

La thérapie constructiviste auprès d'une clientèle d'homme, ayant commis de l'abus sexuel envers des enfants : une étude mixte sur l'application du modèle au Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (Ciasf)

Sabrina Lacasse

Thèse soumise à l'Université Saint Paul
dans le cadre des exigences du programme
de maîtrises ès arts en counselling et spiritualité

École de counselling de psychothérapie et de spiritualité
Sciences humaines
Université Saint Paul

© Sabrina Lacasse, Ottawa, Canada, 2020

Remerciements

J'aimerais exprimer mes plus sincères remerciements au professeur Buuma Maisha qui, dès le début, a accepté de me prendre sous sa supervision pour le déploiement de ce projet. Je voudrais également remercier les professeures Cynthia Bilodeau ainsi que Laura Armstrong d'avoir fait partie de cette réalisation en étant membres de mon comité de thèse.

Je remercie le personnel du Ciasf pour m'avoir donné l'occasion de mener cette étude au sujet de leur service de thérapie constructiviste. Je suis également infiniment reconnaissante aux clients et aux thérapeutes ayant partagé leurs expériences thérapeutiques sur lesquelles repose ce travail.

Merci aux membres de ma famille, à mon conjoint, et à mes amis m'ayant soutenue à travers chaque étape de ce processus. Sans, cet amour, je n'y serais pas parvenue. Merci.

Table des Matières

Résumé.....	v
Introduction.....	vii
Chapitre I : Revue de la documentation et méthodologie.....	1
I. 1. La revue de la documentation.....	1
I. 1.1. L'abus sexuel selon le cadre juridique	1
I. 1.2. L'impact de la stigmatisation	6
I. 1.3. La pratique thérapeutique actuelle.....	9
I. 1.4. Les outils d'évaluation concernant l'efficacité des traitements thérapeutique.....	17
I. 1.5. Le constructivisme.....	19
I. 1.6 L'approche humaniste	21
I. 1.7. Contexte des services offerts par le Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille	22
I. 2. Méthodologie.....	24
Partie 1 : Importance et procédure de la recherche.....	25
Partie 2 : Méthodologie quantitative.....	34
Partie 3 : Méthodologie qualitative :.....	38
Chapitre II : Présentation des analyses et discussions des résultats.....	43
Partie 1 : Résultats quantitatifs	43
II. 1.1. La totalité des pointages des facteurs dynamiques chez les participants (clients actifs) : entrevue 1 vs 2 :.....	43
II. 1.2. Les facteurs dynamiques ayant le mieux répondu au traitement durant les 15 semaines d'observation :.....	48
Partie 2 : Résultats qualitatifs	53
II. 2.1. Brève description de l'expérience de chacun des participants.....	53
II. 2.2. Résultats thématiques de l'analyse interprétative phénoménologique.....	59
II. 2.3. Un modèle proposé soutenu par l'intégration des thèmes émergents	60
Partie 3 – Le modèle des 5 Thèmes	61
Thème supérieur de Connexion :.....	61
Thème supérieur : Acceptation	75
Thème supérieur : Évolution.....	86
Thème d'Intersection : Appartenance.....	99
Thème d'Intersection : Reconnaissance.....	109
Discussion et apport du présent travail dans le domaine de la thérapie.....	119

Discussion.....	119
ANNEXE I : Explication de l’outil « VRS-SOV » :	- 1 -
ANNEXE II : Questions d’entrevue qualitative pour les clients ayant terminé leur thérapie	- 2 -
ANNEXE III : Questions d’entrevue qualitative pour les thérapeutes	- 3 -
ANNEXE IV : Tableau des thèmes et des catégories.....	- 4 -
ANNEXE V : Lettre d’autorisation de cueillette de données auprès de la clientèle au Ciasf	- 5 -
ANNEXE VI : Certificat d’éthique.....	- 6 -
ANNEXE VII : Lettre d’invitation à la participation (français).....	- 7 -
ANNEXE VIII : Lettre d’invitation à la participation (anglais).....	- 8 -
ANNEXE IX : Formulaire de consentement (français).....	- 9 -
ANNEXE X : Formulaire de consentement (anglais).....	- 11 -
Liste des Références	- 1 -

Figures

Figure 1. Résultats des entrevues de Evan.....	44
Figure 2. Résultats des entrevues de Nathan	45
Figure 3. Résultats des entrevues de Johan.....	45
Figure 4. Résultats des entrevues de Maxime.....	46
Figure 5. Résultats des entrevues de Matthew.....	46
Figure 6. Progression des participants selon l’entrevue 1 vs 2.....	47
Figure 7. Nombre de client ayant progressé selon chaque facteur dynamique.....	48
Figure 8. Thèmes et Catégories	60
Figure 9. Modèle thérapeutique selon les 5 thèmes.....	61

Tableaux

Tableau 1. Profil des participants partie (quantitative).....	30
Tableau 2. Profil des participants (clients) partie (qualitative).....	31
Tableau 3. Profil des partie (thérapeutes) (qualitative).....	31

Résumé

Cette recherche focalise sur le traitement thérapeutique offert au Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (Ciasf). Cette thérapie utilise une approche constructiviste intégrative qui s'élabore auprès d'une clientèle ayant commis un acte d'abus sexuel envers une personne mineure. Au Canada, l'approche qui est considérée comme étant la plus appropriée pour traiter cette population est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), accompagnée de la prévention de rechute (PR) (Marshall & Hollin, 2015). Selon Hayes et al (2009), plusieurs recherches complétées auprès de 20 000 individus ayant commis cet acte ont démontré que malgré l'incarcération accompagnée d'un traitement thérapeutique interne, les risques de récidives ne diminuent pas pour autant. Devant ces résultats, il s'avérait pertinent de pouvoir examiner ce qui ressort de la pratique thérapeutique utilisée au Ciasf sous le prétexte que c'est une approche intégrative hors-norme en Amérique du Nord. Notre intérêt derrière le développement de cette étude était de mieux comprendre les éléments pouvant être bénéfiques à travers un processus thérapeutique qui cible le rétablissement de cette population disposant comme objectif l'espérance de diminuer les risques de récidives.

Cette recherche s'est centralisée auprès de 10 clients ayant été actifs au processus thérapeutique constructiviste au Ciasf. Ils étaient tous des hommes âgés entre 22 et 66 ans. Ils ont été reconnus coupables d'avoir commis un acte d'abus sexuel envers une personne mineure. De plus, deux cliniciens ont participé à l'étude ; l'un à titre de psychothérapeute âgé de 54 ans et l'autre une psychologue de 59 ans, les deux travaillant directement avec les clients mentionnés. Une méthodologie mixte combinant une analyse descriptive des résultats quantitatifs et une analyse qualitative interprétative phénoménologique ont été élaborées dans le but de répondre à

deux questions. Premièrement, nous avons voulu explorer les changements pouvant être observés chez les participants durant 15 semaines actives en thérapie. Cette première méthode s'est concentrée sur l'évaluation de sept parmi les 17 facteurs dynamiques proposés par le « Violence Risk Scale-Sexual Offender Version » (VRS-SOV) : l'acte sexuel compulsif, la personnalité criminelle, les distorsions cognitives, l'agression interpersonnelle, l'impulsivité, le contrôle émotionnel et le déficit d'intimité. Deuxièmement, nous avons voulu explorer l'apport du processus thérapeutique constructiviste selon l'expérience des clients et celui des thérapeutes. Cette étude s'est étalée sur une période de 11 mois débutant par une période d'observation en février 2019, jusqu'au début des entrevues en juin 2019, pour s'achever en décembre 2019. Ce travail permet de faire la lumière sur des aspects importants tels que l'alliance thérapeutique, la présence d'un groupe, les interventions appropriées ainsi que le climat thérapeutique qui favoriseraient le rétablissement de cette population.

Introduction

L'agression sexuelle est reconnue par le Centre canadien de la statistique juridique (2008) comme étant la terminologie destinée à décrire toutes activités sexuelles non désirées allant des attouchements sexuels à la violence sexuelle. Elle est attribuée à une infraction législative d'un passage à l'acte qui est représentée sous la loi fédérale du Canada. En 2007, des résultats d'une enquête intitulée : « Les agressions sexuelles au Canada », ont démontré que 58% des victimes d'agressions sexuelles en Amérique du Nord étaient représentées par des personnes mineures dont l'âge était de 18 ans et moins (Brennan, Taylor-Butts, & Centre canadien de la statistique juridique, 2008). Selon cette recherche, il semblerait que 97% des accusés soient représentés par le sexe masculin dont la moyenne d'âge serait selon l'écart de 18 à 34 ans. De plus, ces résultats indiquent que 55% des auteurs de ces gestes connaissaient bien leur victime, pouvant avoir été ; une personne proche ou un membre de la famille. En 2017, deux publications : « Les agressions sexuelles déclarées par la police au Canada, 2009 à 2014 » et « Les agressions sexuelles auto-déclarées au Canada, 2014 », ont conclu que ces statistiques sont pratiquement demeurées inchangées. Selon ces recherches, l'Ontario et le Québec font partie des quatre provinces ayant obtenu le taux de déclarations d'infractions sexuelles inférieur parmi les 10 provinces du Canada (Conroy & Cotter, 2017). Par contre, c'est en 2000 que la province de l'Ontario a décidé de mettre en place la loi Christopher (Christopher's Law (Sex Offender Registry), 2000). Pour ce qui est du Québec, c'est en 2011 que la loi sur l'enregistrement de renseignement sur les délinquants sexuels (LERDS) a été mise en vigueur (Institut national de santé publique Québec, 2019). Ces lois ont comme but de diminuer le risque de récidive afin d'éliminer de nouvelle victimisation. Elles ciblent la prise en charge des personnes ayant été reconnues coupables d'infraction sexuelle envers une victime

mineure en mettant l'accent sur l'utilisation du Registre des délinquants sexuels. Selon certains auteurs, cette pratique législative apporte un obstacle à l'objectif visé. McCartan, Kemshall et Tabachnick (2015), présentent cette problématique comme étant la considération que cette population soit un groupe homogène d'individus, nécessitant une peine punitive plutôt qu'une thérapie pouvant mieux cibler le rétablissement de la personne. Corabian et Hogan (2015) maintiennent ce même courant de pensée, en affirmant que ces individus, une fois leur sentence complétée, reviennent vivre dans la communauté. Schmucker et Lösel (2008), soutiennent que ces pratiques pénales apportent de nombreuses discussions face à l'efficacité des traitements thérapeutiques pour les gens ayant été reconnus coupables d'infractions sexuelles. Ils confirment que la plupart de ces transgressions ne sont pas considérées justifiables pour des peines à perpétuité, d'où l'indispensabilité de tenter de diminuer les risques de récidives en étudiant la pratique thérapeutique appropriée pour cette clientèle.

Marshall et Hollin (2015) présentent leurs préoccupations concernant les traitements thérapeutiques pour ces gens dans leur publication. Selon eux, c'est depuis les années 1950 que le département de la psychologie et de la psychiatrie de l'Université de Londres développe diverses thérapies pour traiter une panoplie de troubles comportementaux sexuels. À leur avis, c'est à travers les années que ces pratiques ont éventuellement fait leurs apparitions en Amérique du Nord. L'une des plus grandes méta-analyses ayant combiné les résultats d'une série d'études indépendantes concernant l'efficacité thérapeutique envers cette population a été complétée par Schmucker et Lösel (2008). Cette publication résulte d'une méta-analyse de 69 recherches ayant ciblé l'étude des traitements thérapeutiques concernant la diminution des risques de récidives chez cette clientèle. Les auteurs ont comparé les taux de récidive de 9512 personnes ayant suivi une

thérapie cognitivo-comportemental (TCC) à 12 669 individus n'ayant reçu aucun traitement. Selon leurs résultats, la TCC donnerait des effets positifs face à la diminution des risques de récidives. Devant cette conclusion présentée par ces recherches, ce courant théorique s'est développé rapidement à travers les institutions et les centres de traitement au Canada.

Pour sa part, de Becker (2012), confirme que le cadre théorique qui domine actuellement au Canada pour traiter cette population, est la TCC. Cependant, il mentionne qu'au travers ses observations centrées sur le rétablissement de cette clientèle, le traitement ne peut être fondé sous un seul courant, car la compréhension du comportement posé, sera inaccessible par les cliniciens. Selon lui,

La problématique humaine ne pourra jamais être réduite à une explication unique. Aucun courant théorique ne devrait avoir la prétention de proposer un modèle universel de l'agression sexuelle d'enfants en estimant celle-ci comme la résultante d'une cause définie au risque d'évacuer les autres composantes du sujet. [...] Les différentes écoles retiennent des modèles explicatifs et thérapeutiques aux plans de préoccupations bien distincts ; les apports provenant ainsi de paradigmes divers éclairent la problématique et s'enrichissent les uns les autres. (p.387)

Marshall et Hollin (2015) soulignent que l'utilisation de la TCC en coalition avec la prévention de rechute (PR) est excessive et démesurée dans le cadre du rétablissement de cette population. En correspondant avec ces auteurs, Harper, Hogue, et Bartels (2017) répliquent que ces modalités exhibent une influence négative dans la perception des thérapeutes envers leurs clients ce qui véhicule des difficultés dans le développement d'une alliance thérapeutique. Hayes

et al (2009) soulignent d'autres faiblesses causant des obstacles au rétablissement, étant donné que ces modalités sont limitées dans leurs habiletés de répondre aux besoins individuels des clients en se limitant simplement à poursuivre des modules préétablis. Face à cette pratique, McCartan, Kemshall, et Tabachnick, (2015) présentent cette population comme étant un groupe constitué d'individus diversifiés en termes d'âge, de race, de religion, de raisons d'abus et de types d'abus. Ces gens n'ont aucun comportement « d'infraction » typique. Ils n'abusent pas tous de la même manière avec la même fréquence, le même niveau d'intensité, ni avec le même groupe d'âge ou le même sexe. Or, cette complexité de l'absence d'étymologie fait en sorte que le traitement concernant cette population est complexe et doit être hétérogène et multiforme et non construit sur des prototypes déjà préconçus.

Ainsi, ce sujet concernant la pratique thérapeutique visant la diminution des risques de récidives chez cette population reste un débat controversé qui persiste dans la documentation scientifique depuis plusieurs années (Hanson et al, 2009). Le Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (Ciasf), situé dans la province de Québec, a attiré notre attention, car c'est un centre qui offre une thérapie qui est actuellement hors-norme en Amérique du Nord. Ainsi, avant de débiter cette recherche, la chercheuse a voulu faire la lumière sur l'expérience thérapeutique que vivent les clients et les thérapeutes selon cette thérapie. Pour mieux conceptualiser cette expérience, une étude utilisant une méthodologie mixte a été développée. La première méthode, concernant l'exploration quantitative, s'est penchée sur l'observation auprès des changements chez 5 participants (clients actifs) dans la thérapie. Cohen et al (2000), considèrent qu'un échantillon comprenant entre 30 et 500 participants ayant un niveau de confiance de 5% est généralement suffisant pour compléter une recherche quantitative fiable. Cependant, la taille doit

pouvoir bien refléter le sujet à l'étude et la population (Morse, 1991, 2000). Ainsi, l'étudiante chercheuse est consciente que le nombre de 5 participants pour le volet quantitatif de ce travail est trop petit pour émettre une conclusion valable. Cependant, face à la réalité du programme offert au Ciasf et le délai assez court prévu pour les études à la maîtrise, nous avons procédé à une analyse descriptive visuelle des données recueillies auprès de nos cinq participants dans l'espoir d'ouvrir une voie à des recherches éventuelles plus exhaustives. Les résultats quantitatifs doivent être interprétés avec prudence en soulignant qu'aucune analyse statistique n'a pu être complétée. Cependant, les observations démontrent une progression positive chez 80% de ces participants sur les sept facteurs à risque étudiés. Pour ce qui est de l'étude qualitative, la chercheuse a étudié le vécu de 7 participants, 5 d'entre eux étant clients ayant terminé leur cheminement thérapeutique et deux étant les thérapeutes des groupes thérapeutiques constructivistes. Les résultats qualitatifs obtenus adhèrent à notre analyse quantitative en dévoilant cette fois-ci une représentation plus concrète les changements réalisés à travers la thérapie constructiviste au Ciasf. Trois thèmes supérieurs (Connexion, Acceptation et Évolution) et deux sous-thèmes (Acceptation et Reconnaissance) ont émergé de l'analyse des données. Selon les résultats de cette recherche, la thérapie constructiviste offerte au Ciasf, semble permettre aux clients de vivre un processus positif qui pourrait mener à une réduction importante au niveau du risque de récurrence.

Chapitre I : Revue de la documentation et méthodologie

I. 1. La revue de la documentation

I. 1.1. L'abus sexuel selon le cadre juridique

Il est opportun de débiter la revue de la documentation en présentant le cadre juridique, car, c'est selon ses lignes directrices que se développent les programmes visant le rétablissement de gens ayant commis un abus sexuel envers une personne mineure. Selon Harris (2018) cette prise en charge visant la prévention de rechutes et l'élimination de nouvelles victimisations est sous l'emprise d'une législation stricte et déshumanisante qui rend le rétablissement lourd et inatteignable pour la personne visée.

L'Assemblée législative de l'Ontario a reconnu que la population de sa province estimait nécessaire de mettre en place un système de répertoire, concernant les gens ayant été reconnus coupables d'avoir commis un abus à caractère sexuel envers une personne mineure (Christopher's Law, 2000). Selon Harris (2018), ce sont les pressions sociales, qui ont contribué au développement du Registre national des « délinquants sexuels ». Selon le Projet de loi 31, toute personne ayant été déclarée coupable d'avoir commis une « infraction sexuelle » porte le titre de « délinquant sexuel ». L'Assemblée législative de l'Ontario (2000) souligne que le Registre national des « délinquants sexuels » a pris forme en 1988, suite à l'assassinat du jeune Christopher Stephenson qui avait 11 ans. Cet assassinat a selon l'enquête, été commis par un homme, ayant été reconnu coupable d'avoir commis une infraction sexuelle envers une personne mineure. En Ontario, la Loi Christopher (Projet de loi 31) a été proclamée le 23 avril 2001.

Voici donc, les « infractions sexuelles » reconnues par le Projet de loi 31 et définies au Code criminel du Canada (1985):

Contact sexuel à l'Article 151 : « toute personne qui, à des fins d'ordre sexuel, touche directement ou indirectement, avec une partie de son corps ou avec un objet, une partie du corps d'un enfant âgé de moins de seize ans est coupable » ;

Incitation à des contacts sexuels à l'Article 152 :

toute personne qui, à des fins d'ordre sexuel, invite, engage ou incite un enfant âgé de moins de seize ans à la toucher, à se toucher ou à toucher un tiers, directement ou indirectement, avec une partie du corps ou avec un objet est coupable ;

Personnes en situation d'autorité à l'Article 153 :

toute personne qui est en situation d'autorité ou de confiance vis-à-vis d'une personne ayant une déficience mentale ou physique ou à l'égard de laquelle celle-ci est en situation de dépendance et qui, à des fins d'ordre sexuel, engage ou incite la personne handicapée à la toucher, à se toucher ou à toucher un tiers, sans son consentement, directement ou indirectement, avec une partie du corps ou avec un objet est coupable;

Inceste à l'Article 155 :

quiconque, sachant qu'une autre personne est, par les liens du sang, son père ou sa mère, son enfant, son frère, sa sœur, son grand-père, sa grand-mère, son petit-fils ou sa petite-fille, selon le cas, a des rapports sexuels avec cette personne est coupable ;

Bestialité à l'Article 160 (1) : « toute personne qui commet un acte de bestialité en présence d'un enfant âgé de moins de quatorze ans ou qui incite celui-ci à en commettre un »;

Usage de la force à l'Article 160 (2) : « toute personne qui en force une autre à commettre un acte de bestialité est coupable » ;

Bestialité en présence d'enfants ou incitation de ceux-ci à l'Article 160 (3) : « toute personne qui commet un acte de bestialité en présence d'un enfant âgé de moins de quatorze ans ou qui incite celui-ci à en commettre un est coupable » ;

Pornographie juvénile à l'Article 163.1 (1) : « toute représentation photographique, filmée, vidéo ou autre, réalisée ou non par des moyens mécaniques ou électroniques est coupable »;

Production de pornographie juvénile à l'Article 163.1 (2): « quiconque produit, imprime ou publie, ou a en sa possession en vue de la publication, de la pornographie juvénile est coupable »;

Distribution de pornographie juvénile à l'Article 163.1 (3) :

quiconque transmet, rend accessible, distribue, vend, importe ou exporte de la pornographie juvénile ou en fait la publicité, ou en a en sa possession en vue de la

transmettre, de la rendre accessible, de la distribuer, de la vendre, de l'exporter ou d'en faire la publicité est coupable ;

Possession de pornographie juvénile à l'Article 163.1 (4) : « Quiconque a en sa possession de la pornographie juvénile est coupable » ;

Père, mère ou tuteur qui sert d'entremetteur à l'Article 170 : « le père, la mère ou le tuteur d'une personne âgée de moins de dix-huit ans qui amène celle-ci à commettre des actes sexuels est coupable »;

Exhibitionnisme à l'Article 173 (2) : « toute personne qui, en quelque lieu que ce soit, à des fins d'ordre sexuel, exhibe ses organes génitaux devant une personne âgée de moins de seize ans est coupable »;

Agression sexuelle à l'Article 271 : « Quiconque commet une agression sexuelle est coupable »;

Agression sexuelle armée, menaces à une tierce personne ou infliction de lésions corporelle à l'Article 272 (1) :

quiconque, porte, utilise ou menace d'utiliser une arme ou une imitation d'arme; menace d'infliger des lésions corporelles à une autre personne que le plaignant; inflige des lésions corporelles au plaignant; participe à l'infraction avec une autre personne est coupable ;

Agression sexuelle grave à l'Article 273 : « commet une agression sexuelle grave quiconque, en commentant une agression sexuelle, blesse, mutilé ou défigure le plaignant ou met sa vie en danger est coupable ».

Aujourd'hui, en Ontario et au Québec, toute personne ayant été reconnue coupable d'avoir commis l'un de ces actes envers une personne mineure doit s'inscrire au Registre des délinquants sexuels en donnant toutes informations personnelles telles que : nom et prénom ; date de naissance; adresse actuelle; photographie; signes distinctifs ; les infractions dont il ou elle a été reconnue coupable ; toute information concernant son véhicule immatriculé à son nom ; etc. (Assemblée législative de l'Ontario, 2000 ; Institut national de santé publique Québec, 2019). Selon Harris (2018), cette pratique bannit les individus de leur communauté en les percevant non comme membre de la société, mais plutôt selon le statut de leur infraction. Selon cette auteure, l'utilisation du Registre, implique que ces gens sont désormais identifiés uniquement par la nature du crime le plus grave qu'ils ont commis ou soit par la pire chose qu'ils aient jamais faite. Ce titre, selon Harris (2018), ne fait que renforcer l'appropriation de l'identité de ce qu'ils ont fait à ce qu'ils sont maintenant devenus et continueront d'être. Elle considère que cette pratique perpétue l'exclusion de cette population, qui est déjà mise à part, isolée de la société. Selon elle, ce processus est apparu avec le temps en se basant sur les lois qui se sont construites sous l'influence de membres de la société soutenant l'hypothèse très puissante de la récidive.

Selon Brown, Deakin, et Spencer (2008) le processus de surveillance, de contrôle et d'enregistrement dans le Registre, soutient le message que ces gens, ayant été reconnus coupables d'infraction sexuelle envers une personne mineure devraient effectivement être perçus par la

communauté, comme étant différents de tout autre groupe de délinquants. Pourtant, selon leur publication « What People Think About the Management of Sex Offenders in the Community », les recherches suggèrent qu'il existe peu de preuves à l'appui des affirmations selon lesquelles la notification provenant des médias à la communauté améliore la sécurité des enfants. Selon eux, ce débat public qui englobe la gestion de cette population se penche principalement sur l'importance de l'affichage de ces personnes au lieu de se concentrer sur leur rétablissement. Il semble que ces attitudes apportent des discussions importantes liées à la prise en charge de ces individus exclus par la population (de Becker, 2012).

I. 1.2. L'impact de la stigmatisation

Depuis les années 1990, la politique, la législation et les pratiques pénales ont pris énormément d'ampleur concernant la gestion des gens ayant commis des abus sexuels envers des enfants (McCartan & Kemshall, 2015). Ces actes commis par des individus autoritaires envers des victimes vulnérables viennent heurter profondément la population (Corabian & Hogan, 2015). Ces délits ont tendance à susciter la peur chez les citoyens et conduisent la société à vouloir punir sévèrement ces gens, car les répercussions de ces actes sont profondes pour les victimes et la communauté (McCartan & Kemshall, 2015; Corabian & Hogan, 2015). Ceci fait en sorte que les peines imposées aux auteurs de ces gestes les isolent en les plaçant dans des systèmes institutionnalisés en espérant que des sentences pourront mettre des barrières à la possibilité de futures infractions sexuelles « la récidive » (Corabian & Hogan, 2015). Cette prochaine section présente plusieurs auteurs qui ont pu souligner les répercussions néfastes que véhiculent les

pressions sociales. Elle nous paraît importante, car elle met en évidence les tensions sous lesquelles se développent les services thérapeutiques offerts à cette clientèle.

Selon McCartan, Kemshall et Tabachnick (2015), les attitudes sociales à l'égard de cette population sont définies par des stéréotypes qui identifient ces gens comme étant des « monstres » qui sont incapables de changer ou de se rétablir en société. Selon eux, les médias jouent un rôle prédominant concernant la construction de cette image. En fait, selon ces auteurs, plusieurs travaux antérieurs ont mis en évidence que la fonction des médias dans cette construction est inutile et ne fait qu'amplifier négativement cette problématique. À leur avis, cette représentation est basée sur des cas extrémistes qui ont fait fureur aux États-Unis depuis quelques décennies. Ils mentionnent l'exemple de la loi de Jacob Wetterling, 1994; la loi de Megan 1996; la loi de Sarah 2000 et nous pouvons mentionner ici la loi de Christopher en Ontario et au Québec, qui a été présentée au début de ce travail. Pourtant, Rotenberg (2017) démontre dans son étude que 98% des infractions sexuelles rapportées au Canada sont de nature « moins grave » étant un niveau 1. Selon la publication : « Les agressions sexuelles déclarées par la police au Canada, 2009 à 2014 : Un profil statistique », une déclaration qui comprend un niveau 1, est la représentation d'un contact sexuel non désiré. De plus, McCartan et Kemshall (2015), soulignent le fait que des recherches menées auprès du public indiquent que la compréhension face à cette clientèle est limitée. Selon eux, en général les gens négligent de prendre en compte l'étiologie de l'acte de l'abus commis, le traitement de la personne ayant commis l'abus, sa réinsertion en communauté et tout ce qui englobe le rétablissement de la personne à titre de « délinquant sexuel ». Ils ajoutent que les gens sont persuadés que les personnes ayant commis un abus sexuel envers des enfants sont des menaces constantes pour la communauté. De plus, selon eux, nombreux sont ceux qui ne croient pas aux

traitements thérapeutiques envers cette clientèle. LeBel, Burnett, Maruna, et Bushway (2008) rapportent que cette attitude négative envers ces gens, ne fait que nous éloigner de l'objectif primal qui devrait être d'éliminer de nouvelles victimisations, car la récidive pour cette clientèle est un nouvel abus.

Cuppleditch et Evans (2005) suggèrent qu'après deux ans de retour en communauté, 67% des personnes ayant abusé sexuellement d'un enfant ont été reconnues coupable d'une nouvelle infraction. LeBel et al (2008) mettent en évidence d'autres recherches qui démontrent que la récidive est la norme plutôt que l'exception puisque le rétablissement pour ces personnes est pratiquement impossible. Selon eux, les recherches qui ont porté sur le rétablissement de cette population suggèrent qu'après avoir été incarcéré, il y a plusieurs obstacles véhiculant une vulnérabilité face à la récidive. À leurs avis, il est rare que la personne en voie de réinsertion communautaire puisse avoir de l'argent et possiblement aucune épargne personnelle ce qui va lui occasionner des difficultés financières. De plus, ils soulignent qu'il est difficile de trouver un logement raisonnable sans calculer le marché du travail. À leurs avis, compte tenu de l'étiquette « délinquant sexuel » et d'un dossier criminel, il est laborieux de se rétablir en société. Ces auteurs ajoutent que les liens familiaux et sociaux sont également pauvres après avoir été stigmatisé ce qui cause l'isolement social. Finalement, ils rapportent que tous ces défis font en sorte que la personne a de grandes chances de récidiver au lieu de se rétablir.

Willis, Levenson et Ward (2010) rapportent dans leur recherche que si cette clientèle reçoit l'appui nécessaire lors de sa libération carcérale pour obtenir un logement stable, un réseau de soutien, des opportunités d'emploi, ils seront moins susceptibles d'abuser à nouveau. LeBel et al

(2008) maintiennent que la voie principale de sortie du cercle vicieux de la récidive passe par un développement d'attachement sécurisant au marché du travail et par des liens sociaux. Selon eux, ce sentiment d'appartenance apporte chez la personne, le vouloir de devenir indépendante ; lui permettant de s'éloigner des comportements criminels du passé. Ainsi, ils considèrent qu'avec de telles dispositions, la personne peut s'identifier comme étant celle qu'elle est vraiment aujourd'hui et non à celle qu'elle est devenue après avoir été inscrite au Registre et après toutes les images projetées sur elle par les médias et la société. Il faut donc accorder une grande place à l'importance de se retrouver dans un environnement positif pour parvenir à soutenir le processus de réintégration dans la communauté et ainsi diminuer le risque de nouvelles victimes.

I. 1.3. La pratique thérapeutique actuelle

Le traitement pour cette clientèle est complexe parce que l'abus sexuel envers les enfants est selon plusieurs personnes, un acte réfléchi avec l'intention de violer une grande loi humaine (de Becker, 2012). Il a été mentionné par Joulain (2018) que :

Dans le cadre de l'abus sexuel sur mineurs, ce projet n'est pas permis par la société, pourtant il existe parce que le sujet a perçu des « permissions du réel », c'est-à-dire des circonstances qui peuvent permettre à un individu de réaliser l'abus sexuel d'un enfant, même s'il le sait illégitime. (p.111)

Joulain (2018) mentionne l'importance de faire la distinction entre ce qui n'est pas permis et ce qui est une « opportunité ». Il rapporte que pour certains individus ayant commis

l'acte d'abus sexuel envers un enfant, ce sont des « circonstances » produisant une opportunité qui ont fait en sorte que la personne ait passé à l'acte. Il ajoute qu'il semble difficile de pouvoir identifier si ces personnes souffrent uniquement d'un trouble mental, si ce sont des pervers ou bien s'il faut seulement considérer la dimension criminelle de leurs actes.

Dans sa recherche, de Becker (2010) mentionne qu' : « Il existe dans la personnalité de l'agresseur sexuel d'enfant, des dimensions qualifiées parfois de « malades » qui peuvent être soignées par des traitements adaptés » (p.386). Selon Hayes et al (2009), l'abus sexuel envers une personne mineure n'est pas un trouble psychiatrique en soi. Ils soulignent le fait qu'une proportion de ceux qui commettent de tels actes peut répondre aux critères de diagnostic psychiatrique de « pédophilie », mais l'intérêt pédophilique ne s'impose pas forcément au passage à l'acte de l'abus. Selon eux, les gens qui sont « pédophiles » sont extrêmement conscients de la légalité et des conséquences de tout contact sexuel avec un enfant, et comprennent la sévérité de cet acte. Ainsi, ils soulignent le fait que de nombreux abus ont été commis par des personnes qui ne rencontrent pas les critères pour un diagnostic de « pédophilie » tenant compte que leur intérêt sexuel est également envers des adultes. Dans certains cas, selon leurs avis, la toxicomanie ou une maladie mentale grave peut mieux expliquer leur passage à l'acte.

Qui plus est, de Becker (2012), nous fait part de nombreux témoignages recueillis ayant démontré que la plupart de gens ayant commis un acte sexuel envers une victime mineure aurait une histoire de vie marquante et traumatisante ce qui les pousse à vouloir chercher à compenser le manque d'affection qu'ils ont eu. Cependant, selon lui, cette problématique ne peut être expliquée par un seul courant théorique. Il rapporte que les différents courants de pensée s'enrichissent les

uns avec les autres et nous aident à mieux comprendre ce qui a influencé la personne à commettre l'acte impensable. Malgré ses observations, il mentionne que le paradigme psychodynamique sert de ligne de référence principale dans les pays francophones occidentaux tandis que les théories cognitivo-comportementales et sociales dominant en Amérique du Nord. D'un autre point de vue, de Becker (2012), dit que plusieurs chercheurs se questionnent à savoir si les transgresseurs de cette loi souffrent d'une pathologie et s'ils doivent être traités.

Robertiello et Terry (2007) nous informent que cette clientèle est constituée d'un groupe hétérogène dans lequel certaines classifications typologiques ont été mises en place. Selon leur documentation, l'une des distinctions principales qui a été faite, est celle entre « violeur » et « agresseur ». Par la suite, ils ont présenté la distinction qu'il y a eu entre les deux sexes « homme » et « femme », celle entre « adulte » et « mineur » puis, celle entre « intrafamiliaux » et « extrafamiliaux ». Il y a eu également, plus récemment, selon eux, la différence entre « infraction physique » et « infraction cyber » et d'autres distinctions. Toujours selon Robertiello et Terry (2007), il n'y a pas simplement plusieurs différentes catégories dans lesquelles sont classifiées ces personnes, mais en plus, il est important de considérer que les personnes abusent pour différentes raisons. Selon ces auteurs, chaque personne a son propre antécédent personnel et criminel unique à eux. Or, à leur avis, ces typologies ne devraient pas être le cadre de référence sur lequel se fondent les traitements thérapeutiques, car il y a d'autres caractéristiques peuvent être plus favorables au développement d'un processus thérapeutique efficace. Dans la même veine, Gannon, Terriere et Leader (2012) mentionnent qu'originellement ces typologies auraient été développées dans le but de fournir une compréhension générale des comportements sexuels déviants afin de pouvoir développer des interventions thérapeutiques efficaces. Cependant, ils soutiennent Terriere et

Leader (2012) qui rapportent que ces typologies traditionnelles s'avèrent problématiques, car cette population présente des caractéristiques hétérogènes. Néanmoins, ils soulignent des similitudes cliniques telles que : déficits de régulation émotionnelle, difficultés sociales, croyances favorables à l'infraction, déficit d'empathie et excitation déviante. Ainsi, selon ces auteurs, l'élaboration des traitements doit être développée en fonction des motivations sous-jacentes de la personne et selon ses propres besoins et non selon la typologie prescrite.

Selon Hayes & al (2009), il y a une faille dans l'efficacité des traitements thérapeutiques actuels en Amérique du Nord. Selon ces auteurs, les programmes développés par les institutions carcérales négligent l'importance d'adapter le traitement selon les besoins du client, ce qui rejoint ce que Robertiello et Terry ont rapporté. Hayes et al (2009), accentuent l'importance de vérifier certains facteurs rattachés au passage à l'acte de la personne. Selon eux, si l'individu a commis une telle infraction, mais que le passage à l'acte était à la base une réponse à un symptôme, une psychose découlant d'un trouble psychotique ou l'intoxication d'une substance illicite, le traitement ne devrait pas être identique à ceux portant le diagnostic de pédophilie. Il semble donc que cette faille soit quelque peu influencée par une généralisation du passage à l'acte d'abus sexuel envers une personne mineure et au diagnostic de « pédophilie ».

L'Institut national de la santé publique du Québec juge nécessaire de mettre en évidence que le terme « pédophile » est régulièrement utilisé à préjudice lorsque l'on parle de toute personne qui commet une agression sexuelle envers un enfant. Il serait erroné d'employer ce terme de façon aussi spontanée, puisqu'une majorité de ces gens ne répondent pas aux critères cliniques de diagnostic de « pédophilie ». Joulain (2018) appuie cet ordre d'idées en affirmant que « tous les

pédophiles ne sont pas des délinquants sexuels et tous les délinquants sexuels sur mineurs ne sont pas des « pédophiles » (p.58). Cependant, la pratique actuelle des institutions au Canada est que les traitements proposés se concentrent principalement sur les mêmes objectifs thérapeutiques, indépendamment des facteurs différentiels des participants (Hayes & al, 2009). En fait, les traitements utilisant l'approche cognitivo-comportementale se concentrent principalement sur la réduction du désir sexuel « pédophilique » en augmentant le comportement d'affiliation sexuel envers une personne adulte (Cohen & Galynker, 2002). Ceci semble rejoindre l'importance que souligne Hayes & al (2009) dans le manque d'ajustement concernant le développement d'une thérapie adaptée selon le besoin du client. Non seulement il y a un manque de personnalisation des traitements, mais Marshall et Hollin (2015) rapportent dans leur recherche que les cliniciens qui utilisent cette approche, confrontent leurs clients dès le départ du traitement ce qui est, selon eux beaucoup trop précoce et met des barrières au développement d'une relation thérapeutique.

Marshall et Hollin (2015) démontrent, dans leur documentation, que récemment, des études concernant cette clientèle ont prouvé que les pratiques thérapeutiques centrées sur la prévention de rechute concernant les « comportements problématiques » ne sont pas aussi favorables qu'une approche qui s'oriente vers le positif et les forces du client. Hanson et al (2009), rapportent que l'étude ayant été complétée par le « Sex Offender Treatment and Evaluation Project » (SOTEP) démontre qu'effectivement le risque de récidive ne diminue pas après avoir suivi une thérapie qui utilise cette modalité. En fait, Marshall et Hollin (2015) évoquent que l'intégration d'une cohésion de groupe et une bonne alliance thérapeutique est primordiale pour le rétablissement de la personne. Finalement, pour eux, il semble important que les thérapeutes parviennent à mettre l'accent sur les forces de leurs clients, non seulement pour réussir à surmonter les carences ayant

conduit ces personnes à commettre leurs actes d'abus, mais aussi pour leur donner la certitude qu'ils peuvent changer et se construire un avenir sans abus. À l'heure actuelle, ils soulignent qu'il y a trop de programmes qui utilisent la TCC accompagnée d'une prévention de rechute et qu'ils ne parviennent pas à répondre pleinement aux besoins des clients. En d'autres termes, ces auteurs rapportent qu'il serait préférable que les professionnels travaillant avec cette population adoptent un rôle plus humaniste plutôt que de se centrer simplement sur les interventions et les procédures rédigées dans un manuel de TCC.

Harper, Hogue et Bartels (2017) ont rapporté que, dans la littérature concernant la psychologie clinique et la réadaptation envers cette clientèle, l'importance se situe dans l'alliance thérapeutique entre le client et le clinicien et non dans l'approche théorique utilisée dans le traitement. Dowling, Hodge, et Withers (2018) ont pu mettre en évidence d'autres publications qui ont déterminé une corrélation entre une bonne alliance thérapeutique et des résultats positifs d'une thérapie. Ils évoquent que généralement, la thérapie est considérée comme un processus volontaire dans lequel une personne éprouve le désir et la motivation d'apporter un changement chez elle, en élaborant des objectifs personnels avec le soutien inconditionnel du thérapeute. Selon Dowling et al (2018), il existe donc certains dilemmes éthiques et cliniques uniques à cette clientèle, car le rôle du thérapeute est à double tranchant. Ils présentent que d'un côté, le thérapeute se doit d'aider la personne devant lui à cheminer selon des objectifs imposés par la législation. Puis, de l'autre côté, il doit aussi pouvoir apporter une gestion concernant les risques de récidives du client. Ainsi, leur déduction est que lorsque les thérapeutes travaillent avec une clientèle « mandatée » comme celle-ci, les objectifs sont déjà préétablis. Ceci fait en sorte que le rétablissement de ces gens est difficile puisqu'il est constamment confronté aux pressions externes.

LeBel et al (2008) présentent dans leur recherche que le sentiment de honte est normal chez ces gens. Cependant, ce qui est dangereux, selon eux, c'est qu'il y a deux types de honte. D'un côté, il y a la honte qui est ressentie par la personne envers l'acte regretté qu'il a commis. Cette honte motive et encourage la personne à vouloir changer et ne pas recommencer l'abus. C'est un sentiment qui provient de l'intérieur de la personne elle-même et non imposé par un contexte externe. De l'autre côté, il y a la honte découlant de la stigmatisation provenant de la société. Celle-ci, selon LeBel et al (2008), fait le contraire et dégrade la personne en tant que telle. Ils soutiennent que cette stigmatisation ne fait que rejeter la personne qui se perçoit discréditée face à un monde qui ne l'accepte pas. En Amérique du Nord, sous les pressions législatives, il n'est pas surprenant de voir comment cette clientèle est sur la défensive en plus d'éprouver de la difficulté à s'engager dans un processus thérapeutique (Kear-Colwell & Boer, 2000). Ainsi, selon les auteurs présentés dans ces paragraphes, si le traitement est mandaté ou soumis par une pression à se conformer, il peut être difficile de parvenir à une véritable collaboration et à un partenariat entre le client et son thérapeute. Ces pressions, provenant des autorités légales, peuvent engendrer une alliance thérapeutique déséquilibrée dans laquelle il y a un manque de confiance de la part du client envers son thérapeute (Dowling & al, 2018).

Selon Corabian et Hogan (2015), un autre facteur pouvant avoir des répercussions sur l'alliance thérapeutique est qu'un grand nombre de professionnels qui travaillent avec cette clientèle démontrent un manque de confiance envers leurs habiletés cliniques. À leur avis, cela rend le processus thérapeutique pénible puisque les thérapeutes ont une influence considérable sur l'efficacité des traitements. Subséquemment, selon eux, l'attitude des cliniciens envers leurs clients a un impact prédominant sur les résultats, donc sur les risques de récurrence. En plus de cela,

Hardouin et Proia-Lelouey (2010) mentionnent que plusieurs cliniciens sont bouleversés par la nature des actes commis par la personne qui se retrouve devant eux. Ils ajoutent l'importance de pouvoir être à l'écoute de la souffrance du client de manière respectueuse et active sans interpréter, juger ou critiquer le client. Ils disent aussi qu'il serait dommageable de réduire la perception de son client aux actes qu'il ou elle a commis, car pour eux, sous ces gestes difficiles à accepter, il y a une humanité qui est enfouie sous l'image incompréhensible du geste d'abus. Il apparaît que le rôle du thérapeute doit être authentique et humaniste devant ces individus afin de les aider à s'en sortir dans le but de diminuer les risques de récidives (Kear-Colwell & Boer, 2000).

Harper et al (2017) soulignent que des attitudes négatives provenant des professionnels à l'égard de cette clientèle peuvent non seulement affecter l'alliance, mais elles peuvent aussi changer le climat thérapeutique et le groupe qui est en traitement. Beech et Hamilton-Giachritsis (2005) se sont penchés sur l'exploration du climat thérapeutique au sein de 12 groupes. Les résultats de cette recherche ont suggéré que la nature même d'un système de soutien thérapeutique positif où les relations interpersonnelles et la communication sont encouragées donnent des effets positifs sur les résultats du traitement. Il semble pertinent de conclure que l'attitude provenant des thérapeutes, envers ces gens, a une influence majeure concernant le risque de récidive et le rétablissement de la personne.

Malgré ces défis, Dowling et al (2018) ont souligné que certaines études ont démontré qu'il est possible pour cette clientèle de former de bonnes alliances thérapeutiques. Ces recherches ont pu illustrer que ces gens ont une volonté de résoudre leurs problèmes lorsqu'ils sont soutenus par des professionnels ayant une attitude d'acceptation envers eux et la réticence initiale qu'ils

présentent au tout début du traitement. Pour eux, il est primordial de ne pas confronter le client au début de la thérapie. Pour terminer cette section, il faut absolument que le clinicien puisse prendre le temps de clarifier son double rôle de thérapeute et son obligation de diminuer les chances de récidives (Dowling & al, 2018).

I. 1.4. Les outils d'évaluation concernant l'efficacité des traitements thérapeutique

La majorité de ces recherches qui tentent de répondre à cette question « d'efficacité » thérapeutique utilise des outils standardisés permettant de prédire le degré du risque de récidives en se basant sur des échelles qui évaluent les facteurs statiques de la personne ayant commis l'acte (Barbaree, Seto, Langton, et Peacock, 2001). Ce n'est que durant les 30 dernières années que des études ont pu démontrer que l'observation des variables « statiques » de la personne, telles que : son âge lorsqu'elle a commis l'abus, le nombre de condamnations antérieures et les traits de personnalité antisociale, permettait d'arriver à de telles conclusions (Barbaree & al, 2001). C'est ainsi que l'outil appelé « Static-99 » est devenu l'outil le plus largement utilisé et fut validé à travers le monde concernant cette population (Barbaree & al, 2001). Il s'agit d'une échelle qui évalue le risque de récidive d'acte d'abus sexuel. Il comprend dix items qui sont évalués sur une échelle de zéro point en absence du critère et d'un point en sa présence (Pham & Ducro, 2008). C'est en calculant le total des points présents chez la personne que l'administrateur de l'évaluation peut parvenir à déterminer si le niveau de risque est : faible, faible moyen, moyen élevé ou élevé (Pham & Ducro, 2008).

Durant les dernières décennies, plusieurs autres outils d'évaluation semblables au « Static-99 » ont été développés (Barbaree & al, 2001). Il y en a qui ont été étudiés plus minutieusement et par la suite validés par des recherches empiriques. Parmi les plus reconnus, Barbaree et al (2001) présente dans leur publication les échelles suivantes :

- « Violence Risk Appraisal Guide » (VRAG) ;
- « Sex Offender Risk Appraisal Guide » (SORAG) ;
- « Rapid Risk Assessment of Sexual Offense Recidivism » (RRASOR) ;
- « Minnesota Sex Offender Screening Tool–Revised » (MnSOST-R).

Puis, ces auteurs mentionnent que ces outils se ressemblent tous, car le SORAG est une modification du VRAG et le Static-99 comporte quatre éléments du RRASOR. Malgré le fait que ces échelles ont été centralisées sur des facteurs statiques, ils parviennent à confirmer une certaine efficacité face au risque de récidive, mais elles ne suffisent pas pour démontrer le rendement des traitements qui servirait à diminuer les risques de récidive (Barbaree et al, 2001). Toujours selon Barbaree et al (2001), ces outils ont un désavantage, car ils se basent principalement sur des facteurs qui sont historiques. À leurs avis, ces évaluations sont insensibles aux changements concernant la diminution des risques de récidives durant ou après un processus thérapeutique. Cela signifie donc, que ces outils d'évaluations, sont pratiquement inutiles pour déterminer la progression des participants en traitements puisqu'ils ne peuvent pas confirmer un changement chez l'individu qui participe à un programme.

Selon Mann et al, (2007), d'autres recherches se sont penchées sur l'efficacité thérapeutique en portant une attention particulière aux changements progressifs face à l'amélioration des distorsions cognitives. Selon eux, l'identification des cognitions liées à

l'infraction est une cible majeure dans la plupart des programmations disponibles pour cette clientèle. Ils présentent donc, plusieurs outils qui ont été développés dans le but d'évaluer le changement au travers un processus qui utilise une approche TCC :

- « Abel–Becker Cognition Scale » (ABCS) ;
- « MOLEST scale » ;
- « Child Molester Scale » ;
- « Children and Sex Cognitive Distortions Scale » ;
- « Hanson Sex Attitudes Questionnaire » ;
- « Justifications and Cognitive Distortions and Immaturity scales of the Multiphasic Sex Inventory » ;
- « Rape Myth Acceptance Scale » ;
- « Sex With Children Scale » (SWCH).

Selon Mann et al (2007), les recherches qui utilisent ces mesures d'évaluation comme outils, ont constaté un certain lien entre l'amélioration des distorsions cognitives et la diminution des risques de récidive. Ainsi, ces évaluations concernant les distorsions cognitives sont devenues indispensables en Amérique du Nord tenant compte que c'est le paradigme thérapeutique le plus utilisé envers cette clientèle (Olver, et al., 2018). Par contre, Nunes et al (2016) ont trouvé que ces échelles ne prédisent quand même pas de manière significative la diminution des risques de récidives sexuelles chez cette population. Ils rapportent que malgré le grand nombre de publications ayant conceptualisé cette réalité, les résultats ne sont pas assez concluants pour arriver à de telles prédictions.

I. 1.5. Le constructivisme

L'approche constructiviste a été fondée sur un courant théorique épistémologique qui estime que la connaissance est une construction interne de l'individu (Watzlawick, 1978). Ainsi

selon ce thérapeute, le sens qu'une personne se fait de la réalité, se construit à partir de ses propres expériences de vie et vient influencer la façon dont la personne perçoit et comprend le monde externe. L'image de ce monde et la vision de ce qu'il devrait être, existent réellement pour chacun d'entre nous en tant qu'individu. La souffrance incarnée découle d'une contradiction interne non résolue entre l'image du monde et le monde tel qu'il devrait être selon notre compréhension et notre vision. Selon Watzlawick (1978), ce ne sont pas les événements qui nous troublent en tant que tels, mais plutôt l'opinion que nous nous faisons d'eux. Il rapporte qu'il semble que nous sommes constamment confrontés à deux « réalités » du monde : d'un côté, nous croyons qu'une réalité existe objectivement hors de nous et de l'autre, nos opinions et nos jugements construisent l'image que nous nous faisons individuellement devant l'exposition des événements vécus. Or selon lui, le rôle du thérapeute est d'être ouvert à cette conception construite par ses clients.

La thérapie constructiviste est un processus actif où le client s'engage dans un cheminement qui apportera éventuellement un changement positif (Watzlawick, 1978). L'auteur propose une approche complète qu'on résume brièvement ici à partir de cette même publication. Durant le processus thérapeutique, le thérapeute entre en communication avec le monde mental du patient et agit comme facilitateur du changement. Le thérapeute aide la personne à reconnaître ses modèles et à s'en libérer afin de pouvoir y apporter des modifications internes. Ceci se fait en entrant en relation avec le client et en dirigeant son attention vers l'exploration du sens qu'il attribue à ses expériences. Il aide le client à reconnaître le fait que ses pensées et ses croyances affectent ce qu'il perçoit comme étant la réalité. Il utilise plusieurs interventions thérapeutiques spécifiques à l'approche constructiviste. Finalement, Watzlawick (1978) maintient que l'objectif spécifique de la thérapie constructiviste est d'amener le client à adopter une image du monde plus

stable et mieux conformée pour atténuer sa souffrance et sa problématique pour construire une nouvelle réalité.

I. 1.6 L'approche humaniste

Le paradigme humaniste s'est développé alors que la psychologie était dominée par la psychanalyse et le béhaviorisme (Bouchard, Gingras, 2007). Selon certains théoriciens, ces approches véhiculaient une disposition problématique majeure étant donné qu'elles ne tenaient pas compte des besoins de l'être humain (Bouchard, Gingras, 2007). C'est à la fin de la guerre, devant les difficultés autant psychiques que physiques que cette troisième force a émergé donnant naissance aux théories humanistes (Bouchard, Gingras, 2007). Lorsque l'on parle d'approche humaniste, nous faisons souvent référence à Carl Rogers ayant été l'un des pionniers de cette vague.

Carl Rogers présente l'importance de centraliser l'attention thérapeutique sur les besoins du client en le plaçant au centre du processus (Bouchard, Gingras, 2007). Ce courant théorique conceptualise l'humain comme étant un être ayant la motivation fondamentale innée de croître et de guérir en cas de blessures (Fall et al., 2004). Rogers (1961) définit ce concept comme étant « l'actualisation ». Celle-ci dévoile une possibilité de se tourner vers un avenir constructif et réaliste en passant par les besoins fondamentaux de l'affection, l'affiliation, l'agression et le sexe. Selon Rogers (1961), les comportements agressifs ne répondent pas à la personnalité authentique de l'individu. À son avis, l'être humain est fondamentalement positif, mais l'expression agressive passe par la souffrance et les difficultés de vivre de l'individu. De ce fait, il met l'accent sur la personne dans sa totalité plutôt que sur les symptômes présentés. Devant la personne qui demande

de l'aide, il la considère comme étant la mieux placée pour préciser le sens de sa propre souffrance, et ainsi déterminer la direction du processus de guérison. Il identifie trois conditions pouvant créer les circonstances favorables à l'actualisation de la personne. Premièrement, il présente l'authenticité ou la congruence du thérapeute. Ceci permet au clinicien d'être pleinement ouvert et disponible à l'expérience que vit le client. Deuxièmement, il y a l'acceptation inconditionnelle du thérapeute qui accueille son client sans jugement. Troisièmement, il y a l'empathie dégagée par le thérapeute, pouvant démontrer sa compréhension de l'expérience interne de son client qui, par la suite, fait un reflet de ce qu'il ressent. Ainsi, selon Rogers, lorsque ces conditions sont exhibées par le thérapeute et perçues par le client, ce dernier évolue naturellement vers une plus grande acceptation de sa propre expérience et donc vers une plus grande actualisation de soi. Finalement dans une approche humaniste, le psychothérapeute établit un contact authentique en contribuant activement à créer des conditions favorables à un processus thérapeutique (Bouchard, Gingras, 2007).

I. 1.7. Contexte des services offerts par le Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille

Le Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (Ciasf) est un organisme communautaire sans but lucratif qui est situé dans la région de l'Outaouais, dans la province de Québec. Sa mission est de combattre l'abus sexuel envers les enfants en offrant une panoplie de services. Dans la présente recherche, l'unique service qui a été étudié est celui concernant le traitement thérapeutique constructiviste pour adultes ayant abusé d'une personne mineure. Même si le groupe est intitulé « groupe thérapeutique constructiviste », les thérapeutes ont une approche

intégrative comprenant plusieurs courants théoriques : l'approche humaniste ; l'approche existentielle ; l'entrevue motivationnelle ; la thérapie centrée sur les émotions ; la psychologie positive ; la programmation neurolinguistique ; l'hypnose ericksonnienne et finalement le constructivisme.

Lorsque les thérapeutes parlent du constructivisme, ils considèrent que la personne se construit selon ses expériences de vie. Puis, par la thérapie, avec les interventions émises par les thérapeutes, l'objectif est de parvenir à aider la personne à se reconstruire de façon adaptée. Selon cette agence, l'utilisation d'une approche intégrative permet une adaptation interpersonnelle qui répond mieux aux besoins spécifiques des participants. De plus, avec une telle diversité, les thérapeutes ont recours à un éventail d'interventions qui seront plus spécifiques aux clients pour des résultats plus efficaces.

Le groupe constructiviste offert au Ciasf est composé de deux thérapeutes (un homme et une femme) et de huit participants âgés de 18 ans et plus. Chacun des participants est évalué individuellement avant de débiter la thérapie. Ceci permet de déterminer les objectifs thérapeutiques selon les besoins du participant. Afin que la thérapie soit considérée comme étant complétée, l'individu doit avoir assisté à un nombre variant entre 40 et 60 sessions. Les rencontres se font une fois par semaine et elles sont d'une durée de trois heures. Cette thérapie se fait avec un groupe ouvert. Cela signifie que les participants ne commencent pas tous en même temps. Ainsi, chaque participant se retrouve à différentes étapes dans son cheminement thérapeutique. Puis étant donné que c'est un groupe ouvert, le principe de séniorité est important. Durant celle-ci, seulement les trois plus anciens participants travaillent, chacun son tour, de façon individuelle avec le

thérapeute, mais toujours devant le groupe. Les autres participants travaillent quand même, mais individuellement à travers le déroulement de ce qui se passe devant eux. À la fin de chaque séance individuelle, un tour de table est proposé pour compléter la session. Le thérapeute qui n'a pas participé activement partage sa rétroaction sur ce qui vient de se passer. Celui qui a animé, dirige le tour de table en demandant à chacun de s'exprimer sur ce qu'ils peuvent relier à eux et à leur vécu. À la fin de la session, chaque participant s'entend avec les thérapeutes pour choisir une question à laquelle il devra répondre durant la semaine à venir. Les clients sont également obligés de communiquer avec un autre participant durant la semaine pour favoriser le développement des habiletés sociales et créer une dynamique d'entraide dans le groupe. Une fois la thérapie terminée, les finissants sont informés que les portes du Ciasf leur seront toujours ouvertes s'ils désirent revenir travailler sur des objectifs qui n'ont pas été atteints. Ils sont également encouragés à revenir pour prendre des sessions supplémentaires s'ils en ressentent la nécessité dans le futur.

I. 2. Méthodologie

Cette section comprend trois parties. La première, « pertinence et procédure de la recherche », porte sur l'importance de cette recherche, la procédure du recrutement des participants, la protection psychosociale des participants, la collecte et conservation des données, la population à l'étude, les critères d'exclusion et l'explication de la méthodologie mixte.

La deuxième, « Méthodologie quantitative », comprend le développement d'une approche d'observation visuelle des résultats quantitatifs. Les questions de recherche ainsi que les outils de recherche, collecte et analyse des données y sont présentés.

La troisième partie, « Méthodologie qualitative », présente l'approche utilisée pour l'étude qualitative ; les questions de recherche, les outils de recherche, la collecte et l'analyse des données y sont également présentés.

Partie 1 : Importance et procédure de la recherche

I. 2.1.1. L'importance de cette recherche :

La pertinence de cette recherche s'explique par le besoin de mieux conceptualiser le vécu du processus thérapeutique auprès de cette clientèle et des thérapeutes. Le but était de faire la lumière sur l'expérience de l'approche intégrative constructiviste qui est utilisée au Ciasf. Bien que l'approche TCC ait pu démontrer une certaine efficacité, Marshall et Hollin (2015) mentionnent qu'il ne faut pas généraliser l'implémentation de cette pratique dans tous les centres de programmes qui œuvrent auprès de cette clientèle. Il est donc intéressant de pouvoir étudier d'autres approches pouvant venir en aide à cette clientèle.

I. 2.1.2 Procédure du recrutement des participants :

La permission de la part de l'établissement du Ciasf a premièrement été obtenue pour le développement de cette recherche. La chercheuse a été en contact avec les thérapeutes des groupes constructivistes au Ciasf à partir du mois de décembre 2018. Depuis, cette date, la chercheuse et les thérapeutes ont travaillé en étroite collaboration pour faire cheminer ce projet. La chercheuse a été sur les lieux en tant qu'observatrice pendant quatre mois avant de débiter la collecte de données. Tenant compte de la complexité du groupe ouvert et de la structure hors norme, la chercheuse a dû bien comprendre les procédures de la programmation pour parvenir à déployer

une méthodologie qui pourraient lui permettre de noter les changements observés au cours du cheminement thérapeutique des clients, et ce, malgré leur processus individualisé dans le groupe ouvert. Avant de vérifier auprès des clients leur intérêt à participer à cette recherche, le directeur général du Ciasf a remis une lettre à la chercheuse confirmant l'acceptation du projet. Cette lettre peut être retrouvée à l'annexe (VIII).

Le recrutement des participants s'est fait avec le support des thérapeutes. Tenant compte que la chercheuse était sur les lieux toutes les semaines pendant quatre mois, un lien de confiance a pu se créer entre la chercheuse et les thérapeutes. Lorsque la lettre et la confirmation du comité d'éthique ont été reçues, elle a pu rencontrer les participants actifs des trois groupes constructivistes tout en étant accompagnée des thérapeutes afin de présenter l'objectif de la recherche en demandant la participation volontaire des clients.

Après avoir donné, un court discours aux trois différents groupes, une lettre d'appel à la participation leur a été remise. Cette lettre peut être consultée à l'annexe (X) pour celle en français et l'annexe (XI) pour celle en anglais. Une fois l'invitation acceptée, la chercheuse a pu contacter individuellement les participants afin de prendre un rendez-vous individuel pour toutes les entrevues. Lors de ces rencontres, avant même de débiter, chaque participant a pu confirmer son consentement afin de poursuivre ce processus. Le consentement peut être consulté à l'annexe (XII) en français et à l'annexe (XIII) pour le consentement en anglais. Une fois le consentement complété et signé par les deux parties, la chercheuse a été en mesure de procéder aux entrevues.

I. 2.1.3. Protections psychosociales des participants :

Les gens qui ont donné leur consentement pour participer à cette recherche étaient soit actifs dans leur thérapie ou venant tout simplement de la terminer, entre une et trois semaines avant leur entrevue. La psychologue qui dirigeait les groupes était familière avec les questionnaires d'entrevues qui ont été utilisés durant cette recherche. Elle estimait que les questions qui allaient être posées étaient appropriées pour la clientèle et que les risques psychosociaux étaient minimes. Par ailleurs, s'il arrivait que certaines questions éveillent des émotions, de l'inconfort, de l'anxiété, de la frustration ou autre, alors ces émotions pouvaient être travaillées suite à l'entrevue avec le client dans le cadre même de la thérapie. De plus, les entrevues étaient complétées au Ciasf, dans le même bâtiment que les intervenants. Lors du déroulement, les participants avaient le droit de s'arrêter pour une pause ou à tout moment ne pas continuer du tout ou se retirer du processus. La chercheuse était disponible pour soutenir les participants en état de détresse, s'ils en avaient besoin.

I. 2.1.4. Collecte et conservation des données :

Après avoir reçu le consentement éclairé des participants, la chercheuse a procédé à la cueillette des données dans les locaux du Ciasf avec la présence des thérapeutes sur les lieux. Chaque participant a été rencontré individuellement pour compléter les entrevues nécessaires dépendamment de leur participation à la partie quantitative ou qualitative. Les récits ont été gardés confidentiels dans un endroit à double serrure auquel seule la chercheuse avait accès. Toutes informations d'identification ont été protégées en assignant un nombre à chaque récit pour ne pas afficher le nom des participants. Quant aux formulaires de consentement qui comportaient les

informations identifiant les participants, ils ont été rangés et mis sous clé dans un endroit sécuritaire ou seulement l'étudiante chercheuse avait accès.

Toutes les informations électroniques ont été conservées sur une clé USB qui était protégée par un mot de passe. Encore là, seule la chercheuse avait accès au mot de passe. Durant la période de traitement des données, l'ordinateur est dans un endroit mis sous clé ; seule l'étudiante en avait accès. Les données recueillies seront conservées pendant cinq ans dans un bureau de la faculté des sciences humaines à l'Université Saint Paul. Ces données seront par la suite détruites par déchiquetage et/ou supprimées après 5 ans.

Trois différentes entrevues ont été complétées durant cette recherche :

1. La première entrevue est celle qui a été utilisée pour compléter l'analyse quantitative. Pour cette section, nous avons eu cinq participants qui ont passé deux entrevues. La première a été au début de la recherche et la deuxième a été après la 15^e semaine active dans la thérapie. Chacune des entrevues a été d'une durée approximative d'une heure. Plus de détails seront fournis dans la partie sur la méthodologie quantitative qui débute à la page 34.
2. La deuxième entrevue a été complétée pour une analyse qualitative. Celle-ci nous a permis de tenir compte de l'expérience qu'ont vécue les participants à travers le processus de la thérapie offerte au Ciasf. Pour cette partie qualitative, nous avons interviewé cinq participants qui ont complété leur thérapie pendant le processus de cette recherche. Chacun d'entre eux a donné son consentement pour participer. Les entrevues ont été faites sous

forme d'une rencontre semi-structurée avec un questionnaire qui a été spécifiquement développé pour cette recherche et les clients ayant terminé leur thérapie. Chacune des entrevues a été d'une durée de 30 à 60 minutes. Les questions posées ont tenté d'explorer et de comprendre le vécu des participants après avoir vécu le processus thérapeutique constructiviste, ce à quoi la partie quantitative ne pouvait pas répondre. Le questionnaire pour l'entrevue qualitative peut être consulté à l'annexe (V). Plus d'informations concernant le processus de recherche sont données dans la partie de la méthodologie qualitative débutant à la page 38.

3. La troisième entrevue, encore selon une analyse qualitative, a été complétée individuellement avec les 2 thérapeutes des groupes, un homme et une femme. Les rencontres ont été d'une durée de 30 à 60 minutes. La chercheuse considère l'ajout de cette section importante étant donné que la relation thérapeutique semble, selon la revue de la littérature et les résultats de la présente recherche, jouer un rôle important dans l'efficacité du traitement (Corabian et Hogan, 2015). Les questions concernant cette entrevue se retrouvent à l'annexe (VI).

1. 2.1.5. La population à l'étude :

Dans le présent travail, la population mise à l'étude a été des participants actifs (thérapeutes et clients) à la thérapie constructiviste offerte au Ciasf. Pour maintenir la confidentialité, les noms des participants ont été modifiés et remplacés par des pseudonymes. Plus spécifiquement, seulement les participants ayant donné leur consentement concernant leur participation à la recherche ont été inclus dans ce projet. Les participants (clients) qui ont été observés pour cette

recherche sont d'âge adulte, c'est-à-dire qu'ils sont âgés entre 22 et 66 ans. Chacun d'entre a été reconnu coupable par la loi d'avoir commis une infraction sexuelle envers une personne mineure. Tous ont été mandatés de compléter cette thérapie à l'exception d'un qui a choisi d'aller chercher de l'aide selon son propre gré. Pour ce qui est des thérapeutes, il y a eu un homme à titre de psychothérapeute de 54 ans et une femme psychologue de 59 ans. Pour maintenir la confidentialité de nos participants, une modification a été apportée dans chacun des noms représentant les clients et les thérapeutes.

Pour la partie concernant l'observation des résultats quantitatifs de cette recherche, seulement les hommes étant actuellement actifs dans leur processus thérapeutique ont fait deux entrevues spécifiques à cette analyse. Les cinq hommes se retrouvaient tous à une étape différente dans leur cheminement thérapeutique, en tenant compte que la thérapie au Ciasf est un groupe ouvert. Pour participer à cette section de la recherche, les participants devaient être encore actifs dans leur processus pour une période de temps d'observation de 15 semaines.

Tableau 1. Profil des participants partie (quantitative).

Participants (clients actifs dans la thérapie)	Âge du participant	Nombre de sessions complétées à la première entrevue	Nombre de sessions complétées à la deuxième entrevue	Abus sexuel(s) précédent(s)	Abus sexuel(s) commis avec contact physique	Abus sexuel(s) commis sans contact physique	Victime(s) intrafamiliale(s)	Victime(s) Extrafamiliale(s)
Evan	18	9	24	non	non	oui	non	oui
Nathan	39	30	45	oui	oui	non	oui	oui
Johan	25	29	44	non	non	oui	non	oui
Maxime	52	25	40	oui	oui	non	oui	oui
Matthew	22	40	53	non	non	oui	non	oui

Tableau 2. Profil des participants (clients) partie (qualitative)

Participant (client complété)	Âge du participant	Nombre de sessions complétées en tout	Abus sexuel(s) précédent(s)	Abus sexuel(s) commis avec contact physique	Abus sexuel(s) commis sans contact physique	Victime(s) intrafamiliale(s)	Victime(s) Extrafamiliale(s)
Alex	51	71	non	oui	non	oui	non
Andrew	64	68	non	non	oui	non	oui
Laurin	66	58	non	oui	non	non	oui
Jake	31	59	non	oui	non	oui	non
Matthew	22	53	non	non	oui	non	oui

Tableau 3. Profil des parties (thérapeutes) (qualitative)

Participants (thérapeute)	Âge	Années d'expérience avec cette clientèle	Titre professionnel
Julien	54	6	Psychothérapeute
Samantha	59	30	Psychologue

I. 2.1.6. Critères d'exclusion :

Pour l'étude d'observation visuelle quantitative concernant la première entrevue, nous avons eu huit participants. Malheureusement, trois des huit participants n'ont pas pu se présenter pour compléter la seconde entrevue pour différentes raisons. L'un d'entre eux a reçu sa sentence avant que les 15 semaines d'observation ne soient terminées. Pour ce qui est des deux autres, les secondes entrevues avaient été planifiées avec la chercheuse. Cependant, le jour des rendez-vous, les deux participants ne se sont pas présentés et n'ont jamais fait de suivi auprès de la chercheuse malgré les appels faits. Ainsi, ces participants ont dû être retirés de l'analyse des données. L'un

des participants (Matthew) a complété 13 semaines d'observation sur 15. Tenant compte du fait qu'il terminait sa thérapie un peu avant la date prévue, nous avons décidé de l'inclure dans les des études (quantitative ainsi que qualitative), car les résultats étaient importants à souligner.

D'autres exclusions ont eu lieu concernant cette partie de la recherche pour maximiser l'homogénéité. Il a été nécessaire d'exclure de cette phase les gens qui allaient terminer leur processus avant la 15^e semaine d'observation. Par contre ces participants ont été inclus dans la partie qualitative. Pour la partie qualitative, cinq participants ayant terminé leur cheminement thérapeutique durant les mois d'observation ont participé à l'entrevue. Ces participants avaient complété entre 50 et 70 semaines de thérapie au Ciasf et ils ont pu parler de leur expérience durant ce processus. En plus de ces cinq participants, deux thérapeutes qui travaillent avec cette clientèle ont également répondu à un questionnaire, destiné à aider la chercheuse à comprendre leurs expériences de travail avec cette population.

I. 2.1.7. Méthode mixte :

Cette recherche s'appuie sur une méthodologie mixte (MM) de collecte et d'analyse des données. Lors de notre proposition de recherche, nous avons planifié faire une étude quantitative en portant notre réflexion sur les changements concernant les facteurs dynamiques des participants vivant le processus thérapeutique étudié. Cependant, après avoir complété 5 mois d'observation auprès des groupes, certains facteurs venant affaiblir l'étude quantitative planifiée ont été identifiés. Comme premier facteur, il a été déterminé que le nombre de participants serait très bas tenant compte de la longévité du processus thérapeutique en plus de la limite de temps associé à l'étude. Comme deuxième facteur, certains participants ont dû être automatiquement exclus de

l'étude quantitative à cause de leur cheminement thérapeutique qui se terminait avant la fin de la semaine 15 d'observation.

Ainsi, dès notre proposition de recherche, il a été mentionné que le nombre de participants serait faible ($n = 15$) dû à la réalité des facteurs mentionnés ci-haut. Nous avons signalé ces limites en mettant en évidence que toute analyse portant sur les différences au sein du groupe étudié serait interprétée avec prudence. Cependant, face à la réalité de cette recherche, nous avons été confrontés à un nombre encore plus faible que 15 participants pour la partie quantitative.

La réalité du programme à l'étude a aussi poussé la chercheuse à développer une étude mixte pouvant inclure un plus grand nombre de participants. Cette méthode nous a permis d'inclure non seulement ceux actifs pour les 15 semaines d'observation, mais ceux qui auraient été exclus par ce critère de terminaison. Creswell et Plano Clark (2011) soutiennent qu'une méthodologie mixte permet d'exécuter une collecte et une analyse de données en profondeur en intégrant une méthode qualitative et quantitative à des questions de recherche. Cette prémisse se centralise sur le fait qu'une combinaison des deux approches, quantitative et qualitative fournirait une meilleure compréhension du phénomène à l'étude. Bujold (2018) propose plusieurs types d'intégration stratégique opérationnelle pour les recherches adoptant une méthode mixte. Il rapporte que les approches peuvent être élaborées de façon créative en utilisant différentes formes de collectes de données expérimentales, observationnelles ou simulées. Cependant, il insiste sur l'importance que chaque méthode choisie soit utilisée de façon rigoureuse selon les critères généralement admis dans le domaine de recherche invoqué. Pour cette recherche nous avons suivi ce que Bujold présente comme étant l'intégration de comparaison des résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus,

de manière séparée. Ainsi, la section qui suit présentera les deux méthodologies qui ont été utilisées. Celle quantitative sera la première présentée, puis suivra celle qualitative. Les deux méthodes seront présentées indépendamment en tenant compte qu'elles suivent leurs propres critères de recherche.

Partie 2 : Méthodologie quantitative

I. 2.2.2. Question de recherche quantitative :

Lors d'une observation de 15 semaines, lesquels des 7 facteurs dynamiques (acte sexuel compulsif, personnalité criminelle, distorsions cognitives, agression interpersonnelle, impulsivité, contrôle émotionnel et déficit d'intimité) choisis parmi les 17 proposés par le « Violence Risk Scale-Sexual Offender Version » (VRS-SOV) ont changé ?

I. 2.2.3. Outil de recherche quantitative :

Cette partie de la recherche s'est penchée sur l'observation des changements pouvant être remarqués durant les 15 semaines actives en thérapie. C'est avec l'outil « VRS-SO » qui a été développé par Wong, (Olver et al., 2007) que la chercheuse a évalué ces changements. Veuillez consulter l'annexe (I) pour une explication de l'outil VRS-SO. Selon Beggs et Grace (2010), le « VRS-SO » est un instrument qui repose sur des fondements théoriques solides qui intègrent non seulement les éléments statiques et dynamiques de la personne, mais également le modèle transthéorique du changement qui est un modèle intégratif de changement intentionnel du comportement mal adapté (Csillik, 2009). Chacun des facteurs examinés est fusionné avec les cinq stades du modèle transthéorique. Ceci nous permet de voir si le participant (client) progresse,

régresse ou reste stable durant les 15 semaines d'observation. Pour cette recherche, seulement 7 de ces facteurs dynamiques ont été analysés et étudiés.

L'intégration du modèle transthéorique aux facteurs dynamiques apporte une richesse à l'outil. Selon cette approche, lorsque l'on parle d'un « processus de changement », cela soutient qu'une personne pose des actes afin de modifier ses pensées, ses conduites ainsi que ses émotions reliées au comportement problématique imminent (Csillik, 2009). Développée par Prochaska en 1979, cette approche stipule que l'individu qui tente d'apporter des modifications de ce genre passe à travers cinq stades, dont (1) la *pré réflexion* (2) la *réflexion* (3) la *préparation* (4) l'*action* et (5) la *maintien* (Csillik, 2009). Pour continuer avec Csillik, l'approche évalue des changements précis dans les comportements et les intentions des individus. Elle permet aux cliniciens d'identifier les caractéristiques reliées aux changements. Finalement, l'association du modèle transthéorique et les facteurs dynamiques nous permettent d'évaluer les changements que vivent la personne en examinant dans quel stade l'élément dynamique observé du participant se retrouve. Ce genre d'évaluation procure également les informations nécessaires servant à modifier, améliorer et à individualiser le plan de traitement du client. Ce processus permet de déterminer une transition progressive, régressive ou fixe lors du temps consacré en traitement. C'est ainsi que selon Olver et Wong (2009), en combinant ces aspects, nous pouvons compléter une évaluation plus étoffée et précise des « risques de récidives » des clients participants au traitement étudié.

I. 2.2.4. Collecte des données quantitatives :

La collecte de données pour cette partie, a été complétée avec cinq participants (clients), à deux moments différents : au début de la recherche et après 15 sessions actives dans la thérapie. Chacun d'entre eux a été convoqué à une entrevue semi-dirigée tirée du manuel « Violence Risk Scale-Sexual Offence Version ». L'entrevue a été raccourcie, car seulement 7 facteurs dynamiques ont été étudiés pour cette recherche. Les entrevues ont duré entre 45 et 90 minutes chaque.

Durant ce processus, chacune des entrevues a été enregistrée. Elles ont par la suite été transcrites en verbatim à l'ordinateur pour avoir accès aux passages cités par les participants et afin de pouvoir bien coder en nombre ce que les participants ont évoqué. L'échelle « VRS-SO » est généralement administrée avant que la personne commence le programme « prétraitement » et la seconde fois, lorsque l'individu termine son traitement « post traitement ». Cependant, étant donné que le programme à l'étude est un groupe « ouvert » (chacun des participants se joint au groupe à différents moments durant l'année), l'outil a été administré dès le début de cette recherche ; après avoir recueilli les consentements des participants. Ainsi, certains des participants étaient au tout début de leur cheminement thérapeutique alors que d'autres étaient plus avancés dans le leur. L'important pour cette recherche était que les participants soient actifs pendant 15 semaines après la première entrevue. Pour maximiser l'homogénéité chez les participants, tel que mentionné ci-haut, nous avons dû exclure de cette partie de la recherche les gens qui allaient devoir arrêter la thérapie avant que les 15 semaines d'observation soient terminées. Cependant, ils ont été inclus dans l'analyse qualitative.

I. 2.2.5. Analyse descriptive quantitative :

L'approche qui a été utilisée pour cette partie comprend une analyse descriptive des 7 facteurs dynamiques des participants. Les entrevues ont été codées en nombres en utilisant les réponses et en suivant les critères décrits dans le manuel VRS-SO. Cette échelle évalue chaque facteur selon une mesure de 0 à 3 points. Ces facteurs sont accompagnés du modèle transthéorique ce qui nous a permis de calculer les changements que la personne a faits durant les 15 semaines actives ; qu'il soit régressif, progressif ou stable. Pour déterminer l'observation d'un changement chez les participants, il s'est avéré nécessaire de prendre le score total de chaque facteur dynamique de la première entrevue et de la deuxième et de faire une comparaison visuelle des résultats numériques. Chaque changement de stade du modèle comprend un pointage de 0.5. Ce qui veut dire que s'il y a eu une progression, il fallait soustraire du total (0.5 point) pour chaque stade qui s'est amélioré. Au contraire, s'il y a eu une régression, il fallait ajouter (0.5 point) pour chaque stade de régression. S'il n'y a eu aucun changement dans le facteur dynamique du participant, aucune modification n'a été faite au score total du facteur dynamique observé. C'est en comparant la différence entre la première et la deuxième entrevue que nous avons pu interpréter nos résultats. Des tableaux pour organiser les données quantitatives afin de les rendre plus ordonnées. Les tableaux sont présentés dans la partie quantitative de la recherche. De plus, pour faire ressortir ces changements observés, certaines citations des participants ont été incluses.

Partie 3 : Méthodologie qualitative :

I. 2.3.1. Question de recherche qualitative :

Comment se vit l'expérience thérapeutique constructiviste au Ciasf ?

I. 2.3.2. Outils de recherche qualitative :

Pour cette partie de la recherche, nous avons utilisé deux différentes entrevues semi-dirigées. Une série de questions a été formulée par la chercheuse afin d'explorer l'expérience des participants ayant terminé leur cheminement thérapeutique constructiviste et le vécu des thérapeutes. Pour voir l'entrevue complétée avec les participants l'ayant terminée, veuillez consulter L'annexe (V). Pour la seconde entrevue, celle qui a été complétée avec les thérapeutes, veuillez consulter l'annexe (VI).

I. 2.3.3. Collecte des données qualitatives :

Pour cette partie qualitative, nous avons interviewé cinq participants qui ont complété leur thérapie pendant le processus de cette recherche. Alors qu'une autre entrevue a été faite avec deux thérapeutes pour comprendre l'expérience qu'ils vivent avec cette clientèle dans leur cadre thérapeutique. Les entretiens se sont déroulés sous forme de rencontres semi-structurées. Chacune d'elle a été d'une durée de 30 à 60 minutes au total. Puis, chacune de ces entrevues a été enregistrée à l'aide d'un appareil électronique. Ensuite, elles ont été transcrites en verbatim à l'ordinateur. Finalement, le codage et le triage de ces données qualitatives ont été étudiés, analysés comme démontré dans la section qui suit.

I. 2.3.4. Analyse interprétative phénoménologique

En ajoutant la partie qualitative à notre recherche, la chercheuse croit apporter une flexibilité aux données quantitatives, car cette méthode permet de suivre des pistes émergentes dans le discours des participants plutôt que d'explorer des pistes ciblées comme la partie quantitative. Comparativement à la partie quantitative qui analyse les changements présents chez les participants selon les 7 facteurs dynamiques observés, cette section permet d'étudier certaines pistes qui ont émergé dans le discours des participants (thérapeutes et clients) pour comprendre leur vécu dans la thérapie constructiviste. C'est en utilisant un guide tel qu'une entrevue semi-dirigée que nous avons exploré notre question de recherche qualitative. Cette section nous a permis de pouvoir entrer dans le monde des participants et de comprendre comment le processus est vécu. Creswell (2007) présente l'étude phénoménologique comme étant une manière de décrire la signification d'une expérience d'un phénomène commun vécu par plusieurs individus. L'utilisation de cette méthodologie nous permet d'explorer et par la suite de décrire ce que les participants ont en commun lorsqu'ils ont fait l'expérience de la thérapie. En utilisant cette modalité, nous avons pu examiner le vécu des participants et présenter l'essence expérientielle universelle de leur vécu durant ce processus thérapeutique. Creswell (2007) rapporte que la phénoménologie nous permet de décrire « ce qu'ils ont vécu » comme expérience et « comment ils l'ont vécu ».

L'analyse thématique qualitative a été choisie comme étant la méthodologie la plus appropriée pour cette partie de la recherche. Cette partie qualitative s'appuie sur les travaux de Braun et Clarke (2006), tout en suivant les processus systématiques d'analyse des données. Ces auteurs ont développé six phases qui constituent un cadre structuré : la familiarisation des données

recueillies ; le ressorti des codes initiaux ; l'émergence des thèmes ; la révision des thèmes ; la définition des thèmes et l'étape de la rédaction (Maguire & Delahunt, 2017). Certains ajustements ont été faits durant ce processus tel que l'ajout d'un code de couleurs qui sera expliqué ci-dessous.

Pour la première phase, la chercheuse s'est concentrée sur la familiarisation du contenu des transcriptions des entrevues. Le tout a été soigneusement lu à plusieurs reprises accompagné d'une annotation et d'une prise de note concernant certains passages pertinents émis par les participants. À la deuxième étape, les données ont été codées dans un ensemble en utilisant un tableau comprenant deux colonnes. À gauche, il s'est avéré utile de mettre en évidence les unités de sens, tandis que dans la colonne de droite c'était les citations des participants. Ce processus a permis d'assurer que les thèmes soient bien ancrés dans les données recueillies. Pour faciliter cette étude, comme mentionné ci-haut, il a été nécessaire d'ajouter un autre élément important, c'est-à-dire un code de couleurs. Ce dernier a permis de différencier chaque participant et par le fait même de repérer le nombre de participants en soulignant la même expérience vécue. Cette phase a été utile pour organiser de manière significative et systématique le codage, en réduisant les transcriptions des entrevues en petits segments représentant une unité de sens. Lors de la troisième phase, un nouveau tableau a été créé afin de mieux diviser les unités de sens ressorties lors de la phase 2. Ce tableau a été utile pour développer les catégories qui englobaient les unités de sens pour finalement arriver à bien identifier les thèmes représentant le contenu de la collecte de données. À cette étape, 43 unités de sens ont été dénombrées puis modifiées en 16 différentes catégories pour atteindre finalement trois (3) thèmes supérieurs et deux (2) thèmes d'intersections, donc cinq (5) au total. Ceux-ci ont été interprétés de façons explicites à la quatrième phase, où nous avons examiné, révisé, analysé et développé les thèmes recensés dans cette recherche. Cette étape a été utilisée

pour rassembler toutes les données qui semblaient les mieux adaptées pour chacune des catégories représentées par les cinq thèmes choisis. Ensuite les citations des participants ont été organisées sous les thèmes et les catégories identifiées et nommées. Cette étape a assuré que les cinq thèmes choisis sont bien ancrés avec les données recueillies.

I. 2.3.5. Fidélité et validité des données :

Pour vérifier la fiabilité de l'analyse des thèmes émergents, un protocole d'évaluation de la fiabilité du codage initial a été complété par la chercheuse et l'une de ses collègues Roxanne Leblanc. Consulter l'annexe (XIV) pour voir le protocole. Ce processus comprenait 15% des récits des entrevues qualitatives. Le ratio normalement recommandé par d'autres chercheurs pour l'intercodage est de 10% (Niek & Vonk Noordegraaf, 2012). Ceci a également été affirmé sur le site web des Lombard. Nous avons décidé d'augmenter le pourcentage à 15 % pour aboutir à une plus grande fiabilité. Les textes qui ont été utilisés pour cette analyse ont été sélectionnés de façon aléatoire par le directeur de thèse Buuma Maisha. Avant de procéder au protocole proposé par le Dr Maisha, une explication claire et précise a été mise en place et présentée aux deux codeurs. C'est sous forme d'un tableau comprenant deux colonnes que l'analyse a été faite. Durant l'évaluation du taux de fiabilité, le tout était bien identifié et organisé. Lors de la rencontre entre les deux codeurs, l'objectif était de calculer le pourcentage de fiabilité de l'analyse. Le codage a été considéré comme étant fiable lorsque deux codes étaient identiques ou ayant une signification étymologique similaire. Durant cette rencontre, le premier taux de fiabilité était de 89% pour les transcriptions choisies par le directeur. Nous avons adopté une approche « d'accord négocié » pour

évaluer cette fiabilité d'inter codage. Après avoir négocié une entente selon le protocole, les codes ont été discutés et les codeurs ont pu arriver à une version finale fiable de 100%.

Chapitre II : Présentation des analyses et discussions des résultats

Le chapitre qui suit présente deux différentes parties tenant compte de la recherche mixte ayant deux méthodologies. La première partie comprend les résultats de l'analyse descriptive quantitative. Cette section a été divisée en deux. Premièrement, la totalité des pointages des facteurs dynamiques chez les participants (clients actifs) : entrevue 1 vs 2. Puis, deuxièmement, une seconde section concernant : les facteurs dynamiques ayant le plus changé durant les 15 semaines d'observation.

La deuxième partie de ce chapitre présente les résultats de l'analyse interprétative phénoménologique. Cette section a été divisée en trois. La première présente une brève description de l'expérience vécue par chacun des participants à l'étude qualitative. Puis la deuxième section présente les thèmes ayant émergé de l'analyse. La troisième présente le modèle proposé par la chercheuse en s'encrant dans les thèmes émergents.

Partie 1 : Résultats quantitatifs

II. 1.1. La totalité des pointages des facteurs dynamiques chez les participants

(clients actifs) : entrevue 1 vs 2 :

Cette partie démontre les résultats de chacun des participants (clients actifs) avec leur pointage concernant leurs facteurs dynamiques selon la première entrevue (bleu) et les résultats de la seconde (rouge). Cette analyse quantitative a été complétée pour répondre à notre question de recherche étant : lors d'une observation de 15 semaines, lesquels des 7 facteurs dynamiques (acte sexuel compulsif, personnalité criminelle, distorsions cognitives, agression interpersonnelle,

impulsivité, contrôle émotionnel et déficit d'intimité) choisis parmi les 17 proposés par le « Violence Risk Scale-Sexual Offender Version » (VRS-SOV) ont changé ?

Nous voulions voir s'il y a eu une progression, une régression ou s'il n'y a simplement eu aucun changement chez les clients actifs durant cette période d'observation. Les graphiques ci-dessous démontrent de façon visuelle les résultats de chacun des participants (clients actifs) et leur résultat de pointage selon leurs facteurs dynamiques. L'échelle utilisée selon le VRS-SO décrit que la note souhaitable pour les facteurs dynamiques est le 0 comparativement à 3 qui est problématique selon l'interprétation de l'outil.

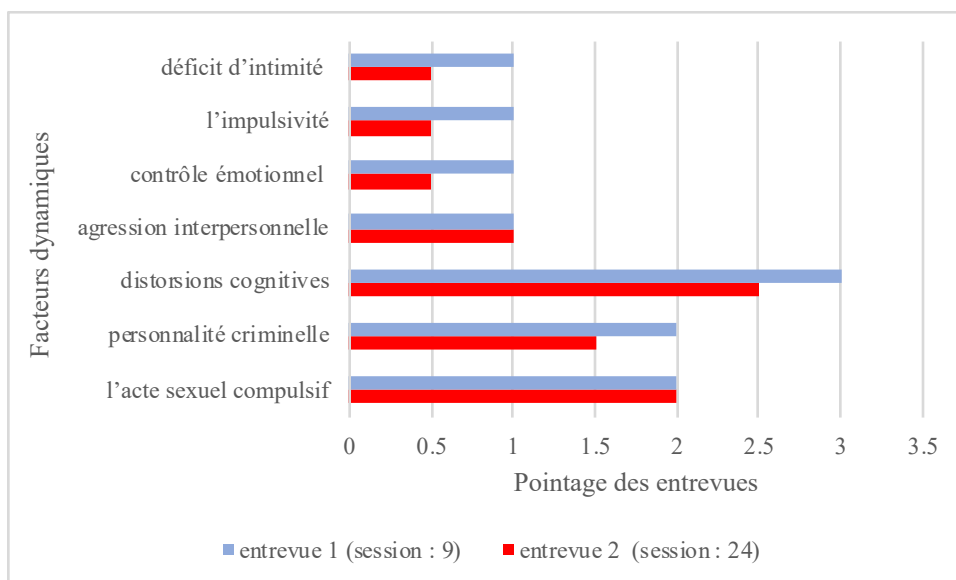


Figure 1. Résultats des entrevues de Evan

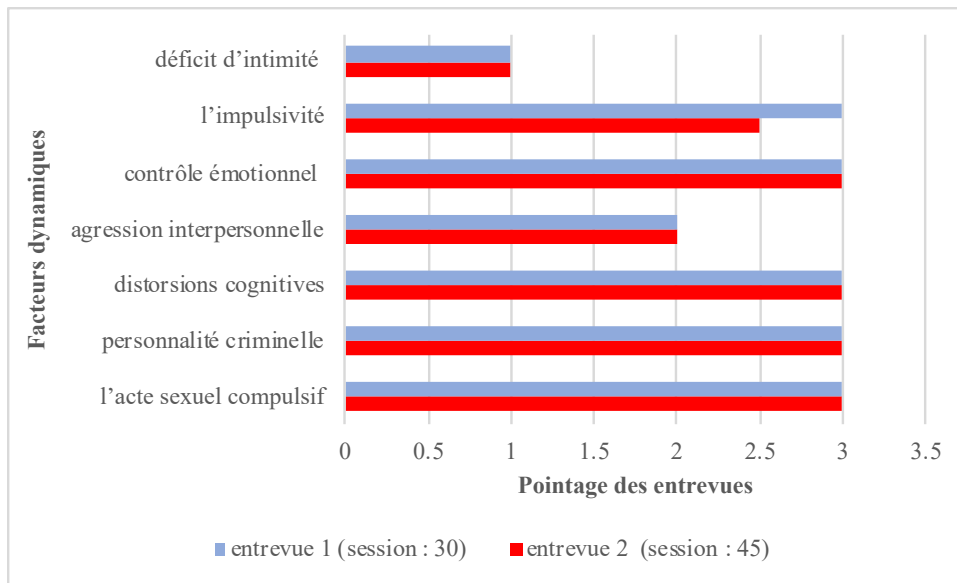


Figure 2. Résultats des entrevues de Nathan

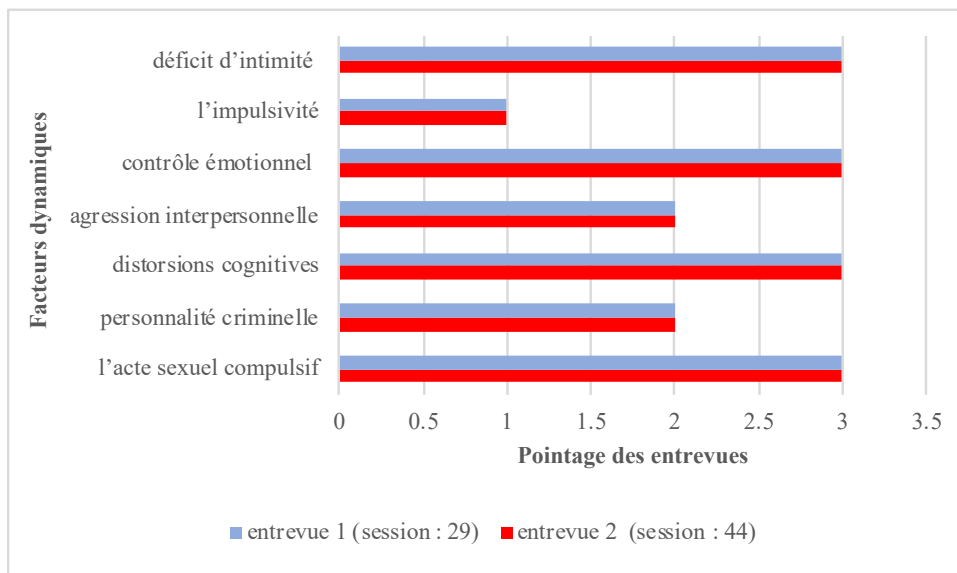


Figure 3. Résultats des entrevues de Johan

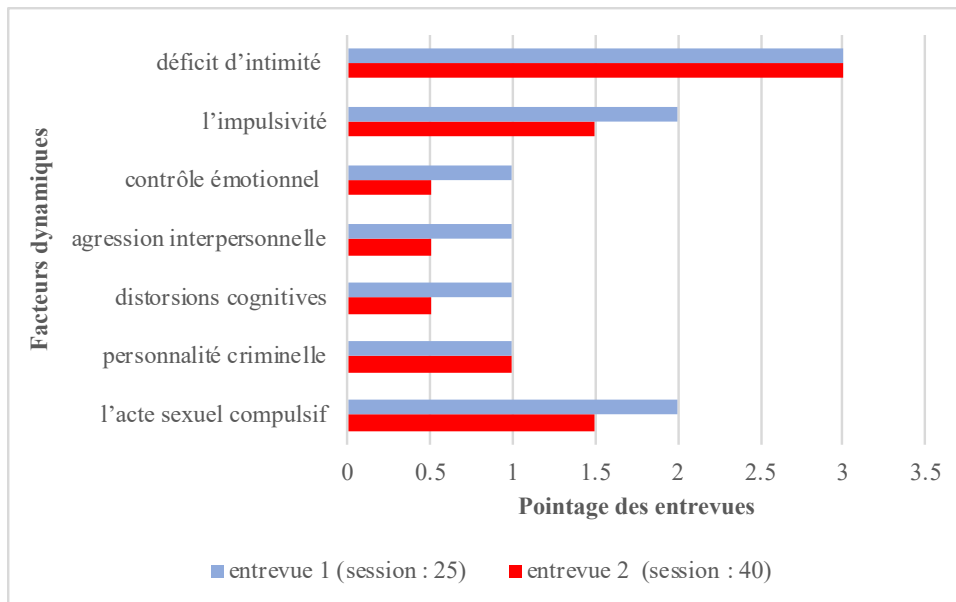


Figure 4. Résultats des entretiens de Maxime

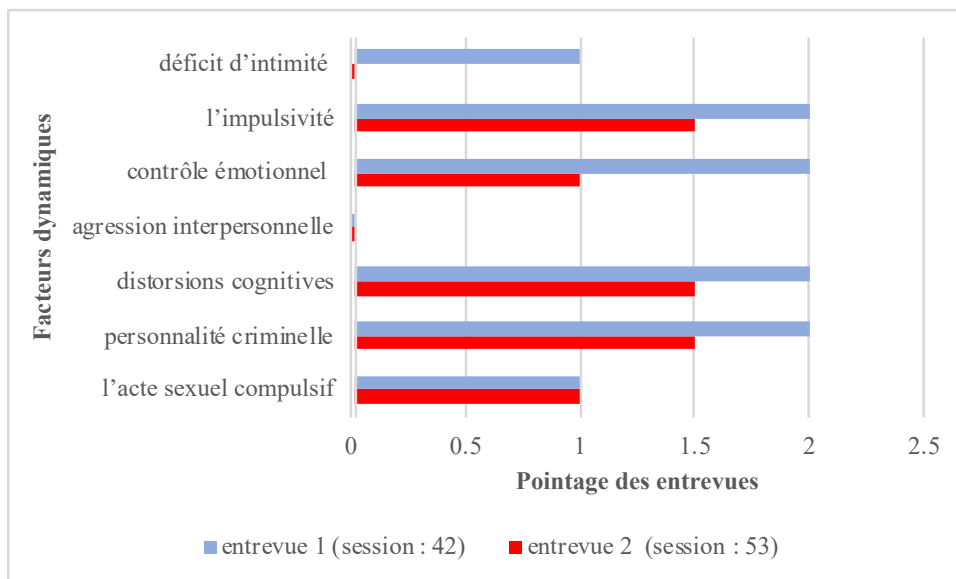


Figure 5. Résultats des entretiens de Matthew

Parmi les résultats obtenus pour cette section, comme nous l'avons mentionné dans notre méthodologie, il est important que les résultats soient interprétés avec prudence, car il faut tenir compte de l'échantillonnage qui est très limité (5 participants). Ainsi, aucune analyse statistique n'a pu être complétée durant cette recherche. Nous ne pouvons donc pas déterminer une causalité

entre la thérapie et les changements observés durant les 15 semaines. Cependant, les résultats que nous présentons se basent sur une interprétation visuelle des données recueillies après le codage numérique des entrevues tiré de l'échelle VRS-SO qui traite l'évaluation des facteurs dynamiques. Selon nos observations du codage des entrevues des participants actifs en thérapie, nos résultats, indique que 80% (4 sur 5) des participants démontrent des changements positifs dans certains de leurs facteurs dynamiques. Dans l'ensemble de ces résultats, 60% (3 sur 5) des participants ont démontré des changements positifs dans 71% (5 sur 7) des sept facteurs dynamiques choisis. Le tableau ci-dessous est une représentation visuelle des 5 participants et leurs pointages finals selon leur première (bleu) entrevue versus la deuxième (rouge).

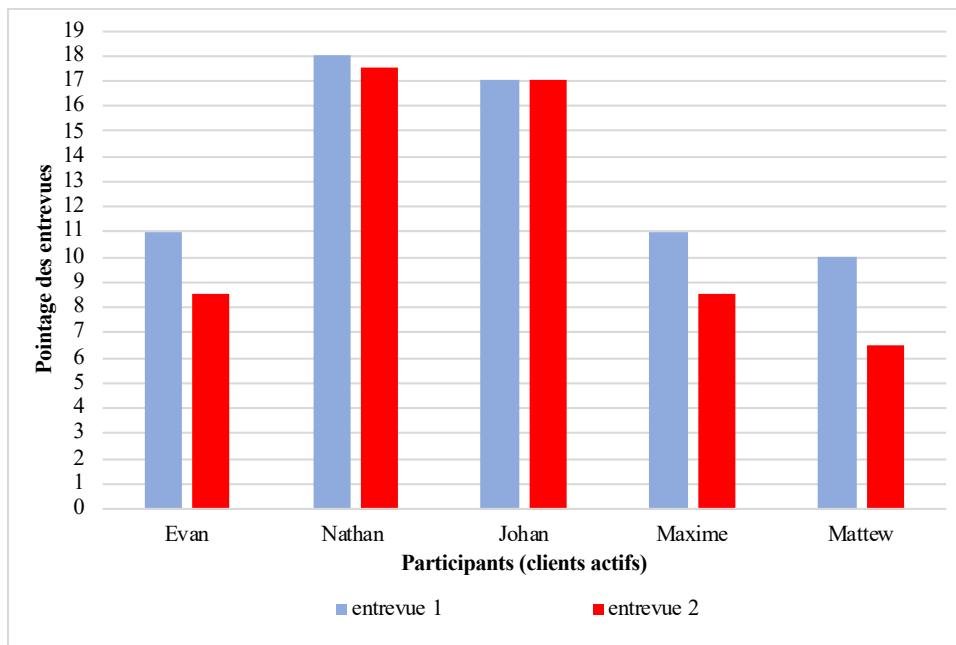


Figure 6. Progression des participants selon l'entrevue 1 vs 2

II. 1.2. Les facteurs dynamiques ayant le mieux répondu au traitement durant les 15 semaines d'observation :

En poussant cette réflexion, il s'est avéré nécessaire de savoir s'il y a certains facteurs dynamiques qui ont moins changé que d'autres durant les 15 semaines d'observation. La section qui suit, représentée de façon visuelle par un graphique, démontre les résultats concernant plus spécifiquement chacun des facteurs dynamiques afin d'éclaircir lesquels ont le plus changé. Ces résultats seront suivis par quelques citations des participants.

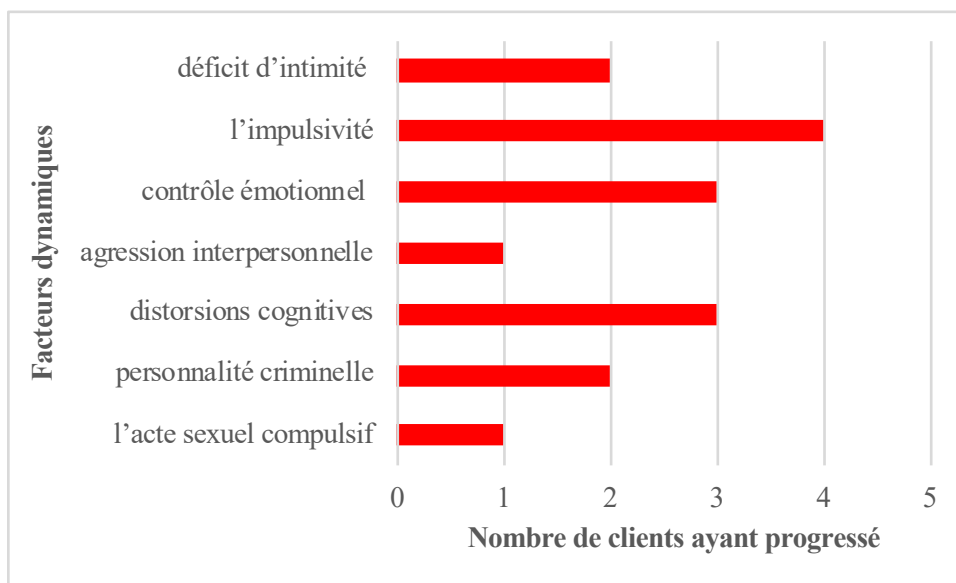


Figure 7. Nombre de clients ayant progressé selon chaque facteur dynamique

Selon le tableau ci-dessus qui représente les résultats obtenus des 15 semaines d'observation, 80% (4 sur 5) des participants ont présenté des changements dans le facteur dynamique concernant l'impulsivité. Nous pouvons déduire que cet élément observé durant cette analyse est celui qui a le plus changé lors des 15 semaines d'observation. Voilà donc deux extraits des entrevues de deux participants rapportant ce changement concernant l'impulsivité. Matthew a

mentionné durant l'entrevue : « Je suis plus capable de prendre du recul avant de prendre des décisions. Je suis beaucoup moins impulsif et je vais y penser deux fois avant de m'impliquer ». Maxime lui, souligne son changement concernant l'impulsivité en mentionnant : « Écoute, pu comme avant non. Je l'ai déjà été, j'ai déjà été mon Dieu... Je me souviens, je me disais [...] tabarnouche y'avait de l'impulsif, [...] chu pu impulsif des fois pas assez même ».

Puis, selon nos résultats émis par notre analyse visuelle, 60% (3 sur 5) des participants ont présenté des changements concernant leur contrôle émotionnel et leurs distorsions cognitives. Voici d'autres exemples qui ont été retenus lors des transcriptions de la seconde entrevue quantitative concernant le contrôle émotionnel. Maxime a fait part qu'auparavant, le contrôle de ses émotions était difficile à contenir et qu'il devenait colérique facilement ce qui l'amenait à avoir des comportements autodestructeurs. Ci-dessous, voici l'un de ses énoncés démontrant un changement progressif concernant le facteur dynamique du contrôle émotionnel :

...tu sais maintenant, j'accepte beaucoup mieux les idées des autres. Ça fait que quand l'autre dit : ben moi, je ne trouve pas ça une si bonne idée. Ben j'ai une petite déception, mais mon monde ne s'écroule pas, tu sais ? Pis eh, je vais faire O.K. c'est cool.

Maxime a démontré durant son entrevue un changement face au contrôle émotionnel. Ce court énoncé, semble démontrer qu'il est aujourd'hui capable de mieux se contrôler pour ne pas tomber directement dans ses émotions fortes. Il parvient à prendre du recul et à respecter l'autre dans ses propres choix. Tandis que Matthew, l'un des autres participants, a rapporté qu'il a pu accéder à ses émotions lors du processus thérapeutique. En entrevue, il a dit : « tu sais, chu pas quelqu'un qui parle de ses émotions beaucoup ... là, à chaque, chaque mercredi, il fallait que je

vienne ici pour en parler. Ça fait que j'en avais assez juste à en parler ici, tu sais ? » Il a mentionné que de s'ouvrir en thérapie les mercredis lui a permis de faire passer les émotions qui lui étaient difficiles à accepter.

Pour ce qui est des distorsions cognitives, 60% (3 sur 5) des participants ont présenté des changements. Matthew, a rapporté : « Je comprends là, je comprends que les accusations, que ce n'était pas correct ce que j'ai faite ». Evan, après avoir complété son entretien avec la chercheuse, a confirmé le changement qu'il a vécu dans sa perception de l'abus. Voici ce qu'il a partagé :

Je ne connaissais pas les victimes et cela m'a aidé à ... Je dirais pas justifie ... Mais, j'étais capable de me séparer de l'abus [...], mais maintenant je pense vraiment à eux [...] être ici et d'écouter les gars, de savoir ce qu'ils ont traversé et tout ... c'est comme ... J'ai l'impression que maintenant, j'ai une relation personnelle avec l'abus que j'ai commis et que je ne peux plus m'en séparer.

Il semble que cette citation puisse bien décrire une modification de ses distorsions cognitives. Il est parvenu à voir que le détachement qui se faisait de ses actes, lui permettait de s'éloigner de la réalité de ses comportements qui était effectivement de l'abus. De plus, Maxime a partagé lors de son entrevue être présentement actif dans la thérapie constructiviste pour une récidive. Il a ajouté avoir complété d'autres thérapies pour des abus ultérieurs qu'il a commis en 2002. Il a aussi dit qu'à travers ces thérapies « cognitives » du passé, il a réussi à garder une de ses distorsions cognitives qu'il a identifiées comme étant « what if ». Voici comment il l'a décrit durant l'entrevue :

What if, elle serait ouverte à avoir une relation comme ça. Même à travers les autres thérapies, j'avais gardé cette réserve-là. Et ce matin-là, je me suis dit c'est now ou never. Mais maintenant je me dis : même si elle aurait dit oui ... où je m'en vais avec ça ... Elle avait 14 ans et c'est ma fille.

Il avoue que la thérapie qu'il suit présentement au Ciasf lui a permis de se confronter lui-même dans cette distorsion cognitive qu'il avait gardée auparavant lorsqu'il avait participé aux autres thérapies. Il mentionne que son expérience face aux interventions émises par les thérapeutes au Ciasf pour parvenir à travailler ces distorsions est faite par des confrontations connectées aux émotions plutôt qu'aux pensées. À son avis, cette pratique fait remonter à la surface la souffrance en premier plan ce qui dévoile un construit de la réalité plus adaptée qui présente réellement l'acte comme étant un abus.

En suivant cette analyse visuelle des résultats, 40% (2 sur 5) des participants nous ont montré des changements face aux facteurs dynamiques : déficit d'intimité et la personnalité criminelle. Durant la seconde entrevue avec Evan, il a partagé le fait qu'il s'était investi dans une relation avec une fille de son âge durant les derniers mois. Non seulement il a pu développer une relation intime, mais il a nommé qu'il s'est construit un réseau social important l'aidant à ne plus s'isoler. Il avait partagé que l'isolement a été pour lui un des facteurs prédominants dans le passage de ses actes d'abus. Ceci a été un changement observé selon l'entrevue 1 vs l'entrevue 2. Pour ce qui est du facteur dynamique de personnalité criminelle, Matthew a exprimé qu'il comprend maintenant ce qu'est l'abus et comment parvenir à l'éviter. Voici ce qu'il a cité :

Mais eh, venir ici, ça m'a fait comprendre aussi savoir c'est quoi qui peut être considéré comme un abus, tu sais ? [...] Ça peut-être dans toutes les situations dans un autre terme

j'ai abusé, j'ai abusé de chips à soir ... souvent c'est j'ai abusé de bière là ... C'est ça j'ai ... donc j'ai dépassé la limite.

Dans la poursuite de l'étude de nos résultats, l'acte sexuel compulsif et l'agression interpersonnelle s'avèrent être les facteurs dynamiques ayant le moins changé durant les 15 semaines d'observation. Selon nos résultats, seulement 20% (1 sur 5) des participants a démontré une transition concernant ces facteurs. Malgré ce résultat, voici ce que Maxime a pu faire ressortir:

Mais le fardeau judiciaire est meilleur qu'avant, mais il est tellement inadéquat et inhumain que tu rentres en prison pis au lieu que le gouvernement t'aide à faire en sorte que lorsque tu sors que tu sois un peu plus socialement et intérieurement mieux. [...] Ce n'est pas reconstitutif du tout. Il est punitif et destructif. Ce n'est pas la dénonciation qui a causé un problème c'est vraiment l'abus. [...] Dans mon cas, je ne sais pas quoi faire avec ... J'ai une attirance envers les fillettes. Mais plus j'accepte mieux je vis avec et mieux je peux gérer. C'est comme si c'était une orientation sexuelle. Je le sens aussi fort que ça.

Il rapporte dans cet énoncé, que les répercussions législatives sont négatives pour son rétablissement. Cependant, il confirme que la thérapie constructiviste l'aide à mieux s'accepter face à son orientation sexuelle. Selon son expérience, cette acceptation lui permet de mieux gérer ses actes sexuels compulsifs pouvant avoir des résultats positifs envers l'agression interpersonnelle. Finalement, cette partie quantitative de la recherche soutenue par certaines citations, semble pouvoir présenter un témoignage des changements rattachés aux facteurs dynamiques remarqués durant les 15 semaines d'observation.

Partie 2 : Résultats qualitatifs

II. 2.1. Brève description de l'expérience de chacun des participants

Pour débiter notre analyse interprétative phénoménologique, nous considérons important de présenter un court résumé de chacun des participants dans le but d'ajouter de la clarté et de la transparence au processus thérapeutique vécu par chacun d'entre eux. Pour maintenir la confidentialité de nos participants, une modification a été apportée dans chacun des noms représentant les clients et les thérapeutes. Cette partie est destinée à mettre en valeur les subtilités et la complexité de notre analyse.

Participant 1 :

Durant l'entretien, Alex 51 ans, mentionne avoir vécu une expérience positive lui ayant permis de cheminer dans un développement personnel englobant plusieurs changements dans différentes sphères de sa vie. Il indique : « Ça m'a fait bien voir des choses, comme ma personnalité, j'étais bien gêné ... Comme je le disais souvent en thérapie ... Pis, ça m'a débloqué bien des choses pour le travail, la famille aussi ». Il exprime que son processus thérapeutique lui a permis de se reconstruire en tant qu'homme adulte ayant aujourd'hui la capacité et les habiletés de reconnaître l'abus, la souffrance et ne pas vouloir abuser de nouveau. Il mentionne que le soutien que lui a apporté le groupe, les thérapeutes et le processus thérapeutique sont comme une sorte de libération face à l'isolement qu'il vivait. Il poursuit en soulignant être conscient de l'importance de pouvoir parler avec des gens en qui il a confiance lorsqu'il en a besoin pour continuer de briser l'isolation. « Ouais. Pis là ça fait 3 semaines que je ne viens pas ici. En parler de nouveau ça fait

comme bizarre. C'est comme un manque ». Alex démontre une sensibilité durant l'entrevue illustrant le regret d'avoir commis l'abus envers sa fille et il veut continuer de progresser dans son rétablissement. Il signale l'importance de rester actif dans son processus, malgré le fait qu'il a terminé 50 semaines de thérapie et qu'il n'a pas commis d'abus depuis 15 ans. Il rapporte que la thérapie lui a été d'une aide précieuse. Il aimerait parvenir à communiquer avec sa fille en l'encourageant à suivre une thérapie de son côté. Il démontre la capacité de ressentir sa propre souffrance et celle de sa fille. Il ajoute qu'il souhaite que son bien-être et espère qu'elle soit heureuse. Alex rapporte que l'abus et la souffrance qui s'y rattache, lui jouent continuellement dans la tête. Il ramène qu'il ne veut plus jamais se retrouver dans une telle situation et qu'il pense régulièrement à ce qui s'est passé, comment, pourquoi et à qu'elle point il est responsable de ses actes puisqu'il est l'adulte.

Participant 2 :

Andrew 64 ans, nous fait part qu'il a beaucoup aimé son expérience au Ciasf en suivant la thérapie constructiviste. Il dit avoir été un des rares participants ayant choisi de son propre gré de compléter un processus thérapeutique relié à l'abus sexuel envers une personne mineure. Il rapporte qu'il ne regrette pas d'avoir exploré plusieurs aspects de sa vie, car ça lui a permis de mieux se connaître. Il souligne l'influence positive du respect ressenti de la part des thérapeutes qui l'ont grandement aidé à progresser dans son rétablissement. Il rapporte avoir ressenti leur acceptation par leur non-jugement. Cela lui a permis de s'ouvrir davantage et les thérapeutes, en creusant, lui ont souligné ce qu'ils percevaient à l'intérieur de lui. Il rappelle que c'est avec leurs interventions adéquates qu'il est parvenu à accéder à un cheminement interne d'acceptation de soi. Il dit que ce sont les interventions ciblées des thérapeutes et la confiance qu'il a eue envers eux

qui lui ont permis de voir sa propre souffrance, le fait qu'il s'est haï toute sa vie. Cette exploration profonde l'a libéré d'un fardeau qu'il avait enfoui à l'intérieur de lui pendant fort longtemps. Il rapporte repartir de cette expérience avec une nouvelle perception de lui-même et du monde. Ceci lui permet de vivre sa vie en mettant de côté la pornographie et en retournant son attention envers ce qui le passionnait auparavant. Il a confirmé qu'il a pu comprendre la différence entre ce qu'il avait perçu comme étant un fantasme et qu'en réalité, la pornographie était un abus qui perpétuait un cycle vicieux dans lequel plusieurs enfants souffrent. « Et puis c'est ça, oui ça m'a aidé la thérapie, ça m'a aidé à voir la différence tu sais, entre le réel et le fantasme aussi là et les fantaisies et la réalité et la pornographie tu sais ».

Participant 3 :

Dès le début de l'entrevue, Laurin 66 ans met l'emphase sur l'importance qu'a eue la thérapie constructiviste dans sa compréhension de l'abus. « C'était mieux pour moi parce que j'ai plus compris ce que j'ai fait; le tort que j'ai fait à l'enfant ». Il souligne que la thérapie s'est bien déroulée et qu'il se sentait confortable avec les thérapeutes et les autres participants du groupe. Il rapporte qu'il a pu constater que sa prise de conscience face à l'abus a été plus longue que d'autres participants. Il ajoute que ça lui a pris des mois et des mois à reconnaître que les gestes qu'il a posés n'étaient pas un jeu et que finalement, il y a vraiment de la souffrance derrière les attouchements qu'il a commis. Il mentionne que c'est avec le temps, le soutien et le processus thérapeutique, qu'il est parvenu à tout comprendre. Durant cette rencontre, Laurin partage sa tristesse liée à sa responsabilité des dommages psychologiques que ses gestes pourraient éventuellement engendrer chez l'enfant. « Ben là je pense au mal que j'ai fait à p'tite » (client est émotionnel). Il rapporte qu'aujourd'hui, il comprend que sa perception des événements était

erronée, car pour lui, ce n'était qu'un jeu. À présent, il dit être prudent et attentif à la souffrance présente dans le monde autour de lui. Il mentionne être plus en contact avec ses expériences internes telles que ses émotions et qu'en étant plus conscient de la souffrance qui existe partout, il veut protéger ceux qui sont vulnérables. « Tu ne sais jamais c'est pour ça la thérapie m'a ouvert les yeux sur tout ce qui avait autour de moi, pis être prêt à protéger quelqu'un d'autre ».

Participant 4 :

Jake 31 ans avoue avoir vraiment aimé son expérience dans cette thérapie. Il exprime avoir trouvé sa place au Ciasf et d'en avoir fait un lieu d'appartenance. Il mentionne que le Ciasf est devenu pour lui une famille sur qui il peut compter tout en sachant qu'il peut revenir à n'importe quel moment même s'il a terminé son processus thérapeutique. Il dit que de savoir que les portes du Ciasf lui seront toujours ouvertes, lui apporte un grand soulagement. De plus, il confirme que les liens qu'il a tissés en suivant cette thérapie continuent de s'épanouir jusqu'à ce jour et qu'il est bien content. Durant l'entrevue, Jake parle du fait de s'être senti en sécurité avec les autres et qu'il a été capable par la suite de s'accepter et de ne plus vouloir s'enlever la vie. Il cite qu'il est parvenu à voir la gravité des gestes qu'il a posés et qu'ils ne sont pas admissibles. Il dit que les gestes posés ont engendré des dommages profonds non seulement chez la victime, mais aussi dans tout l'entourage. Il confirme être plus en contrôle de lui-même en ayant des outils pouvant l'aider à gérer ses pulsions et aussi identifier celles des autres. « Je suis aujourd'hui, capable de repérer ce qui est bien ou pas bien, sain ou malsain avant qu'il arrive quelque chose. Non seulement chez moi, mais aussi chez d'autres gens si jamais il y a un risque d'abus ». Il affirme avoir confiance en ses habiletés qui se sont développées durant ce processus thérapeutique.

Participant 5 :

Matthew 22 ans partage qu'il a vécu une belle expérience durant sa thérapie. Il raconte avoir apprécié travailler avec les deux thérapeutes avec qui il a développé une belle connexion. Il mentionne avoir beaucoup apprécié le fait que les deux cliniciens utilisaient des approches différentes, mais qui étaient très complémentaires. Selon son expérience, l'un d'entre eux avait une méthodologie axée sur le positivisme et l'autre était beaucoup plus directe, mais tout aussi bien. Il rapporte que les interventions des thérapeutes, lui ont permis de se confronter à lui-même dans son propre processus, mais toujours en ayant l'image de progresser vers un futur agréable atteignable. Il parle de l'aspect direct accompagné d'une confrontation empathique qui permet d'accéder à la compréhension de la souffrance derrière l'abus, mais en ayant confiance que cela ne le définit pas en tant que tel. Il mentionne que la thérapie lui a ouvert les yeux sur qui il est réellement plutôt que de s'identifier totalement à l'erreur qu'il a commise. Il rapporte que s'il n'avait pas complété ce processus, il n'aurait pas la confiance qu'il est parvenu à développer. Il dit être en mesure de comprendre ce qu'il a fait de mal et d'avoir la capacité de se mettre à la place des victimes et des victimes indirectes. « Ben dans le sens que j'ai compris pourquoi j'étais accusé, chose que je ne comprenais pas avant ». De plus, Matthew partage qu'avec le thérapeute, il a pu explorer plusieurs aspects de lui-même ce qu'il n'aurait jamais réalisé sans ce processus. Il ajoute être conscient d'un niveau de maturité ayant augmenté ainsi que d'avoir plus de jugement. Finalement, il rapporte être capable de se mettre à la place des autres autour de lui qui ont été affectée, pas juste la victime, mais les victimes indirectes aussi.

Participant 6 :

Julien 54 ans, dit qu'il se positionne en tant qu'humaniste dans son travail thérapeutique au Ciasf. Ceci fait en sorte qu'il aperçoit devant lui une personne ayant besoin d'accompagnement dans un processus de reconstruction adapté pour éventuellement aboutir à un bien-être psychologique. Il ajoute être en mesure d'apporter avec ses interventions, le client à se rencontrer dans sa propre vulnérabilité. Selon lui, cette rencontre fournit une ligne directrice vers le rétablissement de la personne.

C'est la vulnérabilité et la souffrance du client. Ça fait qu'il faut le mettre en contact avec ça aussi, parce que si le client ne comprend pas que lui-même il est vulnérable, comment peut-il développer sa solidité? Comment peut-il développer ses outils? S'il n'a pas de moyen, il n'a pas de ressource. Donc il faut vraiment axer sur la vulnérabilité du client.

Durant l'entrevue, il met aussi en évidence son non-jugement envers ses clients devant lui. Il communique qu'il a confiance en ses habiletés pour travailler avec cette clientèle. Il rapporte que la spiritualité est une force l'aidant à entrer en relation avec la personne qui est devant lui. Il explique l'importance pour lui d'être ancré dans sa spiritualité, car, l'acte commis par l'autre est difficile à entendre, mais il parvient à mettre de côté ce qui est dérangeant pour parvenir à aider celui qui a besoin d'aide.

Participant 7 :

Samantha 59 ans, confirme se sentir bien dans le processus thérapeutique avec ces clients-là, car elle a confiance en leur potentiel de se reconstruire en tant que personne adaptée dans la

société. Elle rapporte qu'elle est consciente que la clientèle avec laquelle elle travaille est mal perçue par la société. Cependant, elle rapporte qu'elle a rapidement compris que ces gens ont tout à l'intérieur d'eux, pour arriver à un changement progressif et sain. Elle mentionne que :

Ça, c'est seulement après quelques sessions seulement, je pense qu'immédiatement, je me suis rendu compte que c'était des personnes à part entière avec toutes les qualités, les défauts, les ressources, etc. que toute personne a donc, je n'ai aucune difficulté à travailler avec ces personnes-là.

Elle confirme durant son entrevue sa confiance envers ses habiletés thérapeutiques pour travailler avec cette clientèle. Elle ajoute avoir foi en sa formation et qu'elle n'a jamais arrêté de se développer en tant que professionnelle. Elle exprime qu'elle travaille avec cette clientèle depuis plusieurs années. Elle dit qu'elle est consciente de l'importance de se questionner et de rester active dans son développement professionnel même après 30 ans d'expérience. Elle mentionne qu'elle s'entoure d'une équipe de psychothérapeutes ce qui lui permet d'avoir un support ainsi que d'autres points de vue concernant les interventions qu'elle met en pratique durant les sessions.

II. 2.2. Résultats thématiques de l'analyse interprétative phénoménologique

Cette partie qualitative a été développée dans le but d'avoir accès aux expériences vécues des participants à travers leur processus thérapeutique constructiviste. Cette recherche a été achevée selon l'exploration de l'expérience thérapeutique des sept participants (clients et thérapeutes) présentés ci-haut. Les résultats obtenus sont expliqués selon les thèmes ressortis à travers les transcriptions des entrevues. Ce processus est élaboré sous trois thèmes supérieurs que nous avons identifiés : « Acceptation », « Connexion » et « Évolution ». Ils sont reliés avec deux

autres thèmes : « Appartenance » et « Reconnaître » en intersection. Chacun des thèmes ayant émergé durant cette analyse est accompagné par des catégories (voir le tableau 4).

<u>Thèmes supérieurs</u>	Acceptation	Connexion	Évolution
Catégories	- acceptation venant des autres - acceptation de soi - acceptation de changer	- relation thérapeutique - relation interpersonnelle - relation professionnelle	- nouvelle vision du monde - nouvelle perception de soi - développement d'habiletés
<u>Thèmes d'intersection</u>	Appartenance		Reconnaître
Catégories	- groupe - soutien - force		- l'abus - responsabilité - souffrance

Figure 8. Thèmes et Catégories

II. 2.3. Un modèle proposé soutenu par l'intégration des thèmes émergents

Les thèmes qui sont ressortis durant l'analyse individuelle et collective des transcriptions qualitatives des participants illustrent un encadrement thérapeutique généré par l'approche intégrative à l'étude. Les trois (3) thèmes supérieurs étant reliés l'un à l'autre via deux (2) thèmes d'intersections qui dévoilent une représentation profonde de ce qui se passe durant ce processus. Selon notre analyse interprétative phénoménologique, l'évolution qui a lieu chez les clients ne s'accomplit pas en suivant un déploiement linéaire, mais plutôt par la présence d'interactions entre trois thèmes supérieurs : « l'acceptation, la connexion et l'évolution » et qui se chevauchent en thèmes d'intersections qu'on identifie ici : « l'appartenance » et « reconnaître ».

Dans la partie suivante, nous faisons un développement détaillé du modèle proposé. La figure suivante est une représentation visuelle des thèmes mettant en place le modèle thérapeutique que nous proposons. Comme il a été mentionné ci-haut, ces thèmes sont suivis par des catégories donnant vie aux thèmes présentés.

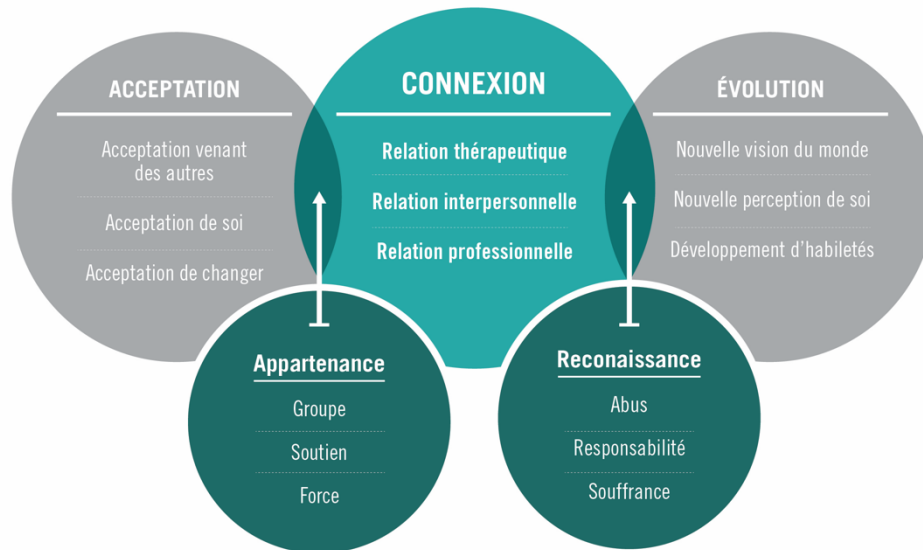


Figure 9. Modèle thérapeutique selon les 5 thèmes

Partie 3 – Le modèle des 5 Thèmes

Thème supérieur de Connexion :

À travers les transcriptions des participants, nous soutenons ce qui a été souligné par Marshall et Hollin (2015) concernant un processus thérapeutique bénéfique pour cette clientèle. Selon eux, ce rétablissement s’ancre dans un processus thérapeutique humaniste accentué par une bonne alliance thérapeutique et une cohésion de groupe. Les deux termes présentés par ces auteurs, « alliance » et « cohésion » sont selon le dictionnaire Larousse (2020), des synonymes de « connexion ». Lors de notre analyse qualitative, nous avons conclu qu’au cœur de la thérapie

constructiviste se retrouve essentiellement la connexion c'est-à-dire l'aspect relationnel. Chacun des participants (les 5 clients et les 2 thérapeutes) ont partagé, se sentir connecté à l'autre tout au long du parcours thérapeutique. Que ce soit entre clients/client, client/thérapeute ou thérapeute/thérapeute, cette alliance à autrui semble avoir permis aux clients d'entrer dans un cheminement thérapeutique et d'assister à leur rétablissement personnel. Ceci semble bien s'aligner avec ce qui a été rapporté par les recherches de Marshall et Hollin (2015). Selon les résultats de cette analyse en cours, ce thème de la connexion a pris naissance selon l'émergence des trois catégories : relation thérapeutique, relation interpersonnelle et relation professionnelle. Durant cette recherche, Matthew décrit l'importance de se sentir « connecté » à son thérapeute en soulignant que ce sentiment a été un moment tournant pour lui durant sa thérapie. Il cite :

Un moment tournant dans le fond, c'est quand j'ai commencé à avoir ma relation avec Pierre autre qu'avant de m'assire, tu sais. J'ai commencé à avoir une connexion avec Pierre. Ça, ça l'a changé un peu le fait que je viens plus ici du reculon.

Les trois catégories qui donnent vie à ce thème supérieur de la « connexion » seront élaborées prochainement avec le support des extraits retirés des transcriptions des participants clients et thérapeutes.

Relation thérapeutique

Blasko et Jeglic, (2016) soulignent dans leur publication qu'il est estimé que 30% de l'amélioration vécue par les clients en psychothérapie est attribuée à une relation thérapeutique positive. Ils sous-entendent qu'à travers les années plusieurs recherches publiées ont démontré que

le rétablissement de cette population s'enracine dans l'alliance thérapeutique plutôt que dans l'approche théorique utilisée par le clinicien. La relation thérapeutique est définie par Bordin (1994) comme étant une alliance soutenue entre le client et son thérapeute, selon une compréhension et un accord mutuel vers un objectif spécifique de progression. Ainsi, cette relation « client-thérapeute » contient les sentiments et l'attitude qu'ils ont l'un envers l'autre et le comment ils parviennent à travailler ensemble.

Les résultats de l'analyse interprétative ont conclu que l'aspect relationnel client-thérapeute, pendant ce cheminement thérapeutique constructiviste, joue un rôle prédominant dans le rétablissement de cette clientèle. En fait, les cinq clients, ayant participé à cette étude qualitative, ont confirmé que la relation thérapeutique a effectivement été l'un des piliers, permettant de s'engager dans l'entreprise d'une guérison interne apportant le changement. Matthew ajoute durant l'entretien que la relation qu'il a développée avec ses thérapeutes a fait en sorte qu'il était motivé à se présenter aux sessions thérapeutiques. Il mentionne qu'il avait confiance en ses thérapeutes et qu'il savait qu'il allait pouvoir apprendre et grandir en tant que personne.

Ce qui m'a aidé en gros c'est de venir icitte pis je savais que j'allais avoir du fun tu sais ? Je travaillais avec Pierre, pis en travaillant avec, je me sentais pas jugé, pis je savais que j'allais apprendre quelque chose pis j'allais me sentir mieux en sortant, tu sais ? [...] C'est vraiment, je venais ici pour voir les thérapeutes pis c'est ce que j'ai apprécié. Je venais pas ici pour d'autres choses, ça fait que je savais qu'en venant ici, j'avais les thérapeutes qui allaient m'aider, ça fait que c'est ça.

De plus, Matthew souligne un sentiment de soulagement face aux thérapeutes qui démontraient de façon explicite leur souci du rétablissement des clients actifs en thérapie. Il

rapporte qu'ils divulguaient spécifiquement aux clients leurs positions indifférentes face aux préjugés reliés à la législation et les pressions sociales. Il ajoute avoir apprécié l'authenticité dégagée par ses thérapeutes et qu'à son départ, c'était important pour lui de partager aux autres clients la confiance qu'il a eue envers eux et leurs relations thérapeutiques.

Moi, j'ai dit ; faites confiance à Pierre [un autre thérapeute du Ciasf, mais qui n'a pas participé à la présente recherche et dont le vrai nom est aussi protégé] et Samantha parce que moi, ça me fâche quand le monde y arrive icitte pis ils sont déjà sur la défensive de dire : moi j'apprendrai rien icitte, je veux rien savoir pis eh, tu me diras pas ce que j'ai à faire pis eh tu sais. Eux autres, sont icitte pour t'aider, pis ça pas aucun rapport avec les juges pas aucun rapport. Tu sais, Pierre pis Samantha ont souvent dit qu'ils ne sont pas d'accord avec les conséquences souvent qu'on a des fois, ce que les gens ont faite tu sais, là ça fait que, ils sont vraiment là pour t'aider, ils ne sont pas là pour te juger ils ne sont pas là pour te dire eh, pour te dire ce que tu vas dire à ton avocat ou à ton eh.

Andrew a partagé durant l'entrevue une expérience similaire concernant l'importance qu'a eue la relation thérapeutique sur sa prise de conscience influençant une transition importante concernant sa compréhension de lui-même et de ses actes. Il rapporte avoir eu le sentiment d'être respecté tout en étant reconnu comme une personne, un être humain devant ses thérapeutes. Voici ce qu'il dit durant l'entrevue :

Ce qui m'a aidé c'est la thérapeute, la compréhension, je savais, que bon, que je ne parlais pas dans le vent qu'elle allait comprendre. Le respect, l'ouverture ... Oui le respect, l'ouverture et pas le manque de jugement aussi... Je ne dirais pas ... Pas manque de

jugement ... mais [...] ne pas être jugé, c'est ça. Parce qu'on est tous humains, ça fait partie de notre, l'humanité tout ça, alors he !

Non seulement il a pu se sentir respecté par les cliniciens, mais à travers cette relation thérapeutique, il confirme qu'il a pu, finalement comprendre la souffrance des enfants qui était enfouie sous ses actions.

Andrew : « Je n'avais pas catché. Je ne voyais pas la différence. C'était juste artificiel. C'était des fantasmes, alors je ne voyais pas la réalité derrière ça ».

Sabrina : « Alors, c'est quoi à la fin de la thérapie, c'est quoi qui t'a permis de vraiment voir la différence, vu que » ?

Andrew : « Je le sais pas, c'est la façon dont elle a formulé tu sais, Samantha, ce dont je parlais. Tu sais la phrase, les paroles, je le sais pas moi ... ç'a cliqué.

Jake, un autre client, partage qu'à travers son parcours thérapeutique, il a vécu quelque chose à laquelle il ne s'attendait pas. Il rapporte que sa thérapie a été interrompue par sa sentence. Pendant son incarcération, il a reçu la nouvelle que son thérapeute au Ciasf était subitement décédé avant qu'il ne puisse reprendre sa thérapie. Le client rapporte qu'il a trouvé cette nouvelle très difficile, car il avait développé une relation positive avec lui. À son retour au Ciasf, il confirme qu'il a pu, malgré le changement de thérapeutes, reprendre sa thérapie avec le support des nouveaux cliniciens.

Avec les thérapeutes, je me suis senti bien, accepté, respecté dans le non-jugement. Je me suis senti bien! Quand je venais là, ce n'était pas ... hum je n'avais pas peur de venir. Au début j'avais Jean-François comme thérapeute. Puis, c'est quand j'étais en prison que j'ai

appris qu'il est décédé et j'ai trouvé ça très difficile. Par contre, à mon retour au Ciasf, mon travail thérapeutique a bien continué avec les autres thérapeutes.

Puis, l'un des thérapeutes partage qu'elle travaille avec cette clientèle depuis près de 30 ans. Elle confirme être consciente des préjugés émis par la société envers sa clientèle. Cependant, dès le début de sa carrière, elle a rapidement, contrairement à la norme, pu voir devant elle des personnes ayant la possibilité de changer et de grandir. La thérapeute partage durant l'entrevue le confort qu'elle ressent dans son travail face à cette clientèle qui lui permet de développer ses relations thérapeutiques.

Je me sens bien. Ça fait presque une trentaine d'années que je travaille avec ces personnes-là. Alors, si cette question-là comprend aussi comment je me sens, parce que c'est une clientèle qui n'est pas très bien perçue actuellement, pour qui les gens peuvent avoir certains préjugés sans être des préjugés, certaines réticences à travailler avec ces personnes-là. Ça, ça fait longtemps que c'est réglé de mon côté. Ça ... C'est seulement après quelques sessions seulement, je pense qu'immédiatement, je me suis rendu compte que c'était des personnes à part entière avec toutes les qualités, les défauts, les ressources, etc. que toute personne a. Donc, j'ai aucune difficulté à travailler avec ces personnes-là. Parfois, ce qu'ils rapportent est plus difficile ou la façon dont il le rapporte est plus difficile à, mais encore une fois les habiletés pour faire face à ça c'est d'en parler, de s'entourer et ne pas faire ça seul, alors ça fait partie de ça aussi un peu.

En fait, dans ce que la thérapeute partage ici, nous pouvons conclure que sa façon d'être permet aux clients de se sentir en sécurité afin d'entrer en relation thérapeutique avec elle. Drapeau

(2005) rapporte que le rôle du thérapeute est très important dans le processus du rétablissement. Il soutient que seuls les thérapeutes respectueux ayant un accueil chaleureux et empathique peuvent provoquer le désir de changer. À son avis, les bons thérapeutes travaillent d'abord pour établir une relation de confiance avant de passer aux questions plus difficiles, pouvant être perçus comme des confrontations pour le client. En fait pour revenir au thème supérieur de la connexion, Drapeau (2005) démontre que ce n'est que lorsque les thérapeutes créent une cohésion de groupe expressif que les changements souhaités deviennent apparents.

Relation interpersonnelle

Selon McGrath et The Safer Society (2010), l'un des objectifs visés des traitements offerts auprès de cette clientèle devrait être de les aider à développer et à maintenir des relations interpersonnelles saines. Blagden, Winder, Gregson et Thorne (2014) soutiennent bien cet objectif en rapportant que les déficits interpersonnels, l'instabilité relationnelle et le mode de vie antisociale sont des cibles de traitement importantes pour le rétablissement de cette population. Lors de cette recherche, les deux thérapeutes ont confirmé qu'à l'arrivée, leurs clients se retrouvent habituellement isolés ayant des relations interpersonnelles faibles ou quasiment inexistantes. Julien, l'un des thérapeutes, rapporte que : « C'est des gens qui sont démunis, soit au niveau relationnel, soit au niveau émotionnel qui ne sont pas capables de transiger avec leurs émotions ». Or, les cliniciens ont tous les deux confirmé que leur programmation a été conçue dans le but d'accentuer la croissance des habiletés sociales et interpersonnelles. Ils ont premièrement mis l'accent sur le fait que c'est une thérapie de groupe exhibant dès l'or, l'imposition d'être en contact

avec d'autres gens. Ils ont également mentionné l'utilisation d'interventions mettant en œuvre le contact entre chacun des clients.

Durant les entrevues, les cinq clients ont mis en évidence cet énoncé du thérapeute concernant la pauvreté relationnelle subite d'auparavant. Matthew a partagé durant son entrevue qu'il est aujourd'hui conscient du fait qu'il était lui-même très isolé dans sa vie sociale, car il passait la grande majorité de son temps au travail. Il rapporte que malgré le fait que dans son emploi il était entouré de monde, à la fin de la journée, il se sentait seul. Il mentionne qu'il voyait rarement ses « meilleurs chums » et que les moments passés à son emploi n'étaient qu'une illusion de vivre une vie sociale épanouie. Il explique cette expérience en mentionnant: « [...] j'étais rendu trop proche de l'arbre, ça fait que je voyais plus la forêt derrière ». Il rapporte qu'il réalise l'importance d'avoir une vie sociale lui permettant de vivre des moments plaisants et à quel point il n'était pas le seul à vivre cet isolement menant à la vulnérabilité.

Matthew : [...] c'est sûr quand une personne est vulnérable ... Quand ça fait 3 jours qu'elle est toute seule pis ... a l'a pas parlé à personne ben ... C'est là que tu vas peut-être dire des affaires que tu devrais pas dire, tu sé ? Ça fait que c'est sûr que moi, j'me chercherais des activités à avoir avec mes chums, tu sais ? Pis avoir une vie sociale pis pas d'intérêt à rester chez nous à rien faire ... Pis être poigné sur mon cellulaire tu sé ...

Sabrina : Alors tu réalises à quel point des fois si tu es trop isolé tout seul ça te rend vulnérable ?

Matthew : Oui [...] oui même avec la thérapie ce que j'ai appris c'est que plusieurs personnes c'est ça là, tout le monde, c'est ça souvent c'est quand t'es isolé.

Laurin présente cette réalité en rapportant qu'il a vécu une relation difficile avec son ex-femme ; mère de leur fils. Il partage durant l'entrevue que cette relation n'a jamais bien fonctionné et qu'il ne s'est jamais senti compris, connecté ou supporté par elle. Il rapporte qu'il y avait beaucoup de jalousie venant de la part de son ex-femme et qu'il ne savait pas comment composer avec le stress que cela engendrait. Il mentionne que son entourage éveillait en lui un sentiment d'isolation causant une vulnérabilité devant une telle attention venant d'une enfant. Il partage que la petite fille était très affectueuse lui démontrant une attention particulière comparativement à ce qu'il vivait et continue de vivre avec les membres de sa famille.

Moi, j'ai 3 petits-fils, pis c'est pas pareil. Comme hier, je les ai vus mes petits fils, je les avais pas vus depuis Noël ... allo, bye pis c'est toute. Eux autres sont partis faire leur affaire pis. Tandis qu'elle, elle s'assit à côté de toi, elle te demande comment ça va, elle a hâte que tu reviennes, quand je parlais elle pleurait, je ne les ai même pas vus hier quand je suis parti. Y en a deux en bas qui écoutaient la T.V. l'autre je sais pas ce qui fait, honnêtement le seul temps que je les ai vus c'est quand on mangeait à table tu sais, ça, je la manque pour ça. Je la manque comme l'entourage du monde.

Andrew, signale le fait qu'il compose avec une vie sociale inexistante depuis toujours. Il rapporte que la pornographie occupait beaucoup de place dans ses journées et qu'il ne s'était pas rendu compte à quel point les relations interpersonnelles étaient importantes pour son bien-être. Il mentionne durant l'entrevue: « [...] moi, je n'ai pas beaucoup de contact humain là, des amis, des connaissances ». Cependant, il reconnaît qu'il serait important pour lui de développer cet aspect-là pour parvenir à s'éloigner de l'isolation et de ses mauvaises habitudes. Il rapporte être conscient

que c'est un processus et qu'il doit travailler sur ses habiletés sociales. « C'est normal, tu peux avoir une vie plus équilibrée aussi, voir le monde, Samantha dit : « tu devrais rencontrer quelqu'un »! Chu tellement pas intéressé de rencontrer quelqu'un, mais au moins avoir un cercle d'amis et sortir un peu plus, ça je vais y travailler ». Finalement, il rapporte à quel point la thérapie de groupe au Ciasf lui a permis de rencontrer d'autres gens et de voir comment entreprendre des relations est une expérience positive. « J'ai bien aimé ça. Je suis content d'avoir rencontré ces gars-là. Je les ai vus tantôt là, et c'était chaleureux ; tout ça ».

Alex et Jake ont également partagé le fait que cette thérapie leur a permis de rencontrer d'autres messieurs avec qui ils ont pu forger des liens et les maintenir, malgré leur thérapie maintenant terminée. Matthew rapporte que la façon dont la thérapie constructiviste a été développée au Ciasf, étant une thérapie de groupe et ayant le devoir de faire des appels téléphoniques d'une personne à une autre durant la semaine, permet de s'ouvrir et de bâtir des habiletés sociales menant au développement des relations interpersonnelles. Il mentionne que malgré une grande différence d'âge entre les autres personnes du groupe, il a vécu l'expérience de créer des liens profonds, ce qu'il n'avait pas connu auparavant.

Ben, y en a deux qui, tu sais, pour moi c'est dur parce qu'en dedans, chu le plus jeune-là. Les personnes avec qui je me suis lié, il y en a un qui a 55 pis l'autre a 65 tu sais ... ça fait que j'irai pas prendre une bière avec le soir, tu sais ... comme des enfants. Mais n'empêche que c'est avec eux autres que j'ai le plus de fun pis c'est avec eux autres qu'ils ont plus de fun aussi tu sais ... ça crée des liens, mais c'est des liens profonds parce qu'ils savent plus des choses que mes chums savent sur moi ... tu sais ?

Selon Beech et Hamilton-Giachritsis (2005) les relations interpersonnelles ont des effets positifs sur la diminution des risques de récidives. Ces auteurs se sont penchés sur l'exploration du climat thérapeutique au sein de 12 groupes concernant la clientèle à l'étude. Les résultats de cette recherche ont suggéré que la nature même d'un système de soutien thérapeutique positif dans lequel la communication et les relations interpersonnelles sont encouragées incite le rétablissement. Or, la thérapeute Samantha tout comme Julien rapportent que la thérapie est centrée sur le développement relationnel. Elle mentionne même qu'il lui arrive parfois, de voir, à travers le processus thérapeutique, certains clients entreprennent une relation amoureuse avec une personne adulte. « Tu sais, ça peut aller jusqu'à avoir une relation finalement pas toujours, mais avec une femme adulte ça peut aller dans des choses assez importantes comme ça ». Ainsi, il semble que cette thérapie puisse apporter de l'amélioration au niveau des facteurs interpersonnels des clients, ce que les programmes TCC négligent selon Drapeau (2005). Cela démontre comment cette catégorie concernant les relations interpersonnelles peut bien soutenir l'émergence de notre premier thème supérieur de la connexion.

Relation professionnelle

Pour cette catégorie, les thérapeutes et les clients ont démontré l'importance des relations professionnelles, mais, de façon différente. Cette section est donc divisée en deux parties pour mieux illustrer les résultats qui sont ressortis de notre analyse. En premier lieu, nous allons présenter ce qui est ressorti des transcriptions des thérapeutes. Puis en second lieu, les résultats des clients seront élaborés. Encore une fois, par le biais du thème supérieur de la connexion, il est facile de justifier l'importance de cette catégorie : relation professionnelle.

Grâce aux transcriptions des thérapeutes, nous avons pu faire ressortir l'importance de demeurer actifs au niveau des formations continues pour maintenir un programme adéquat. Pour s'y faire, les thérapeutes ont confirmé qu'ils ne travaillent jamais seuls. Ils mentionnent être toujours deux thérapeutes (un homme et une femme), ce qu'ils soulignent être important dans la disposition de cette thérapie. En fait, cela semble bien rejoindre l'importance de la présence des deux sexes en thérapie de groupe rapportée par de Becker (2012). En plus d'être en dyade, ils rapportent avoir généralement des stagiaires ou des membres du personnel avec eux durant les sessions. Ils s'engagent également dans des processus de supervision après ou avant chaque séance pour récapituler le travail thérapeutique accompli ou à compléter. Les deux thérapeutes confirment se sentir en confiance envers le support qu'ils s'offrent l'un à l'autre et qu'ils ont une bonne relation professionnelle. Corabian et Hogan (2015) ont démontré dans leur recherche que la majorité des cliniciens qui travaillent avec cette population éprouvent un grand manque de confiance envers leurs habiletés cliniques. Selon eux, ceci véhicule des complications dans l'élaboration d'une relation thérapeutique causant un obstacle au rétablissement du client. En plus, les recherches présentées par Drapeau (2005) suggèrent que plusieurs clients ayant suivi une programmation concernant l'abus envers une personne mineure ont déclaré avoir évalué la qualité du traitement suivi en fonction de leur perception des thérapeutes et leurs compétences. Ainsi, en ayant une connexion saine avec d'autres professionnelles, Samantha considère pouvoir soumettre un traitement thérapeutique efficace tout en étant capable de continuer de rester attentive aux améliorations qu'elle peut apporter dans sa pratique professionnelle.

Maintenant, je suis toujours consciente que l'on peut toujours s'améliorer. Donc c'est important, de se re questionner même si on a un bagage, une expérience autant que possible

avec les collègues. C'est important de ne pas travailler seule, donc je ne travaille pas seule non plus. Je m'entoure d'une équipe, j'ai des psychothérapeutes, même j'ai des stagiaires, bon, des personnes avec qui on discute avant et après les groupes de thérapie. Donc, c'est très important de ne pas être isolée encore une fois puis de ne pas faire sa petite affaire de son côté, tu sais ? Donc, on échange des opinions, des croyances, des façons de voir sur ce qui s'est passé lors des thérapies, sur ce que l'on pense que la personne est rendue. Tout ça, ce sont des échanges qui sont importants et qui nourrissent, qui s'assurent comme un peu à notre formation continue qui s'assure qu'on peut toujours ajouter à notre bagage de connaissances une expérience là.

Julien souligne cette même préoccupation durant son entrevue en mentionnant que : « oui, au point de vue des habiletés, clairement je les ai, j'opère avec une psychologue et on se donne à ce niveau-là des trucs cliniques, on se fait une supervision entre collègues pour raffiner nos habiletés [...] ». Il semble bien que l'entretien d'une bonne relation professionnelle entre thérapeutes puisse accentuer la confiance en soi envers ses propres habiletés cliniques.

Puis, pour ce qui est des clients, Corabian et Hogan (2015) rapportent qu'aussi longtemps que l'attitude publique négative envers cette population persiste, l'intégration de ces gens en communauté devient très limitée. Ceci dit, selon ces auteurs, le développement des relations positives et les opportunités de travail sont quasiment inaccessibles pour ces gens en communauté. Pourtant, ceci semble être contradictoire, car les publications de LeBel et al (2008) ainsi que de Willis et al (2010), démontrent que le développement d'attachements sécurisants, sur le marché du travail, est l'un des facteurs prédominants dans la diminution des risques de récidives. Il semble

donc pertinent de vouloir aider cette clientèle à reprendre confiance en leurs habiletés puis d'inciter leur espoir de pouvoir retourner sur le marché du travail pour apporter la stabilité nécessaire au rétablissement.

Pour ce qui est de nos résultats concernant les clients, nous avons remarqué que seulement deux d'entre eux ont rapporté un changement dans cette sphère. Cependant, seulement trois des cinq clients sont toujours sur le marché du travail. Les deux autres sont retraités, ce qui aurait pu avoir eu une influence sur le fait que les clients n'aient pas mentionné cet aspect. Pour ce qui est des deux clients ayant partagé un changement dans leurs perceptions professionnelles, Alex mentionne durant l'entrevue que la thérapie l'a aidé dans ses relations au travail. Il a mentionné qu'avant de participer à la thérapie, il était timide ce qui faisait en sorte qu'il éprouvait un manque de confiance en ses propres habiletés et ses jugements. Alex rapporte durant son entrevue que : « [...] ça m'a débloqué bien des choses pour le travail [...] ».

Matthew partage qu'il a eu beaucoup de difficulté avec le rôle qu'il avait à jouer dans son emploi avant son arrestation. Il rapporte qu'il ne comprenait pas comment avoir un équilibre entre une certaine rigueur et en même temps, offrir une relation de confiance à l'autre. Il est cependant conscient qu'il était plus jeune quand il était dans cette position. Par contre, il n'est pas capable de distinguer si c'est la thérapie qui lui a permis de comprendre ce que c'est une relation professionnelle ou bien si c'est simplement qu'il a vieilli et que sa perception a changé. Néanmoins, il souligne que la thérapeute lui a permis de reprendre confiance en lui dans ses projets concernant sa future carrière.

Samantha, elle, m'a dit, elle m'a dit à la fin : tu avais un gros potentiel (dans ce que tu faisais avant) coach de hockey, mais chu certaine que tu vas avoir un gros potentiel dans ce que tu vas entreprendre parce que c'est ça la personne que tu es. Tu sais, je veux dire, ça fait que c'est le fun d'entendre ça aussi pis je pense que c'est ça, j'ai plus, ça m'a aidé pour la confiance. Depuis mon accusation si je n'étais pas venu ici, je n'aurais pas la confiance que j'ai là en ce moment ça c'est sûr, ouin.

Dans ce que Matthew partage ici, il semble bien que la thérapie ait joué un rôle important concernant ses projets futurs. La thérapeute, lui ayant divulgué ses propres perceptions et ses forces, a suscité chez Matthew, le désir de poursuivre une carrière. Ainsi, ces résultats démontrent que cette thérapie a aidé certains clients à reprendre confiance en eux pour parvenir à maintenir leur place et leur rôle dans leurs relations professionnelles. Finalement, pour conclure cette partie du thème supérieur de la connexion, les trois catégories présentées soulignent l'importance de la connexion dans le rétablissement de cette clientèle.

Thème supérieur : Acceptation

Durant notre analyse qualitative, nous avons identifié qu'à travers le processus thérapeutique constructiviste, l'acceptation est un facteur important qui prend différentes formes durant la thérapie au Ciasf. Nous avons remarqué que l'interdépendance entre l'acceptation et de la connexion était essentielle. Selon notre déduction, le fait de se sentir connecté à l'autre, éveille ce sentiment d'acceptation jouant un rôle important dans la transcendance de la personne en cheminement thérapeutique. Il semble que ceci ait une influence magistrale dans le rétablissement

de la personne. Le participant Jake met en évidence cette idée de fusion entre connexion et acceptation en mentionnant : « J'ai réalisé aussi qu'il y a du support et que je peux être accepté ». Ce que nous avons déduit, c'est qu'en étant en relation avec l'autre, le client est capable d'identifier qu'il est accepté. Lorsque l'on analyse, cet énoncé, le mot « support » étant un synonyme de « soutien », se définit comme « une action de soutenir quelqu'un, de lui apporter appui, protection, secours » (Larousse en ligne, 2020). Ainsi, nous croyons voir un lien entre être en relation et l'apport de prise de conscience d'être accepté. Ainsi, le deuxième thème important ayant été dégagé de notre analyse qualitative est l'acceptation. Dans notre analyse, ce thème s'est présenté selon trois différentes configurations : acceptation venant des autres, acceptation de soi et acceptation de changer. L'émergence de ce thème est soutenue par plusieurs auteurs ayant souligné son importance face au rétablissement de ces gens.

Acceptation venant des autres

Dowling et al (2018) soutiennent que cette population est composée d'individus ayant une volonté de changer lorsqu'ils sont soutenus par des professionnels ayant une attitude d'acceptation. Hardouin et Proia-Lelouey (2010) mentionnent qu'il est important que les thérapeutes puissent être à l'écoute de leur client de manière respectueuse et active sans interpréter, juger ou critiquer celui-ci. Selon eux, il serait dommageable de réduire la perception de son client aux actes qu'il a commis, car pour eux, sous ces gestes difficiles à accepter, il y a une humanité qui est enfouie sous l'image incompréhensible du geste d'abus. Les études de Marshall et Hollin (2015) confirment que le rôle du thérapeute doit d'être authentique et humaniste devant ces individus pour les aider à s'en sortir afin de diminuer les risques de récidives. Selon ces auteurs, non seulement

l'acceptation de la part des thérapeutes est importante, mais se sentir accepté par le groupe est également avantageux.

Les cinq clients ont rapporté que tout au long de leur thérapie, ils se sont sentis bien, écoutés et respectés par les thérapeutes, mais aussi par le groupe. Durant l'entrevue, Julien et Samantha mettent en évidence leur façon d'être en thérapie, qui est un positionnement humaniste. Selon ce qu'ils décrivent, leur approche thérapeutique fait en sorte qu'ils acceptent la personne en tant que telle devant eux en étant capables de mettre de côté l'acte d'abus. Julien rapporte :

J'affirme aussi au point de vue spirituel que c'est une nécessité d'avoir une spiritualité solide parce qu'ont fait face à des actes qui sont, parce que l'acte lui-même pas le bonhomme, mais l'acte lui-même est dérangeant du point de vue humain et du point de vue clinique, donc faut quand même se retrancher si on est pour être habile cliniquement. Il faut quand même se retrancher sur une position de force où on est clinique d'une part et/ou on est spirituel d'autre part. Donc, faut prendre soin du thérapeute aussi qui fait face à l'enjeu qui est vraiment horrible, mais tout en restant humain.

Julien donne une représentation claire de comment il parvient à mettre de côté l'abus pour parvenir à travailler avec ses clients. Il est certain que le thérapeute fait preuve d'une grande ouverture face à sa clientèle, ce qui démontre l'acceptation de sa part. De plus, comme nous l'avons vu plus haut, dans la section de la relation thérapeutique, Samantha voit devant elle une personne étant capable de changer, ayant toutes les qualités et les défauts nécessaires pour se reconstruire et développer les habiletés lui permettant de cheminer et se rétablir. Julien rapporte durant l'entrevue :

Ce qui fait que, que la panoplie de clientèles comme telle est assez large. Ceci dit, on reste ouvert, je suis humaniste, donc je reste ouvert à la condition, et en étant humanisme je n'ai rien, je reste ouvert à l'environnement aussi de leur condition. Donc, ces gens-là, on ne perd pas en vase clos, il faut prendre connaissance de tout ça.

Nous pouvons bien déduire ici que les thérapeutes démontrent qu'ils ont une acceptation envers leurs clients. Or, les auteurs présentés ci-haut dégagent l'importance d'avoir une approche humaniste d'acceptation. Puis, pour ce qui est des clients, Matthew partage que cette ouverture provenant de la part des thérapeutes influence la dynamique du groupe, ce qui apporte une atmosphère qui éveille le sentiment d'être accepté non seulement par des thérapeutes, mais également du groupe. Il dit :

Ben, je te l'ai dit, quand chu parti Pierre et Samantha sont, sont très bon, tu sais. Ils te font sentir comme ils ne te jugent jamais, tu sais. Ça fait que ça, ça l'aide. [...] oui, se faire accepter ça fait que le support des autres ça l'aide. Il n'y a pas personne qui dit, de pas juger là puis ... eh c'est dur à dire qu'est-ce qui aide. [...] Mais c'est aussi quand j'ai commencé à parler tu sais quand j'ai commencé à parler de ma situation. La journée où j'ai commencé à dire mon histoire, ben là ç'a changé aussi.

Matthew rapporte que c'est difficile de comprendre ou d'expliquer ce qu'il a vécu en thérapie, mais nous pouvons bien voir émerger ce sentiment d'acceptation dans son discours. Dans ce même courant, Jake partage avoir vécu une expérience similaire à celle de Matthew. Durant l'entrevue, il rapporte que : « J'ai pu voir en thérapie que je ne suis pas tout seul dans ça. Il y a

d'autres gens comme moi, qui eux aussi ont posé des abus et qui recherchent de l'aide. J'ai réalisé aussi qu'il y a du support et que je peux être accepté ». Puis Andrew, confirme l'acceptation venant des autres comme ayant été une expérience importante pour son processus thérapeutique. « Qu'est-ce qui m'a aidé ? C'est aussi le fait d'être hum ..., d'être humm ..., reconnu, reconnu comme une personne, tu sais ? Puis des personnes qui se préoccupaient de, puis qui comprenaient aussi, tu sais ? » Ce sentiment d'acceptation provenant des autres, apporte selon nos résultats une force et une motivation chez les clients actifs dans cette thérapie. Cette catégorie de la force sera effectivement présentée sous le sous-thème de l'appartenance. Puis, selon de Becker (2012), la présence des autres clients ayant les mêmes difficultés, construit une figure du semblable qui permet au client de se reconnaître, de s'accepter en tant qu'être humain avec ses parts de valeurs et de déviances. Ainsi, il semble bien que l'acceptation provenant des autres puisse exhiber l'acceptation de soi pour finalement vouloir changer. Cela nous amène donc à nos deux prochaines catégories.

Acceptation de soi

Marshall et Hollin (2015) rapportent que l'estime de soi est un élément essentiel au développement adéquat des compétences relationnelles efficaces. Comme mentionné ci-haut, l'aspect relationnel est essentiel au rétablissement de cette population. Ainsi, si la valeur de soi perçue par le client est primordiale pour entrer en relation, il semble bien que cette perception de soi présente un élément important dans le processus thérapeutique. Drapeau (2005), dévoile ses préoccupations face à ces gens et leur perception de soi par rapport à la honte et le doute qu'ils ont envers eux-mêmes. Ainsi, en augmentant l'image de soi et en diminuant le doute et la honte attribués au titre de « délinquant sexuel » la thérapie peut promouvoir ce changement pouvant

motiver l'autonomie et, selon la présente recherche, renforcer l'acceptation de soi. Selon Drapeau, le changement est plus susceptible de durer longtemps chez les clients lorsqu'ils attribuent la progression à leur propre effort, c'est-à-dire provenant d'eux-mêmes, et non selon l'imposition des pressions sociales.

Quatre des cinq clients ont partagé repartir de la thérapie en s'acceptant eux-mêmes. Andrew dit que la thérapie lui a permis de se rencontrer lui-même pour finalement arriver à l'acceptation de soi, après s'être haï toute sa vie. Il rapporte avoir fui de ses propres désirs sexuels envers les hommes sous les pressions sociales repoussant l'homosexualité. Andrew affirme avoir eu beaucoup de difficulté à s'accepter, étant donné son orientation sexuelle, pendant la grande majorité de sa vie.

Oui, mais juste avec l'idée d'être homosexuel, tu sais là, ce n'était pas un fantasme, pis c'est comme ça que j'ai accepté. J'ai accepté plus le fait que j'avais des fantasmes sexuels, ou pédophiles ou « whatever » là, j'ai accepté ça plus que le fait que j'ai été arrêté, parce que, je sais que c'est un fantasme dans mon cas au fond. Alors que l'arrestation, le registre de délinquant sexuel, la prison tout ça, c'est ça qui m'a traumatisé, parce que j'ai toujours mené une vie correcte, tu sais ?

Andrew rapporte que finalement, aujourd'hui, il est capable de s'accepter dans son orientation sexuelle qu'il a repoussée toute sa vie. Il mentionne qu'il réalise à ce jour, que finalement, ses fantasmes sexuels sont moins dommageables et douloureux que ce qu'il a vécu face aux répercussions légales concernant l'utilisation de la pornographie juvénile. Andrew confirme comprendre maintenant la différence entre fantasme et abus. Il mentionne que cette

compréhension lui procure un meilleur estime de soi concernant son orientation sexuelle et qui il est vraiment en tant qu'homme homosexuel.

Ben, je suis beaucoup plus sûr de moi-même dans ce sens-là, de mon orientation sexuelle, de mes préférences sexuelles. Ça, c'est le gros changement, parce que je m'étais posé la question alors c'est ça, voilà. Et je ne regrette pas du tout d'avoir exploré tout ça tu sais, je pense que ça me confirme ce que je suis. Je me découvre dans le fond, c'est drôle, à 60 ans.

Andrew rapporte que la thérapie lui a permis de se découvrir et d'accéder à une partie de lui qu'il a ignorée et repoussée toute sa vie. Jake un autre client, rapporte durant son entrevue, avoir eu de la difficulté à composer avec lui-même après avoir commis les actes, l'abus. Il rapporte qu'avant de compléter la thérapie au Ciasf, il avait des pulsions constantes de vouloir s'enlever la vie. Il mentionne que la thérapie lui a permis de se développer une acceptation de soi et de se séparer des actes abusifs commis. Il rapporte que la thérapie lui a procuré : « L'acceptation de qui je suis, moi et des gestes que j'ai posés. De ne plus vouloir m'enlever la vie après ce que j'ai fait ».

Matthew partage durant son entrevue, sa difficulté à accepter le terme « abus » qui est utilisé pour identifier les accusations qui ont été portées contre lui. Il rapporte qu'il a l'impression que lorsqu'il entend ce mot, il a l'image dans sa tête d'avoir commis quelque chose d'atroce et que cela n'était pas son intention. Il mentionne qu'il avait énormément de difficulté après l'arrestation de séparer « qui il est » de « l'abus ». Il partage que la thérapie lui a permis de prendre conscience du fait qu'il y a beaucoup d'ignorance face aux réseaux sociaux et à quel point il aurait pu éviter « l'abus » en ayant mieux compris ce que c'est, avant de commettre l'acte. Maintenant qu'il comprend mieux, il rapporte qu'il est capable de s'identifier à part, et de voir qu'il n'est pas une

mauvaise personne. Avec un tel recul, Matthew planifie faire de la sensibilisation dans les écoles par rapport aux réseaux sociaux et leurs dangers. La façon qu'il décrit l'acceptation de soi est :

Le monde, sont peut-être au courant, mais, ils ne savent pas les dangers de ça, pis ils se disent que si l'autre le fait ben c'est correct. Pour moi, tout ça fait que si je peux en sauver un comme moi ben ça va être ça. Pis, ça va m'aider aussi moi dans la vision de la société face à moi. Dans le fond à dire tu sais, il fait ça aussi après...ça fait que, ça n'a pas été ça son but d'abuser, tu sais ... Aujourd'hui, c'est encore dans son intérêt d'aider tout ça, je le fais aussi pour ça. Ça me montre aussi que je suis encore la même personne que j'étais avant pis ... ouin.

Matthew est maintenant capable de voir que l'abus qu'il a commis ne le définit pas aujourd'hui. Il rapporte que c'est important pour lui de pouvoir sensibiliser les jeunes par rapport aux réseaux sociaux. Harris (2018) a fait la lumière sur l'importance de l'acceptation de soi en tant que personne pouvant changer tout en étant capable de s'identifier à l'exception de l'étiquette de « délinquant sexuel ». Lors des entrevues avec les thérapeutes, ils ont partagé le fait qu'ils n'utilisent jamais ce titre envers leurs clients. Ils utilisent plutôt le terme : « les gens ayant commis un abus ». Ceci dit, nos résultats confirment que le processus constructiviste permet de se voir et de se reconnaître en tant que personne pouvant changer et se reconstruire en s'éloignant de l'identité criminalisée qui les a menés où ils sont aujourd'hui ; d'où l'importance de l'acceptation de soi.

Acceptation de changer

Pour cette section, la troisième catégorie concernant l'acceptation s'intitule : l'acceptation de changer. Cette acceptation s'est fait remarquer chez les thérapeutes et les clients. Or, cette catégorie est divisée en deux parties dans le but de mieux organiser les résultats ayant émergé de cette étude. Les résultats des thérapeutes seront présentés en premier, puis ceux des clients suivront.

Durant leur entrevue, les deux thérapeutes partagent leurs soucis de continuer de progresser dans leur propre cheminement professionnel, ce qui accentue cette acceptation de changer. Drapeau (2005) souligne, dans les résultats de sa recherche, qu'il est nécessaire de former des thérapeutes qui mettent l'accent sur la capacité de s'adapter efficacement aux styles et aux capacités personnels de chaque client. Marshall (2005) présente cette capacité thérapeutique comme étant une « flexibilité ». Celle-ci, selon Marshall (2005), fait référence à la nécessité des thérapeutes de s'adapter aux besoins de chacun de ses clients. Voici ce que Julien rapporte face à leur programmation et leurs habiletés cliniques : « Les 50 semaines, oui c'est beaucoup, mais ça permet une certaine flexibilité au niveau de l'individualisation de la thérapie ». Puis, Samantha avoue ses forces et défis en disant : « Je suis confiante dans la thérapie, les techniques, etc., que l'on exécute durant la thérapie et en même temps j'accepte de douter assez de ma compétence pour m'entourer, être aidée puis participer en équipe à tout ça ». Il semble bien que Julien et Samantha démontrent ce qui est rapporté par Drapeau (2005) et Marshall (2005). Julien souligne également le fait qu'il est important en tant que thérapeute de rester sensible aux commentaires constructifs des autres cliniciens. Voici ce qu'il a dit :

On avait un collègue avant qui est décédé maintenant et ce collègue-là se penchait sur l'efficacité dans la chose clinique. Donc, il était toujours à me donner du « feedback », des conseils, etc. sur comment être plus efficace pour les clients et sur les enjeux.

Ainsi, comme nous l'avons présenté ci-haut concernant les relations professionnelles, il semble que les cliniciens puissent bien s'ajuster aux besoins individuels de leurs clients, en s'encourageant et en se donnant des rétroactions. D'après les propos des deux thérapeutes, il semble bien que l'élément important que soutient Marshall (2005) concernant la « flexibilité » soit démontré et s'aligne avec ce thème supérieur.

Pour ce qui est des clients face à leur acceptation de changer, les thérapeutes considèrent que les clients sont capables d'être ouverts au changement. Samantha mentionne que la thérapie est effectivement une démarche dans laquelle un changement doit s'en suivre. À son avis, les clients sont capables d'identifier ce qui les aide ou ce qui leur est nuisible.

La grande majorité du temps, on sent que la personne a réglé des choses pour elle. [...] c'est une démarche thérapeutique et puis donc, il faut qu'il y ait eu un processus de changement puis eux-mêmes souvent ils vont nous le dire ; 'bien ça, ça m'a aidé pour telle affaire, puis ça, j'ai vécu ça comme ça, je fais plus ça comme ça j'ai changé' ... Donc on arrive à le constater comme ça aussi.

Ce que les clients ont partagé, durant leur entrevue, semble effectivement soutenir ce que Samantha décrit. Jake et Laurin affirment que lorsqu'ils ont commencé leur thérapie, ça leur a pris plusieurs mois avant de s'ouvrir à l'idée du changement, mais qu'ils y sont finalement parvenus.

Jake rapporte que lorsqu'il est revenu de la prison, il s'est ouvert à la thérapie pour mieux comprendre ce qu'il avait fait de mal. Il rapporte qu'il a pu s'ouvrir à l'idée d'apporter un changement chez lui concernant non seulement la façon de voir et de comprendre l'abus, mais de parvenir à développer les habiletés nécessaires pour ne plus abuser de nouveau. Laurin évoque dans son discours plusieurs similitudes avec ce que Jake partage.

Alex de son côté est très émotif durant l'entretien lorsqu'il parle de son cheminement thérapeutique. Il dit que cette expérience n'a pas été facile pour lui, mais qu'il a grandement apprécié l'occasion d'apporter un changement chez lui. Il rapporte: « Moi, je veux que ça se passe plus de même aujourd'hui en tout cas. Je ne le sais pas ... Premièrement, je ne veux plus retourner là, pis je ne veux pas faire mal aux autres enfants ». Alex démontre une grande acceptation au changement malgré la douleur émotionnelle qu'elle évoque chez lui. Matthew, rapporte que pour lui, il s'est rapidement ouvert à l'idée de changer. Il dit:

Tu sais, je me dis ben moi, en tout cas dans mon cas, j'ai vite compris. Je me suis demandé est-ce que je veux en finir ou est-ce que je veux vraiment m'aider ? Je vais y aller, ben j'ai jamais eu de gêne à parler de moi pis de sexualité, pis j'avais pas de gêne à parler là, pis ça prend pas de temps que tout le monde se connaisse pis ç'a été bénéfique pour moi le fonctionnement il est bien tu sais.

Pour ce qui est d'Andrew, il rapporte qu'il a accepté d'apporter des changements dans son style de vie. Il mentionne être conscient que la pornographie prenait beaucoup trop de place et que de fil en aiguille cette consommation est devenue problématique l'ayant mené vers la consommation de la pornographie juvénile. Il confirme que la thérapie l'a aidé à accepter le fait

que l'expérience humaine vaut plus que de consommer de la pornographie. Il rapporte qu'il est prêt à développer de nouvelles connexions et de nouvelles activités plus saines pour mettre de côté cette habitude mal adaptative pouvant mener à la récurrence.

Andrew : « Tu sais, pis j'apprends ce que c'est qu'être humain, il y a autre chose à apprendre sur qu'est-ce que c'est qu'être humain, tu sais. Hem, des choses plus élevées, tu sais, mais hem, encore là, tu sais, quand tu t'es haï pis tu t'es refoulé toute ta vie, il faut qu'un moment donné, il faut que le barrage éclate tu sais, faut que... »

Sabrina : « Trouver une connexion peut-être avec autre chose ? »

Andrew : « Ouen, alors c'est ça ! »

Or, comme nous l'avons mentionné ci-haut, Dowling et al, (2018) maintiennent que ces gens ont une volonté de changer d'où provient notre catégorie de l'acceptation de changer. Marshall (2015) et Drapeau (2005) ont effectivement bien illustré l'importance d'un processus de changement pour le thérapeute, mais aussi pour les clients. Il semble bien que cette section de l'acceptation puisse être primordiale dans le processus thérapeute qui vise le rétablissement de notre clientèle à l'étude. Ceci présente bien le prochain thème supérieur de l'évolution.

Thème supérieur : Évolution

Le troisième thème supérieur que nous avons identifié dans notre analyse qualitative est l'évolution. Lorsque l'on parle d'évolution, c'est l'observation du processus qui mène au changement qui semble avoir lieu à travers cette thérapie. Pour souligner l'importance de ce thème, de Becker (2012) le cite directement. L'auteur rapporte que la thérapie doit viser l'évolution.

Samantha met en évidence durant son entrevue le fait qu'elle puisse voir, entendre et même sentir le changement qui se manifeste durant le processus thérapeutique. Elle rapporte :

Faut se rappeler que c'est une thérapie d'un an, un an et demi, environ et la personne mature, la personne change ce qu'elle dit, mais surtout comment elle est. [...] Ce que l'on cherche à savoir c'est quel changement qu'il a eu au niveau de leur, outre leur attitude envers les enfants, mais aussi comment ils perçoivent, mais surtout comment ils voient ce qu'ils ont fait parce que le plus gros changement, je pense, c'est au niveau de comment ils perçoivent ce qu'ils ont fait parce que beaucoup découlent de là.

Or, nous avons pu distinguer trois catégories qui viennent soutenir ce troisième thème de l'évolution. Selon la publication de Drapeau (2005), la psychothérapie peut être considérée comme une opportunité de guérison par laquelle le client peut acquérir une nouvelle représentation de soi et d'objets ainsi que de nouvelles façons d'interagir. Ce qu'il décrit dans sa publication semble bien s'aligner avec les trois catégories ayant émergé de cette analyse. Les trois catégories qui illustrent cette évolution sont : nouvelle vision du monde, nouvelle perception de soi, développement d'habiletés. Ce qui a été étonnant dans les résultats obtenus était de percevoir des similitudes dans les discours tenus par les clients et les thérapeutes décrivant les mêmes changements observés et vécus.

Une nouvelle vision du monde

La première catégorie qui est ressortie durant les entrevues est celle de la « nouvelle vision du monde ». Celle-ci a été présentée par les deux thérapeutes et leur conceptualisation orientée

selon leur approche constructiviste. En suivant le courant théorique de Watzlawick (1978), le sens qu'une personne se fait, de la réalité se construit à partir de ses propres expériences de vie et vient influencer la façon dont la personne perçoit et comprend le monde externe. L'image de ce monde et la vision de ce qu'il devrait être, existent réellement pour chacun d'entre nous en tant qu'individu. La souffrance incarnée découle d'une contradiction interne non résolue entre l'image du monde et le monde tel qu'il devrait être selon notre compréhension et notre vision. Ainsi, en suivant ce cadre théorique, il est crucial de pouvoir rejoindre la perception du monde du client pour parvenir à apporter des ajustements positifs. En fait, de Becker (2012) rapporte des similitudes concernant le fait que ces gens ont perçu une réalité non adaptée, leur ayant permis de commettre l'abus. Selon cet auteur, les interventions thérapeutiques appliquées à cette clientèle doivent cibler des modifications concernant cette vision du monde.

Ce que nous avons déduit de nos résultats, face à ce changement, c'est que les clients semblent être capables de prendre conscience que la perception du monde, de la réalité qu'ils avaient auparavant, était inadaptée. Durant leurs entrevues, les deux thérapeutes ont partagé le fait que les clients, quand ils arrivent en thérapie, se présentent avec des distorsions face à leurs perceptions du monde. Selon Samantha, avant de s'engager dans la thérapie, il s'avère que les clients perçoivent un monde leur ayant permis de commettre l'abus.

Donc, ils ont vu un monde qui leur a permis d'abuser et c'est tout ça que l'on cherche à voir en dernier. Alors, à la fin de la thérapie, comment ils ont changé leur façon de voir les enfants de se voir en relation avec les enfants, de se voir eux, est-ce que c'est un ami, un adulte, un parent, un frère. Tu sais, souvent, ils vont changer de rôle aussi, c'est ça qui nous aide à voir ce qu'ils ont intégré, c'est pas juste une façon de parler, mais quand un individu

est avec nous pendant un an et demi de temps à raison de 3 heures par semaine, c'est sûr que l'on se rend compte dans son discours, dans sa façon d'être, de qu'est-ce qui est intégré et qu'est-ce qui ne l'est pas.

Lors de son entrevue, Julien présente la façon dont il perçoit les mécanismes que les clients se sont construits pour arriver à repérer l'acte d'abus comme étant « correct ». Il rapporte que durant son travail thérapeutique avec ces clients-là, il intervient en aidant la personne à prendre conscience de sa façon d'arriver à se manipuler soi-même dans sa conceptualisation inadaptée de la « normalité » de ses actes envers un enfant. Il rapporte :

Il faut se rendre compte de toutes ces choses-là, faut se rendre compte des stratégies qu'ils ont pour manipuler l'enfant et se manipuler soi-même. Donc, tout ça c'est inclus dans le risque de récurrence c'est la façon que nous autres on a d'aller chercher cette prise de conscience là, ces outils-là. C'est à travers les mécanismes que j'ai parlé tantôt.

Au moment des entrevues avec les clients, chacun a partagé le fait qu'ils ne parviennent pas à comprendre comment ils sont arrivés à commettre l'abus. Ils soulignent tous qu'ils réalisent aujourd'hui qu'ils ne percevaient pas la réalité de la même façon avant. Ils voient comment leur perception concernant l'abus est devenue plus évidente aujourd'hui. Alex rapporte, son désarroi face à sa perception du monde durant l'abus. Il mentionne : « C'est bizarre comment ça s'est passé quand ça l'a arrivée là ... je ne sais même pas où j'étais ... comme pourtant je ne prenais pas de drogue rien, ni de boisson ». Alex rapporte qu'avant la thérapie, il avait un sentiment que ce qu'il faisait n'était pas normal, mais qu'aujourd'hui il voit réellement ses gestes comme étant de l'abus

causant de la souffrance autour de lui. Il rapporte que la thérapie a été importante pour lui pour l'aider à comprendre « pourquoi » il a commis les actes. Andrew ajoute à ce qu'Alex rapporte. Il mentionne que bien avant d'avoir complété son processus thérapeutique, il n'était pas capable de faire la différence entre le fantasme et le fait que la pornographie est un acte réel d'abus. Il dit :

[...] ça m'a aidé la thérapie, ça m'a aidé à voir la différence tu sais, entre le réel et le fantasme aussi là et les fantaisies et la réalité et la pornographie, tu sais [...] à mieux comprendre et à mieux discerner. Moi j'associais, tu sais, les deux, oui, oui, ça l'a éclairci beaucoup de choses.

Ainsi, cette modification dans la façon de voir le monde semble réelle pour Andrew. Dans ce que Laurin mentionne durant son entrevue, il semble que lui aussi a pu cheminer dans cette nouvelle perception du monde. Il a rapporté que pour lui, dans sa tête, les comportements d'abus n'étaient qu'un jeu. Il cite qu'il ne voyait pas les attouchements comme il les perçoit aujourd'hui. Il comprend désormais la réalité rattachée à ses actes et les répercussions psychologiques qu'elles ont eues et ont encore sur l'enfant. Il dit :

Laurin : Dans ma tête c'était juste un jeu, je me disais, je fais rien de mal.

Sabrina : Mais la thérapie vous a permis ...

Laurin : De comprendre que ce n'était pas vraiment un jeu ... Ben, c'est ça, c'est quand ils m'ont expliqué que ce n'était pas un jeu, l'enfant là, dans sa tête si y ont faite comprendre pis y va comprendre en vieillissant que quand on faisait les attouchements pis les jeux, c'était pas un jeu. C'est des dommages pour des années plus tard ou à la vie là et qui peut être hypothéqué à vie là...

Ainsi, les témoignages des clients démontrent bien cette nouvelle vision du monde après la thérapie constructiviste. Selon l'approche utilisée par les thérapeutes, cet objectif est atteignable. Selon Blagden, Winder, Gregson et Thorne (2014), le traitement thérapeutique qui cible le rétablissement de cette population doit focaliser sur les conceptions et les visions que les clients perçoivent du monde.

Une nouvelle perception de soi

Cette deuxième catégorie « nouvelle perception de soi » semble s'enchevêtrer avec « nouvelle vision du monde », car, en ayant une nouvelle vision du monde, le client parvient lui aussi à se voir tel qu'il est et il arrive à se représenter différemment. Selon Harris (2018), la reconstruction identitaire est difficile à atteindre après avoir été étiquetée par le titre de délinquant sexuel. Selon cet auteur, le redressement de sa propre perception de soi est important et nécessaire au rétablissement de cette population. Durant notre analyse, nous avons pu voir émerger grâce aux transcriptions des thérapeutes, le changement identitaire dont ils témoignent chez leurs clients durant ce cheminement thérapeutique. Ils ont présenté l'image du petit garçon qui arrive au tout début en thérapie et qui finalement parvient à se reconstruire en tant qu'homme lorsqu'il termine sa thérapie. Puis, pour ce qui est des récits recueillis des clients, nous avons vu découler l'expérience de se percevoir différemment au début de la thérapie, durant et après.

Ce qui ressort de ces entrevues venant des clients et des thérapeutes, c'est qu'il y a tout un déploiement non seulement psychologique, mais également physique qui se manifeste. Samantha partage ce qui suit durant son entrevue :

Mais c'est de voir comment l'individu, on voit le changement en regardant comment il a évolué souvent physiquement, physiquement on voit un petit garçon quand ils arrivent, il y en a qui arrive littéralement avec des culottes courtes et une casquette, avec la palette en arrière, tu sais. On voit un petit garçon de 6 ans, de 12 ans, arrivé, pis en dernier, souvent, souvent ils vont même enlever la casquette et ils vont arriver plus matures, plus adultes. Donc, on voit le changement physiquement, on l'entend. Puis, on le ressent, selon leur façon de nous expliquer où ils en sont rendus dans toutes les questions de la semaine, etc. On ne va pas juste chercher la réponse à la question, c'est que c'est la façon dont ils nous la donnent qui nous aide à voir si c'est intégré ou non, etc.

Julien a un discours très semblable à celui de sa collègue Samantha concernant l'image du client qui arrive en thérapie et l'évolution de celui-ci quand il repart :

[...] le client repart et j'utilise l'image de façon particulière. Il repart en homme c'est-à-dire quelqu'un qui s'assume, quelqu'un qui se responsabilise, qui est au courant de ses propres émotions, qui est au courant de la souffrance qu'il cause aux autres et qui a les moyens de faire autrement. On voit l'arc de développemental de quelqu'un qui est en souffrance, qui est blessé qui est vulnérable, à quelqu'un qui est un homme malgré sa vulnérabilité. Il est capable de s'assumer, il est solide, il peut à ce moment-là, faire dans la vie ce qu'un homme doit, prendre soin d'autrui, ce qu'un homme ou une femme là, mais ce qu'un homme doit [faire] pour se soucier du bien-être des autres, tout simplement ».

Alex démontre dans son discours, avoir vécu une certaine transformation similaire à ce que Samantha et Julien ont mentionné avoir observé à travers tout le processus thérapeutique :

Alex H : Je dirais que je n'étais pas à cet âge-là. Quand j'y pense à ce que je faisais, je ne vois pas ça comme ... [...] comme un homme de 40 quelques années qui agissait comme ça.

Sabrina: Tu vois ça comment ?

Alex : Plus bas que ça...

Sabrina : Plus bas que ça, comme quel âge ?

Alex : Comme un enfant qui ne sait pas ce qu'il fait. Qui se découvre ou c'est bête là, mais ... pis, je ne voyais même pas ça comme ... c'est ma fille, c'est bizarre...

Selon les énoncés, provenant du discours d'Alex, nous pouvons voir émerger sa nouvelle perception de soi qui en même temps nous fait découvrir sa nouvelle vision du monde. À travers ses paroles, il semble qu'il parvienne aujourd'hui à se voir comme étant un homme plutôt qu'un enfant ayant exploré avec un autre enfant sa sexualité. De plus, il démontre bien sa prise de conscience au fait qu'il s'agissait de sa propre fille avec laquelle il explorait. Ceci est quelque chose d'inadmissible et d'inapproprié qu'il ne voyait pas auparavant. C'est pour cette raison que nous suggérons qu'Alex a une nouvelle vision de lui-même, aujourd'hui, en s'affirmant comme « homme adulte » en plus d'une nouvelle vision sur le monde puisqu'il avoue que l'enfant abusé était sa propre fille.

À travers ce que Matthew évoque, lui, il semble y avoir un lien entre la nouvelle vision de soi et la nouvelle vision du monde. Matthew et Jake ont souligné eux aussi leur changement dans

leur maturité ce qui illustre une transition menant à « l'homme adulte » durant la thérapie. Matthew mentionne être capable aujourd'hui de voir la même situation dans laquelle il était concernant l'abus, mais il réussit à se voir agir de façon très différente et beaucoup plus responsable, s'il se retrouvait dans une telle situation aujourd'hui. Cette intégration entre ces deux positions est présente chez les 5 participants. Matthew rapporte durant l'entrevue :

Matthew : Je suis plus mature, j'ai plus de jugement ...

Sabrina : Comment tu remarques ça ?

Matthew : Dans la vie de tous les jours dans le fond. Pis eh, dans ma tête tous les jours tu sais, la maturité, ça se gagne ... Tu sais, des fois je me remets à ma place. Si j'aurais le même poste aujourd'hui, comment j'agis, ce serait complètement différent. [...] Avant je le sais que, quand j'avais ces discussions-là, ma pensée je pensais pas de même, pis je le sais qu'en pensant de même je suis plus mature pis j'ai plus de jugement dans plein de situations-là, je choisis plus mes batailles.

Matthew semble faire l'expérience de cette construction interne de la nouvelle vision du monde et de lui-même qu'il a présentement. Puis, le terme qu'il emploie pour décrire « plus mature » semble bien représenter l'image décrite par les deux thérapeutes lorsqu'ils mentionnent que les clients repartent en « homme ». Cette prise de conscience concernant le développement de leur maturité démontre cette nouvelle perception de soi. Drapeau (2005) présente dans son article, les résultats de plusieurs recherches concernant l'évolution qui se vit pour cette clientèle dans une thérapie de groupe. Selon ces résultats, plusieurs clients auraient partagé avoir vécu l'expérience de se sentir comme un enfant qui entre en relation avec un thérapeute qu'ils perçoivent comme

une figure parentale qui les protège, mais qui donne également des commentaires plausibles et des critiques constructives pour les aider à mieux se développer. Ainsi, ce processus thérapeutique à l'étude présente semble pouvoir démontrer des résultats similaires à ceux de Drapeau. Selon cet auteur, un tel environnement est propice à l'évolution qui permet d'acquérir les habiletés nécessaires pour ne plus abuser de nouveau.

Le développement d'habiletés

Lösel et Schmucker (2005) rapportent que, quelle que soit l'approche utilisée, les traitements visant le rétablissement de cette clientèle doivent réaliser des interventions thérapeutiques qui tentent de stimuler le développement d'habiletés. Ils mentionnent aussi l'importance de parvenir à mieux gérer l'impulsivité, les attitudes sexuelles déviantes, l'amélioration de la maîtrise de soi, le développement des compétences sociales, la gestion des facteurs de stress et la maîtrise des situations à risque. Ainsi, à travers nos résultats, nous avons pu voir ressortir le développement d'habiletés chez nos participants une fois leur thérapie complétée.

Pour ce qui est de cette catégorie du développement des habiletés, les deux thérapeutes avouent avoir observé un changement chez les clients. Julien a rapporté qu'il est capable de conceptualiser une croissance dans la façon que la personne gère ses propres difficultés internes reliées à l'abus, une fois la thérapie complétée. Il a dit : « Au début, on peut dire que le client est démuné, et à la fin on peut dire que le client est outillé. » Il a aussi souligné que pour conclure la thérapie constructiviste, Samantha et lui doivent accomplir une intervention qu'ils qualifient comme étant très puissante. Cette intervention se fait, en utilisant le dessin. Durant l'action de cette

intervention, le client parvient à visualiser ses propres vulnérabilités en les dessinant une à une. Ces vulnérabilités pouvant mener à la récurrence sont par la suite suivies d'un dessin concernant les différentes façons de contrer ses propres vulnérabilités. Puis, lorsque ces dessins sont terminés, les thérapeutes leur demandent de bien les visualiser et de les placer dans un endroit sûr à l'intérieure d'eux en s'assurant d'y avoir accès dans des moments difficiles.

En fait, selon les résultats de la présente recherche, les 5 clients ont confirmé avoir confiance en leurs propres façons de gérer les risques de récurrences. Alex dit avoir des outils personnels concernant ses besoins pour mieux gérer certaines situations afin de s'assurer de ne plus abuser de nouveau. Il rapporte :

C'est sûr que je gère ça comme mieux, faire attention, pis autant pour l'enfant ou pour moi-même pour les autres aussi. [...] Pis je ne veux pas être tout seul avec eux autres, pareils juste en cas où je ne veux pas faire d'autre mal.

Selon ce qu'il cite, il démontre un bon sens de prévention et de prudence non seulement pour les enfants, mais également pour lui-même.

Andrew de son côté confirme qu'il a confiance en ses habiletés concernant la gestion des risques de récurrences. Il dit être maintenant conscient du fait que l'utilisation de l'internet et de la pornographie est comme une dépendance malsaine pouvant le mener éventuellement à récidiver. Il affirme vouloir reprendre ses activités quotidiennes et qu'il veut aussi réussir à prendre plus d'initiatives dans le développement des habiletés sociales pour contrer l'isolement. Il dit :

Alors c'est ça non, j'ai bien confiance, c'est sûr, c'est sûr que je ne veux pas retomber là-dedans là. Il s'agit juste de ne pas se livrer, c'est toute. C'est sûr que ça fait surface de temps à autre, c'est à ce moment-là qu'il faut contrôler, oui. [...] ben je vais reprendre mes intérêts, oui [...] c'est ça mes outils, l'internet ... Ben illimité, mon temps à passer là-dessus par ce que c'est comme autre chose c'est addictif, c'est comme ça prend beaucoup de temps.

Laurin et Jake, décrivent leurs expériences concernant leurs habiletés comme ayant été capables de se développer un mécanisme d'alarme interne pouvant les avertir dans les moments de vulnérabilité. Laurin décrit son mécanisme comme étant une petite lumière rouge pouvant l'avertir de ne pas se positionner dans une situation pouvant le pousser à récidiver. De plus, il s'assure de ne pas se retrouver seul avec des enfants. Il dit :

Ben c'est ça dans ma tête y a comme une petite lumière rouge qui frappe je vois une petite sonnette qui sommeille, je vois une petite fille woups, non, tu te tournes de bord ou tu sais ? [...] J'irai pas tout seul avec un enfant. Tu sais comme mes petits-fils, on joue dehors, on courait avec le chien hier, mais on jouait toutes ensemble mon gars, le chien, les 3 petits, mais hem j'ira pas ... j'ai appris à pas être tu seul avec un enfant.

Puis Jake, décrit son mécanisme comme étant une alarme interne pouvant lui indiquer lorsque les choses ne sont pas correctes. Il raconte aussi être conscient du soutien qu'il peut avoir au Ciasf, si jamais il se retrouve dans des situations pouvant le pousser à commettre un abus. Jake mentionne durant son entrevue :

D'avoir appris à gérer et à reconnaître les alarmes. Je suis aujourd'hui capable de repérer ce qui est bien ou pas bien, sain ou malsain avant qu'il arrive quelque chose. Non seulement chez moi, mais aussi chez d'autres gens si jamais il y a un risque d'abus. [...] Je suis conscient que si jamais j'ai des pensées de quoi que ce soit, j'ai besoin d'en parler avec quelqu'un, je sais que je peux contacter le Ciasf si j'en ai besoin.

Pour Matthew, quant à lui, démontre un lien entre les trois catégories qui viennent d'être présentées. Il semble que dans le développement de ses moyens de prévenir le risque de récurrence, il a pu incorporer sa nouvelle vision de soi et du monde pour en arriver à construire ses habiletés :

Puis, je considère mes moyens le fait que j'ai été en thérapie [...] ça fait que non chui quelqu'un de très fort mentalement. Je me considère pas mentalement déficient avec eh. Je considère avoir pris 10 ans de maturité avec tout ça ... Pis j'ai 22 ans, mais je considère avoir une maturité du monde de 30 ans là ... non j'ai aucun doute sur mes habiletés de [prévenir la] récurrence.

Finalement, selon l'analyse des résultats de la thérapie constructiviste vécue par cette clientèle, les clients font l'expérience d'un cheminement progressif. Comme il a été mentionné par les thérapeutes, c'est une population démunie. En fait, de Becker (2012) rejoint ce qui a été rapporté par Julien, c'est-à-dire que cette clientèle provient habituellement d'un environnement démunie. À son avis, ceci apporte des déficiences dans l'orientation du parcours de la vie. Selon cet auteur, ces gens n'ont pas eu les outils nécessaires pour se forger un jugement adéquat du monde. Ainsi, selon lui leur perception a été embrouillée face à leur compréhension de ce que représente

l'abus. De plus, de Becker (2012) soutient que la thérapie offre un endroit propice pouvant aider la personne à élargir les habiletés appropriées pour arriver à distinguer ce qui est mal ou bien. Finalement, selon nos résultats concernant l'évolution, il semble que ce processus à l'étude ait répondu aux objectifs soulignés par de Becker.

La partie du travail qui suit présente les deux thèmes d'intersection qui se retrouvent entre les trois thèmes supérieurs. Le premier étant « appartenance » qui se situe dans la conjonction de « acceptation » et « connexion ». Puis le deuxième étant « reconnaître », qui lui, se retrouve entre « connexion » et « évolution ».

Thème d'Intersection : Appartenance

Le premier sous-thème qui résulte de notre analyse qualitative est l'appartenance. En se fiant aux transcriptions des entrevues qualitatives, il était plausible de voir l'influence que joue le sentiment d'appartenir à travers ce processus thérapeutique. En fait, LeBel et al (2008) ont rapporté dans leur recherche que la voie principale de sortie du cercle vicieux de la récidive passe par un développement d'attachement sécurisant dans lequel se construit un sentiment d'appartenance. À leur avis, l'expérience de ce sentiment produit chez le client, une profonde volonté de devenir indépendant et de finir par s'éloigner des propositions criminelles du passé. Selon eux, ce ressenti permet à la personne de s'identifier à qui elle est vraiment aujourd'hui et non au titre lui ayant été attribué après avoir été inscrite au Registre de délinquants sexuels. En fait, nous considérons que les deux thèmes supérieurs, « l'acceptation et la connexion », permettent aux clients actifs dans la thérapie constructiviste d'avoir un sentiment d'appartenance. Voici ce que Jake nous a partagé durant son entrevue :

Ce n'est pas seulement les thérapeutes ici qui m'ont aidé, mais aussi les autres participants. Le Ciasf est devenu comme une famille pour moi. Je suis encore en contact avec les gars qui continuent leurs thérapies et je suis conscient que je peux revenir au Ciasf n'importe quand si j'en ai besoin.

En analysant cet énoncé, nous considérons voir émerger l'aspect du groupe, le soutien et la force qui sont en fait les trois catégories que nous avons recensées sous le thème de l'appartenance.

Le groupe

Le premier élément qui ressort de notre recherche dans le thème d'appartenance est le « groupe ». Plusieurs auteurs ont pu mettre en évidence l'importance du groupe à travers un processus thérapeutique tel que celui-ci et avec cette clientèle. Mertens et Calicis (2008) et de Becker (2012) soulignent le renforcement du groupe dans leurs publications en affirmant que cette présence permet de créer des liens qui apportent un élan vers le changement, car pour ces auteures, sans lien, rien ne peut changer. Ainsi, entrer en relation avec les autres membres du groupe aide la personne à voir le monde différemment plutôt que de rester pris dans ses propres distorsions cognitives. La thérapie utilisée au Ciasf est une thérapie de groupe qui semble être bénéfique puisque quatre des clients rencontrés ont mentionné que le groupe les a aidés largement dans leur cheminement thérapeutique.

Alex mentionne que le soutien du groupe lui a été d'un grand recours. Il a ressenti le non-jugement des personnes présentes. Ceci lui a permis de s'ouvrir et de s'exprimer librement comparativement à ce qu'il vivait avec les membres de sa famille et le reste de son entourage. Il savait qu'il pouvait compter sur eux émotionnellement, chose qu'il n'avait jamais éprouvée auparavant. Face à ce que nous avons exposé dans la section des « relations interpersonnelles », cette population vit beaucoup d'isolement. Cependant, comme il a été présenté ci-haut par Jake, le groupe lui a apporté un sentiment d'appartenance. Ainsi, il apparaît que le groupe est un aspect important pour accéder au rétablissement.

Andrew souligne d'autres précisions intéressantes concernant l'efficacité du groupe dans cette thérapie. Il évoque que les commentaires des autres apportent différentes perceptions, d'autres interprétations et de nouvelles expériences. En d'autres mots, le groupe aide à comprendre et voir, que sa vision du monde d'auparavant, était erronée. Il mentionne qu'il a déjà vu un psychologue en thérapie individuelle, mais qu'il a préféré l'expérience thérapeutique vécue en groupe.

Oui, oui, oui, le fait que ce soit en groupe aussi parce que j'ai vu un psychologue « one on one » avant et c'est bien différent, et ouin, c'est bien différent, le fait qu'il y a deux thérapeutes, aussi c'est beaucoup mieux, avec le groupe. On se compare quand t'écoutes les autres. On vient de toutes sortes, de toutes sortes de différentes vies.

Selon ce que Julien nous rapporte, il semble que ces révélations rejoignent très bien ce qu'Andrew a communiqué lors de son entrevue. Il partage qu'il y a plusieurs interventions thérapeutiques qui se font pendant la thérapie incluant non seulement la personne qui est visée par

la thérapie individualisée « dans la chaise », mais le groupe aussi. Il mentionne que les commentaires des autres sont constructifs et intéressants puisqu'ils aident non seulement la personne concernée dans son processus, mais aussi tous les clients participants. Cela leur permet d'être également actifs pour leur propre rétablissement sans travailler directement avec les thérapeutes. Ainsi, le groupe concède aux clients de se comparer les uns aux autres de manière efficace et la confrontation provenant des autres clients démontre une certaine efficacité. Ceci peut même être parfois plus enrichissant qu'une intervention de confrontation empathique provenant de la part des thérapeutes. Dans l'exemple qui suit, voici ce que Julien rapporte par rapport à l'importance du groupe face à l'une des interventions utilisées dans cette thérapie :

Le feedback du reste du groupe par rapport à la lettre, évidemment du groupe et des thérapeutes donc, on demande au groupe, on pompe des lettres et on demande au groupe de se mettre dans la peau de l'enfant, ce qui est utile pour connecter avec la souffrance de l'enfant pour les autres membres du groupe. [...] pour la lettre du client à l'enfant, on demande au groupe à ce moment-là, en tant que l'enfant ; comment vous recevriez cette lettre-là ? Donc, ça fait une prise de conscience en même temps et du feedback pour notre bonhomme et aussi un ressenti artificiel autant qu'il est, mais un ressenti quand même réel hem du, de la souffrance potentielle que l'enfant a vécue.

Matthew, de son côté, souligne également le rôle important qu'a eu le groupe dans sa progression thérapeutique. Il indique que le groupe a amené une dynamique plaisante véhiculant une atmosphère charitable poussant la réflexion psychologique des clients encore plus en profondeur.

Les thérapeutes, ça m'aidait, mais aussi l'aspect de groupe qu'on avait une bonne relation tout le monde ça allait ben tout le monde ... pas tout le monde, mais en général. C'était le fun tu savais que tu venais ici ça allait ... pis veut, veut pas, ça l'aide, ça l'aide quand t'as une bonne chimie avec tout le monde, ça te force à parler pis ça te force à aller plus creux aussi pis à aller plus en profondeur parce que tu sais qu'il te jugera pas, pis ...

Enfin, tout comme de Becker (2012), nous considérons que la présence d'un groupe, dans le traitement thérapeutique de cette clientèle-là, est le mécanisme le plus conséquent. À son avis, la présence du groupe permet de combattre le déni des clients ayant de la difficulté à admettre ou même reconnaître l'abus. C'est à travers les récits des participants de la recherche actuelle que nous confirmons que l'apport d'un groupe est bénéfique auprès du rétablissement de cette clientèle.

Le soutien

La deuxième catégorie qui est ressortie en lien avec ce thème d'appartenance est le «soutien». Selon notre revue de littérature, plusieurs auteurs ont mentionné l'importance du soutien pour arriver au rétablissement. Les recherches publiées par LeBel et al (2008) ainsi que Willis et al, (2010) ont fait la lumière sur ce sujet. Ils ont rapporté que si cette clientèle reçoit l'appui nécessaire, ils seront moins susceptibles d'abuser à nouveau. Nous avons pu témoigner de l'importance du soutien à travers les récits des clients et des thérapeutes pour le déploiement d'un processus thérapeutique profitable auprès de cette population.

Durant l'analyse des transcriptions des clients, nous avons remarqué l'importance du soutien pour chacun des cinq clients. Alex dit durant son entrevue qu'il a terminé sa thérapie depuis trois semaines et de reparler de l'abus était « bizarre » et même très ardue. Il est devenu émotif à plusieurs reprises durant son entrevue. Il ne croyait pas que d'en parler à nouveau lui serait aussi difficile que ça. Il souligne que la thérapie lui procurait la possibilité de parler et d'évacuer certaines pensées difficiles sachant qu'il était soutenu par chacun dans le non-jugement. Après avoir terminé l'entrevue, il a décidé de se joindre au groupe de thérapie, pour se recentrer sur lui-même. Il rapporte aussi que d'avoir eu accès à ce soutien, lui a permis de briser l'isolement.

Jake mentionne que depuis la thérapie, il ne se sent plus seul. Il a un sentiment d'appartenance avec des gens, qui eux aussi recherchent du soutien face aux abus qu'ils ont commis. Il raconte que les thérapeutes lui ont aussi permis de se sentir entre bonnes mains. Laurin a mentionné qu'auparavant, il lui était difficile de trouver quelqu'un dans la communauté pour partager et discuter des difficultés concernant l'abus. Il ajoute que selon son expérience, même quand quelqu'un recherche du support et qu'il tente de s'ouvrir, il y a beaucoup de jugements négatifs. Il dit qu'il s'est souvent senti isolé face à ces jugements et qu'il ne savait pas vers qui se tourner. Maintenant qu'il a terminé sa thérapie, il dit qu'aujourd'hui, il sait qu'il peut toujours téléphoner au Ciasf et qu'il peut y revenir n'importe quand, si jamais il a besoin d'appui dans des périodes plus laborieuses. Il ajoute également qu'il a désormais dix autres gars vers qui il peut se tourner pour parler et se sentir soutenu.

Tu sé, on a des places pour nous aider, c'est juste d'appeler pis de le dire, tu sais ? Mais c'est dur de le dire. [...] ou des fois t'en parles à quelqu'un qui te dit « bouaf » ! Tu te sens

encore plus isolé t'as encore peur de t'ouvrir ... [...] je suis ouvert ici, mais là [...] je le sais que je peux appeler. Je le sais que j'ai des gars-là, j'ai comme 10 gars-là, on s'appelle de temps en temps. Une fois tu peux dire, man je feel pas ben, même comme qu'a dit Samantha pis Julien, tu peux venir quand tu veux même venir écouter les gars ! Tu sais ?

Selon ce que Laurin rapporte, le réconfort moral tissé à travers ce sentiment d'appartenance permet à la personne de trouver les ressources nécessaires dont ils ont besoin et ce, même lorsque leur thérapie est terminée. Matthew semble lui aussi confirmer l'importance du soutien dans son rétablissement. Il mentionne que la thérapie au Ciasf comprend certains devoirs à faire durant la semaine et un des devoirs le plus exigeants est d'acheminer un appel téléphonique à un autre client.

Ben au début ça l'a aidé dans le sens qu'au début on partageait des passages un à un au téléphone, tu sais ? Mais là, maintenant, on a fait le tour là ... Une fois que ça fait pendant 3 heures qu'on s'est parlé au téléphone, on a fait le tour de nos histoires. En plus on faisait ça à chaque mercredi tu sais ? Ben regarde à la fin ça aidait pu vraiment, mais au début oui, parce que au téléphone ça l'aide on dirait à te familiariser pis souvent tu connais personne ... après une semaine il fallait que tu fasses un appel ça fait qu'on dirait après une semaine tu partages ton histoire quand t'es au téléphone ça fait que quand tu arrives ici t'as déjà une personne que t'es alignée avec là. Ça fait que ça l'aide ça aussi le téléphone là.

Il semble que ce devoir prescrit par les thérapeutes est d'une importance capitale pour la réussite du processus thérapeutique, selon ce que Matthew raconte. Cet exercice permet de développer une véritable alliance avec les autres clients du groupe. Cette conversation

téléphonique brise l'isolement et donne la force d'aller plus loin en s'ouvrant davantage en thérapie. La prochaine catégorie que nous abordons est celle de la force.

La force

La troisième catégorie qui est apparue à la suite de nos résultats a été la « **force** ». Selon l'article publié par de Becker (2012), il est essentiel que les thérapeutes réussissent à mettre l'accent sur les forces de leurs clients pour parvenir à éveiller la confiance qu'ils ont enfouie à l'intérieure d'eux. C'est ainsi qu'ils pourront, selon de Becker (2012), espérer changer et se construire un avenir sans abus. Durant cette recherche, nous avons vu ressortir dans au moins quatre des entrevues des clients l'importance de la thérapie constructiviste face au déploiement interne d'une force permettant aux clients de continuer d'avancer et pour reprendre leur vie en main. En fait, Julien avoue qu'il est primordial dans son rôle de thérapeute d'avoir les habiletés cliniques nécessaires pour guider le client à se confronter lui-même pour en arriver à développer ses propres outils qui lui seront essentiels pour ne plus abuser. Il mentionne :

Il faut arriver à amener le client à se confronter lui-même dans la chose qui est grave. Il faut amener le client à s'outiller lui-même donc, juste se confronter c'est bien beau, mais, ce n'est pas suffisant. La thérapie qu'on fait avec les gens alors que c'est une thérapie de groupe, ça se trouve quand même être une thérapie individualisée pour le client avec ses enjeux pour développer ses outils pour qu'il puisse décider de lui-même de ne pas récidiver. S'il ne décide pas de lui-même, c'est qu'on inculque une façon de faire. Ça on sait qu'en thérapie ça ne fonctionne pas, donc c'est vraiment de l'emmener à se confronter dans sa

décision et lui donner des moyens de prendre les bonnes décisions et les bons gestes aussi de faire ça soi-même.

Il apparaît que Julien peut mettre en évidence l'importance du positionnement du client face aux décisions qu'il doit dorénavant prendre pour ne plus abuser. Selon lui, il est plus efficace que le client puisse se confronter lui-même plutôt que d'être confronté par les thérapeutes. Il semble que cette façon d'intervenir suscite une force interne pouvant influencer le développement des habiletés du client pour maintenir et favoriser son rétablissement.

Comme il a été mentionné ci-haut, Alex était très émotif durant l'entrevue. À cause des larmes, des silences et des difficultés émotionnelles du client, la chercheuse a tenté d'intervenir à plusieurs reprises pour vérifier si le client désirait mettre un terme à l'entrevue ou même de prendre une pause. Il a répondu : « C'est mon chemin ça ... Je dois aller là. Je vais m'en sortir. » Ceci démontre que le processus concernant le rétablissement est long et laborieux. Cependant, Alex essaie de nous prouver qu'il a le pouvoir d'affronter ses propres obstacles, car il a désormais la force et les outils pour persévérer.

Matthew affirme qu'il a pu reprendre confiance en lui-même avec l'aide de la thérapie. Il rapporte qu'il a été difficile de croire en lui après les accusations qui ont été portées contre lui. Sans le support provenant de la thérapie, il confirme qu'il ne serait pas là où il est aujourd'hui. Il mentionne durant son entrevue :

La thérapie m'a permis de comprendre aussi que Samantha a faite, était bonne là-dessus pis elle m'a faite comprendre que la vie continue et que tu peux encore avoir des beaux

moments pis eh que tu peux encore avoir une carrière dans la vie, peu importe ce que je veux ... pis être bon dans ça tu sais ? Depuis mon accusation si je n'étais pas venu ici, je n'aurais pas la confiance que j'ai là en ce moment ça c'est sûr ouin. Oui c'est ça quand tu te fais accuser on dirait que tout est fini. Tu vois que ta vie s'écroule pis tu penses plus à rien.

Cette confiance acquise décrit bien cette force interne qu'il a su développer à travers son long parcours thérapeutique. Il démontre d'autant plus que la thérapeute a pu mettre l'accent sur ses forces, durant ce temps-là, ce qui lui a permis de reprendre confiance en lui, après avoir cru que sa vie « s'écroulait ». Andrew, de son côté, décrit avoir maintenant un sentiment de mieux être émotionnellement et psychologiquement. Il cite qu'après l'arrestation face à l'abus, il avait sombré dans une dépression, car il a été traumatisé par cet évènement de prise en charge législative, l'ayant mené à une médication. Le client dit qu'il est aujourd'hui prêt à cesser son traitement puisqu' il considère avoir en main les outils, les moyens et la force nécessaires pour gérer certains inconforts internes : « Je pensais même arrêter les antidépresseurs là. »

Ainsi, selon la transcription des clients ci-dessus, il semble bien que la thérapie ait pu éveiller en eux leurs forces. Il a été soutenu par Marshall et Hollin (2015) qu'un processus thérapeutique favorable à cette clientèle doit comprendre une approche qui s'oriente vers le positif et les forces du client. De ce fait, cette catégorie concernant la force nous semble importante dans le rétablissement de cette clientèle.

Thème d'Intersection : Reconnaissance

Le deuxième sous thème ayant émergé de nos résultats est celui de la « Reconnaissance ».

La reconnaissance a été présentée par plusieurs auteurs dans le domaine thérapeutique focalisant sur cette population. Selon de Becker (2012), le travail thérapeutique envers cette clientèle consiste à les aider à reconnaître progressivement plusieurs aspects importants pouvant mener au rétablissement et à la diminution des risques de récidives. En fait, les trois facteurs que nous avons identifiés concernant ce thème ont également été soulignés par cette auteure. Nos résultats présentent donc : la reconnaissance de l'abus, la reconnaissance de sa responsabilité et la reconnaissance de la souffrance. Ce sous-thème forme la liaison entre connexion et évolution. Selon notre analyse le fait d'être en connexion avec les autres et de parvenir à évoluer, nous permet de voir apparaître la prise de conscience étant ce que nous avons désigné ici comme étant le sous-thème de la « reconnaissance ». Cette section du modèle est importante, car d'arriver à reconnaître l'abus, sa responsabilité et la souffrance, est à notre avis la porte qui permet aux individus d'évoluer et de changer. Laurin mentionne dans son entrevue : « La thérapie m'a ouvert les yeux sur tout ce qui avait autour de moi pis être prêt à protéger quelqu'un ». Ainsi, cette prise de conscience qu'il décrit comme l'action d'avoir pu ouvrir ses yeux nous semble puissante et devient le véhicule, menant au changement, qui est de protéger les autres.

Reconnaissance de l'abus

Mertens et Calicis (2008) présentent cette reconnaissance de l'abus comme étant une prise de conscience essentielle au processus concernant la diminution des risques de récidives. À leur

avis, le rôle des thérapeutes est de pouvoir aider son client à déconstruire sa rationalisation et ses croyances sexuelles lui ayant permis de ne pas voir l'abus derrière ses gestes. Selon ces auteurs, ce passage à la reconnaissance est l'une des actions pouvant le mieux servir pour diminuer le risque de récidive. Sans cette reconnaissance la personne ne peut pas comprendre son passage à l'acte comme étant un abus et subséquemment risque donc de recommencer. C'est en étant capable de reconnaître progressivement l'abus et les responsabilités découlant de cet acte, que le risque de récidive s'amointrise.

Ce qui est ressorti de l'analyse qualitative de la recherche actuelle est que les 5 clients ont réalisé l'accomplissement, celui de la reconnaissance de l'abus derrière les actes qu'il ont posés ; que ce soit la consommation ou la distribution de la pornographie juvénile, l'attouchement, la pénétration, l'exhibitionnisme, etc. Selon les deux thérapeutes, l'essentiel de la thérapie est d'amener la personne à reconnaître l'abus qui est derrière les actes qui ont été commis. Selon eux, c'est à travers la thérapie constructiviste que les clients sont capables d'arriver à reconnaître l'abus.

Samantha mentionne :

C'est ce que l'on recherche. Maintenant, ils comprennent comment ils voient leurs gestes. Alors, une des techniques d'ailleurs qui est la plus puissante de la thérapie et la plus difficile aussi, c'est à la fin que l'on utilise, c'est le dessin, une technique projective. Ça vise essentiellement à ce qu'il voit dans tous leurs détails, les actes qu'ils ont faits. C'est souvent une partie de la thérapie qu'ils trouvent très, très difficile parce qu'avant c'est certain qu'ils ne voyaient pas ça de la même façon que nous, sinon ils n'auraient pas abusé.

Selon ce que Laurin nous a partagé durant son entrevue, il confirme être arrivé à cette prise de conscience qui entoure l'abus. Il dit : « Ben c'est sûr de voir plus mes gestes de voir le mal que j'ai fait ». En fait, les quatre autres participants clients ont pu eux aussi partager leur propre prise de conscience concernant le fait qu'ils puissent aujourd'hui reconnaître l'abus.

Andrew, mentionne que pour lui, l'un des moments tournants au du processus thérapeutique, a été lorsqu'il est arrivé à reconnaître l'abus : la consommation de pornographie juvénile. Pour lui, avant de compléter cette thérapie, la pornographie juvénile n'était qu'un fantasme, une mise en scène, quelque chose qui n'était pas vraie. Durant l'entrevue, il partage : « un fantasme ce n'est pas réel, tu sais [...] alors que la porno c'est réel et je ne faisais pas cette distinction-là. C'est à ce moment-là que je pense que j'ai réalisé que c'est comme deux affaires ». Matthew raconte qu'il est arrivé à comprendre ce que c'est l'abus en suivant cette thérapie. Il dit que les thérapeutes, en utilisant des interventions spécifiques, ont pu l'amener à prendre conscience de ses actes et parvenir à les associés à l'abus ; malgré sa difficulté à accepter la terminologie « abus », utilisée concernant ses actes. Il ajoute qu'il comprend aujourd'hui que ce qu'il a fait est effectivement un abus.

Ben dans le sens que j'ai compris pourquoi j'étais accusé, chose que je ne comprenais pas avant. Je savais que ce n'était pas correct, mais je ne comprenais encore pas pourquoi pis avec les travaux que l'on fait chaque semaine tout ça, ça m'a fait penser à l'essence de la cause de toute ça. [...] venir ici, ça m'a fait comprendre aussi savoir c'est quoi qui peut être considéré comme un abus, tu sais ?

Julien présente durant son entrevue cette technique qui a également été mentionnée par Samantha et certains clients. Il parle de l'utilisation des dessins pour parvenir à illustrer l'abus qui a été commis. Il partage que les clients, avant de conclure leur thérapie, doivent parvenir à dessiner les actes qu'ils ont commis concernant l'abus. Cette intervention est complétée au tout début de la thérapie durant la première session et par la suite répétée aux dernières sessions pour parvenir à voir la différence entre la première représentation de l'abus et la dernière. Selon les thérapeutes, ces deux interventions au début de la thérapie ainsi qu'à la fin sont importantes pour leur conceptualisation du changement intégré du client concernant la reconnaissance de l'abus commis.

Les graphiques ça, ça permet l'intégration de l'acte d'abus chez le client. [...] Pourquoi qu'il faut qu'il représente suffisamment l'abus, c'est pour qu'il puisse voir le geste pour qu'il puisse voir l'enfant, donc qu'il puisse voir le mal qui a été causé, la souffrance qui a été causée et potentiellement la peine, la peur, etc. [...] Donc une fois que ça s'est vu, ça fait partie du constructivisme aussi, on fait intégrer, à travers une petite réflexion au client, on fait intégrer ce dessin-là.

Selon l'énoncé de Julien, il semble qu'avec cette intégration de l'acte d'abus, les clients puissent également reconnaître la souffrance vécue par l'enfant au moment de l'abus. C'est d'ailleurs cette catégorie : Reconnaissance de la souffrance, qui sera présentée sous peu.

Reconnaissance de sa responsabilité

Cette deuxième catégorie étant la reconnaissance de sa responsabilité s'enchaîne bien avec celle qui vient d'être présentée. McGrath, et Safer Society Press (2010) documentent que la

majorité des gens qui adoptent des programmations qui visent le rétablissement de cette clientèle, considère l'absence de prise de responsabilités comme l'un des facteurs de risque prédominants. Ainsi, la reconnaissance de ses propres responsabilités, par rapport aux actes commis, est ressortie à travers nos résultats. Durant les entrevues, tous les participants ont parlé du facteur de responsabilité. Plus spécifiquement, les thérapeutes ont confirmé qu'ils se souciaient grandement de la prise de responsabilités de leurs clients face aux actes d'abus qu'ils ont commis. Julien rapporte :

On amène le client à se responsabiliser lui-même et se responsabiliser aussi de ses outils et développer ses propres outils. [...] Donc tout ce qu'on fait au niveau clinique dépend de nos habiletés à responsabiliser, à amener le client là où potentiellement il ne veut pas nécessairement aller, mais là où il doit aller pour empêcher de récidive. [...] On se soucie vraiment de la responsabilisation, est-il responsable de ses actes ou y va-t-il encore une responsabilité qu'il attribue ailleurs ?

Il soutient que la responsabilisation de leurs clients est un objectif solide et que pour s'y faire, ces cliniciens mettent en pratique des interventions pouvant aider la personne à se rendre à cette prise de conscience que nous qualifions dans cette recherche comme étant « reconnaître sa responsabilité ». Matthew durant son entrevue partage que les thérapeutes pouvaient parfois être très directes dans leurs façons de faire. Il semble que cela va très bien avec l'affirmation de Julien par rapport au fait qu'il puisse « amener le client là où potentiellement il ne veut pas nécessairement aller ». Cependant, Matthew met en évidence le fait qu'il reconnaît sa responsabilité face à l'abus. Voici ce qu'il nous a partagé durant son entrevue :

C'est sûr que des fois elle dit des affaires qui te fâchent tu sais, c'est leur job, ils ne sont pas là pour te dire que t'es beau pis que t'es fin, pis que t'es parfait, parce que si je suis assis là c'est parce que j'ai fait une erreur, tu sais ? Ça fait qu'ils sont là pour me le dire pis de faire en sorte que je la comprenne pis que je la refasse plus.

Selon cet énoncé, nous pouvons associer certaines paroles comme étant bénéfiques lors d'interventions émises par les thérapeutes suscitant l'intérêt de la prise de conscience afin que les clients reconnaissent leurs responsabilités dans l'abus.

Les entrevues de quatre autres clients nous ont permis de constater à plusieurs reprises cette idée de responsabilisation provenant de différents messages. Alex lors de son entrevue, a évoqué le fait que c'était lui l'adulte et qu'il aurait dû être capable de gérer la situation. « C'est moi qui étais l'adulte, j'ai eu un manque quelque part ». Ceci démontre bien sa reconnaissance face à sa responsabilité en admettant que ce fût lui, qui avait agressé et que quelque part il a eu une carence dans sa façon d'agir. Laurin démontre également cette prise de conscience en entrevue lorsqu'il devient émotif en disant : « je pense au mal que j'ai faite à petite ... »

Andrew nous a fait un portrait clair démontrant qu'il n'attribuait pas l'abus à sa consommation. Ainsi, il ne pouvait pas associer une telle responsabilité à ses actes, car sa vision de la pornographie juvénile n'était pas adaptée. Il a pu décrire en détail la perception erronée qu'il avait auparavant comparativement à celle qu'il a aujourd'hui à la fin de sa thérapie. Finalement, il est parvenu à voir l'abus donc à se responsabiliser face à ses actes.

Tu sais la porno c'est la sexualisation de la personne, de l'enfant, tu sais. C'est ça qui est différent. Un enfant dans la rue ça ne me fait rien, tu sais, c'est avec la pornographie, c'est autre chose, ça devient autre chose, il me semble. C'est comme aller au théâtre. Au théâtre t'es sur scène c'est autre chose, ce n'est pas la réalité. C'est des idées [...] On pense peut-être que c'est artificiel, c'est peut-être ça, ce n'est pas réel, c'est une mise en scène, que c'est inoffensif, innocent, volontaire. On embarque dans ce trip là je pense sans vraiment hem... penser que ça peut être ça, mais que ce n'est pas que cela parce que, y a de la souffrance derrière tout ça. Il y a des enfants qui se font abuser, battre et qui meurt. C'est l'enfer. [...] Non, pis on alimente toute l'industrie et la criminalité derrière tout ça.

De l'acte de reconnaître l'abus et ses responsabilités, nous croyons voir ressortir le fait que les clients puissent arriver aussi à reconnaître la souffrance ce qui sera la prochaine catégorie présentée. Pour conclure cette catégorie, Langton et al (2008) rapportent que traditionnellement, l'une des premières étapes du traitement concernant cette population était de demander aux clients de décrire leur responsabilité face à l'abus. Ils rapportent que le déni est l'un des comportements cultivés par cette population d'où l'importance d'apporter son client à reconnaître sa responsabilité pour développer les habiletés nécessaires pour ne pas retourner dans ces comportements.

Reconnaissance de la souffrance

Finalement, la troisième catégorie de la reconnaissance est « la reconnaissance de la souffrance ». Dans sa publication, de Becker (2012) a ajouté que la reconnaissance de la souffrance

se fait par la sympathie. Ainsi, la prise de conscience du dommage infligé à l'enfant passe par la reconnaissance du thérapeute qui est capable de refléter à son client la souffrance qu'il perçoit enfouie au creux de lui (client). Selon l'auteur, ceci est forgé sous le prétexte que cette population est elle-même vulnérable et qu'elle doit pouvoir le reconnaître pour se reconstruire. Durant notre analyse, nous avons remarqué qu'il est primordial pour les clients dans cette thérapie de reconnaître la souffrance pour arriver au rétablissement. En fait, c'est à travers les transcriptions des cinq clients, que nous avons pu faire ressortir l'acte de reconnaître la souffrance. Selon ce que les thérapeutes ont mentionné, cette reconnaissance émise par le client, ne doit pas être limitée à la souffrance perçue chez la victime et son entourage, mais elle doit également être reconnue et plus précisément ressentie à l'intérieur du client lui-même.

C'est la vulnérabilité et la souffrance du client ça fait qu'il faut le mettre en contact avec ça aussi parce que si le client ne comprend pas que lui-même il est vulnérable, comment peut-il développer sa solidité. Comment peut-il développer ses outils s'il n'a pas de moyen, il n'a pas de ressource, etc. Donc il faut vraiment axer sur la vulnérabilité du client aussi, donc pour moi les clients sont des personnes en souffrance O.K. donc on prend soin de cette souffrance-là.

Ainsi, selon Julien, le client vit avec une souffrance qui se manifeste intérieurement depuis longtemps et qui doit être reconnue par le client pour parvenir à se développer des outils efficaces pour lutter contre la récurrence et accéder à une guérison interne. Selon lui, le changement s'ancre dans une compréhension émotionnelle et cognitive et non seulement cognitive. D'où l'importance de s'assurer que le client est capable de se connecter à sa propre souffrance et à celle des autres.

Durant son entrevue, Andrew a pu démontrer qu'il reconnaît ses responsabilités dans l'acte qu'il a commis et qu'elle est accompagnée de la souffrance qu'il a engendrée chez les enfants victimes d'abus en consommant de la pornographie juvénile. Cependant, nous avons pu voir ressortir également sa prise de conscience face à sa propre souffrance. Voici ce qu'il a cité durant l'entrevue :

Un moment donné, Julien est sorti avec ça : moi je vois beaucoup de souffrance dans ta vie à tout moment. La souffrance, non. C'est plus tard, une semaine ou deux plus tard que ça m'est venue, comme quoi je me haïssais, je me suis haï quasiment toute ma vie tu sais, je ne pouvais pas me sentir, ni vivre, exister, aussi la peur de perdre les autres, tout ça.

Ainsi, il semble qu'Andrew puisse bien démontrer dans ce passage l'intervention de Julien qui a été émise dans le but de connecter le client à sa propre souffrance. Durant l'entrevue avec Samantha, nous avons pu voir ressortir les mêmes objectifs et la même vision concernant le rétablissement de leurs clients dans cette prise de conscience interne. Cependant, Samantha partage d'autant plus, l'importance de bel et bien reconnaître la souffrance chez les victimes tout en étant capable d'identifier l'enracinement de cette souffrance dans les actes d'abus qu'ils ont commis. « Une fois qu'ils se rendent compte et qu'ils voient la souffrance de l'enfant, qu'ils voient vraiment les gestes qu'ils ont faits, de là va découler comment ils vont se sentir par rapport à ça ».

Alex rapporte durant son entrevue reconnaître la souffrance chez sa fille et son entourage comme étant une répercussion de ses actes d'abus. Il mentionne qu'il a espoir que sa fille pourra cheminer elle aussi un jour en vivant un processus thérapeutique pouvant éventuellement peut-être

apaiser la souffrance qu'il a causée chez elle. Laurin rapporte un ressentiment similaire à celui d'Alex. Il mentionne que la thérapie lui a permis de reconnaître des choses, mais que pour lui ç'a pris plusieurs mois. Il rapporte aussi que finalement, il reconnaît sa responsabilité dans la souffrance de l'enfant et mentionne : « Ça me trouble parce que je ne sais pas comment qu'elle va. C'est ça, c'est de ne pas savoir les blessures que j'ai causées ».

Matthew rapporte que la thérapie lui a permis de reconnaître ce qui peut être blessant pour lui et pour les autres. Il mentionne que le groupe et tout ce qui englobe la thérapie lui a donné l'occasion de vraiment prendre conscience de son entourage et de la souffrance que peut provoquer l'abus.

Ben chu plus au courant de, plus au courant de ce qui est pas légal moralement, ben, ce qui peut blesser quelqu'un, avant ça tout était beau, la vie était belle, tout le monde était content. Aujourd'hui je réalise que, mais pas juste avec ma situation à moi, mais aussi avec la situation des autres que j'entends en thérapie, pis toute ça en faisant des comparatifs, en me mettant à la place de la mère, en me mettant à la place du jeune toute ça pis comment je me sentirais.

Ainsi, pour conclure cette partie du travail qualitatif concernant la reconnaissance de la souffrance, il semble que ce processus puisse offrir les conditions nécessaires pour se rétablir et se reconstruire pour ne plus se retrouver dans des situations pouvant apporter la récurrence d'actes d'abus sexuel envers des enfants. Voici ce qu'il a rapporté durant son entrevue :

Est-ce possible d'outiller quelqu'un en 10 sessions ? Oui, absolument ! Est-ce qu'il a pris conscience de la vulnérabilité, la sienne, la souffrance de l'enfant ? Pas sûr ! Est-ce que c'est nécessaire ? On croit que oui ! Hem, ce qui fait que pour notre thérapie, hem l'efficacité va passer par la prise de conscience de la souffrance automatiquement. Ce qui fait que on fait appel au constructivisme. [...] en 50 semaines rares sont les gens qui ne sont pas capables de se rendre au niveau de responsabilité voulue au niveau de connexions avec les émotions voulues au niveau de la prise de conscience voulue pour prendre de bonnes décisions et avoir les outils nécessaires pour ne pas récidiver.

Finalement, selon Calicis et Mertens (2008), il est important pour le thérapeute de reconstruire l'histoire de ses clients pour les aider à reconnaître leur propre souffrance non reconnue. Selon eux, cela leur donne la chance d'exister en se détachant des délits sexuels commis pour se développer de nouvelles manières d'être parmi notre monde et pour prévenir la récidive.

Discussion et apport du présent travail dans le domaine de la thérapie

Discussion

Ce travail présente des résultats intéressants d'une pratique thérapeutique hors normes au Canada, offerte à une clientèle ayant été reconnue coupable d'avoir commis un acte d'abus sexuel envers une personne mineure. Comme il a été présenté dans l'introduction, suivie par la revue de la documentation, de Becker (2012) a mis en évidence que les programmations qui visent la diminution des risques de récidives auprès de cette clientèle en Amérique du Nord, se fondent principalement sous la pratique cognitivo-comportementale. Il s'avérerait pertinent d'étudier une

approche non conforme à la norme en Amérique du Nord, afin d'observer ce qui pourrait en ressortir. Premièrement, nous voulions examiner s'il y a des changements envers les facteurs dynamiques des clients actifs, durant les 15 semaines d'observation. En second lieu, nous voulions mieux saisir comment cette clientèle vit ce traitement thérapeutique. Enfin, nous voulions conceptualiser les éléments pouvant exhorter l'engagement des clients dans un processus thérapeutique étant habituellement imposé par des pressions externes. Toutefois, les résultats quantitatifs, ayant eu un nombre de participants aussi minime que 5 (clients), il est raisonnable d'interpréter ces résultats avec prudence. Néanmoins, lorsque l'on regarde ce qui en est ressorti, en parallèle à la section qualitative, nous pouvons voir des éléments importants à souligner.

En examinant les résultats de l'analyse quantitative descriptive centrée sur l'observation des changements des facteurs dynamiques, nous avons remarqué durant les 15 semaines d'observation, 60% (3 sur 5) des clients ont présenté des changements dans 71% (5 sur 7) de leurs facteurs dynamiques. Selon notre analyse interprétative phénoménologique, les 5 thèmes émergeant démontrent une réactivité positive face au processus thérapeutique constructiviste. En outre, ces thèmes issus des récits des participants : la Connexion, l'Acceptation, l'Évolution, l'Appartenance et la Reconnaissance, contribuent, selon nous, à une compréhension importante des facteurs pouvant promouvoir le rétablissement de cette clientèle. Plusieurs auteurs cités dans ce travail ont mis en évidence la nuisibilité de certaines pratiques thérapeutiques lorsqu'il y a une absence des éléments que nous soulignons dans notre modèle. Face aux enjeux typiques à cette clientèle, étant une population démunie et isolée, nos résultats semblent mettre en évidence l'importance d'une approche humaniste dans laquelle pourrait s'ancrer le modèle que nous proposons. La recherche de Drapeau (2005) s'aligne bien avec nos résultats face à

l'indispensabilité de la relation thérapeutique lorsqu'il rapporte que seulement 8% des bienfaits thérapeutiques provient de l'attribution aux techniques thérapeutiques.

Ce que nous avons remarqué des résultats quantitatifs en parallèle à ceux des résultats qualitatifs, ils rejoignent ce qui a été mentionné par plusieurs auteurs. Nous parlons ici de l'importance de pouvoir personnaliser le traitement thérapeutique selon les besoins individuels des clients. L'une de nos observations concernant nos résultats qualitatifs, démontre que chacun des clients a terminé sa thérapie à un nombre de sessions différentes : Alex = 71 sessions, Andrew = 68 sessions, Laurin = 58 sessions, Jake = 59 sessions et Matthew = 53 sessions. Ainsi entre le client ayant complété le moins de sessions comparativement au client en ayant complété le plus, il y a un écart de 18 sessions, ce qui équivaut à 4 mois et demi de différence. Cependant, lors de notre analyse qualitative, les résultats provenant de chacun des 5 clients étaient pratiquement identiques. Ainsi, il semble bien que chacun ait besoin d'un nombre de sessions différent pour arriver à leur propre rétablissement. Il semble également que nous puissions supporter cette idée de l'importance de la « flexibilité thérapeutique » présentée par Marshall (2005). Cette flexibilité étant de pouvoir répondre aux besoins individuels de chaque client. Pour appuyer cette observation, ce besoin a également été rapporté de vive voix par les clients et les thérapeutes. Il semble que les résultats quantitatifs, malgré le nombre insignifiant, puissent bien épauler cette idée. Durant cette période d'observation, les trois clients ayant démontré le plus de changement dans leurs facteurs dynamiques au cours des 15 semaines ont tous complété un nombre de sessions différent. Selon nos observations de comparaisons visuelles, Evan, Maxime et Matthew ont présenté un changement dans 71% de leurs facteurs dynamiques. Pourtant, Evan a seulement complété 24 sessions, Maxime, lui était à 40 et Matthew 53. Nathan, n'ayant présenté qu'un seul

changement, lui était à 45 sessions et Johan, 44 sessions, n'a démontré aucun changement. Ces résultats semblent pouvoir rejoindre cette idée de l'importance d'une « flexibilité thérapeutique ». Il apparaît que certains clients ont besoin d'un traitement d'une durée plus longue comparativement à d'autres pouvant démontrer des changements plus rapidement selon un processus plus court.

Dans notre expérience d'entrée en relation avec les participants encore actifs en thérapie et ceux ayant terminé leur processus, nous avons été témoins de l'évolution que nous proposons dans notre modèle. Voici des exemples concrets de notre expérience en lien avec nos résultats provenant de nos deux méthodologies.

Dans un premier temps, lors de notre collecte de données, nous avons fait l'expérience d'entrer en relation avec les deux groupes de participants (clients) d'où nous avons été témoins de cette évolution concernant le modèle que nous proposons. Les clients actifs ont été les premiers à passer en entrevue tenant compte du laps de temps de 15 semaines d'observation entre les deux entrevues. Au début de notre recherche, nous avions 8 clients ayant participé à la première entrevue quantitative sachant qu'ils devaient tous revenir pour une seconde entrevue dans 15 semaines. Chacun d'entre eux avait été informé qu'il serait contacté durant la première semaine du mois de décembre 2019, pour la seconde prise de rendez-vous. Puis, lorsque le temps d'observation s'est écoulé, la chercheuse a tenté de reprendre contact avec ces 8 participants. Malheureusement, l'un d'entre eux avait reçu sa sentence et donc était désormais incarcéré. Ce participant a dû être éliminé, car les 15 semaines d'observation ont été interrompues. Deux autres participants ont été exclus, car ils ne se sont pas présentés au rendez-vous prévu, malgré leur confirmation et leur

continuité dans leur processus au Ciasf. La chercheuse a tenté de reprendre contact avec chacun d'entre eux, mais sans succès. Tout comme leurs collègues qui ne se sont pas présentés au deuxième rendez-vous, Evan et Maxime qui avaient planifié leur entrevue avec la chercheuse, ne se sont pas présentés non plus. Cependant, contrairement aux premiers, ces derniers ont repris contact avec la chercheuse et se sont excusés d'avoir oublié. Finalement, Johan, Nathan et Matthew se sont présentés sans difficulté. Pourtant Johan et Nathan sont ceux ayant démontré le moins de changement dans leurs facteurs dynamiques. Matthew lui est un client ayant participé aux deux parties (quantitative et qualitative) de la recherche donc ayant terminé sa thérapie. Or, pour revenir à notre énoncé concernant l'évolution visible chez les participants ayant terminé leur thérapie nous croyons pouvoir soutenir notre modèle avec nos résultats, mais aussi en partageant l'expérience vécue de la chercheuse qui est entrée en relation avec ces deux groupes.

Cette expérience vécue par la chercheuse semble pouvoir témoigner du portrait ayant été rapporté ci-haut de l'évolution du petit garçon qui termine sa thérapie et qui repart en l'homme. Or, il ne faut pas oublier que le modèle proposé par cette recherche, ne dévoile pas un cheminement linéaire, mais plutôt, une évolution qui s'accomplit selon l'interdépendance de chacun des thèmes présentés. Lorsque l'on porte une attention particulière au premier thème de la connexion, on y retrouve deux (2) catégories : relation interpersonnelle et relation professionnelle. Selon l'expérience vécue avec les deux groupes, il semble bien y avoir une différence générale entre les participants n'ayant pas terminé leur processus et ceux qui ont terminé. Selon l'exemple décrit ci-haut, l'expérience vécue par la chercheuse d'entrée en relation avec ces deux groupes démontre que les habiletés relationnelles semblent être plus intégrées chez les participants ayant complété leur cheminement thérapeutique faisant partie du thème de la connexion. De plus, pouvons-nous

conclure qu'une telle rencontre entre chercheuse et participants, représente en soi, une relation professionnelle? Voici comment nous pouvons expliquer l'expérience vécue au Ciasf par rapport au thème de l'évolution. Lorsque nous avons présenté ce thème, nous avons fait référence au changement qui se fait habituellement à travers le cheminement thérapeutique constructiviste concernant les trois catégories suivantes : nouvelle vision du monde, nouvelle vision de soi et nouvelles habiletés. Selon l'expérience vécue par la chercheuse, il semble bien que nous puissions conclure que les clients ayant complétés leur thérapie dégagent, dans leur façon d'être et d'entrer en relation avec la chercheuse, possèdent les habiletés relationnelles nécessaires pour interagir de façon adéquate. Ces habiletés pourraient également être simplement dans la façon de pouvoir être organisé en ayant bien documenté la date et l'heure de l'entrevue. Selon l'expérience décrite ci-haut, plusieurs des participants encore actifs dans leur thérapie ont, oublié leur rendez-vous ou bien n'ont jamais démontré suffisamment d'effort pour informer la chercheuse de tout changement. Cela pourrait être attribué à la maturité qui s'aligne avec notre catégorie de nouvelle perception de soi ou bien encore une fois, pouvant aussi provenir des lacunes concernant les habiletés organisationnelles. Peut-être même que ceci est en lien avec la conceptualisation du monde qui serait différente pour ces deux groupes en lien avec le fait de reconnaître ses responsabilités concernant son engagement envers quelque chose d'extrinsèque et non intrinsèque. Cette présentation du vécu de la chercheuse démontre selon nous, l'émergence intégrative des thèmes pouvant démontrer leur interdépendance, d'où la représentation du diagramme proposé.

Ainsi, la recherche effectuée semble démontrer une similitude avec les résultats rapportés par Drapeau (2005) auprès de cette clientèle. Revenons à l'image dévoilée par les thérapeutes et confirmée par les clients, du petit garçon qui arrive en thérapie et qui repart en homme une fois le

processus complété. Selon Drapeau (2005), lors d'un processus thérapeutique, ces gens rétablissent avec leurs thérapeutes leur propre expérience du passé dans lequel leurs perceptions du monde ont été conçues de façon inadéquate. Il sous-entend qu'un grand nombre de participants à sa recherche ont rapporté que lors de la thérapie, ils se sont sentis comme des enfants, percevant les thérapeutes comme une figure d'attachement parental dévoilant une occasion de se reconstruire de façon adéquate selon les normes de la société. Or, pour revenir à notre analyse qualitative, les clients et les thérapeutes ont parlé de cette évolution du petit garçon à l'homme qui repart. Ce phénomène semble bien faire surface dans l'expérience de la chercheuse lorsque les clients ayant terminé leur thérapie se présentent en homme tandis que les clients étant toujours actifs en thérapie démontrent moins de maturité par rapport au respect des engagements. Finalement, devant ces résultats et l'apport des résultats d'autres recherches, n'apparaît-il pas nécessaire d'offrir à ces gens la chance de se créer une nouvelle vision de soi et du monde ?

Rappelons-nous, de la norme des pratiques thérapeutiques en Amérique du Nord. Ces pratiques orientent leurs traitements selon le paradigme de la thérapie cognitivo-comportementale, accompagnée d'une prévention de rechute. Ayant démontré une certaine efficacité, nous ne proposons pas d'éliminer ces pratiques, cependant, nous croyons pertinent de revenir à l'objectif primaire du développement de ces programmations c'est-à-dire la diminution des risques de récidives.

En nous fiant à nos résultats qualitatifs ainsi que notre observation des résultats quantitatifs, nous croyons que cette clientèle a besoin d'un accompagnement clinique humaniste qui mise sur les forces de ses clients. Selon les récits énoncés par les participants, en parallèle aux recherches

déjà publiées, les traitements thérapeutiques visant le rétablissement de cette population devraient considérer avec une grande importance la cohésion de groupe accompagnée d'une bonne alliance thérapeutique. En d'autres termes, il serait préférable que les cliniciens puissent démontrer une ouverture à l'expérience individuelle de chaque client au lieu de se limiter sur la pratique d'intervention rédigée dans des manuels préétablis en TCC. Il ne faudrait pas oublier que cette population est diversifiée. Chaque client présente différents facteurs cliniques à travailler, d'où l'importance de la « flexibilité thérapeutique » mentionnée ci-haut. Avec les traitements de la TCC centrés sur la réduction du désir sexuel « pédophilique », un grand nombre de gens repartiraient de la thérapie sans avoir fait les changements nécessaires concernant les motifs primaires des comportements d'abus. Or, selon nos résultats qualitatifs, il semble que l'aspect relationnel soit indispensable au rétablissement de cette clientèle. Ainsi, il apparaît préférable que le rôle des cliniciens puisse être authentique et humaniste tout en créant une atmosphère de confiance et de non-jugement à travers le groupe. Ceci revient à ce qui a été rapporté par Beech et Hamilton-Giachritsis (2005) concernant l'importance du « climat thérapeutique ».

LeBel et al (2008) mettent en évidence les pressions législatives et la stigmatisation sous lesquelles se développent les traitements thérapeutiques qui visent le rétablissement de cette clientèle. Nous sommes donc conscients qu'il peut s'avérer difficile d'être tiraillé entre la législation et le rétablissement de son client. Le modèle que nous proposons se base sur des besoins d'être en connexion c'est-à-dire que le client et le thérapeute peuvent développer un lien de confiance et une relation authentique mutuelle avant d'aborder le sujet de l'abus. Nous considérons donc les thèmes qui sont ressortis de nos résultats comme étant des sources importantes afin d'aider les cliniciens à voir ce qui pourrait être favorable à l'accompagnement thérapeutique de cette

clientèle. Nous croyons que les thérapeutes peuvent orienter leur pratique selon les 5 thèmes discutés dans ce travail. La considération de chacun fournit selon nous une matière clinique essentielle pour soutenir le processus de guérison. Selon LeBel et al (2008), les thérapeutes doivent pouvoir mettre de côté l'acte d'abus pour percevoir la souffrance de leurs propres clients afin d'encourager un cheminement pouvant éventuellement faire un lien entre la souffrance du client et le passage à l'acte d'abus.

Ainsi, nous croyons que cette recherche présente des pistes de travail pouvant informer les cliniciens sur la façon d'entrer en relation avec cette clientèle. Avec le modèle que nous proposons, nous espérons fournir des recommandations utiles pour une thérapie auprès des gens ayant été reconnus coupables d'avoir commis un acte d'abus sexuel envers une personne mineure. À la suite de l'analyse des récits qualitatifs, nous croyons que tenir compte de la notion d'intégration relationnelle dans de telles circonstances permet à la personne de se reconstruire et d'acquérir les habiletés qui lui permettent de prendre de bonnes décisions devant une situation à risque : la décision de ne pas abuser à nouveau. La personne peut aussi développer une vision du monde selon les normes de la société ainsi qu'une construction mature du soi. Nous recommandons une approche intégrative mettant l'accent sur l'acceptation et la connexion à autrui pour permettre l'évolution recherchée.

Limites et considérations pour de futures recherches

Le traitement thérapeutique à l'étude est une approche exhibant une complexité ce qui engendre certaines complications pouvant être définies comme étant des limites. La thérapie constructiviste est offerte au Ciasf depuis près de 30 ans. Elle a été conçue dans le but de traiter

cette population par un criminologue/psychothérapeute, qui est décédé en 2019. Dans l'espoir d'assurer la continuité de ce travail exceptionnel, les cliniciens au Ciasf continuent d'utiliser cette pratique mettant en application différentes modalités générant ainsi cette flexibilité thérapeutique. Il a été complexe de pouvoir développer une méthodologie pouvant faire ressortir les changements qui émergent durant un tel processus. Tenant compte du fait que cette programmation a seulement trois groupes de 8 clients actifs à la fois, dès le début, le nombre de participants à cette recherche, surtout pour la partie quantitative, est très limité. Toutefois, nous avons voulu aller de l'avant pour conceptualiser ce qui pouvait ressortir d'une telle thérapie. Par ailleurs, nous considérons notre échantillonnage quantitatif de 5 clients, comme étant une limite à notre recherche.

Une autre limite est l'aspect temps. La chercheuse termine un programme de maîtrise qui s'étend sur deux ans seulement. Nous considérons pertinent que d'autres recherches soient réalisées sur une plus longue durée. D'autres recherches n'ayant pas cette limite de temps pourraient donc inclure plus de participants. De plus, une période plus longue offrirait une possibilité d'étudier un nombre plus élevé de clients dans leur cheminement complet plutôt qu'une observation limitée à 15 semaines. Pour terminer, il semble pertinent de continuer d'approfondir nos connaissances face aux traitements thérapeutiques qui s'offrent à cette population dans le but de prévenir de nouvelles victimisations. Il semble encourageant de conclure qu'en optimisant le rétablissement de cette population, nous avons plus de chance de réaliser cet objectif.

ANNEXE I : Explication de l'outil « VRS-SOV » :

La première section du « VRS-SOV » évalue les facteurs statiques des clients:

S1 : âge de la mise en liberté ;

S2 : âge du premier rapport sexuel (infraction) ;

S3 : profil historique des victimes ;

S4 : accusations et condamnations antérieures relatives à une infraction sexuelle ;

S5 : victime d'agression sexuelle avec ou sans lien de parenté ;

S6 : nombre et sexe des victimes d'agression sexuelle ;

S7 : nombre de prononcées de peines antérieures.

Cet outil « VRS-SO », est selon les recherches de Beggs et Grace (2010) et de Olver et al (2009), important dans le domaine clinique, car il parvient à démontrer les sphères qui sont faibles et mal adoptives de la personne et qui doivent être travaillée. Avec l'ajout du modèle transthéorique, nous pourrons identifier le stade de motivations dans lequel le client se retrouve.

Cette prochaine section de l'outil comprendra 17 facteurs dynamiques qui seront évalués chez la personne, accompagnée du modèle de changements transthéoriques. Ces facteurs ont été divisés en trois différentes catégories qui comprennent : la déviance sexuelle, la criminalité et la sensibilité au traitement.

Déviance sexuelle	Criminalité	Sensibilité au traitement.
D2 : l'acte sexuel compulsif	D4 : personnalité criminelle	D5 : distorsions cognitives
	D6 : agression interpersonnelle	
	D13 : l'impulsivité	

Ceux-ci sont exclus des trois catégories :

D7 : contrôle émotionnel

D17 : déficit d'intimité

C'est en analysant ces facteurs dynamiques qui sont interchangeables en traitement que nous avons déterminé si le traitement offert au Ciasf est efficace. Selon Olver et al (2007), c'est en évaluant les changements provenant des interventions faites en thérapie que nous pouvons bien déterminer si les risques de récidives diminuent. C'est en comparant les résultats provenant des évaluations primaires à celles secondaires des participants que nous pourrons être en mesure de déterminer s'il y a eu une progression, une régression ou un statut fixe chez le client. Ainsi, s'il y a une progression dans les facteurs dynamiques de la personne, cela démontrera que le traitement provoque des changements positifs. Ainsi, le traitement sera considéré comme étant efficace s'il répond à notre objectif de diminuer les risques de récidives pour empêcher d'autres victimisations.

ANNEXE II : Questions d'entrevue qualitative pour les clients ayant terminé leur thérapie

1. Comment décririez-vous votre expérience dans cette thérapie ?
2. Quels sont les changements que vous remarquez chez vous aujourd'hui après avoir complété la thérapie au Ciasf ?
3. Qu'est-ce qui vous a aidé durant le processus thérapeutique ?
4. Quel a été le moment tournant pour vous durant cette thérapie ?
5. Comment vous êtes-vous senti (e) avec les thérapeutes ?
6. Comment évaluez-vous vos habiletés à bien gérer tout risque de récurrences ?

ANNEXE III : Questions d'entrevue qualitative pour les thérapeutes

1. Comment vous sentez-vous par rapport à vos habiletés cliniques avec cette clientèle ?
2. Qu'est-ce que vous observez de différent chez un client, de son arrivée jusqu'à la fin sa thérapie ?
3. Comment évaluez-vous l'efficacité de votre traitement concernant la diminution du risque de récidives ?

ANNEXE IV : Tableau des thèmes et des catégories

Connexion	Relation thérapeutique
	Relation interpersonnelle
	Relation professionnelle
Acceptation	Acceptation venant des autres
	Acceptation de soi
	Acceptation de changer
Évolution	Nouvelle vision du monde
	Nouvelle perception de soi
	Développement d'habiletés
Appartenance	Le groupe
	Le soutien
	La force
Reconnaissance	Reconnaissance de l'abus
	Reconnaissance de sa responsabilité
	Reconnaissance de la souffrance

ANNEXE V : Lettre d'autorisation de cueillette de données auprès de la clientèle au Ciasf



15 mai 2019

Programme de Maîtrise en counseling et psychothérapie
Université St-Paul
Ottawa, On

Objet : Autorisation de cueillette de donnée auprès de notre clientèle

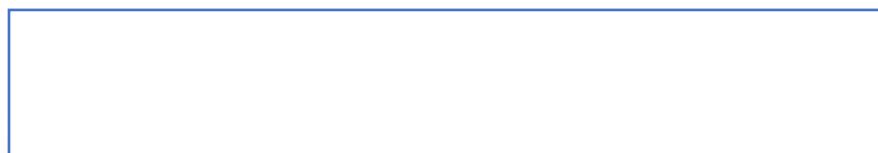
Madame, Monsieur,

La présente lettre est pour confirmer que le Ciasf autorise Mme Sabrina Lacasse à solliciter les participants d'un groupe thérapeutique pour homme ayant commis des gestes d'abus sexuels dans le cadre de sa thèse ***L'évaluation du traitement chez les personnes qui ont commis de l'abus sexuels envers des enfants : le modèle du Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille.***

Mme Lacasse devra respecter certaines obligations :

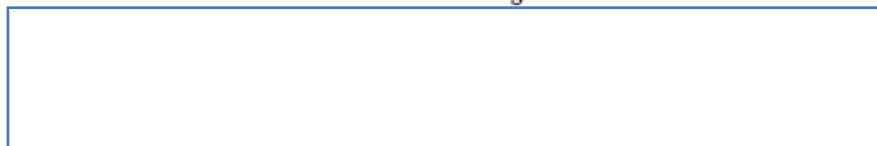
- Elle devra fournir au Ciasf l'approbation du Comité d'éthique de l'Université St-Paul
- Respecter la confidentialité des participants, des victimes ainsi que de l'adresse et les heures de rencontres du groupe thérapeutique.
- Autoriser la thérapeute (Suzanne Lafond) et un représentant du Ciasf (identifié par moi-même) à lire la thèse avant de le soumettre pour évaluation.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées



Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille

www.ciasf.org



ANNEXE VI : Certificat d'éthique



UNIVERSITÉ
SAINT-PAUL
UNIVERSITY

04-06-2019
jj-mm-aaaa

Bureau de la recherche et de la déontologie
Office of Research and Ethics

Certificat d'éthique
Comité de la déontologie

Dossier CÉR 1360.3/19

Chercheur principal / Superviseur de thèse / Co-chercheur / Étudiant

Nom	Prénom	Affiliation	Rôle
Lacasse	Sabrina	Faculté de sciences humaines	Étudiante-Chercheure
Maisha	Buuma	Faculté de sciences humaines	Superviseur de thèse

Type de demande Projet de recherche – Thèse de maîtrise

Titre Évaluation du traitement chez les personnes qui ont commis de l'abus sexuel envers des enfants: le modèle du Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF).

Approbation	Échéance	Décision
04-06-2019 (jj-mm-aaaa)	03-06-2020 (jj-mm-aaaa)	1 (Approuvé)

Le Comité de déontologie approuve le projet de recherche et invite la chercheure à indiquer le numéro du dossier 1360.3/19 sur tous les documents ayant trait au recrutement des participants.

Le Comité de déontologie de l'Université Saint-Paul entérine, à la lumière de la Politique des trois conseils, votre demande et émet un certificat pour ce projet pour la période stipulée et ce selon les conditions décrites plus haut.

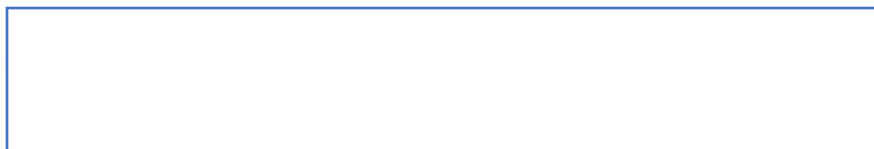
Il est entendu que le protocole de recherche ne peut être modifié sans l'autorisation écrite du Comité de déontologie. Ceci comprend la durée du projet, tout recrutement additionnel pour de nouveaux participants, de nouveaux sites de cueillette de données et toute modification pour des travaux de recherche qui exigent un permis additionnel, tel la cueillette de données dans des écoles. Seules de menues modifications administratives sont autorisées.

Le Comité de déontologie doit être avisé de tout changement ou concours imprévu de circonstances qui pourraient avoir une incidence importante sur le déroulement de la recherche, en lien avec tout risque de la part des participants et leur bien-être.

Toutes modifications au projet, à tout renseignement lié, au consentement et au recrutement devront être soumises au Bureau de la recherche et de la déontologie pour approbation par le Comité de déontologie.

Le chercheur principal (professeur ou étudiant) devra soumettre un rapport final au terme de la période afin qu'une prolongation soit accordée ou le dossier fermé.

Les documents ayant trait à la promotion du projet, au recrutement et au consentement doivent afficher le numéro de certificat indiqué plus haut. Ils doivent également indiquer les coordonnées du professeur ou de l'étudiant advenant que les participants souhaitent poser des questions en lien avec leur projet. Les documents peuvent également indiquer les coordonnées du Bureau de la recherche et de la déontologie.



Comité de déontologie

1/1

ANNEXE VII : Lettre d'invitation à la participation (français)



LETTRE D'INVITATION À LA PARTICIPATION

Évaluation du traitement chez les personnes ayant commis de l'abus sexuel envers des enfants : Le modèle du Centre d'intervention en abus sexuels pour la Famille (Ciasf)

Objectif : Invitation à participer volontairement à un projet de recherche

Madame, Monsieur

J'aimerais solliciter votre participation au projet de recherche concernant l'analyse du traitement utilisé au (Ciasf). Le but est de contribuer à l'amélioration du développement des services de thérapie et du traitement offert aux adultes concernant l'abus sexuel chez les mineurs.

Considérant que vous participez déjà aux services offerts au Ciasf, votre implication consistera à planifier une première entrevue pour répondre à des questions. Puis, une deuxième entrevue devra être complétée 20 semaines plus tard afin de vérifier certains changements durant 20 semaines de thérapie. Nous vous assurons que votre identité sera protégée tout au long du parcours. Un système de codage sera utilisé afin de ne divulguer aucune information à l'exception de l'équipe de recherche qui comprend Sabrina Lacasse et Buuma Maisha.

Si vous éprouvez un malaise physique ou émotionnel, n'hésitez pas de m'en informer. L'entrevue sera interrompue immédiatement et je me concentrerai sur votre stabilité avant de poursuivre l'entrevue.

Nous croyons que cette recherche porte sur une cause essentielle qui concerne et préoccupe tout le monde. Je tiens à souligner que votre participation ne doit subir aucune pression. Vous avez le droit de refuser sans aucune conséquence sur vos services au Ciasf. Vous pouvez aussi annuler votre participation à la recherche n'importe quand. Dans des cas où vous ne vous sentez plus confortable de poursuivre cet engagement, toute information recueillie de vous sera éliminée de nos données et par la suite détruite.

Je vous remercie de votre considération.

Sabrina Lacasse

Tél :

Courriel :

Veuillez marquer votre nom, signer et dater ci-dessous si vous acceptez de participer.

Nom et prénom : _____ Signature : _____ Date : _____

Votre numéro de téléphone : _____

ANNEXE VIII : Lettre d'invitation à la participation (anglais)



LETTER OF INVITATION TO PARTICIPATE IN A RESEARCH STUDY

Evaluation of the treatment offered for individuals that have committed abuse towards minors: the model offered at the Ciasf

Objective: Invitation to participate voluntarily in a research project.

To whom it may concern,

I would like to request your participation in a research project concerning the analysis of the Constructivist treatment group offered at the (Ciasf). The goal of this study is to help improve the development of the therapeutic services and treatments that are offered to adults regarding sexual abuse towards minors.

Considering that you already participate in the services offered at the Ciasf, your implication in this process will be to participate in two interviews that will be guided by Sabrina Lacasse. The first interview will be used to answer questions and, a second interview will be completed 20 weeks later to evaluate if there have been any changes during that specific period of time in therapy. We assure you that your identity will be protected throughout the process. A coding system will be used to not divulge any information except for the research team that includes Sabrina Lacasse and Buuma Maisha.

Throughout the process, if you feel physically or emotionally uncomfortable, do not hesitate to inform me. The interview will be stopped immediately, and I will focus on your stability before continuing the interview.

We believe this research is important for everyone. We would like to emphasize that there is no pressure being put on you to have you participate in this process. You have the right to refuse without any consequences towards your services at the Ciasf. You can also withdraw your participation from the research project at any time. In cases where you feel uncomfortable continuing in this research process, any information collected from you will be removed from our database and will subsequently be destroyed.

Thank you for your consideration,

Sabrina Lacasse

Phone:

Email:

Please write your name, sign and date below if you agree to participate.

Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Phone number: _____

ANNEXE IX : Formulaire de consentement (français)**Formulaire de consentement****Évaluation du traitement chez les personnes qui ont commis de l'abus sexuel envers des enfants : Le modèle du Centre d'intervention en abus sexuels pour la Famille (Ciasf)**

Étudiante/chercheuse : Sabrina Lacasse

Superviseur : Buuma Maisha

Département : Sciences humaines,

Faculté : Counseling et spiritualité,

Institution : l'université Saint-Paul

Numéros de téléphone et adresses courriel :

Je suis invité(e) à participer à la recherche nommée ci-haut qui sera menée par Sabrina Lacasse et son superviseur Buuma Maisha.

Le but de cette recherche est d'évaluer d'un point de vue objectif, si le traitement offert au Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille « Ciasf » apporte des changements significatifs concernant les facteurs dynamiques de risque de récidives chez les participants.

Ma participation à cette recherche consistera essentiellement à être actif au traitement offert au Ciasf au groupe thérapeutique constructiviste. Je devrai également collaborer à deux entrevues individuelles avec Sabrina Lacasse qui évaluera mes facteurs statiques et dynamiques en suivant l'outil « VRS-SO ». Une première rencontre sera complétée après avoir donné mon consentement écrit. Une seconde évaluation sera faite après avoir accompli 20 sessions de thérapie. Les entrevues auront lieu au Ciasf les mercredis hors des heures de la thérapie de groupe.

Je comprends et je suis conscient (e) que ma participation à cette recherche implique que je donne de l'information personnelle. Il est possible que je ressente un certain inconfort émotionnel ou psychologique. Sabrina Lacasse m'a assuré que tout se déroulera de façon sécuritaire dans le but de minimiser ces risques. Elle s'assurera de bien encadrer l'entrevue en vérifiant régulièrement comment je me sens durant le processus. Cette rencontre se fait également au Ciasf où d'autres intervenants et thérapeutes que je connais sont présents en cas de situation de crise. Si j'ai besoin d'arrêter l'entrevue, je suis libre de le faire et j'ai le choix de me retirer de cette recherche à n'importe quel moment. Si je me retire, mes réponses ne seront pas incluses.

Ma participation à cette recherche aura pour effet de faire la lumière sur le traitement offert au Ciasf en ayant un aperçu global des changements qui ressortent de la thérapie concernant mes facteurs dynamiques.

J'ai l'assurance de la part de Sabrina Lacasse que l'information que je partagerai avec elle restera strictement confidentielle. Je m'attends à ce que l'information rendue soit utilisée pour l'observation des facteurs statiques et dynamique de cette recherche. Pour maintenir l'anonymat, mon nom ne sera pas associé à mon récit et ne sera divulgué à personne. De plus, l'adresse du Ciasf ne sera pas mentionnée dans la recherche. Les heures des groupes thérapeutiques constructivistes ne seront pas divulguées.

Afin de minimiser les risques de bris de confidentialité, Sabrina utilisera des mesures de sécurité appropriées. Tous les rapports électroniques contenant l'information seront conservés sur une clé USB dont seule Sabrina Lacasse connaîtra le mot de passe. Durant la période de traitement des données, l'ordinateur sera conservé sous clef et seulement Sabrina y aura accès. Durant la période suivant les 5 prochaines années, les documents papier tels que les questionnaires et les entrevues seront gardés dans le bureau du professeur (superviseur de cette recherche, Buuma Maisha) à l'université Saint Paul. Les documents seront détruits après 5 ans.

Ma participation à la recherche est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps, et/ou refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Si je choisis de me retirer de l'étude, les données recueillies jusqu'à ce moment seront détruites.

Je, _____, accepte de participer à cette recherche menée par Sabrina Lacasse, supervisée par Buuma Maisha.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec la chercheuse ou son superviseur.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au Bureau de la recherche et de la déontologie, Université Saint-Paul, 223 rue Main, K1S 1C4, Ottawa, ON (613) 236-1393.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

Signature du participant: _____ Date: _____

Signature du participant: _____ Date: _____

ANNEXE X : Formulaire de consentement (anglais)

1

Consent Form**Evaluation of the treatment offered for individuals that have committed abuse towards minors: the model offered at the Ciasf**

Student/Researcher: Sabrina Lacasse

Supervisor: Buuma Maisha

Department: Social Science

Faculty: Counseling and Spirituality

Institution: Saint Paul University

Phone number and email address:

I am invited to participate in the above-named research which will be led by Sabrina Lacasse and her supervisor Buuma Maisha. I am aware that this research has been approved by the ethics committee of Saint Paul University.

The purpose of this research is to objectively assess whether the treatment offered at the Ciasf elicits significant changes to the dynamic risk factors for recidivism among participants.

My participation in this research will consist essentially in being active in the treatment group called, "Constructivist" offered at the Ciasf. I will also need to partake in two individual interviews with Sabrina Lacasse who will evaluate my static and dynamic factors by following the VRS-SO tool. A first meeting will be conducted after giving my written consent to participate in this research. A second assessment will be made after completing 20 sessions of therapy in the Constructivist group.

I understand, and I am aware that my participation in this research implies that I give personal information. That being said, the level of risk concerning my well-being is minimal. However, it is possible that I feel some emotional or psychological discomfort. Sabrina Lacasse assured me that everything will be done safely in order to minimize these risks. She will make sure to properly frame the interview by regularly checking how I feel during the process. This meeting is also done at the Ciasf where the Therapists that I know are present in case of crisis. If I need to stop the interview, I am free to do so, and I have the choice to withdraw from this research at any time. If I withdraw, my answers will not be included.

My participation in this research will shed light on the treatment offered at the Ciasf by having a global overview of the changes that emerge concerning my dynamic factors.

I have the assurance from Sabrina Lacasse that the information I will share with her will remain strictly confidential. I expect that the information provided will be used for the observation of the static and dynamic factors of this research. To maintain anonymity, my name will not be associated with my story and will not be disclosed to anyone. In addition, the Ciasf's address will not be mentioned in the research. The hours of the Constructivist therapeutic groups will not be disclosed.

To minimize the risk of breach of confidentiality, Sabrina will use appropriate security measures. All the electronic reports containing information will be kept on a USB key which only Sabrina Lacasse will know the password. During the data processing period, the computer will be locked, and only Sabrina will have access to it. Over the following 5-year period, paper documents such as questionnaires and interviews will be kept in the professor's office (supervisor of this research, Buuma Maisha) at Saint Paul University. The documents will be destroyed after 5 years.

My participation in the research is voluntary and I am free to withdraw at any time, and/or refuse to answer certain questions, without suffering any negative consequences. If I choose to withdraw from the study, the data collected to that point will be destroyed.

I, _____ accept to participate to this research led by Sabrina Lacasse and supervised by Buuma Maisha.

For more information about this study, I can contact the researcher herself or her supervisor.

For more information on the ethical aspect of this research, I can contact the Office of Research and Ethics, Saint Paul University, 223 Main Street, K1S 1C4, Ottawa, ON (613) 236-1393.

There are two copies of the consent form, a copy of which I can keep.

Signature of the participant: _____

Date: _____

Liste des Références

- Barbaree, H. E., Seto, M. C., Langton, C. M., & Peacock, E. J. (2001). Evaluating the Predictive Accuracy of Six Risk Assessment Instruments for Adult Sex Offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 28(4), 490-521. <https://doi.org/10.1177/009385480102800406>
- Beech, A. R., & Hamilton-Giachritsis, C. E. (2005). Relationship Between Therapeutic Climate and Treatment Outcome in Group-Based Sexual Offender Treatment Programs. *Sexual Abuse*, 17(2), 127-140. doi:10.1177/107906320501700204
- Beggs, S., & Grace, R. (2010). Assessment of Dynamic Risk Factors: An Independent Validation Study of the Violence Risk Scale: Sexual Offender Version. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22(2), 234-251. doi:10.1177/1079063210369014
- Blagden, N., Winder, B., Gregson, M., & Thorne, K. (2014). Making Sense of Denial in Sexual Offenders: A Qualitative Phenomenological and Repertory Grid Analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(9), 1698-1731. <https://doi.org/10.1177/0886260513511530>
- Blasko, B. L., & Jeglic, E. L. (2016). Sexual offenders' perceptions of the client-therapist relationship: The role of risk. *Sexual Abuse*, 28(4), 271-290. doi:10.1177/1079063214529802
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenburg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. (pp. 13-37). John Wiley.
- Bouchard, S., & Gingras, M. (2007). *Introduction aux théories de la personnalité* (3e ed.). Gaëtan Morin.

- Brennan, S., Taylor-Butts, A., & Centre canadien de la statistique juridique. (2008). *Les agressions sexuelles au Canada, 2004*. http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/collection_2008/statcan/85F0033M/85f0033m2008019-fra.pdf
- Brown, S., Deakin, J., & Spencer, J. (2008). What People Think About the Management of Sex Offenders in the Community. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 47(3), 259-274. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2008.00519.x>
- Bujold, M., Association francophone pour le savoir-Acfas, & Congrès de l'ACFAS (Éd.). (2018). *Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé*.
- Calicis, F., & Mertens, M. (2008) Une expérience de thérapie de groupe pour auteurs d'infraction à caractère sexuel. *Thérapie Familiale*, 29(2):221-42.
- Christopher's Law (Sex Offender Registry), 2000, S.O. 2000, c. 1. <https://www.ontario.ca/laws/statute/00c01>
- Code criminel (L.R.C. (1985), ch. C-46). Partie V. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/page-34.html#h-114959>
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2000). *Research methods in education* (5th ed.). London: Routledge/Falmer.
- Cohen, L. J., & Galynker, I. I. (2002). Clinical Features of Pedophilia and Implications for Treatment: *Journal of Psychiatric Practice*, 8(5), 276-289. <https://doi.org/10.1097/00131746-200209000-00004>
- Conroy, S., & Cotter, A. (2017, 17 juillet). Les agressions sexuelles autodéclarées au Canada, 2014. *Juristat*, 37(1), 1-36. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/85-002-X201700114842>

- Corabian, G., & Hogan, N. R. (2015). Attitudes Towards Sex Offenders in Canada : Further Validation of the CATSO-R Factor Structure. *Psychiatry, Psychology and Law*, 22(5), 723-730. <https://doi.org/10.1080/13218719.2014.985623>
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five Approaches*. Sage Publications.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). Sage Publications.
- Csillik, A. S. (2009). Polémique actuelle autour du modèle transthéorique : Ce modèle mérite-t-il d'être encore utilisé ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(5), 355-360. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.09.003>
- Cuppleditch, L. & Evans, W. (2005) 'Reoffending of adults: results from the 2002 cohort. *Home Office Statistical Bulletin* 25/05.
- de Becker, E. (2012). Dispositif thérapeutique intégratif avec les agresseurs sexuels d'enfants. *L'Évolution Psychiatrique*, 77(3), 385-402. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.03.002>
- Dowling, J., Hodge, S., & Withers, P. (2018). Therapists' perceptions of the therapeutic alliance in "Mandatory" therapy with sex offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 24(3), 326-342. <https://doi.org/10.1080/13552600.2018.1535139>
- Drapeau, M. (2005). Research on the Processes Involved in Treating Sexual Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(2), 117–125. <https://doi.org/10.1177/107906320501700203>
- Fall, K. A., Miner Holden, J., & Marquis, A. (2004). *Theoretical Models of Counseling and Psychotherapy*. Brunner-Routledge.

- Gannon, T., Terriere, R. & Leader, T. (2012). Ward and Siegert's Pathways Model of child sexual offending: A cluster analysis evaluation. *Psychology, Crime & Law*, 18(2), 129–153.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The Principles of Effective Correctional Treatment Also Apply To Sexual Offenders : A Meta-Analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36(9), 865-891. <https://doi.org/10.1177/0093854809338545>
- Hardouin, F., & Proia-Lelouey, N. (2010). Prise en charge psychologique des détenus délinquants sexuels : Une pratique des limites. *Pratiques Psychologiques*, 16(2), 173-185. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2009.05.001>
- Harper, C. A., Hogue, T. E., & Bartels, R. M. (2017, May). Attitudes towards sexual offenders: What do we know, and why are they important? *Aggression and Violent Behavior*, 34, 201-213. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.011>
- Harris, D. A. (2018). *Desistance from Sexual Offending : Narratives of Retirement, Regulation and Recovery*. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-63200-1>
- Hayes, R., Barnett, M., Sullivan, D. H., Nielsen, O., Large, M., & Brown, C. (2009). Justifications and Rationalizations for the Civil Commitment of Sex Offenders. *Psychiatry, Psychology and Law*, 16(1), 141-149. <https://doi.org/10.1080/13218710802227020>
- Institut national de santé public Québec (2019). *Loi sur l'enregistrement de renseignements sur les délinquants sexuels (LERDS)*. <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/loi/cadre-legal#tab1-8>
- Joulain, S. (2018). Combattre l'abus sexuel des enfants. *Qui abuse ? Pourquoi ? Comment Soigner ?* Desclée de Brouwer.
- Langton, C. M., Barbaree, H. E., Harkins, L., Arenovich, T., McNamee, J., Peacock, E. J., Dalton, A., Hansen, K. T., Luong, D., & Marcon, H. (2007, 2008/01/01). Denial and

Minimization Among Sexual Offenders: Posttreatment Presentation and Association With Sexual Recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 35(1), 69-98.

<https://doi.org/10.1177/0093854807309287>

LeBel, T. P., Burnett, R., Maruna, S., & Bushway, S. (2008). The 'Chicken and Egg' of Subjective and Social Factors in Desistance from Crime. *European Journal of Criminology*, 5(2), 131-159. <https://doi.org/10.1177/1477370807087640>

Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis [journal article]. *Journal of Experimental Criminology*, 1(1), 117-146. <https://doi.org/10.1007/s11292-004-6466-7>

Maguire, M., & Delahunt, B. (2017, Oct 31). Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars [thematic analysis; qualitative methods]. *AISHE-J: The All Ireland Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 9(3), 335.1-335.14. <https://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>

Mann, R., Webster, S., Wakeling, H., & Marshall, W. (2007). The measurement and influence of child sexual abuse supportive beliefs. *Psychology, Crime & Law*, 13(5), 443-458. <https://doi.org/10.1080/10683160601061141>

Marshall, W. L. (2005). Therapist style in sexual offender treatment: Influence on indices of change. *Sexual Abuse*, 17(2), 109-116

Marshall, W. L., & Hollin, C. (2015). Historical developments in sex offender treatment. *Journal of Sexual Aggression*, 21(2), 125-135. <https://doi.org/10.1080/13552600.2014.980339>

McCartan, K., & Kemshall, H. (2015). Sex offender (re)integration into the community: realities and challenges. *Journal of Sexual Aggression*, 21(1), 1-3.

<https://doi.org/10.1080/13552600.2014.967606>

- McCartan, K. F., Kemshall, H., & Tabachnick, J. (2015). The construction of community understandings of sexual violence: rethinking public, practitioner and policy discourses. *Journal of Sexual Aggression, 21*(1), 100-116.
<https://doi.org/10.1080/13552600.2014.945976>
- McGrath, R. J., Cumming, G. F., Burchard, B. L., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2009). *Current Practices and Emerging Trends in Sexual Abuser Management: The Safer Society 2009 North American Survey*. The Safer Society. http://www.robertmcgrath.us/files/6414/3204/5288/2009_Safer_Society_North_American_Survey.pdf
- Mertens, M., & Calicis, F. (2008). Groupes psychothérapeutiques systémiques avec personnes condamnées pour abus sexuel. Organisation, théories et applications [Psychotherapeutic Systemic Groups with Sex Offenders: Organization, Theories, and Applications]. *Thérapie familiale, 29*(2), 209-220. <https://doi.org/10.3917/tf.082.0209>
- Morse, J. M. (1991). *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue*. Sage.
- Morse, J. M. (2000). Determining Sample Size. *Qualitative Health Research, 10*(1), 3-5.
<https://doi.org/10.1177/104973200129118183>
- Olver, M. E., Wong, S. C. P., Nicholaichuk, T., & Gordon, A. (2007). The validity and reliability of the Violence Risk Scale-Sexual Offender version: Assessing sex offender risk and evaluating therapeutic change. *Psychological Assessment, 19*(3), 318-329.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.318>
- Olver, M. E., & Wong, S. C. P. (2009). Therapeutic responses of psychopathic sexual offenders: Treatment attrition, therapeutic change, and long-term recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 328–336. <https://doi.org/10.1037/a0015001>

- Olver, M. E., Mundt, J. C., Thornton, D., Beggs Christofferson, S. M., Kingston, D. A., Sowden, J. N., Nicholaichuk, T. P., Gordon, A., & Wong, S. C. P. (2018). Using the Violence Risk Scale-Sexual Offense version in sexual violence risk assessments: Updated risk categories and recidivism estimates from a multisite sample of treated sexual offenders. *Psychological Assessment, 30*(7), 941-955. <https://doi.org/10.1037/pas0000538>
- Pham, T. H., & Ducro, C. (2008, 2008/08/01/). Évaluation du risque de récidive en Belgique francophone : données préliminaires d'analyse factorielle de la « Sex Offender Recidivism Appraisal Guide » (SORAG) et de la Statique-99. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 166*(7), 575-579. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.06.001>
- Robertiello, G., & Terry, K. J. (2007, 2007/09/01/). Can we profile sex offenders? A review of sex offender typologies. *Aggression and Violent Behavior, 12*(5), 508-518. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2007.02.010>
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin Company.
- Rotenberg, C. (2017, 3 oct.). *Les agressions sexuelles déclarées par la police au Canada, 2009 à 2014 : Un profil statistique*. *Juristat, 37*(1), 1-32. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2017001/article/54866-fra.htm>
- Schmucker, M., & Losel, F. (2008). Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema, 20*(1), 10-19. https://ocul-uo.primo.exlibrisgroup.com/permalink/01OCUL_UO/1u2ceo/wos000252545500003
- Watzlawick, P. (1978). *The Language of Change. Elements of Therapeutic Communication*. Basic Books.

Willis, G., Levenson, J., & Ward, T. (2010). Desistance and attitudes towards sex offenders: facilitation or hindrance? *Journal of Family Violence*, 25(6), 545-556. doi:10.1007/s10896-010-9314-8