

Blandine Cuney n° 21006116

Master 1 de psychologie

Université de Rennes 2

UFR de Psychologie

**Construction d'une grille d'évaluation des processus de
subjectivation chez des auteurs de violence sexuelle au
sein d'un dispositif thérapeutique de groupe extra-
carcéral.**

Dans le cadre du TER de Master 1 sous la direction du Pr. Loïck M. Villerbu

Année 2010-2011

Sommaire

RÉSUMÉ.....	3
INTRODUCTION.....	4
1. Présentation du dispositif de soins et des patients.....	10
1.1 Les médiations.....	13
1.1.1. Photomédiation.....	13
1.1.2. Psychodrame.....	14
1.1.3. « Qu'en dit on ? ».....	16
1.1.4. Conte.....	17
1.2 Les patients.....	18
2. Objectifs et principes de la grille d'évaluation.....	19
3. Méthodologie.....	21
3.1 M. O.....	21
3.2 M. L.....	22
3.3 M. F.....	22
4. Analyse clinique.....	25
4.1 Intérêt clinique des deux parties contexte de vie & implication dans le groupe vis à vis de l'évaluation des processus de subjectivation.....	25
4.2 Contexte de vie.....	26
4.2.1. Des éléments structurants : logement et dimension professionnelle....	26
4.2.2. Rapport à l'altérité et affectivité : la dimension relationnelle.....	27
4.2.3. Symbolisation et idéalité : les relations groupales.....	28
4.2.4. Traumatismes & événements de vie.....	29
4.2.5. Évaluation de l'intelligence.....	29
4.2.6. Item de satisfaction.....	30
4.3 Implication dans le dispositif de soins.....	31
4.3.1. Rapport à l'altérité dans le groupe et les médiations.....	31
4.3.2. La parole comme indicateur de structuration et de symbolisation.....	34
4.3.3. Subjectivation et qualités empathiques : la perception des émotions..	34
4.3.4. Thématique des angoisses et défenses psychiques.....	35
4.3.5. Limites subjectives et rapport à la Loi.....	35
4.3.6. Évolution de la demande de soins.....	36

4.4 Partie Bilan.....	37
5. Grille d'évaluation.....	38
6. Observation & Interprétation : le cas de M.F.....	51
6.1 Temps 1 : "une maison en construction".....	51
6.1.1. Le contexte de vie : "L'éternel adolescent".....	51
6.1.2. L'intégration dans le dispositifs de soins ; "se fondre dans la masse" ..	52
6.1.3. Synthèse & Analyse interprétative : "une position adolescente sans issue"	54
6.2 Temps 2 : "La fin de l'adolescence".....	55
6.2.1. Le contexte de vie ; "Dans la tourmente".....	55
6.2.2. L'implication dans le dispositif de soins ; "Besoin d'étayage".....	56
6.2.3. Synthèse & Analyse interprétative ; "Le temps des bouleversements".	58
6.3 Temps 3 : "Devenir un Homme".....	59
6.3.1. Le contexte de vie ; "Nouveau départ...".....	59
6.3.2. L'implication dans le dispositif de soins ; "...Pas si simple".....	60
6.3.3. Synthèse & analyse interprétative : "Un futur qui reste à tracer".....	61
6.4 L'heure du bilan : une année de groupe thérapeutique.....	62
7. Commentaire critique : productivité de la grille.....	64
CONCLUSION.....	66
BIBLIOGRAPHIE.....	67
ANNEXES.....	68

RÉSUMÉ

L'objet de la présente recherche porte sur la construction d'un outil d'évaluation des processus de subjectivation à destination d'auteurs de violences sexuelles pénalement obligés, dans le cadre d'un dispositif de soins groupal extra-carcéral de Seine et Marne. Le but premier de cette évaluation étant à terme de **contrôler les effets du dispositif mis en place depuis deux ans**, afin de servir la réflexion quant à sa pertinence et son adaptation aux besoins des patients. Le second objectif sera de vérifier l'évolution des patients au sein des groupes thérapeutiques. Ainsi, il sera présenté les différentes phases de construction de la grille, de ses principes théoriques, sa méthodologie, à son analyse critique.

Mots clés :

- Auteurs de violence sexuelles
- Évaluation
- Dispositif de groupe
- Photomédiation, Psychodrame
- Subjectivation, symbolisation.

INTRODUCTION

À l'heure où l'évaluation tient une place de plus en plus importante dans la prise en charge et le traitement des criminels, et particulièrement les auteurs de violence sexuelle, il est demandé au professionnel, criminologue, psychologue, psychiatre d'apporter des réponses à des questions de plus en plus complexes. Les attentes en terme de précision et de fiabilité quant à la prédiction du risque de récidive et de la dangerosité sont élevées et il tient au professionnel de savoir où se situe son domaine de compétence ainsi que les limites éthiques de son expertise. C'est ainsi que sous l'influence des politiques et des institutions de nombreux outils d'évaluation ont été créés ces dernières années.

Dès lors, on a vu deux courants de pensée émerger : l'un dit « **objectiviste** » où l'on considère que la nature de l'homme se trouve déterminée par son passé (« tu deviendras ce que tu es et a toujours été ») et où le savoir sur l'individu se base sur l'observation de la régularité de certains phénomènes ; ce courant a donné naissance à la pensée actuarielle qui tend à prédire le comportement violent sur une base purement probabiliste, sans chercher à analyser ou comprendre pourquoi les facteurs choisis sont liés à ces comportements.

Et l'autre, dit « **subjectiviste** » où l'on considère que la nature humaine se base sur le libre arbitre et où la conception de la recherche vise à refléter le point de vue unique du répondant. On échappe donc partiellement à une vision déterministe de l'Homme et c'est une approche clinique et qualitative basée sur le jugement de l'évaluateur qui prévaut. La réalité est donc dépendante de la conscience humaine et le savoir se réfère à la réflexion du répondant : la nature des sciences est une construction faite à partir d'idées et de concepts utilisés afin de décrire la réalité. Enfin, cette approche tend à prévoir le risque de violence pour un individu particulier, contrairement à l'approche objectiviste qui accorde peu d'importance à la singularité du sujet et à son histoire.

Les deux courants de pensée se sont donc affrontés pendant de nombreuses années, s'alternant en fonction des études menées pour les contredire ou les valider et des courants socio-politiques et culturels où ils se sont développés. Néanmoins, quel que soit l'outil, qu'il soit actuariel ou clinique, aucun jugement clinique seul ou étayé par des outils systématisés, ne peut apporter de réponse catégorique à la prédiction des comportements humains. Cette prise de conscience a pris du temps avant d'aboutir après les travaux réalisés dans les années 1990 afin de démontrer les défauts méthodologiques des précédentes études sur la dangerosité. Aussi, l'idée de prédire les

comportements a-elle été abandonnée pour apporter une réponse sur le **risque de récidive** ainsi que la recherche et l'identification de facteurs de risque, leur mode d'expression, les facteurs de protection, la nature du dommage pressenti...

Actuellement, et bien que les aspects méthodologiques aient gagné en rigueur, l'évaluation reste toujours aussi difficile, surtout en tant que décision à prendre. Comme nous l'avons dit, la décision du professionnel l'engage autant dans sa capacité d'analyse que d'un point de vue éthique qui se doit de faire face aux pressions politiques et judiciaires, toujours plus fortes, et ce afin de respecter l'intérêt du patient dont il a la charge. Aussi, l'articulation entre l'évaluation, la prise en charge et les soins optimaux nécessaires pour cette population est donc d'autant plus délicate qu'elle constitue tout l'intérêt de l'évaluation (sans quoi l'on ne se situe plus dans le soin mais plutôt dans le domaine rétributif voire punitif, ce qui appartient à la justice). Enfin, la tendance actuelle privilégie un jugement clinique structuré avec des outils comme l'échelle HCR-20 ou encore des outils actuariels comme le VRAG au Canada.

La littérature à ce sujet est donc riche d'outils, comme nous l'avons dit plus tôt. Nous nous sommes donc penchés sur les principaux tests déjà existants concernant les auteurs de violence sexuelle (AVS) afin d'en faire une analyse critique et d'en tirer partie au mieux pour notre recherche. Tout d'abord, l'absence d'outils spécifiques destinés aux femmes nous a paru particulièrement significatif dans ce domaine. Nous ne discuterons pas ici de l'utilité ou non de la création d'outils spécifiques destinés aux femmes agresseurs (la problématique des femmes AVS est-elle différente de celle des hommes ?) mais ce manque pose question. Est-ce que le peu de données à ce sujet résulterait d'a priori dominants dans le domaine à la fois judiciaire et thérapeutique ? Ou est-ce motivé par de réelles réflexions cliniques ? Toujours est-il que la littérature manque de données à ce sujet et que les outils actuels sont tous orientés vers une population masculine. Nous mettons ici en avant le fait que les à priori normatifs de la société en matière de criminalité sont encore forts et peuvent peut être biaiser dans une certaine mesure la création d'outils dans ce domaine et influencer les thèmes des travaux de recherche. À l'inverse, nous avons pu remarquer que des outils diagnostiques plus anciens afin de faire des profils de personnalité sont encore très utilisés (ex : Rorschach, MMPI, Millon).

Néanmoins, d'autres outils plus spécifiques ont été créés : par exemple, le SVR-20 (1997) et le PCL-R (1991) à destination des délinquants sexuels et le test SARA (2000) dans le cadre de violences conjugales. À noter que ces outils sont à forte tendance actuarielle (les facteurs utilisés se basant sur des corrélations faites avec la récidive criminelle, la violence et la violence sexuelle). Mais ceci pose surtout question dans la mesure où ces tests présupposent que la problématique des

AVS ainsi que celle des conjoints violents serait spécifique. Si c'est le cas, il devrait alors exister une clinique spécifique pour ces individus. Et l'utilisation de tests de personnalités comme le Rorschach, le TAT, le MMPI et le Millon ne seraient donc peut être pas adaptés à ces types de population... D'autre part, ce postulat aurait aussi pour conséquence l'utilisation d'outils thérapeutiques spécifiques pour prendre en charge ces individus. Or, le constat actuel que nous pouvons faire est qu'aucun outil thérapeutique spécifique n'existe pour ces populations. Doit-on en déduire que les outils utilisés ne sont pas adaptés ? C'est un point sur lequel nous resterons prudents tant la diversité des prises en charge est grande et au vu du peu de données dont nous disposons actuellement pour juger des résultats. Nous parlerons donc ici uniquement du dispositif de soin qui nous concerne et sur lequel nous reviendrons plus tard.

Pour en revenir aux outils concernant spécifiquement les AVS, outre le SVR-20 (le PCL-R étant surtout destiné aux auteurs de violence physique non sexuelle), il existe deux autres tests principalement utilisés et aux objectifs et méthodologie totalement différents : le STATIC-99 (Hanson & Thornton, 1999) et le VIAOT de Mc Kibben (1995). Le premier est un test actuariel destiné à estimer le risque de récidive violente et sexuelle, le but final étant de trouver des stratégies de traitement et de surveillance afin de réduire la récidive sexuelle. C'est donc un objectif de sécurité publique avant tout, où l'intérêt du sujet passe donc au second plan. De plus les auteurs sont tout deux rattachés à des instances judiciaires (Karl Hanson faisant partie du Ministère du Solliciteur Général du Canada et David Thornton du Majesty's Prison Service d'Angleterre), ce qui pose la question de l'objectivité scientifique des travaux entrepris. De plus, l'utilisation de quatre facteurs statiques tels que les infractions sexuelles antérieures, la présence d'une victime de sexe masculin, la présence d'une victime sans lien de parenté, ou l'âge de l'auteur se situant entre 18 et 25 ans nous paraît plus que discutable et insuffisant pour décider du risque de récidive au vu de la multitude de facteurs pouvant entrer en ligne de compte dans le passage à l'acte. Aussi, les auteurs reconnaissent eux mêmes les faiblesses méthodologiques de leurs travaux (notamment sur la taille de l'échantillon, le manque d'exactitude prédictive, l'absence de prise en compte de facteurs additionnels dans la cotation ou encore la présence de valeurs par « défaut » en cas de cotes manquantes...), et nous restons perplexes quant à la fiabilité de cet outil, néanmoins fréquemment utilisé. Avec un ensemble de facteurs uniquement centrés sur l'acte et non sur le sujet, la non obligation de passer un entretien clinique avec le sujet, il semble important de pointer le manque d'éthique d'un tel outil et de son utilisation. Dans ce mode de pensée, le sujet disparaît derrière une analyse purement statistique, très éloignée de la réalité de la complexité humaine de l'individu, ce qui nous paraît extrêmement grave au vu des conséquences judiciaires et psychologiques que cela peut impliquer pour le sujet évalué. On comprendra que ce type d'outil ne pourra servir que de

contre-exemple pour la suite de notre recherche. Le deuxième test, quant à lui, a pour objectif d'évaluer l'efficacité des programmes de traitement par la mesure des changements intervenus en cours de traitement et l'identification de facteurs dynamiques, susceptibles d'être modifiés à la suite d'un traitement. Cette approche nous paraît particulièrement intéressante en ce qu'elle évalue au plus près le sujet dans son environnement de soins par des observations systématisées et le postulat que les sujets amènent et reproduisent dans la situation thérapeutique et le milieu institutionnel les conflits qui leur sont propres et leur façon inadaptée d'y faire face. Ainsi, au delà d'une analyse restreinte à l'espace de soins et à la parole du sujet, c'est l'individu dans sa totalité qui est considéré, ce qui permet de recueillir des données plus authentiques et exploitables dans l'évaluation. Le second avantage d'une telle approche est qu'elle inclut dans l'évaluation la participation de tous les acteurs du système de soins susceptibles de travailler avec les patients, que ce soit dans la construction de l'outil que dans son utilisation, ce qui enrichit encore l'évaluation et lui assure plus de fiabilité et d'objectivité (grâce à la mesure de la fidélité inter-juges, notamment). Le VIAOT est donc une mesure *in vivo* des progrès en traitement. Les facteurs retenus pour l'évaluation sont issus de la pratique et des observations du personnel soignant côtoyant les patients et de leur expérience, mais aussi du point des patients ayant terminé le programme. C'est donc cette approche qui va nous intéresser pour la suite de notre travail.

Pour finir, il existe aussi des outils plus généraux tels que l'Arbre Décisionnel Informatisé (Interactive Classification Tree) créé par Monahan (2001) pour aider le clinicien à systématiser son jugement et le guider dans son raisonnement. Cet arbre intègre les connaissances actuelles et les situations cliniques habituelles en rapport avec les problèmes d'évaluation de la dangerosité, ce qui nous paraît être particulièrement pertinent au vu des réponses à apporter en tant qu'expert. De plus l'utilisation de données récentes et la prise en compte des difficultés d'évaluation nous paraissent de bons indicateurs pour guider le clinicien dans la réalité de son travail.

Enfin, il nous a paru intéressant d'étudier le QICPAAS (Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., 1997), qui n'est pas un outil d'évaluation mais un guide d'investigation à l'usage du clinicien lors d'entretiens avec des AVS et qui nous a semblé pertinent pour notre recherche. C'est un questionnaire à la fois très complet et approfondi autour de la vie du sujet, une bonne base pour le clinicien pour la suite du travail avec le patient. Cela étant, la formulation très directe des questions peut sembler assez inquisitrice au sujet, et le choix restreint de réponses à certaines questions fermées pourrait biaiser le discours des patients (n'ayant pas la possibilité de donner une réponse exacte, celui-ci se rabattrait alors sur un choix « par défaut » ou choisirait la réponse qu'il pense que le clinicien attend). De plus, l'investigation de l'intimité du sujet et du passage à l'acte peuvent mettre en doute l'authenticité des propos recueillis, que ce soit par la réactivation de défenses ou le

manque d'élaboration du sujet autour du passage à l'acte (le sujet étant alors tenté de plaquer son discours sur ce qui a été dit pendant l'enquête policière et non sur ses véritables ressentis, soit parce qu'il s'en défend, soit parce qu'il n'a rien à en dire).

Ainsi, à travers cette analyse et à notre expérience pratique en institution, nous retenons qu'au delà de l'évaluation du risque de récidive et des soins à apporter à chaque individu, il se pose aussi aujourd'hui la question des **effets des différents dispositifs de soins** mis en place au cours des dernières années, à la fois dans le milieu carcéral et à l'extérieur (notamment lors de suivis socio-judiciaires¹, injonctions² ou obligations de soins³). Ce travail semble aussi nécessaire que l'évaluation des individus eux mêmes en ce qu'ils ont un effet direct sur les progrès éventuels de ces derniers. Nous pensons par ailleurs que les progrès personnels (quelque soit le niveau : personnel, familial, professionnel, social, médical...) des patients ont un impact significatif sur le risque de récidive en ce qu'ils peuvent constituer des facteurs de protection. Aussi, il nous paraît particulièrement important d'évaluer le dispositif de soin afin d'ajuster l'action du professionnel aux besoins des patients et leur permettre d'évoluer dans un cadre de soins optimal. Cela permet aussi au chercheur de progresser sur les plans théorique et empirique concernant les différentes modalités de soins déjà en place ou futurs susceptibles ou non de fonctionner.

À ce titre, nous avons donc décidé de mener la présente recherche sur les effets d'un dispositif de soin expérimental à l'intention d'auteurs de violences sexuelles existant depuis 2009 dans un centre médico-psychologique de Seine et Marne. Cette recherche prendra la forme d'une **grille d'évaluation** dont le but est d'observer de façon systématisée et rigoureuse l'évolution des patients vis à vis des objectifs mis en place par le dispositif thérapeutique et des postulats théoriques et empiriques ayant motivé sa création. Ainsi, au travers des patients, il nous sera permis d'évaluer les effets positifs ou non des médiations utilisées dans le dispositif mis en place à la fois sur un plan qualitatif et quantitatif. Mais avant de mener plus loin cette analyse, il nous paraît indispensable de

1 Le suivi socio-judiciaire constitue une peine complémentaire aux peines privatives de liberté criminelles. En matière délictuelle, il peut être prononcé à titre de peine principale ou à titre de peine complémentaire. Le suivi socio-judiciaire emporte pour le condamné, l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines, à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive, éventuellement à l'issue de la peine privative de liberté. Il est applicable depuis le 20 juin 1998 mais uniquement pour des faits commis à compter de cette date (Crim.2 septembre 2004 Bull. N° 197).

2 Mesure initialement attachée à la peine de suivi socio-judiciaire, l'injonction de soins implique l'organisation de relations entre les autorités judiciaires et sanitaires, notamment par la présence d'un médecin coordonnateur qui fait le lien entre le médecin traitant et le juge de l'application des peines. L'injonction de soins peut également être prononcée, sous certaines conditions légales, dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, de la libération conditionnelle, de la surveillance judiciaire, de la surveillance de sûreté et de la rétention de sûreté.

3 Mesure générale applicable avant ou après déclaration de culpabilité, l'obligation de soins est non spécifique à la délinquance sexuelle, sans organisation des relations entre les autorités judiciaires et sanitaires, ni exigence d'une expertise médicale préalable.

décrire d'abord le dispositif de soin, les médiations et la population étudiée afin que l'on comprenne bien le contexte et les enjeux de cette évaluation.

1. Présentation du dispositif de soins et des patients.

En janvier 2009, et afin de répondre à un besoin d'utilité publique et judiciaire, un groupe thérapeutique pour auteurs de violences sexuelles en injonction ou en obligation de soins a vu le jour à l'initiative de Micheline Mehanna, psychologue, et du chef de service d'un centre médico-psychologique de Seine et Marne auquel se groupe était rattaché. Il s'agit donc d'un dispositif de soin en **milieu ouvert**, les personnes reçues ayant déjà été condamnées par la justice. De fait, ce dispositif, bien qu'en lien avec l'institution judiciaire qui lui adresse ses patients et avec laquelle il travaille (notamment au travers de réunions avec les médecins coordinateurs, les Conseillers d'Insertion et de Probation et le Juge d'Application des Peines), se situe bien dans la sphère du médical et du soin et non dans le cadre judiciaire. Les intervenants disposent donc d'un droit de retenue et les patients bénéficient du secret médical. Cela implique aussi une position neutre et bienveillante des thérapeutes vis à vis patients, hors de tout jugement moral autour des actes commis par les patients et une considération des sujets en tant qu'individus et non en tant que prévenus/ex-détenus, préalable nécessaire à tout travail thérapeutique. De plus, cette indépendance vis à vis du milieu judiciaire permet aussi au patient de profiter d'une certaine liberté d'expression, sans crainte de jugement ou de stigmatisation.

D'un point de vue théorique, ce groupe thérapeutique repose sur l'hypothèse que les auteurs de violence sexuelle, notamment (mais c'est aussi le cas dans tout autre type d'agir infractionnel), souffrent d'un **défait de symbolisation, c'est à dire d'une rupture de la liaison par la pensée entre l'éprouvé et la mise en mot**, qui les empêcherait d'élaborer le passage à l'acte. Il a donc été créé afin de favoriser les **processus de subjectivation (qu'on peut définir comme la capacité du sujet à se percevoir comme tel, c'est à dire être dans l'altérité)** et **l'élaboration du passage à l'acte** au travers de différentes médiations que nous présenterons plus loin. Néanmoins, si les bases théoriques sous-jacentes à la création du dispositif sont toujours les mêmes, il est important de noter que la structure du dispositif a évolué. En effet, au moment de sa création, il n'existait qu'un seul groupe thérapeutique accueillant en son sein huit patients, tous des hommes. Aujourd'hui, il existe deux groupes pour une quinzaine de patients et il se pourrait qu'à l'avenir une femme intègre l'un des deux groupes. De plus, les groupes auparavant rattachés au CMP sont en passe de devenir une unité fonctionnelle à part entière avec un fonctionnement autonome et un statut officiel, ce qui implique aussi de nouvelles obligations et responsabilités pour les thérapeutes et une gestion nouvelle (notamment au point de vue administratif).

Concernant l'équipe thérapeutique, elle se compose actuellement d'un médecin

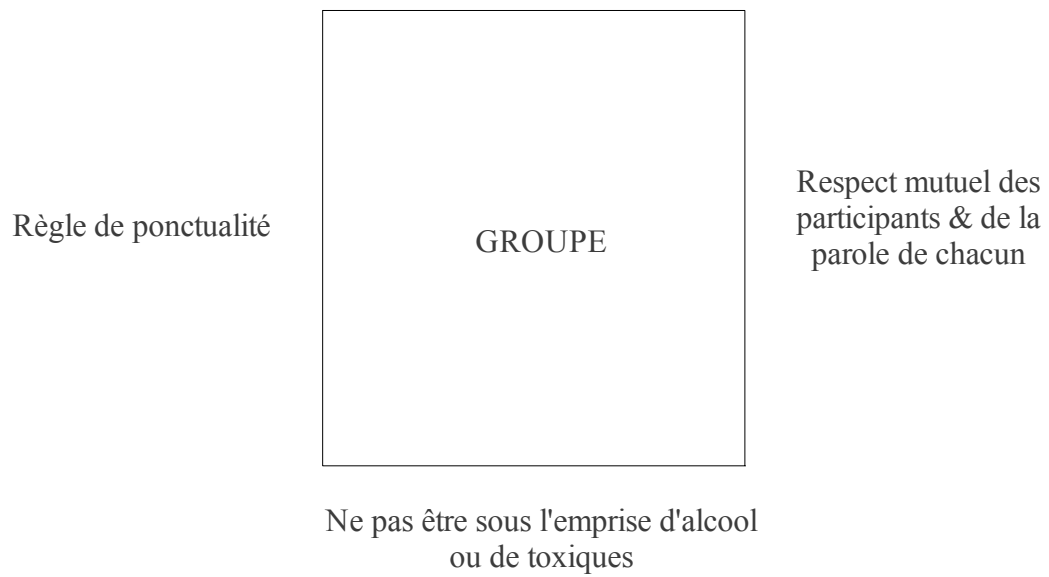
psychiatre, de deux psychologues, trois infirmières, et de trois stagiaires psychologues. Ce nombre qui peut paraître important est justifié par le besoin de contenance et d'étayage des patients au sein des groupes thérapeutiques. De plus, l'équipe ne se trouvant pas toujours au complet pour diverses raisons professionnelles ou personnelles, il est important qu'un « noyau dur » puisse être conservé durant les séances de groupe : à minima la présence du psychiatre, d'un psychologue et de deux infirmières. En général, le nombre des thérapeutes au cours d'une séance est de six ou sept, et en séance individuelle au minimum de deux (un psychiatre et/ou un psychologue et une infirmière). Là encore, cela permet de soutenir et d'étayer les patients. De plus, d'un point de vue thérapeutique, il est quasiment impossible pour un seul thérapeute de gérer et de contenir un groupe de patients seul. En effet, le contexte du groupe tout autant que les séances individuelles peuvent parfois susciter de l'angoisse et de forts mouvements défensifs en faisant notamment émerger une grande violence psychologique de la part des patients.

Aussi, ce dispositif groupal n'est-il pas adapté à tout individu, c'est donc pourquoi chaque patient est d'abord reçu en individuel pour un minimum de **trois entretiens d'évaluation**. Il lui sera demandé d'apporter son acte de jugement, sans quoi l'intégration dans un des groupes ne pourra être envisagée. Il est en effet important que la réalité des faits judiciairisés soit exposée et clairement énoncée, afin que cela n'ait pas à être discuté par la suite. Durant le premier entretien clinique, tous les aspects de la vie du sujet sont abordés : personnel, social et familial, médical, professionnel... Dans un deuxième temps, l'affaire judiciaire et les faits sont évoqués et interrogés du point de vue du sujet. Enfin, la question de l'intégration dans un groupe est abordée et finalisée par la signature d'un **contrat thérapeutique** engageant le patient à se présenter à chaque séance de groupe aux dates convenues et sous réserve que l'équipe thérapeutique s'accorde pour trouver ce type de prise en charge adapté. Ce contrat est signé par le patient, l'ensemble de l'équipe thérapeutique et le chef de service. Un exemplaire est conservé dans le dossier du patient. Une fois le groupe intégré, il est remis à chaque patient une attestation de présence à la fin de la séance tamponnée au nom de l'établissement. Dans l'intérêt du respect du cadre du groupe, il est demandé aux patients de respecter certaines règles, à savoir : la **règle de confidentialité** (ce qui se passe durant le groupe reste dans le groupe, corollaire du secret médical que les thérapeutes appliquent), **règle de ponctualité** (les personnes en retard n'étant pas admises dans le groupe), **respect mutuel des individus et de la parole de chacun**, et enfin les patients **ne doivent pas se présenter sous l'influence de l'alcool ou de toxiques**.

Secret médical



Règle de confidentialité



a. Schéma du groupe et de son cadre thérapeutique

1.1 Les médiations.

Nous allons maintenant aborder la question des médiations utilisées lors des séances de groupe. Il est important de préciser que les deux groupes thérapeutiques n'utilisent pas les mêmes médiations (et ne durent pas le même temps). Le premier groupe utilise la photomédiation et le psychodrame, tandis que le deuxième utilise uniquement le conte (remplaçant le « qu'en dit on » utilisé en premier lieu la première année).

1.1.1. Photomédiation

Cette médiation est basée sur le Photolangage, méthode de travail de groupe créée en 1965 par des psychologues et sociologues lyonnais. Il s'agit d'un travail à partir de planches photographiques que l'on présente au groupe afin de favoriser l'élaboration et la symbolisation. Cet outil est destiné à faciliter le travail en groupe. Principalement utilisé en formation, il a été intégré à des pratiques thérapeutiques et a été initialement utilisé avec des adolescents difficiles. Mais l'expérience de la pratique du Photolangage a permis de montrer la pertinence de cette méthode pour le traitement de la souffrance narcissique, les effets sidérants des traumatismes, la violence interne, les troubles de l'identité etc. (Vacheret, 2000). La médiation par la photographie, de part sa construction, fait appel aux processus associatifs qui sont absents chez les individus souffrant d'un défaut de symbolisation. Cette méthode est donc indiquée pour des individus qui ont des difficultés à associer.

La différence entre le Photolangage – marque déposée – et la photomédiation tient au fait que l'équipe n'utilise pas les planches du Photolangage, ayant fait sa propre sélection d'images en couleur, mais le principe du déroulement d'une séance reste le même. Cela s'explique par le besoin de renouveler le matériel utilisé dans le Photolangage (datant des années 1960, 1970 et 1980) et le coût d'achat du matériel du Photolangage (celui-ci étant protégé).

Une séance de Photolangage se déroule en 4 étapes et dure une heure :

- Énoncé des consignes au groupe : Cela permet de poser un cadre strict et contenant pour les patients afin qu'ils puissent se situer dans le groupe, préalable indispensable à tout travail de groupe. Cela se fait dans ce qu'on appelle « l'aire de parole », lieu où l'on se réunit pour

discuter.

- Choix individuel de photographie : Présentation de la question qui occupera la séance et à partir de laquelle les patients vont choisir la photographie pour répondre à la question posée. Ce choix, effectué à partir d'une soixantaine de photographies sélectionnées en fonction du thème, se fait dans le silence et toujours dans une perspective groupale, le groupe attendant que tous les participants aient fait leur choix pour prendre la photographie choisie. Ce choix se fait, a contrario de l'aire de parole, dans « l'aire de jeu », dans un lieu spatialement différencié où les participants peuvent circuler. Après le choix des photographies, les participants reviennent dans l'aire de parole.
- Travail de groupe : Chaque participant présente sa photographie et justifie son choix devant le reste du groupe. Le reste du groupe écoute d'abord et ensuite discute de ce choix avec le patient. Il est demandé d'expliquer pourquoi l'on choisirait aussi ou non la photo sélectionnée par le participant. Un travail d'écoute, d'échange au sein du groupe se met en place avec pour but une résonance groupale et individuelle.
- Analyse du travail de groupe : Il est demandé au groupe d'exprimer ses ressentis et pensées vis à vis de la séance, poser les remarques et les questions qui peuvent surgir suite aux discussions de groupe. Cela permet à chaque patient de se recentrer sur lui même, d'émettre un avis personnel sur le groupe et donc pour chacun d'évaluer l'impact qu'il a sur le reste du groupe et de se repositionner en conséquence si besoin

1.1.2. Psychodrame

Le psychodrame est une technique qui a été créée par Moreno dans les années 1930 et qui a été reprise par Anzieu dans le cadre du CEFFRAP (Centre d'Études Françaises pour la Formation et la Recherche Active en Psychologie). Il s'agit ici du psychodrame psychanalytique – à ne pas confondre avec le psychodrame Morénien – technique la plus répandue à l'heure actuelle en France. Le psychodrame, par la mise en scène dans le réel de situations conflictuelles individuelles va permettre au participant de rejouer ses conflits et d'y trouver une issue dans le réel. Il pourra ensuite l'intégrer psychiquement et soulager ainsi des conflits pulsionnels qui ne peuvent être exprimés par la parole. À ce sujet, nous reprendrons ici une citation de C. Guedeney, parlant des acteurs dans le psychodrame, qui nous paraît très à propos : « Nous croyons que le support d'un objet externe est indispensable à tout travail fantasmatique sur l'objet interne chaque fois que l'excitation et la tension d'excitation, la violence d'une fantasmatique mal élaborée, sont menaçante pour l'unité du Moi ».La

mise en acte, tout comme le passage à l'acte pour les auteurs d'infraction, permet la décharge des pulsions mais s'exprime de façon adaptée et thérapeutique parce que contenue par le cadre clinique et institutionnel et interprétée dans ce cadre. En effet, il existe des règles fondamentales en psychodrame qui garantissent la sécurité psychique et physique des joueurs tout en leur permettant une grande liberté d'expression. Tout d'abord, **la règle de l'imaginaire** : tout peut être dit, fait, tout le monde a le droit à la parole, y compris les objets inanimés. Tout est possible. La deuxième règle, quant à elle, est celle du **faire semblant**, limitation de la première. On ne fait rien « en vrai » : les participants ne se touchent pas, n'utilisent pas les objets réels de l'environnement, tout est mimé. Ainsi, les limites corporelles et psychiques des patients sont respectées. Enfin, deux espaces sont clairement distingués, comme dans le Photolangage : aire de parole et aire de jeu.

Le psychodrame se déroule en trois étapes :

- Le choix d'un thème de jeu (ou sa mise en point en commun) et la désignation des joueurs : Cette recherche en commun doit permettre d'exprimer les difficultés ressenties au moment de la séance de groupe, via la dynamique de groupe. On jouera ce conflit pour y trouver une solution. Le conflit trouve donc sa solution dans le groupe et l'expression fantasmatique qu'il va en faire. Le consensus lui-même, autour du choix du thème, est déjà un moyen de trouver une unité au sein du groupe : le conflit est contenu et géré par et pour le groupe. Les joueurs sont désignés sur la base du volontariat (on ne peut pas être contraint à jouer) mais il n'est pas rare de retrouver les participants à l'origine du thème en tant que joueurs. De même, les thérapeutes sont souvent amenés à jouer. Quoiqu'il en soit, les joueurs se désignent ensuite par un prénom (jamais ceux des personnes du groupe, afin d'éviter les identifications) et un âge. Ce travail se fait dans l'aire de parole.
- Le jeu lui-même : La situation est jouée dans l'aire de jeu et le cadre (règle de l'imaginaire et du faire semblant) est maintenu par le garant du cadre (qui ne joue pas et reste dans l'aire de parole). Le jeu s'arrête à l'initiative du garant du cadre. Tant que le garant ne l'a pas décidé, la situation continue.
- L'élaboration : Une fois le jeu terminé et les joueurs retournés dans l'aire de parole, les participants expriment leurs ressentis lors du jeu, leur état d'esprit et expliquent leurs actions et leurs réactions. Les spectateurs donnent aussi leur point de vue sur ce qui vient d'être joué.

1.1.3. « Qu'en dit on ? ».

Nous parlerons ici brièvement de cette médiation qui n'est actuellement plus utilisée mais qui fut à la base du travail avec le second groupe thérapeutique en 2010. Il s'agit ici d'un jeu qui permet de confronter les patients à des situations sciemment ambiguës et ainsi de les encourager à élaborer une réflexion autour de ces situations afin d'y trouver une réponse, ou une solution. Cette élaboration est soutenue par le reste du groupe qui participe lui aussi à la solution. Le jeu commence par le rappel des consignes par le garant du jeu, posant ainsi un cadre étayant pour le groupe et permettant l'expression libre et son respect dans tout le groupe. Le matériel utilisé est un jeu de cartes présentant différents types de situations ambiguës/conflictuelles exprimée dans une image et une phrase, chaque type étant représenté par une couleur (au dos de la carte). Les cartes sont posées face cachée sur une table et par catégorie de couleur. Le joueur doit lancer un dé dont les faces sont différenciées par les couleurs correspondant à celle des cartes. Il tire la carte en fonction de la couleur du dé qui sort et le garant du jeu lit la carte devant tout le groupe à haute voix en montrant la carte. Le joueur doit ensuite décider si la situation énoncée est pour lui acceptable, non acceptable, discutable ou interdite par la loi. Il justifie son choix devant le reste du groupe et la discussion est ensuite lancée avec le reste des participants. À la fin des débats, les textes légaux relatifs au type de situation peut être lu par le garant du jeu, et le joueur peut décider de confirmer son choix ou de le changer.

Ce jeu a pour intérêt de stimuler la discussion et la réflexion dans le groupe, d'ouvrir le champ des possibles pour le joueur, soutenu par le groupe dans l'élaboration d'une solution à un conflit. De plus, de part son caractère extérieur, les joueurs ne se sentent pas menacés par les situations exposées (qui peuvent être d'ordre varié), pourtant proches de celles qu'ils ont pu vivre ou vivent. De plus, le joueur bénéficie du rappel des limites du réel et de la loi, garanties par le garant du jeu. Néanmoins, après avoir utilisé cette médiation pendant quelque temps, nous nous sommes aperçus que les patients avaient de plus en plus tendance à se réfugier dans les textes légaux et le cadre judiciaire pour trouver des solutions aux situations exposées, faisant ainsi l'économie d'une réflexion personnelle plus individuelle et authentique. Cela était notamment induit par le nombre limité de réponses possibles définies par les règles du jeu.

1.1.4. Conte

Le « qu'en dit on ? » a donc été remplacé par le conte, pour les séances du groupe 2. Il s'agit ici de lire devant le groupe un conte (en général des classiques de la littérature populaire en version originale). L'un des thérapeutes fait la lecture à haute voix et il est demandé au groupe d'écouter attentivement avant de discuter de ses ressentis et de ses réflexions quant à l'histoire qui vient d'être lue. Cela permet à chacun de s'exprimer et de prendre librement la position de tous les personnages de l'histoire (qu'ils soient « méchants » ou « innocents »). La métaphore permet une certaine distanciation qui ne met pas en danger les participants tout en restant proche de leur problématique. Ils peuvent ainsi explorer la position de l'agresseur, mais aussi de la victime au travers de l'histoire et d'y retrouver certains de leurs conflits. La discussion permet de mieux explorer les situations rencontrées par les personnages et d'élaborer autour de leurs motivations et conflits. Ainsi, les participants du groupe peuvent y trouver des éléments de leur propre histoire et problématique. Plusieurs issues aux conflits sont généralement exprimées par les participants, contrariant parfois la fin de l'histoire. Cela participe ainsi à l'élaboration chez les patients qui peuvent faire leur les solutions trouvées. Des parallèles sont souvent faits avec la vie de tous les jours afin de retranscrire la fantasmagorie du conte au réel et faciliter ainsi les processus associatifs et de symbolisation.

	Postulat théorique et Intérêt thérapeutique
1) Photomédiation	Faire appel via le support photo aux processus associatifs qui sont absents chez les sujets souffrant d'un défaut de symbolisation
2) Psychodrame	Mettre en scène et rejouer les conflits pour y trouver une issue satisfaisante dans le réel.
3) Qu'en dit on ?	Encourager l'élaboration d'une réflexion abstraite via une situation ambiguë et/ou conflictuelle soutenue par le groupe.
4) Conte	Favoriser la symbolisation et les processus identificatoires via la métaphore du conte

b. En résumé concernant les médiations

1.2 Les patients

En ce qui concerne les patients accueillis au sein du dispositif, il s'agit tous d'hommes aux profils de vie très divers. Tous sont en injonction ou en obligation de soin pour des durées allant d'au moins 1 an à des dizaines d'années. Les motifs d'inculpation et les peines de prison sont aussi variés (téléchargements pédo-pornographiques, attouchements/viols sur mineur de 15 ans, inceste, attouchements/viol sur personnes majeures avec ou sans motif d'aggravation, exhibitionnisme,...). Les âges varient entre 20 et plus de 70 ans, les situations économiques et socio-professionnelles sont aussi très différentes (certains sortent de prison et sont hébergés dans des centres sociaux, d'autres vivent chez des proches, d'autres encore vivent seuls, exercent ou non dans des domaines variés). Aussi, le niveau socio-culturel des patients varie aussi beaucoup ainsi que le niveau intellectuel. Enfin, les situations familiales et les histoires de vie sont très différentes. En terme de structure psychique, il en est de même : on peut observer aussi bien des structures à tendance névrotique que perverses, état-limite et psychotique (en moindre proportion il est vrai). Certains suivent un traitement médicamenteux dans le cadre d'un suivi psychiatrique. Il est donc impossible de déterminer un possible profil-type des patients reçus au sein des groupes thérapeutiques et c'est tout l'intérêt de l'observation clinique. De même, ces groupes thérapeutiques n'ont pas pour but de travailler sur le passage à l'acte (celui ci n'est pas évoqué lors des séances de groupe) mais bien avec et pour le sujet.

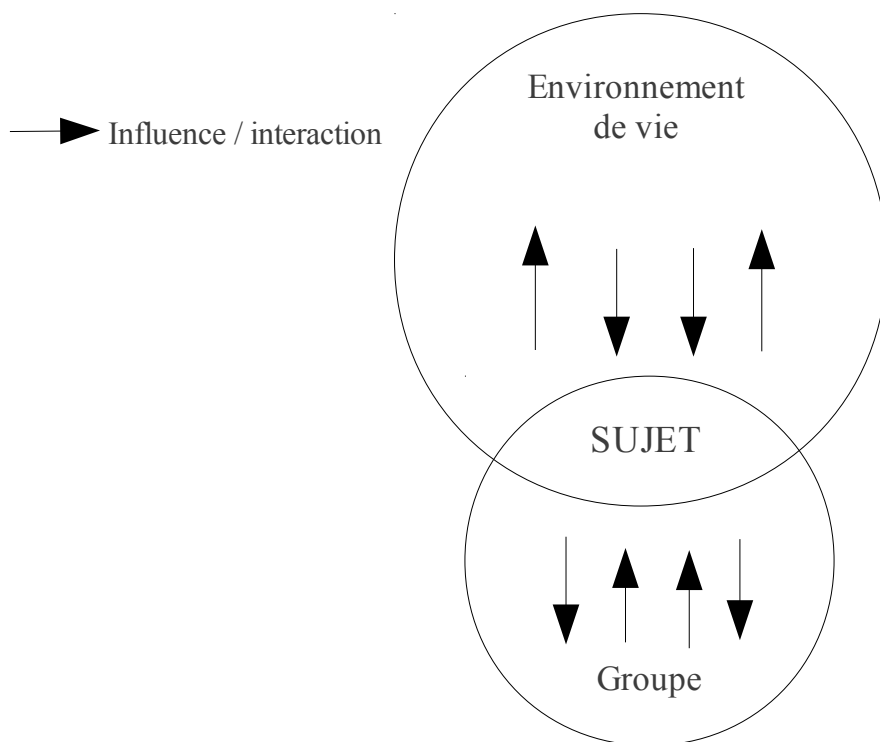
2. Objectifs et principes de la grille d'évaluation

Comme nous l'avons déjà dit, cette grille d'évaluation a pour objectif principal d'évaluer les processus de subjectivation à l'œuvre chez les patients au cours d'un dispositif de prise en charge thérapeutique basé sur des médiations à l'intention de patients pénalement obligés. Comme nous l'avons dit plus tôt, nous entendons par le terme "subjectivation" la capacité chez le sujet à se percevoir comme tel, unique et différencié de l'Autre. Ce travail doit ainsi permettre aux thérapeutes d'observer de façon plus systématisée et rigoureuse les impacts du dispositif de soins mis en place depuis 2009 afin de pouvoir l'ajuster au mieux aux besoins des patients. De plus, les deux groupes n'utilisant pas les mêmes médiations, cette grille pourrait permettre de commencer et/ou de compléter une étude comparative entre les différentes médiations utilisées dans un travail ultérieur. Enfin, d'une façon plus générale, cette grille a pour objectif d'offrir à tout clinicien utilisant ce type de dispositif un outil d'évaluation lui permettant d'organiser et de systématiser ses observations lors d'un travail de groupe. Ce n'est donc pas un outil restreint au seul cadre du CMP de Seine et Marne. Ainsi, cette grille présente à la fois un intérêt pratique (afin de guider le thérapeute dans son travail), clinique (afin d'analyser et d'ajuster au mieux le dispositif de soin pour les patients), et théorique (afin d'amorcer et de poursuivre les recherches autour des médiations de groupe utilisées avec les AVS).

Afin d'évaluer les processus de subjectivation, différents domaines de la vie du sujet seront explorés que ce soit dans le contexte de vie ou dans le travail de groupe et le comportement en entretien d'évaluation. En effet, on ne saurait considérer le patient autrement que dans sa globalité, comme nous l'avons expliqué plus tôt. Dans cette perspective, nous pensons que ce qui se joue en terme de conflit psychique dans la vie du sujet en dehors du groupe se reproduit dans le travail de groupe, comme une hyperbole ou une amplification de la vie intra-psychique du patient. Aussi, ce qui se passe dans la vie du patient aura un impact dans le travail de groupe mais aussi dans la façon de se positionner du patient vis à vis des autres membres du groupe et par rapport à ce qu'ils peuvent représenter consciemment ou inconsciemment pour lui. À l'inverse, nous pensons que le travail de groupe aura aussi un impact dans la vie du patient et tout l'intérêt de cette grille d'évaluation est d'observer et de mettre en perspective ce qui passe à l'intérieur et à l'extérieur du groupe (d'où une évaluation en deux parties : contexte de vie / implication dans le dispositif de soin suivi d'une synthèse des deux). De cette manière, nous pouvons mieux voir ce qui se passe au

niveau des limites du sujet (et donc de sa subjectivation) au travers de cette dichotomie extérieur/intérieur du groupe qui reproduit de façon symbolique les limites intérieur/extérieur du sujet. Aussi, ne considérons pas seulement ce qui se joue durant les médiations et dans les relations à l'intérieur du groupe mais aussi les liens qui peuvent se faire avec le vécu du sujet à l'extérieur du groupe.

D'autre part, cette grille devra être utile à tous les membres de l'équipe et donc ne pas être seulement destinée à l'usage des psychologues/psychiatres. Nous pensons que l'évaluation doit entrer dans un travail pluri-disciplinaire et non rester l'apanage des psychologues et des psychiatres et ce, dans l'intérêt des patients.



c. Schéma interactionnel : Le sujet pris dans les sphères groupale et environnementale et les jeux d'influence de ces deux milieux sur celui-ci (reproduction, limites intérieures/extérieures et subjectivation).

3. Méthodologie

La construction de la grille, pour des raisons pratiques, a été faite sur la base du travail au cours des deux dernières années du groupe 1. Tout d'abord parce que c'est le groupe le plus ancien au sein du dispositif, nous avons donc plus de données à notre disposition. C'est aussi le seul dont les médiations n'aient pas changé au cours des deux années de groupe. Enfin, le groupe 1 accueille en son sein les patients qui ont suivi le programme dès le début. Les données recueillies à leur sujet sont donc plus susceptibles d'être significatives en matière de progression et d'effets du dispositif que celles de patients qui viendraient d'intégrer le programme, par exemple. Quant aux sujets choisis pour la construction de la grille, il s'agit des patients qui ont intégré le premier groupe dès ses débuts, qui ont assisté à toutes les séances (ou presque) et qui n'ont pas changé de groupe durant les deux ans ou quitté le dispositif. Cela restreint donc notre échantillon à trois patients que nous allons présenter succinctement :

3.1 M. O.

Patient né en 1978, M. O. a été condamné en 2005 pour viol sur mineur de 15 ans (la victime étant âgée de 10 ans à l'époque des faits) à 7 ans d'emprisonnement, d'une interdiction d'être en contact avec des enfants pendant 10 ans et d'un suivi socio-judiciaire de 5 ans. Nous sommes donc ici dans le cadre d'une injonction de soins qui prend fin le 19/02/13. M. O. est suivi depuis le 06/03/08 en thérapie individuelle au CMP. Ce patient présente une structure psychotique. Tout d'abord délirant, le patient, polytoxicomane, déclare être passé à l'acte sous l'influence de voix. Ses hallucinations auditives disparaissent rapidement avec la prescription de Solian. Toujours dans le cadre de son traitement, M. O. prend de l'Imovan pour ses troubles du sommeil, qui ont été déclenchés suite à son incarcération à cause de son codétenu qui était insomniaque, de l'Atarax contre la dépression et du Lepticur dans le cadre de tics buccaux survenus eux aussi lors de la détention. Il déclarera à propos du centre de détention avoir été violé au cours de son incarcération. Lors des premiers entretiens individuels, M. O. semble tenir des propos cohérents et calmes. On dénote toute fois une personnalité immature, fragile et dépendante qui accompagne un retard mental. Il nous déclare n'avoir jamais parlé de son « penchant pour les petits garçons » jusqu'à

maintenant ainsi que du fait d'avoir été violé par son père quand il était jeune. Au cours de sa garde à vue, il déposera plainte contre son père pour viol. Malgré tout, il exprime de façon cohérente la demande de « guérir » de ses fantasmes et accepte facilement d'intégrer le groupe thérapeutique. Au cours du travail thérapeutique, on trouvera néanmoins des traits pervers chez M.O. avec une forte tendance à tenir un rôle de victime dans une jouissance sado-masochiste.

3.2 M. L.

Patient né en 1932, et donc âgé de 77 ans lors de son entrée dans le groupe. Pour avoir, entre 1988 et 1993, agressé sexuellement un mineur de 15 ans par ascendance ou personne ayant autorité ainsi que, entre 1990 et 1993 avoir commis un viol avec circonstances aggravantes, M. L. a été condamné à 5 ans d'emprisonnement dont 1 an avec sursis et mise à l'épreuve pendant 2 ans. Cette mise à l'épreuve prend la forme d'une obligation de soin qui a pris fin le 25/09/10 et a été renouvelée pour un an. Ce patient a donc été incarcéré au centre de détention de Fleury Mérogis puis de Meaux avant d'être libéré sous bracelet électronique. Lors des entretiens d'évaluation d'entrée dans le groupe, il fait état que M. L. présente une tendance à la manipulation très prononcée et un déni de l'altérité. De plus, de part son fonctionnement psychique de type pervers, le patient reconnaît les faits mais les minimise et les banalise beaucoup.

3.3 M. F.

Patient né en 1959, il a été condamné en 1999 à cinq années de détention ainsi que dix ans d'injonction de soin dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire pour un fait de viol sur mineur de moins de 15 ans en la personne de sa nièce par alliance, alors âgée de 13 ans au moment des faits. M. F. lors des entretiens d'évaluation critique partiellement les faits qui lui sont reprochés. Cet acte est verbalisé dans une extrême banalisation et semble selon les dires du sujet un fait courant de la vie quotidienne. Le patient se montre volontiers révolté dès qu'on lui annonce l'obligation du maintien du lien avec le CMP. Pour lui, il s'agit avant tout d'une « machination » de la part de la mère de la victime (sa belle sœur) qu'il accuse de proxénétisme. Pourtant, au fil des séances d'évaluation, M. F. exprimera le fait de se sentir « perdu » et accepte assez facilement l'idée du groupe thérapeutique. Il reviendra par la suite sur l'acte en acceptant son implication et la culpabilité qui en découle (se qualifie lui même de pédophile), de même que l'anormalité de ses relations avec

la victime (« j'ai fait une grosse connerie », « c'était pas bien »), même s'il garde une haine farouche à l'égard de sa belle-soeur qu'il qualifie de « pute » au cours d'une séance de génogramme.

Quant à la construction de la grille en elle-même, il s'agit d'un travail commun de réflexion autour des compte-rendus de séance du groupe 1 depuis ses débuts et des séances individuelles. Nous nous sommes pour cela inspirés de la méthodologie employée dans le VIAOT qui privilégie une réflexion commune (interview du personnel soignant et des patients ayant terminé le programme concernant les indicateurs de progrès), de ses principes (le postulat que les patients reproduisent les conflits psychiques dans la vie institutionnelle et y répondent avec des stratégies souvent inadaptées) et de sa mise en œuvre (observation *in vivo* des patients dans le cadre institutionnel, qui permet une analyse plus authentique de ce qui se joue chez eux). De même, nous avons interviewé l'équipe afin de connaître quels étaient les indicateurs de progrès en matière de subjectivation chez les patients de leur point de vue. Nous aurions pu interroger les patients afin de savoir quels étaient les signes de progrès selon eux mais il nous a semblé que le groupe 1 était encore un peu « jeune » pour que ce travail soit réellement significatif (contrairement au contexte institutionnel de la construction du VIAOT). Mais il serait néanmoins intéressant de le faire par la suite, avec les patients ayant terminé le programme, par exemple. Ainsi, de ce « brain-storming », nous avons essayé de regrouper les indicateurs obtenus (à la fois des données empiriques recueillies sur le terrain au sein de l'équipe et des compte-rendus mais aussi de lectures théoriques) et de les relier à des facteurs afin d'organiser l'évaluation de la subjectivation. Nous nous sommes aussi inspirés du QICPAAS en gardant à l'esprit que cette grille avait surtout pour but de guider le clinicien dans son observation et de systématiser sa pensée et non de chiffrer un « niveau de subjectivation » totalement à l'opposé de nos principes éthiques et de la réalité du sujet. C'est pourquoi il nous a paru essentiel de nous éloigner le plus possible d'autres outils actuariels déjà utilisés et dont nous avons fait une courte revue plus tôt.

L'ensemble des items se décompose donc en deux grandes parties : l'une sur le **contexte de vie** et l'autre sur **l'implication dans le dispositif de soins**. Tout l'intérêt est bien sûr de mettre en perspective ces deux parties l'une vis à vis de l'autre et d'en faire une synthèse/bilan, comme nous l'avons dit plus haut. Pour cela il est important d'observer les répétitions, les décalages, etc. entre ces deux domaines de vie (à l'intérieur et à l'extérieur du groupe).

Pour la cotation, nous avons choisi de ne pas chiffrer ou de constituer des « niveaux » de subjectivation. Cela nous semblait trop éloigné de la réalité du sujet et surtout très difficile à quantifier pour le clinicien. Nous avons donc privilégié une **approche clinique et d'observation**. Les items bénéficient de réponses à choix qu'il faut cocher pour plus de praticité, ou de réponses en

oui/non. Pour les items ayant besoin de plus de précision (comme ceux sur la satisfaction du sujet ou perception des émotions) ou nécessitant plus d'élaboration (comme la partie concernant les défenses psychiques ou l'évolution de la demande de soins), des blancs sont laissés à l'intention de l'évaluateur.

Il n'est pas nécessaire de convoquer spécifiquement le sujet afin d'effectuer cette évaluation. Le clinicien pourra se servir des compte-rendus de groupe, des observations *in vivo* des sujets, des entretiens cliniques individuels à l'entrée dans le groupe, et au moment des bilans. L'idéal étant pour le ou les évaluateur(s) de s'imprégner de la grille afin de relever au mieux les indices pouvant servir à sa cotation. De même, l'évolution des processus de subjectivation ne pourra réellement s'observer qu'à condition que cette grille soit utilisée à des temps définis par avance, et au moins trois fois (peu après l'entrée dans le groupe, au cours du dispositif après les premiers entretiens de bilan, et à la fin d'une année de groupe).

Cependant, bien conscients que la taille réduite de l'échantillon utilisé pour construire la grille ne saurait être suffisante pour valider la grille, il serait utile de procéder à un travail élargi à d'autres patients ultérieurement. En cela, nous pourrions alors vérifier quels facteurs sont les plus significatifs et les plus discriminants. De plus, pour que cette grille soit utilisable en dehors de ce groupe, il serait utile de l'utiliser avec des patients faisant partie d'un autre dispositif de même type. D'autre part il existe aussi un biais important concernant l'échantillon des thérapeutes utilisé afin de réfléchir aux indicateurs de progrès pertinents. En effet, cet échantillon réduit de praticiens ne saurait être une référence exclusive et totalement représentative des professionnels exerçant dans ce milieu dans le même type de dispositif thérapeutique.

4. Analyse clinique

4.1 Intérêt clinique des deux parties contexte de vie & implication dans le groupe vis à vis de l'évaluation des processus de subjectivation.

Comme nous l'avons dit plus tôt, il est intéressant de comparer et de faire une synthèse des différentes sphères de la vie du sujet, à l'intérieur et à l'extérieur du groupe en ce que le groupe représente une structure étayante, et clairement délimitée pour le sujet. De plus de part son implication, le sujet devient partie du groupe, et il peut ainsi le remplir de ses conflits et de ses émotions, comme un corps à part entière. Ainsi le groupe peut servir de « substitut » des limites de l'appareil psychique du sujet, pas toujours bien intégrées par ce dernier, une sorte d'auxiliaire du Moi du sujet. Aussi, observer la façon dont le sujet vit à l'intérieur et à l'extérieur du groupe peut nous donner des indications intéressantes sur sa façon de se positionner vis à vis des limites imposées par le cadre institutionnel et clinique. Par exemple, de quelle façon le sujet ramène-il des éléments de sa problématique et de sa vie personnelle à l'intérieur du groupe ? Est-ce de manière sublimée ou crue ? Est ce pertinent ou débordant ? Quels sont les impacts du travail en groupe sur la vie personnelle du sujet ? De quelle façon se saisit-il (ou pas) des événements au sein du groupe ? En quoi le sujet répète-il les conflits et les fantasmes à l'intérieur du groupe et comment y fait-il face dans ce contexte ? Les solutions trouvées au sein du groupe et par le groupe servent-elles le sujet en dehors de ce contexte ? En somme, la transition entre l'intérieur et l'extérieur du groupe est-elle possible ou bien observe-t-on un clivage entre ces deux espaces ?

4.2 Contexte de vie.

4.2.1. Des éléments structurants : logement et dimension professionnelle.

Cette première partie dans l'évaluation du contexte de vie nous a semblé intéressante en ce que le logement est une partie de l'intimité du sujet et par la façon singulière qu'à l'agencement des murs et des pièces d'un logement de représenter par projection les limites psychiques et corporelles du sujet. Aussi, il nous a paru pertinent d'inclure cet item afin de savoir si le sujet disposait ou non d'un espace intime et privé dans sa vie quotidienne, si celui-ci lui était propre ou bien partagé, dans quelles conditions...

La stabilité du logement nous a aussi paru importante en ce que le fait d'avoir un « chez-soi » peut avoir de structurant pour l'individu et en ce que celui-ci représente un élément d'autonomie sociale. Il faudra bien entendu contrebalancer cet item avec l'âge du sujet. C'est aussi un facteur d'intégration sociale non négligeable.

La dimension professionnelle s'intègre dans la suite des items en tant qu'un autre élément structurant pour le sujet (à la fois d'un point de vue temporel dû au respect des horaires de travail mais aussi d'un point de vue spatial selon le lieu où le sujet exerce). De plus, il est judicieux de savoir dans quel secteur d'activité le sujet exerce, lorsqu'il a un emploi ou se trouve en formation afin de questionner une partie des rapports sociaux du sujet, et non des moindres. Est-ce un travail manuel ou plutôt intellectuel ? C'est à dire, le sujet est-il amené à élaborer de façon abstraite et dans quelle mesure ? Le sujet est-il amené à travailler en équipe ou à se soumettre à une hiérarchie ? Comment le vit-il ? Quelle reconnaissance tire-t-il de ses rapports à l'Autre ? Ces questions concernent bien évidemment l'intégration dans la société et ainsi la conformité à ses règles et normes, mais aussi la façon dont le sujet se situe par rapport à ceux-ci, à travers le regard de l'Autre dans ses rapports professionnels et donc sa construction en tant que sujet.

4.2.2. Rapport à l'altérité et affectivité : la dimension relationnelle.

Ici, on entre plus directement dans le domaine de l'altérité (et donc de la subjectivation) à travers l'exploration d'abord des rapports familiaux, puis des rapports amicaux.

La famille, premier groupe social dans lequel le sujet se construit, peut ainsi apporter des informations précieuses sur les conditions dans lesquelles le patient a expérimenté pour la première fois le vécu avec et à travers le regard de l'Autre. C'est dans l'histoire familiale qu'on trouve les premiers modèles identificatoires pour le sujet et les bases de sa stabilité psychique ultérieure. On peut aussi percevoir si le milieu d'origine a été un élément suffisamment sécurisant pour les identifications. Le fait que le sujet maintienne ou non des rapports avec sa famille au moment de l'évaluation est en cela assez significatif. La famille a-t-elle fonction d'ancrage, de référence sociale pour le sujet ? Est-il capable de s'y identifier, d'y trouver sa place ? Ou bien se vit-il comme déraciné ? S'imagine-t-il comme un élément d'une continuité dans la filiation ou bien comme s'étant « fait tout seul », révélant par là une certaine omnipotence infantile ? Si le milieu familial est pathogène, de quelle façon le sujet se situe-t-il par rapport à cela ? Reste-t-il « collé » à cet environnement parfois destructeur pour lui ou bien s'en est-il détaché, montrant ainsi sa capacité à envisager un « Ailleurs » possible... ? Y-a il des séparations, des deuils pouvant entraîner des carences affectives et des moments de rupture psychique pour le sujet ? De façon plus générale, peut-on relever des éléments traumatiques dans l'histoire familiale du sujet ?

On peut aussi y voir un indice révélateur d'une indépendance ou d'une dépendance affective plus ou moins grande vis à vis des premiers objets d'amour du sujet, qui viendra témoigner (ou non) d'un fonctionnement anaclitique (angoisse de perdre l'objet d'amour tout en étant incapable de trouver une juste distance avec lui, se trouvant alors dans un double mouvement de fusion et de rejet de l'objet). De même, le positionnement du sujet vis à vis de ces liens familiaux permettra d'avoir une idée de la façon dont il perçoit les différences de sexe et de génération bien que pour en avoir une idée plus précise, un génogramme s'avérerait plus adapté. Quoiqu'il en soit, cet élément sera particulièrement intéressant chez les sujets incestants et les agresseurs sexuels de victimes mineures où la confusion dans la différenciation autour du sexe et de l'âge est la plus couramment observée (Ciavaldini, 2001).

Enfin, à travers la façon dont le sujet décrit son univers familial et en contrebalançant les autres données obtenues sur la vie du sujet, on peut faire la différence entre ce qui est de

l'adaptation sociale et ce qui relève plutôt d'un « collage » aux normes, une sorte de reproduction sociale en « faux self », vide de sens pour le sujet, mais qui correspond aux attentes de la société auxquelles le sujet essaie de répondre. On comprendra qu'un tel fonctionnement ne peut pas aller en faveur d'un réel mouvement de subjectivation et il sera important de pouvoir faire cette distinction dans l'analyse.

Quant aux relations amicales, on essaie ici d'évaluer la façon dont se perçoit le sujet à travers un troisième groupe social important. En effet, après la famille, les amis viennent participer en tant qu'Autre à la construction de l'image de Soi du sujet, donne un autre positionnement par rapport à l'Autre que la famille ou les collègues de travail par exemple, dans un rapport plus égalitaire/horizontal. Dans ces conditions comment se saisit-il de ce mode relationnel ? L'Autre peut soutenir le Moi du sujet, voire lui servir d'auxiliaire ou le remplacer, le sujet peut s'y identifier, y voir un allié ou un concurrent, une idole... Il est aussi important de voir comment le sujet estime-il le nombre de ses amis, et en quoi ce nombre est important dans sa quête narcissique. A-il besoin de se sentir très entouré, ou est-ce la complicité d'un nombre restreint de personnes qui convient le mieux au sujet ? Est ce étayant pour lui ? Ou ces « amis » sont-ils indifférentiables dans une masse qui sert la toute puissance du sujet ? Enfin, en quoi ces relations sont-elles authentiques (dans le sens d'une réciprocité des échanges affectifs) ? Sinon, le réseau de sociabilité du sujet sert-il encore une fois de « camouflage » lui permettant de s'insérer dans la société sans toutefois y trouver du sens ?

4.2.3. Symbolisation et idéalité : les relations groupales.

Cette dimension nous a paru intéressante dans la mesure où dans l'adhésion à un groupe, une association, ou tout autre rassemblement dans un but précis, il est nécessaire pour le sujet d'avoir des idéaux, c'est à dire d'accéder à des concepts abstraits faisant appel aux processus de symbolisation, processus découlant directement de la capacité du sujet à se percevoir en tant que tel. Bien évidemment, ces idéaux ou « passions », ou « hobbies » sont plus ou moins investis et donc plus ou moins représentatifs de cette capacité d'élaboration et de symbolisation chez le sujet. C'est pourquoi il paraît judicieux de savoir combien de temps et d'efforts le sujet investit dans ces activités. De plus, il est intéressant de noter si ces intérêts lui sont propres (comprendre de son initiative personnelle) ou bien influencés par un tiers qui sert de référence moïque pour le sujet. Il est aussi primordial de percevoir si le sujet y voit véritablement un intérêt intellectuel et/ou spirituel ou juste un moyen de s'inscrire dans la normalité, voire un mode d'approche de ses

victimes (dans le cas d'un fonctionnement à tendance perverse).

4.2.4. Traumatismes & événements de vie.

Cet item a pour but de mettre en évidence de possibles corrélations entre des événements de vie marquants pour le sujet et l'évolution des processus de subjectivation de ce dernier. Une vision globale et structurée de la vie du sujet mettra plus facilement en évidence les ruptures et les répétitions qui s'y sont produites, ainsi que les traumatismes possibles qui en découlent. Ensuite, l'intérêt de découper ces événements temporels en trois phases (avant/après l'acte, pendant le groupe) est de remettre en perspective l'absence d'élaboration symbolique du passage à l'acte avec les événements de vie du sujet, et voir ce qui peut se répéter ou marquer une rupture pendant la période de groupe. Ce sont des indicateurs intéressants de ce qui peut venir soutenir ou au contraire déstabiliser le sujet du point de vue de sa capacité à se percevoir comme tel.

De plus la capacité du sujet à pouvoir énoncer ces événements et à les situer dans le temps est elle aussi un indice pour évaluer le niveau de difficulté pour le sujet à structurer et élaborer sa pensée, processus directement en lien avec la subjectivation.

4.2.5. Évaluation de l'intelligence.

Cet item est présent non pour faire l'hypothèse d'un lien entre niveau intellectuel et « niveau » de subjectivation (si tant est qu'on puisse imaginer de tels niveaux), mais plutôt pour contrôler ce qui pourrait venir interférer dans l'évaluation. En effet, faute d'un certain niveau d'élaboration au niveau verbal, on peut supposer que le sujet ait du mal à exprimer de façon développée ses idées, ce qui n'est en rien corrélé avec une faible capacité de symbolisation. Il faudra aussi être attentif aux origines ethniques du sujet (maîtrise de la langue française). Ainsi, une évaluation qui ne tiendrait pas compte du niveau intellectuel et académique des sujets et de ses origines pourrait biaiser les résultats et induire une mauvaise interprétation de ceux-ci par l'évaluateur, tout autant qu'un sujet au niveau d'élaboration verbal très élevé n'est pas forcément révélateur d'une bonne capacité représentative.

4.2.6. Item de satisfaction.

Cet item que l'on retrouve dans plusieurs domaines d'évaluation dans la première partie (logement, dimension professionnelle, dimension relationnelle) est à la fois un item qui permet d'observer le degré d'élaboration du sujet (puisque'il ne suffit pas de répondre par « oui » ou par « non »), mais aussi d'avoir le point de vue personnel que porte celui-ci sur sa situation de vie. En effet, en se contentant d'élaborer des items à choix fermés, l'évaluateur pourrait être induit dans une fausse direction en interprétant les résultats, se faisant une idée basée sur ses aprioris et ses connaissances pratiques (tendance à généraliser en fonction de son vécu). Ainsi, on peut à la fois avoir le regard du sujet sur sa situation et le nuancer avec l'interprétation qu'en fait l'évaluateur, ce qui enrichit bien entendu les résultats.

De plus la capacité du sujet à trouver satisfaction dans sa vie de tous les jours est un indicateur sur sa capacité à gérer la frustration, différer ses attentes potentielles, ce qui nécessite le recours à des processus représentatifs qui font justement défaut dans le passage à l'acte. La répétition dans l'insatisfaction vient alors signifier un échec des représentations et des stratégies mises en place par le sujet pour y remédier, pouvant alors entraîner une violence (colère, actes de violence psychologique ou physique...) et des ruptures allant crescendo. On retrouve notamment ces processus dans la répétition du passage à l'acte qui vient signer à la fois une recherche et un échec du soulagement de l'excitation sexuelle. On sera alors attentif au degré de satisfaction du sujet et le niveau d'exigence qu'il cherche à atteindre. De même on notera ce qui semble relever d'une satisfaction réelle et de ce qui tient à un discours normalisé de surface ou cherchant l'approbation ou l'« endormissement » de l'évaluateur (toujours sur le modèle d'un faux self ou d'une tentative de manipulation de la part du sujet).

4.3 Implication dans le dispositif de soins.

4.3.1. Rapport à l'altérité dans le groupe et les médiations.

Dans un premier temps, l'item sur la participation dans les médiations constitue une première étape dans l'évaluation de l'évolution des processus de subjectivation chez les patients en ce que la participation dans les médiations est un premier pas dans l'implication dans le groupe thérapeutique et un moyen pour le sujet de se saisir de celui-ci, et donc de prendre une existence au sein d'une communauté. L'implication dans les médiations est aussi un moyen d'évaluer le travail effectué par les patients au sein du groupe et donc des effets qu'il peut en ressentir. Plus le sujet sera impliqué dans les médiations et plus la probabilité qu'il soit impacté par le travail de groupe est grande. Aussi, nous avons déterminé quatre niveaux de participation en fonction de ce que nous avons pu observer au cours des séances : « Action et Verbalisation », qui correspond à l'attitude la plus active lors des médiations, puis « Observation et Verbalisation », ensuite « Observation » et enfin « Absence » qu'elle soit réelle ou psychique.

L'implication dans le groupe représente aussi la capacité du sujet à s'investir à l'Extérieur et à s'identifier en tant qu'individu dans le travail de groupe, que ce soit au travers des rôles investis dans le psychodrame, mais aussi la manière d'être touché par les images dans le Photolangage. Rapporter les sujets abordés à son histoire personnelle, élaborer, faire du lien entre lui et l'Autre au travers des échanges et des expériences et/ou des points de vue similaires ou différents, tout cela participe à la symbolisation, à la sublimation des conflits et des fantasmes et permet de se différencier de l'Autre tout en y trouvant des modèles identificatoires. Être un sujet, c'est être à la fois se reconnaître dans le regard de l'Autre tout en étant capable de s'en sentir différent. Mais cela n'est possible qu'en prenant part au travail, même de façon passive au départ, c'est à dire exister au sein du groupe.

Ensuite, la participation aux échanges et dans les relations est une situation particulièrement riche pour l'observation des rapports intersubjectifs chez les patients. En effet, c'est dans le rapport à l'Autre qu'on peut le plus facilement voir comment le sujet se positionne vis à vis de cet Autre et de ses limites. Aussi on peut voir la façon dont le sujet se perçoit dans le rapport au tiers (qu'il soit thérapeute, patient ou vis à vis du groupe dans son entier). Comme nous le postulons, nous pensons aussi trouver dans le rapport aux autres dans le groupe, une reproduction des rapports aux autres à

l'extérieur du groupe, dans la vie du patient. C'est pourquoi il nous a paru primordial de pouvoir observer et noter à quel point le sujet se montrait différencié de l'Autre durant ces échanges. On trouve ainsi deux parties dans l'observation : Individualisation de l'autre et Objectalisation de l'autre dans les échanges verbaux, suivies ensuite d'une partie sur la gestion de la parole au sein du groupe (positionnement vis à vis du groupe en général). Tout l'intérêt étant bien entendu de faire un lien entre le rapport à l'autre du sujet et son positionnement narcissique qui découle de la relation.

Enfin la partie concernant la gestion de la parole nous a paru intéressante on se qu'elle signifie la place accordée à l'autre dans les mots, la parole, et la prise en compte de l'avis d'autrui (rapport à l'altérité). C'est aussi une manière d'évaluer à quel point le sujet investit le rapport à l'autre dans le groupe. Bien sûr cette évaluation est à la fois quantitative et qualitative.

On peut ainsi voir se dessiner quelle fonction l'Autre tient pour le sujet, bien que cela soit évalué plus précisément dans la partie concernant la place dans le groupe.

Dans la partie concernant la place dans le groupe, comme nous venons de le dire, on aborde plus directement la question de la fonction de l'Autre dans l'observation. Tout d'abord, de manière implicite à travers la place physique que le sujet prend dans le groupe. En effet, nous pensons que l'attitude corporelle du sujet peut exprimer inconsciemment les conflits psychiques qui se jouent chez lui et dans ce cas précis, la facilité avec laquelle il occupe une place dans le groupe. La fixité de cette place peut s'avérer à la fois un indicateur de stabilité psychique pour le sujet mais aussi un indice de rigidité selon les cas (il faut alors bien mettre en perspective cet item avec le reste des observations dans les autres sous-parties de l'évaluation).

La qualité du contact est aussi appréciée selon l'Autre auquel ce contact s'adresse (thérapeute ou patient). Est-il indifféremment le même quelque soit le statut de l'autre ? Ou au contraire, le patient montre-t-il des réticences à entrer en contact avec un ou plusieurs participants. Et le statut de ceux-ci a-t-il une influence ? Ainsi, le sujet fait-il une différence entre les individus en fonction de leur statut dans le groupe et/ou ressent-il une certaine hostilité/méfiance à leur égard ? Est-ce envers une personne en particulier (qu'il soit patient ou thérapeute) ou bien à l'égard d'une « catégorie » de personne (tous les thérapeutes indifféremment ou tous les patients). En dehors du statut thérapeute/patient, nous avons aussi inclus comme critère de différenciation la fonction (pour les thérapeutes) le sexe et l'âge (pour les patients) afin d'éliminer tout biais dans la façon d'interpréter de possibles réticences du sujet dans le contact à l'autre. Enfin, tous ces questionnements sont d'autant plus utiles si l'on peut analyser en quoi l'Autre peut venir servir de lieu de projection des processus internes du sujet et identifier ceux-ci. Il faudra alors avoir une bonne connaissance de l'histoire de vie du sujet et de sa problématique actuelle.

D'autre part, cela vient aussi nous donner des indications sur les processus de transfert patient-thérapeute, patient-patient, afin d'en saisir le contenu et l'utilité pour le patient (aide au Moi, soutien narcissique, sédation de l'anxiété, appui thérapeutique...). Bien entendu, la visée du projet tient dans un processus thérapeutique à long terme, impliquant une transformation du fonctionnement mental et non d'utiliser le groupe comme une « béquille » (même s'il peut tenir ce rôle en premier lieu) donnant l'illusion d'une amélioration à travers la diminution de l'anxiété et des symptômes.

Concernant la deuxième partie des items concernant la place dans le groupe, qui touche à l'aspect psychique du sujet, nous avons déterminé plusieurs positionnements possibles du sujet en fonction de nos observations de terrain et de nos lectures théoriques. Nous envisageons cette « place psychique » dans le groupe en miroir, du sujet pour le groupe et du groupe pour le sujet, puisque dans l'échange, on suppose un rapport duel, qu'il soit vraiment réciproque ou non. Nous avons donc d'abord défini les fonctions possibles du sujet pour le groupe, qu'il soit « leader » (différentes formes de leadership étant possibles), « dominé » (encore une fois différentes formes et motivations sont possibles et à différencier dans ce rôle), « opposant », « étayage » pour le groupe, « persécuté », « infantile » ou encore « séducteur »... Ce positionnement prend bien évidemment un sens particulier à la fois dans et pour le groupe mais aussi en ce qu'il vient faire écho (ou pas) dans la vie du sujet. De plus, ce positionnement vient témoigner de la facilité plus ou moins grande du sujet à s'intégrer dans le rapport à l'Autre au sein du groupe (et plus largement dans la famille, les rapports amicaux et professionnels, dans la société...) et à s'y adapter (ou non, puisqu'il est possible que le sujet soit « marginal » au sein du groupe). On peut ainsi observer ce que le sujet apporte psychiquement au groupe, ce qu'il est capable de donner de lui-même afin de servir la dynamique de groupe et ainsi à quel point l'existence du groupe a d'importance pour lui et son propre fonctionnement. Cette capacité à investir le groupe et à y tenir une fonction nous démontre ainsi la capacité du sujet à se construire dans le rapport à l'Autre et en lien avec celui-ci.

Dans l'autre versant, nous avons décrit plusieurs positions que pouvaient tenir l'Autre pour le sujet selon nous : « tiers-allié » (celui qui vient soutenir le sujet quelque soit son intervention), « tiers-sage » (soutien et régulateur des échanges entre le sujet et le reste du groupe, mais entre le sujet et lui-même pour réguler les conflits psychiques), « tiers-opposant » (en ce qu'il vient contrecarrer l'action du sujet et s'opposer à sa toute-puissance narcissique, représente la Loi), et enfin « tyran » (idole ou monstre que le sujet voit comme une menace pour son narcissisme). Toutes ces figures de l'Autre vont avoir une influence sur la façon dont le sujet va construire sa place dans le groupe mais aussi dans la façon de se considérer lui-même d'un point de vue individuel et narcissique.

4.3.2. La parole comme indicateur de structuration et de symbolisation.

La qualité d'élaboration, ici indépendante des capacités verbales et intellectuelles du sujet (évaluées dans la partie contexte de vie) et donc nuancée par ces facteurs, vient témoigner à la fois de l'investissement dans le groupe (que ce soit dans un aspect qualitatif ou quantitatif) mais aussi de la capacité à symboliser du sujet.

Cela vient aussi montrer le degré de structuration de la pensée chez ce dernier, que l'on peut relier au niveau de structuration psychique du sujet. La façon dont le sujet sera capable d'élaborer dans les limites d'une réflexion lancée par le groupe, de manière adaptée ou non constitue un indicateur en ce sens. De même, le patient est-il en mesure de se saisir des discussions et de les relier à sa vie personnelle ? Cela se fait-il sur un mode adapté ou débordant pour le groupe ? Est-il capable d'associer les idées et les concepts entre eux et aux affects ? Ou au contraire est-il logorrhéique, hors-sujet ? A-t-il tendance à banaliser ? Tous ses aspects nous renseignent sur les limites psychiques du sujet qu'il retranscrit dans son rapport au groupe et vient témoigner de sa capacité à se différencier de l'Autre mais aussi des défenses mises en place pour échapper à la possible menace d'une désintégration interne.

4.3.3. Subjectivation et qualités empathiques : la perception des émotions.

Autre pendant de la subjectivation, à un niveau plus élaboré, les qualités empathiques du sujet au sein du groupe nous semblent particulièrement importantes dans le lien à l'Autre, dans la capacité à se mettre dans la « peau » d'autrui tout en restant sujet à part entière et différencié. Ces qualités empathiques découlent directement de ce qu'on appelle les « théories de l'esprit » en psychologie du développement et qui apparaissent de façon précoce chez l'enfant vers l'âge de 3-4 ans. Il s'agit de pouvoir imaginer que l'autre ne sait pas tout ce que le sujet sait, qu'il peut penser différemment, adopter un point de vue différent en fonction du contexte et de ce dont il a été personnellement témoin. D'un point de vue psychanalytique, c'est le détachement aux premiers objets, notamment la Mère, via l'apprentissage de la frustration qui est nécessaire pour amorcer ce processus. À un niveau supérieur, il s'agit d'envisager que l'Autre a des émotions et des ressentis propres et d'être capable de les identifier en fonction du contexte et de l'expression qu'il en fait, et d'en tenir compte. Bien évidemment, il faut aussi pour cela que le sujet sache lui-même identifier ses propres émotions, ce qui n'est pas toujours chose facile chez les auteurs de violence sexuelle qui, de part de forts systèmes défensifs, peuvent se couper d'émotions trop fortes, angoissantes et

menaçantes pour leur intégrité psychique (phénomènes de déni et de clivage). Nous reviendrons plus précisément sur ce point ultérieurement.

4.3.4. Thématique des angoisses et défenses psychiques.

Nous avons défini quatre types d'angoisse majeure dans notre travail, à savoir : angoisse de mort, angoisse de morcellement, angoisse de castration et angoisse de perte. Ces types d'angoisse témoignent principalement de la structure psychique des sujets ce qui peut être un indice sur le niveau de subjectivation et les défenses réactionnelles qui peuvent être mises en place pour y remédier. En effet, on retrouve principalement l'angoisse de morcellement chez les patients psychotiques, l'angoisse de castration chez les névrosés, et l'angoisse de perte ou d'abandon chez les état-limites. L'angoisse de mort, elle, peut être observée chez tous les « types » de patient. Ces angoisses, signifiées de façon plus ou moins crue au sein du groupe peuvent interférer dans le lien à l'Autre, ou dans le travail thérapeutique, mais sont intéressantes du point de vue de l'analyse clinique en ce qu'elles peuvent prendre sens en tant qu'un rappel d'événements traumatiques passés et ramenés au moment et au sein du groupe et contenus dans ses limites. De plus, ces angoisses, liées à l'activité fantasmatique des sujets peuvent être sublimées au travers des médiations et élaborées dans le travail thérapeutique.

Enfin, la partie concernant les défenses psychiques employées par les patients est laissée libre à l'appréciation clinique des évaluateurs, tant les défenses possibles et leur combinaisons peuvent être variables d'un sujet à l'autre. Cet item rejoint par ailleurs celui des thématiques des angoisses, abordée un peu plus haut. S'il y a angoisse, il y a défense psychique en réaction. Et tout l'intérêt est justement de voir quelle stratégie défensive le sujet va adopter en fonction de ces angoisses, et dans quelles situations il va les employer... Est ce adapté ou non ? Le mode défensif employé vient il faire barrage à l'émotion, à l'élaboration et la symbolisation chez le sujet ? Ces défenses évoluent-elles dans le temps ou bien le sujet y a-t-il recours de manière rigide ? Bref, les défenses mises en place pour le sujet sont-elles des agents facilitateurs ou inhibiteurs de la subjectivation chez le sujet ?

4.3.5. Limites subjectives et rapport à la Loi.

Le rapport à la Loi et plus spécifiquement le respect du cadre du groupe, des participants (patients et thérapeutes), des outils utilisés, des consignes etc nous donne un autre point de vue

concernant les limites du sujet qui tient du côté de la transgression ou du respect des limites imposées par l'extérieur. C'est bien sûr un point fondamental dans la problématique des AVS, ayant justement enfreint les limites de la loi judiciaire, ainsi que les leurs et celles de leur(s) victime(s), que ce soit dans leur intégrité physique et/ou psychologique. La façon dont le sujet va se positionner par rapport au cadre institutionnel et clinique est un indicateur intéressant dans l'évolution du sujet vis à vis de son rapport à la Loi et de son fonctionnement psychique. On peut ainsi postuler que plus le sujet aura une conscience affirmée de lui-même en tant que sujet différencié, plus il aura conscience de ces limites et sera plus à même de les respecter. Bien sûr, la façon dont il peut en jouer est elle aussi intéressante au niveau de l'analyse notamment dans le cadre de fonctionnements pervers ou état-limites où tout est question de distance (de soi par rapport à l'autre mais aussi de soi par rapport à soi et de soi par rapport aux interdits fondamentaux).

4.3.6. Évolution de la demande de soins.

L'évolution de la demande de soin est un item particulièrement important en ce qu'il vient témoigner de la capacité du sujet à intégrer le dispositif thérapeutique, à se l'approprier. S'approprier le soin, c'est aussi s'approprier soi-même, se situer en tant que sujet vis à vis du groupe, des thérapeutes, des patients. C'est prendre une place d'acteur au sein du dispositif de soin, et non rester dans une passivité forcée par l'imposition de soins faite par la justice. Le patient s'attribue ainsi une part de responsabilité dans son évolution, quelle soit positive ou non et devient alors réellement sujet. Se considérer comme participant actif dans le processus thérapeutique est un premier pas dans la façon de se considérer aussi comme acteur dans son passage à l'acte, et non seulement auteur de celui-ci. C'est aussi accepter et créer l'alliance thérapeutique, démarche d'ouverture vers un processus de changement psychique d'envergure.

4.4 Partie Bilan.

Les observations recueillies au cours de l'évaluation n'a bien sûr pas de sens sans cette étape finale de bilan. En effet, il s'agit ici de pouvoir faire une synthèse des réponses pour chaque domaine exploré afin d'en extraire une signification par rapport au patient et son vécu au sein du groupe et à l'extérieur. Une vision morcellée du patient ne saurait faire sens. Il faudra pour cela être capable de mettre en lien les différents domaines explorés et en tirer un « fil conducteur » à l'aide des compte-rendus d'entretien et des séances de groupes ayant servi à l'évaluation. Encore une fois, la grille ne sert qu'à mieux structurer la pensée et l'observation du clinicien et non à donner une « note » au patient.

Dans un premier temps, il est donc important de regrouper les données obtenues par thèmes et ensuite de mettre en lien chacun d'entre eux afin d'obtenir une observation globale du patient dans son contexte de vie et au sein du dispositif de soins. Comme nous l'avons dit précédemment, s'il nous paraît judicieux de distinguer deux parties dans l'évaluation (contexte de vie et implication dans le dispositif de soins), c'est avant tout pour pouvoir les mettre en perspective dans le bilan et de faire ressortir les similarités, les différences, c'est à dire ce qui s'inscrit dans la continuité ou la rupture chez le patient entre ses deux espaces de vie.

Ensuite, et afin de pouvoir observer une évolution, il nous semble pertinent de répéter cette évaluation dans le temps, idéalement en trois moments différents répartis au cours d'une année de groupe thérapeutique (c'est en tout cas ce qui nous a semblé le plus adapté dans notre dispositif qui ne dispose que de deux années d'ancienneté). Une fois ces trois évaluations réalisées ainsi que leurs bilans, on peut faire une synthèse de ces trois bilans afin d'obtenir une observation globale du sujet dans le temps. Ainsi, on inscrit l'évaluation et le sujet observé à la fois dans l'espace (à travers la distinction intérieur/extérieur du groupe) et dans la temporalité (dans l'évolution du sujet à t+1, t+2 et t+3).

5. Grille d'évaluation

**GRILLE D’EVALUATION DES PROCESSUS DE
SUBJECTIVATION CHEZ LES AUTEURS DE
VIOLENCE SEXUELLE**

Par B. Cuney et J. Mommaton

Objectif de la grille : Évaluer les processus de subjectivation à l’œuvre chez les patients au cours d’un dispositif de prise en charge thérapeutique basé sur des médiations à l’intention de patients pénalement obligés.

Contexte de vie :

◆ Logement

Actuellement le sujet vit... (cochez la case correspondante) :

1. À son domicile personnel.....
2. Au domicile parental.....
3. Au domicile d’un tiers (qui ?).....
4. Sans domicile fixe.....
5. Dans l’instabilité (alterne les lieux de vie).....

Est il satisfait de cette situation ?

◆ Dimension professionnelle

Actuellement, le sujet a-t-il un emploi (cochez la case correspondante) ?

1. Oui.....

2. Non.....

3. En recherche.....

Si oui ou en recherche, de quel type d'emploi s'agit-il ?

Le sujet est-il satisfait de cette situation ?

◆ Dimension relationnelle :

Actuellement, sur le plan familial, le sujet entretient-il des relations ?

1. Oui.....

2. Non.....

Si non pourquoi ?

Le sujet est-il satisfait de cette situation ?

Sur le plan des relations amicales, comment le sujet estime-t-il le nombre de ces relations ?

1. Beaucoup.....

2. Plutôt beaucoup.....

3. Peu.....

4. Pas du tout

Pourquoi ?

Comment le sujet estime-t-il la qualité de ces relations ?

En est-il satisfait ?

◆ Relations groupales

Actuellement, le sujet adhère-t-il à une quelconque organisation/groupe ? (si oui cochez la case correspondante)

1. Association.....

2. Club.....

3. Groupe.....

4. Militantisme.....

◆ Événements de vie.

Le sujet a-t-il vécu des changements importants dans sa vie (décès d'un proche, nouveau compagnon/compagne, déménagement, perte/obtention d'emploi, changements significatifs dans le mode de vie, maladie...). Si oui cochez la case correspondante :

1. Avant l'acte.....

2. Durant l'enfance.....

3. Durant l'adolescence..

4. A l'âge adulte.....

Lesquels ?

1. Après l'acte.....

Lesquels ?

1. Durant la période de groupe....

Lesquels ?

◆ Évaluation de l'intelligence (Item de contrôle/de comparaison)

Cet item a pour but de contrôler dans quelle mesure le niveau intellectuel du sujet a une influence sur sa capacité à élaborer dans les autres domaines explorés. Estimez globalement et approximativement le niveau intellectuel du sujet :

1. Bas.....
2. Moyen....
3. Haut.....

Implication dans le dispositif

◆ Participation dans les médiations (Rapport soi/soi)

Lors des médiations, quel type de comportement le sujet adopte-t-il (cochez la case correspondante) ?

1. Action + Verbalisation

Le patient a une démarche active dans les médiations (se lève spontanément, porte de l'intérêt, participe de lui-même, élabore une histoire ...)

2. Observation + Verbalisation

Le patient ne participe pas activement aux médiations (ne cherche pas à y participer spontanément) mais intervient verbalement, donne son avis, répond aux questions, ...)

3. Observation

Le patient ne souhaite pas participer mais on ressent un intérêt (regards attentifs, mimiques en réaction aux échanges, gestes d'approbation/désapprobation...)

4. Absence

Le patient n'est pour ainsi dire pas là (dort, se désintéresse totalement de ce qui se passe) où est absent à la séance.

◆ Participation aux échanges/relations (Rapport soi/autrui)

1. Individualisation de l'autre

L'autre est considéré par le sujet comme individu à part entière et différencié des autres membres du groupe, y compris lui même. Entourez la réponse correspondante :

1. Connait-il les prénoms des autres participants ? OUI / NON

Combien ?

2. Gestes de bienvenue : adressés / automatisés / absents

3. Regards adressés (différents degrés) : OUI / NON

4. Message adressé à une personne en particulier : OUI / NON

5. L'absence d'un participant est-elle remarquée ? OUI / NON

6. Attentions à l'égard du groupe (gâteaux, participation à la pause, proposition d'aide,...) OUI / NON

2. Objectualisation de l'autre au travers des échanges verbaux.

L'autre n'a pas le statut d'individu à part entière mais est utilisé dans l'échange en ce qu'il peut servir au sujet (narcissisme). Entourez la réponse correspondante et précisez quand c'est nécessaire :

1. Interéchangeabilité des personnes :

le sujet considère les personnes du groupe (thérapeutes et patients) comme indifférenciables (par exemple il ne se souvient pas des personnes faisant partie de son groupe, s'estime totalement différent des autres), n'éprouve peu ou aucun intérêt à leur égard en tant qu'individu, mais en ce qu'ils peuvent lui servir. OUI / NON

2. Est-ce qu'il y a de l'échange ? OUI / NON

3. Manipulation ou tentatives de manipulation OUI / NON

4. Utilisation de l'autre OUI / NON – si oui cochez la case correspondante :

1. Pour soutenir son narcissisme/toute puissance (Étayage)

2. Pour préserver son narcissisme/toute puissance (Renforcement moïque)

3. Pour amorcer son narcissisme/toute puissance (Demande d'amour)

5. Érotisation de l'échange (séduction/sexualisation de l'autre) OUI/NON

3. Gestion de la parole

Cochez la case correspondante s'il y a lieu :

1. Coupures.....

2. Écoute et prise en compte de la parole de l'autre...

3. Écoute des consignes.....

4. Occupation de la parole (différents degrés).....

5. Prise de parole spontanée.....

6. Incitation des thérapeutes à parler.....

7. Autres / précisez :

◆ Place dans le groupe

1. Place physique

Comment le sujet se tient-il dans le groupe au cours de la séance ? Cochez la case correspondante.

1. Place

1. Il s'assoit toujours à la même place...

2. Il change souvent de place.....

3. Il change tout le temps de place.....

2. Place par rapport aux thérapeutes

1. Il évite constamment le contact avec les thérapeutes

1. Un thérapeute en particulier

Précisez la fonction et le sexe du thérapeute :

2. Peu importe le thérapeute.....

2. Il cherche le contact avec les thérapeutes

1. Un thérapeute en particulier

Précisez la fonction et le sexe du thérapeute :

2. Peu importe le thérapeute.....

3. Place par rapport aux patients

1. Il évite constamment le contact avec les patients

1. Un patient en particulier.....

Précisez l'âge et le sexe du patient :

2. Peu importe le patient.....

2. Il cherche le contact avec les patients

1. Un patient en particulier

Précisez l'âge et le sexe du patient :

2. Peu importe le patient.....

2. Fonction psychique de la place dans le groupe

1. Du sujet

Quelle fonction psychique le sujet tient il dans le groupe ? Cochez la case correspondante.

1. *Leader*

1. Le leader autoritaire.....

Il ordonne (prend en main les échanges et les discussions, impose son point de vue) et punit (réprimandes, réflexions désobligeantes, dénigrement).

2. Le leader démocratique.....

La discussion est possible, le choix de l'action est libre, mais le leader mène l'échange, et impose la nécessité de faire un choix, selon ses propres règles.

3. Le leader "laisser-faire"

Il observe sans agir et répond aux sollicitations (questions, consignes).

2. *Opposant*.....

Se montre systématiquement en désaccord avec le reste du groupe avec ou sans attitude revendicative.

3. *Dominé*

1. Victime.....

Le sujet se montre soumis et revendique un statut de victime au sein du groupe vis à vis de l'ensemble du groupe ou d'un membre du groupe en particulier (thérapeute ou patient).

2. Convaincu.....

Le sujet choisit et se soumet à un membre du groupe ou à l'ensemble du groupe parce qu'il est convaincu que c'est son rôle (l'autre a toujours raison et il vaut mieux suivre son avis).

3. Par défaut.....

Le sujet préfère se montrer dominé pour ne pas s'impliquer/prendre des initiatives au sein du groupe (il est plus facile d'attendre que l'autre prenne des initiatives plutôt que de le faire soi-même).

4. Marginal.....

Le sujet est isolé et ne participe que si on le sollicite. Il se montre alors timide et peu sûr de lui (hésite, rougit, parle faiblement, tremble, évite le regard, revient sur ses propos fréquemment...).

- 4. *Entretien (étayant)*.....
- 5. *Persécuté*.....
- 6. *Infantile*.....
- 7. *Séducteur*.....

2. De l'Autre

Quelle fonction l'Autre tient-il pour le sujet ?

- 1. Le tiers-allié.....

L'autre est un soutien, un allié (abonde toujours dans le sens du sujet).

- 2. Le tiers-sage.....

L'autre est un soutien en ce qu'il régule les échanges avec le sujet ainsi que ses conflits psychiques (intervient pour nuancer les propos du sujet, joue le rôle de médiateur entre le sujet et les autres...) .

- 3. Le tiers-opposant.....

L'autre représente la Loi, qui vient contrecarrer la toute-puissance du sujet (vient contredire le sujet, rappelle les limites, fait valoir son avis comme meilleur ou plus valable que celui du sujet).

- 4. Le tyran.....

L'autre est vécu comme tout-puissant, menaçant pour le narcissisme du sujet (l'autre est craint et/ou admiré/idolâtré, inhibe le sujet dans ses paroles et/ou ses actions au sein du groupe de part son sentiment d'infériorité).

3. Thymie

Dans quel état d'humeur le patient se trouve-il au moment de l'observation (anxieux, déprimé, détendu, maniaque,...) ?

◆ Qualité d'élaboration

Comment le sujet s'exprime-il dans le groupe ? Cochez la case correspondante.

1. Phrases construites.....
2. S'appuie sur l'avis des autres pour construire son propre discours...
3. Phrases illogiques (ne répond pas à la question ou totalement à côté, discours bizarre)
4. Phrases paradoxales (contradictions flagrantes dans les opinions ou les phrases énoncées)
5. Fluidité verbale
 1. Phrases courtes (« oui » ou « non » sans élaboration).....
 2. Mutisme.....
 3. Facilité d'élocution.....
 4. Facilité de liaison, d'association.....
 5. Logorrhée.....
 6. Banalisation.....
 7. Hors-sujet.....
 8. Amène des choses de sa vie privée (entourez la réponse) OUI / NON

Si oui, est-ce adapté et pertinent ? OUI / NON

Si non à la précédente question, est de de l'ordre de l'envahissement/du débordement pour le tiers ? OUI / NON

◆ Perception des émotions

Le sujet manifeste-il des émotions au sein du groupe ? OUI / NON

1. Cette émotion est-elle adéquate par rapport à la situation ? OUI / NON

2. Qualités empathiques

1. Compréhension du type d'émotion qu'éprouve autrui
2. Compréhension du type d'émotion qu'éprouve autrui.....
et de son objet
3. Compréhension du type d'émotion qu'éprouve autrui
et de ses raisons

◆ Thématique des angoisses

Évaluez le type d'angoisse que le sujet exprime lors des séances de groupe

1. Angoisse de mort.....
2. Angoisse de morcellement...
3. Angoisse de castration.....
4. Angoisse de perte.....

◆ Rapport à la loi

1. Respect des consignes ? OUI / NON
2. Respect des outils ? OUI / NON
3. Respect du cadre ? OUI / NON
4. Respect des participants ? OUI / NON
5. Respect des thérapeutes ? OUI / NON
6. Adhésion plaquée à la loi ? (Invocation de la loi) OUI / NON
7. Banalisation de la loi ? OUI / NON

◆ Défenses psychiques

Quelles sont les principes défenses psychiques que le sujet met en place et que vous pouvez observer au sein du groupe ?

◆ Évolution de la demande de soin ?

Le sujet s'approprie-il le dispositif de soins et de quelle manière ? Y trouve-t-il un intérêt personnel hors de l'obligation/injonction de soins ?

◆ Bilan

Faites l'analyse clinique :

- 1) Analyse de la partie « contexte de vie » / synthèse des réponses
- 2) Analyse de la partie « implication dans le dispositif » / synthèse des réponses
- 3) Mise en perspective des deux premières analyses – Synthèse. Analyse temporelle (mise en perspective des bilans des trois évaluations effectuées au cours des mois de groupe)

6. Observation & Interprétation : le cas de M.F.

Afin d'illustrer nos propos autour de la construction de cette grille d'évaluation, nous avons décidé d'en montrer l'utilisation concrète avec le cas de M.F., l'un des patients ayant servi à la construction de la grille dont nous avons évoqué rapidement le parcours plus haut (partie méthodologie). Cette observation permettra, nous l'espérons, de bien saisir l'utilité et les enjeux de ce travail.

6.1 Temps 1 : "une maison en construction".

Ce temps 1 de l'évaluation correspond à l'entrée dans le groupe de M.F.. Nous avons choisi pour cela de nous servir du premier entretien d'évaluation (entretien d'évaluation d'entrée dans le groupe) et de la deuxième séance de groupe, portant sur le thème du groupe (pour la médiation du photolangage), lors de la première année de travail thérapeutique.

6.1.1. Le contexte de vie : "L'éternel adolescent".

Au moment de l'évaluation, **le sujet vit chez son frère** et le fils de celui ci, qui a 16 ans. En effet, le sujet ne dispose pas de son propre domicile et par manque de moyens, se voit contraint d'accepter cette situation. Il décrit de fréquentes disputes avec son frère et se trouve très insatisfait de cette relation. Il participe néanmoins aux frais de la maison (il touche le revenu minimum de solidarité) **mais espère trouver rapidement un travail** (en recherche d'emploi).

Au niveau des relations familiales, le sujet dit entretenir avec ses proches des relations difficiles et conflictuelles, sans parvenir à en trouver la cause. **Concernant les relations amicales**, M.F. dit n'avoir que peu d'amis, exprimant par là une certaine méfiance vis à vis d'autrui (« On ne peut pas faire confiance à tout le monde »). Ses amis sont en général beaucoup plus jeunes que lui (des adolescents de 15-17 ans alors que lui même approche de la cinquantaine). Néanmoins, M.F. ne remet pas en question cette différence d'âge qui est banalisée sinon ignorée. Il s'estime d'ailleurs plutôt satisfait de cette situation.

Pour ce qui est des relations groupales, M.F. semble exprimer la même réserve que pour ses relations amicales, puisqu'il n'appartient à aucun groupe ou organisation particulière (association, club, groupe ou même militantisme).

Pour ce qui est des événements marquants de sa vie, M.F. décrit une enfance et une adolescence sans heurts ou incidents majeurs. Néanmoins, nous noterons le décès de ses parents à l'âge adulte.

Enfin, sur le plan de l'intelligence, M.F. démontre un niveau intellectuel dans la norme, qui ne saurait interférer avec ses capacités d'élaboration et d'expression lors des séances de groupe ou les entretiens individuels.

6.1.2. L'intégration dans le dispositifs de soins ; "se fondre dans la masse".

M.F. participe d'emblée au groupe de manière active, portant intérêt aux médiations et au thème abordé (le groupe). Il n'hésite pas à intervenir et semble à l'aise avec les outils utilisés. On notera que M.F. a déjà un long parcours thérapeutique derrière lui, puisqu'il est suivi depuis une dizaine d'années et à déjà eu une expérience au sein d'un groupe thérapeutique en prison.

Du point de vue de la participation aux échanges et aux relations, M.F. montre une bonne adaptation sociale : il s'intéresse aux autres de manière authentique (pas de tentatives de manipulation, non-érotisation des échanges), semble bien différencier chaque participant (connait déjà la plupart des prénoms et s'adresse aussi bien au groupe qu'à des personnes en particulier). D'autre part, M.F. intervient tout en tenant compte de la parole de l'autre (respect des temps de parole de chacun). Il suit bien les consignes et est capable de prendre la parole spontanément pour exprimer son point de vue.

Pour ce qui est de la place dans le groupe, M.F. montre une assez grande stabilité au sein de cette séance. Il s'assoit toujours à la même place après qu'il ait été amené à se lever et on observe peu de réticence ou de méfiance vis à vis d'une personne en particulier (qu'elle soit thérapeute ou patient). On peut même dire que, sans être dans la désinhibition, M.F. cherche le contact avec les autres au sein du groupe et se montre ouvert aux échanges.

En terme de fonction psychique dans le groupe, M.F. ne se montre ni leader ni dominé. Il semble plus étayant qu'opposant ou marginal. Il participe ainsi à la dynamique du groupe, permettant de développer la discussion autour du thème abordé, sans jamais se montrer en

désaccord total avec le groupe. L'autre tient d'ailleurs un rôle d'allié et de soutien, M.F. cherchant l'approbation à travers ses interventions. Lui même n'hésite pas à faire appel à la Loi dans le débat afin de se situer et de rester dans les limites de la norme sociale. Du côté thymique, on peut observer que M.F. est plutôt détendu, ne semblant montrer aucun affect particulier, même si on peut percevoir chez lui une certaine réserve. Il s'exprime de façon fluide, ses phrases sont bien construites et plutôt élaborées. S'exprimer à l'oral ne semble donc pas poser de problème particulier à M.F., même s'il n'amène rien de sa vie privée durant les échanges, préférant parler de façon plus générale quand il doit donner son point de vue.

En accord avec la réserve que M.F. semble observer, celui ci ne manifestera **aucune émotion** particulière lors de cette séance, ce qui n'est d'ailleurs pas inadéquat au vue de l'ambiance au sein du groupe.

Au niveau des angoisses exprimées lors de cette séance, on notera tout d'abord une assez forte angoisse de perte, entraînant en réponse un grand besoin d'étayage et de soutien au sein du groupe mais aussi à travers le discours autour de la thématique abordée. La peur de la solitude est ainsi très présente et exprimée non seulement par M.F. mais aussi par la plupart des membres du groupe qui évoquent un besoin d'entraide (mais finalement plutôt à sens unique), manifestant par là un besoin d'être « porté » par le groupe avant tout.

Concernant le rapport à la loi, M.F. se montre encore une fois parfaitement adapté au sein du groupe, ne transgressant aucune des règles mises en place, et respectant aussi bien les individus que les objets utilisés au sein des médiations. On observe en contrepartie une tendance à adhérer à la loi de façon plutôt plaquée, et une certaine banalisation. M.F. semble bien connaître les lois et les règlements, mais il ne semble pas les avoir pleinement intégrées et pris à son compte. Son interprétation quant à l'origine de ces lois et leur utilité est parfois erronée ou déformée.

Pour ce qui est des défenses psychiques, on observe chez M.F. une nette tendance au déni et à la minimisation, quand il s'agit par exemple de reconnaître les faits. Cela peut s'exprimer par une certaine tendance à banaliser ou à rationaliser, comme nous l'avons vu au sein du groupe.

Enfin, en ce qui concerne l'évolution de la demande de soins, au moment de son entrée dans le groupe, M.F. se montrait volontiers révolté quant à la décision de suivi socio-judiciaire imposé par la justice et n'en voyait pas l'intérêt. Il taxait par ailleurs la mère de la victime (sa belle mère) de proxénétisme, voyant en elle la première responsable de cette affaire. Néanmoins, il a finalement accepté d'intégrer le groupe et d'y participer, comme nous l'avons vu plus haut.

6.1.3. Synthèse & Analyse interprétative : "une position adolescente sans issue".

Dans la première partie de l'évaluation qui concerne le contexte de vie du sujet, on peut voir que M.F. traverse une période d'instabilité, qu'elle soit personnelle (pas de logement propre), professionnelle (en recherche d'emploi), ou familiale (relations tendues, disputes continues avec son frère). D'autre part, le fait que le sujet n'arrive pas à faire de lien entre cet état de fait et ses origines montre une certaine incapacité à prendre du recul par rapport à sa situation et à ce qu'il vit. Le sujet reste « plaqué » à ses conflits sans pouvoir élaborer sur leurs causes et ainsi y trouver une issue satisfaisante. Cela nous paraît assez significatif d'un défaut de symbolisation dont nous parlions plus tôt, d'un point de vue théorique. Le sujet, dans l'impossibilité de mettre en mot ses affects et de les intégrer psychiquement, ne pourrait alors s'extraire de la répétition des conflits, n'y trouvant aucune issue satisfaisante. Nous voyons là une certaine immaturité chez le sujet, immaturité que nous retrouvons au niveau de ses relations amicales, tournées principalement vers des adolescents, niant ainsi la différence des générations. Le sujet se vit d'ailleurs lui-même comme un « adolescent », ce qui montre bien que la réalité est partiellement déniée au profit d'une idéalité fantasmée (celle de rester éternellement un adolescent). On peut alors se demander ce que la disparition des parents vient signifier pour le sujet dans ce contexte. Traumatisme réactivant une angoisse de mort poussant alors au déni de sa propre finitude ? Rupture de la filiation (le sujet « libéré » de ses racines pouvant alors se conforter dans son statut d'adolescent éternel) ? Quoiqu'il en soit, on retrouvera cette position adolescente dans la façon qu'à M.F. de se révolter contre l'obligation du suivi socio-judiciaire, remettant en cause son utilité, discréditant l'autorité judiciaire et son ascendant sur lui.

Néanmoins, cette position adolescente ne s'accompagne pas d'un développement des idéaux et d'une identité personnelle concrète, comme on pourrait s'y attendre dans ces processus. L'imaginaire reste faible et le besoin d'étayage via le groupe l'emporte sur une prise de position affirmée et personnelle. M.F. a tendance à se « fondre dans la masse » au sein du groupe, n'émettant aucun avis trop différent de celui des autres, prenant un soin particulier à ne pas dépasser les limites du cadre imposé et à se référer à la loi pour rester dans la norme sociale (même si son adhésion à cette même loi reste plaquée, factice), peut être dans une volonté d'être accepté au sein du groupe, d'être reconnu par les thérapeutes en tant que « bon patient » ... La révolte n'apparaît en réalité que dans les mots, le besoin de réassurance et la fragilité narcissique prennent le pas sur une quelconque démarche d'émancipation au sein du groupe. Cette fragilité s'exprime d'ailleurs par une certaine réserve et méfiance du sujet, semblant jauger ce qu'il « faut » ou pas dire, sur qui l'on peut s'appuyer

ou non. On notera qu'au sein de cette séance, pour définir le groupe, le sujet choisira une image d'une maison en construction, révélatrice de sa propre construction identitaire, encore mal assurée. En réaction à l'intervention excessive d'un patient durant le psychodrame, il dira aussi « je n'ai pas eu le temps de m'installer », montrant par là à quel point le groupe est important pour lui dans sa quête d'identité, cherchant à trouver sa place non seulement au sein du groupe mais aussi dans le monde extérieur.

Ainsi, on peut observer des similitudes dans le fonctionnement psychique de M.F. au sein du groupe et à l'extérieur de celui-ci. On voit que dans les deux cas, une position immature déniait une partie de la réalité (différence des générations) caractérise le sujet qui cherche en vain une place afin de conquérir une identité propre qui lui fait défaut. Pour ce faire, le sujet n'hésite pas à user d'un fonctionnement en faux-self (adhésion plaquée à la loi, réponse aux attentes supposées des thérapeutes, attitude adolescente artificielle). Le soutien du groupe comme les liens familiaux (bien que conflictuels) semblent primordiaux pour assurer une certaine stabilité narcissique au sujet. Néanmoins, on voit bien que cela ne saurait résoudre la problématique du sujet, aux prises avec son questionnement existentiel du « qui suis-je ? » alors qu'il ne peut identifier les causes de ses conflits internes (reproduits dans la réalité extérieure sous forme de disputes continues avec sa famille), ni mettre en mot ses émotions. On peut néanmoins espérer que son intégration et sa participation active au sein du groupe lui permettent d'évoluer positivement dans cette recherche identitaire.

6.2 Temps 2 : "La fin de l'adolescence".

Pour cette évaluation, nous nous sommes servis de la séance 5 portant sur le thème de l'enfance et des entretiens d'évaluation de mi-parcours.

6.2.1. Le contexte de vie ; "Dans la tourmente".

À ce moment de l'évaluation, et suite à une période d'absence au sein du groupe, c'est un M.F. très déprimé et amaigri qui se présente à nous. Après en être venu aux mains avec son neveu de 16 ans qui frappait un chien, **il a quitté le domicile de son frère** chez qui il vivait avec son neveu.

Il est actuellement sans travail et sans domicile fixe et vit en alternance chez des amis qui

acceptent de l'accueillir.

Il n'a plus de contact avec sa famille (en lien avec son conflit avec son frère) et se trouve dans une situation d'isolement mal vécue. Ce sont ces événements que le sujet amène pour expliquer son absence au sein du groupe.

Durant cet entretien, il expliquera avoir pris conscience de sa différence d'âge vis à vis de son neveu, et de sa position d'adulte. Cet événement provoque selon les dires du sujet, un vif sentiment de culpabilité vis à vis de son comportement face à son neveu. Au vu de son état physique et psychologique, l'équipe thérapeutique décide alors de son hospitalisation en urgence.

6.2.2. L'implication dans le dispositif de soins ; "Besoin d'étayage".

Lors de cette séance, **le patient se montrera tout aussi actif** que lors de la première évaluation, allant même jusqu'à participer au jeu du psychodrame, ce qui n'avait pas été cas lors de la séance sur le thème du groupe. Il jouera le rôle d'un maire se disputant avec une nourrice (jouée par un membre de l'équipe thérapeutique) autour de la question de la démolition d'une aire de jeux pour enfant afin d'y construire un parking (rappelons que le thème de cette séance était l'enfance et sa fin, thème repris lors du psychodrame). Il acceptera de rejouer le même rôle dans un deuxième jeu, afin de continuer et de trouver une issue à la première scène qui restait en suspens.

Du côté de la participation aux échanges et aux relations, on constate que M.F. démontre toujours une bonne adaptation sociale, différenciant parfaitement bien chacun des membres du groupe, qu'ils soient thérapeutes ou patient, et connaissant leurs prénoms. Il semble avoir noué certains liens avec quelques patients pour qui il semble avoir une préférence (ce que l'on observe surtout durant les moments d'intermède, à la pause par exemple) mais s'adresse à tous(tes) durant la séance, n'ayant aucune réticence vis à vis de quelqu'un en particulier. Les échanges sont authentiques et M.F. continue de respecter aussi bien le cadre que la parole de l'autre (tout en sachant participer de lui même).

Ensuite, on peut observer que **M.F. tient une fonction d'étayage et d'entretien** au sein du groupe, du point de vue psychique. Il semble important de rester conforme aux attentes sociales et à l'avis majoritaire du groupe concernant les questions posées (« Être un enfant, qu'est ce que c'est pour chacun d'entre nous » et « Que représente la fin de l'enfance pour chacun d'entre nous ? »), tout en ne se contentant pas de répéter ce qui se dit mais en contribuant à enrichir la discussion. Ainsi, tout comme la plupart des membres du groupe, M.F. donnera une définition de l'enfance synonyme

d'amusement, d'insouciance, nous en montrant une image idéalisée, mais il s'en démarquera (sans toutefois s'y opposer) en ajoutant - pour la deuxième partie de la question - que l'enfant doit s'occuper des grand-parents (en particulier la grand-mère). Le tiers tient ici une fonction de soutien, d'allié, à travers une visible recherche d'approbation de la part de M.F.. On ne notera rien de particulier du point de vue thymique lors de cette séance.

Au niveau des qualités d'élaboration, M.F. fait encore une fois la preuve de ses facilités d'élocution au sein du groupe, étant capable d'associer sur les images présentées lors du photolangage et lors de la discussion après le psychodrame. Le contenu de ces associations restent encore néanmoins plaquées sur des représentations normatives, peu personnelles.

Ces représentations s'accompagnent d'ailleurs de peu d'affects mais on note néanmoins que M.F. est capable de comprendre le type d'émotion qu'éprouve autrui, notamment à travers les photos montrées lors du photolangage (un enfant avec sa grand-mère). Il peut même en imaginer les raisons (un enfant avec sa grand-mère avec un air triste parce qu'il doit s'en occuper, accepter cette responsabilité, renoncer à son insouciance et ainsi entrer dans le monde adulte).

Du point de vue des angoisses, on notera surtout une angoisse névrotique de castration lors de cette séance. M.F. dans son rôle de maire, autorité Paternelle s'il en faut (au sens symbolique), entre dans un conflit « sans merci » avec la nourrice, représentante de la (toute ?) puissance Maternelle, et ne cède rien dans les négociations, affirmant par là même la volonté d'imposer sa domination et son statut d'autorité (et ainsi éviter la castration). Finalement, c'est la nourrice qui cédera dans le deuxième jeu, réussissant néanmoins à obtenir que l'aire de jeu pour enfants soit déplacée « ailleurs », signifiant à la fois sa reddition en tant que puissance Maternelle, et la fin inéluctable de l'enfance, ressentie non seulement par M.F. mais aussi par le restant du groupe. Le personnage de la nourrice ouvre néanmoins la porte de l'imaginaire, puisque l'aire de jeu pour enfants peut se construire ailleurs, et notamment dans l'esprit des patients, que ce soit par le jeu ou le rêve. On notera enfin à quel point les représentations de l'enfant sont bouleversées chez M.F. (mais aussi pour les autres patients qui abondent dans son sens) en ce que la position Paternelle rend impossible la place laissée à l'enfant (destruction inéluctable de l'aire de jeu pour enfants) tandis que la Mère vient au contraire la réaffirmer, à travers le rôle de la nourrice.

Concernant le respect de la loi et du cadre, M.F. ne montre aucune volonté de transgression, sans pour autant chercher à tout prix à jouer au « bon patient ». Ce n'est pas la crainte du rejet du groupe ou la volonté de « plaire » aux thérapeutes. D'ailleurs, on observera que le sujet ne banalise ni ne fait appel à la loi de façon plaquée, lors de cette séance. Les limites semblent intégrées et bien acceptées.

Du côté des défenses exprimées au sein du groupe, on observe principalement du déni, au travers des représentations idéalisées de l'enfance, et l'effacement de sa réalité, notamment lors du jeu de psychodrame. Le clivage est aussi présent, en ce que l'enfance peut être à la fois source d'idéalisation et perçue en même temps comme une période de basculement, lourde de conséquence pour l'avenir (fin de l'enfance) pour M.F..

Enfin, du point de vue de l'évolution de la demande de soins, on ne pourra rien en dire de particulier au moment de l'évaluation, puisque le sujet des entretiens individuels est principalement occupé par la décompensation dépressive de M.F.. On peut néanmoins souligner le tournant marqué par cet événement dans le processus thérapeutique.

6.2.3. Synthèse & Analyse interprétative ; "Le temps des bouleversements".

À ce stade de l'évaluation, on peut dire qu'on se situe à un tournant majeur dans le processus thérapeutique en ce que la décompensation dépressive de M.F. vient signifier d'important dans la prise de conscience de lui même et de la réalité extérieure. En effet, au travers de cette bagarre avec son neveu, il prend conscience de la différence des générations et de sa place au sein de la sienne. Il doit quitter le statut d'adolescent dans lequel il était resté fixé, accepter sa place d'adulte, ainsi que la solitude et sa finitude en tant qu'humain qui en découlent. La dépression et le sentiment de culpabilité ressentis sont un passage nécessaire qu'il faudra surmonter afin de poursuivre sa construction identitaire, comme un rappel des sacrifices et des efforts à concéder pour bâtir la maison que le sujet évoquait lors de la séance sur le thème du groupe. La maison n'est pas encore terminée mais les fondations sont là.

Le thème de l'enfance arrive donc à point à ce tournant, et on voit que c'est un thème important et investi par le sujet lors de cette séance de groupe, comme pour beaucoup de patients, d'ailleurs. Même si cette période de vie est encore idéalisée, déformée, M.F. a pris conscience de sa chute, même si elle est teintée de fatalité et de mélancolie. Vis à vis du groupe lui même, on observe que M.F. y est de plus en plus impliqué, qu'il y trouve le soutien narcissique recherché puisqu'il peut s'y épanouir et y participer de manière active. Il peut y trouver une place, que ce soit dans l'aire de parole ou l'aire de jeu, loin de la réserve et de la méfiance exprimées lors de la séance 2. Il contribue d'ailleurs à la dynamique de groupe à part entière, dans un rôle de soutien, ce qui marque le début d'une certaine réciprocité dans le rapport avec le reste du groupe, en étant à la fois étayé et étayage. Cette réciprocité s'exprime par ailleurs par une plus grande sensibilité empathique.

Néanmoins, on sent encore que la fonction d'étayage est pour lui plus importante que celle d'étayer les autres.

Ainsi on voit que le travail au sein du groupe sert le sujet du point de vue de son évolution personnelle, et celle-ci doit en passer par des phases de deuil (fin de son statut d'adolescent, prise de conscience de la réalité et de la différence des générations). De même, cette évolution personnelle sert aussi le groupe, dans un rapport de réciprocité, ce qui marque une prise en compte de l'altérité qui s'exprime aussi à travers de meilleures qualités empathiques et une implication dans le groupe plus authentique. Bien sûr, il est difficile de déterminer dans quel sens ce travail se fait en premier lieu (est-ce le travail de groupe qui impacte la vie du sujet ou l'inverse), mais nous pouvons faire ici l'hypothèse d'une intrication des processus.

6.3 Temps 3 : "Devenir un Homme".

Pour ce moment de l'évaluation, nous avons choisi de nous servir de la séance 12 (soit la dernière séance de l'année thérapeutique) portant sur le thème des projets et des loisirs ainsi que de l'entretien de bilan.

6.3.1. Le contexte de vie ; "Nouveau départ..."

Lors des entretiens de bilan c'est un M.F. radicalement changé qui apparaît devant nous. **Il a trouvé un logement** que des amis l'ont aidé à aménager, lui procurant des meubles.

Il a également obtenu un emploi qui lui permet d'être plus indépendant financièrement et de subvenir à ses besoins.

D'autre part, **il a renoué des relations avec sa famille** qu'il qualifie lui même de plus « adultes » et « sereines ».

Du point de vue relationnel, **M.F. dit avoir fait le « tri » dans ses amis** et préfère désormais la compagnie d'adultes de son âge plutôt que celle d'adolescents dont il s'est éloigné. Pour lui, ces relations, qui restent peu nombreuses, sont des relations de « confiance », et il s'en trouve très satisfait.

Ainsi, on voit que ce déménagement marque un événement important dans la vie de M.F. en

tant que symbole d'une période de reconstruction et de bouleversements profonds signifiant le renoncement aux anciennes identifications de ce sujet. Une nouvelle voie s'ouvre à lui, qui reste encore à tracer et à s'approprier.

6.3.2. L'implication dans le dispositif de soins ; "...Pas si simple".

Lors de cette séance de groupe, **M.F. se montre très actif**, comme à son habitude, n'hésitant pas à donner son point de vue dans le photolangage et à participer lors du psychodrame (il jouera seul les deux scènes ce jour là, mettant en jeu une bagarre entre un oncle et son neveu et la résolution du conflit).

D'autre part, cette activité au sein du groupe s'accompagne aussi **d'une bonne intégration au sein de celui ci**, cette intégration se faisant de façon de plus en plus approfondie. M.F. connaît non seulement l'identité de toutes les personnes participant au groupe, mais il se montre impliqué dans son fonctionnement et noue des liens particuliers avec certains participants qu'il apprécie (en particulier dans les moments d'intermède à la pause pendant le goûter ou dans la cour réservée aux fumeurs). Ces échanges sont marqués d'authenticité et d'un réel intérêt pour l'autre, qui vont au delà d'une recherche d'étayage. On observe aussi ces phénomènes au travers de la parole de M.F. qui est capable d'intervenir avec ou sans sollicitation de la part des thérapeutes, tout en sachant respecter le temps de parole des autres participants.

De façon plus précise, on observe aussi que **M.F. a enfin acquis une "vraie" place dans le groupe**, qu'elle soit physique (il s'assoit toujours à la même place) ou psychique (fonction d'étayage), cette place étant marquée d'une certaine stabilité qui se différencie d'un positionnement rigide ou d'une certaine méfiance à l'égard du groupe (comme on aurait pu le supposer dans les premiers temps de l'évaluation). M.F. recherche et trouve visiblement plaisir dans le contact avec les autres, un sentiment de familiarité semblant s'en dégager. L'Autre a valeur d'allié, de soutien, le besoin d'étayage de M.F. étant toujours présent. Cette fonction de l'Autre reste particulièrement importante pour ce patient, qui exprimera par ailleurs un fort état d'anxiété à cette séance, lors du jeu de psychodrame notamment. Il expliquera par la suite qu'il avait interrompu son traitement psychotrope, prenant conscience plus tard qu'il en avait encore besoin.

Au niveau élaboratif, M.F. témoigne toujours de bonnes qualités d'élocution et d'une certaine facilité de liaison et d'association, notamment lors du photolangage. Ce qui différencie ce moment d'évaluation des précédents, c'est la capacité de M.F. à amener des éléments de sa vie

personnelle au sein du groupe (il nous parlera de sa passion pour la musique puis expliquera que la scène de l'oncle et de son neveu lors du psychodrame est une situation qu'il a vécue) et ce de manière adaptée (non débordante malgré l'angoisse).

De plus, on notera que **cette nouvelle faculté s'accompagne d'émotions**, ce qui n'avait jamais été le cas auparavant. En effet, M.F. laisse s'exprimer son angoisse qui trouve contenance au sein du groupe, ce qui a fonction de réassurance pour lui. Il est aussi capable de se laisser toucher par ce qui se dit ou se montre dans le groupe (mimiques, sourires, rires lors du photolangage) et témoigner d'une certaine capacité d'empathie, compréhension du type d'émotion qu'éprouve autrui.

Enfin, au niveau des angoisses exprimées lors de cette séance, on distingue nettement des angoisses de mort et de castration au travers du jeu de psychodrame, angoisses qui prennent naissance dans la prise de conscience de la différence des générations, la difficulté à trouver une issue au conflit mis en scène (M.F. tentera de façon peu convaincante de rejouer la scène en prenant un rôle éducatif en tant qu'oncle) et la perte de sa toute-puissance narcissique (renoncement à son statut d'éternel adolescent). En réponse à ce fort mouvement d'angoisse, le patient développe des **défenses sur un mode maniaque (agitation)**, masquant ainsi les affects dépressifs sous-jacents.

Le cadre joue alors un rôle important pour M.F. qui va venir s'y appuyer et trouver ainsi réassurance et étayage, fonctions justement recherchées par ce dernier, comme nous l'avons dit plus tôt. Par ailleurs, le rapport à la loi est moins artificiel, mieux intégré, semble-il, en ce que le sujet ne cherche plus à jouer "au bon patient" qui réciterait les textes de lois sans pour autant les avoir pleinement intégrées dans son fonctionnement, comme c'était le cas en début d'année.

Pour finir, **M.F. paraît aussi avoir évolué du côté de l'alliance thérapeutique** en ce qu'il dit trouver du plaisir à venir au groupe et trouver les échanges intéressants, ainsi que les médiations proposées.

6.3.3. Synthèse & analyse interprétative : "Un futur qui reste à tracer".

Ainsi, ce dernier moment de l'évaluation marque une ère de renouveau et de changements pour M.F. qui a pris un virage radical dans sa vie personnelle, comme nous avons pu le voir. Ces bouleversements en chaîne (appartement personnel, emploi, nouvelles relations) interviennent à une vitesse impressionnante, ce qui, à l'oeil d'un observateur extérieur non averti, pourrait être vu comme la preuve de progrès définitivement acquis. Mais on voit que les choses ne sont pas si simples. Ces progrès, que l'on doit néanmoins reconnaître et encourager, doivent s'accompagner de

changements psychiques qui impliquent des processus lents, évolutifs, souvent discontinus. Ainsi on peut dire qu'à ce stade de la thérapie, c'est une phase de consolidation qui s'amorce pour le sujet, peut être la plus importante et la plus difficile, bien que le renoncement aux premières identifications soit déjà un travail difficile en soit. Ainsi, on voit ici se rejouer, au travers du psychodrame, la scène qui était venue provoquer la prise de conscience de son statut d'adulte chez M.F., la culpabilité et son aveu d'impuissance face au temps et au principe de réalité. On voit d'ailleurs que ce principe de réalité est encore mal intégré puisque M.F. exprime encore le besoin de s'en échapper (à travers l'évasion dans la musique) et la confusion jeu/réalité qui transparait dans son discours (inversion des pronoms "je" et "il" au moment de parler de son rôle en tant qu'oncle dans le psychodrame). C'est donc un renoncement qui doit s'effectuer, et ce renoncement se fait dans la douleur, comme sacrifice en vue d'un avenir différent. Cette période de transition est d'ailleurs marquée d'incertitude, d'où la répétition de cette scène conflictuelle, qui ne trouve encore aucune issue véritable pour s'évacuer définitivement, et qui devra se rejouer jusqu'à ce que le sujet y trouve réellement son compte. On voit ici toute la différence qu'il y a entre les processus intellectuels (le rôle éducatif qu'est censé tenir un oncle et que le sujet "sait" être la bonne façon de "procéder") et une véritable intégration psychique d'une nouvelle identité qui reste encore à créer ("est-ce vraiment ce que je suis ?"). Une page blanche reste encore à écrire, inventer.

Dans cette quête existentielle du "qui suis-je, à présent ?" , M.F. a plus que jamais besoin du cadre thérapeutique qui vient lui donner une place et une fonction au sein du groupe, tiendra le rôle de pare-excitation, et pourra lui donner le regard dans lequel il pourra, peut être, se retrouver. Et ainsi, lui aussi, trouver sa place dans ce monde.

6.4 L'heure du bilan : une année de groupe thérapeutique.

L'évolution de M.F. au sein de sa première année de groupe est remarquable en ce qu'elle a été synonyme de changements majeurs dans la manière que celui-ci avait de se concevoir en tant qu'individu. Tout d'abord fixé dans une posture adolescente teintée de toute-puissance et d'un déni de la réalité et de ses propres limites, il a pu néanmoins s'intégrer au sein du groupe et s'y investir de façon active. Le groupe fut au départ un moyen de soutenir un narcissisme fragile, en manque d'une identité propre, et imposait au sujet de s'y trouver comme "conforme" à la fois dans le cadre imposé mais aussi dans la ressemblance avec les autres patients, même si cela n'était qu'un vernis factice masquant un réel questionnement sur sa place et son devenir en tant que sujet.

Dans un deuxième temps, et à l'occasion d'un événement clé dans la vie du sujet (le violent conflit avec le neveu), cette "carapace" d'adolescent a volé en éclat ainsi que ses repères, prenant conscience de la différence des générations et de sa propre réalité. Cette douloureuse révélation à lui-même a été l'occasion d'une rupture franche et a entraîné une décompensation sur un mode dépressif lui permettant de faire table rase sur le passé et la connaissance que le sujet avait de lui-même, l'obligeant à se déconstruire afin de mieux pouvoir se (re)construire. À ce moment là, on voit que le groupe tient une importance particulière en ce qu'il va venir soutenir le sujet dans ce processus et lui permettre d'éprouver l'altérité dans des rapports plus authentiques qui lui manquaient auparavant, puisque brouillés par le prisme de la toute-puissance de l'adolescent que le sujet pensait être. En acquérant une connaissance plus juste de l'autre, le sujet a ainsi pu commencer à obtenir en écho des fragments de lui-même empreints d'une vérité qui lui faisait défaut.

Cette période de bouleversements psychiques fut suivie d'une ère de grands changements dans sa vie personnelle, et ce dans tous les domaines. Cette ascension est néanmoins tempérée par le besoin d'une consolidation psychique, qui demande du temps et peut en passer par des phases de recul. Ainsi, on a pu voir que bien que le sujet ait réellement amorcé un tournant dans le processus thérapeutique, les conflits internes qui l'animaient n'étaient pas totalement évacués, demandant une maturation, mettant à l'œuvre des processus d'introspection et de symbolisation qui ne se font pas en un jour. Le groupe prend alors la fonction de contenance et de pare-excitation à ces conflits, permettant au sujet de les travailler et de les partager afin d'en évacuer les tensions, dans les limites d'un jeu entre réel et imaginaire favorable aux processus nécessaires à la négociation de ces conflits.

Ce fut donc pour M.F. une année riche en changements et fructueuse sur le plan thérapeutique, lui permettant de trouver des satisfactions à la fois sur les plans personnels et affectifs, ainsi que dans les relations qu'il a pu nouer et développer au sein du groupe, lui ouvrant la voie d'un "ailleurs" possible.

7. Commentaire critique : productivité de la grille.

La construction de cette grille, comme nous l'avons expliqué plus tôt, était nécessaire en ce que cet outil nous permettra d'avoir un retour sur les effets du dispositif mis en place, mais pour autant, il n'est pas une réponse universelle à tous les questionnements cliniques qui peuvent surgir quant à la pertinence du projet mis en place, la détection de tous ses dysfonctionnements, ou même sur l'évaluation de tous ses effets sur les patients. D'une part, parce qu'un outil clinique ne remplacera jamais la réflexion d'équipe et le travail d'observation directe, et d'autre part parce qu'il ne pourra jamais reconstituer l'entière réalité d'un moment. De plus, comme on l'a vu avec le cas de M.F., on ne peut pas toujours déterminer avec certitude quels effets entraînent d'autres en premier lieu (est-ce le dispositif qui a provoqué les changements dans le milieu de vie ou l'inverse ?). En résumé, qu'est ce qui tient du dispositif, du sujet lui-même, de son environnement et dans quel ordre ? C'est une question qui ne peut être résolue au travers de cette grille. On peut seulement supposer que le dispositif est l'un des facteurs facilitateur de changement, parmi d'autres processus. Aussi, il nous faut bien tempérer les effets d'un dispositif qui ne saurait être compris autrement que dans un système multi-factoriel en perpétuelle évolution, de même que l'évaluation du sujet ne saurait prendre sens sans la prise en compte de la globalité de ce dernier dans la différentes sphères de sa vie.

Ensuite, cette grille, comme tout outil humain est encore la proie d'un certain nombre de biais, que nous avons abordés dans la partie méthodologie. Nous sommes conscients que la taille réduite des échantillons (que ce soient les patients choisis pour la réflexion, ou les thérapeutes ayant fourni leur avis quant aux indicateurs de progrès) constitue une faiblesse importante dans la fiabilité de cette grille, rendant celle-ci encore perfectible, à la fois dans sa construction et dans sa validation. Nous avons par ailleurs pu nous interroger sur la nécessité d'inclure un item comprenant la question de l'addiction, assez présente au sein du groupe (et notamment pour M.F.) posant la question d'un possible lien entre processus de subjectivation et dépendance, et la fonction que peut tenir cette dépendance pour le sujet et sa construction. Il reste à réfléchir sur cette question et le moyen de l'inclure (ou non) au sein de l'évaluation. D'autres items, déjà présents, restent aussi à affiner, voire à modifier (soit dans la forme, soit dans le contenu) afin de faciliter leur cotation et leur interprétation (notamment celui portant sur les angoisses, les défenses psychiques et d'une manière générale ce qui concerne l'état thymique du sujet au moment de l'évaluation). La distinction entre ce qui relève des organisations, de la structure du groupe et des ambiances (thymie, affects)

reste elle aussi à affiner, pour une observation plus fine et au plus proche de la réalité.

Enfin, il nous reste à rappeler que cet outil a avant tout pour vocation d'être une aide pour le praticien dans son travail de terrain, l'aider à systématiser son observation et sa réflexion, un support et non un remplaçant.

CONCLUSION

Ainsi nous en arrivons au terme de ce travail, qui ne marque pas la fin de toute recherche autour de la construction de cet outil clinique, loin d'être terminé. Nous avons tenté, au cours de cette année, de concilier à la fois les exigences cliniques nécessaires à la poursuite d'un projet thérapeutique d'envergure auprès de patients souvent jugés "irrécupérables" par la société, et nos principes éthiques allant à l'encontre d'une évaluation actuarielle, trop éloignée d'une pensée humaniste et subjectiviste se voulant au plus près de la réalité du sujet aux prises avec son histoire, son environnement et ses problématiques propres. Nous servant d'études et d'outils déjà existants, nous avons essayé de tracer notre propre "voie", afin de s'adapter au mieux au contexte bien particulier dans lequel allait s'effectuer l'évaluation. C'est ainsi qu'il nous a paru primordial de mettre en avant l'observation directe des comportements et de tenir compte de l'expérience des soignants évoluant au sein du dispositif, même si cette méthode n'est pas exempte de défauts et de faiblesses, comme nous avons pu le voir plus tard. Il faut bien garder à l'esprit qu'un outil n'est ce qu'il est, et il en va de même pour celui-ci : c'est avant tout une aide, un support pour structurer l'observation et la réflexion, mais cela ne pourra jamais reproduire l'intégralité et la justesse d'un moment, ne serait-ce que parce que l'oeil humain qui observe et l'esprit qui enregistre et réfléchit ne sont pas parfaits. Cela ne nous empêchera pas néanmoins de continuer à travailler dans le sens d'une meilleure qualité de cet outil et de sa généralisation à d'autres dispositifs de groupe. De même qu'il nous paraît primordial d'évoluer dans notre réflexion clinique afin que cet outil puisse servir d'autres projets et ainsi évoluer lui-même. Il nous reste encore à découvrir toutes ses potentialités.

BIBLIOGRAPHIE

- Balier, C., Ciavaldini, A., Girard-Khayat, M. (1997). *Questionnaire d'Investigation Pour les Auteurs d'"Agressions Sexuelles"*.
- Balier, C. (1999). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Ciavaldini, A. (1999). *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Paris : Masson.
- Fédida, P. (1978). *L'absence*. Paris : Gallimard.
- Harris, A., Phenix, A., Hanson, K., Thornton, D. (2003). Statique 99 - Règles de codage révisées, de www.publicsafety.gc.ca
- Mc Kibben, A., Guay, J.P. (2003). La mesure des progrès en traitement chez les agresseurs sexuels : problématique, cadre théorique, et approche phénoménologique. *Psychiatrie et Violence*. 1-20.
- Mehanna, M. (2010). Psychanalyse de groupe et processus psychiques de la médiation : photomédiation et psychodrame. *Revue Européenne de psychologie et de droit*.1, 1-18.
- Mommaton, J. (2010). *Auteurs de violences sexuelles : analyse clinique d'une année de groupe thérapeutique*. Mémoire de Master 2 Santé non publié, Université René Descartes, Paris.
- Senon, J.L., Lopez, G. Cario, R., et al. (2008). *Psycho-criminologie : Clinique, prise en charge, expertise*. Paris : Dunod.

ANNEXES