le soutien de la communauté lors de leur réinsertion.

ANNEXE II

Le modèle de prévention de la récidive (Nicole & al., 2005) :

Il s'agit d'un programme de traitement d'intensité élevée offert aux détenus fédéraux (sentence d'incarcération de plus de deux ans). Il peut être défini comme un milieu de thérapie où l'on trouve une articulation serrée de modalités thérapeutiques spécifiques et un environnement permettant l'observation systémique des stratégies adaptatives inefficaces ainsi que l'application des habilités acquises par les patients. L'admission se fait sur une base volontaire, et la durée du programme est d'une année. Les principales modalités thérapeutiques sont des ateliers :

- 1) Prévention de la récidive
- 2) Entraînement aux habilités sociales
- 3) Éducation sexuelle
- 4) Modification des préférences sexuelles
- 5) Gestion de la colère
- 6) Gestion du stress
- 7) Hormonothérapie (p. 199)

Ce modèle connaît une grande popularité dans le traitement des AICS et cela malgré son manque de preuve concernant son efficacité au niveau empirique. En effet, la prévention de la récidive, d'après Law et al. (2000), « permet de structurer les programmes thérapeutiques et [...] est réconfortante en raison de son optimisme quant à la réduction de la récidive à long terme » (Lefrançois, 2010, p. 16). De plus, Lefrançois (2010) explique que ce modèle rassure car il permet également au délinquant de « demeurer actif et vigilant relativement aux situations à risque, et ce, même après la fin du traitement » (p. 16).

ANNEXE III

Sauf indication contraire, cette annexe se réfère à *Le modèle des vies saines appliqué dans le traitement de délinquants sexuels suivis dans la communauté* (Lefrançois, 2010, pp. 14-16).

Selon Pithers (1990), le modèle de la prévention de la récidive « se concentre sur les facteurs proximaux du passage à l'acte, lesquels sont décrits à l'intérieur d'une chaîne séquentielle affective-cognitive-comportementale (chaîne délictuelle) qui aboutit à des comportements sexuels agressifs récurrents » (p. 14).

La chaîne délictuelle, ou cycle délictuel, se divise en 6 étapes successives. Au fur et à mesure que l'agresseur progresse dans ces dernières, il se rapproche du délit (p. 15).

La première étape du cycle est « la présence d'une situation à risque élevé [...] définie comme une situation qui menace la capacité de l'agresseur à maîtriser ses comportements sexuels déviants » (p. 15). Il peut s'agir d'une émotion négative, d'un conflit ou d'une pression. La perception de l'individu en regard de la situation déterminera l'importance de cette dernière.

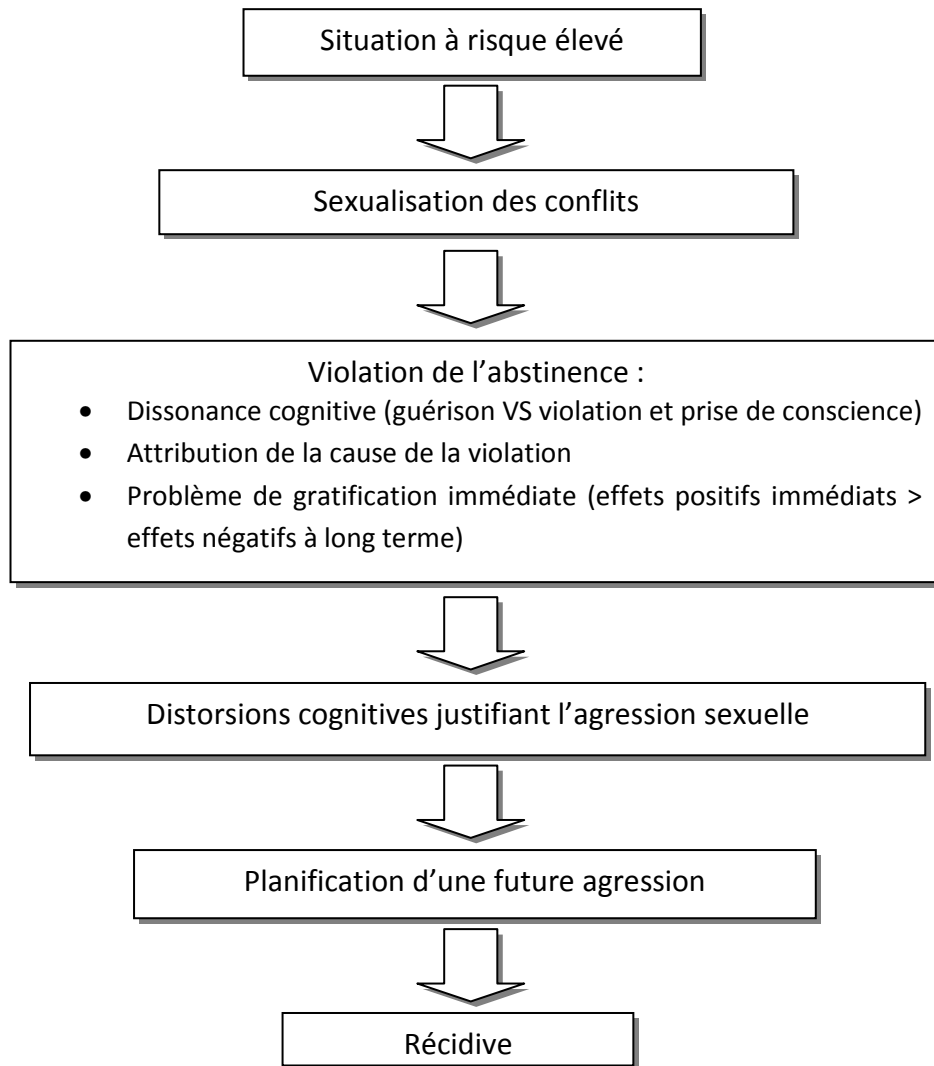
La deuxième étape se définit par l'apparition ou l'intensification de fantasmes sexuelles déviantes, favorisées par la situation à risque ; stratégies souvent utilisées afin de gérer les émotions négatives. Il s'agit de la « sexualisation des conflits » (p. 15).

La troisième composante de la séquence est un effet de violation de l'abstinence. Trois réactions composent cette violation : « une dissonance cognitive entre la perception de l'agresseur comme étant guéri et la prise de conscience de la violation, son attribution de la cause de la violation de la règle d'abstinence et un problème de gratification immédiate (PGI) » (p. 16). En effet, l'agresseur prête attention et sélectionne les effets positifs immédiats de l'acte déviant plutôt que ses conséquences négatives à long terme.

La présence de distorsions cognitives chez l'agresseur justifiant l'acte délictueux constitue la quatrième phase.

L'avant-dernière étape est décrite comme la planification d'une future agression, « souvent accompagnée de gestes masturbatoires » (p. 16) et l'ultime étape représente le passage à l'acte, c'est-à-dire la récidive elle-même (p. 16).

SCHÉMA DU CYCLE DÉLICTEUEL



ANNEXE IV

Le programme Responsabilisation et Réhabilitation des Délinquants Sexuels (SOAR) est un programme de traitement spécifique établi par le Département Correctionnel de Caroline du Nord. Basé sur une approche cognitivo-comportementale, il consiste à apprendre au délinquant son comportement sexuel déviant et lui faire prendre conscience que le traitement des délinquants sexuels nécessite un apprentissage des comportements sexuels et sociaux appropriés et responsables en vue de les substituer aux comportements inadéquats menant à l'infraction. Grâce à des modules de psychoéducation, des techniques comportementales et l'apprentissage de l'empathie, les participants apprennent que le comportement sexuel déviant peut être maîtrisé et géré (Carbo & VanBuren, 2006, traduction libre, p. 2).

La sélection des participants est basée sur 8 critères bien définis :

1. Ils doivent avoir une condamnation pénale
2. Ils doivent être âgés de 21 ans ou plus
3. Ils doivent être incarcérés dans un établissement de sécurité minimale ou moyenne
4. Ils doivent être volontaires pour participer au programme
5. Ils doivent admettre avoir commis une agression sexuelle
6. Ils ne doivent pas avoir de maladie mentale sévère
7. Ils doivent avoir un niveau de lecture de sixième année
8. Ils doivent indiquer leur volonté de participer à des groupes hautement confrontants dans le cadre du traitement (Carbo & VanBuren, 2006, traduction libre, p. 2).

La durée du programme est de 20 semaines : 5 jours par semaine, 6 heures par jour.

Les participants du SOAR résident tous ensemble dans une unité séparée du reste de la prison. Ils sont souvent accompagnés par des «pairs-conseillers», détenus ayant déjà accompli le programme, parfois déjà libérés, qui sont engagés par la prison pour motiver et soutenir les nouveaux participants, surtout lors de sessions de groupe (Grady & Brodersen, 2008, traduction libre, pp. 326-327).

Le programme, mené par des psychologues, est constitué de thérapies de groupe intensives combinant différents modules de thérapie cognitivo-comportementale et de stratégies de prévention de la récidive. Le module « Voix des victimes » contient, entre autres, le « jeu de rôle de l'empathie » qui consiste à prendre la place de sa victime et à reconstituer le crime

dans ses détails devant le reste du groupe, ou encore le « Face-à-Face », dans lequel le délinquant se place au centre du groupe sur une chaise face aux autres membres qui le questionnent tel que pourrait le faire une victime (Grady & Brodersen, 2008, traduction libre, pp. 330-331). Carbo et VanBuren (2006) détaillent le nom des différents modules et le nombre d'heures présentes dans le programme :

Gestion de la colère	12	Prévention de la récidive	42
Affirmation de soi	30	Relations & Communication	15
Techniques comportementales	15	Addicts Sexuels Anonymes (S.A.A.)	15
Histoires du crime	21	Connaissances sexuelles	15
Rôles familiaux	18	Gestion du stress	12.5
Iron John	10	Consolidation d'équipe	15
Agencements	15	Erreurs de jugement	12
Compétences de vie	13.5	Voix des victimes (empathie)	54
Orientation	6		

(Traduction libre, p. 3)

L'approche cognitivo-comportementale théorique associée à l'apprentissage expérientiel (jeux de rôle) font du SOAR un programme de traitement thérapeutique intensif. Les groupes thérapeutiques enseignent la conscience de soi, l'empathie, la prise de décision, les compétences sociales, et donnent la possibilité aux participants d'exercer les compétences acquises. Au vu des apprentissages réalisés, chaque individu va créer un plan de prévention de la récidive personnalisé qui le guidera dans la manière d'utiliser ces aptitudes une fois dans la vie réelle (Carbo & VanBuren, 2006, traduction libre, pp. 2-3).