



# SOUS LA LOUPE

Janvier  
2024



## COMMENT BIEN IMPLANTER LE GOOD LIVES MODEL

Par  
MATHIEU COUTURE, Psychologue,  
Responsable du développement des pratiques | RIMAS



Les principaux représentants de l'approche du *Good Lives Model* le disent : le modèle est de plus en plus implanté dans les différents programmes pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS), mais les façons de l'implanter sont très différentes. Elles varient de l'utilisation du GLM comme outil clinique occasionnel jusqu'à l'intégration complète du GLM dans la trajectoire des services de l'utilisateur. Or, ces représentants appellent à une meilleure compréhension de la manière dont le GLM doit être appliqué. Il y va du succès des programmes de thérapie, mais aussi de la possibilité d'évaluer mieux l'efficacité réelle de cette approche.

Certains élaborent sur le risque que présente une approche GLM mal implantée, dont la possibilité d'effets négatifs et, peut-être même augmentant le risque de récidive de l'individu. L'article de Willis, Yates, Gannon et Ward (2012), traite de cet aspect, tout en proposant des lignes directrices favorisant une meilleure implantation du modèle GLM, plus cohérente avec ce que les théoriciens de cette approche souhaitaient.

Le *Sous la Loupe* de ce mois-ci décortique cet article en détails. Notons que les préoccupations, bien que datant de plus d'une décennie, sont encore d'actualité, telle que le confirmait la présentation de David Prescott lors du congrès de l'ATSA 2023.

### Référence de l'article :

Willis, G. M., Yates, P. M., Gannon, T. A., & Ward, T (2012). How to Integrate the Good Lives Model Into Treatment Programs for Sexual Offending : An Introduction and Overview. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 25 (2), 123-142. DOI : 10.1177/1079063212452618.

### COMMENTAIRES D'INTRODUCTION

Les auteures nous rappellent que le GLM est complémentaire au modèle RBR (Risques, Besoins, Réceptivité). Par sa philosophie positive et humaniste, il semble favoriser l'engagement de la personne en traitement et ainsi améliorer la Réceptivité. Contrairement au modèle de Prévention de la récidive, le modèle GLM possède, selon les auteures, des fondements théoriques plus solides. L'efficacité de l'approche mérite toutefois d'être étudiée davantage (une meilleure intégration de l'approche favorisera, entre autres, une meilleure évaluation de son efficacité). Précisons que les approches du GLM et du RBR sont des modèles d'intervention qui ciblent la composante « Quoi faire », tandis que les approches théoriques spécifiques, comme la thérapie cognitive-comportementale (TCC) ciblent la composante « Comment faire ».



## PRÉMISSES DU GOOD LIVES MODEL

Le GLM est une approche foncièrement humaniste. Elle reconnaît la dignité de chaque personne, même de l'AICS, dont son besoin et son droit légitime à l'autodétermination et à une vie épanouie.

Les **besoins primaires** sont des besoins essentiels (au nombre de 10) : Vie satisfaisante, Connaissance/Savoir, Excellence dans les loisirs, Excellence au travail (ces deux derniers étant combinés dans une version plus récente), Excellence dans l'autodétermination (autonomie et direction), Équilibre intérieur, Affiliation, Communauté, Spiritualité, Bonheur, Créativité.



Les **besoins secondaires** sont les manières utilisées afin de satisfaire les besoins primaires (aussi appelés besoins instrumentaux). Ce sont les activités concrètes dans lesquelles s'engage l'individu pour répondre à ses besoins primaires. Ces besoins secondaires peuvent être constructifs et constituer des réponses saines à long terme aux besoins primaires (p.ex., participer à une activité sportive pour se maintenir en forme et entretenir des relations sociales) ou être moins optimaux, voire carrément nuisibles (p.ex., consommer des drogues pour maintenir son calme).

Les **besoins criminogènes** (ou facteurs de risque dynamiques), inclus dans le modèle RBR, sont vus par le GLM comme des obstacles qui empêchent l'individu de satisfaire ses besoins primaires d'une manière constructive (p.ex., avoir des pairs antisociaux pour combler ses besoins d'affiliation).

Pour une version adaptée des besoins primaires du GLM chez les adolescents, voir Print (2013; cité dans « La délinquance à l'adolescence », de Carpentier, Arseneault & Alain, 2022, p.215) : s'amuser, se réaliser, être sa propre personne, avoir des personnes dans sa vie, avoir un but et changer les choses, être en bonne santé émotionnelle, être en bonne santé sexuelle, être en bonne santé physique.

Le GLM définit aussi 4 « lacunes » (*flaws*) en lien avec les besoins primaires :

1. **Moyens inappropriés** de satisfaire les besoins primaires (p.ex., obtenir de l'affection auprès d'un enfant).
2. **Manque de perspective** (p.ex., négliger certains besoins primaires ou surinvestir un seul besoin).
3. **Conflit ou manque de cohérence** entre des besoins primaires et des besoins secondaires (p.ex., dominer une partenaire de vie pour satisfaire l'autonomie tout en recherchant de l'affiliation à l'intérieur de cette même relation).
4. **Manque de capacités** pour combler les besoins primaires (p.ex., difficulté à gérer les émotions pour satisfaire le besoin d'équilibre ou manque d'opportunités pour satisfaire les besoins sociaux).



Le but général du traitement fondé sur le GLM est d'aider l'utilisateur à satisfaire ses besoins primaires de manières constructives, en surmontant les « lacunes » dans leur *Good Lives Plan* (GLP) et à réduire et/ou gérer ainsi leur risque de récidive.

## COMMENT IMPLANTER L'APPROCHE GLM : CIBLES ET ORIENTATION

Le traitement et tout ce qui le compose (présentations, documents, manuels de traitement, le cas échéant, etc.) doit refléter la philosophie du modèle GLM : **le but est d'aider l'utilisateur à rechercher une vie plus satisfaisante en comblant mieux ses besoins afin d'éviter d'avoir recours à des moyens non optimaux, voire inadéquats, de les combler**. Le langage utilisé est donc important. La différence dépasse une simple logique sémantique. C'est toute la philosophie de l'approche, et sa réussite potentielle, qui découle de la manière dont est pensé et parlé le traitement.

Idéalement, l'utilisateur devrait s'engager librement dans le traitement. Si impossible, la dualité des obligations légales et de l'importance d'intégrer une démarche personnelle par soi-même devrait être travaillée.



Aussi, les cibles de traitement devraient être des objectifs d'approche et non des objectifs d'évitement. Ici aussi, au-delà de la sémantique, la manière de formuler les objectifs semble exercer une influence importante sur la manière dont les usagers verront le traitement, s'y identifieront et s'y engageront. Par exemple, en lien avec les règles de fonctionnement, on invite à formuler dans le contrat de consentement : « participer à toutes les rencontres en étant sobre afin de profiter pleinement de la séance de groupe » plutôt que « éviter de participer aux rencontres intoxiqué ».

De la même manière, un objectif visant l'amélioration du réseau social ciblera le développement de relations positives et enrichissantes et non l'évitement et la cessation des relations sociales aux influences négatives. Aussi, dans l'approche GLM, les principes de fonctionnement et les objectifs de thérapie devraient être identifiés de manière collaborative et non être imposés par les thérapeutes, ce qui peut sembler une évidence, mais est dans les faits difficile à mettre en pratique.

## COMMENT IMPLANTER L'APPROCHE GLM : ÉVALUATION DE L'USAGER

D'abord, il est essentiel de reconnaître l'apport d'une approche RBR. Ainsi, le niveau de risque statique et dynamique est important à déterminer. Ces mesures doivent orienter l'intensité des services en plus d'aider à identifier des cibles de traitement. L'évaluation des facteurs de réceptivité est aussi indispensable (p.ex., capacité cognitive, style d'apprentissage, personnalité, santé mentale, culture, etc.).

Évaluer le niveau motivationnel est important aussi, en focussant sur les objectifs personnels que l'utilisateur croit pouvoir atteindre par l'intermédiaire du traitement.

Ensuite, le GLM invite à identifier les besoins primaires les plus importants chez cet usager, les manières dont les besoins primaires ont été répondus à différentes étapes de la vie de cet usager, les obstacles qui se sont dressés en cours de route pour la satisfaction de ces besoins (« lacunes ») dans le « plan de vie » de l'utilisateur ainsi que les obstacles spécifiques qui ont contribué aux infractions sexuelles et principaux problèmes de vie. Il est important ici de considérer les habiletés/forces de l'individu à bien répondre à certains besoins primaires, ainsi que les difficultés/faiblesses à moins bien répondre à certains autres besoins primaires.



Les auteures proposent de ne pas simplement faire le tour des 10 besoins du GLM, mais plutôt de procéder par « extraction ». Ainsi, à l'intérieur du discours de l'utilisateur, par de bonnes questions d'exploration et un processus réflexif, le

contenu des besoins pourront être identifiés de manière plus naturelle et plus parlante. Certains outils peuvent néanmoins favoriser l'extraction des besoins primaires, comme une entrevue semi-structurée proposée par Yates, Kingston et al. (2009) ou des questionnaires comme le *Personal Concerns Inventory* (Sellen et al., 2006).

Rappelons qu'il est important de bien comprendre : à quel point un besoin primaire particulier est central pour la personne, si elle souhaite que ce besoin soit mieux répondu, si ce besoin a changé au fil du temps, les stratégies qui ont permis de bien répondre au besoin primaire au cours du temps et celles qui ont moins bien fonctionné, etc. Les différentes lacunes possibles doivent être mises à jour également (moyens, perspective, conflits et capacités).

L'évaluation permet aussi d'explorer de manière préliminaire à quels besoins primaires pouvaient répondre les délits. Cette approche permet dès le début du contact avec l'utilisateur de lui montrer qu'il est vu comme ayant recherché à satisfaire des besoins légitimes de manière négative et non comme une personne ayant des tares structurelles.

Tous ces éléments doivent être intégrés dans une **conceptualisation de cas élaborée**, qui doit aussi inclure les forces de l'utilisateur sur lesquelles les interventions pourront s'appuyer. Cette formulation de cas est indispensable pour bien implanter l'approche GLM du début à la fin de l'intervention, sans perdre de vue les objectifs initiaux.

## **COMMENT IMPLANTER L'APPROCHE GLM : PLANIFICATION DU TRAITEMENT**

La planification du traitement doit se fonder sur la conceptualisation du cas et être faite en étroite collaboration avec l'utilisateur. L'utilisateur est rapidement informé que le traitement favorisera l'apprentissage de différentes habiletés qui lui permettront de mieux répondre à ses besoins primaires de manière constructive et, par conséquent, à être plus satisfait de sa vie, réduisant par le fait même le recours à des comportements et/ou des choix moins optimaux, voire carrément inadéquats, pour satisfaire ses besoins primaires.

La double cible du traitement doit être nommée : amélioration du bien-être ET réduction du risque. On ne cache pas ce dernier objectif et il demeure prioritaire. C'est la manière de le concevoir qui est très différente dans une approche comme le GLM. La priorisation des cibles de traitement associées au risque de récidive est importante.

**DOUBLE CIBLE**  
*Amélioration du  
bien-être*  
**ET**  
*Réduction du  
risque*

Les objectifs secondaires peuvent (et doivent) être identifiés également, même s'ils seront abordés plus tard ou même s'ils ne seront pas abordés. En effet, il est important d'aider l'utilisateur à élaborer son « plan de vie », incluant ce qui sera traité en suivi et ce que l'utilisateur mettra en place par lui-même en dehors du suivi.

## **COMMENT IMPLANTER L'APPROCHE GLM : CONTENU DE L'INTERVENTION**

(Voir Yates et al., 2010, pour un guide de traitement plus détaillé).

- Identifier des objectifs généraux et des suggestions concernant les activités, stratégies et interventions susceptibles d'apporter du changement;
- Inclure des modules ciblant des aspects précis : autorégulation, relations, intimité, etc. Se fonder sur les besoins criminogènes d'abord;
- Considérer l'acquisition de compétences et habiletés lorsque celles-ci permettront à l'individu de mieux satisfaire ses besoins primaires;

- Développer une compréhension claire de la manière dont les obstacles ont empêché la satisfaction de certains besoins primaires; comprendre l'inadéquation de certains besoins secondaires (moyens de satisfaire les besoins primaires);
- Identifier des stratégies spécifiques pour favoriser une meilleure satisfaction des besoins primaires prioritaires pour l'individu (diverses techniques cognitives-comportementales peuvent être suggérées ici pour articuler les interventions fondées sur l'approche GLM);
- Inclure au besoin des techniques de gestion des intérêts sexuels problématiques, en mettant l'accent sur l'épanouissement sexuel que ces techniques apporteront, ainsi que sur des techniques visant également l'acquisition de nouvelles fantaisies normatives plaisantes;
- Bref, développer et favoriser l'accomplissement du *Good Lives Plan* de l'individu à l'intérieur du traitement ainsi que la poursuite de ce GLP en dehors du traitement et après le traitement.

La conceptualisation de cas, bien entendu, doit être revue de manière dynamique tout au long de l'intervention, si de nouveaux besoins primaires ressortent ou si de nouvelles « lacunes » à la satisfaction de ces besoins primaires (besoins secondaires non optimaux) se pointent.

### **COMMENT IMPLANTER L'APPROCHE GLM : ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE**

Les qualités d'un bon thérapeute selon l'approche GLM sont essentiellement celles associées à l'alliance thérapeutique: chaleur, respect, empathie, sens de l'humour approprié, flexibilité, etc. Selon l'auteur du présent texte, le GLM est un cadre d'inspiration humaniste. Les AICS sont des gens comme nous, rien d'autres, bien qu'ils aient utilisé de mauvais (et parfois très mauvais) moyens pour satisfaire leurs besoins. Il est important de porter attention aux processus thérapeutiques et non uniquement aux contenus. L'hostilité, la confrontation, la provocation, le jugement, la distanciation, le mépris... ne sont évidemment pas de bonnes attitudes. Le respect de l'autonomie, de l'autodétermination de la personne, son droit d'avoir des besoins et des manières différentes de les combler (tant que ces manières sont acceptables) et l'importance de la collaboration à toutes les étapes de l'intervention sont tous des principes forts de l'approche GLM.

La notion de relation égalitaire est centrale. Par exemple, les auteures proposent, pour le groupe, que les thérapeutes fassent partie d'un cercle au même titre que les usagers et qu'ils soient des guides et non pas des enseignants ou des experts.



### **COMMENTAIRE PERSONNEL FINAL**

Le responsable du développement des pratiques du RIMAS se permet un commentaire pour conclure ce *Sous la loupe*.

J'ai longtemps cru que le GLM n'était qu'un opposé sémantique du RBR; qu'il travaillait les mêmes choses en les appelant différemment. J'avais partiellement tort. Le GLM et le RBR ne s'opposent pas sur le plan du contenu. Les cibles de traitement demeurent essentiellement les mêmes en adoptant une approche ou l'autre. Cependant, la manière de travailler est totalement différente.

Dans le GLM, les attitudes du thérapeute sont différentes : il croit à son patient, il ne s'en méfie pas, il y perçoit la souffrance du non-accomplissement personnel et se rappelle que chaque être humain a un besoin fondamental de s'accomplir, accomplissement qui passe essentiellement par la satisfaction de ses besoins primaires prioritaires. Il travaille avec lui à favoriser cet accomplissement afin que son bien-être soit supérieur et qu'ainsi, le recours à des gestes délictuels ou d'autres comportements moins optimaux ou inadéquats viennent compenser, à court terme du moins (et souvent de manière illusoire), les besoins primaires non-comblés. Avec cette attitude, le thérapeute transmet cette énergie d'autodétermination



au client. Il l'aide à se construire une identité très différente, qui ne sera pas orientée vers le « délinquant en puissance » qu'il « est » et duquel il doit se protéger et protéger les autres toute sa vie, mais plutôt vers celle d'un être humain ordinaire, qui a passé par un chemin où malheureusement plusieurs peuvent passer, mais qui peut lui aussi décider de choisir un meilleur chemin. Avec une telle attitude du thérapeute et de l'usager, je crois que l'alliance thérapeutique est réellement possible, qu'un changement identitaire est possible, qu'une réduction de la honte est possible, que le désir de s'accomplir malgré les remords est possible et, en somme, que le succès thérapeutique est plus probable.

J'ai aussi l'impression d'avoir appliqué le GLM de manière très faible et très pauvre dans mes dernières années de pratique, restant peut-être trop influencé par la position thérapeutique issue du RBR. Mais attention! Je ne dis pas que le RBR est mauvais, au contraire! En revanche, certaines attitudes issues de ce genre de courant plus « criminaliste » peuvent à mon humble avis perpétuer la dynamique expert-délinquant entre le thérapeute et l'usager, attitude reconnue comme n'étant pas associée à un succès thérapeutique.

*Bref, ma recommandation : appliquer les concepts du GLM en les intégrant réellement du début à la fin du programme, tout en conservant le cadre proposé par le RBR. Car pour finir, à mon avis, le RBR oriente le « Quoi faire » alors que le GLM oriente à la fois le « Quoi faire » et le « Comment le faire ».*  
*Appelez-moi, on en jaserà!*



*Je vous invite à interagir sur le sujet directement sur le forum [Facebook du RIMAS](#), afin que tous puissent bénéficier d'un approfondissement sur ce thème d'importance.*