

**De l'empathie à la posture clinique : L'empathie, ses dimensions et ses
p̃y c o n c e p t s c o n n e x e s a u c S u r d ' u n s u i v i c l i n i q u e f o n d é s
perceptions des accompagnés et implications pour la posture du clinicien au
sein du Groupe Antigone.**

Auteur : Blanchart, Tom

Promoteur(s) : Mathys, Cécile

Faculté : Faculté de Droit, de Science Politique et de Criminologie

Diplôme : Master en criminologie à finalité spécialisée en criminologie interpersonnelle

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/26507>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



LIÈGE université

**Droit, Science Politique
& Criminologie**

De l'empathie à la posture clinique :

L'empathie, ses dimensions et ses concepts connexes au cœur d'un suivi clinique
fondé sur le Good Lives Model : perceptions des accompagnés et implications
pour la posture du clinicien au sein du Groupe Antigone

Travail de fin d'études présenté dans le cadre d'un Master en criminologie

Année académique 2025-2026

BLANCHART Tom

S201723

Direction de recherche :

Cécile Mathys,

Professeure au département de criminologie,

Université de Liège

Remerciements

J'aimerais débiter ces remerciements, et par la même occasion mon mémoire, par un remerciement chaleureux à Mme Mathys, promotrice de ce travail, pour son implication, sa collaboration et sa présence sans faille tout au long de cette épreuve que fut la rédaction de ce travail.

Merci à tous mes professeurs, en particulier M. Dantinne, d'avoir éveillé mon esprit critique et d'avoir renforcé la vocation que représente pour moi la criminologie.

Un merci tout particulier est également destiné aux membres du Groupe Antigone pour votre accueil, votre humour, votre humilité et votre soutien tout au long de mon stage. Merci à vous pour votre encadrement et votre bienveillance. Votre présence à mes côtés fut précieuse. Vous avez pu, vous aussi, confirmer et renforcer ma passion pour la criminologie clinique. L'apprendre à vos côtés fut un plaisir.

Merci aux participants d'avoir accepté d'évoquer, au cours d'un entretien, leur vécu, leurs ressentis et leurs expériences d'accompagnement, de victimisation ou les difficultés rencontrées. En espérant que ce partage leur ait été bénéfique.

Enfin, merci à ma famille pour son soutien tout au long ma scolarité, j'espère les avoir rendu fiers.

Résumé/Abstract

L'**empathie** représente une composante fondamentale de l'alliance thérapeutique et une valeur cardinale d'un suivi fondé sur le **Good Lives Model**. Notre étude exploratoire analyse la place et la perception de cette notion, de ses dimensions et de ses concepts connexes, tels que la **compassion**, auprès de trois **publics** distincts d'accompagnés du Groupe Antigone : les auteurs d'infractions à caractère sexuel, les victimes et leurs proches. Bien qu'elle constitue une valeur centrale du GLM, leurs accompagnés ne la valorisent pas comme une attitude prioritaire conformément à une enquête menée par le Groupe.

Adoptant une démarche qualitative, notre recherche s'appuie sur dix entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon représentatif des trois publics mentionnés ci-dessus. Elle analyse les perceptions des accompagnés quant à l'attitude empathique de leur **clinicien** d'Antigone ou d'intervenants cliniques en tout genre et leurs implications directes sur l'ajustement des **postures cliniques de ces derniers**.

Les résultats démontrent une perception complexe de l'empathie et de ses concepts connexes : une assimilation de l'empathie à l'identification et une aversion marquée envers la compassion. L'étude souligne une valorisation d'une empathie comme posture relationnelle globale. Enfin, notre travail invite les cliniciens à une réflexion introspective sur leur empathie afin de garantir une posture clinique ajustée aux besoins et difficultés rencontrées par les publics accompagnés.

Mots clés : empathie – Good Lives Model – compassion – posture clinique – clinicien

Empathy represents a fundamental component of the therapeutic alliance and a cardinal value of interventions based on the Good Lives Model (GLM). This exploratory study analyses the place and perception of this notion, its dimensions, and related concepts, such as **compassion**, among three distinct groups of clients within the Antigone Group: authors of sexual offences, victims, and their relatives. Although it is a central value of the GLM, its clients do not consider it a priority attitude according to a survey conducted by the organisation.

Adopting a qualitative approach, our research relies on ten semi-structured interviews conducted with a representative sample of the three aforementioned groups. It analyses clients' perceptions regarding the empathetic attitude of their **clinicians** at Antigone, as well as clinical practitioners in general, and examines the direct implications of these perceptions on the adjustment of **clinical posture**.

The results demonstrate a complex perception of empathy and its related concepts, marked by an assimilation of empathy with identification and a distinct aversion toward compassion. The study highlights that empathy is valued as a global relational stance rather than a strictly technical skill. Finally, this work invites clinicians to engage in introspective reflection on their own empathy in order to ensure a clinical posture adapted to the needs and difficulties encountered by the accompanied populations.

Keywords : empathy – Good Lives Model – compassion – clinical posture – clinician

Table des matières

1.	Introduction	6
1.1.	Intérêt de l'étude	6
1.2.	Concepts théoriques	7
1.2.1.	L'empathie : un concept aux contours définitionnels incertains	7
1.2.1.1.	Définitions générales de l'empathie	7
1.2.1.2.	Les diverses dimensions de l'empathie.....	7
1.2.1.3.	Définitions de l'empathie clinique.....	8
1.2.1.4.	La perception de l'empathie clinique, une co-construction	8
1.2.2.	Les différentes sources de confusion de l'empathie.....	9
1.2.2.1.	L'identification et la sympathie	9
1.2.2.2.	La compassion selon Prescott, Willis et Ward.....	9
1.3.	Revue de littérature : bref historique de l'empathie dans les modèles pénologiques	10
1.3.1.	Les modèles pénologiques du 20 ^e siècle	10
1.3.2.	Le modèle Risque-Besoin-Réceptivité et sa vision utilitariste	11
1.3.3.	Retour de l'approche humaniste avec le Good Lives Model	11
1.3.4.	La place de l'empathie dans le GLM	12
1.3.5.	Conclusion.....	13
1.4.	Objectifs de la recherche	13
2.	Méthodologie.....	14
2.1.	Type de recherche	14
2.2.	Public ciblé	14
2.3.	Echantillon.....	14
2.3.1.	Critères de sélection des participants	14
2.3.2.	Procédure de recrutement	15
2.4.	Mode de collecte des données	15
2.4.1.	Outils de collecte des données.....	15
2.4.2.	Pré-test	16
2.4.3.	Cadre de collecte des données	16
2.5.	Considérations éthiques.....	16
2.6.	Guide d'entretien	16
2.7.	Plan d'analyse des données et stratégie d'analyse	17
3.	Résultats	17
3.1.	Description de l'échantillon.....	17
3.2.	Présentation des matériaux	18

3.2.1.	L'empathie et ses concepts connexes pour les accompagnés : difficultés définitionnelles et de perceptions	18
3.2.1.1.	Perception de l'empathie : une assimilation à l'identification et maintien d'une distance émotionnelle	18
3.2.1.2.	Perception de la sympathie et de la compassion dans une dimension sociale.....	19
3.2.2.	L'empathie clinique entre co-construction relationnelle ou posture générale individuelle du clinicien	19
3.2.2.1.	Perception de l'empathie clinique : verbalisation nécessaire et manifestations explicites ou évidence d'une posture relationnelle implicite du clinicien	19
3.2.2.2.	Le rôle de l'accompagné, engagement et refus de passivité	20
3.2.3.	Dimensions de l'empathie privilégiées dans les récits de suivi : une certaine homogénéité au prisme des publics	20
3.2.4.	Posture du clinicien : de guide à conseiller, une posture changeante selon les besoins des accompagnés.....	21
3.2.4.1.	Auteurs : une approche humaniste face aux difficultés du vécu carcéral.....	21
3.2.4.2.	Victimes : soutien, guidance et confrontation bienveillante.....	22
3.2.4.3.	Proches : une posture d'écoute, de professionnalisme et de conseiller judiciaire face au sentiment d'isolement et d'incompréhension.....	22
3.2.5.	L'intervention clinique d'Antigone face aux freins institutionnels, « une bouée de sauvetage »	24
3.2.6.	La disponibilité comme savoir-être privilégié et témoin d'empathie.....	25
4.	Discussion.....	25
4.1.	Présentation des résultats.....	25
4.2.	Forces et limites	33
4.3.	Implications futures.....	34
5.	Conclusion.....	35
6.	Bibliographie	36
7.	Annexes :.....	44

1. Introduction

1.1. Intérêt de l'étude

L'empathie occupe de nos jours une place centrale au sein des pratiques cliniques. Longtemps considérée comme une compétence relationnelle souhaitable mais difficilement mobilisable ou objectivable, elle est désormais envisagée comme un concept de travail à part entière. Cette étude cherche à explorer la perception de l'empathie au sein de l'accompagnement clinique auprès d'un public spécifique : les accompagnés du Groupe Antigone, groupe interdisciplinaire spécialisé dans l'intervention clinique auprès de familles incestueuses ainsi qu'auprès d'auteurs d'infractions à caractère sexuel, désignés par l'acronyme AICS tout au long de ce travail. Ce public sera volontairement subdivisé en trois catégories distinctes : les victimes, les auteurs et leurs proches. Le dispositif clinique du groupe est articulé autour du modèle réhabilitatif du Good Lives Model (GLM), modèle alternatif à celui de la prévention de la récidive, mettant l'accent sur l'implication de l'intervenant et l'adaptation du cadre d'intervention aux besoins de l'accompagné. Notre recherche s'appuie donc sur des rencontres avec des personnes ayant bénéficié d'un suivi clinique fondé sur le GLM au sein du Groupe Antigone.

Dans la littérature scientifique, l'empathie apparaît simultanément comme un savoir-être nécessaire à toute relation thérapeutique et comme un enjeu éthique et sociétal majeur. En effet, au cours des vingt dernières années, les recherches relatives aux savoir-être du clinicien¹ ont connu une croissance significative. L'empathie constitue d'ailleurs le savoir-être du thérapeute² le plus largement étudié dans les écrits scientifiques et apparaît comme indispensable à l'alliance thérapeutique (Marshall et al., 2003). L'empathie apparaît comme étant positivement corrélée à des résultats d'accompagnements favorables au sein de 34 des 47 études examinées par Orlinsky, Gawe et Parks en 1994. Ces résultats sont confirmés par des revues antérieures telles que celles de Parloff, Waskow et Wolfe en 1978 (Marshall et al., 2003). L'empathie constitue donc une composante essentielle de toute relation thérapeutique et requiert, à cet égard, un investissement réfléchi en temps et en efforts afin d'être mise en pratique de manière appropriée et cohérente (Elliott et al., 2018). Le terme suscite également des divergences quant à sa définition et aux différentes dimensions qu'il recouvre, en particulier du fait de sa confusion avec des notions connexes (Mormont, 2019).

Néanmoins, alors que l'empathie apparaît dans la littérature scientifique comme une compétence professionnelle primordiale dans le cadre de l'accompagnement clinique, ou comme une valeur fondamentale constituant le socle des interventions du GLM au même titre que la dignité humaine par exemple, nous pouvons constater que les personnes bénéficiant de cet accompagnement ne l'identifient pas nécessairement comme une compétence prioritaire. En effet, à partir d'une enquête menée par le Groupe Antigone examinant la qualité des interventions et des intervenants auprès de certains de leurs accompagnés, les résultats ont mis en évidence que l'empathie, de façon surprenante, n'est pas perçue comme un savoir-être particulièrement demandé et attendu par les bénéficiaires. Ce constat a suscité notre intérêt. Dès lors, notre étude cherchera à mieux comprendre cette apparente discordance entre l'importance accordée à l'empathie dans la littérature scientifique et la place qu'elle occupe dans la

¹ Dans ce TFE, nous utiliserons le terme de clinicien pour désigner le professionnel engagé dans une pratique d'aide, de changement et d'accompagnement à visée clinique. Si l'empathie est traditionnellement associée à la relation thérapeutique (Marshall et al., 2003), elle n'en demeure pas moins une compétence essentielle à l'ensemble des pratiques d'accompagnement clinique. Dès lors, inscrivant notre réflexion dans le champ de la criminologie clinique, il nous a paru pertinent d'envisager l'empathie dans une perspective clinique élargie, ne se limitant pas au seul cadre thérapeutique.

² Le terme de thérapeute est utilisé dans le cadre de certaines études mobilisées lors de cet écrit. Bien que Marshall n'ait pas donné de définition précise du terme, le thérapeute efficace est, selon lui, un intervenant qui établit une relation chaleureuse, empathique et collaborative, tout en maintenant des objectifs clairs de responsabilisation et de changement.

perception des personnes accompagnées dans un suivi clinique GLM, tout en cherchant à déterminer quelles dimensions de l'empathie sont effectivement perçues et attendues par celles-ci.

1.2. Concepts théoriques

1.2.1. L'empathie : un concept aux contours définitionnels incertains

L'empathie recouvre une pluralité de définitions selon les contextes et les usages. Interrogées de manière informelle, différentes personnes seraient susceptibles d'en proposer des définitions variées, reflétant ainsi la diversité des représentations et des compréhensions associées à ce terme. Selon Mormont (2019), ce terme est progressivement devenu vulgaire car son champ sémantique intuitif est d'une part, porteur d'une connotation positive et d'autre part, demeure suffisamment imprécis pour y accueillir des significations diverses. Cette vulgarité s'est accentuée à mesure que l'intérêt pour l'empathie s'est étendu à d'autres champs disciplinaires et domaines d'application (Elliott et al., 2018). Néanmoins, lorsque l'empathie est mobilisée comme outil conceptuel au sein de la relation thérapeutique³, il devient indispensable d'en définir de manière conventionnelle son sens précis.

1.2.1.1. *Définitions générales de l'empathie*

Etymologiquement, le terme provient du grec *empathia* (« sentir à l'intérieur »), composé du préfixe *em* signifiant en, dans et *pathie* (*pathos*) signifiant la souffrance, le sentiment (Trouvé, 2015). À titre de définitions générales, l'empathie est définie par Hétu (2019) comme étant la capacité de comprendre le vécu d'une autre personne, de ressentir ses expériences subjectives en se référant à son environnement et en empruntant sa grille de lecture, son cadre de référence. Prescott la définit, lui, comme étant le fait d'être en contact avec la souffrance d'autrui et avoir une idée raisonnablement exacte de son vécu à l'instant présent (Prescott, 2022). Kohut, cité par Kirshner (2004), définit l'empathie comme un contenu empirique de l'activité mentale qui se manifeste sur deux niveaux distincts. Le premier constitue un mode d'acquisition des connaissances. Le deuxième se manifeste par l'établissement d'un lien émotionnel entre deux individus. Plus globalement, l'empathie constitue un élément essentiel de la vie émotionnelle et sociale de l'individu, facilitant l'établissement de liens interpersonnels ainsi que la compréhension, l'interprétation et la gestion appropriées des émotions propres et celles d'autrui (Decety & Cowell, 2014 ; Mathys & Claes, 2020).

1.2.1.2. *Les diverses dimensions de l'empathie*

De façon plus approfondie, Mathys et Claes (2020) soulignent que l'empathie, que ce soit en tant que capacité humaine ou en tant que faculté indispensable à la cohabitation humaine, se structurerait autour de deux dimensions : l'empathie cognitive et l'empathie affective. La première concerne l'aptitude d'un individu à percevoir et à interpréter ses propres émotions ainsi que celles d'autrui, ou, de manière plus générale, à adopter une perspective émotionnelle. La deuxième dimension, elle, fait référence à l'expression de l'empathie envers soi-même et autrui, ou plus généralement aux mécanismes de contagion émotionnelle (Barnett & Mann, 2013 ; Decety & Cowell, 2014 ; Vachon & Lynam, 2016 ; Mathys & Claes, 2020). La littérature scientifique reconnaît d'ailleurs que l'empathie résulte d'une articulation de processus affectif et cognitif (Joliffe & Farrington, 2004 ; Barnett & Mann, 2013). Une troisième dimension, moins développée dans la littérature scientifique, est l'empathie compassionnelle, associée à un souci empathique et à une préoccupation du bien-être autrui (Hanson & Scott, 1995 ; Polaschek, 2003 ; Barnett & Mann, 2012). Celle-ci est généralement définie comme l'association d'une

³ La relation thérapeutique (ou alliance thérapeutique) sera définie dans ce TFE dans une perspective issue du GLM et de la définition donnée par Marshall et al. (2003) et Martin et al. (2000), comme une relation collaborative fondée sur un lien émotionnel et l'engagement réciproque entre le clinicien et l'accompagné, visant l'accord sur des objectifs de traitement. Nous ajouterons également le développement de ressources personnelles et la construction d'un projet de vie porteur de sens. Elle constitue un levier central du processus de réhabilitation tout en favorisant la responsabilisation de l'individu.

compréhension de l'expérience d'autrui et d'une réponse émotionnelle orientant l'individu vers une dynamique d'aide (Barnett & Mann, 2012).

L'empathie peut s'avérer exacte ou inexacte, être mobilisée aussi bien au service de la compassion que de l'hostilité et de la même manière se manifester de façon immédiate et intuitive ou de façon réfléchie et progressive (Kohut 1971 ; Kohut, 1982 ; Mormont, 2019). Ainsi, un individu peut être en mesure de reconnaître et de comprendre les émotions de l'individu à travers la dimension cognitive, d'en ressentir des émotions à travers la dimension affective, mais ce, sans pour autant adopter des comportements prosociaux ou ajustés (Kohut, 1982 ; Mathys et Claes, 2020). Cette distinction apparaît particulièrement pertinente dans le champ clinique, où la mobilisation de l'empathie nécessite de prendre en compte à la fois les processus cognitifs et affectifs mais également leur éventuelle traduction en interventions ou expressions observables et bienveillantes envers l'accompagné.

1.2.1.3. *Définitions de l'empathie clinique*

Dans le cadre professionnel, il peut être séduisant d'appliquer une approche uniforme de l'empathie comme habileté du clinicien pour traiter une multitude de comportements problématiques. Néanmoins, la validité scientifique de cette démarche mérite d'être questionnée. Des aspects méthodologiques et conceptuels, notamment relatifs à la définition du phénomène, doivent être pris en considération.

L'empathie dans le cadre de l'alliance thérapeutique se définit comme l'aptitude du clinicien à s'efforcer de comprendre et d'appréhender les sentiments éprouvés par l'accompagné (Kottler, Sexton & Whiston, 1994). En 1980, Rogers propose une définition de l'empathie dans le cadre de l'alliance thérapeutique : « L'empathie correspond à la capacité sensible du thérapeute, ainsi qu'à sa disposition, à comprendre les pensées, les sentiments et les difficultés du client du point de vue de ce dernier. Il s'agit de cette aptitude à voir entièrement à travers les yeux du client, à adopter son cadre de référence... » (Rogers, 1980, p.85). « Elle implique d'entrer dans le monde perceptif privé de l'autre, d'être sensible, instant après instant, aux significations ressenties et changeantes que traversent cette personne. Elle consiste à percevoir des significations dont l'individu lui-même n'a parfois qu'une conscience limitée. » (Rogers, 1980, p. 142).

En définitive, l'examen critique des fondements théoriques, historiques et empiriques de l'empathie dans le cadre de l'alliance thérapeutique invite à dépasser une conception simpliste et uniformisante de cette notion. Elle apparaît ainsi moins comme un savoir-être que comme une posture clinique et éthique, fondée sur la reconnaissance de l'altérité, l'acceptation de l'ignorance du clinicien et une attention respectueuse à l'expérience subjective de l'accompagné. À ce titre, elle constitue un cadre indispensable à l'établissement de l'alliance thérapeutique et à l'efficacité du processus psychothérapeutique. Cette appréciation de l'empathie comme posture se rapproche, comme nous le verrons ci-après, de la conception faite autour de ce terme dans le cadre du GLM. Enfin, les recherches démontrent que l'empathie clinique implique : d'une part, une adaptation aux spécificités des accompagnés et d'autre part, une variabilité et une hétérogénéité importante dans la relation entre les résultats cliniques et l'empathie démontrée (Elliott et al., 2018).

1.2.1.4. *La perception de l'empathie clinique, une co-construction*

Un des aspects fondamentaux de l'empathie concerne la perception de celle-ci. De nombreuses études démontrent que sa perception importerait davantage que l'empathie ressentie ou véritablement exprimée par le clinicien, démontrant un rôle certain de l'accompagné dans la construction d'une relation clinique empathique (Elliott et al., 2018). En effet, l'analyse de la littérature souligne une corrélation positive entre la perception de la qualité de la relation thérapeutique par les accompagnés et leur appréciation d'une issue favorable à l'accompagnement (Walborn, 1996 ; Wampold, 2015). Selon Horvath (2000), il apparaît que ce serait davantage la perception du comportement du thérapeute par l'accompagné qui

détermine l'issue de l'accompagnement et de la réhabilitation plutôt que des actions ou intentions du thérapeute, y compris de sa réelle prédisposition à l'empathie. Sur la base d'une revue de littérature, McLeod (1990) souligne, lui, que les accompagnés jugent la relation thérapeutique plus importante que des savoir-être spécifiques mobilisés. Il semblerait alors que l'efficacité de l'accompagnement dépendrait moins de l'empathie réelle du clinicien que de la manière dont celle-ci est perçue. Les démonstrations d'empathie même impérieuses, pleinement authentiques ou simplement perçues comme telles jouent un rôle déterminant. L'empathie est donc éminemment relationnelle, contextualisée et variable selon les accompagnés. Dans cette perspective, elle apparaît comme un processus situationnel, dépendant de multiples facteurs, tels que les publics auprès desquels elle est mobilisée, les contextes dans lesquels elle apparaît, ainsi que la disponibilité émotionnelle et cognitive du clinicien à en faire preuve.

1.2.2. Les différentes sources de confusion de l'empathie

L'empathie est régulièrement et faussement rapprochée à d'autres notions connexes ce qui souligne la nécessité d'en opérer une distinction conceptuelle claire. Mormont (2019) démontre que contrairement à l'empathie, des notions telles que la compassion, la pitié ou la résonance, auxquelles elle est souvent associée, impliquent une intentionnalité orientée vers le bien-être d'autrui ainsi qu'un partage émotionnel et affectif avec ce dernier. Ces processus tendent à réduire la distance interpersonnelle et peuvent conduire à une mise en commun des affects, voire à une altération des frontières entre soi et l'autre susceptible d'entraîner une perte partielle de l'identité (Mormont, 2019).

1.2.2.1. *L'identification et la sympathie*

L'assimilation de l'empathie à l'identification représente la principale source d'imprécision au sein de ce champ conceptuel. L'identification consiste à s'identifier à autrui ou à rendre autrui semblable à soi. Plus précisément, l'empathie est souvent réduite à l'expression « se mettre à la place de l'autre », locution relative au processus d'identification (Trouvé, 2015 ; Mormont, 2019). En réalité, cette approche va à l'encontre de l'empathie elle-même : se mettre à la place de l'autre revient à effacer son existence et la relation qui nous lie à celui-ci (Mormont, 2019).

L'empathie est également fréquemment confondue avec la sympathie. Cette dernière est définie comme : « Le fait de partager les sentiments éprouvés par l'aidé [...], elle permet de mieux comprendre l'aidé, mais elle peut aussi amener l'aidant à se sentir indûment préoccupé par ce qui lui arrive » (Hetu, 2019, p. 26). Nonobstant, l'empathie est inconcevable et irréalisable sans une pointe de sympathie (Gelso & Perez-Rojas, 2017). En effet, pour Muchielli (2016), l'empathie est une sorte de sympathie froide, la capacité à accéder au cadre subjectif de l'autre tout en conservant une posture objective, son sang-froid et une distance émotionnelle suffisante. Dans la production scientifique, une distinction a été établie entre les deux concepts. Si les thérapeutes tel que Rogers valorisent l'empathie, à l'inverse, ils expriment un dédain certain à l'encontre de la sympathie (Shlien, 1997).

1.2.2.2. *La compassion selon Prescott, Willis et Ward*

La compassion implique d'une part, de reconnaître la souffrance d'autrui et d'autre part de vouloir y répondre ou la soulager dans une dimension d'action. Elle est définie par Prescott et al. (2022) comme la volonté et la recherche du thérapeute à comprendre les pensées, les sentiments et les expériences des accompagnés tout en privilégiant leurs intérêts prioritaires dans l'élaboration du plan d'intervention. Par conséquent, elle s'apparente davantage à une compréhension et une appréciation de la souffrance d'autrui et à la volonté à entreprendre des actions destinées à en atténuer l'impact (Prescott et al., 2022). Cette définition est éminemment proche de celle de l'empathie. La différenciation de ces deux concepts repose principalement sur leur portée. Bien que l'empathie et la compassion impliquent toutes deux une compréhension des émotions et de la souffrance d'autrui, l'empathie, elle, se limite à une capacité de

perception et de mise en perspective des ressentis de l'autre, sans nécessairement engager une réponse active. À l'inverse, la compassion intègrerait une dimension supplémentaire, celle de l'engagement dans l'action, visant à soulager ou atténuer la souffrance identifiée. Ainsi, là où l'empathie correspond à une compréhension affective et cognitive, la compassion se distingue par une intention et une démarche concrète d'aide, orientée vers le bien-être de la personne accompagnée. Prescott et al. (2022) circonscrivent donc l'empathie à ses dimensions cognitives et affectives, excluant toute composante comportementale. Elle constituerait ainsi une étape préalable, identifiée dans le niveau 1 du GLM, permettant au thérapeute de comprendre les pensées et les émotions de l'accompagné. Elle favorise l'émergence de la compassion, laquelle se distingue par l'intégration d'une dimension motivationnelle et comportementale orientée vers l'action. Dès lors, l'empathie mènerait à la compassion, qui elle-même conduirait à l'intervention clinique effective.

1.3. Revue de littérature : bref historique de l'empathie dans les modèles pénologiques

1.3.1. Les modèles pénologiques du 20^e siècle

L'empathie du thérapeute a été proposée et systématisée par Rogers et ses collaborateurs durant les années 1940 et 1950 (Trouvé, 2015 ; Elliott et al. 2018). Conceptualisée comme une qualité fondamentale du praticien, elle a été érigée en un principe à la fois fondateur et directeur des programmes de formation aux compétences d'aide, très populaires dans les années 1960 et au début des années 1970 (Andrews et al., 1990 ; Elliott et al., 2018). Cependant, en lien avec le déclin du modèle réhabilitatif carcéral et le mouvement « *Nothing works* », les travaux empiriques sur l'empathie ont ensuite connu un recul significatif, aboutissant à un déficit de recherche notable entre les années 1980 et 2000 (Elliott et al. 2018). Depuis la fin des années 1990, l'empathie, envisagée désormais comme variable interactionnelle, est à nouveau considérée comme un sujet de recherche pertinent en psychologie développementale, sociale et clinique (par exemple, Bohart & Greenberg, 1997 ; Ickes 1997, cités par Elliott et al., 2018). Ce changement de paradigme provient d'une reconceptualisation du terme comme concept fondamental du domaine émergent des neurosciences sociales (par exemple, Decety & Ickes, 2009, cités par Elliott et al., 2018). Ces modifications de significations ont entraîné une intensification des recherches scientifiques sur l'empathie dans le cadre de l'alliance thérapeutique au cours des 20 dernières années ainsi qu'à lui attribuer une légitimité en tant qu'aspect clé du processus psychothérapeutique (Elliott et al., 2018).

L'émergence de la deuxième victimologie dans les années 1970 a centré l'attention sur la victime, reconnue dans sa souffrance et ses droits, en insistant sur les dimensions psychosociales, juridiques et institutionnelles de sa prise en charge (Lalande, 2004). Dans ce contexte, l'empathie s'est développée comme un outil de reconnaissance et de compassion envers la victime, tandis que l'intérêt pour la réhabilitation du délinquant, auparavant central dans le modèle pénologique thérapeutique, a décliné (Allen, 1978). Le modèle médical ou thérapeutique, dominant depuis de nombreuses années, concevait le criminel comme un individu pathologique devant être guéri (Allen, 1978). Toutefois, la publication d'un article majeur de Robert Martinson en 1974 constitue un tournant dans l'histoire des politiques pénales (Sarre, 2001). Les conclusions de son travail se verront être clichées, résumées et médiatisées sous l'expression « *Nothing works* » entraînant un rejet généralisé de la réhabilitation au profit du modèle punitif fondé sur la proportionnalité de la peine et la responsabilisation individuelle (Cullen & Gendreau, 2001). Cette évolution a favorisé l'émergence du Justice Model, au sein duquel la priorité absolue est donnée à l'équité procédurale plutôt qu'au changement du comportement délinquant (Lalande, 2004). L'empathie, ainsi que le traitement des contrevenants en général, ne constituent plus des objectifs centraux du système pénal. À partir des années 2000, un mouvement de réhabilitation fondé sur les données probantes, connu sous le nom de « *What Works* », marque un retour progressif de l'intervention psychosociale en criminologie, particulièrement via son modèle majeur : Risque-Besoin-

Réceptivité. Ce courant vise à dépasser l'opposition binaire entre punition et traitement en identifiant les interventions réellement efficaces, tout en reconnaissant les limites de certaines pratiques largement diffusées mais empiriquement peu fondées (Ward & Stewart, 2003).

1.3.2. Le modèle Risque-Besoin-Réceptivité et sa vision utilitariste

Dans le sillage de la nouvelle pénologie, caractérisée par l'émergence d'un modèle de justice qualifié d'actuariel et du mouvement « *What Works* », s'est imposé le modèle de Risque-Besoin-Réceptivité, désigné en français par l'abréviation RBR, animé par une perspective utilitariste des savoir-être des intervenants. Ce modèle d'intervention, élaboré au cours des vingt dernières années par de nombreux théoriciens et chercheurs du champ correctionnel, constitue une réalisation impressionnante (Ward & Stewart, 2003). « L'idée fondamentale qui sous-tend cette approche est que le moyen le plus efficace de réduire les taux de récidive consiste à identifier puis à réduire, voire éliminer, l'ensemble des facteurs de risque dynamiques propres à un individu. » (Ward & Stewart, 2003, page 354). L'empathie du thérapeute trouve sa place, au sein de ce modèle, au cœur du troisième principe, celui de réceptivité, énoncé par Andrews et Bonta (2007). Ce principe met en évidence la valeur de la relation thérapeutique dans le cadre des interventions cliniques (Ahn & Wampold, 2001 ; Wampold, 2007, cités par Andrews & Bonta 2010). La réceptivité renvoie à la capacité des intervenants à apprécier, comprendre le programme et ajuster leurs méthodes d'intervention aux accompagnés. En d'autres termes, elle repose sur le questionnement suivant : les accompagnés seront-ils capables de comprendre et d'assimiler le contenu du modèle et par la suite de modifier leur comportement ? (Ward & Stewart, 2003). Andrews et Bonta soulignent que l'efficacité de ces programmes dépend non seulement de leur contenu, mais également de la qualité de la relation entre l'intervenant et le contrevenant, incluant des attitudes telles que le respect, la compréhension et une forme d'empathie professionnelle (Bonta & Andrews, 2016). Néanmoins, l'empathie n'est pas envisagée comme une finalité en soi, un objectif de travail ou une valeur humaniste centrale. Le maintien d'un accent explicite, dans cette perspective, sur l'autocompassion ou l'empathie du thérapeute, ne constitue pas une priorité mais sera considéré comme des bénéfices accessoires (Prescott, 2022). Subordonnée aux objectifs de gestion du risque et de protection de la société, elle est considérée comme un levier fonctionnel permettant d'améliorer l'adhésion au traitement, de réduire la résistance et, in fine, de diminuer le risque de récidive (Prescott, 2022). L'empathie y est donc conçue comme un moyen d'optimisation de l'intervention notamment via une individualisation du traitement plutôt que comme un fondement éthique ou relationnel du travail pénal, illustrant les tensions persistantes entre approche actuarielle et conception plus humaniste de la réhabilitation.

1.3.3. Retour de l'approche humaniste avec le Good Lives Model

Développé en 2002 par Tony Ward, le Good Lives Model, au centre des mouvements « *How does it work ?* » ou « *What helps ?* », soumet un cadre théorique et pratique d'inspiration et à volonté humaniste, destiné à soutenir et à accompagner les individus ayant commis des actes délinquants dans la construction d'une existence plus épanouissante et satisfaisante (Brassine et al., 2025). À l'origine modèle de réhabilitation des délinquants sexuels, il constitue aujourd'hui une approche de la réhabilitation fondée sur l'identification et le développement des ressources et des capacités individuelles des accompagnés dans l'objectif de vivre une vie meilleure, vie qui est personnellement significative et socialement acceptable pour les accompagnés (Laws & Ward, 2011 ; Ward, 2002; Ward & Gannon, 2006; Ward & Maruna, 2007; Ward, Yates & Long, 2006; Yates, sous presse ; Yates, Prescott & Ward, 2010, cités par Ward et al., 2012).

Il repose donc sur l'idée que les êtres humains sont des agents intentionnels qui cherchent à satisfaire leurs besoins dans un contexte spécifique. Ainsi, le GLM aide à identifier précisément les besoins

primaires et secondaires des personnes (Dieu et al., 2021). En 2002, Ward affirme que toutes les actions humaines, y compris les comportements antisociaux ou criminels, sont liées directement ou indirectement à la satisfaction des besoins humains primaires et fondamentaux (Ward, 2002 ; Ward et al., 2025). Les besoins criminogènes sont conceptualisés comme des obstacles, qu'ils soient internes ou externes, à une existence pleinement épanouie ; ils sont donc traités dans une perspective qui met l'accent sur les ressources et les forces de chacun (Ward et al., 2012). Le GLM propose un socle structurant pour la co-élaboration, avec l'accompagné, d'un projet d'intervention à la fois crédible, individualisé, mobilisateur et porteur de sens. Celui-ci s'appuie prioritairement sur les valeurs, les aspirations et les finalités personnelles du sujet, conceptualisées comme des besoins fondamentaux ou primaires, qui orientent ses choix et donnent une direction à son engagement dans le processus thérapeutique (Brassine et al., 2025). En mobilisant les ressources, les compétences et les potentialités de l'accompagné, le GLM vise à apporter et soutenir des changements observables et durables tout en intégrant les contraintes et les obstacles liés à son environnement. Il invite à élargir et à diversifier l'approche selon les moyens d'action dont dispose la personne, désignés comme des besoins secondaires, afin de favoriser des stratégies individualisées et socialement acceptables et atteignables pour l'accompagné (Brassine et al., 2025). Dans cette perspective, la prévention de la récidive n'est pas évacuée, mais envisagée comme un objectif indirect et à long terme, découlant d'une priorité accordée au bien-être et au développement personnel, considérés comme des atouts essentiels au changement profond et durable (Brassine et al., 2025). En orientant la réhabilitation vers une approche centrée sur les habiletés, les ressources et capacités des accompagnés, le GLM a marqué un changement de paradigme majeur (Prescott, 2022).

À ce titre, il n'est pas étonnant de découvrir que Ward accorde une place non négligeable à l'empathie au sein de son modèle de réhabilitation. En effet, il n'envisage d'ailleurs pas celui-ci uniquement comme une approche générale, une philosophie de l'intervention ou un ensemble de valeurs, il l'a conceptualisé comme un cadre structuré à trois niveaux, permettant d'encadrer l'intervention de manière intégrée et cohérente (Willis & Ward, 2024). Les trois niveaux sont respectivement : le niveau des valeurs et des principes éthiques, le niveau des hypothèses sur le comportement humain et le niveau reprenant les lignes directrices pour l'intervention.

1.3.4. La place de l'empathie dans le GLM

Le premier niveau constitue le socle des interventions. Il s'appuie sur des valeurs fondamentales telles que les droits universels, la dignité humaine et la capacité d'agir. Il traduit également les finalités de l'intervention clinique. Cette orientation humaniste et positiviste trouve sa justification dans l'engagement à élaborer des plans d'intervention visant le bien-être des accompagnés selon leurs besoins (Ward & Stewart, 2003). Ward et Birgden (2007), dans leurs recherches ultérieures, ont souligné l'importance éthique du GLM en établissant un lien explicite avec les principes des droits humains et de la dignité humaine. L'empathie devient alors une valeur nécessaire au clinicien, favorisant l'établissement d'une alliance thérapeutique idéale.

En lien avec cette conception de l'empathie et la volonté d'établissement d'une alliance thérapeutique optimale, le Groupe Antigone a mené une enquête intitulée « Évaluation des activités de réhabilitation psychosociale du Groupe Antigone par les bénéficiaires » (2024). Cette dernière évaluait la qualité des interventions et des intervenants. Le questionnaire d'évaluation a été conçu en s'inspirant des savoir-être développés par Prescott, Willis et Ward (2022) dans le cadre du GLM Fidelity Monitoring Tool, outil permettant de vérifier dans quelle mesure les interventions cliniques respectent réellement les principes du GLM. Il intègre des instruments de mesure des savoir-être des cliniciens tels que perçus par les accompagnés, comme souligné par Marshall et ses collègues (Marshall et al., 2003 ; Marshall, 2005). Le questionnaire est composé à la fois de questions ouvertes et d'échelles standardisées, visant à évaluer les savoir-être du clinicien. Il mesure la présence et la perception de savoir-être tels que

l'empathie, la chaleur relationnelle, l'attitude gratifiante, le respect, la capacité à rester non-jugeant, et d'autres qualités essentielles à une pratique clinique conforme aux principes du GLM. Il fut distribué à l'ensemble des bénéficiaires à l'exception des justiciables incarcérés ne bénéficiant pas de permissions de sortie ou de congés pénitentiaires et des enfants âgés de moins de 14 ans. 29 questionnaires furent ainsi distribués. À ce stade, 15 questionnaires complétés ont été reçus, ce qui constitue la base de la présente analyse. S'agissant des qualités des intervenants, la « relation de confiance et sécurisante » apparaît comme la dimension la plus présente (score moyen de 9,47/10) et également comme la plus aidante (9,67/10). D'autres qualités sont également fortement représentées, notamment le fait d'être non-jugeant (9,47/10), ainsi que les dimensions de fiabilité, de respect et de prise en compte des valeurs culturelles et personnelles. L'empathie ne figurait donc pas parmi les dimensions spontanément mises en avant par les participants. Ces premiers résultats mettent en évidence l'importance accordée à la qualité de la relation dans l'accompagnement, tout en nuancant l'idée selon laquelle l'empathie, serait systématiquement perçue comme la plus déterminante et aidante par les bénéficiaires.

1.3.5. Conclusion

Nous pouvons constater que, quand bien même l'empathie est considérée comme un savoir-être indispensable à la relation thérapeutique selon de nombreuses études, l'enquête suggère qu'elle n'est pas systématiquement perçue comme le facteur le plus aidant dans la relation d'accompagnement au cœur d'une pratique GLM. Dès lors, ce constat invite à interroger la place et la fonction de l'empathie : s'adresse-t-elle prioritairement au clinicien, en tant que support au maintien et à l'actualisation de ses savoir-être professionnels, ou bénéficie-t-elle avant tout à la personne accompagnée, dans le cadre de la relation thérapeutique ?

Barnett et Mann (2013), à la lumière d'une analyse comparative des conceptions proposées dans la littérature, ont avancé la définition suivante de l'empathie : « une compréhension à la fois cognitive et émotionnelle de l'expérience d'autrui, entraînant chez l'observateur une réaction émotionnelle en accord avec la reconnaissance de la dignité, de la valeur intrinsèque et du droit à la compassion de l'autre » (Barnett & Mann, 2013, p.23). Nous pouvons constater que cette définition comprend à la fois les dimensions cognitives et affectives de l'empathie, ainsi que les valeurs de dignité et de compassion qui sont au cœur du GLM. Cette revue de littérature met en évidence à la fois la richesse et la complexité conceptuelle de l'empathie. En effet, si certains éléments apparaissent récurrents, particulièrement les dimensions cognitives et affectives, nous constatons une hétérogénéité non négligeable. Les études la définissent tantôt comme une valeur intrinsèque à toute relation thérapeutique, à un savoir-être indispensable à tout intervenant clinique voire à une capacité à initier chez les accompagnés. Cette dernière dimension ne sera pas discutée lors de cet écrit. Au-delà de ces divergences définitionnelles, les études ne s'accordent pas de manière définitive sur des dimensions arrêtées et claires. Cette absence de consensus quant à ces dimensions peut contribuer à une certaine confusion chez le clinicien confronté à cette complexité inhérente au concept d'empathie.

1.4. Objectifs de la recherche

Dans le prolongement de ces réflexions et du contraste entre les conclusions issues de la littérature scientifique et celles issues du questionnaire du Groupe Antigone, notre recherche vise à interroger la place de l'empathie au sein d'une pratique conforme au modèle théorico-pratique réhabilitatif du Good Lives Model. L'objectif de notre étude est d'explorer les perceptions de l'empathie des personnes accompagnées à l'instar des travaux de Marshall et al. (2003) et d'Elliott et al. (2018). Nous cherchons donc à explorer et étudier les compréhensions et représentations de l'empathie clinique chez les accompagnés du Groupe Antigone, bénéficiant d'un suivi clinique typé GLM. L'objectif est également d'examiner les dimensions de l'empathie privilégiées par ceux-ci. Privilégient-ils une compréhension

cognitive de leur expérience, une attitude émotionnelle en réponse à l'évocation de leur récit, des réactions concrètes empreintes de compassion, une forme de sympathie ou un enchevêtrement de ces derniers ? Également, dans quelle mesure ces dimensions privilégiées et perceptions de l'empathie diffèrent-elles selon les publics rencontrés ? Il s'agit donc d'examiner en détail comment ces perceptions fluctuent au sein de ces trois publics spécifiques et néanmoins interreliés que sont les victimes, les auteurs et les proches, et ce particulièrement en fonction de leurs besoins spécifiques, de leur vécu et de leur position dans le processus d'accompagnement fondé sur le GLM.

Notre question générale aiguillant notre recherche est la suivante : « *Comment l'empathie et ses dimensions sont-elles construites, interprétées et perçues par les différents publics d'accompagnés dans le cadre d'un suivi clinique fondé sur le Good Lives Model ?* », complétée par une sous-question : « *Comment ces perceptions orientent-elles les représentations et attentes des publics à l'égard de la posture du clinicien ?* »

2. Méthodologie

2.1. Type de recherche

Compte tenu du décalage observé entre l'importance donnée à l'empathie dans la littérature et les ressentis exprimés par les accompagnés du Groupe Antigone, nous avons privilégié une approche qualitative. La méthodologie qualitative, en ce qu'elle permet d'accéder à des vécus approfondis (Paillé & Mucchielli, 2016), est l'approche adaptée pour cette étude. Elle constitue en effet la méthode la plus cohérente pour recueillir les récits, vécus et expériences liés au suivi clinique des accompagnés. L'approche adoptée est également descriptive, dans la mesure où elle permet d'approfondir les ressentis des participants. La méthode qualitative permet par ailleurs de faire émerger le sens implicite, à la fois structuré et structurant, des phénomènes étudiés (Paillé & Mucchielli, 2016), appuyant ainsi notre stratégie d'analyse retenue.

2.2. Public ciblé

Le public ciblé regroupe des justiciables suivis par le Groupe Antigone, victimes, auteurs ou membres de leur entourage, ayant répondu ou non au questionnaire de satisfaction. Ce public offre la possibilité d'entrer en contact avec des personnes ayant bénéficié d'un accompagnement conforme au modèle GLM. Il présente une grande diversité de profils, tant en termes de genre, d'âge et d'origine sociale, que de type de suivi. Il est composé aussi bien d'auteurs et de victimes que de proches d'auteurs et/ou de victimes, mineurs ou majeurs.

2.3. Echantillon

2.3.1. Critères de sélection des participants

Notre étude est réalisée sur base d'un échantillon non-probabiliste par convenance avec recrutement volontaire. L'échantillon est composé de 10 participants rencontrés au cours de 8 entretiens. Les critères de participation à la recherche sont les suivants :

1. Les justiciables doivent avoir participé à un suivi, libre ou sous contrainte, avec un minimum de quatre séances auprès d'un intervenant du Groupe Antigone. Ceci permet d'interroger des répondants disposant d'une expérience de suivi suffisamment riche pour évaluer l'attitude empathique et les savoir-être du clinicien.
2. Les répondants doivent être des justiciables ayant été victimes, proches ou auteurs d'une infraction à caractère sexuel. Cette précision est nécessaire afin de maintenir la cohérence avec

le cadre conceptuel des études mobilisées dans ce travail, notamment les recherches de Marshall, Prescott et Ward, qui se sont spécifiquement intéressées à ce type de population.

3. Les personnes incarcérées ne bénéficiant pas de permissions de sortie ou de congés pénitentiaires ont été exclues de l'étude, l'anonymat ne pouvant être garanti dans ces conditions.

Aucun autre critère d'inclusion ou d'exclusion ne fut considéré dans le but de diversifier les réponses obtenues, de soutenir une analyse comparative et de veiller à l'hétérogénéisation interne des profils (Paillé & Mucchielli, 2016). Trois participants ont été respectivement recrutés pour les catégories auteurs et victimes et quatre participants furent recrutés pour la catégorie proches amenant le nombre de répondants à un total de dix. Il convient de préciser l'existence d'un lien de parenté entre deux des victimes interrogées, l'une étant la mère de la première. De même que, les quatre proches interrogés sont deux couples, parents de l'auteur et de sa victime.

Ce travail concerne en partie les violences sexuelles incestueuses. Le caractère transversal de celles-ci peut amener à des victimisations multiples au sein d'une même famille et explique donc que nos trois victimes interrogées soient également proches de victimes dans leur entourage familial. Ceci offre, cependant, l'opportunité d'examiner une méthode inhérente du Groupe Antigone : le suivi intégré. Ce dernier consiste à une intégration de multiples suivis individuels au sein d'un suivi familial, permettant à chaque membre d'une même famille de bénéficier d'un accompagnement, si il le désire, que ce soit l'auteur, la victime ou un de leurs proches.

Le genre ne fut pas un critère de sélection pris en compte dans le cadre de cette étude. Toutefois, les données issues du Moniteur de Sécurité (2024) indiquent une surreprésentation des femmes dans la victimisation de faits d'atteinte à l'intégrité sexuelle et d'inceste, tendance observée dans notre échantillon composé exclusivement de victimes de sexe féminin. Par ailleurs, les études démontrent également une prévalence majoritairement masculine parmi les AICS (IWEPS, IBSA & Statistiek Vlaanderen, 2024), tendance qui se retrouve également dans notre étude, les trois AICS étant des hommes.

2.3.2. Procédure de recrutement

La technique du « gatekeeper » (McFadyen & Rankin, 2016) a été mobilisée afin d'accéder à la population cible. Les intervenants d'Antigone ont ainsi joué le rôle d'intermédiaire, facilitant la prise de contact avec les personnes concernées. Les participants ont donc, dans un premier temps, été contactés par leur clinicien du Groupe Antigone, afin de recueillir leur accord quant à une prise de contact relative à cette recherche. Cette prise de contact préalable visait à garantir une participation volontaire et éclairée, dans le respect du cadre éthique de l'étude. Par la suite, un message fut envoyé aux participants (*cf. annexe n°1*) décrivant le contexte de l'étude ainsi que la durée approximative des entretiens. La présentation de la recherche fut par ailleurs rappelée au début de chaque entretien.

2.4. Mode de collecte des données

2.4.1. Outils de collecte des données

Notre mode de collecte de données repose sur la conduite d'entretiens semi-directifs afin de recueillir des données qualitatives. L'entretien semi-directif s'inscrit dans une démarche de compréhension et d'exploration des émotions, des perceptions et des vécus des participants (Imbert, 2010 ; Paillé & Mucchielli, 2016). Offrant à ceux-ci un espace d'expression ouvert et sécurisé, cette méthode favorise le partage de leurs expériences d'accompagnement de manière détaillée et spontanée. De plus, elle assure une structuration de la collecte des données tout en laissant une certaine flexibilité dans le déroulement des échanges et la comparaison des entretiens. Dans cette perspective, un guide d'entretien (*cf. annexe n°2*) fut réalisé. Celui-ci est composé de questions ouvertes et fermées. L'entretien

commençait par des questions fermées, destinées à lancer la discussion et à collecter des informations sur le profil et l'expérience de prise en charge des personnes accompagnées. Cependant, le guide est principalement composé de questions ouvertes élaborées de manière à structurer le discours et à permettre aux participants de partager librement leurs expériences de façon approfondie et confidentielle (Rondeau et al., 2023). Cette recherche s'appuie donc sur des entretiens individuels ainsi que sur des entretiens collectifs, ces derniers étant exclusivement conduits auprès des proches.

2.4.2. Pré-test

Un pré-test fut réalisé auprès d'un membre du public cible, préalablement à la collecte de données, afin de vérifier la compréhension des questions et d'en affiner la formulation, tout en veillant à utiliser un langage accessible et adapté aux participants. Ainsi, le terme d'intervenant clinique fut privilégié à celui de clinicien, certaines questions furent supprimées en raison de leur redondance et le terme de justiciable a été explicité au moyen d'une définition.

2.4.3. Cadre de collecte des données

La préparation de l'environnement des entretiens s'est inspirée des travaux de Corneille et Devillers (2017), mettant en avant l'influence de ses conditions sur la qualité des échanges avec les répondants. Les entretiens se sont déroulés dans un lieu de leur choix et à un moment qui leur convenait, afin de favoriser leur disponibilité et leur confort lors de la passation. Cette flexibilité dans le choix du lieu des entretiens crée un climat propice à la confiance et encourage les participants à s'exprimer librement. Ainsi, sur l'ensemble des huit entretiens réalisés, six ont eu lieu au domicile des participants, les deux autres se sont, eux, déroulés sur leur lieu d'activité professionnelle. La passation de l'entretien durait environ 40 minutes selon les répondants. Les entretiens se sont déroulés du 14 avril au 27 avril 2026.

2.5. Considérations éthiques

Du point de vue éthique, tous les participants étaient volontaires, informés de la confidentialité de l'enquête et des données récoltées. À cet égard et conformément aux principes éthiques concernant la recherche qualitative (Paillé & Mucchielli, 2016), nous avons consciencieusement invité chaque répondant à signer un formulaire de consentement (*cf. annexe n°3*). Celui-ci comprenait une description de l'étude, ses objectifs, la nature de leur participation ainsi que leurs droits en tant que participant. Par ailleurs, l'anonymat et la confidentialité des données furent soumis à une attention particulière. Celles-ci furent assurées par une pseudo-anonymisation des informations. De plus, aucune des questions du guide d'entretien ne se focalisait sur des données identifiantes, à l'exception de l'âge et du genre. Les noms évoqués lors des entretiens ont été remplacés par des pseudonymes. Ceux-ci se retrouvent aussi bien dans les retranscriptions que dans les résultats ou la discussion.

La liberté de réponse des participants, dans un contexte où les questions portent directement sur leur suivi, a été particulièrement prise en considération. Il a été rappelé au début de chaque entretien que les réponses seraient anonymes. Par ailleurs, il apparaît important de préciser ma position au sein du Groupe Antigone. En tant que stagiaire, cette position d'intégration au sein du groupe constitue une limite, dans la mesure où les participants pouvaient m'associer à l'équipe intervenante. Cette dimension sera donc à prendre en compte dans l'analyse des résultats et leur interprétation. En annexe (*cf. annexe n°4*), se retrouve un document précisant l'ensemble des mesures prises afin de limiter au maximum ce biais.

2.6. Guide d'entretien

Notre guide d'entretien est subdivisé en quatre thèmes soutenus par différents travaux scientifiques.

Le premier thème porte sur les éléments généraux relatifs aux parcours des personnes accompagnées. Nous nous intéressons ici à la collecte de données sociodémographiques tels que l'âge ou le genre ainsi

que divers aspects descriptifs. Le thème aborde aussi les caractéristiques de la prise en charge, plus particulièrement sa durée, la demande initiale de l'accompagné, le contexte d'intervention et toute une série d'éléments documentés et d'informations objectivées de parcours.

Le deuxième thème explore la définition et la perception de l'empathie en général et dans la relation d'accompagnement clinique. Ce thème permet d'identifier ce que les participants associent spontanément à l'empathie, les manifestations concrètes qu'ils perçoivent chez les cliniciens, ainsi que les éventuelles confusions avec des notions proches telles que la sympathie ou la compassion. La littérature scientifique souligne des difficultés inhérentes dans la population et plus spécifiquement chez les accompagnés à l'identification de manifestations concrètes d'empathie et à la formulation de définitions consensuelles, comme l'illustrent les travaux de Mormont (2019) et d'Elliott et al. (2018).

Le troisième thème correspond aux perceptions des accompagnés sur les savoir-être du clinicien, la place de l'empathie dans le suivi clinique et ses dimensions. Celui-ci permet de repartir de l'étude de satisfaction du Groupe Antigone qui s'attachait à évaluer la qualité des interventions et des intervenants, notamment sur les savoir-être de ces derniers développés par Prescott, Willis et Ward dans la première section du GLM Fidelity Monitoring Tool (Prescott et al., 2022). D'autres travaux fondateurs ont servi de piste de réflexion, particulièrement le travail de Marshall et al. (2003), dans le cadre duquel un ensemble élargi de compétences relationnelles sont étudiées comme l'empathie ou la confiance, ainsi que les habiletés suivantes : l'usage de questions ouvertes, le renforcement positif, l'humour, la flexibilité et une certaine directivité. L'étude de Mathys et Claes (2020) évoquant les dimensions de l'empathie fut pareillement mobilisée avec l'objectif d'identifier les dimensions de l'empathie que les accompagnés perçoivent comme étant les plus soutenantes ou aidantes au départ de leur récit de suivi.

Le quatrième et dernier thème approfondit le rôle que peut avoir l'accompagné dans l'établissement d'une alliance thérapeutique empathique. Dans notre revue de littérature, l'empathie est apparue comme un processus relationnel coconstruit, influencé par les caractéristiques des accompagnés et les contextes d'intervention (Walborn, 1996 ; Wampold, 2015 ; Elliott et al., 2018). Ainsi, ce thème explore la variabilité inter-publics et son implication pour la posture clinique ainsi que le rôle actif de l'accompagné dans la co-construction de l'empathie.

2.7. Plan d'analyse des données et stratégie d'analyse

Dans un premier temps, l'analyse des données de cette étude repose sur l'examen des retranscriptions rigoureuses et fidèles des enregistrements des entretiens. Sur la base de ces retranscriptions, un tableau récapitulatif (*cf. annexe n°5*) fut réalisé afin de faciliter l'analyse. Cette approche permet de retenir les informations essentielles. Nous avons opté pour une démarche principalement inductive, fondée sur l'analyse thématique réflexive de Braun et Clarke (2006). Cette méthode implique un développement progressif et tardif des thèmes étudiés (Braun & Clarke, 2020). Elle implique également une analyse verbatim par verbatim. La réflexivité au cœur de l'analyse renvoie à la réflexion critique du chercheur de ses valeurs, de ses choix et de ses présupposés tout en évaluant leur impact sur le processus (Finlay & Gough, 2003). Nous nous sommes, pour cette analyse, inspirés du modèle à six étapes de l'analyse thématique réflexive développé par Braun et al. (2022) dont vous trouverez en annexe un résumé. (*cf. annexe n°6*)

3. Résultats

3.1. Description de l'échantillon

Notre échantillon se compose de dix participants répartis en trois catégories : des victimes, des auteurs et des proches. Une certaine diversité générationnelle et de genre s'en dégage, celui-ci comprenant six

femmes et quatre hommes âgés de 18 à 74 ans. Les participants bénéficient de suivis thérapeutiques d'une fréquence variable majoritairement mensuelle (n=8) dans des temporalités allant de plusieurs mois à plusieurs années. Un tableau présentant notre échantillon se retrouve dans nos annexes (*cf. annexe n°7*). Les modalités de prise en charge diffèrent en fonction des profils : cinq prises en charge sont effectuées de manière autonome et intégrative, deux sont réalisées sous contrainte judiciaire tout en restant intégratives, et trois interventions sont conduites sous contrainte et de façon individuelle. Pour préserver l'anonymat et faciliter la lecture, les participants seront référés par « (P.) » dans les extraits et analyses.

Notre échantillon contient trois auteurs ayant délibérément commencé un suivi en amont de l'obligation judiciaire : *« Au début, il était libre. Et après, vu qu'il y a une obligation de suivi, il est entre guillemets sous contrainte. Mais il a toujours été voulu de ma part à la base. »* (P.6). Le nombre de participants demeure restreint en raison de la dimension intime et sensible des expériences évoquées et du nombre réduit de personnes au sein du public ciblé : *« Ben, moi je dirais c'est indicible, parce que... C'est, c'est très compliqué, c'est très difficile et c'est... C'est quelque chose qui marque au fer rouge. »* (P.7). Cette difficulté à verbaliser certaines expériences peut également constituer un frein à la participation à ce type de recherche. Cinq suivis, dont deux réalisés en couple, sont par ailleurs intégratifs : *« Ben ici, déjà c'est le côté prise en charge victime et auteur de faits sexuels. Et ayant moi-même été victime, mon fils ayant été victime et auteur, ben voilà, ils ont repris les choses en main ici. »* (P.1).

3.2. Présentation des matériaux

Nous appuyant sur une analyse thématique réflexive, nous avons dégagé les différents thèmes suivants.

3.2.1. L'empathie et ses concepts connexes pour les accompagnés : difficultés définitionnelles et de perceptions

3.2.1.1. *Perception de l'empathie : une assimilation à l'identification et maintien d'une distance émotionnelle*

Cette thématique s'appuie sur la capacité des accompagnés à proposer une définition de l'empathie se rapprochant de celles développées dans la littérature scientifique et leur capacité à identifier des situations au cours desquelles elle était exprimée. L'analyse des entretiens réalisés auprès des participants met en évidence une compréhension du concept d'empathie généralement difficile, bien que variable selon les individus. Parmi les éléments récurrents mis en avant, plusieurs caractéristiques ressortent :

- Assimilation à la capacité d'identification à autrui : la majorité des participants (P.1, 2, 3, 6, 9, 10) définit l'empathie comme une capacité à ressentir les émotions et souffrances vécues par autrui. *« Pour moi, l'empathie, c'est la capacité de se mettre à la place de l'autre et d'être capable de comprendre ce que l'autre peut sentir suite à une situation. »* (P.6). Leur définition intègre toutefois la notion de distance émotionnelle : *« L'empathie, c'est ressentir le sentiment de l'autre avec une certaine distance. »* (P.2).
- Difficulté à définir le concept : deux participants, tous deux auteurs (P. 4 et 5) n'ont pas été en mesure de donner une définition de l'empathie : *« Alors, je n'ai pas tellement la définition de l'empathie. Je... Je ne sais pas. Je ne, je ne la, je ne comprends pas. Je ne sais pas répondre. »* (P.5)
- Enfin, deux participants (P.7 et 8), proches au sein de la même situation, semblent associer l'empathie à la capacité à adéquatement verbaliser la situation d'autrui, sans pour autant impliquer une compréhension complète ou une expérience partagée de cette réalité. *« On peut avoir de l'empathie sans vraiment comprendre. J'ai l'impression qu'il y a des gens qui connaissent le problème et qui peuvent en parler, bien parler de ça. Mais c'est tout. »* (P.7)

La majorité des répondants (P. 1, 2, 3, 4, 6, 9 et 10) a considéré l'empathie comme étant intrinsèquement liée à une dynamique d'aide : « *Je vais me mettre avec une certaine empathie, me mettre à sa place, mais pas trop l'être, pour pouvoir venir en aide à ses besoins.* » (P.2)

3.2.1.2. Perception de la sympathie et de la compassion dans une dimension sociale

Trois de nos participants (P.2, 7 et 8) ont su donner une définition de la sympathie proche de celle développée dans la littérature scientifique : « *C'est une implication. Sans mettre de distance et vraiment ressentir les émotions de la personne.* » (P.2). Deux proches (P.9 et 10) ont exprimé une dimension d'aide intrinsèque au concept de sympathie : « *Dans l'empathie, vous cherchez en même temps à comprendre. Tandis que dans la sympathie, vous ne cherchez pas à comprendre. Vous donnez et c'est tout.* » (P.9), « *L'empathie, c'est tendre la main. Et la sympathie, c'est donner un coup de main.* » (P.10). Les autres répondants (P.1, 3, 4, 5 et 6) l'ont associée à la politesse, le sourire et la convivialité : « *C'est pouvoir apporter un petit mot doux, un petit sourire, déjà rien que le fait de dire un petit bonjour, [...] pour moi c'est ça la sympathie, c'est être sociable, convivial.* » (P.1).

La définition de la compassion fut difficile à amener pour l'ensemble de nos participants. Considérée comme supérieure à l'empathie dans l'engagement, elle implique un partage affectif face à une douleur exprimée pour huit participants (P.1, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10). « *Pour moi, c'est un niveau plus haut que l'empathie.* » (P.6), « *C'est que dans la compassion, je pense qu'il y a quand même quelque chose de plus, dans l'empathie, le côté affectif ne rentre pas que dans la compassion, pour moi, il y a un côté affectif* » (P.1). Nos participants témoignent d'une certaine aversion envers la compassion dans le contexte clinique, témoignant soit d'une absence soit d'une surimplication dans leur vécu. Elle est alors perçue comme nocive à l'alliance thérapeutique. « *Pour moi, l'empathie demande une intervention, que la compassion, on peut avoir une compassion sans automatiquement rentrer dans l'intervention* » (P.6), « *Je ressens ça comme de la pitié en fait. Donc j'ai une sainte horreur de ça. La compassion c'est : oui oh t'as de la peine enfin mais il n'y a pas... Enfin, j'ai pas l'impression qu'il y ait de l'implication personnelle dans la compassion.* » (P.3), « *Elle a de l'empathie, mais elle a de la compassion. Et donc, de ce fait-là, enfin moi, en tout cas, ça me freine parce que j'ai pas... entre guillemets, on n'a presque pas envie de blesser la personne qui va nous aider quoi.* » (P.9).

3.2.2. L'empathie clinique entre co-construction relationnelle ou posture générale individuelle du clinicien

3.2.2.1. Perception de l'empathie clinique : verbalisation nécessaire et manifestations explicites ou évidence d'une posture relationnelle implicite du clinicien

Cette thématique explore la manière dont les participants perçoivent l'expression de l'empathie dans le suivi clinique à travers l'alliance thérapeutique. Elle cherche à déterminer si les accompagnés perçoivent une responsabilité dans l'établissement de l'empathie clinique.

Pour six participants (P.2, 4, 5, 6, 9, 10), l'empathie clinique des intervenants du Groupe Antigone n'est pas perçue à travers des situations précises ou des caractéristiques cliniques spécifiques. Ils associent l'empathie davantage à une posture générale adoptée par leur clinicien. « *Non moi, je pense qu'une personne est empathique à la base ou pas. Je pense que c'est une qualité qu'on a ou pas. Pour moi, je pense qu'on est soit on est empathique, soit on est peu, soit on est beaucoup, plus ou moins.* » (P.6)

Pour les quatre autres (P.1, 3, 7, 8), l'empathie se manifeste davantage par des mots, l'écoute, la disponibilité ou la recherche active de solutions. « *[...] par la parole, beaucoup, ils nous manifestent, ben voilà...Ils le disent, qu'ils nous comprennent enfin, et ils essayent de trouver des solutions avec*

nous pour régler les problèmes quoi voilà, ils sont très, très, très à l'écoute et fort, fort dans la recherche d'aider, d'aider à résoudre le problème qui est présent au moment où... » (P.1)

Enfin, pour sept participants (P. 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10), le premier contact est primordial. Comme l'exprime l'un d'eux : « *Le premier contact. Quand tu vois tout de suite avec le premier contact, quand ça marche ou ça marche pas.* » (P.5).

3.2.2.2. *Le rôle de l'accompagné, engagement et refus de passivité*

Malgré cette distinction dans les perceptions de l'empathie clinique, l'ensemble des participants semble reconnaître que celle-ci ne repose pas exclusivement sur le clinicien. L'établissement d'une relation empathique apparaît également impliquer une responsabilité de la part de la personne accompagnée.

Cinq participants (P. 2, 7, 8, 9 et 10) soulignent la nécessité de demander de l'aide comme une première étape du parcours thérapeutique et de réhabilitation. « *Déjà pour demander de l'aide, il faut déjà faire un grand pas en avant.* » (P.10). Une participante souligne également l'importance d'une disposition personnelle au changement et à l'écoute : « *Le fait d'être prête à écouter ce qu'il me dit, même si ce n'est pas toujours dans mon sens. Et le fait d'accepter de vouloir aller mieux. Parce qu'il m'a toujours dit, pour être mal, tu peux le faire seule. Moi, je suis là pour te donner des solutions et t'aider à régler tes problèmes. Être en dépression ou être mal, tu peux le faire toute seule.* » (P.2).

Neuf des dix participants (P. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 et 10) soulignent la volonté et la nécessité d'engagement actif de ceux-ci dans le suivi rejetant l'idée d'être de simples receveurs de conseils et de solutions apportés uniquement par le clinicien. Les participants mettent en avant l'importance de la réflexion personnelle, de la remise en question et du travail réalisé en dehors des séances : « *Ma part de responsabilité, c'est de collaborer. [...] Il faut pouvoir être capable de réfléchir à ce qu'on a discuté. Il faut pouvoir être capable de se remettre en question. Il faut pouvoir être capable de faire sa part entre les [...] séances de psychologie. Il faut pouvoir être capable de s'analyser, de s'auto-analyser, de pouvoir remettre les choses en question, de pouvoir se dire : ah ben tiens, ça, il avait raison. Il faudrait peut-être que j'agisse comme ça.* » (P.1).

Pour cinq participants (P.3, 5, 6, 7 et 8), la sincérité était soulignée comme étant leur principale part de responsabilité dans le cadre du suivi. « *La sincérité joue beaucoup. Je ne vais pas dire qu'il y a d'autres trucs, mais être sincère.* » (P.5) La sincérité était jugée essentielle pour instaurer un climat de confiance. « *Sans confiance, on va nulle part.* » (P.3)

3.2.3. Dimensions de l'empathie privilégiées dans les récits de suivi : une certaine homogénéité au prisme des publics

La thématique suivante analyse les dimensions de l'empathie privilégiées par les accompagnés au cœur des récits de suivi.

Six participants, dont les trois auteurs, deux proches et une victime (P.2, 4, 5, 6, 9 et 10) privilégient principalement une forme d'empathie cognitive. « *Au lieu de dire : ben non, c'est comme ça, vous venez à telle heure point ou sinon tant pis pour vous, ben non, c'était, ben oui, je comprends. Donc, vous voyez, ce je comprends, pour moi, il y avait vraiment une empathie à la situation.* » (P.6) Dans cet exemple, l'empathie se manifeste principalement à travers une reconnaissance et une compréhension de la situation vécue par la personne accompagnée, davantage que par une implication émotionnelle explicite du clinicien.

Deux des trois victimes (P.1 et 3) valorisent la dimension affective. Dans leur récit, l'importance est accordée au sentiment d'être émotionnellement compris, entendues et accueillies dans leur souffrance. L'empathie se manifeste alors à travers des attitudes relationnelles traduisant une sensibilité

émotionnelle, une écoute attentive et une reconnaissance du vécu affectif de la personne accompagnée. « *Quand j'ai pris la décision de faire appel à Antigone et que j'ai eu [intervenant d'Antigone 1], que j'ai vu la hargne de [intervenant d'Antigone 1] et que [intervenant d'Antigone 1] m'a donné matière à travailler, à réfléchir et tout ce qui s'ensuit, j'ai vu que j'ai fait un bon et j'ai bien avancé* » (P.1). La sensibilité affective et la contagion émotionnelle de l'intervenant est identifiée par notre participante à travers son attitude décrite comme hargneuse ci-dessus.

Enfin deux participants (P.7 et 8), tous deux proches de la même situation, semblent davantage privilégier une forme d'empathie compassionnelle. Dans leur récit, l'empathie est principalement valorisée lorsqu'elle s'inscrit dans une dynamique active de soutien, d'écoute et d'aide concrète. « *Tandis qu'ici c'est, on sent que c'est une aide qui nous écoute et qui est bienveillante.* » (P.7). L'empathie apparaît ici étroitement liée à une posture bienveillante et à une implication relationnelle orientée vers l'accompagnement et le soutien de la personne.

3.2.4. Posture du clinicien : de guide à conseiller, une posture changeante selon les besoins des accompagnés

Cette thématique explore les représentations que les publics perçoivent d'un clinicien aidant en lien avec leurs besoins, leurs difficultés et leur compréhension de l'empathie dans l'alliance thérapeutique.

3.2.4.1. Auteurs : une approche humaniste face aux difficultés du vécu carcéral

Les trois auteurs (P.4, 5, 6) insistent sur la posture d'un guide humaniste favorisant l'établissement d'un cadre d'écoute, d'une relation de confiance et d'un environnement propice à la libre parole permettant d'outrepasser la culpabilité, les sentiments de tristesse et les difficultés du milieu carcéral. « *Quand on est dans la peine, quand on est dans la tristesse, quand on est dans la culpabilité, quand on est dans tout cet univers, [...] comme ça, d'être coupable, je vais dire, c'est de dire, mais en fin de compte, comment pas se justifier, mais comment essayer de s'en sortir, et c'est important de, de creuser point par point, on va dire comme ça, plutôt que de survoler un peu tout là, [...]* » (P.4).

L'instauration d'un climat de confiance s'accompagne d'une attitude non jugeante, considérée comme essentielle par les auteurs afin de permettre l'expression de récits de vie, et ce davantage lorsque ceux-ci se placent en désaccord avec la vérité judiciaire, ou mobilisent des expériences personnelles intimes. « *Quand je suis arrivé, je lui ai dit, ben voilà, moi je ne reconnais pas les faits. Elle me dit, mais c'est pas ce qui est important pour moi. Donc, ce qui est important pour moi, c'est d'analyser la situation qui vous a amené à où vous êtes aujourd'hui. Donc ça, déjà, ça met en confiance. On se dit déjà, ok, on est face à quelqu'un avec qui on peut discuter, qui va pas se braquer, avec qui on n'est pas dans une espèce de surenchère permanente. Et à ce moment-là, oui, on a pu discuter.* » (P.6). L'intervenant clinique endosse alors la figure d'une personne référente non jugeante. Une posture qui, comme nous le verrons dans la partie relative aux freins institutionnels, demeure relativement rare dans le milieu carcéral : « *Et ça m'a aussi permis de pouvoir l'avoir comme personne référente, dans le sens où si j'avais un souci, je savais que je pouvais aller directement vers elle sans dire, oui, mais si je dis ça, ou je suis pas bien, comment elle va le prendre, comment elle va l'anticiper, comment est-ce qu'elle va le voir, comment est-ce qu'elle va me juger ?* » (P.6). Un des auteurs aborde la question des récits intimes : « *Oui, il y a eu une écoute et, et j'ai pu faire part de mes ressentis sexuels, mais j'ai pu parler de ce domaine-là, et donc, c'était la première fois, en fait. Et c'est pas évident de parler des choses comme ça, des fois de ressentir des choses que d'autres personnes ne ressentent pas, ne sont pas comme on est, et de dire voilà est-ce que je suis, est-ce que je suis anormal en n'étant pas nécessairement comme les autres personnes ? Et tout ça, voilà.* » (P.4).

Le professionnalisme et le respect des rendez-vous est également souligné par l'un d'eux comme permettant d'apporter une stabilité nécessaire à la vie carcérale : « *Pour moi, c'est d'assurer le suivi de manière... Dans le même sens, d'assurer les rendez-vous, d'assurer une certaine, pour moi, de stabilité dans les rendez-vous. Je veux dire, par-là, ne pas les déplacer toutes les deux minutes. [...] Parce que là, ça peut apporter, pour moi, un espèce de malaise, de l'instabilité, dont on n'a pas besoin quand on sort de prison. Justement, ce qu'on a besoin, c'est de stabilité.* » (P.6)

3.2.4.2. Victimes : soutien, guidance et confrontation bienveillante

Pour les victimes (P.1, 2, 3), le clinicien est davantage perçu dans une posture de guide permettant d'outrepasser la solitude vécue par l'expérience victimaire : « *Par exemple, si je suis vraiment perdue, il va mettre des choses en place pour me guider. Mais sinon, en général, on en parle tous les deux et on essaie de trouver quelque chose qui pourrait me convenir.* » (P.2). Ceci permet d'outrepasser des sentiments de solitude : « *De ne pas être seule. [...] De ne pas être perdue. Bah, d'avoir un peu une main qui te guide.* » (P.2).

Les trois victimes mentionnent avoir une relation de soutien et de proximité avec leur clinicien. Cette proximité se traduit par une relation décrite comme accessible, soutenante et parfois informelle : « *Parce que quand il vient, c'est pas forcément quand j'ai un problème, on peut se voir pour discuter de tout ou de rien.* » (P.2). Elle peut également s'exprimer à travers un langage direct, l'usage de l'humour, d'identification ou de confrontation perçue comme bienveillante : « *On aurait dit ma pote qui me dit maintenant t'arrêtes tes couilles là parce que je vais t'enfermer quelque part, donc je vais t'assommer. C'était limite ça quoi donc ouais j'ai adoré ce moment.* » (P.3).

La posture de soutien du clinicien aide à structurer la réflexion et à avancer dans le processus thérapeutique, et ce à travers des interventions perçues comme rassurantes, orientées vers la compréhension du vécu. « *Avant, je démarrais dès qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas, il m'a déjà demandé de réfléchir à ce que je pouvais mettre en place pour tenter de... de trouver des solutions pour... pour aplanir cette colère, pour dégager cette colère, au lieu de l'exprimer de manière agressive et verbale, de réfléchir à comment je pouvais... [...] à ce que je pouvais mettre en place pour justement faire sortir cette colère sans pour autant être agressive. Et ben voilà, j'y ai réfléchi, on en a discuté, il y avait des choses qui étaient bonnes, des choses qui étaient un peu bancales.* » (P.1). Une attention toute particulière est mentionnée sur le renforcement des avancées positives : « *Oui, c'est vrai, quand j'ai réussi mes stages, il m'a félicité beaucoup, etc. Oui, et aussi, il essaie beaucoup de m'aider sur le fait d'être fier de moi.* » (P.2).

Par ailleurs, les victimes soulignent également l'importance d'un accompagnement à la fois bienveillant et structurant, dans lequel le clinicien alterne entre écoute, reformulation et interventions plus directives lorsque cela est jugé nécessaire. Cette articulation entre soutien et directivité ou attitude cadrante est illustrée par des propos tels que : « *Oui et en même temps elle a pas mâché ses mots, elle a été cash [...] Et oui le fait que j'avais pas l'impression de parler avec une psychologue à ce moment-là.* » (P.3).

3.2.4.3. Proches : une posture d'écoute, de professionnalisme et de conseiller judiciaire face au sentiment d'isolement et d'incompréhension

Les proches (P. 7, 8, 9 et 10) manifestent une importance particulière à la posture professionnelle du clinicien soulignant l'importance d'utiliser des termes jugés adéquats, de bons diagnostics et à démontrer une connaissance concrète des réalités judiciaires et familiales : « *Et puis [...] je sens qu'il connaît aussi son, il connaît son métier, mais qui ne m'emmène pas en bateau parce que, ça je lui ai dit, j'en ai connu beaucoup qui, qui ne partagent pas ma conception des choses.* » (P.7).

Cette reconnaissance implique la capacité chez le clinicien à normaliser certaines expériences sans les minimiser afin de réduire les sentiments d'isolement et d'incompréhension ressentis par les quatre proches rencontrés au cours de cette étude : *« J'avais peur, enfin pas peur, mais j'avais l'impression qu'on n'allait pas être compris parce que c'était le genre de choses qui n'arrivaient jamais. Or, en fait, quand la dame m'a dit, et c'est con, mais si vous saviez dans le nombre de maisons que ça arrive, je me dis : ah donc en fait que c'est des gens qui nous comprennent quoi. C'est des gens qui savent ce qui se passe dans les maisons, et c'est des gens qui peuvent nous aider, puisqu'ils savent. »* (P.9), *« On est à vif, on est écorché donc la moindre chose qui blesse, ben on s'en écarte un peu donc [...] Et c'est comme ça qu'on se retrouve quand même fort seul. »* (P.7).

Ce sentiment de solitude est atténué par l'aptitude du clinicien et des intervenants incluant également les proches dans la situation de victimisation notamment via l'approche intégrative du Groupe Antigone. *« Et je veux dire, ils prennent autant soin de vous que de la victime. Du point de vue... psychologique. »* (P.10). La posture adoptée par le clinicien inclut également l'accompagnement juridique des quatre proches concernés, afin de les soutenir face à la complexité et la méconnaissance des différentes étapes judiciaires auxquelles ils sont confrontés : *« Mais vous vous dites, vous en tant que... Vous n'avez jamais eu de rapport avec la justice. Vous n'êtes déjà jamais passé dans un tribunal. Vous n'avez jamais été condamné. Vous n'avez jamais approché une porte de prison, encore moins d'IPPJ. Et donc, vous, quand vous arrivez devant des portes de ce truc-là, vous vous dites que là derrière, tout est interdit. »* (P.9). Le clinicien devient alors également un conseiller. Cette fonction de guidance apparaît d'autant plus importante dans un contexte marqué par un sentiment d'abandon ou d'insuffisance du soutien institutionnel. Le clinicien contribue alors à rendre la situation plus compréhensible, à travers une posture jugée à la fois accessible, rassurante et bienveillante : *« Donc, mais, aussi un, un conseiller. Parce que, moi je me rends compte qu'on ne connaissait rien là-dedans donc il y a quand même, c'est ce que j'avais demandé à l'avocat et que j'avais osé lui dire mais on n'y connaît rien, aidez-nous. Et ça n'a pas été fait quoi. Là c'était bien plus grave. »* (P.7).

Le clinicien est perçu dans une posture confrontante ou directive, capable de susciter une réaction et d'encourager une implication et une réflexion plus active dans la relation thérapeutique. Cette confrontation est néanmoins décrite et perçue comme saine et utile. Elle favorise l'expression personnelle et la prise de position de l'accompagné plus discret lors d'une intervention intégrative : *« Je vous emmerde, hein, quand je vous pose ma question. Parce qu'il dit, je vois bien que ça vous arrange, que c'est Mme qui tient le crachoir, mais vous, mais vous vous en pensez quoi ? Mais vous, vous... Et ça, même si... [...] Oui. Il vous fait... Il vous secoue un peu, il vous fait réagir là, c'est ça. »* (P.10). Les participants soulignent l'importance de cette confrontation donnant l'opportunité de verbaliser le vécu et leur émotion dans un espace où leur parole est reconnue comme légitime et entendue *« Parce que mine de rien, quand on traverse autant d'émotions, s'exprimer, qu'on vous en donne le droit ou pas, c'est important »* (P.9).

Les proches (P. 7, 8, 9 et 10) privilégient enfin une écoute de la part du clinicien sans pour autant apporter des conseils normatifs perçus comme intrusifs : *« Moi je dirais d'un, d'une oreille qui écoute. Ça c'est primordial pour moi. Ça c'est primordial. Parce que, moi je crois franchement que personne ne trouvera la solution pour nous. Et j'ai pas envie qu'on nous la donne. C'est ça aussi que j'ai peur des intervenants qui sont trop intrusifs parce qu'on a notre temps et on a notre, notre vie, notre famille. J'aimerais pas qu'on nous dise mais vous devez faire ça avec les autres. On ne saura pas, personne ne peut le dire. Moi je connais mes enfants et je sais bien que si je fais comme ça ben ça n'ira pas »* (P.7). Ils valorisent davantage un espace permettant la verbalisation, la réflexion et l'élaboration personnelle du vécu : *« Au début, il nous donnait des clés, des chemins à suivre ou quoi ou qu'est-ce, puis ça s'est transformé par : on réfléchit nous-mêmes et puis sur la fin, on propose des solutions. »* (P.10).

3.2.5. L'intervention clinique d'Antigone face aux freins institutionnels, « une bouée de sauvetage »

Les obstacles institutionnels à l'établissement d'une alliance thérapeutique sont principalement évoqués par les deux auteurs ayant connu une incarcération (P.5 et 6) et les quatre proches d'AICS (P.7, 8, 9 et 10). Ces freins, dans notre étude, émergent aussi bien dans les établissements carcéraux que dans une IPPJ. Dans ce contexte, le Groupe Antigone est perçu comme apportant une intervention aidante et rassurante : *« Comme j'ai un jour expliqué à ma sœur par rapport à toute l'histoire, je lui ai dit, le tsunami est rentré dans la maison. Moi, tout ce que j'ai fait, c'est attraper une planche de surf, histoire de pouvoir garder la tête hors de l'eau et rester au-dessus de cette vague et pas tomber en dessous. [...] C'est là qu'on découvre Antigone [...] qui a été plus qu'une bouée de sauvetage. »* (P.9).

Pour deux des proches et un des auteurs (P.6, 9 et 10), les personnes habilitées à reconnaître le travail du Groupe Antigone ont refusé de le faire. *« Ça vient du SPS où ils ne voulaient pas la reconnaître. En tant que, en tant que... Ils ont eu du mal à accepter que ce soit elle qui fasse mon suivi, parce que justement. Il y a une remise en question de l'incapacité au Groupe Antigone à suivre mon dossier. En disant, finalement, ce qu'il prêche, c'est plus votre bien-être plutôt que le suivi de fond. Mais... Non, mais c'est ce qui a été dit par le SPS. »* (P.6), *« Et elle ne voulait pas convier Antigone. Enfin, je crois que la juge elle-même ne croyait pas en Antigone. Enfin, je ne sais pas trop. On a du mal à comprendre la position de, de, de la justice avec un grand J. Parce que quand on est en face d'eux... Enfin, moi, en tout cas, demain, je dois revivre un épisode comme ça. Je réfléchis à deux fois avant d'appeler le 101. Et je réfléchis à deux fois à faire confiance à la justice. Je ne fais plus confiance à la justice. »* (P.9).

Pour les deux auteurs ayant connu une incarcération (P.5 et 6), ils décrivent une approche jugeante et autoritaire limitant l'instauration d'un climat de confiance et la possibilité d'une parole authentique auprès du service psychosocial de leur établissement carcéral. Dans ce contexte, les interventions sont vécues comme centrées sur le contrôle de leur temps carcéral ou la reconnaissance des faits davantage que sur la compréhension du vécu ou l'accompagnement de la personne : *« Dès le départ, vous êtes catalogué, c'est voilà. Je dis mais non, enfin je ne l'ai pas fait, je ne l'ai pas fait. Vous êtes pas là pour me juger, j'ai été jugé déjà. Donc voilà, donc il y a... Ils se braquent et ils vous font un mauvais dossier. Ce qui vous bloque pour la suite. Parce qu'il y a un jugement, justement. Alors, vous avez l'impression d'avoir une double peine. »* (P.6). Le Groupe Antigone dans son approche ne poussant pas à la reconnaissance de la faute apparaît alors comme aidant et propice à l'alliance thérapeutique. *« C'est ça où je pense que le Groupe Antigone est extrêmement important par rapport à un autre suivi. Où là, par contre, c'est plus du... Il faut pousser à la reconnaissance de la faute. »* (P.6).

Pour un couple de proches ayant connu le système IPPJ (P.9 et 10), il regrette une approche davantage centrée sur la réduction du risque de récidive au détriment d'une prise en compte du vécu familial. Les relations avec le personnel, la direction et les équipes psychosociales, ces dernières perçues comme imposante et jugeante, sont décrites comme conflictuelles. *« Vous croisez des psychologues qui n'ont aucune psychologie. [...] Enfin je pense qu'on a affaire à une justice qui a tellement de récidivistes qu'on voyait clairement, par moments, que les gens n'allaient pas dans notre sens parce qu'ils avaient peur qu'en cas de récidive, ce soit eux qui tombent. »* (P.9), *« Mais ce qu'il y a aussi, c'est que la psychologue de l'IPPJ, elle nous disait que vous devez nous faire confiance dans le sens... [...] Vous n'avez pas le choix. »* (P.10).

Enfin, une victime (P.1) relate l'absence de collaboration des intervenants du SAJ décrit comme normatif, jugeant et imposant des conditions dont ils n'ont pas les prérogatives légales. *« Pas de collaboration de la part du SAJ pour faire avancer le dossier, donc j'ai décidé de faire monter le dossier au SPJ. »* (P.1)

3.2.6. La disponibilité comme savoir-être privilégié et témoin d'empathie

Un thème émergent de cette étude est l'importance accordée par les accompagnés à la disponibilité de leur clinicien. Celle-ci est vue comme aidante, soutenante et accordant une place à l'accompagné dans le suivi. La disponibilité est alors perçue comme une compréhension empathique à la situation des accompagnés.

Cette disponibilité se dégage dans la disposition du Groupe Antigone de répondre dans les 12 heures à toute demande de leurs accompagnés : *« Moi, je dirais, c'est quand je ne suis pas bien que je peux l'appeler n'importe quand et qu'il répondra dans les 12 heures. Et que ce n'est pas seulement durant les entretiens que je peux compter sur lui, mais vraiment tous les jours. »* (P.2). Ceci est vécu comme aidant pour l'instauration d'une alliance thérapeutique auprès des accompagnés et engage directement le clinicien dans une dynamique d'aide continue. Cette disponibilité fut citée par huit participants (P.1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10) lors du récit d'interventions décrites comme aidantes et soutenantes par leur clinicien. *« Ici, voilà, j'ai déjà rencontré des difficultés avec Mathéo où j'ai téléphoné carrément à [intervenant d'Antigone 2] parce que je n'arrivais pas à gérer et [intervenant d'Antigone 2] a été tout à fait adéquate dans sa prise en charge, même par téléphone, de se mettre à ma place et d'essayer de m'aider à répondre à ce que, à pouvoir mettre en place [...] Les choses adéquates pour régler le problème que je vivais avec Mathéo. »* (P.1), *« Et je l'avais vue le jour avant et je lui ai envoyé un message pour lui dire que je voulais arrêter les séances psy, etc. et j'étais déterminée à me foutre en l'air en fait. Et alors dès qu'elle a eu le message, elle a téléphoné. [...] C'est là que je me suis rendu compte qu'elle me connaissait déjà et que, que je pouvais lui faire confiance en fait. Que dans un simple message elle avait compris que j'étais en train de la baratiner comme une merde et que... »* (P.3).

Cette disponibilité se remarque également dans l'adaptation du suivi par les intervenants aux emplois du temps ou demandes spécifiques des accompagnés. *« Elle s'est toujours arrangée pour que je ne sois pas stressé par rapport à mes horaires de bracelet électronique. [...] Une disponibilité et une attention particulière à ce que, vraiment, je ne subisse pas un stress trop important dans les horaires de bracelet. [...] Au lieu de dire : ben non, c'est comme ça, vous venez à telle heure point ou sinon tant pis pour vous, ben non, c'était, ben oui, je comprends. Donc, vous voyez, ce je comprends, pour moi, il y avait vraiment une empathie à la situation. »* (P.6).

La disponibilité doit cependant être associée à une écoute attentive centrée sur l'aide afin d'être considérée comme bienveillante. *« Donc, il a une disponibilité incroyable. Ça, ça a énormément joué. [...] Une écoute, on peut lui téléphoner n'importe quand. On a su que [intervenant d'Antigone 1] avait été malade. Et malgré tout ça, il n'a laissé personne sur le bord de la route. [...] Il est au-delà d'une conscience professionnelle. Il n'est pas là que pour son boulot. On voit qu'il y a vraiment quelque chose derrière. Une conviction. [...] Et c'est très interpellant et surprenant quand vous êtes, quand vous êtes aidés comme ça et que, enfin surtout que c'est quelqu'un qui est à la base mandaté par la justice pour nous [...] Il n'y a rien qui, il pourrait faire un 8-17 entre guillemets. Et il nous dit ben non, je suis là le dimanche et s'il faut, vous m'appellez. [...] Et c'est là que vous vous dites waouh, on a quelqu'un à nos côtés et quelqu'un avec des majuscules. »* (P.9).

4. Discussion

4.1. Présentation des résultats

Les résultats obtenus permettent de répondre à notre question de recherche mais également d'identifier un thème émergent. Dans un premier temps, ces résultats mettent en évidence la perception et les dimensions de l'empathie privilégiées par les accompagnés du Groupe Antigone. Dans un second temps,

ils soulignent les postures du clinicien valorisées par les accompagnés selon leur profil de justiciable. Ces postures sont valorisées en regard des besoins des accompagnés, de leurs situations judiciaires et des éventuelles tensions ou difficultés rencontrées dans leur épisode judiciaire. Au vu de la littérature foisonnante concernant la place de l'empathie dans le suivi clinique, cette étude peut sembler anodine et peu novatrice. Toutefois, en s'intéressant spécifiquement aux dimensions de l'empathie privilégiées selon les publics rencontrés ainsi qu'à la place accordée au clinicien, elle apporte un éclairage plus nuancé sur les attentes relationnelles et les dynamiques d'alliance thérapeutique au sein de ce type de prise en charge.

L'empathie et ses concepts connexes pour les accompagnés : difficultés définitionnelles et de perceptions

Une difficulté globale à identifier et à définir le concept d'empathie est recensée dans notre étude. Ce constat rejoint les travaux de Mormont (2019). Ce dernier soulignait que l'indétermination autour du concept permet aux interlocuteurs de l'utiliser et de le comprendre sans qu'une définition exacte et partagée ne soit nécessaire à l'échange (Mormont, 2019). Le principal élément observé dans notre étude réside dans l'association du terme à la capacité d'identification à autrui. Ceci rejoint le constat des études relatives à la perception de l'empathie dans la population où elle est dans son sens ordinaire perçue comme la capacité à se mettre à la place d'autrui afin d'en comprendre ou d'en partager les états émotionnels. (Lux Weigel, 2017 ; Romand, 2021). L'identification se retrouve d'ailleurs dans les premiers travaux fondateurs sur la notion de l'empathie (Trouvé, 2015). Dès lors, comment reprocher à nos participants d'associer l'empathie à l'identification quand, aux prémices même de ses conceptualisations scientifiques ou lors de récupérations inadéquates du terme (Mormont, 2019), les chercheurs y faisaient et y font toujours référence. En outre, il existe désormais une distinction conceptuelle notoire entre les deux notions, distinction qui semble confinée aux discussions scientifiques sans avoir véritablement atteint les représentations populaires. L'identification conduit en effet à la dissolution de l'altérité et apparaît, en ce sens, comme l'antithèse même du concept d'empathie (Mormont, 2019).

En soi, il est pertinent de s'interroger sur la nécessité réelle d'une définition partagée et exacte, non seulement à l'échange comme l'entendait Mormont (2019), mais également au bon déroulement du suivi clinique, ou plus largement, dans la capacité à s'engager dans une démarche psychothérapeutique. Ceci rejoint notre question de recherche : l'empathie est donc perçue et construite comme une identification par les accompagnés, mais cette conception nuit-elle à l'alliance thérapeutique ? Il est important de souligner que tout comme les premiers travaux scientifiques, tels que ceux de Theodor Lipps, philosophe et psychologue allemand, grand théoricien de l'empathie, nos participants associent à l'identification une distance rationnelle et relationnelle (Barnett & Mann, 2012 ; Romand, 2021). Nos participants s'ancrent dans cette perspective de compréhension et de perception, privilégiant une empathie rationnelle dans leur définition marquée par le processus identificatoire. « *L'empathie pour moi, c'est être capable de pouvoir ressentir ce que l'autre ressent sans pour autant [...] s'approprier la douleur des autres et s'envahir des problèmes des autres.* » (P.1). L'identification apparaît alors comme un moyen au même titre que des processus de mise en résonance ou de partage, permettant une immersion dans l'expérience subjective d'autrui, ainsi que la compréhension de ses émotions, de ses perspectives et de ses motivations, tout en impliquant une disposition à être attentif, réceptif et sensible à la présence et l'expérience de celui-ci (Elliott et al., 2018).

Enfin, la majorité de nos répondants considèrent l'empathie comme étant intrinsèquement liée à une dynamique d'aide. Cette dynamique est présente dans la littérature scientifique relative au GLM via la notion de compassion développée par Prescott et al. (2022). Or, paradoxalement, il fut révélé dans nos résultats la présence d'une certaine aversion envers la compassion, associée à la pitié, une aide froide, à

l'absence d'implication personnelle ou à une implication trop importante. Seuls deux de nos répondants (P.7 et 8) ont proposé une définition et une compréhension de la compassion allant dans le sens de celle développée par Prescott, Willis et Ward (2022). Ce constat questionne la validité du terme lors de sa traduction en français. Celui-ci semble porter une connotation davantage péjorative ou paternaliste dans les représentations des participants. Les répondants ne partagent donc très majoritairement pas la conception ou perception de la compassion telle qu'elle est définie dans le GLM.

L'empathie clinique entre co-construction relationnelle ou posture générale individuelle du clinicien

Une des questions soulevée à l'issue de notre revue de littérature porte sur la manière dont les accompagnés du Groupe Antigone perçoivent l'empathie clinique : celle-ci est-elle uniquement le produit d'une posture individuelle du clinicien ou reconnaissent-ils une part de responsabilité dans sa construction ? Dans notre étude, cette question reste en suspens.

Nous nous sommes intéressés dans un premier temps aux manifestations de l'empathie clinique au sein du suivi. Une faible majorité de nos répondants (n=6) perçoivent l'empathie de leur clinicien comme ne se manifestant pas à travers des situations précises ou des savoir-être cliniques spécifiques. Et pour cause, ils l'associent davantage à une posture générale adoptée par leur clinicien et ce dès le premier entretien. D'aucun pourrait nous rétorquer que cette posture se traduirait par des caractéristiques cliniques qui n'auraient pas été explicitement relevées par nos répondants. Cependant, ces derniers se sont exprimés sur cette dimension en décrivant l'empathie comme une qualité inhérente au clinicien, une forme de prédisposition à l'aide ou comme une condition nécessaire à l'exercice de la profession de psychologue. De plus, cette vision rejoint celle du GLM, dans lequel l'empathie est envisagée comme une valeur fondamentale du clinicien, mobilisée dans le niveau 1 (Prescott, 2022). Partant de cette optique, les accompagnés pourraient ne pas concevoir de responsabilité dans leur suivi. Néanmoins, les accompagnés conçoivent tout de même un rôle au cœur de leur relation clinique : l'engagement actif dans leur suivi clinique.

L'empathie clinique apparaît également comme inhérente à la communication dans l'alliance thérapeutique. En psychologie clinique, l'empathie est généralement étudiée et opérationnalisée à travers sa dimension communicationnelle (Mormont, 2019). Toutefois, une telle approche d'analyse de l'empathie tend à réduire sa précision en la limitant principalement à l'interprétation de signaux non verbaux (Mormont, 2019). Et ce, d'autant plus lorsque certains de nos participants expriment un dédain face à une empathie jugée artificielle. « *Les je comprends quand on n'a pas, quand on n'a pas subi les mêmes choses. Parce que non tu peux pas comprendre, tu peux imaginer, mais tu peux pas comprendre. Donc ce genre de choses-là, en fait m'irrite au plus haut point.* » (P.3). Mormont (2019) estime que dû à l'absence de marqueurs diacritiques explicites permettant de préciser et de déterminer un sens univoque aux signaux, l'interprétation de ceux-ci demeure largement dépendante du contexte et du cadre subjectif de l'aidé, ce qui limite leur fiabilité. Les recherches ont par ailleurs mis en évidence une validité empirique discutable de ces indices lorsqu'ils sont utilisés isolément (Mormont, 2019). Cependant, l'étude de Marshall et al. (2003) souligne l'importance de la démonstration d'empathie de la part du clinicien : « Luborsky, Crits-Christoph, Mintz et Auerbach (1988) ont conclu que l'expression de l'empathie par le thérapeute représentait l'élément le plus clairement efficace du traitement, conclusion qui a été solidement étayée par la recherche empirique » (Burns & Auerbach, 1996 ; Woody, Hansen & Rossberg, 1989, cités par Marshall et al., 2003, page 209). Nous avons donc dans la littérature scientifique la reconnaissance que la perception de l'empathie par l'accompagné prime sur l'empathie réelle du clinicien et de son importance sur l'issue du traitement (Squier, 1990 ; Saunders, 1999), tout en concevant que les manifestations visuelles d'empathie sont grandement situationnelles, ancrées dans la subjectivité de l'aidé (Mormont, 2019). Ceci se reflète dans notre étude où une faible majorité des répondants estime que l'empathie est une qualité inhérente aux cliniciens et où la minorité, elle, estime

que les manifestations d'empathie sont à la fois nécessaires et concrètement observables dans la relation clinique. Nous nous retrouvons par conséquent face à une difficulté dans la posture clinique à adopter face à ces divergences d'appréciation de l'empathie clinique. Une réponse peut être apportée par Ward et Durrant (2013) qui, reprenant les travaux d'Oxley (2011), considèrent que l'empathie se manifeste par l'expérience d'une émotion adaptée à l'état émotionnel d'autrui. Cette capacité à partager de manière congruente l'émotion de l'autre est présentée comme un élément fondamental de l'empathie (Ward & Durrant, 2013). Selon eux, une réponse émotionnelle empathique est rendue possible grâce à divers mécanismes psychologiques comme l'imitation, consistant à reproduire les expressions ou comportements émotionnels de l'autre ou la contagion émotionnelle, permettant à l'émotion ressentie par autrui de se transmettre automatiquement, sans nécessité de compréhension consciente de la situation. L'imagination consiste à se représenter mentalement la situation de l'autre et à anticiper ses ressentis (Ward & Durrant, 2013). L'imagination, considérée comme fondamentale dans le développement du sentiment empathique (Carofiglio, 2020), constitue donc une piste de réponses face à cette hétérogénéité des représentations de l'empathie clinique. Néanmoins, Muchielli (2016) évoque une limite importante de l'imagination : « Le risque majeur est d'interpréter, de comprendre "à côté", de croire comprendre alors que l'on projette nos significations sur la situation du client » (Muchielli, 2016, p.23)

Enfin, l'importance du premier contact est soulignée par nos répondants. Ils démontrent accorder une attention particulièrement importante à ce qu'ils décrivent comme un feeling, une impression ressentie lors de la rencontre avec leur clinicien. Nous invitons donc les cliniciens à soigner et à porter une attention accrue à cette présentation que ce soit lors d'un simple contact téléphonique ou du premier entretien. Marshall et al. (2003) soulignaient d'ailleurs l'importance des premiers contacts et étapes de l'alliance thérapeutique. « *Elle a d'abord commencé les séances en plus en m'écoutant etc. en essayant de comprendre. Parce qu'elle posait beaucoup de questions au début donc elle a vraiment essayé d'apprendre à me connaître, à connaître vraiment la famille, le ressenti, ce qui se passait et voilà donc puis elle m'a laissée le temps de m'adapter à elle et... Et puis voilà ça s'est fait tout seul. [...]* Elle a créé le lien et la confiance. » (P.3). En effet, de nombreux accompagnés peuvent éprouver des réticences au développement d'une confiance lors des premiers entretiens (Marshall et al., 2003). Ils doivent alors être considérés comme l'occasion de créer du lien et d'instaurer les bases de la relation clinique. Cette idée s'ancre dans l'étude de Corneille et Devillers (2017) sur l'importance du cadre de l'entretien afin d'apporter une relation de confiance avec l'accompagné.

Dimensions de l'empathie privilégiées dans les récits de suivi : une certaine homogénéité au prisme des publics

Les dimensions privilégiées dans les récits de suivi de la part de nos répondants témoignent d'une homogénéité spécifique aux publics auxquels ils appartiennent. La majorité de nos répondants privilégient une empathie cognitive. Celle-ci est dans la continuité de la posture clinique évoquée précédemment dans le cadre de la perception de l'empathie clinique. Il n'est donc pas surprenant de constater que la majorité des répondants privilégie la dimension cognitive dans leur récit de suivi. La contamination affective et les mécanismes de contagion émotionnelle (Mathys & Claes, 2020) dans le cadre de l'accompagnement ne semblent pas être recherchés ou valorisés. En ce sens, Trouvé (2015) souligne que les premiers travaux relatifs à la notion conçoivent cette divergence entre des phénomènes de résonance émotionnelle et une immersion intellectuelle et raisonnée dans la conscience d'autrui. Lipps différencie ainsi l'« empathie humide », marquée par le partage émotionnel, de l'« empathie sèche », reposant davantage sur une compréhension intellectuelle et distanciée de l'expérience d'autrui (Trouvé, 2015). Nos participants privilégient donc une forme d'empathie sèche comme une reconnaissance et une compréhension de l'expérience de la situation vécue. L'empathie est appréhendée

à travers l'interprétation des émotions et du cadre de référence de la personne suivie, se rapprochant de la définition formulée par Hétu (2019) de l'empathie.

Deux victimes valorisent singulièrement l'empathie dans sa dimension affective. Cette valorisation témoigne de la posture du clinicien privilégiée par les victimes que nous détaillerons ci-après. Les victimes concernées mentionnent la nécessité de visualiser une contagion et une forme de résonance émotionnelle chez leurs intervenants afin de se sentir comprises et entendues. Elles associent le psychologue ne démontrant pas ou peu d'émotions à un intervenant froid, distant et ne s'intéressant pas à leur histoire de vie. L'écoute attentive passerait par ces démonstrations émotionnelles au cours du récit. Ceci rejoint les divers modèles sur l'empathie de la littérature scientifique dans lesquels les processus affectifs sont intégrés à l'empathie (Barnett & Mann, 2012). Toutefois, cette manifestation émotionnelle relève-t-elle véritablement de l'empathie ? En effet, pour Mormont (2019), l'empathie n'implique pas nécessairement d'être affecté émotionnellement ni de partager l'état affectif d'autrui. Les processus de compassion, de pitié et de sympathie, eux, tendent à réduire la distance interpersonnelle et peuvent conduire à une mise en commun des affects, voire à une altération des frontières entre soi et l'autre susceptible d'entraîner une perte partielle de l'identité (Mormont, 2019). Or l'empathie ne nécessite pas nécessairement d'engagement émotionnel (Kohut, 1982). Elle n'implique ni d'être émotionnellement affecté par les émotions d'autrui, ni de ressentir celles-ci. Il n'y a d'ailleurs ni fusion, ni perte partielle d'identité au bénéfice de quelqu'un d'autre (Mormont, 2019). À l'inverse, cette démarche exige de l'intervenant qu'il adopte une posture de retrait, mettant provisoirement de côté l'expression de soi afin de se consacrer pleinement à la compréhension de l'autre et à l'analyse de son expérience individuelle (Mormont, 2019). Les récits de ces deux victimes semblent privilégier une implication émotionnelle relevant de la sympathie. « La sympathie, éprouver-avec, aboutit à une espèce d'identification et d'implication émotionnelle, et par elle, l'aidant fait sien le problème de son client » (Muchielli, 2016, p. 57). L'aidant s'implique alors complètement dans la relation thérapeutique résultant sur une altération de l'identité de ce dernier.

Paradoxalement, bien que la dimension d'aide soit, comme relaté précédemment, présente dans les définitions proposées par neuf de nos répondants, seul deux d'entre eux l'ont explicitement associée à la dimension de compassion telle que décrite dans le GLM dans leur récit d'accompagnement. La pertinence conceptuelle de la dimension compassionnelle mérite d'être questionnée. En effet, elle semble davantage correspondre à une articulation entre les dimensions cognitive et comportementale de l'empathie, en postulant que le passage de l'une à l'autre serait rendu possible par un sentiment de compassion. Or, le passage de l'empathie à l'action ne s'inscrit pas nécessairement dans une intention compassionnelle. Dans le GLM, l'empathie est présentée comme une valeur fondamentale favorisant l'émergence de la compassion. Si Tony Ward ne stipule pas explicitement que le GLM requiert une empathie compassionnelle, ni ne la nomme comme telle, celle-ci apparaît néanmoins, et ce, seulement à travers le savoir-être qu'est la compassion, comme une disposition essentielle à l'engagement dans une dynamique d'aide (Prescott et al., 2022). Nous constatons chez ces accompagnés un glissement de la lecture de l'empathie où elle est étendue à l'action et ses effets concrets plutôt que comme un processus strictement cognitif ou affectif comme conceptualisé au premier niveau du GLM.

Posture du clinicien : de guide à conseiller, une posture changeante selon les besoins des accompagnés

Auteurs : une approche humaniste face aux difficultés du vécu carcéral

Les trois auteurs perçoivent leur clinicien dans une posture de guide humaniste inscrit dans une dynamique collaborative et réflexive, suscitant une capacité à accompagner la réflexion, favoriser l'émergence de ressources, d'une prise de conscience et soutenir un travail de co-construction plutôt qu'à imposer des solutions normatives. Notre étude rejoint le constat largement établi dans la littérature

scientifique sur les perceptions de qualités aidantes par les AICS tels que le non-jugement, l'honnêteté, l'écoute, la bienveillance et la confiance (Preston, 2001 ; Farrall, 2002 ; Healy, 2012 ; Panuccio et al., 2012 ; Barry, 2013 ; Judd & Lewis, 2015 ; Marshall, 2005 ; Marshall et al., 2003). L'évocation des récits intimes dans le cadre du suivi des AICS est primordiale étant donné le caractère sexuel de leurs faits infractionnels reprochés. L'instauration par le thérapeute d'un climat de confiance et d'une attitude non jugeante est essentielle pour exprimer les récits de vie et de passage à l'acte. Elle l'est davantage lorsque les auteurs sont en désaccord avec la vérité judiciaire. Ceci rejoint ce que Marshall et al. (2003) décrivent comme la nécessité, pour les accompagnés AICS, de se sentir compris et dans un cadre sécurisant afin de pouvoir exprimer leurs difficultés. Nous ne retrouvons cependant pas, dans notre étude, de perception ni de demande explicite de la part de nos répondants AICS concernant une posture plus directive du clinicien, telle que mise en évidence par Marshall (2005).

Afin de soutenir les processus de désistement, notre étude souligne l'importance d'un suivi périodique et du respect de sa régularité à des intervalles spécifiques. Ce constat était déjà remarqué dans une étude précédente (Djagoué-Dufée, 2024). Cette régularité aide car la perception du temps peut être complexe, difficile et subjective en milieu carcéral (Magrouti, 2007). Elle ne constitue pas, cependant, une caractéristique suffisante si celle-ci n'est pas rejointe par des qualités relationnelles et cliniques perçues comme aidantes (Djagoué-Dufée, 2024). Nos participants soulignent l'importance de cette stabilité dans les rendez-vous dans un milieu carcéral où l'instabilité est omniprésente. Le clinicien devient alors une personne référente non jugeante, jouant un rôle particulièrement important durant les périodes de vulnérabilité. En effet, par crainte de conséquences potentielles, les individus éprouvent fréquemment des difficultés à partager des informations sensibles avec leurs référents judiciaires, les psychologues du SPS ou d'autres intervenants institutionnels (Djagoué-Dufée, 2024). *« Le problème, c'est que quoi que vous fassiez, ça peut être pris de différentes façons, en fonction de la personne. Le problème, c'est que c'est transmis dans des rapports. C'est noté et c'est écrit et une fois que c'est écrit. Et le souci, c'est que le dossier SPS, tous les détenus le savent. Le dossier SPS, une fois qu'il est écrit, le TAP s'en sert à chaque fois. La moindre petite encoche dans le rapport, le TAP va l'utiliser. »* (P.6).

L'aide et le soutien formel joue un rôle de reconnaissance susceptible de favoriser l'engagement et l'initiation du désistement tertiaire (Villeneuve et al., 2020). Ce dernier, développé par McNeill (2016), est un processus dynamique qui dépasse les simples changements individuels pour une réintégration de l'individu dans la société. Le soutien formel est souligné par nos participants et les études précédentes. Marshall décrit les manifestations du thérapeute de renforcements positifs soutenant les progrès réalisés comme nécessaires afin de maximiser les bénéfices et l'efficacité des interventions destinées aux AICS (Marshall, 2005). Les intervenants peuvent d'ailleurs contribuer à rendre visibles les évolutions non identifiées et discrètes du parcours des accompagnés en soulignant explicitement les progrès réalisés (Djagoué-Dufée, 2024). Une insistance sur les occasions, les motivations et les capacités de leur accompagné à se désister de leur parcours criminel est donc nécessaire (Brunelle et al., 2024).

Enfin, la posture privilégiée renvoie aux études de Prescott (2022) sur l'attitude à adopter auprès des AICS. Dans le cadre du suivi des AICS, compte tenu de leurs parcours souvent empreints de traumatismes, il est aisément compréhensible d'imaginer qu'un thérapeute pourrait, par méprise, éprouver une réticence à remettre en question leurs positions ou à confronter leurs représentations et par conséquent considérer ceux-ci comme si ils étaient des victimes (Marshall et al., 2003). En dépit de ce risque d'adoption d'une posture victimisante, Prescott (2022) estime qu'une attention particulière portée à la compassion peut favoriser l'établissement chez l'accompagné de relations plus saines avec les autres et soi-même tout en renforçant son engagement dans le suivi thérapeutique. Selon lui, un renforcement des pratiques professionnelles peut survenir au moyen de l'adoption d'une approche explicitement centrée sur la compassion (Prescott, 2022). De surcroît, lorsque celui-ci souligne que les intervenants,

issus du domaine juridique ou d'autres disciplines, tendent à surestimer leurs compétences et habiletés, notamment en matière d'empathie, ce qui est largement souligné dans la littérature scientifique (Marshall et al., 2003 ; Hojat et al., 2010 ; Prescott, 2022). Les recherches empiriques démontrent l'importance primordiale de la compassion dans le traitement et les dispositifs thérapeutiques, celle-ci occupant un rôle fondamental dans l'accompagnement des AICS (Prescott, 2022). Une question se pose alors, est-ce que l'adoption d'une posture humaniste comme privilégiée par nos répondants AICS s'approche d'une forme de compassion ou d'une dimension cognitive de l'empathie ? Est-elle pertinente lorsque nos résultats démontrent une aversion à la compassion ?

Victimes : soutien, guidance et confrontation bienveillante

Les résultats démontrent que les victimes attribuent au clinicien une posture de guide soutenant et direct, parfois confrontant, tout en restant attentif à la reconnaissance des progrès réalisés. Cette posture leur permet de dépasser une forme de solitude susceptible de découler de leur vécu victimaire. La confrontation est définie et explicitée par nos répondants comme une confrontation saine visant à motiver une responsabilisation. Elle est également perçue dans une dynamique bienveillante montrant l'implication du clinicien au sein du projet de vie de son accompagné. En ce sens, le clinicien doit veiller pareillement à valoriser les progrès réalisés (Freyens et al., 2019). Cette confrontation saine, associée à une posture de guide et à une valorisation continue, favorise une proximité relationnelle permettant de dépasser la crainte pour les victimes d'importuner le clinicien par le récit du vécu victimaire. Les participants privilégient donc cette approche marquée par un langage direct, l'usage de l'humour et des processus d'identification. Cette dynamique traduit une rupture avec une posture perçue comme culpabilisante ou excessivement experte, susceptible de reproduire des logiques de domination similaires à celles vécues dans leur trajectoire de victimisation (Delage, 2018). Tel que mentionné par Elliott et al. (2018), il apparaît important que le clinicien prenne en considération et valorise l'impact potentiel des discriminations sociales dans le vécu victimaire. Par ailleurs, les violences sexuelles subies constituent un facteur de risque reconnu de stress post-traumatique (Breslau et al., 1991). Elles peuvent avoir des répercussions importantes sur le quotidien, l'image de soi ainsi que la vie sexuelle des victimes, soulignant ainsi la nécessité d'un accompagnement psychologique adapté et structuré (Bisson et al., 2013 ; Freyens et al., 2019).

Proches : une posture d'écoute, de professionnalisme et de conseiller judiciaire face au sentiment d'isolement et d'incompréhension

Les proches privilégient une posture spécifique de leur clinicien : celle d'une posture professionnelle capable d'apporter à la fois un soutien psychologique et une forme de guidance judiciaire. Les proches jouent un rôle déterminant dans le parcours victimaire ou judiciaire de leur prochain, étant sollicité dans les dimensions sociales, émotionnelles, rationnelles, structurelles et institutionnelles (F-Dufour et al., 2024). Dans notre étude, les défis liés à la victimisation d'un proche ou à son incarcération relèvent généralement d'une incompréhension globale face à ce vécu judiciaire. Les proches décrivent une forme d'invisibilisation dans leur prise en charge, phénomène déjà souligné par Ferreccio (2019). Un isolement est également perçu tout comme une stigmatisation vécue à travers le lien entretenu avec la personne incarcérée (Condry, 2007 ; Laferrière, 2019 ; Hannem, 2019). Dans un contexte où le rôle de ces agents informels est grandement souligné dans la littérature scientifique, il apparaît crucial de cerner leurs besoins dans le cadre d'un suivi psychologique et ce, d'autant plus lorsque ceux-ci expriment eux-mêmes une forte demande de soutiens psychologiques (Filoteanu, 2025). L'absence de soutien adapté est d'ailleurs souvent renforcée par des sentiments de honte et d'épuisement (Hannem, 2019). Elle provoque aussi des répercussions directes sur la santé mentale des proches, en termes d'anxiété, de sentiment d'impuissance et d'épuisement psychologique (Ouellet & Dubois, 2022). Le temps du proche

finir d'ailleurs par être entièrement rythmé par les démarches judiciaires et administratives au détriment de leur propre existence (Touraut, 2019).

À ce titre, l'importance accordée par les proches de notre étude à la disponibilité du clinicien apparaît particulièrement compréhensible au regard de cette charge émotionnelle, organisationnelle et institutionnelle. Face à cette réalité, notre étude souligne l'importance de l'adoption d'une posture professionnelle du clinicien démontrant une connaissance concrète des réalités judiciaires et familiales. Cette reconnaissance implique la capacité chez le clinicien de normaliser certaines expériences sans les minimiser afin de réduire les sentiments d'isolement et d'incompréhension. L'approche intégrative du Groupe Antigone semble ici jouer un rôle d'atténuation de l'isolement ressenti en incluant les proches dans la compréhension globale de la situation de victimisation ou de judiciarisation, en reconnaissant l'absence de formations et d'outils pour ces agents informels (Hannem, 2019 ; F-Dufour et al., 2024).

L'intervention clinique d'Antigone face aux freins institutionnels. « une bouée de sauvetage »

Nos résultats s'inscrivent dans la continuité de la littérature scientifique récente sur les défis institutionnels auxquels les justiciables sont confrontés au sein du système judiciaire belge. L'étude menée par Djagoué-Duffee (2024) souligne, en procédure ou milieu carcéral, la perception par les justiciables d'attitudes négatives de la part des intervenants psychosociaux et psychiatriques, caractérisées par le jugement, un manque d'investissement, une communication distante et agressive et un désengagement relationnel. Ce constat se retrouve dans notre étude. Et pour cause, nos participants décrivent des expériences similaires, marquées par le sentiment d'être catégorisés et jugés dès les premières interactions institutionnelles et ceci se remarque dans chaque public interrogé dans notre étude. Cela est d'autant plus interpellant et inquiétant tant les relations avec les acteurs et intervenants du système judiciaire occupent une place importante dans les trajectoires de désistement (Burke et al, 2018). Notre étude souligne plus particulièrement le manque de considération perçu par les proches dans leurs interactions avec le personnel pénitentiaire (F-Dufour et al., 2024) contribuant à l'invisibilisation déjà explicitée (Ferrecio, 2019). Le sentiment de double peine est particulièrement exprimé et illustre ainsi l'impact subjectif de ces interactions dans lesquelles la sanction judiciaire semble prolongée par une forme de jugement institutionnel. Ce dernier constitue une barrière dans le processus de désistement (Djagoué-Duffee, 2024). Notre étude éclaire également que cette perception de jugement est présente dans le suivi clinique des proches, ce que Filoteanu (2025) avait déjà souligné, mais également dans celui des victimes et des auteurs. Les défis institutionnels et cliniques rencontrés peuvent être source de sentiments négatifs à la suite d'interventions perçues comme humiliantes. Ces expériences contribuent à l'installation d'un climat de méfiance et de repli chez les individus concernés, ce qui peut, compromettre voire freiner, le processus de changement identitaire pourtant central dans les trajectoires de désistement (Djagoué-Duffee, 2024).

Face à ces défis, le Groupe Antigone apparaît comme particulièrement aidant, notamment en raison de sa correspondance avec les critères du GLM identifiés par Prescott et Willis (Stas, 2023). Les qualités perçues comme soutenantes par les personnes confrontées à des difficultés institutionnelles, telles que la régularité du suivi, le respect mutuel, la valorisation, la bienveillance, l'honnêteté et l'écoute attentive (Djagoué-Duffee, 2024), sont également perçues par les accompagnés du Groupe Antigone.

La disponibilité comme savoir-être privilégié et témoin de l'empathie

La disponibilité fut un thème émergent de notre étude, au point qu'un chapitre devait lui être consacrée tant elle est perçue comme une manifestation d'empathie clinique par nos répondants. Ce résultat n'est en soit, pas surprenant. En effet, il peut sembler difficile de témoigner d'une réelle implication dans la situation d'une personne tout en maintenant une relation strictement limitée par des horaires de suivi et

un cadre institutionnel normatif. Lors d'échanges informels auprès d'intervenants du Groupe Antigone, l'allégorie du « funambule » fut souvent mobilisée afin d'illustrer cette posture clinique particulière. L'intervenant doit parvenir à trouver un équilibre délicat entre une implication suffisante dans le suivi de l'accompagné et le risque d'une surimplication guidée par une volonté excessive d'aider. Quoi qu'il en soit, la disponibilité s'avérait déjà être grandement plébiscitée par les répondants d'une étude similaire (Stas, 2023). Notre étude rejoint cette dernière en statuant que la disponibilité des intervenants du Groupe Antigone traduit une implication authentique de leur part dans le suivi clinique. Elle favorise l'investissement des individus dans leur suivi et leur capacité à envisager plus sereinement un projet de vie positif, contribuant à une forme de responsabilisation des accompagnés (Stas, 2023). Enfin, une disponibilité dite émotionnelle est également évoquée, renvoyant à la capacité du clinicien à se rendre accessible sur le plan relationnel et à offrir un espace d'écoute perçu comme stable et contenant. Cette dimension se traduit par une présence perçue comme constante, attentive et investie, permettant aux accompagnés de se sentir reconnus dans leur vécu, y compris en dehors des moments d'entretien. Elle contribue ainsi à renforcer le sentiment de sécurité relationnelle et à soutenir l'engagement dans le suivi thérapeutique.

4.2. Forces et limites

Notre étude présente un certain nombre de limites méthodologiques et interprétatives susceptibles d'avoir une incidence sur sa validité et le caractère généralisable des résultats.

La première limite de notre étude concerne un biais de sélection lié au recrutement des participants via la méthode du « gatekeeper ». Recrutés sur base volontaire par les intervenants cliniques du Groupe Antigone, les participants constituent un échantillon relativement homogène. Le recours exclusif au volontariat limite dès lors la généralisation des résultats, ceux-ci ne reflétant que l'expérience des personnes ayant accepté de participer à l'étude. Par ailleurs, ce choix de recrutement présente la limite que les répondants sont orientés et recrutés par les intervenants eux-mêmes, ceci peut influencer leur discours, en introduisant un potentiel biais de désirabilité. Ce biais de désirabilité peut être accentué par mon rôle au sein du Groupe Antigone. Y étant stagiaire depuis plusieurs mois, une identification de ma présence comme celle d'une personne évaluant ou contrôlant la qualité de leur suivi clinique est possible. Il est également possible que certains participants aient pensé que leurs réponses seraient partagées avec les autres intervenants. Une attention particulière fut allouée à cette limite. Vous trouverez en annexe une liste des mesures mises en place afin de limiter au maximum le biais de désirabilité (*cf. annexe 4*).

La deuxième limite concerne la question de la validité externe. La taille réduite de notre échantillon, constituée de dix participants, limite la généralisation des résultats. Les conclusions doivent dès lors être interprétées avec prudence et considérées comme exploratoires. Cette limite s'explique par le caractère sensible des thématiques explorées lors de notre étude. Cette sensibilité s'est manifestée dans les réserves de certains participants à évoquer pleinement leurs vécus victimaires et infractionnels au cours des entretiens enregistrés. Notre échantillon est particulièrement homogène, contenant, trois victimes femmes et trois auteurs hommes. Une diversité de genre aurait pu permettre d'identifier et d'isoler davantage de facteurs explicatifs ainsi que d'éventuelles influences liées aux différences de genre. Une plus grande diversité au sein des proches interrogés aurait pu être envisagée, en intégrant d'autres types de liens familiaux tels que des frères, sœurs, conjoints ou cousins, au-delà des seuls parents.

Enfin, en raison du caractère intégratif du Groupe Antigone et du nombre limité de victimes acceptant de vouloir participer à la recherche, il convient de souligner la présence, dans notre échantillon, d'un lien de parenté entre deux participantes, l'une étant la mère de l'autre. Ce facteur peut également influencer la diversité des points de vue recueillis. Cependant, ces deux participantes formulaient des demandes différentes dans le cadre de leur suivi et étaient accompagnées par des cliniciens distincts. Par

ailleurs, les entretiens se sont déroulés dans un contexte limitant toute influence ou interaction possible entre elles.

Plusieurs forces sont néanmoins identifiables. La principale force de cette étude réside dans l'attention particulière accordée aux perceptions des accompagnés concernant l'empathie dans le cadre de leur suivi clinique. Bien que la littérature scientifique sur cette notion soit abondante, peu de recherches s'intéressent à la manière dont elle est perçue par les bénéficiaires eux-mêmes, notamment dans un contexte d'accompagnement inspiré du GLM. Notre étude contribue ainsi à combler un manque empirique en mettant en évidence un décalage entre les savoirs théoriques et la perception des accompagnés, ces derniers ne considérant pas toujours l'empathie comme un élément central du suivi ou comme un savoir-être particulièrement aidant. Elle permet dès lors de questionner cette divergence entre les recommandations issues de la littérature et les expériences vécues par les accompagnés.

Une autre force de notre étude réside dans la diversité des profils de participants, incluant à la fois des victimes, des auteurs et des proches. Cette pluralité permet d'appréhender la perception de l'empathie à partir de perspectives complémentaires, chez des publics souvent peu représentés dans la littérature scientifique, notamment en ce qui concerne les proches (Filoteanu, 2025).

Le choix du lieu de passation des entretiens constitue également un atout méthodologique. Ceux-ci ont été réalisés en présentiel à un lieu choisi par les participants, principalement à leur domicile, mais également dans des lieux choisis par ces derniers, tels que leur lieu de travail. Cette diversité a favorisé des conditions d'expression adaptées aux préférences des participants, contribuant ainsi à une plus grande spontanéité et authenticité des discours recueillis.

Enfin, concernant la validité interne, la construction d'un guide d'entretien semi-directif (*cf. annexe n°2*) représente une force de l'étude. Combinant questions ouvertes et fermées, ce guide a permis de structurer les entretiens tout en limitant les risques d'influence sur les réponses. Il contient des questions exploratoires visant à laisser les accompagnés exprimer leur récit de suivi, ainsi que des questions portant davantage sur les concepts liés à l'empathie, volontairement formulées de manière neutre afin d'éviter d'orienter les participants vers une réponse spécifique.

4.3. Implications futures

En termes d'implications futures notre étude ouvre la voie à une exploration plus large de la posture privilégiée par des accompagnés dans le cadre d'un suivi GLM. Ce type de suivi privilégiant une adaptation aux besoins des accompagnés gagnerait à explorer l'ambivalente position que peut adopter un clinicien en fonction des publics rencontrés et des difficultés pouvant être inhérentes à ces publics. Elle répond notamment à l'appel formulé par Elliott et al. (2018) en faveur du développement d'études qualitatives rigoureuses portant sur la perception de l'empathie au sein de récits d'accompagnement clinique ainsi que sur les éléments perçus comme soutenant et aidant par les accompagnés. Elle tend également à soutenir de futures études sur la perception de l'empathie auprès de personnes n'ayant pas reçu un suivi GLM afin de mettre en place des comparaisons. Elle invite également à questionner le recours au terme de compassion dans le cadre conceptuel du GLM tant ce terme semble recouvrir de connotations négatives dans la perception des accompagnés. D'autres recherches quantitatives et statistiques gagneraient à être développées afin d'explorer plus précisément certaines dynamiques causales inverses par exemple lorsque des progrès précoces ou l'ouverture au changement d'un accompagné renforcent l'empathie du clinicien (Elliott et al., 2018). Enfin, notre étude offre une lecture des perceptions de l'empathie, de ses dimensions et de ses concepts connexes chez les accompagnés d'un suivi de type GLM. À ce titre, elle peut constituer un appui concret pour les professionnels de terrain, notamment les criminologues, confrontés à des questionnements relatifs à la posture clinique à adopter selon les publics et les contextes d'intervention. Ces résultats contribuent à l'amélioration des

pratiques d'accompagnement en soulignant les dimensions de la relation clinique valorisées par les accompagnés et celles dépréciées. Ils soutiennent par ailleurs la réflexion sur les formations professionnelles visant à une conscientisation des freins institutionnels et des disparités inter-publics. Enfin, elle invite à une réflexion plus large sur l'adaptation des pratiques cliniques aux spécificités des publics accompagnés, dans une perspective de renforcement de la qualité de l'accompagnement.

5. Conclusion

Au regard de l'ensemble des travaux scientifiques mobilisés et des résultats de notre étude, il apparaît distinctement que l'empathie, dans le cadre d'un suivi clinique fondé sur le Good Lives Model, ne se réduit pas à une simple résonance émotionnelle ou à une posture compassionnelle. Les accompagnés la perçoivent comme une valeur authentique, impliquée, respectueuse et ancrée dans une compréhension de leur vécu. Bien qu'une perception de cette dernière orientée vers une identification fut perceptible, les accompagnés soulignent la dimension raisonnée entourant cette valeur perçue comme un processus de l'activité mentale permettant d'emprunter le cadre de référence et de comprendre les émotions ressenties par autrui face à une situation donnée. À ce titre, l'empathie est conceptualisée comme une ouverture à l'altérité. Comme le présentait Mormont (2019), elle est un aveu de l'ignorance intrinsèque du clinicien mobilisant son attention délibérée. Elle implique alors un intérêt respectueux pour ce que l'autre est et pour ce qu'il vit, dimensions auxquelles il ne peut accéder qu'à travers ce que le sujet consent à communiquer. Cette posture s'apparente à ce que Rogers désignait de l'acceptation inconditionnelle (Mormont, 2019). Elle suppose dès lors l'adoption d'un équilibre délicat de la part du clinicien entre distanciation et implication ; lui permettant de rester disponible et à l'écoute de l'autre sans pour autant se laisser envahir par son vécu émotionnel. Elle mobilise des compétences d'autorégulation et de réflexivité, indispensables au maintien d'une juste distance professionnelle. Dans le champ de la criminologie clinique, cette capacité apparaît d'autant plus fondamentale puisqu'elle permet d'accueillir des récits et des vécus parfois difficiles.

Ainsi, l'empathie privilégiée par les accompagnés dans le cadre du Groupe Antigone est une posture clinique relationnelle et engagée permettant d'instaurer ou de restaurer un sentiment de reconnaissance, de sécurité, de confiance et de légitimité chez des publics souvent confrontés à la stigmatisation, l'isolement ou à des expériences institutionnelles perçues comme jugeantes ou déshumanisantes. Dans le domaine psychosocial, où les interventions et décisions cliniques ont des répercussions majeures sur le devenir des personnes accompagnées, une réflexion approfondie sur la posture professionnelle s'impose avant tout engagement. Cette démarche exige non seulement d'ajuster sa pratique à la diversité des demandes et des publics, mais aussi de rencontrer la réalité de ces trajectoires pour en comprendre le vécu subjectif. Cette exigence nécessite une attention expressément fondamentale à l'empathie, à ses dimensions et à ses concepts connexes. Pensée comme une véritable posture éthique, cette approche constitue le fil conducteur de notre travail, dont elle vient sceller les conclusions théoriques et cliniques.

6. Bibliographie

- Allen, F. A. (1978). The Decline of the Rehabilitative Ideal in American Criminal Justice. *EngagedScholarship @ Cleveland State University (Cleveland State University)*, 27(2), 147. <https://engagedscholarship.csuohio.edu/clevstlrev/vol27/iss2/3>
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39–55. <https://doi.org/10.1037/a0018362>
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2007) The Risk-Need-Responsivity Model of Assessment and Human Service in Prevention and Corrections: Crime-Prevention Jurisprudence. *The Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 49, 439-464. <https://doi.org/10.3138/cjccj.49.4.439>
- Andrews, D., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work ? a clinically relevant and psychologically informed meta-analysis *. *Criminology*, 28(3), 369-404. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1990.tb01330.x>
- Bager-Charleson, S., & McBeath, A. (2022). *Supporting Research in Counselling and Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-13942-0>
- Barnett, G. D., Mann, R. E., & National Offender Management Service. (2013). Cognition, empathy, and sexual offending. In *TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE* (Vols. 14–1, pp. 22–33). <https://doi.org/10.1177/1524838012467857>
- Barnett, G., & Mann, R. E. (2012). Empathy deficits and sexual offending : A model of obstacles to empathy. *Aggression And Violent Behavior*, 18(2), 228-239. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.010>
- Barry, M. (2013). Desistance by design : Offenders’ reflections on criminal justice theory, policy and practice. *European Journal of Probation*, 5(2), 47-65 <https://doi.org/10.1177/206622031300500204>
- Bisson, J.I., Roberts, N.P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013) Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(12), CD003388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
- Bodic, C. L. (2020). Le parcours de soin des auteurs d’infraction à caractère sexuel : de la décision de justice à la prise en charge thérapeutique. *Sexologies*, 29(3), 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.03.001>
- Bonta, J., & Andrews, D. (2016). *The Psychology of Criminal Conduct*. <https://doi.org/10.4324/9781315677187>
- Brassine, C., Decocq, M., Gentile, A., & Mathys, C. (2025). Mise en œuvre des forces des jeunes en conflit avec la loi dans les pratiques d’évaluation et d’intervention en IPPJ et en EMA : témoignages croisés de professionnel·les et chercheuses. *Journal du Droit des Jeunes*.
- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., Davey, L., & Jenkinson, E. (2022). Doing Reflexive Thematic Analysis. Dans *Supporting Research in Counselling and Psychotherapy* (p. 19-38). https://doi.org/10.1007/978-3-031-13942-0_2

- Braun, V., & Clarke, V. (2020). Can I use TA ? Should I use TA ? Should I not use TA ? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling And Psychotherapy Research*, 21(1), 37-47. <https://doi.org/10.1002/capr.12360>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research In Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216-222. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810270028003>
- Brotman, M., Susan Schultz, M.D., Robert Freedman, M.D., Aggarwal, R., & Mehta, A. (2007). The American Journal of Psychiatry Residents' Journal. In *The American Journal of Psychiatry* (Vol. 2, Issue 8) [Journal-article].
- Brunelle, N., L'Espérance, N., Arseneault, C., Baril, R., Drolet-Noël, M., & Meeson, J.-S. (2025). Points de vue des femmes judiciairisées : trajectoires drogue-crime et rôle des services en dépendance sur leur rétablissement et leur désistement. *Criminologie*, 58(2), 187-213. <https://doi.org/10.7202/1121881ar>
- Burke, L., Collett, S., & McNeill, F. (2018). The role of probation practitioners in supporting desistance: A review of the literature. *European Journal of Probation*, 10(2), 112-129. <https://doi.org/10.1177/2066220318790054>
- Carofiglio, G. (2020). De la gentillesse et du courage. *Les arènes*.
- Condry, R. (2007). *Families Shamed : The Consequences of Crime for Relatives of Serious Offenders*. <http://eprints.lse.ac.uk/20469/>
- Conseil de l'Europe. (2019). *La violence à l'égard des femmes en Belgique* [Report]. <http://www.fredetmarie.be/>
- 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>
- Cullen, F. T., & Gendreau, P. (2001). From Nothing Works to What Works : Changing Professional Ideology in the 21st Century. *The Prison Journal*, 81(3), 313-338. <https://doi.org/10.1177/0032885501081003002>
- Decety, J., & Cowell, J. M. (2014). (2014). The complex relation between morality and empathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(7), 337-339. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.04.008>
- Delage, P. (2018). Produire de la compassion. L'accompagnement des victimes de violences conjugales en France et aux États-Unis. In *Revue Internationale De Politique Comparée* (Vol. 25, Issues 3-4, p. 51).
- Dieu, E., Zinsstag, E., Ward, T., Walgrave, L., M. Schuilenburg, R. Heffermann, J. Lievens, S. Al Joboory, M. Barnao, N. Henrard, C. Mormont, S. Corneille, D.S. Prescott, G.M. Willis, & A. Hirschelmann. (2021). Criminologie de la confiance et Good Lives Model (GLM). *Revue Internationale De Criminologie Et De Police Technique Et Scientifique*. In press.
- Djagoué--Dufée, I. (2024). *Travail de fin d'études[BR]- Travail de fin d'études: "Étude de cas multiples du processus de désistement assisté de la délinquance d'adultes hommes judiciairisés : le rôle et les caractéristiques des interventions (in)formelles évalués sous le prisme des dimensions relationnelles*

(quantité, qualité, durée, fréquence). "[BR]- Séminaire d'accompagnement à l'écriture. (Unpublished master's thesis). Université de Liège, Liège, Belgique. Retrieved from <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/19842>

Elliott R., Bohart A. C., Watson J. C., & Murphy D. (2018). *Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis*. *Psychotherapy*, 55(4), 399–410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>

Farrall, S. (2002). Rethinking what works with offenders : Probation, social context and desistance from crime, Willan, Cullompton, ISBN 1-903240-95-6. *Current Issues in Criminal Justice*, 16(1), 119–121. <https://doi.org/10.1080/10345329.2004.12036311>

F-Dufour, I., Brunelle, N., Couture-Dubé, R., & Henry, D. (2024). *Désistement et (ré)intégration sociocommunautaire : L'expérience de jeunes judiciarisés de 16 à 35 ans*. PUQ. Dans Presses de l'Université du Québec eBooks. <https://doi.org/10.1515/9782760559677>

Ferreccio, V. (2019). L'expérience de l'enfermement chez les proches de détenus. *Criminologie*, 52(1), 37-56. <https://doi.org/10.7202/1059538ar>

Filoteanu, I. (2025). *Travail de fin d'études: "Des soutiens invisibles : les expériences émotionnelles et les défis d'agents informels non structurés dans le désistement assisté de personnes en conflit avec la loi."*. (Unpublished master's thesis). Université de Liège, Liège, Belgique. Retrieved from <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/23723>

Finlay, L., & Gough, B. (2003). *Reflexivity : a practical guide for researchers in health and social sciences*. http://digitool.hbz-nrw.de:1801/webclient/DeliveryManager?pid=2120920&custom_att_2=simple_viewer

Frank, J. D. (1971). Therapeutic Factors in Psychotherapy. *American Journal Of Psychotherapy*, 25(3), 350-361. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1971.25.3.350>

Freyens, A., Monti, M., Vignocan, L., & Mesthe, P. (2019). Femmes victimes de violences sexuelles : attitudes attendues de la part de leur médecin. *Sexologies*, 28(4), 183-190. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2019.05.008>

Gelso, C. J., & Perez-Rojas, A. (2017). Inner experience and the good psychotherapist. *Psychotherapist effects: Toward an understanding of why some psychotherapists are better than others*. Washington, DC: American Psychological Association.

Groupe Antigone. (2024). *Évaluation des activités de réhabilitation psychosociale du Groupe Antigone par les bénéficiaires* [Enquête de satisfaction non publiée].

Hannem, S. (2019). Déconstruire la stigmatisation des familles dans le discours sur les familles affectées par l'incarcération. *Criminologie*, 52(1), 225–245. <https://doi.org/10.7202/1059547ar>

Hanson, R. K., & Scott, H. (1995). Assessing perspective-taking among sexual offenders, nonsexual criminals and nonoffenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7, 259–277.

Hayes, J. A., & Vinca, M. (2017). Therapist presence, absence, and extraordinary presence. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.). *How and Why are some therapists better than others? Understanding therapists effects* (p.85-99). American Psychological Association.

Healy, D. (2012). *The dynamics of desistance : Charting pathways through change*. New York, NY : Routledge. Healy, D. (2010b). *The Dynamics of Desistance : Charting Pathways Through Change*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BB07152788>

Hétu, J. L. (2019). *La relation d'aide: éléments de base et guide de perfectionnement (6éd.)*. Gaëtan Morin éditeur.

Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F., Wender, R., & Gonnella, J. S. (2010). Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *International Journal Of Medical Education*, 1, 83-87. <https://doi.org/10.5116/ijme.4d00.b701>

Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship : From transference to alliance. *Journal Of Clinical Psychology*, 56(2), 163-173. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200002\)56:2](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200002)56:2)

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche En Soins Infirmiers*, N° 102(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS), Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA) & Statistiek Vlaanderen. (2024). *Les violences liées au genre en Belgique : Chiffres clés de l'Enquête européenne sur la violence à l'égard des femmes et d'autres formes de violence interpersonnelle (EU-GBV, 2021–2022)*. <https://www.iweps.be/publication/les-violences-liees-au-genre-en-belgique/>

Joliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 441-476. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.03.001>

Judd, P., & Lewis, S. (2015). Working against the odds : How probation practitioners can support desistance in young adult offenders. *European Journal Of Probation*, 7(1), 58-75. <https://doi.org/10.1177/2066220315575672>

Kirshner, L. A. (2004). Kohut et la science de l'empathie. *Revue Française de Psychanalyse*, 68(3), 801. <https://doi.org/10.3917/rfp.683.0801>

Kohut, H. (1982). Introspection, empathy, and the semi-circle of mental health. *PubMed*, 63(Pt 4), 395-407. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7152804>

Kohut, H. (1971). The Analysis of the Self : a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. *New York : International Universities Press*. <https://opus4.kobv.de/opus4-Fromm/frontdoor/index/index/docId/13784>

Kottler, J. A., Sexton, T. L., & Whiston, S. C. (1994). The Heart of Healing : Relationships in Therapy. Dans *Medical Entomology and Zoology*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA4106461X>

Laferrière, D. (2019). L'ambivalence de l'entourage des personnes délinquantes. *Criminologie*, 52(1), 73–96. <https://doi.org/10.7202/1059540ar>

Lalande, P. (2004). *Punir ou réhabiliter les contrevenants ? Du « Nothing works » au « What works » : montée, déclin et retour de l'idéal de réhabilitation*. Ministère de la Sécurité publique du Québec.

Levitan, J. A., & Vachon, D. D. (2021). The nuanced association between deficient empathy and sexual aggression. *Personality And Individual Differences*, 177, 110812. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110812>

Lux, V., & Weigel, S. (2017). *Empathy : Epistemic Problems and Cultural-Historical Perspectives of a Cross-Disciplinary Concept*. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-51299-4>

Magrouti, F. O. (2007). L'espace-temps carcéral. *Espace Populations Sociétés*, 2007/2-3, 371-383. <https://doi.org/10.4000/eps.2246>

- Mathys, C., & Claes, S. (2020). Conduites de harcèlement et de cyber-harcèlement chez les adolescents : interrelations et spécificités, place de l'empathie et actions de prise en charge. *Neuropsychiatrie de L'Enfance et de L'Adolescence*, 68(5), 251-256. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.02.003>
- Marshall, W. L. (2005). Therapist Style in Sexual Offender Treatment : Influence on Indices of Change. *Sexual Abuse*, 17(2), 109-116. <https://doi.org/10.1007/s11194-005-4598-6>
- Marshall, W. L., & Serran, G. A. (2000). Improving the Effectiveness of Sexual Offender Treatment. *Trauma Violence & Abuse*, 1(3), 203-222. <https://doi.org/10.1177/1524838000001003001>
- Marshall, W. L., & Serran, G. A. (2004). The role of the therapist in offender treatment. *Psychology Crime And Law*, 10(3), 309-320. <https://doi.org/10.1080/10683160410001662799>
- Marshall, W., Fernandez, Y., Serran, G., Mulloy, R., Thornton, D., Mann, R., & Anderson, D. (2003). Process variables in the treatment of sexual offenders. *Aggression And Violent Behavior*, 8(2), 205-234. [https://doi.org/10.1016/s1359-1789\(01\)00065-9](https://doi.org/10.1016/s1359-1789(01)00065-9)
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Martinson, R. (1974). What works? Questions and answers about prison reform. *Public Interest*, 35, 22–54.
- McFadyen, J., & Rankin, J. (2016). The Role of Gatekeepers in Research : Learning from Reflexivity and Reflection. *GSTF : Journal Of Nursing And Health Care*, 4(1), 82-88. <https://research-portal.uws.ac.uk/en/publications/the-role-of-gatekeepers-in-research-learning-from-reflexivity-and>
- McLeod, J. (1990). The client's experience of counseling and psychotherapy: a review of the research literature. In: D. Mearns, & W. Dryden (Eds.), *Experiences of counseling in action* (pp. 66–79). London: Sage Publications.
- McNeill, F. (2016). The collateral consequences of risk. Dans C. Trotter, G. McIvor et F. McNeill (dir.), *Beyond the risk paradigm in criminal justice* (p. 143-157). Londres, Royaume-Uni : Palgrave.
- Mormont, C. (2019). L'empathie ou le politiquement correct. *Open Repository And Bibliography (University Of Liège)*. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/237473>
- Muchielli, R. (2016). L'entretien de face à face dans la relation d'aide. *ESF*.
- Ouellet, F., & Dubois, M. (2022). Got Assistance ? Profit-Driven Criminal Careers and Assisted Desistance. *Crime & Delinquency*, 70(3), 894-920. <https://doi.org/10.1177/00111287221104733>
- Oxley, J. C. (2011). The moral dimensions of empathy. In *Palgrave Macmillan UK eBooks*. <https://doi.org/10.1057/9780230347809>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). Chapitre 12. L'analyse thématique. Dans : P. Paillé & A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 269-357). Paris: Armand Colin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd.* Armand Colin.
- Panuccio, E. A., Christian, J., Martinez, D. J., & Sullivan, M. L. (2012). Social Support, Motivation, and the Process of Juvenile Reentry : An Exploratory Analysis of Desistance. *Journal Of Offender Rehabilitation*, 51(3), 135-160. <https://doi.org/10.1080/10509674.2011.618527>

Polaschek, D. L. L. (2003). Empathy and victim empathy. In T. Ward, D. R. Laws, & S. M. Hudson (Eds.), *Sexual deviance: Issues and controversies*. : Sage Publications Inc.

Police Fédérale. (2024). *Moniteur de sécurité 2024*. Service public fédéral Intérieur. <https://www.police.be/statistiques/fr/moniteur-de-securite/moniteur-de-securite-2024>

Prescott, D. S. (2022). Self-compassion in Treatment and with Ourselves. *Current Psychiatry Reports*, 25(1), 7–11. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01401-9>

Prescott, D. S., & Willis, G. M. (2021). Using the good lives model (GLM) in clinical practice : Lessons learned from international implementation projects. *Aggression And Violent Behavior*, 63, 101717. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101717>

Prescott, D. S., Willis, G., & Ward, T. (2022). Monitoring Therapist Fidelity to the Good Lives Model (GLM). *International Journal Of Offender Therapy And Comparative Criminology*, 68(1), 131-147. <https://doi.org/10.1177/0306624x221086572>

Preston, D. L. (2001). Addressing treatment resistance in corrections. Dans L.L. Motiuk, & R. C. Serin (eds.), *Compendium 2000 on Effective Corrections* (I, 47-55). Ottawa : Correctional Service of Canada.

Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal Of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>

Romand, D. (2021). Theodor Lipps (1851-1914), théoricien de l'empathie. In J. Bernard, S. Pic, & J. Arnaud (Eds.), *Biomorphisme. Approches sensibles et conceptuelles des formes du vivant* (e-book, pp. 745–799). Editions Naima. <https://hal.science/hal-03219315v1>

Rondeau, K., Paillé, P., & Bédard, E. (2023). La confection d'un guide d'entretien pas à pas dans l'enquête qualitative. *Recherches qualitatives*, 42(1), 5–29. <https://doi.org/10.7202/1100242ar>

Sanchez, M., Fouques, D., & Romo, L. (2022). Violences sexuelles entre partenaires intimes : caractéristiques et enjeux cliniques. *Annales Médico-psychologiques Revue Psychiatrique*, 181(1), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.12.005>

Saunders, S. M., & Marquette University. (1999). Clients' assessment of the affective environment of the psychotherapy session: relationship to session quality and treatment effectiveness. *Psychology Faculty Research and Publications*. https://epublications.marquette.edu/psych_fac/314

Sarre, R. (2001). Beyond 'What Works?' A 25-year Jubilee Retrospective of Robert Martinsons Famous Article. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 34(1), 38-46.

Shlien, J. (1997). Empathy in psychotherapy : A vital mechanism ? Yes. Therapist's conceit ? All too often. By itself enough ? No. Dans *American Psychological Association eBooks* (p. 63-80). <https://doi.org/10.1037/10226-002>

Stas, M. (2023). *Travail de fin d'études[BR]- Travail de fin d'études: "Etude de cas multiples : « L'utilisation du Good Live Model comme modèle de réhabilitation dans le cadre de l'accompagnement psycho-social auprès de familles où ont eu lieu un ou plusieurs passages à l'acte délictuels de nature sexuelles dans la fratrie. »"*[BR]- Séminaire d'accompagnement à l'écriture. (Unpublished master's thesis). Université de Liège, Liège, Belgique. Retrieved from <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/18484>

- Squier, R. W. (1990). A Model of Empathic Understanding and Adherence to Treatment Regimens in Practitioner-Patient Relationships. *Social Science & Medicine*, 30, 325–339. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90188-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90188-X)
- Touraut, C. (2019). L'expérience carcérale élargie : une peine sociale invisible. *Criminologie*, 52(1), 19–36. <https://doi.org/10.7202/1059537ar>
- Trouvé, J. (2015). Quelle empathie pour les autistes ? Empathie et identifications. *Cahiers de PréAut*, N° 12(1), 9-54. <https://doi.org/10.3917/capre1.012.0009>
- Vachon, D.D., & Lynam, D.R., (2016). Fixing the problem with empathy: Development and validation of the affective and cognitive measure of empathy. *Assessment*, 23(2), 135–149. <https://doi.org/10.1177/1073191114567941>
- Villeneuve, M., F-Dufour, I., & Turcotte, D. (2020). Désistement assisté : vecteur d'intégration sociocommunautaire pour des adolescents engagés dans une délinquance grave ou persistante. *Criminologie*, 53(1), 225-252. <https://doi.org/10.7202/1070508ar>
- Walborn, F. S. (1996). *Process Variables : Four Common Elements of Counseling and Psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy ? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E., & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care : conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry*, 22(1), 25-41. <https://doi.org/10.1002/wps.21035>
- Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of sexual offenders: Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 513–528.
- Ward, T., & Birgden, A. (2007). Human rights and correctional clinical practice. *Aggression And Violent Behavior*, 12(6), 628-643. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2007.05.001>
- Ward, T., & Durrant, R. (2013). Altruism, empathy, and sex offender treatment. *International Journal Of Behavioral Consultation And Therapy*, 8(3-4), 66-71. <https://doi.org/10.1037/h0100986>
- Ward, T., & Heffernan, R. (2017). The role of values in forensic and correctional rehabilitation. *Aggression And Violent Behavior*, 37, 42-51. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.09.002>
- Ward, T., & Marshall, B. (2007). Narrative Identity and Offender Rehabilitation. *International Journal Of Offender Therapy And Comparative Criminology*, 51(3), 279-297. <https://doi.org/10.1177/0306624x06291461>
- Ward, T., & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders : Risk management and good lives. *Professional Psychology Research And Practice*, 34(4), 353-360. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.4.353>
- Ward, T., Willis, G. M., Prescott, D., Vandavelde, S., Barnao, M., & Wanzeele, W. (2025). *The good lives Model of correctional rehabilitation : integrating theory, research, and practice*. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-95559-4>
- Ward, T., Yates, P. M., & Willis, G. M. (2012). The Good Lives Model and the Risk Need Responsivity Model: A Critical Response to Andrews, Bonta, and Wormith (2011): A Critical Response to Andrews, Bonta, and Wormith (2011). *Criminal Justice and Behavior*, 39(1), 94-110. <https://doi.org/10.1177/0093854811426085>

Widlöcher, D. (2014). Empathie et co-pensée. *Journal de la Psychanalyse de L Enfant*, Vol. 3(2), 39-44. <https://doi.org/10.3917/jpe.006.0039>

Willis, G. M., & Ward, T. (2024). Evidence for the Good Lives Model in Supporting Rehabilitation and Desistance from Offending. *The Wiley Handbook of What Works in Correctional Rehabilitation*, 299–309. <https://doi.org/10.1002/9781119893073.ch22>

Willis, G. M., Prescott, D. S., & Yates, P. M. (2013). The Good Lives Model (GLM) in theory and practice. *ResearchSpace (University Of Auckland)*, 5(1), 3. <https://hdl.handle.net/2292/22938>

Cours

Dantinne, M. (2026). Terrorisme et anti-terrorisme

Mathys, C. (2026). Déclinaisons multiples autour du désistement et liens avec la pratique professionnelle du criminologue

Mathys, C. (2025). Pratiques psycho-sociales du criminologue : évaluations, interventions et accompagnements

Seron, V. (2025). Pénologie : enjeux et réflexions épistémologiques

Mathys, C. (2024). Démarches de recherche en criminologie

7. Annexes :

Annexe 1 : Message

Bonjour Madame, Monsieur,

Je me présente je suis Tom Blanchart, stagiaire au Groupe Antigone depuis août 2025 et étudiant en criminologie en dernière année de master.

Je réalise mon mémoire cette année sur la place de l'empathie dans les suivis proposés par le Groupe Antigone. [Intervenant d'Antigone] m'a communiqué que vous seriez d'accord de répondre à mes questions au cours d'un entretien. Celui-ci dure normalement entre 30 minutes et 1 heure.

Êtes-vous toujours d'accord de participer ? Et si oui, quand penseriez-vous être disponible ? Je suis véhiculé et peux me déplacer au lieu de votre choix pour vous rencontrer.

Merci beaucoup

Tom Blanchart

Guide d'entretien

Thème 1 : Profil et expérience de prise en charge	<i>Voici quelques questions très générales sur votre parcours</i> Quel est votre âge, votre genre ? Pouvez-vous me parler de votre parcours et de votre expérience comme justiciable ? (Quelle est votre situation actuelle ? Depuis combien de temps êtes-vous dans cette situation ? Avez-vous connu des suivis précédents, si oui, pouvez-vous me les décrire ?) Quel est le contexte d'intervention du groupe Antigone ? (Depuis combien de temps êtes-vous suivi ? Votre suivi était-il libre ou sous contrainte ? Quelle est votre demande initiale ? Comment en êtes-vous arrivé à connaître et entrer en contact avec le groupe Antigone ?)
Thème 2 : Perception de l'empathie et concepts assimilés	<i>Passons maintenant à l'empathie et cherchons à comprendre ensemble ce que cela signifie pour vous dans votre vie de tous les jours et vos relations</i> 1. Quelle est votre définition de l'empathie ? Pouvez-vous me donner un exemple de situation de votre quotidien où l'empathie était exprimée ? (Pouvez-vous me décrire une situation de votre quotidien où vous avez exprimé de l'empathie ? Pouvez-vous me décrire une situation de votre quotidien où vous avez perçu de l'empathie à votre égard ?) Quelle est votre définition de la sympathie ? Pouvez-vous me donner un exemple de situation de votre quotidien où la sympathie était exprimée ? (Pouvez-vous me décrire une situation de votre quotidien où vous avez exprimé de la sympathie ? Pouvez-vous me décrire une situation de votre quotidien où vous avez perçu de la sympathie à votre égard ?) Quelle est votre définition de la compassion ? Pouvez-vous me donner un exemple de situation de votre quotidien où la compassion était exprimée ? (Pouvez-vous me décrire une situation de votre quotidien où vous avez exprimé de la compassion ? Pouvez-vous me décrire une situation de votre quotidien où vous avez perçu de la compassion à votre égard ?)
Thème 3 : Les savoir-être du clinicien et leurs compétences professionnelles, la place de l'empathie et ses dimensions	<i>Abordons ensuite le contexte de prise en charge</i> 2. Quelles sont les qualités des intervenants clinique en tout genre que vous privilégiez ? A l'inverse, quelles sont celles (attitudes, mots, ...) que vous jugez problématiques, qui ne vous donnent pas envie de vous investir dans un suivi avec un intervenant clinique ? Si nous parlons maintenant spécialement du groupe Antigone, Pouvez-vous me raconter une expérience, un vécu au cours duquel votre intervenant clinique d'Antigone s'est avéré utile ou aidant ou soutenant ? Qu'avez-vous particulièrement apprécié dans cette intervention ? Avez-vous connu une intervention qui ne vous est pas apparue aidante, si oui, qu'aurait-il fallu pour qu'elle le soit ?

	Si nous nous plaçons du point de vue de l'empathie maintenant, Quelles sont, selon vous, des manifestations d'empathie de la part des intervenants cliniques d'Antigone durant votre suivi ?
Thème 4 : La co-construction de l'empathie et le rôle de l'accompagné	<i>Enfin, terminons par votre place dans la prise en charge</i> Quelle est votre part (responsabilité, rôle...) et celle de l'intervenant clinique au sein de votre relation ? Pouvez-vous me donner un exemple descriptif ? En quoi est-ce utile, aidant pour vous ? Si nous nous centrons de nouveau sur l'empathie, de qui dépend-elle ? Quelle est votre part (responsabilité, rôle...) et celle de l'intervenant clinique ? Pouvez-vous me donner un exemple descriptif ? En quoi est-ce utile, aidant pour vous ? Enfin, qu'est-ce qui pourrait améliorer la relation thérapeutique entre vous et l'intervenant clinique d'Antigone ?



**Formulaire d'information et de consentement RGPD dans le cadre d'un travail pratique
certificatif**

***Travail réalisé dans le cadre du cours de Déclinaisons multiples autour du
désistement et liens avec la pratique professionnelle du criminologue
(CRIM4135-1)***

1. Information générale

Ce formulaire d'information et de consentement présente les objectifs du travail, les modalités de participation ainsi que les traitements de données à caractère personnel associés.

Nous vous invitons à lire attentivement ce document. Si vous acceptez de prendre part à ce travail, il vous sera demandé de signer le formulaire de consentement éclairé figurant en fin de document. Une copie datée de ce document vous sera remise.

Votre participation est entièrement volontaire. Après avoir donné votre consentement, vous demeurez libre de vous retirer du travail à tout moment, sans devoir fournir de justification.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations concernant le projet ou vos données à caractère personnel, ou si vous souhaitez retirer votre participation, vous êtes libre de contacter le ou les responsables du projet de recherche à tout moment au moyen des coordonnées figurant ci-dessous.

2. Responsable(s) du projet de recherche

La responsable académique de ce travail est :

MATHYS Cécile, Professeure au sein du département de criminologie de l'ULiege, Cecile.Mathys@uliege.be

L'étudiant.e réalisant ce travail est :

Blanchart Tom

Étudiant.e en Master en criminologie, Université de Liège

Tom.Blanchart@student.uliege.be

3. Description de l'étude

Cette étude porte sur la réalisation d'un entretien d'environ une heure, une heure trente, auprès d'une personne voulant mettre en place un changement dans sa vie. Le but de cette étude est d'analyser la retranscription pseudo anonymisée afin d'expérimenter la méthodologie narrative dans le "cœur" d'une entrevue (avec guide d'entretien) et dans sa "tête" ensuite en analysant le verbatim pour identifier les scripts et thèmes narratifs. Ce travail a pour objectif de développer une méthodologie chez l'étudiant dans l'accompagnement du changement.

L'étude sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique 2025-2026.

3. Nature de la participation

Votre participation consiste en un entretien semi-directif, d'une durée approximative d'une heure.

L'entretien portera sur votre récit de vie ainsi que sur un processus de changement que vous souhaiteriez mettre en place ou que vous avez déjà commencé à entreprendre. L'objectif sera de mieux comprendre votre parcours,

les difficultés éventuellement rencontrées, mais également les ressources et les éléments ayant favorisé ou pouvant favoriser ce changement.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré audio afin de permettre une retranscription fidèle des propos. Cet enregistrement sera utilisé exclusivement à des fins de recherche.

5. Protection des données à caractère personnel

Les responsables du projet prennent toutes les mesures nécessaires afin de garantir la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD - UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

5.1 Responsable du traitement

Le responsable du traitement est :
Université de Liège
Place du 20-Août, 7
B-4000 Liège

5.2 Données collectées

Les données collectées dans le cadre de cette recherche comprennent :

- Des entretiens qualitatifs semi-directifs, enregistrés et retranscrits ; des données contextuelles non identifiantes utiles à l'analyse ; des notes et observations de terrain réalisées par le chercheur.

Le travail réalisé, qui exploitera les données de manière non individuelle (pas de traitement au niveau d'une seule personne dans sa totalité par exemple), pourra être utilisé pour des communications diverses (cours de master en criminologie, activités scientifiques, ...).

5.3 Droit de retrait

Le traitement de vos données repose sur votre consentement libre, spécifique, éclairé et explicite. La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel se fondent sur la mission d'intérêt public de l'Université (RGPD, Art. 6.1.e) et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j).

Votre participation est entièrement volontaire. Vous pouvez :

- refuser de répondre à certaines questions ;
- interrompre votre participation à tout moment, sans justification.

En cas de retrait avant la phase d'analyse, vos données seront supprimées et ne seront pas utilisées dans le cadre du travail de recherche.

5.5 Confidentialité, anonymisation et accès aux données

Les données recueillies seront traitées de manière **confidentielle** et **anonymisée**.

- Aucun nom, prénom ou élément permettant votre identification ne figurera dans le travail écrit.

- Des pseudonymes seront utilisés dans les retranscriptions et citations.
- Les données anonymisées pourront être consultées dans le cadre de l'évaluation du travail.
- Les données sensibles (enregistrements audio, consentements signés, base de données brut, enregistrements audios) seront accessibles uniquement à l'étudiant.e et à l'enseignant.e.

5.6 Durée et conditions de conservation des données

Les données à caractère personnel seront conservées de manière sécurisée jusqu'à la validation définitive du travail, prévue idéalement pour juin 2026.

Le cas échéant, cette durée pourra être prolongée de quelques mois à des fins strictement académiques.

Les données seront ensuite détruites.

5.7 Sécurité des données

Les données seront stockées sur des supports numériques sécurisés, protégés par mot de passe, avec un accès strictement limité aux personnes autorisées.

Les modalités concrètes de stockage et de sécurisation des données sont : clé USB sécurisée et un espace OneDrive institutionnel protégé par mot de passe.

5.8 Droits des participants

Conformément au RGPD (Art. 15 à 23), vous disposez des droits suivants :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- s'opposer, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, pour des raisons tenant à sa situation particulière, au traitement des données à caractère personnel la concernant ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (contact@apd-gba.be).

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège
M. le Délégué à la protection des données,
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
B-4000 Liège

Je, soussigné.e _____, déclare avoir pris connaissance du formulaire d'information relatif à la recherche décrite ci-dessus et consens librement et volontairement à y participer.

Je déclare notamment :

- avoir reçu une information claire et complète sur les objectifs et modalités de la recherche ;
- avoir pu poser toutes les questions nécessaires et avoir obtenu des réponses satisfaisantes ;
- être informé.e de mon droit de refuser de répondre à certaines questions ou de me retirer à tout moment ;
- accepter l'enregistrement audio de l'entretien à des fins exclusives de retranscription ;
- être informé.e que ma participation est anonyme et confidentielle ;
- avoir compris que les données collectées seront utilisées uniquement dans le cadre de ce travail et d'éventuelles activités scientifiques ultérieures, de manière totalement anonymisée

☐ Je consens à participer à cette recherche

☐ J'accepte l'enregistrement audio de l'entretien

Fait à : _____

Le : _____

Signature du/de la participant.e :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom de l'enseignant.e : MATHYS Cécile

Date :

Signature :

Nom et prénom de l'étudiant.e réalisant le travail: BLANCHART Tom

Date :

Signature :

Annexe 4 : Mesures prises afin de limiter le biais de désirabilité

Voici l'ensemble des mesures prises afin de limiter le biais de désirabilité :

- Il fut privilégié tout participant ne m'ayant pas encore rencontré dans le cadre d'un suivi clinique. À ce titre, seulement quatre participants m'avaient déjà côtoyé au cours d'un entretien clinique.
- De plus, il fut systématiquement expliqué par téléphone et rappelé au début de chaque entretien que la posture adoptée au cours de celui-ci était celle d'un chercheur et non plus celle du stagiaire criminologue.
- Enfin, il fut précisé que l'ensemble des informations recueillies resterait strictement confidentielles et ne serait en aucun cas transmises aux intervenants du Groupe Antigone. Il fut remarqué lors de notre étude que les participants plébiscitant le plus le groupe, furent pareillement ceux qui le critiquaient le plus.

Annexe 5 : Tableau récapitulatif

Participant 1 Victime 1	<u>Thème 1 : Profil et expérience de prise en charge</u>	<u>Thème 2 : Perception de l'empathie et concepts assimilés</u>	<u>Thème 3 : Les savoir-être du clinicien et leurs compétences professionnelles, la place de l'empathie et ses dimensions</u>	<u>Thème 4 : La co-construction de l'empathie et le rôle de l'accompagné</u>
	Genre : Féminin Âge : 51 ans Mère au foyer de 3 enfants (1 fils et 2 filles) Victime d'abus intra-familiaux par son fils. Ses filles ont également été victimes des mêmes abus. Appel spontané au SAJ, judiciarisation par le SAJ, dossier renvoyé SPJ Suivi précédent pendant 9 ans : intervenante psychologue passive Intervention du Groupe Antigone due aux abus incestueux	<u>L'empathie</u> Être capable de ressentir ce que l'autre ressent sans pour autant s'approprier et s'envahir de leur douleur. <i>Situation où ressentie à son égard :</i> Par les intervenants du Groupe Antigone via leur disponibilité et liée à une motivation à aider la famille. <i>Situation où exprimée à l'égard de :</i> Une patiente durant son travail d'infirmière via un geste affectueux : dimension affective	<u>Qualité des intervenants cliniciens :</u> Bienveillance, empathie, humanité, respect, communication, souriant, usage de l'humour. Relation doit être basée sur la confiance, l'empathie et la bienveillance. Capacité à recadrer fermement, franchise / discours direct <u>Traits problématiques</u> Froid, désintéressé, distant. <u>Expérience aidante avec Antigone :</u> Disponibilité, intervention rapide et rassurante, soutien à la réflexion avec suivi continu après l'intervention	<u>Part de responsabilité :</u> Collaboration, réflexion, réflexivité et remise en question entre les séances <u>Responsabilité de l'intervenant :</u> Aide à l'analyse et à la compréhension et à la réflexion ainsi qu'à la recherche de solutions adéquates (guidance) <u>Utilité perçue :</u> Renforcement positif et engage à la relation clinique <u>Source de l'empathie :</u> Réciprocité.

	Suivi libre depuis septembre 2024 Suivi dans un premier temps de [Intervenant d'Antigone 2] avec son fils puis suivi sous demande personnelle avec [Intervenant d'Antigone 1] Contact avec Antigone par le SAJ. Demande de suivi sur les abus intra familiaux et le rétablissement de l'autorité sur son fils.	<u>La sympathie :</u> Politesse, sociabilité, convivialité et respect <u>La compassion :</u> Aide apportée à une personne que l'on aime et apprécie	et démonstration de compréhension. Réactivité immédiate de l'intervenant <u>Expérience négative avec Antigone :</u> Aucune <u>Manifestations empathie d'Antigone :</u> Compréhension manifestée par des mots, l'écoute et la recherche de solution active avec l'accompagnée Empathie affective	<u>Part de responsabilité dans le développement de l'empathie :</u> Comprendre les vécus qui seraient racontés par l'intervenant et la patience <u>Amélioration du suivi ?</u> Pas nécessaire, suivi décrit comme idéal à l'heure actuelle
--	---	---	---	--

Participant 2 Victime 2	<u>Thème 1 : Profil et expérience de prise en charge</u>	<u>Thème 2 : Perception de l'empathie et concepts assimilés</u>	<u>Thème 3 : Les savoir-être du clinicien et leurs compétences professionnelles, la place de l'empathie et ses dimensions</u>	<u>Thème 4 : La co-construction de l'empathie et le rôle de l'accompagné</u>
	Genre : féminin Âge : 18 ans Étudiante Pas de volonté d'évoquer son vécu de victimisation Suivi par une psychologue puis plusieurs hospitalisations psychiatriques. Suivi par une équipe pluridisciplinaire, puis contact avec le SAJ et Antigone Suivi avec Antigone dû à des abus sexuels sur ses frères et à ses expériences victimaires Suivi libre depuis deux ans Pas véritablement de demande initiale	<u>L'empathie</u> Ressentir le sentiment de l'autre avec une certaine distance <i>Situation où ressentie à son égard :</i> Avec son intervenant d'Antigone, la ressent par sa capacité à la comprendre <i>Situation où exprimée à l'égard de :</i> Sa mère souffrante, capacité à se mettre à sa place avec une certaine distance afin d'être dans une dynamique d'aide <u>La sympathie :</u> Se mettre à la place de l'autre sans distance, avec une certaine implication et	<u>Qualité des intervenants cliniciens :</u> Favorise le dialogue, communication claire et directe, authenticité (ne cherche pas à plaire), écoute attentive, posture non jugeante, prudence face aux diagnostics, créer des déclics <u>Traits problématiques</u> Monologue / absence d'échange, discours complaisant, étiquetage, diagnostic hâtif, réduction du vécu aux troubles psychiques <u>Expérience aidante avec Antigone :</u> Disponibilité, intervention rapide et rassurante, soutien à la réflexion et à la réflexivité. Apport de solutions. Confrontation	<u>Part de responsabilité :</u> Respect (« vouvoiement »), écoute des conseils, et collaboration (« accepter le fait de vouloir aller mieux »), application des conseils et des solutions apportées ou recherchées avec l'aide du clinicien. <u>Responsabilité de l'intervenant :</u> Aide à la gestion des problèmes, proposition de conseils et de solutions, guidance. <u>Utilité perçue :</u> Rompre l'isolement et guidance <u>Source de l'empathie :</u> La relation

	Mère et un de ses frères suivi par Antigone	ressentir pleinement les émotions de la personne <u>La compassion :</u> Juste milieu entre l'empathie et la sympathie, comprendre ce que la personne en face ressent	saine. Capacité à recadrer fermement, franchise / discours direct. Usage de l'humour. Réactivité immédiate de l'intervenant <u>Expérience négative avec Antigone :</u> Aucune <u>Manifestations empathie d'Antigone :</u> Pas de manifestations directes, plutôt une posture générale, passe également par les renforcements positifs Empathie cognitive	<u>Part de responsabilité dans le développement de l'empathie :</u> Positionnement, respect <u>Part de responsabilité du clinicien développement empathie :</u> Posture générale adoptée en amont des entretiens, exprimée par la disponibilité et l'implication. <u>Utilité perçue ?</u> Rompre l'isolement, instaure une remise en question via une confrontation saine <u>Amélioration du suivi ?</u> Pas d'idée d'amélioration possible
--	--	---	--	---

Participant 3 Victime 3	<u>Thème 1 : Profil et expérience de prise en charge</u>	<u>Thème 2 : Perception de l'empathie et concepts assimilés</u>	<u>Thème 3 : Les savoir-être du clinicien et leurs compétences professionnelles, la place de l'empathie et ses dimensions</u>	<u>Thème 4 : La co-construction de l'empathie et le rôle de l'accompagné</u>
	Genre : féminin Âge : 42 ans Mère au foyer de trois enfants (2 fils et 1 fille) Victime de viol dans sa jeunesse, fils également victimes Parcours de justiciable débute en 2021 par la révélation des faits sur ses fils Suivi psychologique précédent dû à une complication médicale Suivi avec Antigone depuis trois ans dû aux abus sexuels sur ses fils Suivi libre orienté par le SAJ Demande initiale, suivi pour son fils victime mais refus	<u>L'empathie</u> Aider, comprendre et ressentir le mal des autres <i>Situation où ressentie à son égard :</i> Sa fille par l'aide apportée, son soutien et son accompagnement lors d'une hospitalisation <i>Situation où exprimée à :</i> Ses enfants, partage leurs souffrances <u>La sympathie :</u> Politesse, être cordial, usage de l'humour <u>La compassion :</u> Avoir de la peine pour une personne sans implication personnelle, sans ressentir le mal de l'autre et sans une véritable compréhension.	<u>Qualité des intervenants cliniciens :</u> Écoute, échange réciproque, posture active, capacité à recadrer, accompagnement progressif de la confiance, conseils ajustés, bienveillance, respect du temps d'adaptation. Exploration approfondie du vécu et du contexte familial <u>Traits problématiques</u> Monologue / absence d'échange, passivité, validation systématique (« oui amen à tout »), absence d'intervention, l'empathie jugée artificielle (« je comprends »), minimisation du vécu, insistance inadaptée, absence d'ajustement au rythme, manque d'écoute	<u>Part de responsabilité :</u> Honnêteté, engagement actif dans le suivi <u>Responsabilité de l'intervenant :</u> Écoute attentive, la compréhension empathique et posture de partage d'expérience personnelle (identification) encadrée dans une démarche bienveillante et porteuse de conseils (condition : relation de confiance et de complicité installée : « Elle a créé le lien et la confiance. ») <u>Utilité perçue :</u> Construction progressive de la relation, émergence naturelle du lien thérapeutique. Crée un lien et une confiance.

	de sa part, reprend le suivi de son fils Fille et un de ses fils suivis par Antigone	Assimilation de la compassion à la pitié.	<u>Expérience aidante avec Antigone :</u> Apport de conseils jugés adéquat, à l'écoute, spontanéité, confrontation saine, capacité à recadrer fermement, franchise / discours direct, intervention surprenante mais jugée pertinente <u>Expérience négative avec Antigone :</u> Aucune <u>Manifestations empathie d'Antigone :</u> Recadrage, écoute et apports de conseils. Empathie cognitive.	<u>Source de l'empathie :</u> La relation, l'intervenant et elle-même <u>Part de responsabilité dans le développement empathie :</u> Honnêteté <u>Part de responsabilité du clinicien développement empathie :</u> Humilité professionnelle, reconnaissance de l'ignorance du clinicien : Posture de questionnement face au récit. Usage de termes adaptés à la situation, posture adaptée et non surplombante <u>Exemple de l'empathie ressentie</u> Disponibilité, réactivité immédiate de l'intervenant <u>Utilité perçue ?</u> Soutien dans les périodes de crise émotionnelle, aide à la traversée des difficultés, maintien de l'engagement thérapeutique, prévention de
--	--	--	--	--

				la rupture du suivi, garantie d'une relation d'aide durable et contenante <u>Amélioration du suivi ?</u> Pas d'idée d'amélioration possible, le suivi est décrit comme parfait
--	--	--	--	---

Participant 4 Auteur 1	<u>Thème 1 : Profil et expérience de prise en charge</u>	<u>Thème 2 : Perception de l'empathie et concepts assimilés</u>	<u>Thème 3 : Les savoir-être du clinicien et leurs compétences professionnelles, la place de l'empathie et ses dimensions</u>	<u>Thème 4 : La co-construction de l'empathie et le rôle de l'accompagné</u>
	Genre : Masculin Âge : 61 ans Père de 2 enfants, travaille comme contre-maître Auteur d'infraction à caractère sexuel dont les faits remontent à 2017. Jugement en 2021. Condamné à 5 ans de sursis Suivi a commencé dans une entreprise dans le cadre professionnel avec l'intervenant d'Antigone puis a été accepté par la juge pour continuer et travailler les faits Suivi libre puis sous contrainte Demande initiale : suivi pour difficultés au travail puis	<u>L'empathie</u> Donner de la joie aux autres sans qu'elle ne revienne en retour. (Il a été donné au participant une définition de l'empathie afin de l'aiguiller pour les prochaines questions.) <i>Situation où ressentie à son égard :</i> Intervenant d'Antigone par son écoute et ses conseils et son accompagnement visant à identifier ses besoins <i>Situation où exprimée à :</i> Au travers de son engagement au sein d'une ASBL : écoute, conseils, accompagnement, encadrement et identification des besoins	<u>Qualité des intervenants cliniciens :</u> Écoute, échange réciproque, disponibilité, posture non égocentrée, focalisation sur le vécu de l'accompagné, l'ouverture d'écoute, d'esprit, guidance (figure de guide), humilité, créer des déclics <u>Traits problématiques</u> Monologue / absence d'échange, identification, discours autocentré (« moi, je »), projection de soi, tendance à donner des conseils normatifs, posture intrusive, conseils normatifs <u>Expérience aidante avec Antigone :</u> Echange, aide à faire émerger les ressources personnelles, travail	<u>Part de responsabilité :</u> Engagement actif dans le suivi, recherche de solutions avec l'intervenant, remise en question, réflexivité, collaboration, accepter les conseils <u>Responsabilité de l'intervenant :</u> Écoute attentive, renforcements positifs au progrès réalisés, guidance, cadrage <u>Utilité perçue :</u> Cadrage ressenti comme nécessaire et aidant pour outrepasser la culpabilité et la tristesse <u>Source de l'empathie :</u> La relation

	dans le cadre du sursis emménagé	<u>La sympathie :</u> Semblable à l'amabilité, gentillesse, bienveillance <i>Situation où ressentie à son égard :</i> Envers les personnes l'aidant dans son activité extra professionnelle par la politesse, les remerciements, les petites intentions, les cadeaux <i>Situation où exprimée à :</i> Idem <u>La compassion :</u> Aider ou respecter une personne en situation de difficulté. <i>Situation où exprimée à :</i> Un de ses collègues en difficulté dans son intégration au sein de la société belge	collaboratif (co-construction), recherche commune de solutions, travail intégratif auprès de sa famille, développement des loisirs <u>Expérience négative avec Antigone :</u> Aucune <u>Manifestations empathie d'Antigone :</u> Pas de nécessité de manifester, posture adoptée dès le premier entretien	<u>Part de responsabilité dans le développement empathie :</u> Usage de l'humour, complicité avec l'intervenant <u>Part de responsabilité du clinicien développement empathie :</u> Ecoute, instauration d'une relation et d'un climat de confiance, chaleur relationnelle, ouverture d'esprit, posture non-jugeante, respect du rythme, renforcements positifs, empathie cognitive <u>Utilité perçue ?</u> Possibilité d'évoquer des récits très personnels <u>Amélioration du suivi ?</u> Au début considérait les entretiens comme trop courts mais considère finalement que cela suscitait sa réflexion entre les entretiens
--	---	---	--	--

Participant 5 Auteur 2	<u>Thème 1 : Profil et expérience de prise en charge</u>	<u>Thème 2 : Perception de l'empathie et concepts assimilés</u>	<u>Thème 3 : Les savoir-être du clinicien et leurs compétences professionnelles, la place de l'empathie et ses dimensions</u>	<u>Thème 4 : La co-construction de l'empathie et le rôle de l'accompagné</u>
	Genre : Masculin Âge : 72 ans Pensionné, bénévole au sein d'une ASBL Auteur d'infraction à caractère sexuel condamné pour des premiers faits à 7 ans de prison, 3 ans d'incarcération Puis nouvelle condamnation à 10 ans plus 10 ans de MAD, 15 ans d'incarcération, libéré sous conditions. A connu un suivi psychologique précédent dans le cadre des faits de mœurs de sa première condamnation de 1998 à 2001 dans un centre de santé médical	<u>L'empathie</u> Pas de définition de l'empathie, ne la comprend pas totalement (Il a été donné au participant une définition de l'empathie afin de l'aiguiller pour les prochaines questions.) <i>Situation où ressentie à son égard :</i> Gérante de l'ASBL dans son accueil, son non-jugement, son ouverture d'esprit <u>La sympathie :</u> Non-jugement, politesse, bienveillance, attitude chaleureuse, acceptation inconditionnelle, attitude souriante <u>La compassion :</u> Ouverture, entendre la douleur d'une personne et	<u>Qualité des intervenants cliniciens :</u> Écoute, respect du rythme de parole, liberté d'expression (ne pas forcer à parler), respect du choix de participation <u>Traits problématiques</u> Obligation de parler, pression à s'exprimer, non-respect du rythme individuel <u>Expérience aidante avec Antigone :</u> Disponibilité, convivialité, sourire <u>Expérience négative avec Antigone :</u> Aucune	<u>Part de responsabilité :</u> Sincérité <u>Responsabilité de l'intervenant :</u> Écoute attentive, sincérité <u>Source de l'empathie :</u> Ne sait pas <u>Part de responsabilité dans le développement empathie :</u> Sincérité <u>Part de responsabilité du clinicien développement empathie :</u> Ecoute, instauration d'une relation et d'un climat de confiance, ouverture d'esprit, posture non-jugeante, respect du rythme, présentation, premier contact, création du lien

	Suivi avec Antigone dans le cadre des faits amenant à la deuxième condamnation Suivi démarré librement en anticipation d'une obligation judiciaire Demande de suivi dans le cadre des faits amenant à la deuxième condamnation	s'inscrire dans une dynamique d'aide <i>Situation où exprimée à :</i> D'autres détenus face à leur situation.	<u>Manifestations empathie d'Antigone :</u> Le contact, la confiance manifestée au sein de la relation Le premier contact et la présentation permettrait de directement instaurer un climat de confiance et une alliance thérapeutique bénéfice	<u>Utilité perçue ?</u> Primordial pour établir une alliance thérapeutique <u>Amélioration du suivi ?</u> Pas d'idée d'amélioration possible, le suivi est décrit comme idéal
--	---	--	--	---

Participant 6 Auteur 3	<u>Thème 1 : Profil et expérience de prise en charge</u>	<u>Thème 2 : Perception de l'empathie et concepts assimilés</u>	<u>Thème 3 : Les savoir-être du clinicien et leurs compétences professionnelles, la place de l'empathie et ses dimensions</u>	<u>Thème 4 : La co-construction de l'empathie et le rôle de l'accompagné</u>
	Genre : Masculin Âge : 49 ans A un emploi, situation décrite comme stable Auteur d'infraction à caractère sexuel acquitté pour des premiers faits puis condamné pour d'autres faits à 8 ans de prison, incarcération de 4 ans et demi, bracelet électronique et désormais en liberté conditionnelle A connu un suivi psychologique précédent suite à une agression, l'objectif était de gérer le traumatisme résultant de celle-ci Suivi avec Antigone depuis 6 ans	<u>L'empathie</u> Capacité à se mettre à la place de l'autre et de comprendre l'autre et ses sentiments vis-à-vis d'une situation, implique automatiquement une intervention d'aide <i>Situation où ressentie à son égard :</i> Sa compagne de par son soutien par la parole, des gestes ou l'écoute durant les épreuves liées à l'incarcération <i>Situation où exprimée à :</i> Des jeunes intérimaires exprimant des difficultés dans le cadre de son emploi, compréhension, posture rassurante et soutien	<u>Qualité des intervenants cliniciens :</u> Honnêteté, professionnalisme, respect du secret professionnel, écoute <u>Traits problématiques</u> Attitude jugeante, manque de professionnalisme, étiquetage, posture accusatrice (imposition d'une culpabilité), relation contrainte et non investie, approche centrée uniquement sur la reconnaissance de la faute <u>Expérience aidante avec Antigone :</u> Posture rassurante, honnêteté, posture d'accompagnement progressif à la réinsertion, prise en compte des effets	<u>Part de responsabilité :</u> Respect de l'intervenant, respect des horaires, honnêteté, écoute, ouverture à la collaboration, être de bonne composition <u>Responsabilité de l'intervenant :</u> Écoute attentive, professionnalisme, attitude souriante, climat de stabilité, ouverture d'esprit, attitude non-jugeante, distance professionnelle (« faire fi de ses sentiments personnels »), capacité d'analyse des informations, ajustement du discours pour favoriser l'intégration (reformulation / paraphrase), facilitation de la compréhension, aide à une nouvelle perspective, soutien à l'élaboration du vécu

	Suivi libre devenu ensuite sous contrainte mais volontaire au départ Demande initiale, suivi dans le cadre des faits, soutien face à la condamnation : confrontation à l'écart entre attentes (acquittement) et réalité judiciaire Orienté vers Antigone par une autre psychologue	<u>La sympathie :</u> Être de bonne composition, jovial. Convivialité et disposition relationnelle, attitude positive et souriante <i>Situation où ressentie à son égard :</i> Dans la relation avec ses beaux-enfants et à travers l'entraide <i>Situation où exprimée à :</i> Idem <u>La compassion :</u> Un niveau au-dessus de l'empathie dans l'engagement émotionnel, relatif à une douleur ressentie par autrui, cependant n'implique pas une intervention d'aide <i>Situation où ressentie à son égard :</i> À travers le soutien exprimé oralement par des proches durant les épreuves liées à l'incarcération	psychiques de l'incarcération, aide à la préparation concrète de la sortie, sensibilité aux difficultés d'adaptation, compréhension spécifique du vécu carcéral, guidance, échange, expérience professionnelle, posture non-jugeante (Neutralité face à la culpabilité et respect de la vérité de l'accompagné), capacité à questionner sans accuser, travail en profondeur (mise en réflexion), posture sérieuse <u>Utilité perçue :</u> Favorise l'échange et l'engagement et évite le blocage défensif <u>Expérience négative avec Antigone :</u> Refus de reconnaissance des bienfaits du suivi de la part du SPS	<u>Utilité perçue :</u> Instauration d'un climat de confiance non-jugeant amenant une ouverture à la discussion, fonction de repère / personne ressource, accessibilité en cas de difficulté, sécurisation de l'expression des vulnérabilités, posture de guide (asymétrie assumée), diminution de la peur du jugement, facilitation de la parole authentique, renforcement du lien thérapeutique, sentiment de sécurité relationnelle <u>Source de l'empathie :</u> Posture de l'intervenant de par son attitude souriante, franchise directe <u>Part de responsabilité dans le développement empathie :</u> Respect de l'intervenant et sa posture professionnelle
--	---	---	--	--

		<i>Situation où exprimée à :</i> Un collègue traversant un deuil exprimé via un soutien oral et la disponibilité à intervenir dans une aide active	<u>Manifestations empathie d'Antigone :</u> Disponibilité, adaptation des horaires aux contraintes du bracelet électronique (flexibilité organisationnelle), prise en compte concrète de la réalité de l'accompagné (déplacements, circulation), ajustement individualisé du suivi, compréhension explicite de la situation vécue ("je comprends"), reconnaissance de l'impact de l'incarcération, empathie fondée sur l'expérience clinique (expérience avec d'autres accompagnés)	<u>Part de responsabilité du clinicien développement empathie :</u> Qualité inhérente à la personne <u>Amélioration du suivi ?</u> Pas d'idée d'amélioration possible, le suivi est décrit comme idéal
--	--	--	---	--

Participants 7 et 8 Proches 1	<u>Thème 1 : Profil et expérience de prise en charge</u>	<u>Thème 2 : Perception de l'empathie et concepts assimilés</u>	<u>Thème 3 : Les savoir-être du clinicien et leurs compétences professionnelles, la place de l'empathie et ses dimensions</u>	<u>Thème 4 : La co-construction de l'empathie et le rôle de l'accompagné</u>
	Genre : Féminin Âge : 72 ans Genre : Masculin Âge : 74 Fils condamné en tant qu'AICS, 3 ans d'incarcération N'a pas connu de suivi psychologique précédent, impliqué indirectement dans le suivi psychologique de leur fille pour une condition médicale Suivi avec Antigone depuis un ou deux dans le cadre des faits commis par leur fils. Fils suivi par Antigone, proposition de la part du fils d'également suivre les parents Suivi libre	<u>L'empathie</u> Capacité à verbaliser adéquatement la situation d'autrui, sans nécessairement en comprendre pleinement la réalité vécue. Implique de la bien-pensance, limitée dans le temps. <i>Situation où ressentie à son égard :</i> Soutien oral de la part de personnes face à la situation <u>La sympathie :</u> Plus profond que l'empathie, implique une aide et un ressenti affectif <i>Situation où ressentie à son égard :</i> Deux personnes présentes avec un soutien et une aide	<u>Qualité des intervenants cliniciens :</u> Écoute, premier contact (« feeling, intuition »), attitude respectueuse, sympathique et cadrante, bienveillance, humilité, compétant et maîtrisant son métier, adaptation à la conception de l'accompagné, capacité à instaurer un climat de confiance, alignement sur une forme de « justesse » perçue, respect du vécu et des représentations, esprit critique <u>Traits problématiques</u> Attitude hautaine et inauthentique, discours trompeur ou peu fiable, déconnexion avec la réalité de l'accompagné, imposition de points de vue cliniques non partagés, manque de	<u>Part de responsabilité :</u> Démarche de recherche d'aide, volonté d'être suivi, engagement actif dans le suivi, collaboration, accueil à domicile <u>Responsabilité de l'intervenant :</u> Écoute attentive, présence non intrusive, posture non directive (ne pas imposer de solutions), respect de l'autonomie et du rythme, fonction de conseils ajustés, aide à la compréhension de situations judiciaires, soutien bienveillant, accompagnement et soutien à l'élaboration par l'accompagné lui-même <u>Source de l'empathie :</u> La relation

	Demande initiale : avoir un soutien face aux difficultés liées à l’incarcération, au jugement, aux déconvenues judiciaires et aux difficultés familiales	qui a duré dans le temps face à la situation <i>Situation où exprimée à :</i> Groupe de prière, aide apportée à des personnes en difficultés et âgées <u>La compassion :</u> Plus profond que la sympathie, dimension affective et dynamique d’aide <i>Situation où ressentie à son égard :</i> Par des faits, des gestes, des mots, aide de la part de la sœur de madame <i>Situation où exprimée à :</i> Envers leur fils, dynamique d’aide, d’écoute et de compréhension	justesse relationnelle, attitudes perçues comme condescendantes, posture intrusive <u>Expérience aidante avec Antigone :</u> Attitude non jugeante et rassurante, usage de l’humour, sincérité directe, confrontation saine, capacité à rejoindre le point de vue, accordage relationnel / proximité de pensée <u>Expérience négative avec Antigone :</u> Aucune mais ressentira toujours une incompréhension malgré la posture du clinicien de par l’impossibilité de raconter l’ensemble de leur vécu <u>Manifestations empathie d’Antigone :</u> Manifestation orale par le clinicien d’Antigone et capacité à rejoindre le point de vue, accordage relationnel / proximité de pensée	<u>Part de responsabilité dans le développement empathie :</u> Sincérité <u>Part de responsabilité du clinicien développement empathie :</u> Adaptation à la situation singulière, ajustement de la posture, agir de manière appropriée et bénéfique au regard du contexte et du vécu de l’accompagné <u>Amélioration du suivi ?</u> Pas d’idée d’amélioration possible
--	---	--	---	---

Participants 9 et 10 Proches 2	<u>Thème 1 : Profil et expérience de prise en charge</u>	<u>Thème 2 : Perception de l'empathie et concepts assimilés</u>	<u>Thème 3 : Les savoir-être du clinicien et leurs compétences professionnelles, la place de l'empathie et ses dimensions</u>	<u>Thème 4 : La co-construction de l'empathie et le rôle de l'accompagné</u>
	Genre : Féminin Âge : 46 ans Genre : Masculin Âge : 52 Fils a commis des abus sur son petit-frère, découvert en 2020. 9 mois en IPPJ. Suivi par le CPVS des parents et de la victime. Suivi de l'auteur par les psychologues de l'IPPJ. La mère a eu un suivi complémentaire à Antigone : hypnothérapie et famille a également connu de la kinésiologie Intervention intégrative du groupe Antigone, un intervenant suivant le plus vieux des fils (auteur), un autre le plus jeune (victime)	<u>L'empathie</u> Synonyme de bienveillance, ressentir et chercher à comprendre ce qu'autrui ressent sans engagement émotionnel. Engagement d'aide. Nécessité de communication. <i>Situation où ressentie à son égard :</i> Père de la maman via son implication, sa compréhension de la situation <i>Situation où exprimée à :</i> Le père vis-à-vis d'un collègue traversant un deuil, aide et compréhension La mère vis-à-vis d'une collègue traversant des difficultés familiales : aide et compréhension	<u>Qualité des intervenants cliniciens :</u> Attitude humaine et non-jugeante, attention particulière à leur situation de proches, franchise directe, posture rassurante, expertise du terrain et connaissance des situations similaires, capacité à rassurer par le partage de savoir expérientiel, crédibilisation de la parole, inclusion des proches dans le processus d'accompagnement, réduction du sentiment d'isolement ou d'incompréhension, usage de l'humour, <u>Traits problématiques</u> Indisponibilité, instauration d'un climat conflictuel (IPPJ), attitude hautaine, réductionnisme,	<u>Part de responsabilité :</u> Engagement actif dans le suivi, recherche de solutions avec l'intervenant, remise en question, réflexivité, collaboration, accepter les conseils <u>Responsabilité de l'intervenant :</u> Écoute attentive, renforcements positifs aux progrès réalisés, guidance, cadrage, proposition de solutions, recherche de solutions avec les accompagnées et aide à la réflexion, suscite la réflexivité entre les entretiens, adaptation à la famille <u>Utilité perçue :</u> Cadrage ressenti comme nécessaire et aidant pour

	et un dernier suivant les parents Suivi avec Antigone depuis 2021 dans le cadre des faits Suivi sous contrainte, proposition de la juge Pas vraiment de demande initiale si ce n'est du soutien	Dimension cognitive <u>La sympathie :</u> Donner sans chercher à comprendre ou création de lien, engagement d'aide. <i>Situation où exprimée à :</i> Exemple donné : cycliste qui crève sur la route : apport d'aide sans chercher à comprendre <u>La compassion :</u> Ressentir ce qu'autrui ressent. Implique la pitié. <i>Situation où ressentie à son égard :</i> Mère : épreuve de licenciement de la part d'une chasseuse de tête, engagée dans l'aide et la compréhension. <i>Situation où exprimée à :</i> Une voisine traversant des difficultés	confrontation, imposition, injonction à la confiance (« vous devez nous faire confiance »), absence de construction progressive du lien de confiance, position d'autorité et de connaissance imposée plutôt que négociée, attitude jugeante, grossièreté <u>Expérience aidante avec Antigone :</u> Posture rassurante, disponibilité (« venait même les dimanches »), expérience du clinicien vue comme aidante, alchimie directe, capacité d'analyse rapide des dynamiques familiales, expérience clinique permettant une compréhension fine des situations, posture ajustée et personnalisée, « Alchimie » relationnelle favorisant l'alliance thérapeutique, intervention structurée et progressive (séances comme processus continu), capacité à questionner en profondeur, suscite la réflexion et la réflexivité entre les séances,	apporter une aide équitable envers leurs enfants et s'inscrire dans un travail sur le long terme <u>Source de l'empathie :</u> La relation mais importance du premier contact et de l'ouverture de l'intervenant <u>Part de responsabilité dans le développement empathie :</u> Démarche de recherches d'aides, attitude collaborative, ouverture à l'aide apportée <u>Part de responsabilité du clinicien développement empathie :</u> Ecoute, instauration d'une relation et d'un climat de confiance, ouverture d'esprit, posture non-jugeante, respect du rythme, renforcements positifs, attitude directe et franche, empathie cognitive <u>Utilité perçue ?</u> Ne pas rentrer dans de la compassion, ne pas avoir peur de blesser l'intervenant :
--	---	--	--	---

			fonction de déstabilisation constructive (« mettre le doigt où ça fait mal »), conviction à aider, prédisposition professionnelle <u>Expérience négative avec Antigone :</u> Réticence de la juge envers Antigone, clinicien travaillant avec la victime décrit comme hautain, manquant de communication, attitude non rassurante, absence de retour, de conduites à adopter avec la victime, aucun feed-back <u>Manifestations empathie d'Antigone :</u> Suscite la parole et la réflexion des accompagnés suscite la parole des accompagnés via une confrontation saine	relation horizontale et climat de confiance <u>Amélioration du suivi ?</u> Davantage de communication entre les intervenants travaillant avec leurs enfants
--	--	--	--	--

Annexe 6 : Résumé des six phases de l'analyse thématique réflexive de Braun et al. (2022)

<u>Phase</u>	<u>Processus</u>
<u>1) Familiarisation</u>	La première étape du processus de familiarisation avec les données consiste à parcourir de manière répétée les matériaux recueillis, qu'il s'agisse des données textuelles, audio ou visuelles. Au cours de cette phase, le chercheur relève les éléments qu'il considère comme pertinents ou nécessitant une exploration plus approfondie. Cette étape fut réalisée dans un premier temps durant les entretiens à l'aide d'une prise de notes et dans un deuxième temps durant la lecture des retranscriptions.
<u>2) Codage</u>	Le chercheur procède à une analyse attentive des données en attribuant des codes aux éléments jugés pertinents ou présentant des caractéristiques significatives en lien de la question de recherche. Cette étape a été réalisée à l'aide du tableau récapitulatif (<i>cf. annexe n°5</i>)
<u>3) Génération initiale des thèmes</u>	Le chercheur rassemble et réorganise les codes semblables afin de faire émerger des motifs potentiels de significations communes, articulés autour d'un concept. Ces regroupements préliminaires doivent, à cette étape, avant tout présenter une cohérence et une pertinence suffisantes au regard de l'objet de recherche.
<u>4) Révision et développement des thèmes</u>	Afin de s'assurer qu'ils reflètent les motifs significatifs présents dans les données codées ainsi que dans l'ensemble des retranscriptions, le chercheur procède à une révision, à un approfondissement et si cela apparaît indispensable à une restructuration des thèmes initiaux. Cette étape implique une réflexion sur la signification portée par chaque thème ainsi que sur la cohérence globale de l'analyse en cours.
<u>5) Raffinement, définition et nomination des thèmes</u>	Un affinement des thèmes est ensuite réalisé par la rédaction de définitions synthétiques, pouvant aller jusqu'à quelques centaines de mots. Ceci permet de préciser les contours des thèmes et d'en clarifier le concept central. Le chercheur procède ensuite à l'attribution d'un intitulé à chaque thème, en fonction de son interprétation analytique. Cette étape fut réalisée en regard de la littérature scientifique existante.
<u>6) Rédaction du rapport</u>	La dernière étape consiste à finaliser l'analyse par la rédaction. Celle-ci amène à une articulation de manière cohérente des extraits issus des données et des commentaires analytiques du chercheur, afin de restituer l'histoire propre à chaque thème. L'ensemble de l'analyse est ensuite mis en perspective à la lumière des connaissances existantes, tandis que les choix méthodologiques font l'objet d'une démarche réflexive explicite.

Annexe 7 : Présentation de notre échantillon

Participants	Genre	Âge	Catégorie	Suivi	Type d'intervention
Participant n°1	Femme	51 ans	Victime	Hebdomadaire 1 an et demi	Libre et intégrative
Participant n°2	Femme	18 ans	Victime	Mensuel depuis 2 ans	Libre et intégrative
Participant n°3	Femme	42 ans	Victime	Bimensuel depuis 3 ans	Libre et intégrative
Participant n°4	Homme	60 ans	Auteur	Mensuel depuis 9 ans	Libre puis sous contrainte, individuelle
Participant n°5	Homme	72 ans	Auteur	Mensuel depuis 10 ans	Libre puis sous contrainte, individuelle
Participant n°6	Homme	49 ans	Auteur	Mensuel depuis 6 ans	Libre puis sous contrainte, individuelle
Participant n°7	Femme	72 ans	Proche	Mensuel depuis 2 ans	Libre et intégrative
Participant n°8	Homme	74 ans	Proche	Mensuel depuis 2 ans	Libre et intégrative
Participant n°9	Femme	46 ans	Proche	Mensuel depuis 5 ans	Sous-contrainte et intégrative
Participant n°10	Homme	52 ans	Proche	Mensuel depuis 5 ans	Sous-contrainte et intégrative