

La victimisation des intervenants en criminologie : Son ampleur et ses conséquences sur la pratique clinique

par Richard Lusignan Ph.D.¹

Institut Philippe Pinel de Montréal

Jusqu'à présent, les victimologues se sont peu intéressés aux liens unissant les pratiques socioprofessionnelles cliniques aux taux ou aux probabilités de victimisation. Cette situation demeure surprenante puisque d'emblée plusieurs propositions du discours victimologique s'appliquent avec pertinence à ce genre d'analyse².

Le travail des intervenants en criminologie révèle la convergence de trois facteurs pouvant mener à la victimisation : un contact avec des délinquants potentiels déjà assujettis à une disposition du Code criminel canadien; des circonstances où les intervenants peuvent devenir des cibles et, enfin, la présence (ou l'absence) d'éléments dissuasifs qui sont aptes à inhiber les actions de l'assaillant.

Ainsi, les intervenants cliniques de notre étude sont exposés aux facteurs victimogènes à cause de leur association professionnelle quotidienne avec des individus ayant déjà manifesté des comportements violents ou socialement désapprouvés. Le fait de travailler auprès de personnes violentes ou délinquantes définit des activités à risque élevé de victimisation.³ Les risques et les formes de victimisation ont fluctué avec la transformation du milieu carcéral qui est passé d'un milieu totalitaire strictement axé sur la garde du reclus en un milieu de garde visant la modification du comportement. L'acquisition des connaissances au regard de ces situations victimogènes rend possible l'application de stratégies préventives par la modification des procédures organisationnelles et la réduction des occasions d'agression.

Stratégie et techniques de recherche

Notre démarche peut être qualifiée de descriptive et d'exploratoire et elle a deux objectifs. Le premier vise à quantifier et qualifier la victimisation des criminologues⁴ au cours de leurs activités de travail auprès des détenus ou des patients psychiatriques. Le second objectif tient à vérifier l'existence d'un lien entre la victimisation (au travail ou ailleurs) et la modification des perceptions cliniques et professionnelles des criminologues cliniciens à l'égard de leur clientèle.

Hypothèses

La victimisation des criminologues cliniciens dans le cadre de leur travail existe mais elle est peut-être sous-évaluée et sous-signalée. Il existe un lien entre la victimisation d'un intervenant clinique professionnel et le développement d'un état de perturbation, voire de stress post-traumatique. Il y a plusieurs approches possibles pour mesurer les conséquences de la victimisation. Nous avons choisi d'utiliser les concepts de perturbation des habitudes et d'état de stress post-traumatique, tel qu'élaboré dans le DSM III-R.

La présence d'une ou plusieurs expériences de victimisation modifie la pratique professionnelle des intervenants. Ces changements s'exercent de différentes façons dont la modification des activités professionnelles, celle des attitudes face aux clients, la manifestation d'attentes de soutien à l'endroit de la structure organisationnelle et des pairs.

Échantillon

Nous avons approché 271 criminologues qui travaillent auprès des détenus fédéraux adultes confiés au Service correctionnel du Canada, région du Québec. Ces criminologues occupent des postes d'agent de gestion de cas en établissement ou d'agent de gestion de cas communautaire.

Nous avons aussi interrogé 15 criminologues à l'emploi de l'Institut Philippe Pinel de Montréal qui travaillent auprès d'une clientèle considérée violente mais dans un contexte médico-légal et psychiatrique.

Tous les participants ont été contactés personnellement ou par envoi postal. Nous avons privilégié la rencontre des divers groupes de participants au sein de leur unité opérationnelle, réservant l'envoi postal et le suivi téléphonique aux unités situées à plus de 150 kilomètres de Montréal. Le taux de réponse global s'élevait à 63 % des questionnaires distribués, soit 180 répondants.

Tableau 1

Répartition des participants approchés et des répondants, selon leur milieu de travail				
Type de milieu	Nombre de participants approchés	% de la population totale	Nombre de répondants	Taux de réponse
Établissement à sécurité maximale	31	10,8	16	51,6
Établissement à sécurité moyenne	63	22,0	40	63,5
Établissement à sécurité minimale	12	4,1	10	83,3
CCC**	19	6,6	12	63,2
Dans la communauté avec les libérés conditionnels	146	51,0	89*	61,0
Institut Pinel	15	5,2	14	93,3
Total	286	100,0	181	63,3
* un questionnaire incomplet a été exclus à cette étape				
** Centre correctionnel communautaire				

Le Tableau 1 présente la répartition des participants selon leur milieu de travail. Notre échantillon comportait 180 praticiens cliniques parmi lesquels 89 étaient des hommes (49,4 %) et 91 des femmes (50,6 %). Leur âge se situait entre 22 et 57 ans et la moyenne d'âge était de 34,4 ans.

La durée de la carrière professionnelle de nos participants, en tant qu'intervenants, se situe entre un mois et trente ans. Leur expérience dans leur emploi actuel s'élève approximativement à 6,7 ans avec un écart-type de 6 ans. Il est à noter que près de la moitié des répondants avaient moins de quatre ans d'ancienneté dans leur présent emploi.

Instrument utilisé et contribution de la méthode qualitative

Notre sondage par questionnaire comprenait quatre sections principales regroupant l'identification du participant et des incidents de victimisation qu'il juge sérieux. Chacun des participant pouvait décrire deux événements dont il a eu connaissance de manière directe, deux événements indirects (survenus dans son entourage) et un événement vécu en tant que témoin.

Le questionnaire recueille également des informations sur les critères diagnos-tiques de l'ESPT. Nous pouvons nous heurter, ici, à l'action de mécanismes de défense psychologiques tels que le déni et la rationalisation⁵ et ce, sans qu'il soit possible de corriger l'auto-évaluation faite en tenant compte d'observations effectuées par les proches du répondant. Toutefois, il faut se rappeler que les prévalences établies lors de l'ESPT sont toujours des prévalences minimales⁶.

Enfin, il nous a semblé plausible que l'hypothèse selon laquelle les spécialistes les plus perturbés par leur expérience de victimisation pouvaient quitter le milieu de travail clinique, échappant ainsi à notre protocole de recherche. Pour pallier à cette situation nous avons utilisé une approche qualitative complémentaire permettant de rencontrer au moins une personne répondant à cette description.

Lors de la conception de notre projet, cette approche plus qualitative nous apparaissait pleinement justifiée par la nature polymorphe de l'objet à l'étude. D'une part, il était impossible d'identifier a priori tous les types de victimisations susceptibles de se produire et, d'autre part, nous voulions avoir la meilleure compréhension possible des facteurs agissant chez l'intervenant victimisé. Quels sont les processus menant au retrait du travail lorsque la victimisation survient dans ce contexte ? Quels processus agissent lors d'un retour au travail post-victimisation auprès d'une clientèle délinquante ou violente ?

Nous avons ainsi rencontré 11 intervenants (8 hommes et 3 femmes) qui oeuvraient dans l'un ou l'autre des milieux de travail étudiés. Le vécu professionnel des membres de ce sous-groupe était impressionnant. Ils cumulaient 170 années d'expérience en tant que criminologues au service de divers employeurs.

Les résultats

En utilisant une approche quantitative nous avons étudié près de 200 variables pour chacun des participants. Pour leur part, les entrevues ont révélé des situations et des acteurs dont l'apport était imprévisible selon la logique déductive : situation de projection, ampleur des situations d'intimidation sexuelle vécues par les intervenantes, modalités du soutien offert par l'employeur, soutien post-

agression émanant des clients. Ces éléments méthodologiques ont eu un effet de synergie en enrichissant l'ensemble de nos données.

La reconnaissance de la victimisation au travail

Notre première hypothèse de recherche questionnait la présence des phénomènes de victimisation des criminologues cliniciens dans leur cadre de travail.

La victimisation qui survient dans ce contexte se caractérise avant tout par la présence d'un élément de violence interpersonnelle. Ces incidents regroupent 64 % (35/55) de toutes les infractions violentes rapportées par les victimes directes (N = 122). En faisant abstraction des vols et méfaits (7) et des incidents de menaces (14), les gestes survenus en contexte de travail comportent des voies de fait (13), voies de fait avec une arme (9), voies de fait causant des lésions corporelles (1), séquestrations (11) et tentative de meurtre (1). Malgré l'identification d'un suspect dans 82 % des crimes survenus au travail (en comparaison avec 22 % des incidents survenus hors travail), une accusation s'ensuit dans seulement 30 % des cas (41 % hors travail) et une condamnation vient sanctionner cette accusation dans 22 % des plaintes (34 % hors travail).

Les gestes posés et les attitudes démontrées par les représentants de l'organisation attestent d'un processus variable dans ses modalités mais demeurant orienté vers la minimisation des faits vécus par les travailleurs. De façon générale, les victimes n'ont pas l'impression d'être écoutées mais sentent plutôt que leurs interlocuteurs cherchent à invalider leurs propos ou l'intensité de leurs réactions. Ainsi, seulement deux incidents décrits en entrevue donneront lieu à des démarches judiciaires. En conséquence, les victimes ressentent des impressions d'abandon, de solitude et d'insécurité.

Les effets de la victimisation

La seconde hypothèse que nous avons voulu vérifier se rapporte à l'existence d'un lien entre la victimisation d'un intervenant clinique professionnel et le développement, chez lui, d'un état de perturbation, voire de stress post-traumatique (ESPT).

Après l'incident, les sentiments de pertes co-existent avec la transformation des perceptions et des attitudes de la victime; celles-ci s'avèrent caractérisées par la polarisation des attentes et l'exacerbation de la méfiance envers autrui. Plusieurs répondants mentionnent des phénomènes associés à la peur du client et au développement de moyens d'auto-protection qui se manifestent dans les semaines et les premiers mois suivant immédiatement la victimisation. Ils se décrivent comme étant plus rigides et plus cinglants, animés d'un plus grand désir de contrôle envers des clients considérés comme étant tous potentiellement dangereux.

Par ailleurs, la vérification empirique de l'hypothèse de réaction post-victimisation nous a également mené à étudier la peur initiale, la peur différée et la prévalence de l'ESPT chez les répondants.

Les degrés de peur sont codifiés selon l'ordre suivant : aucune peur, peur légère, peur moyenne, peur sévère et peur panique. En ordre décroissant, la peur initiale la plus intense est reliée aux incidents de séquestration et de prises d'otages; nos répondants qualifient cette frayeur de sévère. À un niveau intermédiaire, nous retrouvons la peur engendrée par les incidents de menaces (de mort), vol qualifié, vol à main armée, agression sexuelle, voies de fait et voies de fait avec une arme. Les infractions contre les biens (vols et méfaits) entraînent une peur initiale décrite comme légère par les participants.

Il existe un décalage important entre la frayeur éprouvée lors de l'infraction et le sentiment de peur ressenti par la suite. Seules les victimes de séquestration et d'agression sexuelle rapportent le maintien d'une peur plus importante. Les incidents de menaces, de vol qualifié, de vol à main armée, de voies de fait avec ou sans arme paraissent plus susceptibles de perpétuer une faible peur que les événements de vols et méfaits.

Par ailleurs, il existe une forte association statistique entre le degré de peur différée chez la victime directe et sa participation aux différentes étapes du processus judiciaire. Dans la mesure où le processus s'enclenche et que les étapes judiciaires se succèdent (dénonciation, mise en accusation, condamnation), le niveau de peur différée augmente à chacune des étapes franchies.

Outre la présence de la peur, nous avons aussi mesuré celle des symptômes de l'ESPT. La prévalence générale de l'ESPT dans notre échantillon s'établit à 16 % (29/180). Ce taux également se compose du cumul de la prévalence professionnels d'un premier sous-groupe non directement victimisé (5/58 ou 9 %) et d'un autre sous-groupe La victimisation constitué de victimes directement atteintes (24/122 ou 20 %).

Sur le plan statistique, l'ESPT apparaît significativement relié des conséquences multiplicité des formes de différentes selon victimisation (directe et indirecte) et à la peur. En comparaison avec le moment de la l'ensemble des victimes directes, carrière, le lieu, participants avec un diagnostic d'ESPT ressentent des degrés plus la nature de élevés de peur, tant au moment l'infraction et la l'infraction que par la suite. Il n'y aucun lien statistique quant à pour l'ensemble des répondants au moment de la victimisation. Cependant, chez les hommes, l'âge actuel des porteurs de l'ESPT est statistiquement plus élevé que celui de leurs pairs non-porteurs. Ce résultat pourrait indiquer que les événements relatés par les hommes ne sont pas nécessairement récents et que le processus de vieillissement favorise l'apparition contemporaine de traumatismes liés à des événements anciens⁷.

L'adaptation à la pratique professionnelle après la victimisation

La troisième hypothèse étudiée vise l'identification de modifications post-incident, concrètes ou observables, dans le travail du participant. Ces changements s'exercent de différentes façons dont la modification des activités professionnelles, celle des attitudes face aux clients, la manifestation d'attentes de soutien à l'endroit de la structure organisationnelle et des pairs.

Les données recueillies en entrevue permettent de dresser un portrait des cliniciens victimisés et la façon

dont ils vivent la poursuite de leur carrière après leur(s) victimisation(s). Le processus de retrait puis de retour au travail ou la prestation ininterrompue de services professionnels débouchent alors, presque inévitablement, sur une série d'interrogations éthiques, personnelles et professionnelles que nos entretiens ont permis d'explorer.

La transformation des habitudes peut se traduire par des changements dans la façon d'évaluer un client, la disponibilité quand ce n'est la capacité à exercer cette activité. Par exemple, plusieurs intervenants interviewés exprimaient leur préoccupation, suite à leur victimisation, d'être justes à l'endroit de l'ensemble de leurs clients en évitant de les associer indûment à celui qui les avait victimisés.

Les données recueillies au moyen du questionnaire indiquent qu'une majorité d'individus victimisés au travail transforment leurs habitudes de travail. Ce résultat donne tout son sens aux pratiques de consultation et de vérification de ses perceptions personnelles auprès des collègues de travail.

La victimisation des intervenants cliniques entraîne des conséquences différentes selon le moment de la carrière, le lieu, la nature de l'infraction et la personnalité de la victime. Malgré l'obtention de résultats, l'étude de l'influence de la victimisation sur le travail clinique des intervenants recèle plus de filons de recherche à exploiter que de découvertes à exhiber.

Les pistes à développer

Nous sommes convaincus de la pertinence d'élaborer des stratégies préventives liées au maintien et au développement de la santé et de la sécurité des intervenants en criminologie, et ce, dans tous les milieux de pratique. Dans une perspective générale, les études devraient traiter du vieillissement des intervenants et de la précarisation des emplois cliniques; alors que dans un contexte plus spécifique, les études devraient viser l'identification et la mesure des séquelles consécutives à l'expérience de victimisation, plus particulièrement pour les baby boomers qui ont embrassé leur carrière professionnelle au début des années 1960 et 1970.

Quel est l'impact du travail à temps partiel sur l'intégration des normes sécuritaires, la maîtrise des structures organisationnelles de transmission d'informations ou les risques de lésions professionnelles? Est-ce que les stress supplémentaires liés à la précarité de l'emploi favorisent un vieillissement prématuré de ces travailleurs sur les plans de la santé physique ou psychologique? Autant de questions auxquelles tous les concernés doivent s'intéresser dès maintenant afin de favoriser la mise en place de stratégies préventives collectives plus efficaces dans les milieux de pratique clinique.

L'identification des transformations de la pratique professionnelle pourrait résulter de l'observation de la préparation et de l'analyse du contenu des évaluations criminologiques rédigées par des cliniciens ayant subi des incidents de victimisation. Une façon d'analyser cette situation fait appel à la théorie d'attribution⁸. Notre hypothèse de travail porterait alors sur la présence de ce que Jones et Davis qualifient d'erreur de perception liée au « personnalisme »⁹. Par définition, il s'agit d'une interprétation personnalisée des actes observés. À cause de cela, les informations ou les actions ayant un

retentissement affectif chez l'évaluateur sont plus susceptibles d'être rattachées à la personnalité du client qu'aux facteurs environnementaux, entraînant de ce fait un jugement plus sévère sur le délinquant.

Sur le plan pratique, la transformation de la notion de traumatisme en faveur d'une perspective plus large de qualité de la vie au travail ainsi que l'étude des facteurs de réadaptation de l'expert victimisé signent les premiers pas du long chemin qu'il reste à parcourir pour mieux comprendre les interactions liant le milieu de pratique et la victimisation des cliniciens.

1. 10905, boulevard Henri-Bourassa Est, Montréal (Québec), H1C 1H1

2. HINDELANG, M. J. «Victimization surveying, theory and research» dans Schneider Hans Joachim (Ed.), *The victim in international perspective*, Berlin, New-York, de Gruyter, 1982. Voir aussi COHEN, L. E. et FELSON, M. «Social change and crime rate trends: a routine activity approach», *American Sociological Review*, vol. 44, 1979, p. 588-608.

3. ELLENBERGER, H. « Relations psychologiques entre le criminel et la victime », *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique*, vol. 8, 1954, p. 103-121. Voir aussi BARIL, M. «L'envers du crime », *Les Cahiers de recherche criminologiques*, n° 2, Centre International de Criminologie Comparée, 1984.

4. Ce terme réfère à tout intervenant clinique auprès des détenus ou clients psychiatriques violents.

5. LANZA, M. L. «The reactions of nursing staff to physical assault by a patient», *Hospital & Community Psychiatry*, vol. 34, n° 1, 1983, p. 44-47.

6. CALDWELL, M. F. «Incidence of PTSD among staff victims of patient violence», *Hospital & Community Psychiatry*, vol. 43, n° 8, 1992, p. 838-839.

7. KINZIE, J. D. «Post-traumatic stress disorder» dans Kaplan Harold I., Sadock Benjamin J. (Ed.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, vol. 1, cinquième édition, 1989. 8. HEIDER, F. «Social perception and phenomenal causality», *Psychological Review*, vol. 51, 1944, p. 358-373. Voir aussi JONES, E. E. et DAVIS, K. E. «From acts to dispositions: the attribution process in person perceptions» dans Berkowitz Leonard (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, vol. 2, 1965; KELLEY, H. H. «Attribution theory in social psychology» dans D. Levine (Ed.), *Nebraska symposium on motivation*, vol. 15, 1967 et ROSS, L. «The intuitive psychologist and his shortcomings: distortions in the attribution process» dans L. Berkowitz (Ed.) *Advances in experimental and social psychology*, vol. 10, 1977, p. 173-220.

9. JONES et DAVIS «From acts to dispositions: the attribution process in person perceptions».

