

**Effet de la réalité immersive sur l'empathie et la  
stigmatisation des cliniciens dans le cadre des prises en charge  
d'auteurs d'infractions à caractère sexuel**

Promotrice : **Sylvie WILLEMS**

Superviseuse : **Manon GOOSSE**

Relectrices : **Adélaïde BLAVIER**

**et Séverine LOUWETTE**

Mémoire présenté par **BEN MERH Nia Sara**

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Psychologiques,  
à finalité spécialisée en Psychologie Clinique, filière Délinquance et Toxicomanies.

Année académique 2022-2023

## Remerciements

Ce mémoire est le drapeau qui témoigne de l'ascension de ce qui fut un *Everest* personnel. Je souhaiterais remercier toutes les personnes sans qui cette expérience estudiantine et son achèvement n'auraient pas été possibles.

Merci à ma promotrice, la professeure Sylvie Willems, pour sa confiance, sa bienveillance et ses précieux conseils tout au long de ce projet. Merci de m'avoir permis d'explorer un sujet qui m'interpellait.

Merci à Manon Goosse pour la patience dont elle a fait preuve dans le suivi de ce projet. Merci d'avoir répondu à mes questions et apaisé mes craintes.

Merci à Jonathan Burnay et à Mr Benoît Dardenne pour leurs conseils dans la construction du protocole de recherche. Merci à Chloé Jeanne d'avoir pris le temps de m'expliquer l'utilisation de la caméra et merci aux secrétaires de la CPLU, Isabelle et Cyrielle, pour l'aide logistique.

Merci à Mmes Adélaïde Blavier et Séverine Louwette d'avoir accepté d'être lectrices de ce travail.

Je tiens également à remercier tous les amis qui ont été présents lors de ces cinq années et, plus intensément, à l'occasion de la réalisation de ce mémoire. Merci à Alex, Elke, Peyran, Kikim, à l'équipe du Laveu, à Soub, à Lisa et Samy, à Marine, à Chris, à Méla, à Marie et Lucas, à Vivi, à Michèle, à Domi, à Alain et Agnès, à Ninou... Et merci à tous les proches que je n'ai pas cités mais qui ont répondu présents. Et merci à Inès pour sa correction pointue.

Je ferai un remerciement particulier à Joa, mon dragonneau, pour sa manière colorée de grandir et son soutien inébranlable pendant ces études. Merci pour toutes ces médailles et ces dessins de victoire qui m'ont accompagnée aux examens.

Et merci à Lolis d'être toujours là. Particulièrement ces dernières semaines, avec des encouragements et de bonnes occasions de procrastiner. Merci d'avoir supporté mes sautes d'humeur et de rester quand même ma coloc'!

## Table des matières

<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE</b> .....	<b>6</b>
<b>REVUE DE LA LITTÉRATURE</b> .....	<b>7</b>
<b>Les prises en charge psychologiques</b> .....	<b>7</b>
L’alliance thérapeutique	8
<b>L’empathie</b> .....	<b>9</b>
L’empathie et la sympathie	9
L’empathie, un concept polysémique	10
Les mécanismes	10
Les apports au quotidien	11
Restaurer l’empathie : un impact multifactoriel	12
L’empathie et la désistance	14
<b>La stigmatisation</b> .....	<b>16</b>
La norme, les stéréotypes et la stigmatisation	16
Le concept de stigmatisation	17
La stigmatisation des AICS	18
<b>La simulation</b> .....	<b>19</b>
De la perspective en 3 <sup>ème</sup> personne à la perspective en 1 <sup>ère</sup> personne	19
La réalité virtuelle et la réalité immersive	20
La réalité immersive, l’empathie et la stigmatisation	21
<b>HYPOTHÈSES ET QUESTIONS DE RECHERCHE</b> .....	<b>23</b>
<b>MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>24</b>
<b>Participants</b> .....	<b>24</b>
<b>Matériel</b> .....	<b>25</b>
L’immersion 360	25
Les questionnaires	26
L’anamnèse du patient	29
Les tâches empathiques	29
La question ouverte	29
<b>Procédure générale</b> .....	<b>30</b>

La randomisation	30
L'évaluation - Temps 1	30
L'intervention	30
L'évaluation – Temps 2	31
<b><i>ANALYSES STATISTIQUES ET RÉSULTATS</i></b> .....	<b>32</b>
<b>Analyses préliminaires</b> .....	<b>33</b>
Les participants	33
<b>Analyses primaires</b> .....	<b>34</b>
Le prétest et le post-test	34
L'immersion 360	35
<b>Analyses secondaires</b> .....	<b>36</b>
Le sentiment de présence	36
<b>Analyses exploratoires</b> .....	<b>37</b>
Le genre et la prise en charge d'AICS	37
Les années de pratique et la prise en charge d'AICS	38
Les tâches empathiques	39
La question ouverte – Freins	42
<b><i>DISCUSSION</i></b> .....	<b>42</b>
<b>Hypothèses et résultats</b> .....	<b>43</b>
L'effet de l'immersion sur l'empathie et la stigmatisation	43
L'effet de l'immersion sur le sentiment de présence	46
L'effet du genre et de la pratique sur la prise en charge d'AICS	46
<b>Limitations</b> .....	<b>47</b>
<b>Implications cliniques et perspectives de recherche</b> .....	<b>49</b>
Les tâches empathiques	49
La question des freins à la prise en charge	51
Les perspectives de recherche	52
<b><i>CONCLUSION</i></b> .....	<b>55</b>
<b><i>BIBLIOGRAPHIE</i></b> .....	<b>56</b>
<b><i>Annexes</i></b> .....	<b>69</b>

<b>Annexe 1 : Anamnèse de Monsieur B .....</b>	<b>69</b>
<b>Annexe 2 : Retranscription de la vidéo n°1.....</b>	<b>71</b>
<b>Annexe 3 : Retranscription de la vidéo n°2.....</b>	<b>71</b>
<b>Annexe 4 : Retranscription de la vidéo n°3.....</b>	<b>74</b>
<b>Annexe 5 : Analyses préliminaires T1 – ligne de base .....</b>	<b>78</b>
<b>Annexe 6 : Répartition des réponses de la première tâche empathique.....</b>	<b>80</b>
<b>Annexe 7 : Répartition des réponses de la deuxième tâche empathique .....</b>	<b>80</b>
<b>Annexe 8 : Valence des réponses de la deuxième tâche .....</b>	<b>81</b>
<b>Annexe 9 : Répartition des réponses de la troisième tâche empathique .....</b>	<b>81</b>
<b>Annexe 10 : Valence des réponses de la troisième tâche .....</b>	<b>82</b>
<b>Annexe 11 : Répartition des réponses à la question ouverte - Freins .....</b>	<b>82</b>
<b>Annexe 12 : Réponses à la question ouverte – Ressentis du psychologue .....</b>	<b>83</b>
<b>Annexe 13 : Réponses à la question ouverte – Attitude du patient.....</b>	<b>83</b>
<b><i>Résumé</i> .....</b>	<b>84</b>

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

Au cours d'une vie, un être humain est amené à établir un grand nombre de relations. Ces relations peuvent être de différentes natures telles que des relations d'amitiés, des relations amoureuses, des relations professionnelles, etc. Parmi celles-ci, il peut également y avoir des relations thérapeutiques.

Dans le contexte d'une relation thérapeutique, un des rôles du psychologue clinicien sera d'être un facilitateur de l'alliance avec son patient (Rogers, 1957; Zech, 2008). Comme le préconisait Rogers dans son article *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change* (1957), pour favoriser cette alliance thérapeutique, le psychologue doit pouvoir adopter une attitude empathique envers son client<sup>1</sup>. L'empathie constitue donc l'un des facteurs d'influence de la relation thérapeutique.

Par la suite, les connaissances sur l'empathie se sont affinées. Plusieurs dimensions ont été mises en exergue par les chercheurs, comme l'empathie cognitive ou l'empathie affective (Coutinho et al., 2014; Decety & Jackson, 2004; Englebert, 2022; Greenberg, 2001; Jorland, 2006). Ces dimensions permettent d'appréhender autrui de différentes façons.

En plus de l'empathie, Rogers soulignait également l'importance de garder un regard positif et sans jugement sur le client, quelle que soit la problématique qui l'amènerait (Rogers, 1957; Zech, 2008). En outre, cette posture de non-jugement dans les suivis thérapeutiques sous contrainte fait partie des facteurs qui soutiennent le processus de sortie de la délinquance (Maruna et al., 2004). Effectivement, le but de ce type de suivi est, entre autres, de permettre à l'individu de réfléchir à ses choix avec un autre point de vue afin de poser des actes différents dans l'avenir et, par conséquent, d'éviter la récidive.

Cependant, bien que le devoir de non-discrimination soit aussi stipulé dans l'article 21<sup>2</sup> du code de déontologie de la profession, sur le terrain, parvenir à recevoir chaque client avec une attitude d'ouverture n'est pas aisé. D'autant plus face à une personne qui aurait commis des actes moralement et légalement répréhensibles, des actes de transgression de la norme, comme les auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS). En effet, les AICS sont perçus par la population générale comme des individus indésirables pour le maintien de l'ordre social

---

<sup>1</sup> Plusieurs termes sont utilisés dans la littérature pour parler de la personne qui vient en séance en fonction du domaine de la psychologie exploré (ex : client, patient, bénéficiaire, consultant,...). Dans ce travail, le terme « client » sera utilisé comme mentionné dans le code de déontologie belge du psychologue.

<sup>2</sup> Article 21 du code de déontologie belge - §1<sup>er</sup> « Le psychologue respecte et défend sans aucune discrimination les droits fondamentaux des personnes et groupes de personnes, à savoir : leur liberté, leur dignité, leur intimité, leur autonomie et leur intégrité ».

(Harper et al., 2018; Tewksbury, 2012) et ils sont automatiquement jugés à travers les stéréotypes se rapportant à leur groupe d'appartenance (Leyens, 2020) comme la récidive automatique (Jahnke, 2018; Tewksbury, 2012). Ce jugement automatique est appelé stigmatisation. Et, dans le cas de la délinquance, il sera « basé sur un fait commis ou une partie de la personnalité du client et condamnera la personne à n'être vue qu'à travers une identification parcellaire d'elle-même » (Tewksbury, 2012, p. 608).

Actuellement, les nouvelles technologies comme la réalité virtuelle ou l'immersion via une vidéo à 360° sont utilisées dans plusieurs domaines du soin pour stimuler l'empathie des professionnels (Loon et al., 2018; Schutte & Stilinović, 2017; Ventura et al., 2020) et travailler sur le désamorçage de leur stigmatisation (Peck et al., 2013) envers des clients. Ces outils passent par une expérience immersive à la première personne, c'est-à-dire se plonger virtuellement *dans la peau* de quelqu'un pour mieux le comprendre (Peck et al., 2013; Ventura et al., 2020), voir à travers ses yeux.

Cette méthodologie n'a pas encore été testée dans le contexte des prises en charge d'AICS. Dans ce travail, l'objectif aura été d'explorer si le degré d'empathie et de stigmatisation des psychologues par rapport à une population d'AICS pouvaient être influencés par l'immersion en perspective première personne via une vidéo à 360°. Le but étant de tenter une facilitation de l'alliance thérapeutique entre un client et son psychologue. Au final et sur le long terme, l'idée serait de soutenir le processus de désistance du client en vue de tenter de participer à la diminution du risque de passage à l'acte ou de récidive.

## REVUE DE LA LITTÉRATURE

### Les prises en charge psychologiques

La prise en charge psychologique est principalement un traitement interpersonnel qui est basé sur des principes cognitifs et qui implique un thérapeute formé et un client présentant un trouble mental ou une difficulté psychique quels qu'ils soient (Wamplod, 2001, cité dans Cazauvielh, 2021). Pour ce faire, une des missions du psychologue clinicien sera d'offrir un espace d'écoute et de bienveillance afin d'accompagner chaque client dans son processus réflexif.

Or, dans une prise en charge psychologique, plusieurs dimensions peuvent avoir un impact dans la réussite du processus thérapeutique (Cazauvielh, 2021). Par exemple, l'efficacité du type de thérapie (Johns et al., 2019; Okiishi et al., 2003; Webb et al., 2010) ou encore l'attitude du thérapeute (Lambert et al., 2004; Webb et al., 2010). Bien que ces facteurs

aient été explorés et que, pour certaines études, aucun facteur précis n'ait été dégagé pour montrer l'efficacité d'une thérapie (Grainger et al., 2022), la méta-analyse de Cazauvieilh (2021) a mis en avant que ce n'était pas la spécificité des traitements qui permettait une amélioration significative de l'état du client mais plutôt la dimension relationnelle entre le thérapeute et celui-ci. Dans la même optique, Lecomte et ses collaborateurs (2004) soulignaient que la relation établie entre le psychologue et le client est un facteur majeur dans l'aboutissement du processus thérapeutique. Par ailleurs, l'alliance thérapeutique serait l'un des meilleurs prédicteurs d'engagement dans une thérapie (Bioy & Bachelart, 2010; Cazauvieilh, 2021; Norcross & Wampold, 2011; Plantade-Gipch, 2017).

### L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est étudiée depuis plus d'un siècle, puisque déjà en 1913, Freud s'intéressait à l'impact de celle-ci sur l'efficacité des prises en charge thérapeutiques (Bioy & Bachelart, 2010; Johnson & Wright, 2002). Depuis lors, de nombreux chercheurs s'y sont intéressés (Grainger et al., 2022; Johnson & Wright, 2002; Rogers, 1957). Cette alliance thérapeutique a été définie comme « *d'une part, le lien affectif entre patient et thérapeute et, d'autre part, la coopération nécessaire à un travail commun — notamment autour d'objectifs et de tâches négociés ensemble* » (Horvath et Greenberg, 1994, cité dans Plantade-Gipch, 2017) ou encore « *un accord entre eux sur l'ampleur et la profondeur du travail et sur le degré de confort et d'acceptation de la thérapie suivie.* » (Horvath & Symonds, 1991 cité dans Johnson & Wright, 2002). Pour certains auteurs, il s'agit d'une dimension essentielle dans une relation thérapeutique (Plantade-Gipch, 2017; Talbot et al., 2019).

D'une part, trois facteurs sont à prendre en considération pour favoriser la création et le maintien de l'alliance (Bioy & Bachelart, 2010; Cazauvieilh, 2021; Johnson & Wright, 2002). Tout d'abord, la force du lien établi entre le thérapeute et le client ; ensuite, les objectifs communs poursuivis et enfin, les tâches concernées en lien avec ces objectifs. Ces trois éléments sont liés à travers des dynamiques relationnelles comme la collaboration, la capacité d'introspection du client et l'empathie du thérapeute (Bioy & Bachelart, 2010; Norcross & Wampold, 2011) et s'influencent les uns les autres (Bioy & Bachelart, 2010; Norcross & Wampold, 2011; Plantade-Gipch, 2017).

D'autre part, le psychologue sera le garant de cette alliance (Plantade-Gipch, 2017) en repérant les ruptures de celle-ci au cours du processus thérapeutique (Coutinho et al., 2014; Plantade-Gipch, 2017; Talbot et al., 2019). Afin d'aider le client à s'ajuster (Greenberg, 2001), le psychologue lui renverrait des indications qui lui donneraient l'opportunité d'en apprendre plus sur sa compréhension des émotions, sur lui-même et autrui, et sur l'expression des



émotions en général (Di Piazza et al., 2020). Par conséquent, le client pourrait s'ajuster de manière active dans la relation en fonction des retours du thérapeute (Greenberg, 2001) et, ainsi, cette alliance se consoliderait davantage (Bioy & Bachelart, 2010; Talbot et al., 2019).

Finalement, l'un des éléments qui permettrait de renforcer l'alliance avec le client et qui exercerait une influence significative et positive sur le processus thérapeutique serait l'empathie (Bioy & Bachelart, 2010; Greenberg, 2001; Marci et al., 2007; Talbot et al., 2019).

## L'empathie

### L'empathie et la sympathie

L'empathie est un terme galvaudé dans la population générale et souvent évoqué dans le domaine de la psychologie pour parler de concepts qui sont subtilement différents. Avant tout, une distinction s'impose entre l'empathie et la sympathie.

Étymologiquement, la distinction entre les deux concepts est claire puisque le premier vient du latin *com* (avec) et *prehendere* (saisir, attraper) tandis que le second vient du latin *com* (avec) et *pati* (souffrir) et traduit littéralement le terme grec *συμπάθεια*<sup>3</sup> (sympathie). Néanmoins, les deux concepts sont souvent amalgamés (Chavel, 2019; Englebert, 2022; Jorland, 2006).

Notamment, pour certains auteurs, l'empathie serait la compréhension du vécu d'autrui là où, d'un autre côté, la sympathie serait le fait de souffrir avec l'autre, de partager ses émotions (Englebert, 2022; Jorland, 2006; Neumann et al., 2009; Zagamé, 2021). Pour d'autres, l'empathie serait liée à la dimension cognitive tandis que la sympathie serait liée à une dimension affective (Neumann et al., 2009). Or, la seconde dimension pourrait entraver la thérapie (Neumann et al., 2009) par une forme de contagion émotionnelle (Hatfield et al., 2011; Klimecki et al., 2013). Dans ces deux phénomènes relationnels, le premier est plutôt lié à la compréhension tandis que le second, à la compassion<sup>4</sup> (Chavel, 2019; Jorland, 2006).

Au niveau fonctionnel, pour certains, l'empathie serait un phénomène qui démarrerait du mental en allant vers l'émotionnel, là où la sympathie serait une réponse qui naîtrait de l'émotionnel allant vers l'intellect (Gordon, 2019; Jorland, 2006). A contrario, pour d'autres, l'empathie serait due à un double mouvement entre l'intellect et l'émotionnel (Coutinho et al., 2014). Pour d'autres encore, il s'agirait d'une compréhension intuitive des ressentis d'autrui

---

<sup>3</sup> \sym.'pa.tʰe:.a\ (en phonétique)

<sup>4</sup> Pour Klimecki (2013), la compassion découlerait d'un désir d'aider et non en écho à une contagion émotionnelle.

(Englebert, 2022). Néanmoins, ces deux phénomènes concernent la relation à autrui avec une intensité et une implication différentes (Jorland, 2006). Au final, dans la relation thérapeutique, l'importance sera portée sur la compréhension des ressentis du client et donc sur l'empathie.

### L'empathie, un concept polysémique

L'empathie est un concept complexe à définir (Chavel, 2019; Decety & Svetlova, 2012; Greenberg, 2001) car polysémique (Coutinho et al., 2014). Par exemple, l'empathie pourrait être appréhendée comme suit :

*La capacité à percevoir comme si on était à la place de la personne. C'est comprendre le cadre de référence de l'autre avec ses composantes émotionnelles et ses significations. Être empathique avec l'autre c'est écouter et entendre les sentiments, les émotions et l'expérience de l'autre qui sont vécus ici et maintenant et le faire savoir à la personne. (Rogers, 1957, p. 99)*

Ou, comme dans une étude d'Ickes (1997, cité dans Decety et Jackson, 2004) dans laquelle l'empathie est définie comme « *une forme complexe d'inférences psychologiques dans lesquelles l'observation, la mémoire, les connaissances et la capacité de raisonnement sont combinées pour donner une idée des pensées et ressentis d'autrui* » (p.73). Ou encore, comme dans cette définition élaborée dans une recherche sur l'impact bénéfique de l'empathie en médecine : l'empathie a été déterminée comme « *une compétence naturelle incluse dans le cerveau des mammifères pour permettre d'établir et garder un lien social nécessaire à la survie, à la reproduction et au bien-être* » (Decety & Fotopoulou, 2015, p. 2).

En résumé, l'empathie est un processus de compréhension d'autrui à travers plusieurs angles tels que émotionnel (Rogers, 1957), cognitif (Decety & Fotopoulou, 2015; Englebert, 2022; Jorland, 2006) ou encore comportementale et situationnelle (Gordon, 2019). En somme, les éléments identiques que l'on retrouve chez les auteurs sont la notion de mise en lien cognitif et le rapport à autrui. A présent, il reste à comprendre le fonctionnement de ce processus.

### Les mécanismes

L'humain est un être jonglant entre des phénomènes qui régissent ses pensées, ses émotions et ses comportements sans qu'il soit simple de détecter quelle part se manifeste en premier (Decety & Svetlova, 2012). L'empathie n'échappe pas à ce constat. Celle-ci pourrait être envisagée par rapport à un continuum composé de plusieurs éléments : physiologiques, émotionnels, relationnels ou encore cognitifs. Finalement, ceux-ci permettent à l'humain d'appréhender les relations avec autrui et de comprendre les fonctionnements sociaux

(Coutinho et al., 2014). Par exemple, les traits de personnalité auraient une influence sur la manière d'être en empathie avec autrui (Englebert, 2022; Sampaio et al., 2014).

Depuis plusieurs années, des recherches ont été effectuées en neurosciences pour comprendre la physiologie de l'empathie (Coutinho et al., 2014; Decety & Fotopoulou, 2015; Decety & Svetlova, 2012; Klimecki et al., 2013). Les neurones qui sont à l'origine de cette appréhension de l'autre sont appelés les neurones miroirs (Coutinho et al., 2014; Jorland, 2006) et se situent dans l'aire sensori-motrice (Coutinho et al., 2014). Ils permettent, entre autres, d'apprendre par imitation et de comprendre autrui (Jorland, 2006). Par exemple, lors d'une expérience de douleur, une activation identique se produit dans certains circuits neuronaux aussi bien chez la personne qui vit l'événement que chez un observateur (Coutinho et al., 2014). Par ailleurs, d'autres zones cérébrales s'activent durant le processus empathique telles que l'aire corticale antérieure, l'aire orbitofrontale, l'amygdale ou encore l'insula (Klimecki et al., 2013), qui jouent un rôle dans l'interprétation des émotions des autres (Decety & Svetlova, 2012). D'autres zones peuvent également être sollicitées : le précuneus et le cortex préfrontal (Coutinho et al., 2014) qui interviennent dans la compréhension des émotions vécues par soi-même. Finalement, une distinction a été effectuée entre les neurones s'activant dans un contexte d'empathie et de compassion (Klimecki et al., 2013).

### Les apports au quotidien

D'un point de vue personnel et social, l'empathie est utile à l'être humain pour comprendre les autres, créer des liens et assurer sa survie dans le monde (Decety & Svetlova, 2012; Lazzeri, 2019; Neumann et al., 2009; Slote, 2019). Elle est notamment liée à plusieurs apprentissages essentiels pour l'intégration dans l'espace social comme la régulation des émotions, la poursuite d'objectifs (Decety & Svetlova, 2012), la capacité à se tourner vers les autres (Neumann et al., 2009) ou encore le rétablissement de la confiance épistémique (Debbané et al., 2016; Fonagy & Allison, 2014).

Dans une relation thérapeutique, cette empathie donnera accès à de nouveaux espaces de compréhension et d'ajustements cognitifs chez le client dans sa communication et sa façon d'entrer en relation avec autrui (Decety & Svetlova, 2012; Greenberg, 2001; Neumann et al., 2009). En effet, elle peut être source de restauration de fonctionnements prosociaux (Coutinho et al., 2014) de sorte qu'elle deviendra le miroir des relations sociales futures (Plantade-Gipch, 2017). Au fur et à mesure du suivi, le psychologue pourra affiner sa propre communication afin de s'aligner sur les besoins de son client (Neumann et al., 2009). Grâce à cette dynamique d'échanges, le client pourra prendre une part active dans son processus réflexif (Greenberg, 2001). Finalement, ce processus pourrait constituer un des déclencheurs permettant la

restauration de la confiance épistémique par et pour une mentalisation plus efficace (Debbané et al., 2016), ce qui engendrerait un comportement plus prosocial.

### Restaurer l'empathie : un impact multifactoriel

Être empathique en tant que psychologue peut avoir un effet fondamental pour le client. Par exemple, le fait d'être empathique avec la personne peut, à plus long terme, l'aider à restaurer une mentalisation plus efficace, un attachement sécurisé et une confiance épistémique fonctionnelle (Debbané et al., 2016; Fonagy & Allison, 2014). Or, ce sont des éléments essentiels pour pouvoir s'identifier et s'intégrer dans un groupe social.

Au début de la vie, la mentalisation se construit au travers des liens d'attachement (Debbané et al., 2016; Fonagy & Allison, 2014). Pour Debbané (2016), la mentalisation est « *un concept multidimensionnel et intégratif qui permet d'inférer des causes psychologiques aux comportements, par le biais d'inférences au sujet d'états mentaux intentionnels comme les désirs, besoins, motivations, intentions, émotions et croyances* » (p.182). En effet, le fait que l'enfant reçoive les réactions de l'adulte en miroir de ses actions lui permet de se construire un ensemble de connaissances sur les émotions et les liens avec autrui (Coutinho et al., 2014; Fonagy & Allison, 2014) et aussi d'apprendre à faire confiance aux autres (Debbané et al., 2016). Autrement dit, lors de ses premières relations, l'enfant construit son attachement et sa confiance épistémique en l'humain et ce, à travers des schémas de réactions possibles suivant le retour reçu.

Par la suite, ces composantes seront fondamentales pour aborder la vie en société avec adaptabilité et efficacité. Par exemple, en permettant une gestion fonctionnelle des émotions et un contrôle comportemental (Debbané et al., 2016). Or, en fonction de la trajectoire de vie, de la personnalité et de l'environnement autour de l'enfant, ces paramètres peuvent être peu ou pas acquis et mener à des conséquences sociales non négligeables. Par exemple, un attachement insécuré sera lié à l'âge adulte, entre autres, à une intolérance à la frustration, à de l'extrémisme, à une peur pathologique de l'abandon (Fonagy & Allison, 2014; G. Martin & Tardif, 2014) mais aussi à la perte de la confiance épistémique (Fonagy & Allison, 2014). En outre, il sera également associé à un risque accru de délinquance (Hoeve et al., 2012) notamment sexuelle (Lacroix et al., 2020). En effet, le pourcentage d'individus avec un attachement insécuré est supérieur à la moyenne générale dans la population d'AICS<sup>5</sup> (Martin & Tardif, 2014). De plus, d'après une méta-analyse de Hoeve et ses collaborateurs (2012), le lien entre l'attachement

---

<sup>5</sup> AICS = auteurs d'infractions à caractère sexuel

insécure et la délinquance aurait été souligné par plusieurs auteurs tels que Hirschi (1969) et sa théorie du contrôle social ou encore Ainsworth (1979) et la continuité de ses travaux sur l'attachement. Bien qu'il ne s'agisse pas de l'unique facteur influençant l'entrée et la poursuite de la délinquance, il constitue un facteur précipitant qui vient s'ajouter aux autres dimensions.

Par ailleurs, en agissant avec empathie, le psychologue pourra non seulement soutenir le client dans un processus de restauration d'une mentalisation efficace et le rétablissement d'un attachement plus sécure (Debbané et al., 2016; Fonagy & Allison, 2014) mais ces indications lui permettraient aussi de se ré-assurer dans sa manière d'être en relation avec autrui et de prendre en compte le fait que, malgré des relations insécures passées, des relations sécures sont possibles dans le futur. Donc, une restructuration (Plantade-Gipch, 2017) avec un étayage des fondations de l'attachement (Debbané et al., 2016; Fonagy & Allison, 2014) et des schémas de mentalisation fonctionnels (Lacroix et al., 2020) sont possibles. En outre, cette empathie serait également un soutien pour retrouver l'espoir (Bajramovic Richet & Duriez, 2023) en l'humanité. Par conséquent, l'attachement au groupe dominant pourrait être restauré et la réhumanisation du client encouragée.

En outre, la confiance épistémique, c'est-à-dire « *la capacité d'évaluer les informations provenant du monde social comme étant exactes, fiables et pertinentes sur le plan personnel* » (Mason et al., 2020) est nécessaire pour être dans l'échange avec autrui (Fonagy & Allison, 2014). Or, dans des vécus traumatiques ou pour des enfants n'ayant pas pu élaborer un attachement sécure, cette confiance est ténue voire rompue (Mason et al., 2020). Le travail du psychologue sera, dans ce cas, de soutenir le client en travaillant la relation thérapeutique pour qu'elle devienne le lieu de restauration et d'exploration cognitives (Plantade-Gipch, 2017) de même qu'une opportunité de réappropriation de soi (Bajramovic Richet & Duriez, 2023). Dans le cas contraire, le client ne prendra pas en considération l'expérience thérapeutique.

Finalement, la faculté de mentalisation et la confiance épistémique seront nécessaires pour percevoir l'empathie chez autrui (Debbané et al., 2016). Or, cette empathie sera non seulement un facteur protecteur contre l'épuisement émotionnel des psychologues accompagnant ce type de public (Da Silva, 2021) mais surtout un élément déterminant dans le parcours de sortie de la délinquance des auteurs d'infractions (Beech & Hamilton-Giachritsis, 2005; Glowacz et al., 2020; Glowacz & Born, 2017; Maruna et al., 2004), surtout des AICS (Martin & Tardif, 2014).

## L'empathie et la désistance<sup>6</sup>

Entamer un parcours de désistance peut être un changement laborieux pour une personne ayant commis des faits qualifiés d'infraction. Pour commencer, il sera plus simple de définir la désistance afin de comprendre son interaction avec l'empathie. La définition de la désistance ne fait pas l'unanimité chez les auteurs (Glowacz et al., 2020; Glowacz & Born, 2017). Cependant, trois caractéristiques sont récurrentes : l'arrêt des activités délinquantes, la réflexion dirigée vers le changement de mode de vie et la réinsertion dans la société. Bien que l'arrêt des activités criminelles soit le point commun entre eux (Glowacz & Born, 2017; Maruna et al., 2004), les auteurs ne sont pas d'accord sur une définition unique en terme de temporalité de la cessation (Glowacz & Born, 2017). Cependant, dans l'ensemble, c'est la réflexion engagée pour arriver à un changement de perspectives pour l'avenir qui prime (Glowacz & Born, 2017; LeBel et al., 2008) avec le fait d'être dans un processus dynamique et progressif (F.-Dufour et al., 2018; Glowacz et al., 2020; Maruna et al., 2004). Au-delà de la cessation d'activités infractionnelles, c'est une réinsertion dans la société et une identification à la norme dominante qui sera envisagée (Glowacz et al., 2020).

Dans un article sur la réinsertion sociale et la prophétie auto-réalisatrice, Maruna (2004) aborde la désistance en trois étapes : primaire, secondaire et tertiaire. La première étape consiste à arrêter de commettre des infractions. La seconde étape est de l'ordre d'un changement identitaire, c'est-à-dire « *redéfinir son passé, revoir sa vie actuelle et concevoir son avenir différemment* » (Glowacz & Born, 2017, p. 376). La troisième étape est la prise de conscience et la motivation à une conception positive de l'avenir. Or, c'est cette étape qui est la plus influencée par l'effet de la prophétie auto-réalisatrice, le regard porté par autrui (Maruna et al., 2004) et l'empathie de l'interlocuteur. En effet, l'humain se définit, entre autres, à travers les expériences qu'il vit et à travers ce qu'autrui lui renvoie de lui-même (Croizet & Martinot, 2003 ; Goffman, 1963, cité par Tewksbury, 2012). Par conséquent, grâce à son empathie, l'autre devient le déclencheur de cette prise de conscience (F.-Dufour et al., 2018) en ouvrant la possibilité de percevoir un regard positif sur soi et d'imaginer un avenir différent. Ce processus deviendrait une réelle ressource vers la désistance (Glowacz et al., 2020; James et al., 2021; Maruna et al., 2004) qui mènerait à une identité plus positive (Glowacz et Born, 2017) et serait

---

<sup>6</sup> Le terme *désistance* est utilisé dans la littérature belge francophone et dans la littérature anglophone (desistance). Dans la littérature canadienne francophone, le terme *désistement* sera employé.

également le tremplin vers une gestion plus adéquate des relations interpersonnelles (Di Piazza et al., 2020).

Dans le cadre d'une thérapie, ce sera le psychologue qui sera garant de cette empathie et de ce regard positif sur le client (Corneille & Devillers, 2017; Glowacz & Born, 2017; James et al., 2021; Maruna et al., 2004; Rogers, 1957; Zech, 2008). Et, bien que ce ne soit pas le seul critère qui soit à prendre en considération dans le phénomène de désistance, l'attitude d'accueil et d'acceptation inconditionnelle du psychologue sera un facteur de plus vers l'aboutissement du processus et la réhabilitation d'un sentiment d'identité positive (Bajramovic Richet & Duriez, 2023) et d'un soi compétent. Par ailleurs, cette vision novatrice qui aborde la sortie de la délinquance à travers le prisme de la justice restaurative et non plus punitive (Corneille & Devillers, 2017; F.-Dufour et al., 2018; Maruna et al., 2004), offrira une perspective d'avenir remplie d'espoir.

En outre, une dynamique réciproque se formera entre les deux individus (Debbané et al., 2016). D'un côté, le client deviendra agent actif dans son processus de redéfinition identitaire (Debbané et al., 2016; Greenberg, 2001) et, de l'autre, dans la manière d'être en empathie, le psychologue renforcera la perception de cette nouvelle identité (Coutinho et al., 2014; Fonagy & Allison, 2014; Glowacz & Born, 2017; Maruna et al., 2004). Au fil du temps, une réévaluation cognitive résultera de ce changement identitaire (Bajramovic Richet & Duriez, 2023; Debbané et al., 2016; Fonagy & Allison, 2014), une conversion de comportements viendra consolider le processus (Maruna et al., 2004) et la confiance en soi du client (Glowacz & Born, 2017). Pour finir, ce mouvement réciproque entre les deux protagonistes viendra confirmer cette possibilité de changement chez le client (Beech & Hamilton-Giachritsis, 2005; Croizet & Leyens, 2003; Glowacz & Born, 2017; Maruna et al., 2004) mais lui donnera également l'opportunité, in fine, de se sentir réintégré dans le groupe social dominant. En d'autres termes, il pourra se sentir réhumanisé.

Cependant, il est à noter que cette dynamique relationnelle n'est pas linéaire. Bien qu'en théorie il pourrait sembler aisé d'être empathique avec ses clients, ce n'est pas le cas sur le terrain. En effet, en raison de l'automaticité des stéréotypes (Fiske et al., 2002), de la catégorisation sociale (Leyens, 2020; Thirioux, 2019) et de la stigmatisation des groupes déviants par le groupe dominant (Fiske et al., 2002; Leyens, 2020; Peck et al., 2013), la volonté du psychologue ne sera pas le seul facteur qui influencera sa capacité d'empathie et de non-jugement dans la thérapie.

## La stigmatisation

### La norme, les stéréotypes et la stigmatisation

L'être humain interagit avec son environnement et autrui notamment au travers de ses propres composantes telles que sa personnalité, sa trajectoire de vie ou son équilibre physiologique. Cependant, les facteurs indépendants de la personne sont multiples dans son interaction avec le monde (Glowacz et al., 2020; Glowacz & Born, 2017; Riutort, 2017) comme l'influence des groupes d'appartenance de l'individu qui jouent un rôle prépondérant sur la manière d'aborder le monde. De plus, les sociétés sont régies par des normes sociales plus globales permettant de maintenir un certain ordre et une cohésion au sein d'une collectivité (Glowacz & Born, 2017; Durkheim, cité dans Riutort, 2017). Ces normes sont définies par un ensemble de facteurs comme la culture, les institutions en place ou encore les courants de pensées dominants (Glowacz & Born, 2017; Jahnke, 2018; Riutort, 2017). Or, pour garder cette cohésion sociale, il faut que les individus aient intériorisé cette norme (Riutort, 2017) et qu'ils estiment appartenir au groupe dominant (Leyens, 2020).

Par ailleurs, pour que ce sentiment d'appartenance soit solide, il sera nécessaire d'avoir un soutien social fort, sous peine d'observer un désengagement des individus (Glowacz & Born, 2017) qui pourrait mener au retrait social ou à la délinquance. Or, dans leur ouvrage sur la psychologie de la délinquance (2017), Glowacz et Born montrent que les auteurs ne sont pas tous d'accord avec l'origine de ce décrochage sociétale. Par exemple, pour Merton (1957), il s'agit d'un problème résultant d'un écart entre des objectifs de réussite sociétale et la possibilité de les accomplir. Selon Durkheim (1897), ce serait plutôt une dissolution des valeurs communes qui mènerait à la perte de repères. La force de l'accroche avec la société dominante entrerait donc en ligne de compte dans les passages à l'acte délinquant.

Par la suite, l'un des facteurs qui susciterait le maintien des comportements déviants serait la stigmatisation. En effet, elle s'accompagne du rejet du groupe dominant. Or, ce rejet alimente le cercle vicieux de désengagement de l'individu envers le groupe dominant. De ce fait, un fossé se crée entre le groupe et l'individu. Par ailleurs, ce constat est d'autant plus vrai pour les AICS<sup>7</sup> (Da Silva, 2021; Jahnke, 2018; Tewksbury, 2012) car cette déviance fait l'objet d'une réaction sociale négative forte par la nature des faits (Desjardins, 2005) qui viennent toucher à la sexualité, voire à l'enfance (Glowacz & Born, 2017). Or, ce sont deux notions tabous dans nos sociétés occidentales (Clair, 2016; Desjardins, 2005; Murcier & Ott, 2007). De

---

<sup>7</sup> AICS = Auteurs d'infractions à caractère sexuel.



surcroît, ce rejet se manifeste par des difficultés d'accès à l'emploi et au logement ou encore des conséquences sociales néfastes pour l'entourage, ce qui engendre un stress constant pour la personne (K. Martin et al., 2020; Tewksbury, 2012). Pourtant, il est basé majoritairement sur des stéréotypes.

Bien que les stéréotypes permettent d'appréhender l'environnement de manière plus sereine en donnant des informations censées être stable sur le monde et autrui (Fiske et al., 2002), ils peuvent aussi être réducteurs voire destructeurs. Par exemple, dans le cas des AICS, les stéréotypes à leur propos sont la dangerosité, la récidive et le manque de contrôle (Jahnke, 2018; Tewksbury, 2012). Ces stéréotypes sont alimentés par les médias, notamment par la mise en exergue de certains faits rares mis au-devant de la scène comme étant la norme des agresseurs sexuels sans tenir compte de l'hétérogénéité des profils des individus (Harper et al., 2018; James et al., 2021). Ces raccourcis de pensée mènent à adopter une attitude stigmatisante envers les AICS, y compris de la part des psychologues.

### Le concept de stigmatisation

La stigmatisation peut être définie comme

*une attitude négative – comprenant la désapprobation, la discrimination ou les croyances injustes à l'égard de quelqu'un ou de quelque chose en raison de caractéristiques ou de circonstances particulières. La stigmatisation peut également être définie comme la cooccurrence de l'étiquetage, des stéréotypes, de la perte de statut et de la discrimination.* (Grasser & Jovanovic, 2022, p. 1225)

De ce fait, une personne stigmatisée ne suscitera pas l'empathie autour d'elle mais plutôt de l'exclusion sociale (Tewksbury, 2012) et de la déshumanisation (Harper et al., 2021). La déshumanisation est le fait de ne plus accorder le statut d'être humain à quelqu'un et de le considérer comme moins qu'un égal (Noël et al., 2021). Or, le phénomène de stigmatisation et de déshumanisation créerait, chez la personne qui le vit, une baisse d'estime et de considération de soi. C'est d'autant plus vrai que l'être humain crée son estime de lui-même entre autres à travers le regard qu'un autre pose sur lui (Croizet & Leyens, 2003).

Par ailleurs, bien que la stigmatisation impacte l'estime de soi, il ne faut pas croire que toutes les stigmatisations sont vécues de la même manière. En effet, il convient de prendre en considération la nature du stigmaté (visible ou invisible) et la récurrence de la discrimination car ces facteurs auront une influence plus ou moins grande sur l'estime de soi (Croizet & Leyens, 2003). Pour se préserver, les individus vont mettre en place des stratégies d'adaptation (Vanderstukken et al., 2005) telles que fuir le groupe dominant ou donner une attribution externe aux expériences négatives vécues (Croizet & Leyens, 2003). Donc, en travaillant sur le

regard stigmatisant du psychologue, qui sera un représentant de la norme dominante (Glowacz & Born, 2017; Maruna et al., 2004), les probabilités d'adhésion au changement seront plus grandes.

En outre, à l'inverse de l'empathie qui est un phénomène de reconnaissance de l'humanité de la personne face à soi, la stigmatisation mènera à la négation de l'identité de la personne (Harper et al., 2018). Or, le fait de ne pas être considéré comme un humain désactiverait le processus empathique chez le client (Kandaurova & Lee, 2019; Lazzeri, 2019; Thirioux, 2019) ce qui entraverait le processus de changement identitaire et perpétuerait l'engrenage de la prophétie auto-réalisatrice (Maruna et al., 2004).

### La stigmatisation des AICS

Il existe une forte stigmatisation envers AICS en général. Dans la cas d'infractions à caractère sexuel, la stigmatisation sera basée sur un fait commis ou une partie de la personnalité du client (Lacroix et al., 2020) et condamnera la personne à n'être vue qu'à travers une identification parcellaire d'elle-même (Tewksbury, 2012). Pour cette population, être stigmatisé consistera à être jugé comme une identité inférieure et être relégué au bas de l'échelle sociale (Croizet & Leyens, 2003; Tewksbury, 2012). C'est d'autant plus vrai dans les cas de pédophilie (Harper et al., 2018; Jahnke, 2018) car cela vient toucher à l'enfance (Glowacz & Born, 2017).

Dans ce cas précis, une stigmatisation avant passage à l'acte délinquantiel s'observe dans la population (Harper et al., 2018; Tewksbury, 2012). En effet, il existe une confusion se fait entre le fait d'avoir un intérêt sexuel pour les enfants et l'acte d'abus (Harper et al., 2018). Un autre mécanisme observable par rapport à la pédophilie est l'attribution de récidive qui est automatique (Haesevoets, 2001) là où, dans les faits, la récidive n'est pas inéluctable. Par exemple, d'autres facteurs entrent en ligne de compte comme l'intérêt exclusif ou non pour les enfants (Harper et al., 2022) ou encore l'accessibilité de la cible (Glowacz & Born, 2017). A contrario, cette stigmatisation pourrait favoriser la récidive.

Dans leur revue de la littérature, Martin et ses collaborateurs (2020) ont mis en avant une série de problématiques découlant directement du phénomène de stigmatisation. Par exemple, les troubles psychologiques, l'isolement social, l'engagement moindre dans les soins de santé ou la multiplication des comportements à risque. Ces réactions sont autant de mécanismes conséquents à une perte d'estime de soi ou à une préservation de celle-ci (Croizet & Leyens, 2003) et peuvent mener à la récidive (Glowacz & Born, 2017; Harper et al., 2018, 2022). Par conséquent, la stigmatisation aura également un impact sur l'engagement et la continuité dans le processus thérapeutique.

Paradoxalement, les victimes sont également stigmatisées, surtout les femmes (Noël et al., 2021). Plus une personne déshumanisera les victimes et sera ancrée dans les mythes relatifs au viol (par exemple, « Elle l’a cherché en portant une mini-jupe ») et moins l’auteur ayant commis l’agression sera blâmé (Noël et al., 2021).

En résumé, en ne soutenant pas le désamorçage des stigmatisations, les inégalités se poursuivront comme autant de cercles vicieux (Croizet & Leyens, 2003) et le changement identitaire sera difficilement possible. De plus, une déstigmatisation pourrait réduire le nombre de passages à l’acte par l’influence, entre autres, du facteur d’intégration dans la société (Harper et al., 2018). Là où une intervention stigmatisante pourrait entraîner des récidives (Bach & Demuth, 2018; Tewksbury, 2012), un suivi thérapeutique avec un regard optimiste pourrait venir soutenir le processus de désistance (Glowacz et al., 2020). Outre les bénéfices pour le client, un travail sur la stigmatisation soutiendrait le psychologue dans l’exercice adéquat de son métier (Jahnke, 2018).

Actuellement, pour travailler les représentations stigmatisées et l’empathie, plusieurs méthodes se retrouvent dans la littérature dont certaines ont vu le jour ces dernières années : par exemple, la simulation d’environnements via la réalité virtuelle ou encore la réalité immersive (Della Libera et al., 2023; Herrera et al., 2018; Loon et al., 2018; Peck et al., 2013; Schutte & Stilinović, 2017; Shin, 2018; Ventura et al., 2020).

### **La simulation**

Depuis plusieurs années, parmi toutes les méthodes existants pour stimuler l’empathie et diminuer la stigmatisation, l’immersion en perspective première personne dans un environnement donné est utilisée dans de nombreuses expérimentations (Coutinho et al., 2014; Loon et al., 2018). Par exemple, elle sera employée pour stimuler l’empathie des soignants (Blair et al., 2021), de futurs psychologues (Della Libera et al., 2023), de futurs enseignants (Han et al., 2022), mais aussi pour diminuer la stigmatisation par rapport aux discriminations raciales (Peck et al., 2013), à l’âgisme (Oh et al., 2016), aux discriminations de genre (Lopez et al., 2019) ou encore aux troubles mentaux (Della Libera et al., 2023).

#### **De la perspective en 3<sup>ème</sup> personne à la perspective en 1<sup>ère</sup> personne**

Tout d’abord, afin de comprendre le principe et les mécanismes de l’immersion, une première distinction est à faire entre deux points de vue : la perspective en troisième personne et la perspective en première personne.

Premièrement, la perspective en troisième personne est une analyse du vécu d'un individu d'un point de vue externe (Englebert et al., 2018; Martinent et al., 2014). La particularité de cette posture amène à rester extérieur à l'autre, à ne pas entrer dans sa compréhension du monde, comme rester en marge de la réalité d'autrui. Il s'agit de la position habituellement occupée par les médecins et psychologues lors de thérapies (Englebert et al., 2018). A contrario, la perspective première personne est le fait d'être plongé *dans la peau de* quelqu'un d'autre afin d'imaginer son vécu (Peck et al., 2013). Ce procédé amène une dimension subjective (Englebert et al., 2018) et inférentielle au phénomène comme une plongée dans la réalité de l'autre. Le fait de se positionner *dans la peau de* l'autre va amener à une compréhension plus empirique du client.

En outre, la perspective en première personne est plus efficace que d'autres méthodes pour favoriser l'empathie (Herrera et al., 2018; Ventura et al., 2020) et la réduction de la stigmatisation (Della Libera et al., 2023; Peck et al., 2013), notamment par rapport à des personnes présentant un intérêt pédophile (Harper et al., 2018). De surcroît, le fait de se projeter en perspective première personne permet d'augmenter le sentiment de présence, c'est-à-dire l'incarnation dans l'expérience, qui est lié à l'efficacité de la stimulation de l'empathie (Loon et al., 2018; Schutte & Stilinović, 2017; Ventura et al., 2020). Plusieurs outils peuvent être utilisés afin d'entrer dans la réalité d'autrui.

#### La réalité virtuelle et la réalité immersive

De nos jours, il existe différentes formes de simulation et d'immersion pour se plonger *dans la peau de* quelqu'un d'autre tels que la réalité à travers un environnement virtuel (Herrera et al., 2018; Peck et al., 2013), une histoire virtuelle (Harper et al., 2018; Shin, 2018) ou encore la réalité immersive à 360° (Della Libera et al., 2023). Or, une distinction s'impose entre la réalité virtuelle ou la réalité immersive car ces deux outils ne sont pas créés de la même manière.

D'une part, la réalité virtuelle est créé à l'aide d'un programme informatique et se définit par « *un environnement narratif tridimensionnel caractérisé par la vivacité et l'interactivité, suscitant un sentiment de présence ou d'existence concrète dans le monde construit* » (Mabrook & Singer, 2019, p. 2097). D'autre part, la réalité immersive (ou immersion à 360°) est la captation vidéo d'une scène réelle dont « *le format 360° permet aux utilisateurs de regarder dans toutes les directions, les plaçant ainsi à l'intérieur d'un environnement.* » (Mabrook & Singer, 2019, p. 2097). Par conséquent, ce sont deux formats différents mais qui simulent néanmoins une scène non vécue en réalité et dans laquelle la personne sera immergée.

Dans cette expérimentation, la réalité immersive a été utilisée pour plusieurs raisons. La première a été la faisabilité (Mabrook & Singer, 2019) et l'accessibilité au matériel. La seconde

a été le risque moindre de cyber-malaise (Della Libera et al., 2023). Et la troisième a été le fait de se rapprocher du protocole de la recherche « modèle ».

### La réalité immersive, l'empathie et la stigmatisation

Alors que de nombreuses recherches ont été menées sur la stimulation de l'empathie (Blair et al., 2021; Della Libera et al., 2023; Loon et al., 2018; Ventura et al., 2020) et le travail sur les biais de stigmatisation (Della Libera et al., 2023; Kandaurova & Lee, 2019; Kassner et al., 2012; Lopez et al., 2019; Oh et al., 2016; Peck et al., 2013), une poignée d'entre-elles seulement sont des protocoles réalisés à 360°.

Pour l'accomplissement de ce travail, la construction de la méthodologie a été réalisée sur base d'une recherche sur l'impact de la réalité immersive sur le degré de stigmatisation et d'empathie d'étudiants en psychologie par rapport aux patients avec des troubles psychotiques (Della Libera et al., 2023). Dans leur recherche, Della Libera et ses collaborateurs (2023) ont utilisé un protocole de réalité immersive pour simuler des hallucinations auditives dans un lieu public (un café). Leur question de recherche principale était de savoir si l'immersion en perspective première personne dans la peau d'un individu souffrant d'hallucinations pouvait avoir une influence sur le degré d'empathie et de stigmatisation des étudiants en psychologie. Ce design se présentait comme suit :

Tout d'abord, les participants ont été sélectionnés parmi les étudiants en psychologie dans trois universités francophones de Belgique et répartis selon une pseudo-randomisation qui a permis d'équilibrer les groupes au niveau du genre, de l'âge et du niveau d'études. Pour la répartition, trois groupes ont été formés sur base des connaissances recensées dans la littérature sur la stimulation de l'empathie et la diminution de la stigmatisation. Un premier groupe expérimental a été plongé en immersion 360. Un second groupe expérimental a été immergé en immersion 360 et devait remplir une tâche empathique pour contrer l'effet de retrait social qui peut se produire après une immersion. Et le troisième groupe, quant à lui, était le groupe contrôle.

Dans un second temps, un prétest a été réalisé pour vérifier si les niveaux d'empathie et de stigmatisation étaient identiques dans les trois groupes. Les questionnaires utilisés pour établir la ligne de base étaient l'IRI<sup>8</sup> - un questionnaire pour mesurer le degré d'empathie, le SIRI<sup>9</sup> - un questionnaire pour mesurer l'empathie dans une situation donnée, le SDS<sup>10</sup> - un

---

<sup>8</sup> IRI = Interpersonal Reactivity Index (Davis, 1983).

<sup>9</sup> SIRI = Situational Interpersonal Reactivity Index (Schutte & Stilinović, 2017).

<sup>10</sup> SDS = Social Distance Scale (Link et al., 1987).

questionnaire sur la distanciation social par rapport à des personnes souffrant de schizophrénie, le STP<sup>11</sup> - un questionnaire permettant d'évaluer le degré de stéréotypes explicites par rapport aux troubles psychotiques et enfin, le KT-MI<sup>12</sup> - un questionnaire sur la connaissance des maladies mentales. En plus de ces mesures, un questionnaire d'évaluation du sentiment de présence, le GPQ<sup>13</sup>, a été utilisé. En effet, le degré de présence est important pour déclencher l'empathie et un environnement virtuel peut accroître ce sentiment en comparaison d'autres méthodes (Herrera et al., 2018). A toutes ces échelles a été ajouté un questionnaire démographique.

Après cela, les participants recevaient un bref explicatif à lire sur les hallucinations auditives et le deuxième groupe (immersion 360 + TE<sup>14</sup>) remplissait la tâche empathique. Préalablement, un *cardboard* avait été envoyé aux groupes expérimentaux pour que chacun puisse visionner la vidéo immersive directement après le prétest.

Finalement, les participants des groupes expérimentaux complétaient le post-test comprenant les mêmes questionnaires qu'au prétest. Le groupe contrôle, quant à lui, remplissait immédiatement le post-test après la lecture explicative sur les hallucinations auditives.

Les résultats de cette recherche sont les suivants :

- Les participants, étudiants en psychologie, avaient une ligne de base empathique plus élevée que la moyenne de la population mais identique entre eux (tous les  $p > .05$ ) ;
- Le  $t$  de student pour échantillons indépendants n'a pas révélé de différence significative entre les deux conditions expérimentales, au niveau du sentiment de présence ;
- L'ANOVA à mesures répétées sur l'empathie a montré un petit effet d'interaction entre l'intervention et la condition sur le SIRI [ $F(2, 117) = 5.58; p = .005; \omega^2 = 0.02$ ]. De plus, les analyses post-hoc ont démontré une augmentation significative de l'empathie pour la condition expérimentale 360 [ $t(117) = 3.46; p < .001; d = 0.677$ ] et la condition 360 + TE [ $t(117) = 4.49; p < .001; d = 0.77$ ]. Cependant, il n'y avait pas d'évolution significative pour la condition contrôle [ $t(117) = -0.15; p = 0.88; d = 0.30$ ] ;
- En outre, les résultats n'ont pas été significatifs pour la KT-MI, STP et SDS, ce qui indique qu'il pourrait y avoir une augmentation des stéréotypes explicites mais non implicites, ni de la distanciation sociale, et ce, dans chaque condition ;

---

<sup>11</sup> STP = Stereotypes toward Psychosis (Schulze et al., 2003).

<sup>12</sup> KT-MI = Knowledge test of mental illness (Michaels & Corrigan, 2013).

<sup>13</sup> GPQ = Gatineau Presence Questionnaire (Laforest et al., 2016).

<sup>14</sup> TE = tâche empathique.

- Finalement, une corrélation de Pearson a été appliquée pour voir si un lien existait entre l'empathie, la stigmatisation et le sentiment de présence, la présence sociale et le cyber-malaise. Une corrélation positive a été soulignée avec le score de présence sociale ( $r = .37$ ,  $p < .001$ ) mais pas le sentiment de présence ( $r = .19$ ,  $p .083$ ). Ces résultats indiquent un lien entre l'augmentation de l'empathie, le sentiment de présence sociale et le sentiment de présence. Cependant, ils ne montrent pas de lien avec la stigmatisation.

Au regard de cette recherche et des autres études portant sur le sujet, plusieurs hypothèses ont été formulées et un protocole a été construit afin de tester ces dernières.

## HYPOTHÈSES ET QUESTIONS DE RECHERCHE

L'objectif principal de ce travail a été d'explorer si le degré d'empathie et de stigmatisation des psychologues par rapport à une population d'AICS pouvaient être influencés par l'immersion en perspective première personne via une vidéo à 360°. Pour ce faire, plusieurs hypothèses ont été formulées :

La première hypothèse a été que la réalité immersive pouvait avoir une influence sur le degré d'empathie des psychologues par rapport à la population des AICS. Conformément à l'étude de référence (Della Libera et al., 2023) et à la littérature, une augmentation du degré d'empathie du groupe expérimental devrait être constatée en phase de post-test alors que les résultats du groupe contrôle devraient rester identiques.

La deuxième hypothèse de ce travail a été la constance du degré de stigmatisation des psychologues cliniciens. En regard de la littérature et de l'étude de Della Libera (2023), le degré de stigmatisation ne devrait pas bouger par rapport à la ligne de base, ni dans la condition expérimentale, ni dans la condition contrôle. En effet, grâce à la lecture de l'anamnèse du client (Harper et al., 2022) et aux tâches empathiques effectuées entre le prétest et le post-test (Della Libera et al., 2023), il ne devrait pas y avoir de rebond du degré de stigmatisation, ni de phénomène de distanciation sociale.

La troisième hypothèse a été que le sentiment de présence dans l'intervention devrait être corrélé avec le degré d'empathie en fonction du groupe d'attribution. En effet, ce sentiment devrait être plus important dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle, car il serait notamment stimulé par la vidéo immersive d'introduction *dans la peau du client* face à un miroir (Peck et al., 2013).

Finalement, une hypothèse explorative a été formulée sur l'influence de l'effet du genre sur la prise en charge des AICS. Au vu de la prévalence des agressions sexuelles recensées chez

les femmes et des mythes du viol présents dans notre société (Noël et al., 2021), la prise en charge de cette population devrait être supérieure chez les psychologues hommes que chez les femmes.

## MÉTHODOLOGIE

### Participants

L'échantillon de cette étude était composé de 40 participants. Les critères d'inclusion pour participer étaient les suivants : la pratique de la psychologie clinique (toutes spécialisations confondues) et la possession d'un ordinateur. Après validation de la recherche par le comité d'éthique de la faculté de psychologie, le recrutement s'est effectué via les réseaux sociaux (Facebook, LinkedIn et Instagram), par du bouche-à-oreille et par mailing dans les Services de Santé Mentale et Plannings familiaux de Wallonie et de Bruxelles-capitale.

Pour cette recherche exploratoire, étant donné que nous n'avions pas d'information a priori sur la taille d'effet, la taille de l'échantillon a été déterminée de manière pragmatique, soit à 40 participants (Table 1). Sur 57 personnes à s'être manifestées pour participer, 40 ont participé au protocole complet (prétest et post-test).

**Table 1**  
Données démographiques

	<b>Total Contrôle (Texte) n = 20</b>	<b>Total Expérimental (360 IV) n = 20</b>
<b>Genre</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Femmes	16 (80)	16 (80)
Hommes	4 (20)	4 (20)
Expérience de prise en charge AICS	12 (60)	10 (50)
	<b>Moyenne (ET)</b>	<b>Moyenne (ET)</b>
Âge	37,95 (12,08)	36,70 (9,25)
Années de pratique	10,95 (9,58)	10,20 (8,10)

Note : AICS = auteurs d'infraction à caractère sexuelle ; ET = Ecart-Type



## Matériel

### L'immersion 360

Les vidéos immersives ont été enregistrées à l'aide d'une caméra *Nikon KeyMission 360* (réglages : 4K, HD, 30 ips). Elles ont été visionnées par les participants du groupe expérimental (360IV) à l'aide d'un Google *cardboard*.



Note : *Cardboard* à monter pour le visionnage de vidéos en réalité immersive 360° (s.d.)

Ces vidéos ont été réalisées avec deux comédiens. Le premier jouait le rôle du patient en suivi contraint et la seconde, le rôle de la psychologue clinicienne. Le comédien a été sélectionné sur base des critères d'inclusion suivants : être caucasien pour éviter le biais de racisme, être francophone et être âgé entre 18 et 30 ans, ce qui correspond au pic de délinquance<sup>15</sup> (Glowacz & Born, 2017). La comédienne a été sélectionnée dans la cohorte des étudiants de 2<sup>ème</sup> année de Master en psychologie clinique de l'Université.

Les vidéos ont été filmées en trois parties afin de faciliter le montage final. Elles duraient 16 minutes au total, soit respectivement 1, 6 et 9 minutes. Elles ont été captées dans les locaux de la Clinique de Psychologie et de Logopédie de l'Université.

Ces vidéos avaient pour objectif d'immerger les participants dans la peau d'un patient pour qu'ils puissent vivre la scène du point de vue de celui-ci. Pour ce faire, la première vidéo représentait la préparation d'un patient face à son miroir, avant un entretien thérapeutique avec une psychologue. Le jeune homme se coiffait en laissant aller ses pensées. Il évoquait principalement son anxiété face au déroulement de la séance. Les pensées étaient montées en voix *off*. Cette première scène a été écrite sur base d'indications mentionnées dans l'article de Lecoq (2011) reprenant les traitements sous contrainte.

---

<sup>15</sup> Bien que le pic de délinquance commence vers 14 ans, il n'était pas nécessaire de travailler avec un mineur pour cette recherche. En effet, le fait de collaborer avec un mineur aurait entraîné plus de complications (par exemple : différents biais et effets ou encore des démarches administratives supplémentaires) que de plus-value.

Ensuite, les vidéos suivantes représentaient des entretiens psychologiques dont un entretien stigmatisant puis un entretien plus empathique. La deuxième vidéo montrait ce même patient lors d'un premier entretien avec une psychologue. Il se déroulait dans le cadre d'un suivi contraint. Il se passait dans une salle de consultation. Le patient et la psychologue se trouvaient assis face à face, séparés par un bureau entre les deux. Pour cet entretien, la psychologue avait adopté une position corporelle non-accueillante. De plus, elle devait prendre une position jugeante et stigmatisante. Pour ce faire, elle posait des questions fermées et répondait au patient par des idées préconçues. Par exemple, « Si vous n'aviez rien fait, vous ne seriez pas là, Monsieur ! ». Finalement, la psychologue était centrée sur la réalité judiciaire plutôt que sur la vérité du patient.

Enfin, la dernière vidéo montrait le patient lors d'un premier entretien avec une psychologue. L'entretien se déroulait dans la même salle de consultation. La disposition du mobilier était identique que dans la rencontre précédente. Néanmoins, cette fois, la psychologue avait adopté une position accueillante et bienveillante : elle avait le buste avancé vers le patient et son visage était détendu. Elle centrait son approche sur la vérité de la personne. Elle avait posé le cadre de manière plus complète. Ses interventions étaient minimales, avec des questions ouvertes et ponctuées d'encouragements afin d'amener le patient à s'exprimer. Elle clôturait l'entretien par un résumé de la séance. Les outils d'entretien utilisés dans cette vidéo plus empathique ont été basés sur les compétences d'entretien stipulées dans l'article de van der Molen et ses collaborateurs (2012).

Au départ, les scénarii devaient être écrits en collaboration avec un patient-témoin sous suivi contraint pour des infractions à caractère sexuel. Néanmoins, la faisabilité ayant été compromise par la réalité de terrain, notamment à cause de la difficulté d'accessibilité à un patient-témoin, les scénarii ont été écrits en collaboration avec une praticienne spécialisée dans la prise en charge d'auteurs d'infractions à caractère sexuel.

## Les questionnaires

### *L'empathie*

- *Interpersonal Reactivity Index* (IRI ; Davis, 1983).

L'IRI est un questionnaire auto-rapporté qui a pour objectif de prendre une mesure de la réactivité interpersonnelle. Il est composé de 28 items tels que « J'éprouve souvent des sentiments de tendresse et d'inquiétude pour les personnes moins fortunées que moi. » ou « Je m'implique vraiment dans les sentiments des personnages d'un roman. ». Les items sont cotés

sur une échelle de Lickert de 1 à 5 (« Cela ne me correspond pas du tout » à « cela me correspond tout à fait »), avec des items inversés. L'échelle comprend quatre facteurs, soit l'inquiétude empathique (EC), la détresse personnelle (PD), la fantaisie (FS) et la prise de perspective (PT). L'inquiétude empathique correspond aux sentiments de préoccupation ou de compassion pour les autres. La détresse personnelle correspond à l'inconfort éprouvé face à la détresse émotionnelle des autres. La fantaisie correspond au degré d'implication et d'identification à des personnages fictifs que ce soit dans des films, des livres ou au théâtre. Enfin, la prise de perspective correspond à la capacité à adopter le point de vue de quelqu'un d'autre. Tous les facteurs ont été utilisés pour cette recherche car ils ont une bonne fiabilité interne chacun ( $\omega^{PT} = 0.68$ ,  $\omega^{IF} = 0.73$ ,  $\omega^{EC} = 0.70$ ,  $\omega^{PD} = 0.68$ ). Cette échelle possède une bonne fidélité test-retest ( $r_s \geq .70$ ) et une bonne consistance interne ( $\alpha \geq .70$ ). Les scores des facteurs EC ( $r = .29$ ), PT ( $r = .35$ ) et PD ( $r = -.26$ ) sont corrélés significativement ( $p < .01$ ) avec la version française de l'échelle de Quotient Empathique (Berthoz et al., 2008). Les cotations ont été faites sur base des normes pour adultes tout-venants. La version française a été validée sur une population suisse (Gilet et al., 2013).

### *La stigmatisation*

#### *Deshumanization* (Bastian & Haslam, 2010)

L'échelle de déshumanisation est un questionnaire auto-rapporté qui a pour objectif de mesurer le degré d'humanisation donné à des personnes ostracisées. Il est composé de 20 items tels que « impoli », « ignorant » ou encore « consciencieux ». Les items sont cotés sur une échelle de Lickert de 1 à 7 (de « fortement en désaccord » à « fortement en accord »). Dans le questionnaire anglophone, les items sont répartis en deux catégories (traits négatifs et traits positifs) et en deux sous-dimensions (*uniqueness trait* et *nature trait*). Néanmoins, en français, il n'était pas aisé de faire la distinction entre ces sous-dimensions. En effet, *uniqueness trait* est une dimension qui se réfère aux attributs humains qui les distinguent des autres animaux comme le civisme ou la morale. Tandis que *nature trait* correspond à des caractéristiques humaines telles que l'émotivité ou la flexibilité cognitive (Bastian & Haslam, 2010) mais la seconde catégorie n'est pas attribuable qu'aux humains (Klune et al., 2021). De plus, il n'existe pas de version francophone validée. Dans cette recherche, pour plus de clarté, il a été décidé de scinder les items uniquement dans les deux catégories principales (traits négatifs et traits positifs). La consigne donnée aux participants était : « Veuillez noter comment ces caractéristiques font partie de la personnalité d'un auteur d'infraction à caractère sexuel ». La traduction du questionnaire a été réalisée par la mémorante.

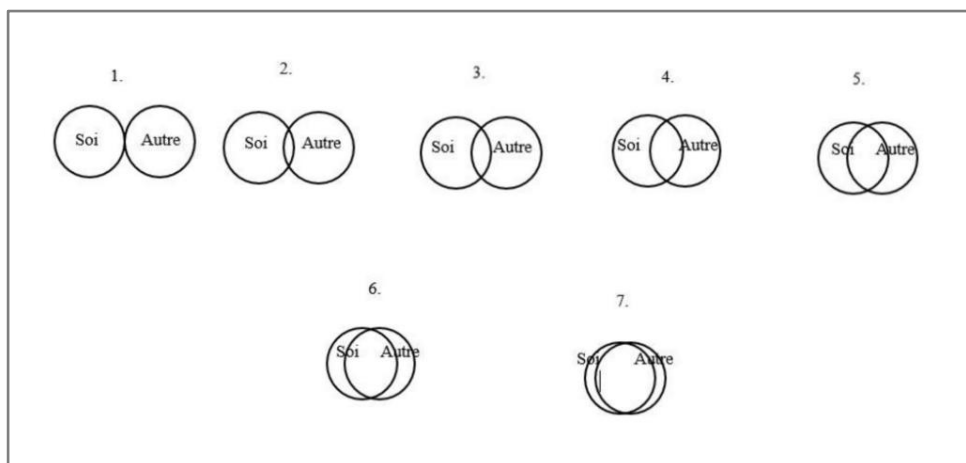
- *Short Form of the Attitudes to Sexual Offenders Scale (ATS-21; Hogue & Harper, 2019)*

L'ATS-21 est un questionnaire auto-rapporté qui a pour objectif de déterminer l'attitude perçue des auteurs de violences à caractère sexuel. Il est composé de 21 items tels que « Les auteurs sont différents des autres » ou « Si vous accordez du respect à un auteur, il vous donnera la même chose ». Le questionnaire est coté sur une échelle de Lickert allant de 0 à 4 (de « fortement en désaccord » à « fortement en accord »), avec des items inversés. En fin de questionnaire, une question ouverte est posée : « À quel type d'auteur pensez-vous ? ». Le questionnaire est basé sur un score global et une division en trois dimensions, soit la confiance envers les auteurs, l'intention des auteurs et la distance sociale envers eux. La dimension de confiance correspond à une réponse émotionnelle envers les auteurs. La dimension d'intention reprend une composante de comportement attendu dans les interactions sociales qui déterminerait l'appartenance au groupe. La dimension de distance sociale, quant à elle, reprend une composante cognitive des stéréotypes et attributions faites aux auteurs. Tous les facteurs ont été utilisés pour cette recherche. La fidélité avec l'échelle complète de 36 items est forte ( $\alpha = .91$ ). Chaque facteur est fortement corrélé avec la version complète ( $r_s > .85$ ). La version courte possède une excellente consistance interne ( $\alpha = .96$ ) (Harper et al., 2018). Il n'existe pas de version française validée. La traduction a été réalisée par la mémorante.

#### *La présence dans l'immersion*

- *Inclusion of Other un the Self Scale (IOS ; Aron et al., 1992)*

L'IOS est un questionnaire auto-rapporté qui a pour objectif de mesurer le degré de présence à l'autre dans une expérience. Il est composé d'un item unique avec 7 groupes de cercles représentant chacun un degré de perception de l'expérience entre soi et l'autre. Par exemple, la première figure ci-dessous représente une distinction totale entre l'expérience vécue et l'expérience de l'autre, comme en perspective troisième personne. À l'opposé, la septième figure représente un recouvrement quasi total entre l'expérience vécue et l'expérience de l'autre, comme en perspective première personne. La cotation s'effectue entre 1 et 7. La consigne donnée aux participants était : « Comment vous sentiez-vous lors du visionnage de la vidéo ou lors de la lecture du texte ? Sélectionnez la figure qui correspond le mieux à votre ressenti ». Ce test a une fidélité test-retest élevée ( $r = .83$ ).



### L'anamnèse du patient

Au début de l'intervention, les participants recevaient l'anamnèse fictive du patient qu'ils retrouveraient dans les vidéos, Monsieur B. Cette anamnèse reprenait les éléments suivants : sa situation actuelle, son développement psycho-affectif et ses antécédents familiaux, son parcours sentimental, ses relations sociales, son parcours scolaire et professionnel, ses consommations, le déroulement des faits et son profil psychologique (Annexe 1).

### Les tâches empathiques

Le fait d'être plongé dans la peau d'une personne ou d'une catégorie de personne qui éveille des sentiments aversifs en soi peut être une grande source d'anxiété et provoquer un retrait voire un rejet (Peck et al., 2013). Les tâches empathiques sont des questions ouvertes qui tendent à éviter ce phénomène et à déclencher l'empathie. En effet, elles permettraient de contrer cet effet naturel de distanciation sociale (Della Libera et al., 2023) qui se produirait durant cette immersion en perspective première personne. C'est pourquoi, dans cette recherche, des tâches empathiques ont été ajoutées. Elles consistaient à prendre un instant pour réfléchir à comment le patient se sentirait dans une telle situation.

La première consigne était « A présent, après avoir lu cette anamnèse, imaginez... Comment vous sentiriez-vous avant un entretien avec un psychologue, si vous étiez Monsieur B. ». La deuxième consigne était « Après avoir vu/lu ces deux extraits; (1) Monsieur B se préparant pour aller à son entretien avec la psychologue, (2) un entretien peu empathique avec une psychologue. Comment vous sentiriez-vous si vous étiez à la place de monsieur B ? ». Et la troisième consigne était « Après avoir vu/lu ce dernier extrait, comment vous sentiriez-vous à la place de Monsieur B? ». Les participants devaient répondre en quelques lignes maximum.

### La question ouverte

Pour finir, les participants étaient amenés à répondre à une question ouverte : « Quels seraient les freins que vous pourriez ressentir, en consultation, si vous receviez une personne ayant

commis une infraction à caractère sexuel ? ». Cette question permettait de récolter des éléments pour alimenter la réflexion par rapport à la méthode d'intervention utilisée pour travailler l'empathie, la perception de cette population cible et, plus largement, la pratique de la psychologie clinique dans le cadre de suivis contraints

### **Procédure générale**

La recherche s'effectuait totalement en ligne. Après s'être manifesté pour participer à la recherche, les participants recevaient par mail un premier lien vers le questionnaire correspondant à leur groupe d'attribution (Figure 1).

#### **La randomisation**

Les participants ont été randomisés dans les groupes par ordre d'inscription selon une séquence générée aléatoirement via Excell avant le recrutement. La randomisation était menée par groupe (groupe expérimental (360IV) et groupe contrôle (texte)) mais également en tenant compte du contrebalancement des items des questionnaires (version A et version B). En effet, pour éviter un éventuel effet d'ordre, les questionnaires utilisés dans la recherche ont été scindés en deux avec une répartition égale du nombre d'items par facteurs. Ainsi, dans chaque groupe, les participants recevaient en prétest une première moitié des questionnaires et en post-test la seconde moitié. En outre, les deux parties de la recherche étaient effectuées à deux semaines d'intervalle pour éviter un éventuel effet de répétition et d'ancrage.

#### **L'évaluation - Temps 1**

Dans le premier temps de la recherche, les participants étaient amenés à compléter un formulaire de données démographiques. Celui-ci reprenait leur âge, leur genre, le nombre d'années de pratique de la psychologie clinique, leur spécialisation, s'ils avaient déjà travaillé avec des AICS et si oui, dans quel contexte. Ensuite, il était demandé aux participants de créer un code d'identification à retenir pour la seconde partie afin de pouvoir apparier les données de manière anonyme. Finalement, les participants complétaient les demi-questionnaires de l'IRI, l'échelle de déshumanisation et l'ATS-21, en fonction de leur groupe d'attribution.

#### **L'intervention**

Cette seconde étape se déroulait deux semaines après avoir reçu la confirmation de complétion de la première partie. Les participants du groupe expérimental avaient préalablement reçu le *cardboard* par courrier postal. Tous les participants recevaient un lien par mail les dirigeant vers le questionnaire correspondant à leur groupe d'attribution.

Pour commencer, les participants étaient invités à lire l'anamnèse de Monsieur B. Ensuite, les participants complétaient la première tâche empathique. Après cela, les participants

du groupe expérimental visionnaient les deux premières vidéos (la préparation face au miroir et l'entretien stigmatisant). Les participants du groupe contrôle devaient lire les retranscriptions de ces deux vidéos (Annexe 2 et 3). Après ces étapes, les participants des deux groupes complétaient la deuxième tâche empathique. Finalement, les participants du groupe expérimental visionnaient la dernière vidéo (l'entretien plus empathique). Les participants du groupe contrôle lisaient la retranscription de cette vidéo (Annexe 4). Après cela, tous les participants remplissaient la troisième tâche empathique.

### L'évaluation – Temps 2

À la suite de la troisième tâche empathique, les participants répondaient d'abord à l'IOS pour évaluer leur sentiment de présence durant le visionnage ou la lecture des entretiens. Ensuite, ils complétaient les demi-questionnaires de l'IRI, l'échelle de déshumanisation et l'ATS-21, en fonction de leur groupe d'attribution. Pour finir, les participants étaient amenés à répondre à la question ouverte .

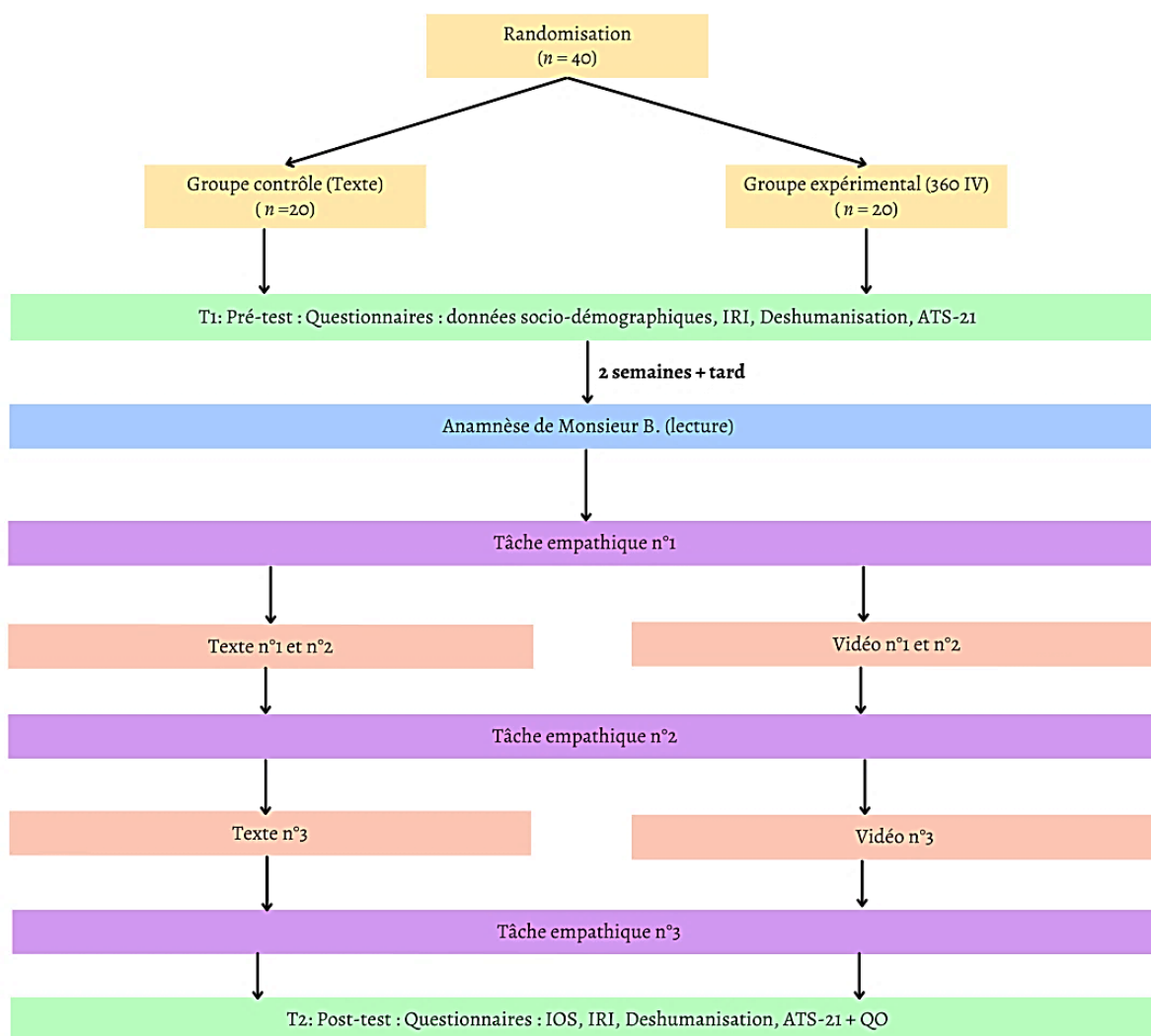


Fig.1. Récapitulatif de la procédure globale.

Note. IRI = Index de Réactivité Interpersonnelle, Déshumanisation = échelle de déshumanisation, ATS-21 = Attitudes envers les auteurs d'infraction à caractère sexuel, IOS = questionnaire de présence, QO = question ouverte.

## ANALYSES STATISTIQUES ET RÉSULTATS

Dans cette partie, les différentes variables ont été analysées pour tenter de répondre aux hypothèses de départ. Pour rappel, nos hypothèses étaient de savoir :

1. Si la réalité immersive pouvait exercer une influence sur le degré d'empathie des psychologues face à une population d'AICS ;
2. Si le degré de stigmatisation des psychologues cliniciens, par rapport à la population des AICS pouvait être influencé par la réalité immersive ;
3. Si le sentiment de présence, ressenti lors d'une expérience immersive, pouvait avoir un lien avec l'effet ou non de cette intervention ;
4. Si le genre ou les années de pratique pouvaient exercer une influence sur le fait d'avoir travaillé ou de travailler avec des AICS.



Les analyses ont été effectuées avec le logiciel JASP (version 0.17.1). Le seuil de signification a été fixé à  $p < .05$ . Compte-tenu du nombre de tests effectués, la correction de Benjamini-Hochberg a été appliquée pour tous les résultats significatifs.

Pour commencer, les conditions de normalité et l'homogénéité des variances ont été testées. Les variances étaient homogènes. Cependant, les conditions de normalité n'ayant pas été rencontrées, des tests non-paramétriques ont dû être utilisés.

Ensuite, les analyses statistiques préliminaires ont été effectuées sur l'échantillon pour tester s'il y avait une différence entre les groupes au moment du prétest. Pour ce faire, des tests de Kruskal-Wallis ont été appliqués.

Après cela, des analyses primaires ont été effectuées à l'aide des deltas ( $\Delta = X^{\text{prétest}} - X^{\text{post-test}}$ ) de chaque condition, pour vérifier s'il y avait des effets intra- et inter-groupe. D'une part, un test  $W$  de Wilcoxon a été employé afin de comparer les degrés d'empathie et de stigmatisation obtenus au prétest et au post-test au sein de chaque condition. D'autre part, un test  $U$  de Mann-Whitney a été fait pour comparer les degrés d'empathie et de stigmatisation obtenus après l'intervention entre la condition expérimentale et la condition contrôle.

Ensuite, une analyse secondaire a été effectuée pour vérifier si le sentiment de présence lors de l'intervention avait exercé une influence sur les résultats obtenus. Pour ce faire, une corrélation de Spearman a été effectuée sur les deltas, pour chaque condition.

Par la suite, ce sont les analyses exploratoires qui ont été testées. D'un côté, un  $X^2$  a été utilisé pour voir s'il y avait un effet du genre sur la prise en charge ou non d'AICS. De l'autre, un  $X^2$  a été utilisé pour tester si le nombre d'années d'expérience pouvait exercer une influence sur la prise en charge ou non de cette population cible.

Pour finir, les tâches empathiques et la question ouverte sur « les freins à la prise en charge » ont été synthétisées dans des nuages de mots. Ces derniers ont permis de mettre en avant les éléments recueillis à titre de réflexion clinique. Cependant, ces réponses n'ont pas été analysées de manière quantitative ni qualitative.

## **Analyses préliminaires**

### **Les participants**

Afin de tester la ligne de base des groupes, deux comparaisons ont été effectuées. La première a été réalisée par rapport aux conditions de groupe, la seconde par rapport aux versions. Aucun effet de groupe n'a été trouvé pour les lignes de base dans les comparaisons de conditions (tous les  $p > .05$ ). A contrario, un effet des versions a été trouvé pour la majorité des facteurs (Annexe 5). Néanmoins, n'ayant pas les moyens de savoir de quelle version vient

l'effet ni dans quel sens il va, il n'était pas pertinent de le prendre en considération. Par ailleurs, les versions avaient été contrebalancées pour contrecarrer cet effet d'ordre.

### Analyses primaires

#### Le prétest et le post-test

Pour effectuer cette analyse, compte-tenu de la non-normalité des données, le calcul des deltas ( $\Delta = X^{\text{prétest}} - X^{\text{post-test}}$ ) de chaque condition a été effectué pour pouvoir réaliser un test  $W$  de Wilcoxon et vérifier s'il y avait un effet de l'intervention sur les degrés d'empathie et de stigmatisation des participants par rapport à la population des AICS. La comparaison a été effectuée au sein de chaque condition avec les résultats obtenus au prétest et au post-test (Table 2 et Table 3).

**Table 2 : Test  $W$  de Wilcoxon – Condition expérimentale**

<b>n = 20</b>	<b>Prétest</b> Médiane (ET)	<b>Post-test</b> Médiane (ET)	$W$	$p$	$p^{**}$	$r_B$
IRI - Prise de recul	13.50 (3.13)	14.00 (4.15)	125.50	0.45	0.66	0.19
IRI - Fantaisie	12.50 (2.87)	13.00 (2.32)	73.50	0.91	0.96	-0.04
IRI - Préoccupation empathique	15.00 (3.80)	13.50 (3.39)	135.50	0.26	0.49	0.29
IRI - Détresse personnelle	10.00 (2.51)	10.00 (1.93)	100.50	0.26	0.49	0.31
IRI - Total	50.00 (4.92)	49.50 (4.23)	121.00	0.04*	0.09	<b>0.58</b>
Des - Traits positifs	19.50 (5.01)	20.00 (1.84)	68.00	0.29	0.50	-0.28
Des - Traits négatifs	21.50 (3.86)	22.00 (2.44)	72.00	0.86	0.96	0.06
Des - Total	42.00 (4.80)	42.00 (2.73)	69.50	0.76	0.90	-0.09
ATS-21 - Confiance envers AICS	8.00 (3.42)	8.00 (3.66)	96.00	0.98	0.98	0.01
ATS-21 - Intention des AICS	12.00 (2.11)	12.50 (2.38)	59.00	0.41	0.65	-0.23
ATS-21 - Distance sociale avec AICS	4.00 (1.82)	4.00 (1.69)	68.00	0.70	0.90	-0.11
ATS-21 – Total	23.00 (4.91)	25.50 (5.84)	86.50	0.74	0.90	-0.09

Table 2 : Test  $W$  de Wilcoxon pour la comparaison entre le prétest et le post-test de la condition expérimentale.. \* =  $p < .05$ . \*\* =  $p < .05$  (corrections de Benjamini-Hochberg). ET = écart-type. IRI = Interpersonal Reactivity Index, Des = Dehumanization Scale, ATS-21 = Short Form of the Attitudes to Sexual Offenders Scale, AICS = auteurs d'infractions à caractère sexuel. Taille d'effet avec le coefficient de corrélation bisériale de rangs de -1 à 1 (faible = 0.1 à 0.29 ; modérée = 0.3 à 0.69 ; forte = 0.7 à 0.9).

Après avoir effectué les corrections de Benjamini-Hochberg, aucun effet statistiquement significatif entre le prétest et le post-test n'a été trouvé. Néanmoins, le coefficient de corrélation bisériale de rangs révèle une taille d'effet modérée sur l'IRI total.

**Table 3 : Test W de Wilcoxon – Condition contrôle**

<b>n = 20</b>	<b>Prétest</b> Médiane (ET)	<b>Post-test</b> Médiane (ET)	<b>W</b>	<b>p</b>	<b>p<sup>**</sup></b>	<b>r<sub>B</sub></b>
IRI - Prise de recul	12.00 (4.21)	14.50 (3.13)	111.50	0.82	0.82	0.06
IRI - Fantaisie	12.00 (4.24)	11.00 (3.22)	104.50	0.42	0.57	0.22
IRI - Préoccupation empathique	12.00 (3.48)	10.50 (4.23)	102.00	0.79	0.82	0.07
IRI - Détresse personnelle	10.00 (1.87)	10.00 (2.32)	74.50	0.76	0.82	0.10
IRI - Total	50.00 (7.88)	47.00 (6.45)	101.50	0.25	0.39	<b>0.33</b>
Des - Traits positifs	20.00 (5.13)	20.00 (4.32)	125.00	0.09	0.16	<b>0.46</b>
Des - Traits négatifs	20.50 (5.39)	20.00 (5.49)	134.00	0.29	0.42	0.28
Des - Total	41.50 (5.76)	40.00 (4.92)	155.50	0.02*	0.04*	<b>0.64</b>
ATS-21 - Confiance envers AICS	9.00 (4.64)	9.50 (3.77)	87.00	0.51	0.65	-0.17
ATS-21 - Intention des AICS	10.00 (3.05)	11.00 (2.34)	8.00	<0.01*	0.02*	<b>-0.87</b>
ATS-21 - Distance sociale avec AICS	4.00 (1.90)	4.00 (1.61)	32.00	0.61	0.72	-0.18
ATS-21 - Total	22.50 (8.31)	24.00 (5.80)	49.00	0.07	0.13	<b>-0.48</b>

Table 3 : Test W de Wilcoxon pour la comparaison entre le prétest et le post-test de la condition contrôle. \* =  $p < .05$ . \*\* =  $p < .05$  (corrections de Benjamini-Hochberg). ET = écart-type. IRI = Interpersonal Reactivity Index, Des = Dehumanization Scale, ATS-21 = Short Form of the Attitudes to Sexual Offenders Scale, AICS = auteurs d'infractions à caractère sexuel. Taille d'effet avec le coefficient de corrélation bisériale de rangs de -1 à 1 (faible = 0.1 à 0.29 ; modérée = 0.3 à 0.69 ; forte = 0.7 à 0.9).

Après avoir effectué les corrections de Benjamini-Hochberg, deux effets statistiquement significatifs demeurent. Le premier est le facteur total du questionnaire de déshumanisation ( $W = 155.50$ ,  $p^{**} = 0.04$ ). Le second est le facteur d'intention des AICS de l'échelle ATS-21 ( $W = 8.00$ ,  $p^{**} = 0.02$ ). Par ailleurs, le coefficient de corrélation bisériale de rangs révèle plusieurs tailles d'effet modérées et positives, notamment pour l'IRI total, les traits positifs de la DES ou encore la DES totale. En outre, une taille d'effet modérée pour l'ATS-21 total et une taille d'effet forte pour l'intention dans l'ATS-21 ont été trouvées.

### L'immersion 360

Pour effectuer cette analyse, compte-tenu de la non-normalité des données, le calcul des deltas de chaque condition a été effectué pour pouvoir réaliser un test  $U$  de Mann-Whitney et vérifier s'il y avait un effet de l'intervention sur les degrés d'empathie et de stigmatisation des participants par rapport à la population des AICS. La comparaison a été effectuée avec les résultats obtenus au post-test entre les deux conditions (Table 4).

**Table 4 : Test *U* de Mann-Whitney – Condition expérimentale X condition contrôle**

<b>n = 40</b>	<b>Expérimentale</b> Médiane (ET)	<b>Contrôle</b> Médiane (ET)	<i>U</i>	p	<i>r<sub>B</sub></i>
IRI - Prise de recul	0.64 (1.93)	0.83 (1.51)	180.00	0.60	-0.10
IRI - Fantaisie	0.03 (1.19)	-0.24 (1.41)	227.00	0.47	0.14
IRI - Préoccupation empathique	-0.79 (1.70)	-0.86 (1.90)	174.00	0.49	-0.13
IRI - Détresse personnelle	-0.20 (1.05)	-0.16 (1.61)	198.00	0.97	-0.10
IRI - Total	-0.51 (0.86)	-0.13 (0.72)	162.50	0.32	-0.19
Des - Traits positifs	0.40 (1.06)	-0.39 (1.02)	273.00	0.05	<b>0.37</b>
Des - Traits négatifs	-0.01 (1.09)	-0.28 (1.17)	232.00	0.39	0.16
Des - Total	0.08 (1.08)	-0.43 (0.75)	268.50	0.07	<b>0.34</b>
ATS-21 - Confiance envers AICS	-0.15 (1.60)	0.75 (1.29)	179.00	0.58	-0.11
ATS-21 - Intention des AICS	0.24 (1.16)	0.33 (0.58)	158.50	0.26	-0.21
ATS-21 - Distance sociale avec AICS	0.28 (1.30)	0.11 (1.25)	207.00	0.86	0.04
ATS-21 - Total	0.20 (1.03)	0.48 (0.78)	162.50	0.32	-0.19

Table 4 : Test *U* de Mann-Whitney pour la comparaison entre la condition expérimentale et la condition contrôle. \* =  $p < .05$ . ET = écart-type. IRI = Interpersonal Reactivity Index, Des = Dehumanization Scale, ATS-21 = Short Form of the Attitudes to Sexual Offenders Scale, AICS = auteurs d'infractions à caractère sexuel. Taille d'effet avec le coefficient de corrélation bisériale de rangs de -1 à 1 (faible = 0.1 à 0.29 ; modérée = 0.3 à 0.69 ; forte = 0.7 à 0.9).

Aucun effet statistiquement significatif n'est ressorti de ce test. Cependant, le coefficient de corrélation bisériale de rangs révèle deux tailles d'effets modérées pour les traits positifs de la DES et pour la DES totale.

### Analyses secondaires

#### Le sentiment de présence

Pour tester si le sentiment de présence pouvait être en lien avec les résultats obtenus aux questionnaires, des corrélations de Spearman ont été réalisées avec les deltas pour les deux conditions (Table 5).

**Table 5 : Corrélation de Spearman – Le sentiment de présence par conditions**

n = 40	IOS			
	Condition expérimentale		Condition contrôle	
	<i>r<sub>s</sub></i>	<b>p</b>	<i>r<sub>s</sub></i>	<b>p</b>
IRI - Prise de recul	0.110	0.646	-0.057	0.810
IRI - Fantaisie	<b>0.412</b>	0.071	0.218	0.356
IRI - Préoccupation empathique	-0.105	0.660	-0.218	0.355
IRI - Détresse personnelle	-0.190	0.421	-0.183	0.440
IRI - Total	0.208	0.380	0.015	0.949
Des - Traits positifs	-0.217	0.358	-0.308	0.187
Des - Traits négatifs	-0.252	0.285	0.330	0.155
Des - Total	<b>-0.426</b>	0.061	0.111	0.642
ATS-21 - Confiance envers AICS	0.085	0.722	0.293	0.210
ATS-21 - Intention des AICS	0.063	0.793	-0.009	0.969
ATS-21 - Distance sociale avec AICS	-0.283	0.227	0.050	0.833
ATS-21 - Total	0.106	0.657	0.190	0.421

Table 5 : Corrélation de Spearman examinant un effet ou non du sentiment de présence sur les résultats du post-test de chaque condition. \* =  $p < .05$ . IRI = Interpersonal Reactivity Index, Des = Dehumanization Scale, ATS-21 = Short Form of the Attitudes to Sexual Offenders Scale, AICS = auteurs d'infractions à caractère sexuel, IOS = Inclusion of Other un the Self Scale.

Aucun effet statistiquement significatif n'est ressorti de cette analyse. Néanmoins, deux corrélations de taille moyenne peuvent être soulignées dans la condition expérimentale. La première est une corrélation moyenne positive avec le facteur fantaisie de l'IRI et la seconde est une corrélation moyenne négative avec l'échelle totale DES.

### Analyses exploratoires

#### Le genre et la prise en charge d'AICS

Pour tester si le genre des psychologues avait un lien avec la prise en charge ou non des AICS, un  $X^2$  a été effectué (Table 6).

**Table 6 :  $X^2$  – Genre/ Prise en charge AICS**

		Prise en charge d'AICS		
		Oui	Non	Total
Genre		n (%)	n (%)	n (%)
	<b>Femme</b>	14 (35)	18 (45)	32 (80)
	<b>Homme</b>	8 (20)	0 (0)	8 (20)
	<b>Total</b>	22 (55)	18 (45)	40 (100)

Table 6 :  $X^2$  du genre par rapport à la prise en charge des AICS.

Les résultats montrent un effet statistiquement significatif du genre sur la prise en charge d'AICS ( $X^2 = 8.182$ ,  $dl = 1$ ,  $p = 0.004$ ). De plus, le coefficient  $\Phi$  montre une relation forte entre les deux ( $\Phi = 0.452$ ). Cependant, ces résultats sont à prendre avec précaution au vu de la petite taille de l'échantillon.

#### Les années de pratique et la prise en charge d'AICS

Afin de tester si le nombre d'années de pratique de la psychologie clinique pouvait avoir un lien avec la prise en charge ou non d'AICS, un  $X^2$  a été effectué (Table 7).

**Table 7 :  $X^2$  – Prise en charge AICS/Nombre d'années de pratique**

		Prise en charge d'AICS		
		Oui	Non	Total
Années de pratique		n (%)	n (%)	n (%)
	<b>0-5 ans</b>	7 (17.5)	7 (17.5)	14 (35)
	<b>6-10 ans</b>	2 (5)	7 (17.5)	9 (22.5)
	<b>11-15 ans</b>	6 (15)	2 (5)	8 (20)
	<b>16-20 ans</b>	5 (12.5)	0 (0)	5 (12.5)
	<b>21-25 ans</b>	0 (0)	1 (2.5)	1 (2.5)
	<b>26-30 ans</b>	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	<b>&gt; 30 ans</b>	2 (5)	1 (2.5)	3 (7.5)
	<b>Total</b>	22 (55)	18 (45)	40 (100)

Table 7 :  $X^2$  du nombre d'années de pratique de la psychologie clinique par rapport à la prise en charge des AICS.

Les résultats ne montrent pas d'effet statistiquement significatif du nombre d'années de pratique de la psychologie clinique sur la prise en charge d'AICS ( $X^2 = 28.013$ ,  $dl = 22$ ,  $p = 0.175$ ).

## Les tâches empathiques

### *La première tâche*

La première tâche consistait à se mettre à la place d'un patient avant un entretien avec une psychologue, dans le cadre d'un suivi contraint. Dans l'ensemble, les participants ont rempli la consigne. Seuls 6 participants (15%) n'ont pas répondu à la consigne. Sur les 34 autres réponses, 68% ont répondu en « je », soit en se mettant à la place du patient comme en perspective première personne. Dans les participants restants, 29% ont répondu par une émotion citée et 3% ont répondu par un ou plusieurs mots abstraits, soit en s'éloignant de l'identification comme en perspective troisième personne (Annexe 6).

De plus, la valence des mots est majoritairement négative sauf pour les mots abstraits (« besoin de parler », « besoin d'aide » et « minimisation »). Un nuage de mots a été réalisé afin d'illustrer la récurrence de certains termes (Figure 2), de manière proportionnelle.

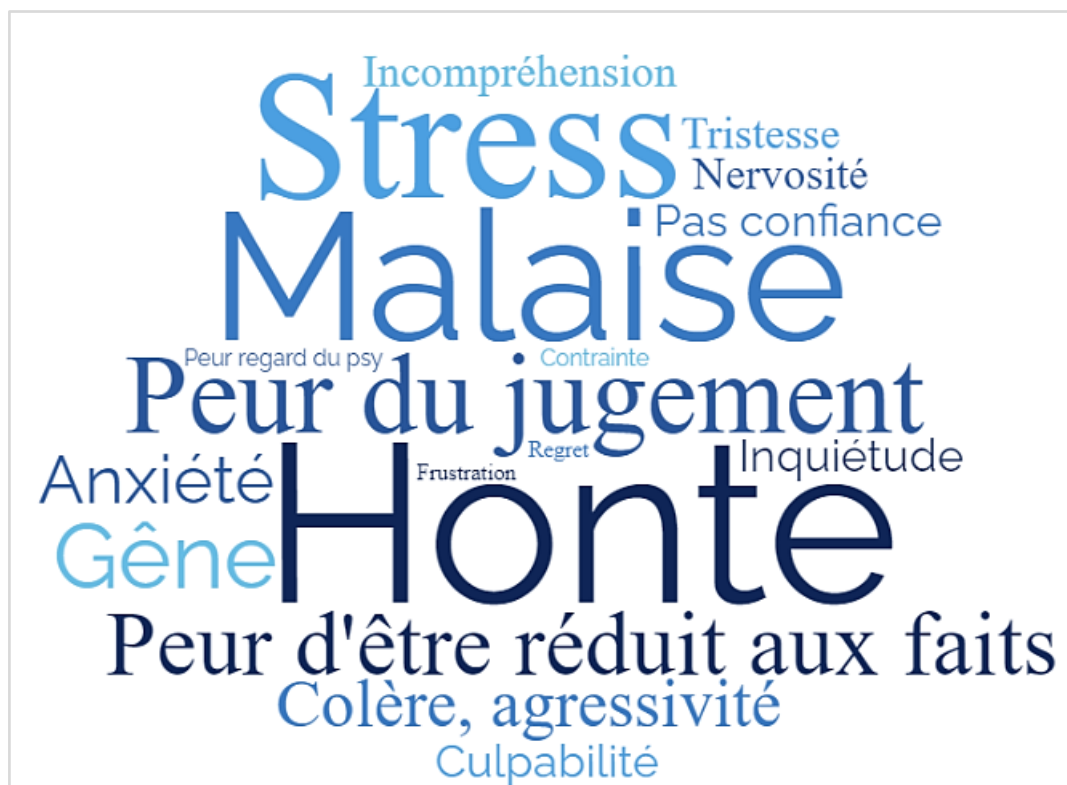


Fig. 2 : Nuage de mots avec les réponses à la première tâche empathique.

### *La deuxième tâche*

Pour cette deuxième tâche, le pourcentage de réponses dans chaque catégorie étant très différent, une séparation des résultats a été effectuée entre la condition expérimentale et la condition contrôle. Tous les participants ont répondu à la consigne de se mettre à la place du

patient qui vient d’avoir un entretien avec une psychologue peu empathique. Dans la condition expérimentale, 57% ont répondu en utilisant le « je », 30% ont répondu par une émotion et 13% ont répondu avec des mots abstraits (Annexe 7a). A contrario, dans la condition contrôle, 30% des participants ont répondu à la consigne en utilisant le « je ». Les autres participants ont répondu à 35% par une émotion et à 35% par des mots abstraits (Annexe 7b).

En outre, toutes catégories confondues, la valence des mots était à 96% négative contre 1% positive et 3% neutre (Annexe 8). Un nuage de mots des termes négatifs a été réalisé pour illustrer la récurrence de certains termes (Figure 3). Ceux-ci ont été représentés de manière proportionnelle au nombre de fois où ils ont été cités.



Fig. 3 : Nuage de mots avec les réponses à la deuxième tâche empathique.

### *La troisième tâche*

Pour cette troisième tâche, une séparation des résultats a également été effectuée entre la condition expérimentale et la condition contrôle. Tous les participants ont répondu à la consigne de se mettre à la place du patient après un entretien avec une psychologue plus empathique. Dans la condition expérimentale, 53% ont répondu en utilisant le « je », 42% ont répondu par une émotion et 5% ont répondu avec des mots abstraits (Annexe 9a). A contrario, dans la condition contrôle, 35% des participants ont répondu à la consigne en utilisant le « je », 39% par une émotion et 26% par des mots abstraits (Annexe 9b).



Par ailleurs, la valence des mots recueillis, dans les deux conditions, était à 91% positive, à 8% négative et à 1% neutre (Annexe 10). Le mot à valence neutre était « ambivalent ». Un nuage de mots a été réalisé pour les mots à valence négative (Figure 4) et les mots à valence positive (Figure 5).



Fig. 4 : Nuage de mots à valence négative de la troisième tâche empathique.



Fig. 5 : Nuage de mots à valence positive de la troisième tâche empathique.

## La question ouverte – Freins

Pour cette question, le type de réponse a été analysé en fonction de la condition (Annexe 11a et 11b). Les réponses ont été divisées en quatre catégories soit les réponses en « je », les réponses sur base d'émotions et de sentiments, les réponses avec des mots abstraits et les réponses en « il ».

En outre, les réponses ont été triées en deux catégories. La première se rapportant aux ressentis du psychologue (Annexe 12) et la seconde se rapportant à l'attitude du patient (Annexe 13). Dans la première catégorie, les participants ont évoqué des freins liés à leur ressenti de praticien tels que leur manque d'empathie pour cette population, la peur de certains profils psychopathologiques, un besoin de distanciation sociale par rapport à cette population, un manque d'objectivité ou encore un manque de compétences.

Dans la seconde catégorie, les participants ont évoqué des freins liés à l'attitude du patient tels que le manque de mobilisation thérapeutique du patient par déresponsabilisation ou victimisation, le non-respect du cadre, un sadisme ou encore un manque de capacités d'action.

## DISCUSSION

Bien que de nombreuses recherches aient été effectuées sur la réalité immersive et son influence sur le niveau d'empathie et de stigmatisation des soignants, peu d'entre elles ont été réalisées avec une population de psychologues. En tout cas, aucune n'a été effectuée par rapport à la perception de la population des AICS, qui est stigmatisée. L'objectif de ce travail aura donc été d'explorer si le degré d'empathie et celui de stigmatisation des psychologues par rapport à une population d'AICS pouvaient être influencés par l'immersion en perspective première personne via une vidéo à 360°.

Pour ce faire, plusieurs hypothèses ont été élaborées et testées à travers un dispositif de réalité immersive. Les participants ont été divisés en deux groupes : un groupe expérimental et un groupe contrôle. Tout d'abord, chaque participant remplissait une série de questionnaires afin que l'on puisse obtenir des mesures de base. Ensuite, deux semaines plus tard, les participants recevaient l'anamnèse d'un client, à lire. Après cela, le premier groupe visionnait trois vidéos grâce auxquelles il était plongé *dans la peau* du client, en perspective première personne. Le second groupe lisait la retranscription de ces vidéos. En outre, entre chaque vidéo ou retranscription, les participants remplissaient une tâche empathique. Finalement, tous les participants complétaient une seconde série de questionnaires.

L'innovation de ce protocole de testing immersif a été d'introduire non seulement une anamnèse (Harper et al., 2022) du client représenté dans les vidéos mais également de faire une vidéo introductive *face au miroir* (Peck et al., 2013) des ressentis du client avant d'arriver en séance chez la psychologue. Ces deux ajouts avaient pour but de stimuler la perspective première personne et, par-là, d'augmenter le sentiment de présence.

## Hypothèses et résultats

### L'effet de l'immersion sur l'empathie et la stigmatisation

#### *L'effet intra-groupe*

La première hypothèse de ce travail était que la réalité immersive pouvait avoir une influence sur le degré d'empathie des psychologues par rapport à la population des AICS. Une augmentation du degré d'empathie du groupe expérimental était attendue. En outre, la seconde hypothèse était la constance du degré de stigmatisation des psychologues cliniciens. En regard de la littérature et de l'étude de Della Libera (2023), le degré de stigmatisation ne devrait pas bouger par rapport à la ligne de base ni dans la condition expérimentale, ni dans la condition contrôle. En effet, grâce à la lecture de l'anamnèse du client (Harper et al., 2022) et aux tâches empathiques effectuées entre le prétest et le post-test (Della Libera et al., 2023), il ne devrait pas y avoir de rebond du degré de stigmatisation, ni de phénomène de distanciation sociale.

Dans les analyses primaires du groupe expérimental, les résultats du prétest et du post-test n'ont montré aucun effet significatif de l'intervention, ce qui signifie qu'il n'y a pas de preuve de l'effet de l'intervention (Bourque et al., 2009). Notre hypothèse de base n'est, par conséquent, pas soutenue. Cependant, une taille d'effet modérée a été soulignée pour l'échelle IRI totale. Ce résultat signifie que l'influence de l'intervention immersive sur le degré d'empathie des cliniciens, mesuré ici grâce à l'IRI, est de force moyenne. Il s'agit, par conséquent, d'une mesure qui n'est pas négligeable car elle souligne l'importance de l'intervention sur l'empathie.

Pour ces analyses, le fait de ne pas avoir obtenu les résultats attendus bien que des études montrent l'efficacité de cette technique sur le degré d'empathie avec des tailles d'effet allant de faible à fort (Della Libera et al., 2023), pourrait avoir été influencé par deux facteurs.

Premièrement, la qualité de l'expérience immersive. En effet, pour cette recherche, les participants recevaient un *cardboard* à construire chez eux et n'étaient pas chapeauté par un chercheur. Il serait sans doute judicieux d'effectuer une prochaine recherche dans un lieu exempt de toutes distractions extérieures et, de la sorte, avoir des conditions environnementales

identiques pour chaque participant. En outre, imaginer créer un univers en réalité virtuelle plutôt qu'en réalité immersive pourrait être judicieux car les expériences virtuelles donnent de meilleurs résultats (Della Libera et al., 2023).

Deuxièmement, la durée d'exposition pourrait être interrogée. Néanmoins, plusieurs études dont celle de Della Libera (2023) démontrent qu'une courte immersion suffit à stimuler l'augmentation de l'empathie. Par conséquent, cette piste est à laisser de côté.

Par ailleurs, il est intéressant de constater qu'aucun effet significatif n'a été trouvé dans les mesures de stigmatisation pour ce groupe expérimental. Le rebond de distanciation sociale qui peut être observé dans ce genre de protocole a pu être contré par les tâches empathiques (Della Libera et al., 2023). Néanmoins, d'autres facteurs pourraient avoir eu un impact également. Par exemple, le fait d'avoir ajouté une anamnèse du client avant l'immersion (Harper et al., 2018, 2022) ou encore le fait d'avoir introduit le sujet avec une immersion face à un miroir (Peck et al., 2013) avant les entretiens thérapeutiques ont pu être des inhibiteurs de cette distanciation observée dans d'autres études (Devine et al., 2012).

A contrario, pour le groupe contrôle, les analyses entre le prétest et le post-test n'ont pas fait ressortir d'effet sur l'empathie mais bien deux effets statistiquement significatifs pour les mesures de stigmatisation. D'une part, pour l'échelle totale de déshumanisation et d'autre part, pour le facteur d'intention des AICS dans l'ATS-21, et ce après avoir effectué la correction de Benjamini-Hochberg. Ces résultats n'étaient pas attendus puisque le postulat de base était l'absence d'effet dans la condition contrôle. Néanmoins, en se basant sur la recherche de Harper (2018, 2022) et puisque les deux protocoles – expérimental et contrôle – étaient similaires au niveau de l'anamnèse, il pourrait être supposé que cette donnée ait influencé la position des participants du groupe contrôle.

De plus, pour l'échelle totale de déshumanisation, une influence significative sur la perception des AICS par les psychologues a pu être observée. Au vu des tailles d'effet qui ressortent, il pourrait être supposé que l'influence ait eu lieu de manière modérée sur le facteur des traits positifs attribués aux AICS et sur l'échelle totale. Par ailleurs, le résultat significatif sur le facteur d'intention de l'échelle ATS-21 (pour rappel, une composante de comportement attendu dans les interactions sociales qui déterminerait l'appartenance au groupe) permet de souligner une forte influence de la lecture sur cette dimension. Ce résultat signifie que la perception et l'anticipation des comportements attendus de la part des AICS par rapport au groupe dominant sont moins stéréotypés négativement ou plus en accord avec la norme après les étapes de lecture. Cette influence est appuyée également par la taille d'effet modérée sur l'ATS-21 total.

De surcroît, pour les mesures d'empathie, une taille d'effet modérée est ressortie pour l'IRI totale. Ce résultat pourrait être interprété de manière identique au résultat du groupe expérimental, à savoir qu'une intervention comme la connaissance de l'anamnèse d'un client ou la retranscription d'entretiens thérapeutiques peuvent avoir une influence modérée sur le degré d'empathie.

En somme, bien que ces résultats ne viennent pas confirmer nos hypothèses de départ, ils offrent des pistes de réflexion pour des recherches futures. Celles-ci seront exposées dans la partie traitant les implications cliniques de ce travail.

### *L'effet inter-groupe*

Pour la comparaison entre les deux groupes, le postulat de base était qu'une différence significative se marquerait au niveau des résultats de l'empathie, en faveur d'une augmentation dans le groupe expérimental, mais pas de différence au niveau du degré de stigmatisation. Or, aucune différence significative n'est ressortie des analyses statistiques inférentielles. Par ailleurs, une différence significative aurait dû être attendue au niveau du facteurs de traits négatifs de la DES pour le groupe expérimental ainsi que pour le facteur d'intention de l'ATS-21. En effet, ces deux facteurs sont liés à la perception d'autrui de la dangerosité des auteurs et peuvent être influencés par le visionnage d'une vidéo (Harper et al., 2022). L'hypothèse que les protocoles étaient trop similaires en terme d'intervention pourrait être avancée, notamment car la lecture de l'anamnèse du client a pu plonger le groupe contrôle dans une position de perspective première personne (Harper et al., 2018).

De plus, un effet rebond aurait dû se marquer dans le niveau de la stigmatisation du groupe contrôle (Harper et al., 2022). Or, les résultats ne le montrent pas. Les tâches empathiques ont sans doute été trop stimulantes. Encore une fois, l'hypothèse d'une intervention trop semblable entre le groupe expérimental et le groupe contrôle pourrait être avancée.

En outre, malgré le manque de résultats significatifs attendus, une taille d'effet modérée se marque pour l'échelle de déshumanisation (DES) au niveau des traits positifs attribués aux AICS et au niveau de l'échelle totale. Cependant, ces résultats sont à prendre avec des précautions car ce questionnaire n'est pas totalement fiable de par son manque de validité psychométrique. Une nouvelle prise de mesures pourrait être utile avec un complément d'autres questionnaires comme le PSO (Echelle de perception des AICS) (Harper & Hogue, 2015), qui va au-delà du fait d'attribuer des traits aux AICS. En effet, ce questionnaire prend également en considération le risque perçu pour la population et les politiques de gestion et de punitions à appliquer selon les participants.

En outre, Devine (2012), mettait en avant le fait que chacun doit être conscient de ses propres biais et stéréotypes mais amenait aussi la notion d'avoir envie de changer de regard pour pouvoir désamorcer ses stéréotypes. Or, aucun questionnaire n'intègre ce paramètre. Il serait peut-être intéressant, pour une recherche ultérieure, de l'introduire via une question ouverte à réponse courte (type oui-non) dans la but de pouvoir corrélérer l'influence de cette volonté sur les changements réels.

### L'effet de l'immersion sur le sentiment de présence

La troisième hypothèse était que le sentiment de présence devrait être corrélé avec le degré d'empathie des psychologues en fonction de leur groupe d'attribution. En effet, il devrait être plus important dans le groupe expérimental car il serait notamment stimulé par le dispositif immersif et en particulier par la vidéo d'introduction face au miroir (Peck et al., 2013).

Pour cette catégorie, bien qu'aucun effet statistiquement significatif n'ait été trouvé, deux tailles d'effet modérées sont ressorties pour l'échelle totale de déshumanisation et pour le facteur fantaisie de l'IRI (pour rappel, il s'agit du degré d'implication et d'identification à des personnages fictifs que ce soit dans des films, des livres ou au théâtre).

En ce qui concerne le facteur fantaisie de l'IRI, ce résultat vient appuyer le lien entre le sentiment de présence à travers l'immersion et l'empathie cognitive (Herrera et al., 2018). En effet, dans ce questionnaire, les facteurs sont divisés en deux catégories : empathie affective et empathie cognitive. Le facteur fantaisie fait partie de la seconde catégorie (Gilet et al., 2013) ce qui corrobore donc les résultats obtenus.

En ce qui concerne l'échelle totale de déshumanisation, le sentiment de présence est en lien modéré avec les traits positifs et négatifs attribués à la population des AICS, et donc, au degré d'ostracisme social appliqué. Or, la réponse de rejet face à ce qui semble être une menace est inconsciente et directe (Bastian & Haslam, 2010; Cursan et al., 2017). Refaire une nouvelle collecte de données à l'aide d'autres questionnaires pourrait peut-être mettre en lumière un lien plus évident entre le sentiment de présence et la réaction de rejet et de stigmatisation.

### L'effet du genre et de la pratique sur la prise en charge d'AICS

En fin d'analyses, deux hypothèses exploratives avaient été formulées.

Premièrement : *le genre du/de la psychologue a-t-il un effet sur la prise en charge ou non d'AICS ?*

Au vu de la prévalence des agressions sexuelles recensées chez les femmes et des mythes du viol présents dans notre société (Noël et al., 2021), la prise en charge devrait être supérieure chez les psychologues hommes que chez les femmes. Par ailleurs, la revue de la

littérature de Bach et Demuth (2018) annonce qu'il n'y a pas d'effet du genre dans ce cas. Or, un effet statistiquement significatif du genre est ressorti dans les résultats de cette recherche-ci. Bien que la taille de l'effet soit forte, ce résultat est à prendre avec précaution pour deux raisons. La première étant la taille faible de l'échantillon avec une proportion moindre de participants masculins. La seconde étant le type de pratique des psychologues hommes car cent pourcents de ceux-ci travaillent ou ont travaillé avec une population d'AICS. Or, il serait judicieux de penser à un biais de recrutement. De plus, du côté des femmes, le fait d'avoir été potentiellement victime d'une agression sexuelle ne serait pas déterminant dans la prise en charge d'AICS (Bach & Demuth, 2018). Les résultats seraient-ils identiques avec des psychologues masculins ne travaillant pas avec cette population ? À l'inverse, les personnes ayant accepté de participer à cette recherche, ici les hommes en l'occurrence, ne se sentent-ils pas concernés par la problématique du fait de travailler avec cette population ? Quoi qu'il en soit, un échantillon plus grand permettrait sans doute de mieux comprendre ce constat.

Deuxièmement : *Existe-t-il une relation entre le nombre d'années de pratique du psychologue et la prise en charge d'une population d'AICS ?*

À l'opposé des résultats précédents, le nombre d'années de pratique n'est pas statistiquement significatif. Encore une fois, ce résultat doit être envisagé avec précaution au vu de la taille de l'échantillon.

Enfin, une réflexion pourrait être amenée sur les phénomènes qui pourraient favoriser ou non la prise en charge. Alors qu'il aurait été facile d'affirmer qu'être avancé dans sa carrière professionnelle pourrait être un facteur d'influence sur la prise en charge d'une population particulière, par le cumul de l'expérience, la réalité n'est pas si simple et catégorique. En effet, l'expérience de terrain n'est pas la seule dimension à considérer. Par exemple, la fatigue compassionnelle et l'épuisement professionnel (Bach & Demuth, 2018; Da Silva, 2021; Di Piazza et al., 2020) sont plutôt des facteurs inhibant la prise en charge. A contrario, la qualité de la spécialisation et de la formation des psychologues ainsi que la supervision de ceux-ci auraient tendance à la favoriser cette prise en charge et à protéger les professionnels de l'épuisement (Da Silva, 2021). Par ailleurs, le sentiment d'utilité pour la communauté (Bach & Demuth, 2018; Da Silva, 2021) serait également un facteur favorisant.

### **Limitations**

Tout d'abord, la première limitation fut la ressemblance du type d'intervention dans les deux groupes tests. Cette proximité a pu stimuler trop fortement la perspective première personne dans le groupe contrôle. Pour une étude ultérieure, il serait sans doute judicieux

d'établir une scission plus claire entre les protocoles des groupes de recherche. Par exemple, le groupe contrôle ne recevrait pas d'anamnèse ni retranscription des vidéos, mais plutôt une explication informative neutre (Harper et al., 2018). L'hypothèse pourrait être émise que l'anamnèse et la retranscription des scènes amèneraient les participants dans une position de perspective première personne, là où un billet informatif favoriserait la perspective troisième personne (Harper et al., 2018). Par conséquent, le groupe contrôle pourrait recevoir une information sur les passages à l'acte dans les agressions sexuelles ou sur la pédophilie mais sans mention de données qui pourraient stimuler la personnification du client.

Ensuite, une deuxième limitation fut le choix des mesures utilisées, notamment pour la stigmatisation. En effet, les questionnaires employés n'étaient pas validés en français. Une validation préalable des questionnaires pourrait permettre d'obtenir des résultats plus fiables en matière d'intervention.

De plus, pour la présente recherche, une seule dimension des stéréotypes a été examinée. Or, d'autres dimensions auraient dû être prises en compte : les aspects cognitifs implicites et explicites, de même que des aspects comportementaux de la stigmatisation, puisqu'il est nécessaire les distinguer (Devine et al., 2012; Harper & Hogue, 2015). Pour ce faire, il aurait été utile d'avoir recours à un questionnaire traitant la perception des AICS par la population testée, comme l'ATS-21, et également à une échelle validée comme la PSO (Harper & Hogue, 2015). De plus, une technique de *eyetracking* ou *mousetracking* comme l'IAT<sup>16</sup> (Greenwald et al., 1998) testant la dimension implicite des stéréotypes (Harper et al., 2018) aurait permis d'obtenir un tableau plus complet du changement ou de l'absence de changement du degré de stigmatisation. En effet, d'après Greenwald (1998), cette technique permet d'évaluer « *l'association entre la discrimination d'un concept cible et une dimension d'attribut* » (p.1465). Pour ce faire, dans ce cas-ci, des mots associés à la population des AICS et des traits positifs et négatifs (par exemple, repris du questionnaire DES de Bastian et Haslam (2010)) pourraient être employés afin de créer un protocole sur mesure par rapport à cette thématique. Avoir une vision plus précise du type d'action fonctionnant avec une telle intervention offrirait de meilleures perspectives : par exemple, des formations ciblées pour les psychologues et, par ricochet, une meilleure prise en charge des auteurs.

En dernier lieu, la taille de l'échantillon pourrait être interrogée. Un échantillon plus conséquent de participants aurait peut-être permis d'obtenir des résultats plus

---

<sup>16</sup> IAT = Implicit Association Test (Greenwald et al., 1998).



fiables. En outre, une division différente entre les groupes telle qu'une comparaison entre des psychologues et des personnes lambdas ou entre des psychologues spécialisés dans les prises en charge d'AICS et des psychologues non spécialisés pourrait amener une plus-value et des indications plus précises quant aux résultats.

### **Implications cliniques et perspectives de recherche**

Dans cette dernière partie, ce sont les implications cliniques et les perspectives de recherche qui seront abordées. Elles le seront à la lumière des constats déjà apportés mais également à travers les réponses obtenues suite aux tâches empathiques et à la question ouverte concernant les freins. La réflexion sera complétée par une revue de la littérature.

#### **Les tâches empathiques**

Pour cette recherche, des tâches empathiques ont donc été introduites tout au long de l'intervention afin de contrer l'effet rebond de distanciation sociale (Della Libera et al., 2023; Devine et al., 2012; Harper et al., 2022; Peck et al., 2013). Pour rappel, le groupe expérimental recevait une anamnèse à lire et visionnait trois courtes séquences vidéo. La première qui représentait le temps de préparation d'un client avant un entretien thérapeutique, la deuxième montrait un entretien thérapeutique avec une psychologue stigmatisante et la troisième qui reflétait un entretien avec une psychologue plus empathique. Le groupe contrôle, quant à lui, recevait également l'anamnèse mais n'avait à disposition qu'une retranscription des vidéos. Pour les deux groupes, des tâches empathiques ont été proposées entre chaque étape : après la lecture de l'anamnèse, après le visionnage/la lecture des deux premières vidéos et, enfin, après la troisième vidéo/lecture.

Or, bien que les mots recueillis lors de ces tâches n'aient pas été analysés de manière quantitative ni qualitative, ils amènent un certain éclairage des effets du protocole sur les participants. Il s'agissait d'une autre manière d'appréhender la perspective première personne.

#### ***La tâche empathique n°1***

Cette première tâche était présentée après la lecture de l'anamnèse et consistait à se mettre à la place du client pour imaginer ses sensations dans cette situation. Le constat est que la majorité des mots exprimés étaient à valence négative et que les plus représentés étaient : « honte, malaise, stress, peur du jugement, peur d'être réduit aux faits, colère et anxiété ». Ces mots sont le reflet de l'attribution automatique faite à propos des AICS (Croizet & Leyens, 2003; Glowacz & Born, 2017; Haesevoets, 2001; Harper et al., 2018; Jahnke, 2018; Tewksbury,

2012) et la manière dont ils sont supposés se sentir. Néanmoins, la vraisemblance par rapport à quelqu'un vivant réellement la situation pourrait être interrogée. En effet, le statut sociétal d'un psychologue ou d'un AICS n'est pas le même, ni la manière d'appréhender les rencontres sociales. Une collaboration avec un auteur d'infractions, pour écrire le scénario de base, permettrait peut-être de pouvoir faire un parallèle entre ce qui est ressenti réellement par l'auteur et ce qui est imaginé par les participants de la recherche. Par exemple, la peur d'être réduit aux faits pourrait être mise en avant dans la formulation. Ou encore, la honte qui peut être observé chez les AICS (Croizet & Leyens, 2003; Debbané et al., 2016; Fonagy & Allison, 2014; Vanderstukken et al., 2005) pourrait être interrogée dans la forme par rapport aux théories d'attribution ou au déni.

### *La tâche empathique n°2*

Cette deuxième tâche était présentée après l'entretien thérapeutique du type stigmatisant. L'exercice consistait à inciter les participants à imaginer la manière ils se sentiraient en tant que client dans des circonstances similaires. Dans ce cas, le constat a pu être fait que la stigmatisation ait été perçue de manière claire et majoritaire car elle s'est illustrée par des mots tels que : « incompris, jugé, en colère, persécuté, attaqué et sans envie d'y retourner ». Les réactions énoncées dans la littérature sur le fait que la stigmatisation provoque le désengagement (Glowacz & Born, 2017), l'éloignement et les attributions externes (Croizet & Leyens, 2003; Debbané et al., 2016) sont illustrées. Bien qu'il faille envisager ces constats avec précaution au vu du nombre de réponses et de l'absence d'analyses, l'intérêt pourrait être porté sur le fait de la prise de conscience de la position du psychologue et de ce qu'il peut transmettre comme ressentis à son patient.

### *La tâche empathique n°3*

Cette dernière tâche empathique était présentée après le visionnage/la lecture d'un entretien plus empathique. Dans ce cas-ci, les réponses ont été moins unanimes et les valences qui en ressortent sont un peu plus divisées. La réponse neutre illustrant particulièrement cette situation est le mot « ambivalence ». En outre, pour cette tâche, une partie des participants a répondu avec des mots à valence négative comme : « ébranlé, pas entendu ou en colère ». Par ailleurs, la majorité des participants a répondu avec des mots tels que « entendu, plus en confiance, pas jugé, écouté, considéré, plus à l'aise, rassuré, soulagé, accueilli, compris ». Ces réponses pourraient être l'illustration de la réémergence de la confiance épistémique (Debbané et al., 2016) ou, du moins de l'amorce de celle-ci. Dans une recherche ultérieure, une mesure

plus précise de cette confiance pourrait être effectuée, de même qu'un suivi à moyen ou long terme pour voir son maintien ou non dans le temps.

En conclusion, ces tâches empathiques ont servi non seulement à contrer un effet de distanciation sociale mais pourraient également servir dans un processus de désamorçage des stéréotypes, pour les explicites tout du moins. De plus, ces tâches pourraient peut-être venir soutenir la réhabilitation de la confiance épistémique. Et elles pourraient être employées dans un dispositif de formation, par exemple, sur le positionnement du psychologue et le « comment passer d'une position stigmatisante à une position empathique », en vue de favoriser l'alliance thérapeutique et l'adhésion au processus de changement.

### La question des freins à la prise en charge

Lors de la seconde passation des questionnaires, une question ouverte a été posée afin d'ouvrir la réflexion sur les perspectives dans la prise en charge d'AICS. La question était : « Quels seraient les freins que vous pourriez ressentir, en consultation, si vous receviez une personne ayant commis une infraction à caractère sexuel ? ». Les réponses ont été triées en deux catégories, l'une se rapportant aux ressentis du psychologue et l'autre par rapport aux attitudes du client.

Dans la catégorie se rapportant aux ressentis du psychologue, des réponses telles que le fait de manquer de formation afin d'acquérir les compétences nécessaires à la prise en charge ont été citées. Ce paramètre peut être pris en compte de manière simple puisque, dans le cas de ces prises en charge, il est obligatoire d'être formé<sup>17</sup>. Par ailleurs, la réponse la plus fréquente fut le manque d'empathie ressenti par le psychologue envers cette population. D'autres réponses données fréquemment étaient les stéréotypes sur ce type de public (ex : peur d'un profil de manipulateur ou d'un psychopathe) ou encore le besoin de distanciation sociale (ex : la colère par rapports aux faits, la réduction aux faits, le dégoût, le mépris ou la difficulté de faire confiance). Tous ces éléments sont autant d'arguments en faveur d'une recherche plus approfondie sur le manque d'empathie et la stigmatisation envers les AICS. L'objectif serait de réaliser un travail permettant de d'amorcer l'empathie et de désamorcer la stigmatisation de manière durable.

En ce qui concerne la catégorie se rapportant aux attitudes du client, certains paramètres pourraient être travaillés là où d'autres sont inenvisageables au stade des connaissances actuelles. Par exemple, le manque de mobilisation du client, la non-reconnaissance des faits ou

---

<sup>17</sup> Notamment à l'Unité de Psychopathologie Légale (UPPL) qui organise des formations.

encore le manque de respect du cadre sont des éléments qui pourraient être travaillés en séance (Daspe et al., 2017; Debbané et al., 2016; Glowacz et al., 2020), notamment par une attitude empathique et non stigmatisante. Néanmoins, le sadisme ou la perversion (au sens de la personnalité perverse<sup>18</sup>) sont des traits de personnalité sur lesquels l'impact d'un travail thérapeutique est minime (Daspe et al., 2017) car les enjeux coûts-bénéfices en faveur du changement sont négligeables pour la personne elle-même (Englebert, 2022). Néanmoins, il sera possible d'effectuer un travail sur les schémas de pensée, la remise en question et la confiance portée en l'être humain (Debbané et al., 2016; Fonagy & Allison, 2014), ce qui favoriserait une ré-affiliation au groupe dominant.

En d'autres termes, les freins seraient donc présents aussi bien du côté du psychologue que de celui du client. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le fait que l'évitement et le retrait sont associés à la peur (Coutinho et al., 2014; Tewksbury, 2012) présente chez les deux parties : par exemple, à la peur de l'autre, à la peur pour sa propre intégrité ou à la peur de perdre la cohérence et la sécurité dans la société. Or, la peur est un phénomène naturel mais la peur de l'autre favorise le rejet. Par ailleurs, ce rejet pourrait engendrer un sentiment d'injustice chez l'auteur (Tewksbury, 2012) qui légitimiserait un passage à l'acte (Glowacz & Born, 2017).

En conclusion, il serait pertinent de continuer les recherches sur les freins sur lesquels le psychologue peut avoir une influence et analyser ceux-ci sur le moyen et long terme, pour ensuite pouvoir utiliser ces données efficacement dans des dispositifs de terrain. Par exemple, en axant les formations sur les stéréotypes et l'attitude stigmatisante afin de, a minima, en prendre conscience. Cela permettrait, in fine, au client de percevoir une attitude bienveillante chez le psychologue et pouvoir, de ce fait, être en cohérence entre son image personnelle interne et l'image de lui-même que lui renvoie le psychologue (Tewksbury, 2012). Le client pourrait alors être en congruence interne de même que le psychologue ce qui renforcera l'efficacité du suivi thérapeutique (Rogers, 1957).

## Les perspectives de recherche

### *Un futur protocole*

Après avoir fait le point entre les résultats obtenus et la littérature, un futur protocole peut être imaginé pour pallier certaines limitations rencontrées.

---

<sup>18</sup> Voir Psychopathologie phénoménologique et monde social (Englebert, 2022) et Psychopathologie de l'homme en situation, chapitre VI, pp. 147-164 (Englebert, 2017).

Tout d'abord, une séparation claire entre l'intervention expérimentale et le groupe contrôle doit être réalisée. Pour ce faire, le groupe expérimental serait plongé, en réalité virtuelle plutôt qu'en réalité immersive, dans la peau d'un AICS assistant à une séance thérapeutique. Il recevrait au préalable l'anamnèse du client. A contrario, le groupe contrôle recevrait une information sur les agressions sexuelles mais sans données anamnestiques du client.

Ensuite, d'autres questionnaires complèteraient ceux déjà utilisés et, entre autres, la dimension des stéréotypes implicites serait également l'un des facteurs mesurés à l'aide d'une méthode de test d'association implicite.

De plus, une intervention plus complète pourrait être ajoutée, telle qu'une formation pour le groupe expérimental. En effet, favoriser le développement de l'auto-régulation du psychologue (Coutinho et al., 2014) pourrait l'aider à adopter une méta-position par rapport à ce type de suivis (Debbané et al., 2016). Par la suite, ce processus aiderait à stimuler la capacité de changement, les stratégies d'adaptation et une mentalisation plus adéquate chez le client (Debbané et al., 2016; Fonagy & Allison, 2014). Pour ce faire, un dispositif axé sur l'articulation de l'empathie et de la stigmatisation en regard de leur impact sur l'alliance thérapeutique, de même que sur la confiance épistémique et son rôle dans la mentalisation, pourrait être jointe au protocole de base. Il s'agirait notamment d'arriver à une régulation efficace des émotions dans ce type de rencontre. Dans le même ordre d'idée, une formation pourrait être donnée concernant les stéréotypes envers cette population et leur prise de conscience. En effet, un message physiologique d'alerte émerge immédiatement face à des personnes considérées comme dangereuses (Cursan et al., 2017). Or, un passage dans la conscience, et donc par le système de réflexion, pourrait être une façon de contrer le système d'action immédiate (Destefano & Velázquez Coccia, 2018) et de freiner le message de peur. Dans un second temps, un changement de point de vue ou le fait d'observer la personne dans sa globalité seraient sans doute facilités.

Enfin, le dispositif pourrait être évalué sur du moyen ou long terme en reprenant les mesures d'empathie et de stigmatisation trois mois ou six mois plus tard. L'objectif de ces mesures supplémentaires seraient de prendre en compte l'amplitude de l'efficacité et de la stabilité de l'intervention.

### *L'implication pour les professionnels*

À présent, pour clore ce travail, une réflexion sera posée sur les enjeux pour les psychologues du travail avec une population d'AICS. En effet, compte-tenu de l'impact sociétal qu'ont les agressions sexuelles et du risque de traumatisme et d'épuisement du fait de

travailler dans des conditions émotionnelles lourdes (Bach & Demuth, 2018; Da Silva, 2021), la plus-value de ce type de travail pour les psychologues peut être questionnée. Pour y répondre, beaucoup de facteurs sont à prendre en considération, tels que les facteurs individuels mais également l'environnement et les relations interpersonnelles.

La réflexion serait donc portée sur l'argument de l'épuisement ou du risque de traumatisation vicariant pour les psychologues dans le cas de la prise en charge d'auteurs d'infraction. Cela serait à envisager avec précaution car la différence n'est pas significative entre les psychologues prenant en charge des victimes et ceux prenant en charge des auteurs (Da Silva, 2021). En effet, dans leur revue de la littérature, Bach et Demuth (2018) ont mis en avant que ce n'était pas le profil du client qui déterminait la lourdeur et les difficultés dans le suivi mais plutôt la qualité de la relation et l'aboutissement de la thérapie. Le travail sur l'empathie et la stigmatisation permettrait donc de protéger également le psychologue dans sa pratique quotidienne.

De plus, un travail sur la régulation émotionnelle du psychologue permettrait aussi d'être plus empathique avec son client et d'avoir une écoute plus efficace (Coutinho et al., 2014). Ceci favoriserait finalement l'alliance thérapeutique et, par conséquent, aiderait à protéger l'équilibre émotionnel et mental du psychologue.

Néanmoins, un réel dilemme moral subsiste car l'ostracisation d'une personne ou d'un groupe (aussi bien chez les humains que chez les animaux) peut être considérée comme une forme de protection de l'équilibre social (Cursan et al., 2017). Comment allier cet élan naturel de rejet avec le fait de soutenir l'individu déviant dans ce processus de retour dans le groupe dominant, en vue de prévenir de futurs passages à l'acte ? Le sentiment d'utilité pour l'équilibre sociétal pourrait être évoqué. En effet, ce sentiment contribue au bien-être et à la satisfaction des psychologues travaillant avec des AICS (Bach & Demuth, 2018; Da Silva, 2021).

Enfin, deux autres éléments favorisant également la protection du psychologue dans son travail sur le terrain sont la supervision et le soutien de l'équipe dans laquelle il évolue (Da Silva, 2021). Ces facteurs sont particulièrement pertinents dans les suivis thérapeutiques avec ce type de population (Bach & Demuth, 2018).

## CONCLUSION

*« Il y a des regards qui sauvent et des regards qui tuent ».*

*(Alexandre Jollien, 2022, philosophe)*

Cette recherche portait sur l'impact de la réalité immersive sur le degré d'empathie et de stigmatisation des cliniciens dans le cadre des prises en charge d'auteurs d'infractions à caractère sexuel. Puisque peu d'études similaires ont été effectuées avec des psychologues et que ce type de dispositif n'avait jamais été testé envers une population d'AICS, un protocole de recherche a été construit en vue d'obtenir des données sur le sujet.

Bien que les résultats n'aient pas été ceux attendus, des pistes de réflexions pour des recherches ultérieures et des possibilités futures d'application sur le terrain ont été mises en avant. Par exemple, une division plus claire entre le protocole d'expérimentation et le groupe contrôle a été proposée, de même que le recrutement d'un échantillon plus conséquent de participants et la réalisation d'un suivi sur le moyen et long terme pour vérifier la stabilité de l'intervention dans le temps. Enfin, une formation sur les effets de la stigmatisation et leurs implications cliniques a été également suggérée.

En conclusion, un travail sur le positionnement du psychologue face à des populations émotionnellement impactante comme celle des AICS pourrait soutenir le processus de changement de ces personnes et, peut-être, leur offrir un espace d'expression et de réflexion qu'elles n'auraient rencontré que rarement sur leur trajectoire de vie. De plus, cela favoriserait au quotidien la protection mentale et émotionnelle des psychologues eux-mêmes. Au final, le bénéfice serait sociétal puisque un soutien pourrait mener à une diminution des passages à l'acte. Et, de ce fait, amener un plus grand sentiment de sécurité global au sein de la société.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aron, A., Aron, E. N., & Smollan, D. (1992). Inclusion of Other in the Self Scale and the Structure of Interpersonal Closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4), 596-612. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.4.596>
- Bach, M. H., & Demuth, C. (2018). Therapists' Experiences in Their Work With Sex Offenders and People With Pedophilia : A Literature Review. *Europe's Journal of Psychology*, 14(2), Article 2. <https://doi.org/10.5964/ejop.v14i2.1493>
- Bajramovic Richet, A., & Duriez, N. (2023). La thérapie par l'intégration du cycle de vie (ICV) : Une thérapie de la réappropriation de soi. *Psychothérapies*, 44(2), 59-68. <https://doi.org/10.3917/psys.232.0059>
- Bastian, B., & Haslam, N. (2010). Excluded from humanity : The dehumanizing effects of social ostracism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(1), 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2009.06.022>
- 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. <https://doi.org/10.1177/107906320501700204>
- Berthoz, S., Wessa, M., Kedia, G., Wicker, B., & Grèzes, J. (2008). Cross-Cultural Validation of the Empathy Quotient in a French-Speaking Sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), 469-477. <https://doi.org/10.1177/070674370805300712>
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : Historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326.
- Blair, C., Walsh, C., & Best, P. (2021). Immersive 360° videos in health and social care education : A scoping review. *BMC Medical Education*, 21(1), 1-590. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03013-y>



- Bourque, J., Blais, J.-G., & Larose, F. (2009). L'interprétation des tests d'hypothèses : P, la taille de l'effet et la puissance. *Revue des sciences de l'éducation*, 35(1), 211-226. <https://doi.org/10.7202/029931ar>
- Cazauvieilh, C. (2021). Fonctionnements et dysfonctionnements des psychothérapies : Synthèse de la littérature et présentation de deux méthodologies associées aux meilleurs résultats. *Pratiques Psychologiques*, 27(4), 261-278. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2020.09.005>
- Chavel, S. (2019). Chapitre 1. Empathie et imagination dans le jugement moral. In P. Attigui & A. Cukier (Éds.), *Les paradoxes de l'empathie : Philosophie, psychanalyse, sciences sociales* (p. 321-338). CNRS Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.editions-cnrs.17310>
- Clair, I. (2016). La sexualité dans la relation d'enquête. Décryptage d'un tabou méthodologique. *Revue française de sociologie*, 57(1), 45-70. <https://doi.org/10.3917/rfs.571.0045>
- Corneille, S., & Devillers, B. (2017). Quand le Good Lives Model rencontre les travailleurs psychosociaux : Une invitation à un changement de posture professionnelle. *Service social*, 63(1), 12-28. <https://doi.org/10.7202/1040027ar>
- Coutinho, J. F., Silva, P. O., & Decety, J. (2014). Neurosciences, empathy, and healthy interpersonal relationships : Recent findings and implications for counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 61(4), 541-548. <https://doi.org/10.1037/cou0000021>
- Croizet, J.-C., & Leyens, J.-P. (2003). *Stigmatisation et estime de soi*. Armand Colin.
- Cursan, A., Pascual, A., & Félonneau, M.-L. (2017). L'ostracisme. Avancées scientifiques sur la thématique d'une menace quotidienne. *Bulletin de psychologie*, Numéro 551(5), 383-397. <https://doi.org/10.3917/buppsy.551.0383>

- Da Silva, S. (2021). L'expérience des professionnels accompagnant les auteurs de violences sexuelles : Revue de littérature. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*.  
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.07.016>
- Daspe, M.-È., Lussier, Y., Desaulniers, V., Godbout, N., Perron, A., Sabourin, S., & Bronsard, F. (2017). Personnalité et distorsions cognitives des agresseurs sexuels : Changements longitudinaux à la suite d'un traitement pour agression sexuelle envers les enfants. *Criminologie*, 50(1), 233-262. <https://doi.org/10.7202/1039803ar>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.
- Debbané, M., Fonagy, P., & Badoud, D. (2016). De la mentalisation à la confiance épistémique : Échafauder les systèmes d'une communication thérapeutique. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 181-195. <https://doi.org/10.7202/1040166ar>
- Decety, J., & Fotopoulou, A. (2015). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine : Unifying theories. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00457>
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Decety, J., & Svetlova, M. (2012). Putting together phylogenetic and ontogenetic perspectives on empathy. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 2(1), 1-24. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2011.05.003>
- Della Libera, C., Goosse, M., Larøi, F., & Willems, S. (2023). Examining the impact of experiencing auditory verbal hallucinations from a first-person perspective on the degree of empathy and stigmatization in a group of psychology students : A study using

- 360° immersive videos. *Comprehensive Psychiatry*, 123, 152379-152379.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152379>
- Desjardins, M. (2005). Tabou sexuel et changement culturel : Le point de vue et les attitudes des parents: Sexual taboo and cultural change : parents' attitudes and point of view. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 16, 49-62.
- Destefano, M., & Velázquez Coccia, F. (2018). Double-process theories : A unified cognitive architecture? *THEORIA. An International Journal for Theory, History and Foundations of Science*, 33(1), 61-67. <https://doi.org/10.1387/theoria.17730>
- Devine, P. G., Forscher, P. S., Austin, A. J., & Cox, W. T. L. (2012). Long-term reduction in implicit race bias : A prejudice habit-breaking intervention. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48(6), 1267-1278. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2012.06.003>
- Di Piazza, L., Kowal, C., Hodiaumont, F., Léveillée, S., Vignola-Lévesque, C., Ayotte, R., & Blavier, A. (2020). Le changement psychologique d'hommes auteurs de violences conjugales après leur thérapie en groupe de responsabilisation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(4), 404-411.  
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.03.015>
- Englebert, J. (2022). Psychopathologie phénoménologique et monde social : Les limites de l'empathie et de la sympathie chez le pervers, le psychopathe et le schizophrène. *L'Évolution Psychiatrique*, 87(4), 783-794.  
<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2022.08.001>
- Englebert, J., Stanghellini, G., Valentiny, C., Follet, V., Fuchs, T., & Sass, L. (2018). Hyper-réflexivité et perspective en première personne : Un apport décisif de la psychopathologie phénoménologique contemporaine à la compréhension de la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 83(1), 77-85.  
<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.07.004>

- F.-Dufour, I., Villeneuve, M.-P., & Perron, C. (2018). Les interventions informelles de désistement assisté : Une étude de la portée. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 60(2), 1-35. <https://doi.org/10.3138/cjccj.2017-0026.r1>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). A Model of (Often Mixed) Stereotype Content : Competence and Warmth Respectively Follow From Perceived Status and Competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878-902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Gilet, A.-L., Mella, N., Studer, J., Grünh, D., & Labouvie-Vief, G. (2013). Assessing dispositional empathy in adults : A French validation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 45(1), 42-48. <https://doi.org/10.1037/a0030425>
- Glowacz, F., & Born, M. (2017). *Psychologie de la délinquance* (4e édition.). De Boeck Supérieur.
- Glowacz, F., Puglia, R., & Devillers, B. (2020). Mineurs judiciairisés pour délit sexuel : Soutien de la désistance par le Good Lives Model. *Criminologie*, 53(1), 127-149. <https://doi.org/10.7202/1070504ar>
- Gordon, R. (2019). Chapitre 1. Empathie situationnelle et empathie comportementale. In P. Attigui & A. Cukier (Éds.), *Les paradoxes de l'empathie : Philosophie, psychanalyse, sciences sociales* (p. 39-48). CNRS Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.editions-cnrs.17187>
- Grainger, L., Thompson, Z., Morina, N., Hoppen, T., & Meiser-Stedman, R. (2022). Associations between therapist factors and treatment efficacy in randomized controlled trials of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and youth : A

- systematic review and meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 35(5), 1405-1419.  
<https://doi.org/10.1002/jts.22840>
- Grasser, L. R., & Jovanovic, T. (2022). Neural Impacts of Stigma, Racism, and Discrimination. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 7(12), 1225-1234.  
<https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2022.06.012>
- Greenberg, L. (2001). Empathy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 38(4), 43-49.  
<https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition : The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1464-1480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1464>
- Haesevoets, Y.-H. (2001). Évaluation clinique et traitement des adolescents agresseurs sexuels : De la transgression sexuelle à la stigmatisation abusive. *La psychiatrie de l'enfant*, 44(2), 447-483. <https://doi.org/10.3917/psy.442.0447>
- Han, I., Shin, H. S., Ko, Y., & Shin, W. S. (2022). Immersive virtual reality for increasing presence and empathy. *Journal of Computer Assisted Learning*, 38(4), 1115-1126.  
<https://doi.org/10.1111/jcal.12669>
- Harper, C. A., Bartels, R. M., & Hogue, T. E. (2018). Reducing Stigma and Punitive Attitudes Toward Pedophiles Through Narrative Humanization. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 30(5), 533-555. <https://doi.org/10.1177/1079063216681561>
- Harper, C. A., & Hogue, T. E. (2015). Measuring public perceptions of sex offenders : Reimagining the Community Attitudes Toward Sex Offenders (CATSO) scale. *Psychology, Crime & Law*, 21(5), 452-470.  
<https://doi.org/10.1080/1068316X.2014.989170>

- Harper, C. A., Lievesley, R., Blagden, N. J., & Hocken, K. (2022). Humanizing Pedophilia as Stigma Reduction : A Large-Scale Intervention Study. *Archives of Sexual Behavior*, 51(2), 945-960. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02057-x>
- Hatfield, E., Rapson, R. L., & Le, Y.-C. L. (2011). Chapter 2 : Emotional Contagion and Empathy. In J. Decety & W. Ickes (Éds.), *The Social Neuroscience of Empathy* (p. 19-31). MIT Press.
- Herrera, F., Bailenson, J., Weisz, E., Ogle, E., & Zaki, J. (2018). Building long-term empathy : A large-scale comparison of traditional and virtual reality perspective-taking. *PLoS ONE*, 13(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204494>
- Hoeve, M., Stams, G. J. J. M., van der Put, C. E., Dubas, J. S., van der Laan, P. H., & Gerris, J. R. M. (2012). A Meta-analysis of Attachment to Parents and Delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(5), 771-785. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9608-1>
- Hogue, T. E., & Harper, C. A. (2019). Development of a 21-item short form of the Attitudes to Sexual Offenders (ATS) Scale. *Law and Human Behavior*, 43, 117-130. <https://doi.org/10.1037/lhb0000308>
- Jahnke, S. (2018). The stigma of pedophilia : Clinical and forensic implications. *European Psychologist*, 23(2), 144-153. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000325>
- James, J., Proulx, J., & Bouchard, J.-P. (2021). Les auteurs d’homicides sexuels : Psychopathologie, processus de passage à l’acte et prise en charge clinique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179(5), 469-477. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.03.017>
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects : A critical narrative update and refinement to Baldwin and Imel’s (2013) review. *Clinical Psychology Review*, 67, 78-93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>

- Johnson, L., & Wright, D. (2002). Revisiting Bordin's Theory on the Therapeutic Alliance : Implications for Family Therapy. *Contemporary Family Therapy*, 24, 257-269. <https://doi.org/10.1023/A:1015395223978>
- Jorland, G. (2006). Empathie et thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 84(1), 58-65. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0058>
- Kandaurova, M., & Lee, S. H. (Mark). (2019). The effects of Virtual Reality (VR) on charitable giving : The role of empathy, guilt, responsibility, and social exclusion. *Journal of Business Research*, 100, 571-580. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2018.10.027>
- Kassner, M. P., Wesselmann, E. D., Law, A. T., & Williams, K. D. (2012). Virtually Ostracized : Studying Ostracism in Immersive Virtual Environments. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(8), 399-403. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0113>
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2013). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 873-879. <https://doi.org/10.1093/scan/nst060>
- Klune, C. B., Jin, B., & DeNardo, L. A. (2021). Linking mPFC circuit maturation to the developmental regulation of emotional memory and cognitive flexibility. *eLife*, 10, e64567. <https://doi.org/10.7554/eLife.64567>
- Lacroix, C., Saudan, M., Grüter, D., Ibnolahcen, R., Roman, P., & Gravier, B. (2020). De l'aménagement de la relation à la mobilisation thérapeutique des auteurs de violence sexuelle – À propos de l'Entretien Clinique de Lausanne. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(10), 980-988. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.10.014>
- Laforest, M., Bouchard, S., Cretu, A.-M., & Mesly, O. (2016). Inducing an Anxiety Response Using a Contaminated Virtual Environment : Validation of a Therapeutic Tool for

- Obsessive–Compulsive Disorder. *Frontiers in ICT*, 3.  
<https://doi.org/10.3389/fict.2016.00018>
- Lazzeri, C. (2019). Chapitre 3. Catégorisation sociale et empathie. In P. Attigui & A. Cukier (Éds.), *Les paradoxes de l'empathie : Philosophie, psychanalyse, sciences sociales* (p. 355-381). CNRS Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.editions-cnrs.17319>
- 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>
- Leyens, J.-P. (2020). *Sommes-nous tous racistes ?* (Margada). <https://doi.org/10.3917/mard.leyen.2020.01>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The Social Rejection of Former Mental Patients : Understanding Why Labels Matter. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1461-1500.
- Loon, A. van, Bailenson, J., Zaki, J., Bostick, J., & Willer, R. (2018). Virtual reality perspective-taking increases cognitive empathy for specific others. *Plos One*, 13(8), e0202442. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202442>
- Lopez, S., Yang, Y., Beltran, K., Kim, S. J., Cruz Hernandez, J., Simran, C., Yang, B., & Yuksel, B. F. (2019). Investigating Implicit Gender Bias and Embodiment of White Males in Virtual Reality with Full Body Visuomotor Synchrony. *Proceedings of the 2019 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 1-12. <https://doi.org/10.1145/3290605.3300787>
- Mabrook, R., & Singer, J. B. (2019). Virtual Reality, 360° Video, and Journalism Studies : Conceptual Approaches to Immersive Technologies. *Journalism Studies*, 20(14), 2096-2112. <https://doi.org/10.1080/1461670X.2019.1568203>



- Marci, C. D., Ham, J., Moran, E., & Orr, S. P. (2007). Physiologic Correlates of Perceived Therapist Empathy and Social-Emotional Process During Psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(2), 103. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253731.71025.fc>
- Martin, G., & Tardif, M. (2014). What we do and don't know about sex offenders' intimacy dispositions. *Aggression and Violent Behavior*, 19(4), 372-382. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.06.002>
- Martin, K., Taylor, A., Howell, B., & Fox, A. (2020). *Does criminal justice stigma affect health and health care utilization? A systematic review of public health and medical literature*. 16(3), 263-279. <https://doi.org/10.1108/IJPH-01-2020-0005>
- Martinet, G., Ledos, S., & Nicolas, M. (2014). Méthodologies à la première et à la troisième personne : Quelles articulations possibles dans le champ de la psychologie des émotions en contexte compétitif. In M. Quidu (Éd.), *Les sciences du sport en mouvement—Tome II : Innovations théoriques et implications pratiques*. (L'harmattan, p. 288-304).
- Maruna, S., Lebel, T. P., Mitchell, N., & Naples, M. (2004). Pygmalion in the reintegration process : Desistance from crime through the looking glass. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 271-281. <https://doi.org/10.1080/10683160410001662762>
- Mason, C., Taggart, D., & Broadhurst, K. (2020). Parental Non-Engagement within Child Protection Services—How Can Understandings of Complex Trauma and Epistemic Trust Help? *Societies*, 10(4), Article 4. <https://doi.org/10.3390/soc10040093>
- Michaels, P. J., & Corrigan, P. W. (2013). Measuring mental illness stigma with diminished social desirability effects. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 22(3), 218-226. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.734652>
- Murcier, N., & Ott, L. (2007). Qui a peur de la sexualité des enfants ? *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 68(2), 33-40. <https://doi.org/10.3917/lett.068.0033>

- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy : A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling, 74*(3), 339-346. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.013>
- Noël, T., Larøi, F., & Burnay, J. (2021). The Impact of Sexualized Video Game Content and Cognitive Load on State Rape Myth Acceptance. *Frontiers in Psychology, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.614502>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships : Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*, 98-102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Oh, S. Y., Bailenson, J., Weisz, E., & Zaki, J. (2016). Virtually old : Embodied perspective taking and the reduction of ageism under threat. *Computers in Human Behavior, 60*, 398-410. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.02.007>
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink : An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*(6), 361-373. <https://doi.org/10.1002/cpp.383>
- Peck, T. C., Seinfeld, S., Aglioti, S. M., & Slater, M. (2013). Putting yourself in the skin of a black avatar reduces implicit racial bias. *Consciousness and Cognition, 22*(3), 779-787. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2013.04.016>
- Plantade-Gipch, A. (2017). Former les futurs psychothérapeutes à la relation : La réflexion-en-action dans l’alliance thérapeutique. *Pratiques Psychologiques, 23*(3), 217-231. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2017.05.001>
- Riutort, P. (2017). *Précis de sociologie* (4e édition mise à jour.). Presses universitaires de France.

- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 95-103.
- Sampaio, A., Soares, J. M., Coutinho, J., Sousa, N., & Gonçalves, Ó. F. (2014). The Big Five default brain : Functional evidence. *Brain Structure and Function*, 219(6), 1913-1922. <https://doi.org/10.1007/s00429-013-0610-y>
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(2), 142-150. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.02444.x>
- Schutte, N. S., & Stilinović, E. J. (2017). Facilitating empathy through virtual reality. *Motivation and Emotion*, 41(6), 708-712. <https://doi.org/10.1007/s11031-017-9641-7>
- Shin, D. (2018). Empathy and embodied experience in virtual environment : To what extent can virtual reality stimulate empathy and embodied experience? *Computers in Human Behavior*, 78, 64-73. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.09.012>
- Slote, M. (2019). Chapitre 5. Empathie, émotion et épistémologie. In P. Attigui & A. Cukier (Éds.), *Les paradoxes de l'empathie : Philosophie, psychanalyse, sciences sociales* (p. 117-134). CNRS Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.editions-cnrs.17217>
- Talbot, C., Ostiguy-Pion, R., Painchaud, E., Lafrance, C., & Descôteaux, J. (2019). Detecting alliance ruptures : The effects of the therapist's experience, attachment, empathy and countertransference management skills. *Research in Psychotherapy : Psychopathology, Process, and Outcome*, 22(1), 325. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.325>
- Tewksbury, R. (2012). Stigmatization of Sex Offenders. *Deviant Behavior*, 33(8), 606-623. <https://doi.org/10.1080/01639625.2011.636690>
- Thirioux, B. (2019). Chapitre 3. Perception et aperception dans l'empathie : Une critique des neurones miroirs. In P. Attigui & A. Cukier (Éds.), *Les paradoxes de l'empathie :*

- Philosophie, psychanalyse, sciences sociales* (p. 73-94). CNRS Éditions.  
<https://doi.org/10.4000/books.editions-cnrs.17199>
- Vanderstukken, O., Schiza, G., & Pham, T. (2005). Évaluation des distorsions cognitives chez des agresseurs sexuels auprès d'une population carcérale française. *L'agression sexuelle, coopérer au delà des frontières*, 275-294.
- Ventura, S., Badenes-Ribera, L., Herrero, R., Cebolla, A., Galiana, L., & Baños, R. (2020). Virtual Reality as a Medium to Elicit Empathy : A Meta-Analysis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(10), 667-676.  
<https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0681>
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist Adherence/Competence and Treatment Outcome : A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200-211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>
- Zagamé, A. (2021). Le double mouvement de la sympathie selon Adam Smith. De la sympathie des Lumières à l'empathie littéraire moderne. *Poétique*, 190(2), 253-268.  
<https://doi.org/10.3917/poeti.190.0253>
- Zech, E. (2008). Que reste-t-il des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique ? *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 8(2), 31-49.

## Annexes

### Annexe 1 : Anamnèse de Monsieur B

#### **La situation actuelle**

Monsieur B a 30 ans. Il vit seul, en appartement. Il est le père de 2 enfants (Jordan, 10 ans et Kim, 8 ans). Monsieur B est divorcé et n'a plus de contact avec son ex-compagne ni ses enfants. En 2021, il a été incarcéré pour des faits de mœurs et a été condamné à 2 ans de prison. Monsieur B a fait 1 an de prison puis a fait une demande pour une libération conditionnelle. Une des conditions de sortie était le suivi chez un psychologue.

#### **Le développement psycho-affectif et antécédents familiaux**

Monsieur B a vécu avec ses parents jusqu'à l'âge de 10 ans. Sa mère était en incapacité de travail et vivait d'allocations de la Vierge Noire. Elle était alcoolique et passait ses journées à regarder la télévision. Son père était ouvrier dans le bâtiment. Il avait un caractère autoritaire et criait souvent. Durant 2 ans, son père a abusé ses deux sœurs, devant les yeux de Monsieur B. À la suite de cela, les enfants ont été placés en foyer d'accueil. Monsieur B est resté dans l'institution d'accueil jusqu'à sa majorité. Il n'a plus eu de contacts avec ses parents depuis.

#### **Le parcours sentimental**

Monsieur B avait 17 ans lorsqu'il a rencontré son ex-compagne, au foyer d'accueil. C'était sa première petite amie. Madame était âgée de 16 ans. Dès leur majorité, ils se sont mis en ménage et ont eu leur premier enfant, Jordan. Puis, ils se sont mariés. Deux ans plus tard, ils ont eu leur deuxième enfant, Kim. Dès la naissance de Kim, leur situation est devenue très précaire. Monsieur B travaillait comme vendeur chez un opérateur téléphonique et Madame était gardienne dans une école. Ils rencontraient des difficultés pour régler leurs factures. De plus, leur maison devenait insalubre. La moisissure apparaissait dans les chambres et la salle de bain. Monsieur et Madame étaient submergés par le quotidien et s'éloignaient l'un de l'autre. Malgré tout, ils cherchaient à préserver une image sociale de parents compétents. Pour eux, il était primordial que les enfants correctement vêtus et puissent inviter leurs amis pour fêter leur anniversaire.

Au fil des années, la vie sexuelle de Monsieur et Madame était devenue inexistante. Monsieur ne trouvait plus de soulagement ni dans la masturbation, ni dans le visionnage de films pornographiques. Il avait également essayé les sites de rencontres. Mais ça avait été un échec. Lors d'une rencontre, une femme s'était moquée de lui : « Tu n'es vraiment pas sexy ». Il avait alors cessé toutes autres tentatives.

## **Les relations sociales**

Monsieur a un réseau social restreint. Il connaît certains de ses collègues mais ne les voit pas en dehors du travail. Déjà à l'adolescence, il avait peu de liens. Hormis sa compagne, il passait son temps avec deux jeunes de l'institution.

## **Le parcours scolaire et professionnel**

Après avoir effectué un parcours scolaire dans le professionnel, Monsieur a obtenu un diplôme en vente. Il a d'abord enchaîné plusieurs emplois avant de devenir vendeur en boutique pour un opérateur téléphonique. Il y restera jusqu'à son incarcération. Depuis sa sortie, il travaille dans un call-center.

## **Les consommations**

Monsieur consommait 5 à 10 bières par jour, avant son incarcération. Depuis, il avait cessé toute consommation d'alcool.

## **Le déroulement des faits**

Les faits se sont déroulés le jour de l'anniversaire de Kim, alors âgée de 6 ans. Ses amies de classe avaient été invitées pour faire la fête dans leur jardin. Des jeux et un goûter étaient prévus.

Les invitées arrivèrent à 14h et la fête commença. Tout le monde joua et s'amusa. Monsieur avait déjà consommé 3 bières lors de l'arrivée des enfants. Pendant un jeu, une des fillettes se blessa au genou. Monsieur l'emmena dans la salle de bain pour la soigner. Madame resta avec les autres enfants.

Dans la salle de bain, Monsieur demanda à la fillette d'enlever son collant pour pouvoir lui désinfecter le genou. La fillette l'enleva et s'assit sur le bord de la baignoire. Il désinfecta la plaie et aperçut l'entre-jambe de la fillette. Son regard fut attiré par la petite culotte. D'une main, il désinfecta le genou et, de l'autre, il approcha ses doigts de l'entrejambe de la gamine. D'un doigt, il frotta le sexe de la fillette. Elle voulut se reculer mais il lui attrapa le poignet pour qu'elle reste assise.

« Ce n'est rien, tout va bien », dit-il.

A ce moment-là, Madame entra dans la salle de bain pour voir si tout se passait bien. Rapidement et de manière un peu fébrile, il répondit que tout allait bien. Il dit à la fillette de se rhabiller et sortit. Sa femme resta là, un peu mal à l'aise. Elle aida la fillette à se rhabiller.

Au soir, lorsque la fillette se mit en pyjama, elle expliqua à sa maman que « le papa de Kim a mis sa main sur mon nounou et j'ai mal ». La maman de la fillette en parla à son mari et ils décidèrent de s'expliquer avec Monsieur et Madame B. La discussion tourna au vinaigre. Monsieur B nia et le père de la fillette le frappa au visage.

Finalement, les parents de la fillette portèrent plainte. La fillette fut entendue lors d'une audition TAM<sup>19</sup>. Au procès, Madame B appuya les dires de la fillette. Monsieur B fut condamné à 2 ans de prison.

### **Le profil psychologique**

Agresseur non-violent régressé = intérêt tardif pour les enfants, enfant investi positivement, réaction à un stress externe, passage à l'acte limité dans le temps pour réassurance et compensation, contexte d'échec et de solitude, victime souvent de sexe féminin (Typologie des agresseurs sexuels d'enfants de Gorth & Burges, 1982).

Trajectoire « multiples dysfonctionnements » = système d'attachement insécure, déficits sur le plan de l'intimité et Distorsions cognitives à la suite du vécu de témoin d'inceste pendant l'enfance (Modèle des trajectoires de Ward & Siegert, 2002).

Degré de fixation faible et type non sadique avec faible violence = compétences sociales faibles, utilisation de la persuasion et non la force (Typologie de Knight & Prentky, 1990).

### **Annexe 2 : Retranscription de la vidéo n°1**

Pensées de Monsieur B avant l'entretien clinique : "Allez. Let's go ! Ça va le faire. C'est parti. J'espère que ça va aller . J'espère que ça va aller . J'espère que ça va aller ! Oh, j'ai une petite trace ici. J'ai pas envie d'y aller. J'ai vraiment pas envie d'y aller. J'ai pas envie d'y aller. Ça doit être la quatrième fois qui j'y vais. J'en ai marre. Je ne veux pas y retourner ! Je ne veux pas reparler de l'accusation. Ça me fout le stress. Ça m'emmerde. C'est pas grave, allez, concentre-toi, ça va le faire ! De toute façon... Allez... ça fait quatre fois que tu le fais. T'as l'habitude. Ça va aller ! Ça va le faire. Tu vas gérer... C'est qu'un mauvais moment à passer. T'as déjà eu pire. Ça va le faire ! Concentre-toi. Dis pas de conneries. C'est ok ! Allez go !"

### **Annexe 3 : Retranscription de la vidéo n°2**

Entretien stigmatisant et peu empathique avec une psychologue :

**Psy** : Voilà. Bonjour Monsieur. Ça va, vous allez bien ?

**Mr B** : Oui, ça va.

**Psy** : Alors, je me présente, je m'appelle Liliane Dupont. Je suis psychologue ici, dans ce service. Donc, ça c'est le lieu où on se rencontrera à chaque fois. Nous allons nous voir pendant une période de deux ans puisque vous êtes en libération conditionnelle. D'accord ?

---

<sup>19</sup> TAM = Techniques d'audition de mineurs.

**Mr B** : Hum, hum.

**Psy** : Pendant cette période, ce qui est vraiment important pour moi c'est la ponctualité à nos rendez-vous. Ça va ? Alors aussi je voulais vous rappeler que cet endroit est un endroit confidentiel. Tout ce que vous direz ici sera vraiment gardé ici sauf quelques informations que je dois transmettre à votre assistant de justice. Je dois lui faire un rapport régulier avec les dates de nos rendez-vous, si vous avez été absent, si ça été justifié ou non, si vous arrêtez votre suivi et, bien sûr, si vous vous mettez dans des situations dangereuses pour des tiers. Ça va, c'est clair ?

**Mr B** : Ouais, ouais, c'est clair. Ça va.

**Psy** : Alors, qu'est-ce ce qui vous amène ici ?

**Mr B** : Vous le savez bien, vous avez eu mon dossier.

**Psy** : Ah non, alors ici nous n'avons pas les dossiers. Moi, la seule information que j'ai c'est que vous venez pour des faits de mœurs puisque nous sommes un service spécialisé pour ça. Alors, d'après vous, qu'est-ce qui vous amène ici ?

**Mr B** : Un malentendu. Je n'ai rien fait.

**Psy** : Si vous n'aviez rien fait vous ne seriez pas là, Monsieur. Qu'est-ce qui, d'après vous, vous amène ici ?

**Mr B** : Le problème c'est ce dont on m'accuse. 'Fin voilà, j'ai rien fait. C'est la gamine. Elle a menti, elle a mal interprété.

**Psy** : Elle a menti ou elle a mal interprété ?

**Mr B** : Elle a menti. De toute façon, on ne peut plus rien dire. Maintenant dans la justice il n'y en a plus que pour les bonnes femmes.

**Psy** : Attendez. Vous voulez dire que la justice ne reprend que pour les femmes

**Mr B** : Ben oui. Evidemment. Mais vous ne pouvez pas le comprendre.

**Psy** : Pourquoi ?

**Mr B** : Parce que vous êtes une femme.

**Psy** : Donc le fait que je sois une femme pose un problème ?

**Mr B** : Non, non, non. Mais je veux dire, voilà, dans la justice... La justice maintenant elle ne reprend que pour les bonnes femmes et vous ne pouvez pas me comprendre puisque, justement, vous êtes une femme.

**Psy** : Ecoutez Monsieur, si je ne peux pas vous comprendre, ça va être compliqué de travailler. Donc, moi ce que j'aimerais vraiment c'est essayer de comprendre votre point de vue. Ok ?



**Mr B** : On m'accuse de quelque chose que je n'ai pas fait et voilà. C'est ça que je vis. C'est ça qui est difficile.

**Psy** : Vous n'êtes pas là pour rien alors ce qu'on va essayer de voir c'est de quoi vous accuse-t-on ?

**Mr B** : On m'accuse d'avoir touché une gamine à l'anniversaire de ma fille.

**Psy** : Ah, ce n'est pas rien.

**Mr B** : Non, elle a menti. Je ne l'ai pas touchée. Enfin, si, si, je l'ai touchée mais pour lui soigner le genou. Je devais lui soigner le genou.

**Psy** : Racontez-moi un peu parce que je ne comprends pas bien. Racontez-moi la scène.

**Mr B** : C'était l'anniversaire de ma fille. La gamine s'est blessée au genou. Je l'ai montée dans la salle de bain. Je lui ai demandé d'enlever son collant pour pouvoir la soigner. Je l'ai soignée et puis voilà, point barre. Après, c'est elle qui s'est mise à raconter des histoires en disant que je l'avais touchée mais ce n'est pas vrai !

**Psy** : Vous savez j'imagine qu'elle est jeune cette enfant. Vous savez, on n'invente pas des histoires comme ça. Elle n'est pas capable donc heu... ça a bien dû venir de quelque part, vous ne croyez pas ? Pourquoi est-ce qu'elle aurait inventé ça ?

**Mr B** : Je n'en sais pas. Pour faire son intéressante ? Pour l'école ? Je n'en sais rien moi! Je ne suis pas dans sa tête !

**Psy** : Mmh. J'ai l'impression que vous êtes un petit peu irrité ? Enervé ? En colère ?

**Mr B** : 'Fin ouais mais 'fin, j'veux dire... C'est de la m.. Voilà ! C'est la merde, quoi ! C'est, c'est... C'est pas bien, je, je... Je ne suis pas bien. Ma femme m'a quitté. Mes enfants aussi, ils ne veulent plus me parler. J'ai plus envie de « tafer », j'ai plus rien. Mes amis ne veulent plus me parler. Je n'ai plus rien, quoi ! Voilà ! Je n'ai plus rien.

**Psy** : Mmh. Ça doit être difficile. Vous me parliez de votre femme, elle vous a quitté ?

**Mr B** : Elle est partie après le procès.

**Psy** : Ah. C'est elle qui a porté plainte ?

**Mr B** : Non, non. Mais elle a confirmé ce que la petite a dit.

**Psy** : Ah oui, ça a dû être difficile ça. Et vos enfants, vous me disiez...?

**Mr B** : Ils ne veulent plus me parler, ils me traitent de monstre.

**Psy** : On peut les comprendre, non ?

**Mr B** : Mais de quel côté êtes-vous ?

**Psy** : Non, je ne suis d'aucun côté, Monsieur. J'essaye juste de comprendre la situation. Bon, je vois que nous arrivons à la fin de notre séance pour aujourd'hui. Est-ce que vous avez envie d'ajouter quelque chose ?

**Mr B** : Non. Non, non.

**Psy** : OK. Alors je vais regarder pour notre prochain rendez-vous. Je vois que j'ai de la place mardi 31 à 15h, est-ce que ça vous convient ?

**Mr B** : Oui, ça me convient.

**Psy** : Bon, alors à la prochaine fois, Monsieur. Merci.

#### **Annexe 4 : Retranscription de la vidéo n°3**

##### Entretien plus empathique avec une psychologue :

**Psy** : Bonjour. Ça va ? Vous avez trouvé facilement ?

**Mr B** : Oui, j'ai trouvé assez facilement.

**Psy** : Super. Alors, voilà. Bienvenue ici dans mon bureau. Je suis Liliane Dupont, je suis psychologue au sein de ce service spécialisé dans l'accueil des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Nous nous voyons ici dans le cadre de votre libération conditionnelle avec condition de traitement. On va être amené à se voir pendant plusieurs mois. Et, ce qui est très important pour moi c'est la ponctualité à ces rendez-vous. Donc, on prendra le temps de les fixer ensemble pour être sûr de pouvoir respecter cela. D'accord ?

**Mr B** : D'accord.

**Psy** : Alors, dans un premier temps, je vais vous expliquer comment je travaille et puis on entrera dans le vif du sujet. Donc, moi, en général, je prends les 3 à 4 premières séances pour vraiment faire le tour de votre situation, apprendre à vous connaître, comprendre votre réalité actuelle et ce que vous vivez. D'accord ? Et puis après, on décidera ensemble d'un objectif à poursuivre pour le suivi. D'accord ?

**Mr B** : OK. OK.

**Psy** : Alors, ce que je voudrais aussi rajouter c'est que vous êtes ici dans un espace de confidentialité. Vous pouvez vraiment déposer ce que vous voulez. Vous pouvez parler de ce que vous voulez. La seule chose que je dois transférer à votre assistant de justice c'est les heures de nos rendez-vous, si vous êtes venu ou si vous vous êtes absenté, si vous avez prévenu de votre absence, les futurs rendez-vous. Je dois aussi signaler si vous arrêtez votre suivi. Et si vous vous mettez dans une situation qui peut être un danger pour des tiers, ça va ?

**Mr B** : ça va.

**Psy** : Par rapport à ce que je viens de dire est-ce que vous avez envie de rajouter quelque chose ?

**Mr B** : Non, c'est bon.

**Psy** : D'abord et avant tout je voudrais savoir comment vous vous sentez par rapport à cette obligation de venir.

**Mr B** : Je suis un peu stressé par rapport à ce que vous allez dire sur moi...

**Psy** : Comme je vous l'ai dit, ici c'est vraiment un espace de confidentialité. Si vous voulez, si ça peut vous rassurer ou vous déstresser, je peux vous faire parvenir une copie des rapports que j'enverrai à votre assistant de justice.

**Mr B** : Oui, ça me rassurerait, en effet.

**Psy** : Alors, on ne va pas commencer par parler des faits. On y viendra, d'accord. Mais, par contre, j'aimerais d'abord un peu cerner qu'elle est votre situation actuelle, comment est-ce que vous vous sentez actuellement, dites-moi.

**Mr B** : Heu... Je travaille dans un call-center. J'habite seul dans un appartement. Ma femme m'a quitté. Mes enfants ne me parlent plus. Bref, je ne suis vraiment pas bien.

**Psy** : Pas bien? Qu'est-ce que ça signifie pour vous ?

**Mr B** : Je ne mange plus. Je ne dors plus. J'ai plus le goût de rien. Je ne fais plus toutes les activités que je faisais avant. Je ne vais plus à la pêche, je ne vais plus au foot. Je ne peux pas retourner au foot, j'ai eu des problèmes avec le club.

**Psy** : Comment ça, des problèmes ?

**Mr B** : Un soir, le patron de la buvette et moi on s'est disputé. Heu, il m'a traité de pervers. Moi, ça ne m'a vraiment pas plus. Je lui ai dit d'arrêter et de la fermer. Lui, il n'a pas arrêté, il a continué. Les autres s'y sont mis aussi. A un moment donné, j'étais vraiment vénère et je lui ai mis une droite. Là, du coup, ils se sont tous défoulés sur moi. Et puis, ils m'ont jeté dehors. Et maintenant, je ne peux plus retourner au club.

**Psy** : Défoulés ? Vous voulez dire qu'ils vous ont tabassé ?

**Mr B** : Ils m'ont tabassé, oui.

**Psy** : Et vous en avez parlé avec votre assistant de justice ou à votre avocat ? Vous avez été porter plainte par rapport à ça ?

**Mr B** : Non, j'ai pas été.

**Psy** : Vous savez, ce n'est pas parce qu'on a commis des faits qu'on a le droit de vous tabasser. Vous avez le droit d'aller voir votre avocat, d'aller porter plainte, d'en parler à votre assistant de justice.

**Mr B** : Non ! ‘Fin, oui, sans doute, mais à quoi ça sert ?!? La police, les avocats... Je suis en liberté conditionnelle, moi. Ils vont pas avoir envie, ils vont rien vouloir faire et puis, ils vont rien vouloir faire ! De toute façon, dans cette situation, c’est la merde ! Cette situation c’est vraiment de la merde. Les gars, ils se permettent de me juger, de me parler mal, de me traiter comme une merde et... Alors que... Je veux dire... les gars du club, ils battent leur femme. Je les vois revenir avec des coups et dire qu’elles se sont pris une porte. Moi, je sais que, par exemple Tony, quand il est bourré, il bat sa femme. J’ai jamais jugé Tony. Pourtant, j’aurais pu. Moi, j’aime pas qu’on batte les femmes. Mais je l’ai jamais jugé. Et Tony, lui et tous les autres, ils se sont mis à me juger. Ils me crachent dessus, ils me traitent comme de la merde alors que j’ai rien fait. C’est dégueulasse !

**Psy** : J’entends un grand sentiment d’injustice par rapport à ce jugement de vos connaissances et de vos amis. En tout cas, n’oubliez pas que vous avez vraiment le droit de le signaler à votre avocat, à votre assistant de justice.

**Mr B** : Le droit ?!? Ouais ben je m’en fou. C’est dégueulasse ! Ils me traitent comme un chien ! Tout le monde me traite comme un chien. Tout le monde !

**Psy** : Tout le monde ? qu’est-ce que ça signifie pour vous ?

**Mr B** : Ben ma femme, mes gosses, mes amis, les gens du voisinage. Tout le monde, tout le monde !

**Psy** : Votre femme ? Quelle est votre situation avec elle ?

**Mr B** : Elle... Elle m’a quittée après le procès. Elle a pris les enfants et elle est partie.

**Psy** : C’est elle qui a porté plainte ?

**Mr B** : Non, c’est pas elle qui a porté plainte mais c’est elle qui a confirmé ce qu’elle a dit. C’est une garce, quoi ! D’un coup, comme ça, alors qu’elle s’est que j’ai rien fait, elle m’a trahit ! Elle a pris les gosses et elle est partie ! Elle les a vraiment montés contre moi. Ils veulent plus me voir. ‘Fin, je...

**Psy** : Attendez, je vais juste revenir un petit peu en arrière pour essayer de comprendre. Donc , votre femme est partie après le procès, elle a pris vos enfants avec... Vos enfants qui ont quel âge ?

**Mr B** : J’ai deux enfants. Kim, ma petite, a 8 ans et Jordan, mon grand, a 10 ans.

**Psy** : OK. Et vous disiez qu’elle les avait montés contre vous... ?

**Mr B** : Oui, c’est ça. Maintenant, ils ne veulent plus me parler, ils ne veulent plus me voir. Ils me traitent comme un monstre. Et puis, à l’école, ils se font insulter parce que la gamine elle était dans la classe avec ma fille. Donc, du coup, maintenant ils m’en veulent.

**Psy** : Ils sont en primaire vos enfants. Vous ne pensez-vous pas que, peut-être, ça peut être difficile aussi cette situation ?

**Mr B** : Ben, j'en sais rien. 'Fin, ouais. 'Fin non ! J'en sais rien, quoi ! C'est moi qui les ai élevés, c'est moi qui me suis occupé d'eux. C'est moi qui les ai... 'Fin voilà, quoi ! Ils ont grandi avec moi. C'est moi leur père, quoi ! Et comment ils me traitent maintenant ? Je veux dire... Non ! Ils sont ingrats ! Et ma femme c'est encore pire ! Ma femme, c'est moi qui l'ai accueillie chez moi quand elle n'avait rien ! Elle était sans le sou, elle était vraiment dans la misère. C'est moi qui l'ai accueillie, quoi. C'est moi qui me suis occupé d'elle alors que j'avais quasiment rien moi, comme argent. Et puis, c'est moi qui ai acheté la maison avec les trois chambres. Et comment elle me remercie maintenant ? Elle prend les gosses, elle se retourne contre moi. Ils me trahissent ! Ils me crachent à la gueule ! Je veux dire... C'est dégueulasse !!

**Psy** : OK. Alors, je vous propose de prendre une grande respiration. J'entends bien que c'est un grand sentiment de trahison par rapport à votre famille. J'ai l'impression que c'est ça qui vous met le plus en colère ? C'est cette trahison de votre famille ? C'est bien ça ?

**Mr B** : C'est ça. Ils me trahissent ils me crachent à la gueule, ils me traitent comme un chien. Et... C'est toujours pareil de toute façon !

**Psy** : Toujours pareil ? Vous voulez dire que c'est une situation déjà connue cette situation avant ?

**Mr B** : Ouais. Mais je n'ai pas envie d'en parler. Là, tout de suite, j'ai vraiment pas envie d'en parler.

**Psy** : OK. On n'est pas obligé d'aborder ça pour le moment, mais sachez que, si à un moment donné vous avez envie de parler de votre passé, vous êtes le bienvenu avec ça aussi. Ça va ? C'est vraiment un espace où vous pouvez amener ce genre de chose, OK ?

**Mr B** : OK.

**Psy** : Je suis désolée, je vois que nous arrivons à la fin de notre séance donc on va devoir clôturer pour aujourd'hui. Je vais faire un petit résumé pour être sûre d'avoir bien compris votre situation et d'avoir bien cerné ce que vous avez amené aujourd'hui et reprendre là la fois prochaine. Donc, j'ai l'impression que dans ce que vous vivez actuellement c'est vraiment un grand isolement, ce sentiment d'être jugé par votre entourage, aussi bien les gens proches que les gens plus éloignés. Et vous ressentez vraiment une colère et une trahison par rapport à votre famille et à votre femme. C'est bien cela ?

**Mr B** : Oui, c'est ça.

**Psy** : OK. Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose par rapport à ça ?

**Mr B** : Non, c'est bon.

**Psy** : Bien. Avant vraiment qu'on clôture et qu'on se quitte, je voulais vous préciser une chose. En effet, vous êtes obligé de suivre la condition de traitement si vous souhaitez continuer à bénéficier de votre libération conditionnelle. Néanmoins, vous pouvez choisir votre thérapeute. Donc, si ma manière de travailler ne vous convient pas, vous pouvez vraiment aller voir un de mes collègues. Nous sommes plusieurs dans ce service, un de mes collègues pourra prendre la relève. OK ? Donc, sentez-vous vraiment libre de choisir avec qui vous voulez faire ce travail.

**Mr B** : OK, mais... je ne suis pas obligé de venir ?

**Psy** : Vous êtes obligé de suivre une condition de traitement si vous ne voulez pas aller à fond de peine, c'est vrai. Mais, par contre, vous pouvez choisir avec qui vous souhaitez faire ce chemin. Donc, n'hésitez pas à prendre le temps de réfléchir. En attendant, je reste disponible si vous avez besoin. Vous pouvez toujours appeler le service et me laisser un message. Moi, c'est Liliane Dupont. Et je vous rappellerai dès que possible.

**Mr B** : Ok. Heu... est-ce que je peux reprendre un rendez-vous, au cas où ?

**Psy** : Oui, bien sûr ! Je vous propose que, dans un premier temps, on se voit toutes les deux semaines et... J'ai de la place le mardi 31 à 15 heures, est-ce que ça vous conviendrait ?

**Mr B** : Oui, ça me conviendrait.

**Psy** : Bien. Alors on fait comme ça, on se verra le mardi à 15 heures. Voilà. Bonne journée Monsieur, au revoir.

**Mr B** : Au revoir.

## Annexe 5 : Analyses préliminaires T1 – ligne de base

### Test Kruskal-Wallis T1 Conditions (Vidéo/Texte)

Facteurs	Statistiques	<i>dl</i>	<i>p</i>	$\eta^2_p$
IRI - Prise de recul	0.214	1	0.644	0.005
IRI - Fantaisie	0.022	1	0.881	0.009
IRI - Préoccupation empathique	1.670	1	0.196	<b>0.095</b>
IRI - Détresse personnelle	0.023	1	0.880	0.001
IRI - Total	0.829	1	0.363	0.044
Des - Traits positifs	0.736	1	0.391	0.022
Des - Traits négatifs	1.120	1	0.290	0.039
Des - Total	0.425	1	0.514	0.002
ATS-21 - Confiance envers AICS	0.042	1	0.839	0.001

ATS-21 - Intention des AICS	1.007	1	0.316	0.033
ATS-21 - Distance sociale avec AICS	0.170	1	0.680	0.004
ATS-21 - Total	0.480	1	0.488	0.011

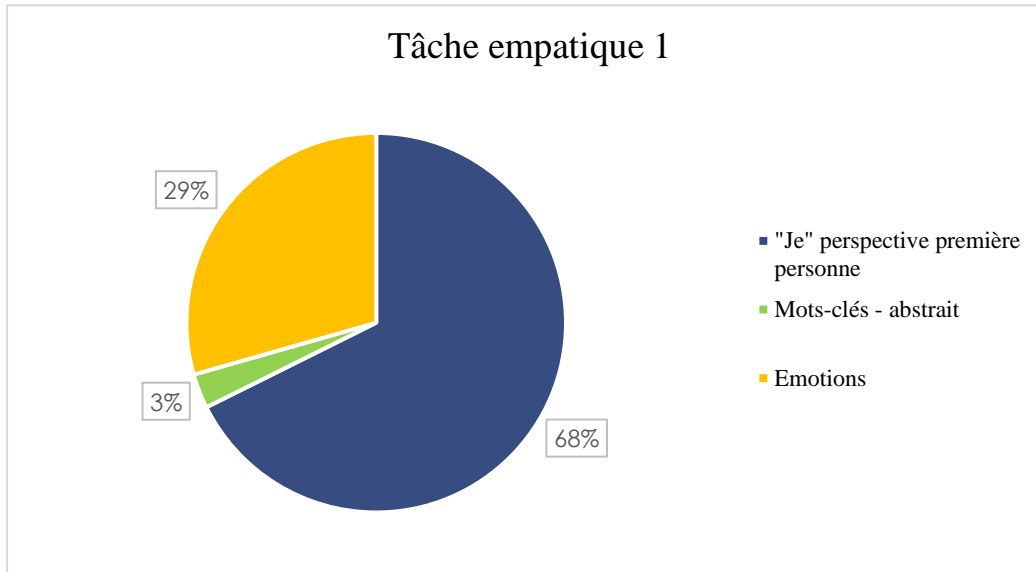
*Note* : Test de Kruskal-Wallis examinant la ligne de base des scores de la condition expérimentale (vidéo) et les scores de la condition contrôle (texte). \* =  $p < .05$ . IRI = Interpersonal Reactivity Index, Des = Dehumanization Scale, ATS-21 = Short Form of the Attitudes to Sexual Offenders Scale, AICS = auteurs d'infractions à caractère sexuel. Taille d'effet avec l'éta-carré partiel significatif à 0.01 (faible), 0.06 (moyen) et 0.14 (fort).

### Test de Kruskal-Wallis T1 Versions (AB/BA)

Facteurs	Statistiques	<i>dl</i>	<i>p</i>	<i>p</i> **	$\eta^2_p$
IRI - Prise de recul	22.655	1	< .001*	0.003*	<b>0.576</b>
IRI - Fantaisie	15.380	1	< .001*	0.003*	<b>0.401</b>
IRI - Préoccupation empathique	18.716	1	< .001*	0.003*	<b>0.495</b>
IRI - Détresse personnelle	5.426	1	0.02*	0.034*	<b>0.166</b>
IRI - Total	1.667	1	0.197	0.215	<b>0.067</b>
Des - Traits positifs	7.342	1	0.007*	0.014*	<b>0.202</b>
Des - Traits négatifs	0.955	1	0.329	0.329	0.039
Des - Total	2.793	1	0.095	0.127	<b>0.063</b>
ATS-21 - Confiance envers AICS	10.898	1	< .001*	0.003*	<b>0.260</b>
ATS-21 - Intention des AICS	2.542	1	0.111	0.133	<b>0.077</b>
ATS-21 - Distance sociale avec AICS	7.263	1	0.007*	0.014*	<b>0.198</b>
ATS-21 - Total	3.214	1	0.073	0.110	<b>0.085</b>

*Note* : Test de Kruskal-Wallis examinant la ligne de base entre les versions des questionnaires AB/BA. \* =  $p < .05$ . \*\* =  $p < .05$  (corrections de Benjamini-Hochberg).. IRI = Interpersonal Reactivity Index, Des = Dehumanization Scale, ATS-21 = Short Form of the Attitudes to Sexual Offenders Scale, AICS = auteurs d'infractions à caractère sexuel. Taille d'effet avec l'éta-carré partiel significatif à 0.01 (faible), 0.06 (moyen) et 0.14 (fort).

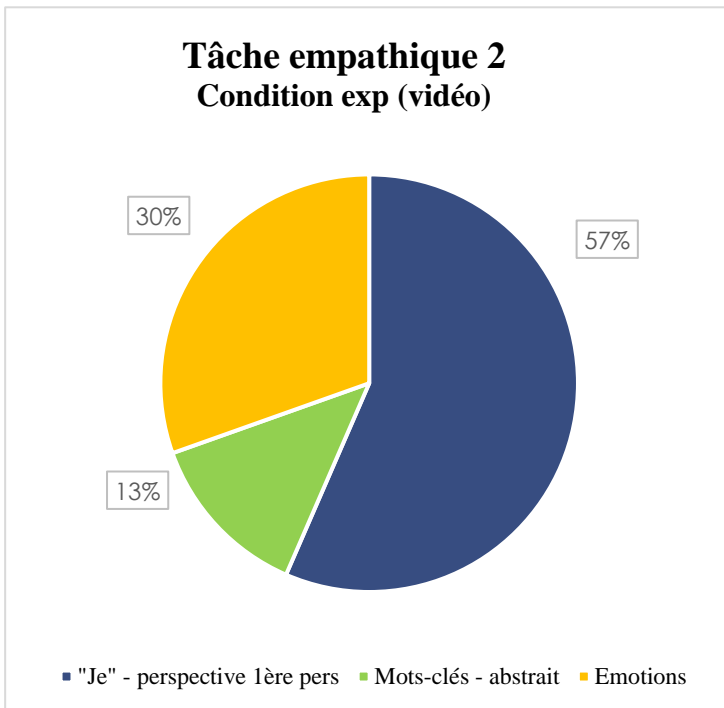
## Annexe 6 : Répartition des réponses de la première tâche empathique



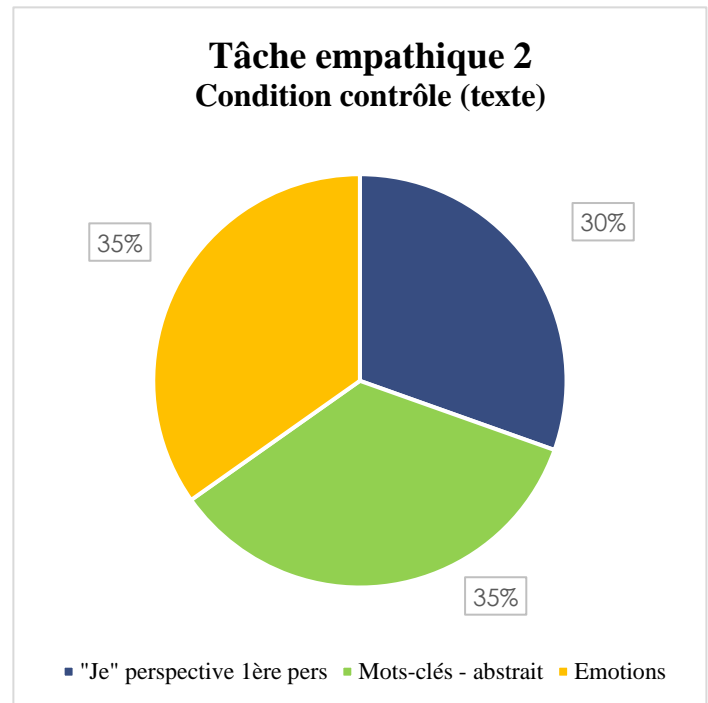
Note : Pourcentage de réponses données par catégories. Toutes conditions.

## Annexe 7 : Répartition des réponses de la deuxième tâche empathique

a



b



Note : Pourcentage de réponses données par catégories.



### Annexe 8 : Valence des réponses de la deuxième tâche

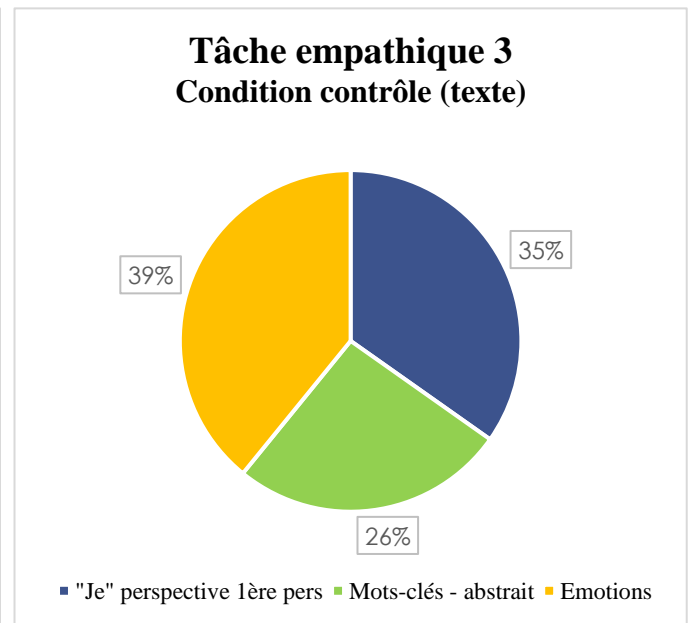
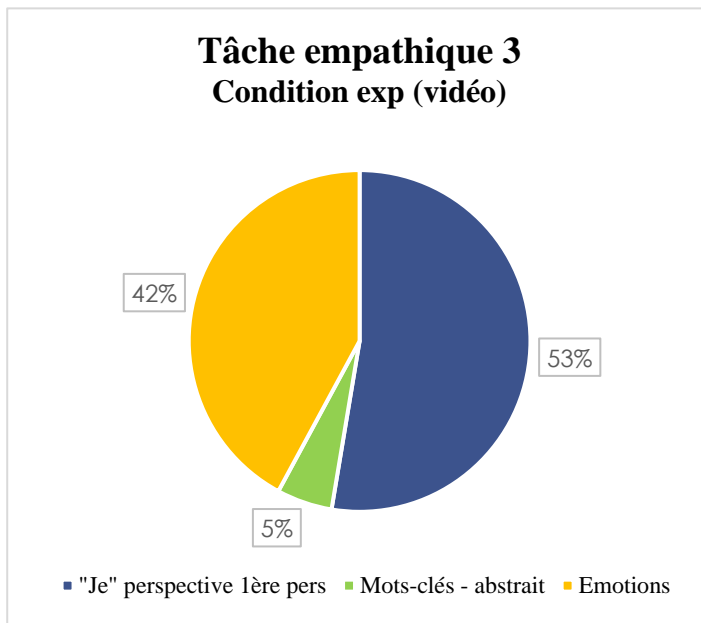


Note : Pourcentage de réponses données par catégories.

### Annexe 9 : Répartition des réponses de la troisième tâche empathique

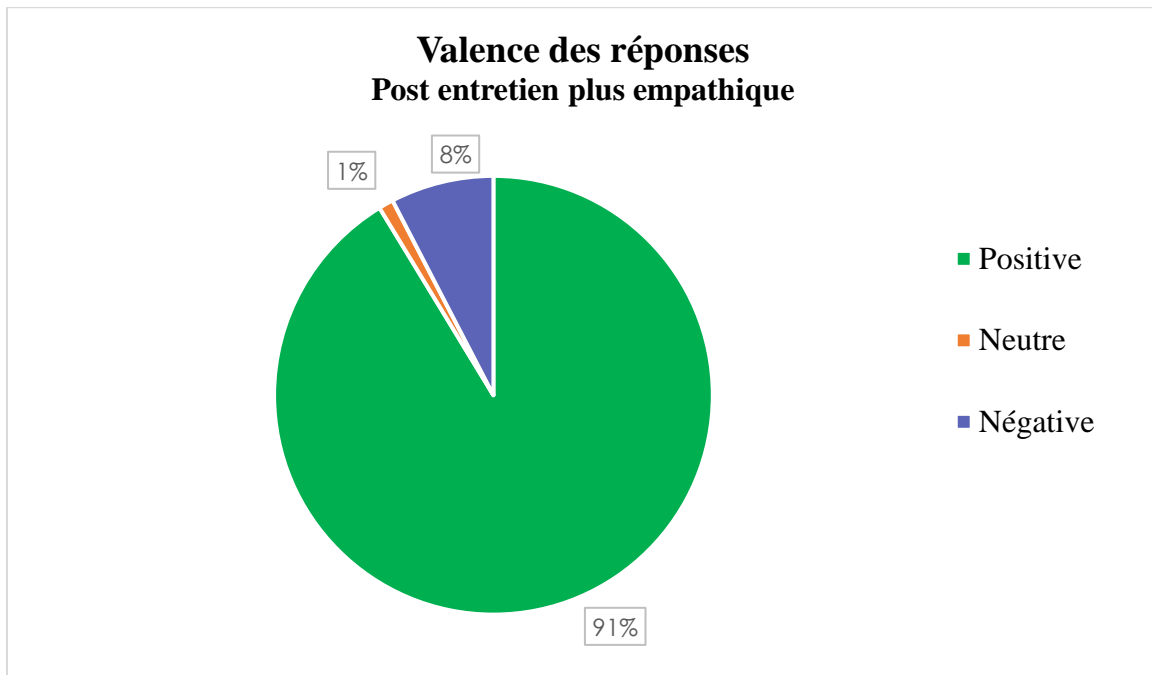
a

b



Note : Pourcentage de réponses données par catégories.

**Annexe 10 : Valence des réponses de la troisième tâche**



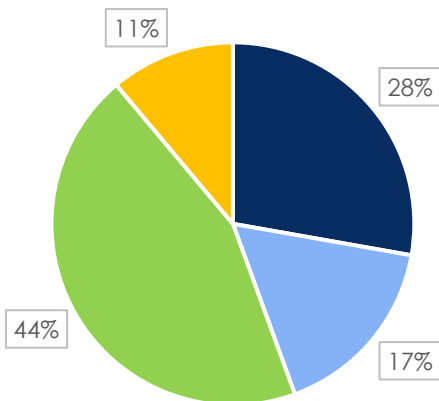
*Note* : Pourcentage de réponses données par catégories.

**Annexe 11 : Répartition des réponses à la question ouverte - Freins**

a

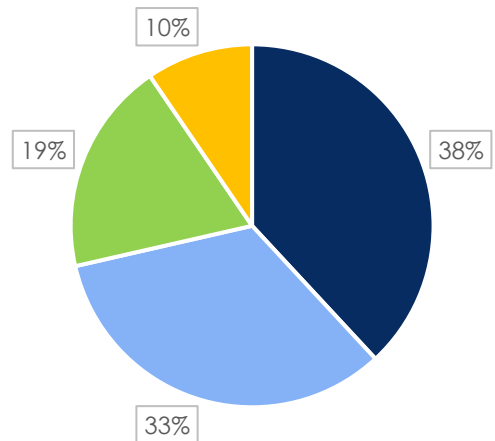
b

**Freins - prise en charge**  
**Cond exp (vidéo)**



■ "Je" perspective 1ère pers   ■ "Il" perspective 3ème pers  
■ Mots-clés Abstrait   ■ Emotions/sentiments

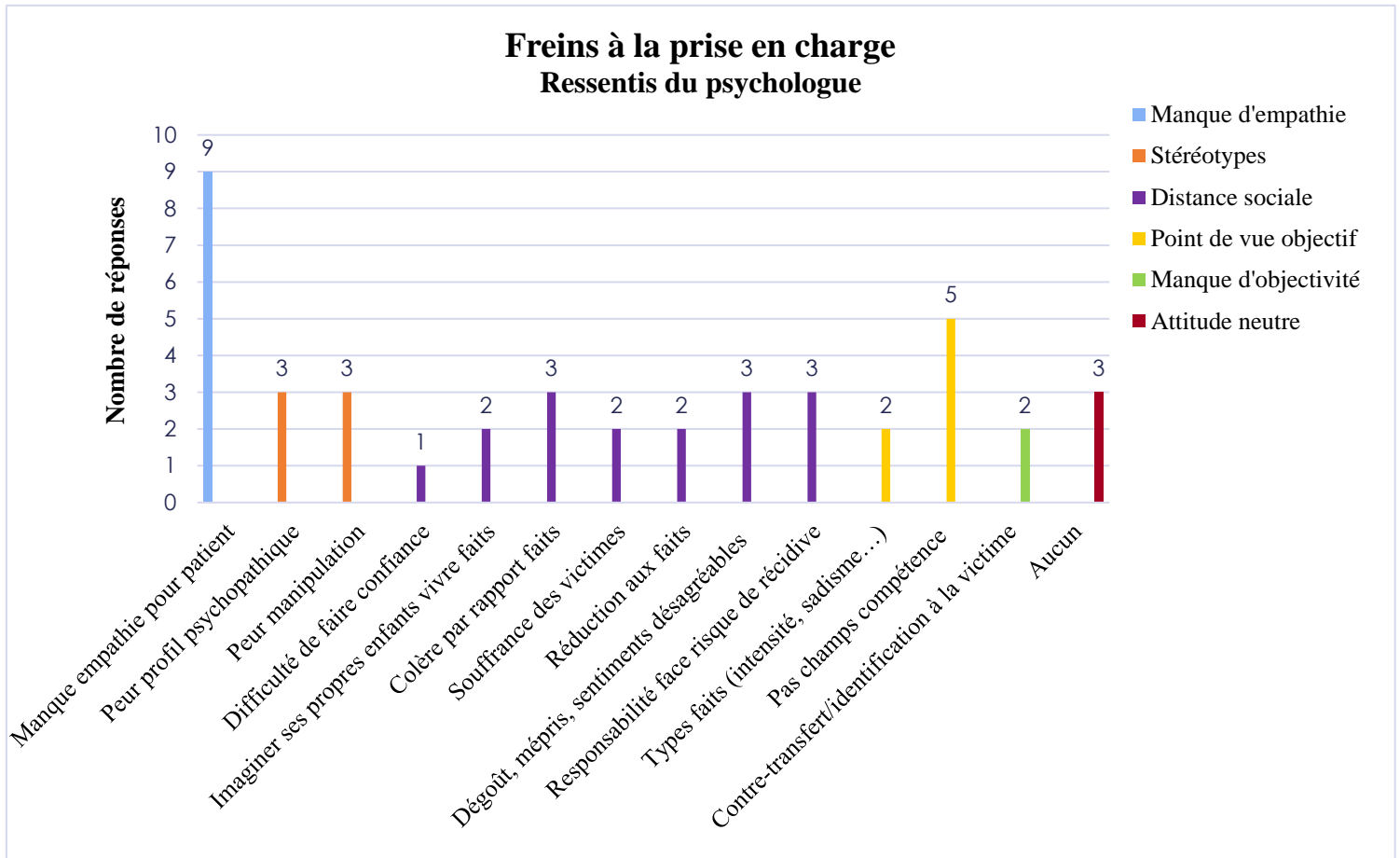
**Freins - Prise en charge**  
**Cond contrôle (texte)**



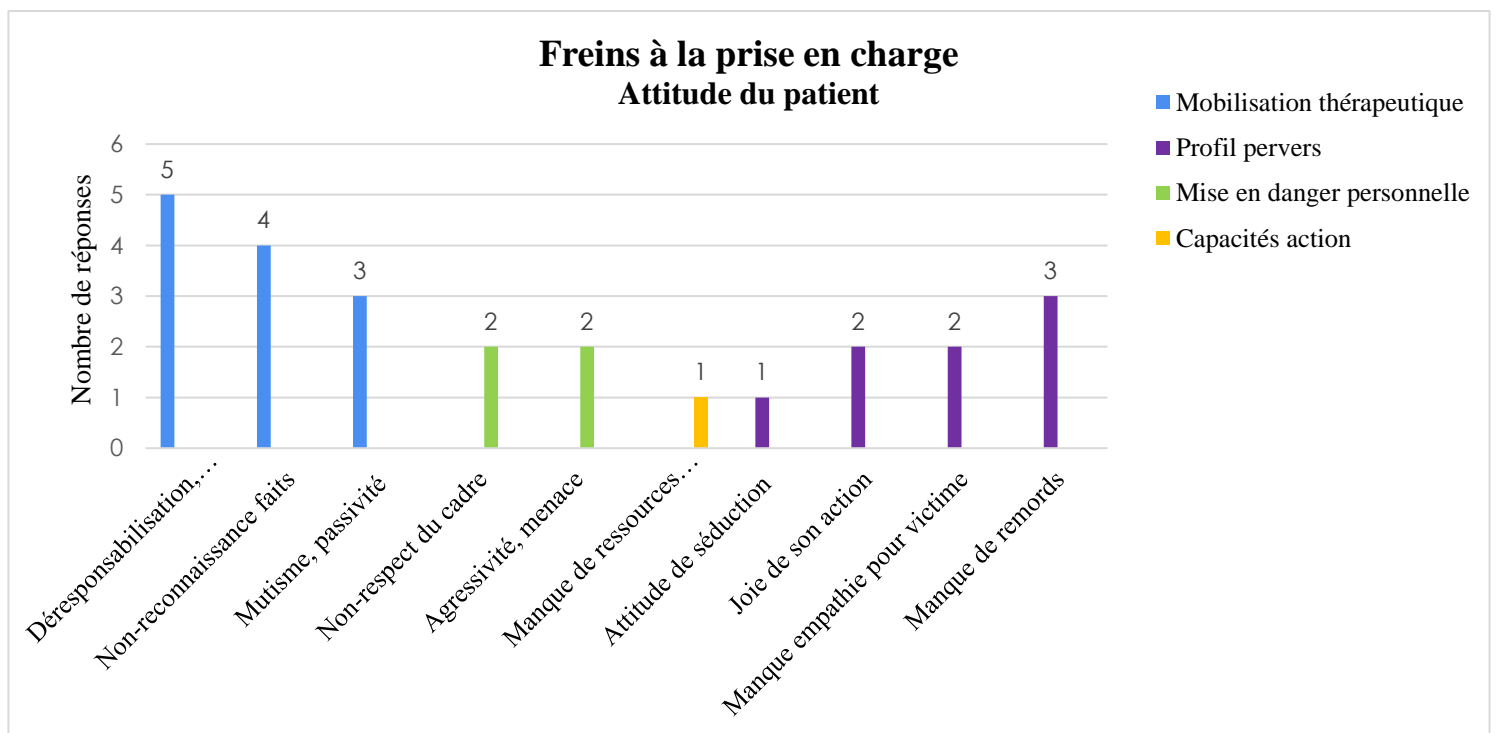
■ "Je" perspective 1ère pers   ■ "Il" perspective 3ème pers  
■ Mots-clés Abstrait   ■ Emotions/sentiments

*Note* : Pourcentage de réponses données par catégories.

## Annexe 12 : Réponses à la question ouverte – Ressentis du psychologue



## Annexe 13 : Réponses à la question ouverte – Attitude du patient



## Résumé

L'objectif de ce mémoire aura été d'explorer si le degré d'empathie et celui de stigmatisation des psychologues par rapport à une population d'auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) pouvaient être influencés par l'immersion en perspective première personne via une vidéo à 360°. En effet, cette méthodologie n'a pas encore été testée dans le contexte des prises en charge d'AICS.

Bien que les suivis sous contrainte soient des relations thérapeutiques coercitives, un des rôles du psychologue clinicien sera d'être un facilitateur de l'alliance avec son patient. Afin de favoriser cette alliance thérapeutique, le psychologue doit pouvoir adopter une attitude empathique et éviter le jugement, quelle que soit la problématique de la personne (Rogers, 1957; Zech, 2008). Or, cette posture sera un facteur déterminant dans les suivis thérapeutiques qui soutiennent le processus de sortie de la délinquance (Maruna et al., 2004). Cependant, parvenir à recevoir chaque client avec une attitude d'ouverture n'est pas aisé d'autant plus face à une personne qui aurait commis des actes de transgression de la norme, comme les AICS. En effet, ils sont perçus par la population générale comme des individus indésirables pour le maintien de l'ordre social (Harper et al., 2018; Tewksbury, 2012) et ils sont automatiquement jugés à travers les stéréotypes se rapportant à leur groupe d'appartenance (Leyens, 2020). Ce jugement automatique est appelé stigmatisation. Actuellement, les nouvelles technologies comme la réalité virtuelle ou l'immersion via une vidéo à 360° sont utilisées dans plusieurs domaines du soin afin de stimuler l'empathie des professionnels (Loon et al., 2018; Schutte & Stilinović, 2017; Ventura et al., 2020) et travailler sur le désamorçage de leur stigmatisation (Peck et al., 2013).

Afin de mener la présente recherche, un protocole de réalité immersive a été construit. Les participants ont été randomisés aléatoirement en deux groupes, l'un expérimental et l'autre contrôle. Le premier groupe visionnait des vidéos d'entretiens thérapeutiques tandis que le second lisait la retranscription de celles-ci. Avant l'intervention, l'anamnèse du patient était présentée aux deux groupes. Les mesures du degré d'empathie et de stigmatisation ont été prises en prétest et post-test, puis analysées.