

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Laboratoire d'Éthique Médicale et Médecine Légale
Directeur : Professeur Christian HERVÉ

MASTER 2 SANTE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2009-2010

AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES

Analyse clinique d'une année de groupe thérapeutique

Présenté et soutenu par **MOMMATON Julien**

Le 11 juin 2010

Directeur du mémoire : MEHANNA Micheline (Psychologue)

Résumé :

La clinique des Auteurs de Violences Sexuelles (AVS), si tant est qu'elle existe, n'est pas simple, ce qui rend la prise en charge de ces patients d'autant plus compliquée. Partant du postulat théorique que les AVS souffrent d'un défaut de mentalisation, un groupe thérapeutique « post-détention » a été mis en place en janvier 2009 dans un CMP de Seine et Marne. Le but de ce groupe est de replacer le patient dans un processus de symbolisation en faisant appel à des outils de médiation tels que la photomédiation, le psychodrame, le « Qu'en dit-on » et le conte.

Ce travail de recherche se veut une analyse fine et pertinente de ce groupe sur une année de son évolution, permettant ainsi de montrer en quoi ce type de prise en charge est pertinent pour cette population.

Mots clés :

- Auteurs de Violences Sexuelles
- Symbolisation
- Groupe
- Psychodrame
- Photolangage[©]
- Injonction de soin

INTRODUCTION	3
CADRES	6
1. CADRE LEGAL :	7
1.1. <i>L'obligation de soins</i> :	8
1.2. <i>L'injonction de soins</i> :	9
2. CADRE PRATIQUE :	12
2.1. <i>Postulat théorique général</i> :	12
2.1.1. Critères psychiatriques :	12
2.1.2. Critères psychopathologiques :	13
2.2. <i>Postulat théorique spécifique au groupe thérapeutique</i> :	14
2.2.1. Le pictogramme :	14
2.2.2. L'hallucination négative :	15
2.2.3. L'empreinte en creux :	15
2.3. <i>Le groupe</i> :	15
2.3.1. Définition théorique :	16
2.3.2. Présentation :	17
2.3.2.1. Intervenants :	17
2.3.2.2. Patients :	18
2.3.2.3. Fonctionnement :	18
2.3.3. Matériel :	19
2.3.3.1. Photomédiation :	20
2.3.3.2. Psychodrame :	22
ANALYSE	24
3. ENTRETIENS D'ÉVALUATION D'ENTRÉE DANS LE GROUPE :	25
3.1. <i>Patients retenus pour le groupe</i> :	25
3.1.1. M. A. :	25
3.1.2. M. B. :	26
3.1.3. M. C. :	26
3.1.4. M. D. :	27
3.1.5. M. E. :	27
3.1.6. M. F. :	28
3.2. <i>Patients non-retenus pour le groupe</i> :	29
4. SEANCES DE GROUPE :	29
4.1. <i>Séance par séance</i> :	29
4.1.1. Séance 1 : Le rêve	29
4.1.2. Séance 2 : Le groupe	31
4.1.3. Séance 3 : L'isolement	32
4.1.4. Séance 4 : La famille	33
4.1.5. Séance 5 : L'enfance	34
4.1.6. Séance 6 : La violence	36
4.1.7. Séance 7 : L'Art.....	37
4.1.8. Séance 8 : La femme	38
4.1.9. Séance 9 : La santé	39
4.1.10. Séance 10 : La sexualité	40
4.1.11. Séance 11 : Les métiers.....	42
4.1.12. Séance 12 : Les projets et loisirs.....	43
4.2. <i>Evolution globale sur un an</i> :	45
5. ENTRETIENS DE BILAN A LA FIN DE LA PREMIERE ANNEE :	49
5.1. M. A. :	49
5.2. M. B. :	49
5.3. M. C. :	50
5.4. M. D. :	50
5.5. M. E. :	51
5.6. M. F. :	51
CONCLUSION	52
BIBLIOGRAPHIE	56
ANNEXES	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

— INTRODUCTION —

Les auteurs de violences sexuelles sont perçus différemment selon le champ de référence auquel on se réfère. Ainsi, du point de vue strictement judiciaire, le code pénal stipule : « *Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage. (...)* » (Art. 222-22 du CP). Ainsi donc, l'auteur de violences sexuelles, considéré comme « agresseur » n'est défini dans le Code Pénal qu'en regard de son acte, la personne importe peu en tant que telle, c'est l'acte qui prévaut. Cela nous pose d'emblée la question de la distinction entre « l'auteur » et « l'acteur » et puisque l'ordre judiciaire détermine la responsabilité d'un acte, c'est-à-dire le fait de reconnaître coupable d'une transgression des règles sociétales une personne, le sujet est simplement vu comme l'acteur d'un délit qu'il a commis. La responsabilisation qui, quant à elle, renvoie le sujet à la reconnaissance de son implication dans l'acte va l'amener à non plus se définir seulement comme acteur mais aussi comme auteur.

C'est dans ce contexte « d'auteur de l'acte » que va se poser le champ médical et la psychologie en particulier. Ce qui intéresse le médecin, ce n'est pas l'acte en lui-même mais bien l'histoire de vie du sujet qui l'a amené à passer à l'acte, c'est le sujet dans sa dimension intra et interpsychique qui nous intéresse ici. De par ce biais, la définition d'auteur de violences sexuelles d'un point strictement psychologique est impossible, les facteurs entrant en jeu dans la définition étant beaucoup trop importants. Ainsi, nous nous contenterons d'une définition très large et peu indicative de la complexité de l'auteur de violences sexuelles. Cette définition, élaborée par Ciavaldini considère comme « auteur de violences sexuelles (AVS) tout type de personne condamnée pour mise sous contrainte non justifiée d'un tiers, portant atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique de la personne, dans le but d'en tirer un bénéfice, notamment de type sexuel » (cité par Baron-Laforet et al., 2009).

Nous noterons l'emploi du terme « toute personne » qui implique d'emblée celui de « toute pathologie », posant ainsi le constat que l'on va s'efforcer de tenir tout au long de ce travail qui est qu'il n'existe pas de spécificité pathologique des auteurs de violences sexuelles, qu'ils peuvent être « tout le monde », car c'est dans cet esprit là qu'a été mis en place le dispositif thérapeutique que nous allons tenter d'analyser, à partir des différents entretiens

d'évaluation d'entrée dans le groupe, des comptes rendus des séances de groupe de la première année ainsi que les entretiens de bilan avec les patients.

Mais avant tout, il nous paraît important, sinon essentiel, de nous pencher sur les différents cadres théoriques et pratiques qui nous intéressent ici : l'aspect légal, l'aspect théorique et le cadre pratique du dispositif thérapeutique en question.

— — — — — CADRES — — — — —

1. Cadre légal :

Avant de détailler le cadre légal qui s'impose aux auteurs de violences sexuelles, il est utile pour nous de nous pencher sur les notions de peine et de sanction.

La notion de « peine », du latin « *poena* » (« punition ») est liée au grec ancien *ποινη* « *poinë* » qui signifie l'« expiation », la « purification ». Ainsi donc, la peine infligée à un condamné vient se poser comme purification de la faute commise par un individu, un peu comme le prêtre invitant le pêcheur à réciter les textes des Evangiles pour se laver de ses péchés. De ce fait, la peine vise la réinsertion sociale de l'individu, au même titre que le fait de réciter un Ave Maria vise la réinsertion de l'individu dans le monde de Dieu, lui permettant ainsi de retrouver le Salut.

Quant à elle, la notion de « sanction » vient du latin « *sanctio* » (« sanction », « peine ») qui vient lui-même du verbe « *sancire* » dont l'un des dérivés est « *sanctum* » qui signifie « saint ». Ainsi donc, l'origine de la sanction se retrouve dans le religieux et venant traduire le fait de rendre sacré ou inviolable, établir solennellement. Mais, dans le sens commun, le terme de sanction, au départ synonyme de celui de peine, a opéré un glissement au fil du temps, lui accordant aujourd'hui volontiers la signification des conséquences punitives d'un acte délinquant.

A partir de ce moment là, comment peut-on appliquer ces différents termes aux auteurs de violences sexuelles ? Il est foncièrement impossible de ne concevoir la peine d'emprisonnement pure et simple comme seule possibilité de réinsertion du condamné. C'est pour cette population, mais aussi plus généralement pour toute personne dont l'état mental ou physique présente une nécessité de soin, que différentes peines sont possibles et c'est au juge qu'il revient de décider laquelle est la plus appropriée pour l'auteur de l'acte, comme par exemple les deux types de peine qui nous intéressent ici : la mise à l'épreuve avec obligation de soins ou le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins, détaillés ci-après.

1.1. L'obligation de soins :

Le cas de la condamnation assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve se présente quand le juge décide que la prison n'est pas une bonne solution concernant la personne incriminée mais pour cela, la personne doit se soumettre à certaines obligations ou interdictions fixées par la juridiction pendant une durée comprise entre 18 mois et 3 ans. De plus, cette mesure de sursis avec mise à l'épreuve ne peut s'appliquer qu'aux condamnations inférieures à 5 ans.

« Le tribunal ou la cour qui prononce une peine peut, dans les cas et selon les conditions prévus par les articles 132-29 à 132-57 du code pénal, ordonner qu'il sera sursis à son exécution » (Art. 734 du CPP).

« Lorsqu'une condamnation est assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve, le condamné est placé sous le contrôle du juge de l'application des peines (...).

Au cours du délai d'épreuve, le condamné doit satisfaire à l'ensemble des mesures de contrôle prévues par l'article 132-44 du code pénal et à celles des obligations particulières prévues par l'article 132-45 du même code qui lui sont spécialement imposées, soit par la décision de condamnation, soit par une décision que peut, à tout moment, prendre le juge de l'application des peines » (Art. 739 du CPP).

« Le sursis avec mise à l'épreuve est applicable aux condamnations à l'emprisonnement prononcées pour une durée de 5 ans au plus, en raison d'un crime ou d'un délit de droit commun. (...) » (Art. 132-41 du CP).

La liste des mesures auxquelles la personne doit se soumettre est définie par la juridiction de condamnation ou le Juge de l'Application des Peines (JAP). Parmi ces mesures, on retrouve l'obligation de la prise en charge médicale ou psychologique, mesure qui paraît particulièrement adaptée à la population des auteurs de violences sexuelles.

« La juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement au condamné l'observation de l'une ou de plusieurs des obligations suivantes :

(...) 3° Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation (...) » (Art. 132-45 du CP).

Ce contrôle se fait par le biais du JAP, assisté du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), qui définit les mesures auxquelles la personne doit se soumettre par défaut mais peut en ajouter quand il le juge nécessaire. Si le condamné ne satisfait pas aux mesures imposées, le JAP peut décider de révoquer le sursis en totalité ou en partie.

« Le sursis avec mise à l'épreuve peut être révoqué par la juridiction de jugement dans les conditions prévues par l'article 132-48.

Il peut également l'être par la juridiction chargée de l'application des peines, selon les modalités prévues par le code de procédure pénale, lorsque le condamné n'a pas satisfait aux mesures de contrôle et aux obligations particulières qui lui étaient imposées (...) » (Art. 132-47 du CP).

1.2. L'injonction de soins :

Le suivi socio-judiciaire (SSJ), lui, va plus loin, puisqu'il est, à la différence de l'obligation de soins, une peine de condamnation. Durant la durée déterminée par la juridiction, le condamné devra se soumettre à des mesures de contrôle et/ou de soin, le tout contrôlé par le JAP. Si la personne ne remplit pas ses obligations, une peine d'emprisonnement lui sera imposée. Enfin, le SSJ peut s'accompagner d'une peine d'emprisonnement.

« En matière correctionnelle, le suivi socio-judiciaire peut être ordonné comme peine principale » (Art. 131-36-7 du CP).

« Dans les cas prévus par la loi, la juridiction de jugement peut ordonner un suivi socio-judiciaire.

Le suivi socio-judiciaire emporte, pour le condamné, l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines et pendant une durée déterminée par la juridiction de jugement, à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive. La durée du suivi socio-judiciaire ne peut excéder 10 ans en cas de condamnation pour délit ou 20 ans en cas de condamnation pour crime. Toutefois, en matière correctionnelle, cette durée peut être portée à 20 ans par décision spécialement motivée de la

juridiction de jugement ; lorsqu'il s'agit d'un crime puni de 30 ans de réclusion criminelle, cette durée est de 30 ans ; lorsqu'il s'agit d'un crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité, la cour d'assises peut décider que le suivi socio-judiciaire s'appliquera sans limitation de durée, sous réserve de la possibilité pour le tribunal de l'application des peines de mettre fin à la mesure à l'issue d'un délai de trente ans, selon les modalités prévues par l'article 712-7 du code de procédure pénale.

La décision de condamnation fixe également la durée maximum de l'emprisonnement encouru par le condamné en cas d'inobservation des obligations qui lui sont imposées. Cet emprisonnement ne peut excéder 2 ans en cas de condamnation pour délit et 5 ans en cas de condamnation pour crime. (...) » (Art. 131-36-1 du CP).

« Lorsque le suivi socio-judiciaire accompagne une peine privative de liberté sans sursis, il s'applique, pour la durée fixée par la décision de condamnation, à compter du jour où la privation de liberté a pris fin (...) » (Art. 131-36-5 du CP).

Le SSJ impose au condamné de se soumettre à des mesures de contrôle telles que décrites par l'article 132-44 du Code Pénal.

« Les mesures de surveillance applicables à la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire sont celles prévues à l'article 132-44 (...) » (Art. 131-36-2 du CP).

« Les mesures de contrôle auxquelles le condamné doit se soumettre sont les suivantes :

1° Répondre aux convocations du juge de l'application des peines ou du travailleur social désigné ;

2° Recevoir les visites du travailleur social et lui communiquer les renseignements ou documents de nature à permettre le contrôle de ses moyens d'existence et de l'exécution de ses obligations ;

3° Prévenir le travailleur social de ses changements d'emploi ;

4° Prévenir le travailleur social de ses changements de résidence ou de tout déplacement dont la durée excéderait quinze jours et rendre compte de son retour ;

5° Obtenir l'autorisation préalable du juge de l'application des peines pour tout déplacement à l'étranger et, lorsqu'il est de nature à mettre obstacle à l'exécution de ses obligations, pour tout changement d'emploi ou de résidence » (Art. 132-44 du CP).

Enfin, le SSJ peut s'accompagner d'une injonction de soins seulement dans le cas où elle a été proposée par une expertise réalisée dans le cadre du jugement. Cette expertise, obligatoire dans certaines affaires, est donc la condition nécessaire à la mise en place d'une injonction de soins. Cette mesure peut, si la personne est condamnée à une mesure de privation de liberté, débiter durant l'incarcération.

« Le suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soins. Cette injonction peut être prononcée par la juridiction de jugement s'il est établi après une expertise médicale (...) que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

Cette expertise est réalisée par deux experts en cas de poursuites pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie.

Lorsque la juridiction de jugement prononce une injonction de soins et que la personne a été également condamnée à une peine privative de liberté non assortie du sursis, le président informe le condamné qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine » (Art. 131-36-4 du CP).

« Les personnes poursuivies pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ou pour l'une des infractions visées aux articles 222- 23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal doivent être soumises, avant tout jugement au fond, à une expertise médicale. L'expert est interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. Cette expertise peut être ordonnée dès le stade de l'enquête par le procureur de la République. Cette expertise est communiquée à l'administration pénitentiaire en cas de condamnation à une peine privative de liberté, afin de faciliter le suivi médical et psychologique en détention prévu par l'article 718 » (Art. 706-47 du CPP).

2. Cadre pratique :

En janvier 2009 s'est mis en place dans un Centre Médico-Psychologique de Seine et Marne un groupe thérapeutique pour Auteurs de Violences Sexuelles (AVS) à l'initiative de Mme Mehanna, avec l'accord du chef de service.

2.1. Postulat théorique général :

En psychologie, deux modes de pensée s'entrechoquent : la pensée américaine avec les classifications syndromiques telles que le DSM et la CIM et la pensée européenne, très influencée par la psychanalyse. Ceci rend la clinique des AVS très compliquée, aussi nous nous évertuerons ici de décrire la perversion telle qu'elle est envisagée du côté psychiatrique et du côté psychopathologique.

2.1.1. Critères psychiatriques :

Concernant le domaine psychiatrique, deux classifications prennent la place de référence : le DSM et la CIM.

Le DSM-IV-TR regroupe l'ensemble des perversions sous le terme de « paraphilies », lui-même inclus dans la section des troubles de l'identité sexuelle : « Les caractéristiques essentielles d'une Paraphilie sont des fantasmes imaginatives sexuellement excitantes, des impulsions sexuelles ou des comportements survenant de façon répétée et intense, et impliquant 1) des objets inanimés, 2) la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire, 3) des enfants ou d'autres personnes non consentantes, et qui s'étendent sur une période d'au moins 6 mois » (American Psychiatric Association, 2005). Ces fantasmes imaginatives peuvent être obligatoires pour l'excitation sexuelle ou non mais, si elles ne sont pas mises en acte, elles doivent être à l'origine d'un désarroi pour la personne, c'est-à-dire d'une détresse mentale plus ou moins profonde selon le type de paraphilie.

La CIM-10 (Organisation Mondiale de la Santé, 1992), quant à elle, inclut les paraphilies dans les troubles de la préférence sexuelle et fait intervenir la notion d' « anomalie » pour désigner ces troubles : nous nous éloignons donc de la normalité en employant ce terme

quelque peu moralisateur ou en tout cas normatif. Pour chacun des comportements, les caractéristiques sont d'une part la mise en acte de ces comportements, la répétition ainsi que l'importance qu'ils prennent dans la vie du sujet.

2.1.2. Critères psychopathologiques :

La clinique des AVS est compliquée à partir du moment où dans la psychopathologie actuelle se référant à la psychanalyse, la perversion est considérée soit comme radicalement distincte des névroses et des psychoses et donc vue comme une structure à part en entière, comme c'est le cas chez Freud et Lacan, soit comme une forme d'états limites, eux-mêmes opposés aux névroses et aux psychoses, comme Bergeret l'a formulé (Bergeret, 2004). En d'autres termes, la perversion est-elle une structure psychique qui se suffit à elle-même ou est-elle une partie d'un tout plus large que sont les états-limites, c'est à dire une structure « tampon » où les pathologies sont à la limite dans la névrose sans l'être tout à fait mais ne sont pas non plus des psychoses ?

Dans le cas de la perversion comme structure à part entière, Freud le premier s'est efforcé à étudier les perversions et c'est dans son ouvrage « Trois essais sur la théorie sexuelle » (Freud, 1987) qu'il expose sa pensée. Premièrement, il distingue les perversions d'objet, c'est-à-dire les cas où la pulsion porte sur une personne, une situation ou un objet particulier (pédophilie, fétichisme, nécrophilie, etc.) et les perversions de but où c'est l'acte en lui-même qui provoque la satisfaction sexuelle (masochisme, sadisme, voyeurisme, ...). D'autre part, il pose le constat selon lequel la perversion découlerait d'une évolution perturbée du développement libidinal durant lequel une fixation exclusive s'opèrerait. Ainsi donc, les pulsions ne pourraient pas s'unifier, bloquant le sujet à un stade primaire du développement libidinal. Enfin, l'autre postulat important de Freud est que pour lui, le processus pervers est en relation avec la castration. En effet, dans toutes les perversions, il y a déni de l'absence de pénis de la mère, il n'y a pas de différence des sexes pour le pervers, la mère phallique est toute puissante et castratrice. C'est en voulant contourner cette angoisse de castration que le pervers va instrumentaliser l'autre, le détruire pour devenir lui-même cette mère phallique toute puissante.

Bergeret (Bergeret, 2004), qui place les perversions dans les états-limites, situe donc nécessairement le conflit psychique à l'œuvre chez le pervers bien avant le conflit Œdipien et

donc l'angoisse de castration. Pour lui, il s'agirait plutôt d'une dépression narcissique que le sujet développerait au moment de la découverte de l'altérité. Cette altérité est insupportable pour lui, son intégrité psychique et corporelle se retrouvant ainsi menacées, le sujet tomberait donc dans une dépression narcissique qu'il résoudrait par le passage à l'acte visant la recherche d'un objet extérieur qui remplace le manque.

2.2. Postulat théorique spécifique au groupe thérapeutique :

Ce groupe thérapeutique repose sur l'hypothèse que les AVS souffrent d'un défaut de mentalisation qui leur empêche de mentaliser le passage à l'acte. Plusieurs auteurs ont développé cette théorie.

2.2.1. Le pictogramme :

La notion de Pictogramme, développée par Castoriadis-Aulagnier et reprise par Balier plus tard, se définit comme : « La rencontre d'un préfantasme dérivant de la première expérience bouche-sein, pénétré-pénétrant, avec une scène de la réalité extérieure répétant le même modèle et venant court-circuiter le fait perceptif et l'inscription psychique » (Balier, 1996). En effet, il faut comprendre qu'il existe chez l'AVS un floutage de la frontière « dedans-dehors », la peau ne faisant plus office de barrière protectrice suffisante pour empêcher les pulsions de s'extérioriser. Le pictogramme serait donc cette reviviscence de l'image première de la confusion entre le dedans et le dehors et viendrait faire obstacle à la situation précédant le passage à l'acte. En d'autres termes, confronté à une situation anxiogène pour lui-même, un imago de fusion entre le dedans et le dehors ressurgirait chez le sujet, provoquant chez lui une angoisse d'inexistence insupportable qu'il ne va pouvoir annuler qu'en ayant recours au passage à l'acte. L'individu, face à ce « vide psychique » ne pourra tout bonnement pas mentaliser son passage à l'acte, qui sera vécu comme une simple décharge pulsionnelle visant l'équilibre homéostatique des pulsions et permettant l'annulation de l'angoisse.

2.2.2. L'hallucination négative :

Autre notion reprise par Balier (op.cit, 1996) mais développée cette fois-ci par Green, l'Hallucination Négative correspond à la rencontre entre une perception et une représentation inconsciente. Les pulsions relatives à la perception et à la représentation viennent dès lors s'entrechoquer, ayant pour effet l'annulation de la perception et l'explosion, par le biais du passage à l'acte, de la représentation inconsciente. Ainsi donc, l'autre n'existe plus, la réalité même est annihilée pour ne laisser place qu'à des pulsions sexuelles liées à une représentation inconsciente, pulsions qui vont se décharger dans le passage à l'acte.

2.2.3. L'empreinte en creux :

Flavigny (cité par Ciavaldini, 2001) développe l'idée d'une « empreinte en creux » qui serait présente chez l'agresseur sexuel. Cette empreinte indélébile, marquée par une discontinuité des relations affectives précoces, altérerait les images identificatoires parentales. L'individu serait alors porteur d'une image d'un père absent ou inexistant et d'une mère qui oscillerait entre fusion et rupture. Il s'en suivrait un vide psychique que l'individu tenterait de remplir par le passage à l'acte.

Cette notion est assez proche en définitive de celle développée par Green quand il discute de la « mère morte » (Green, 1983). Dans sa théorie, il développe l'idée selon laquelle la mère désinvestit son enfant car trop accaparée par sa propre souffrance et laissant ainsi un vide dans les représentations des images parentales de l'enfant. Ainsi donc, ce dernier se construit psychiquement autour d'un vide, d'un trou qu'il va tenter, de la même façon que dans la théorie de Flavigny, de remplir par le passage à l'acte, pour que ce dernier prenne sens.

2.3. Le groupe :

Avant d'aborder la question du groupe thérapeutique que j'ai pu intégrer durant cette année de stage, je pense qu'il est important de clarifier la notion de « groupe ». En effet, qu'est-ce qu'un groupe, comment se définit-il ?

2.3.1. Définition théorique :

La psychologie sociale nous apprend ainsi qu'un agrégat de personnes dans un ascenseur par exemple ne forment pas un groupe. Pour être considérées comme un groupe social, ces personnes doivent :

- Interagir entre elles.
- Avoir un but commun.
- Dépendre les unes des autres.
- Partager quelque chose de socialement significatif.

De plus, à partir du moment où le groupe se crée, une structure émerge et se compose de trois éléments essentiels. Premièrement, les rôles, que l'on pourrait résumer par un ensemble de comportements attendus et jugés appropriés pour un individu occupant une certaine position dans le groupe. Ensuite, il faut, pour que le groupe fonctionne, des normes, c'est-à-dire des règles souvent implicites suggérant aux membres du groupe les comportements appropriés ou inappropriés qu'il faut ou non adopter dans une situation donnée. Enfin, le statut de chacun des membres du groupe, permettant ainsi de caractériser les différences relativement stables de prestige, de domination ou de maîtrise entre les membres du groupe.

D'autre part, la psychanalyse aussi s'est intéressée à la notion de groupe, avec notamment René Kaès (Kaès, 2004) qui, en collaboration avec Didier Anzieu, a fait de nombreuses recherches sur le groupe et les mécanismes psychiques qui y sont inhérents. Il fait le postulat qu'une groupalité psychique se met en place chez l'individu de façon précoce. Ainsi donc, l'homme fonctionnerait en priorité en fonction du groupe. Toujours selon Kaès (Kaès, 2000), un groupe repose sur l'installation d'un appareil psychique groupal, instance psychique supérieure étayée à la fois par les appareils psychiques individuels des membres du groupe et sur les représentations collectives du groupe. D'autre part, le groupe au sens psychanalytique repose sur différentes exigences, certaines venant du groupe et s'imposant à l'individu (interdits majeurs, objet narcissique, protection du groupe, conformation à la norme, etc.) d'autres venant de l'individu lui-même et s'imposant au groupe (soutien, appartenance identitaire, indifférenciation, etc.). Pour plus de détails, on se rapportera aux travaux de Didier Anzieu et de René Kaès.

2.3.2. Présentation :

Le groupe thérapeutique dont il est question ici est un groupe que l'on qualifiera d'ouvert dans la mesure où, durant la première année, de nouveaux patients peuvent y entrer dans la limite des places disponibles, c'est-à-dire 8. A partir de la deuxième année, le groupe se ferme et plus aucun patient ne peut y entrer. Ce choix de groupe ouvert a pour objectif de développer la capacité pour les participants d'accueillir de nouveaux membres.

Les participants au groupe nous sont adressés par le biais de différents acteurs de la Justice car la condition nécessaire pour prétendre entrer dans le groupe est d'être en injonction ou obligation de soins. Ainsi donc, à première vue, le groupe se présente comme une réponse d'utilité publique face aux différentes mesures prises par la Justice en ce qui concerne la prise en charge des auteurs de violences sexuelles en post-condamnation. En effet, l'équipe thérapeutique est en relation directe avec les acteurs de Justice, ce qui permet une bonne coordination entre la sphère légale et la sphère de soins puisque, malgré le fait que la création de ce dispositif vienne en réponse à une nécessité légale, il faut bien comprendre que nous ne sommes pas dans une dimension légale en tant que telle mais bien dans le cadre d'une dimension de soins, et notre but n'est pas de stigmatiser le patient. Nous nous efforçons de faire comprendre au patient notre indépendance vis-à-vis de la justice : certes nous en sommes en relation avec eux mais nous disposons d'un droit de retenue qui nous octroie une certaine indépendance. Ainsi donc, la notion de secret professionnel permet au patient d'être plus libre au sein de l'institution médicale.

2.3.2.1. Intervenants :

Le nombre des intervenants diffère selon les séances mais un noyau dur est toujours présent. En effet, à chaque séance est présent un psychologue, un psychiatre ainsi qu'un infirmier. A ce noyau de 3 professionnels, nous pouvons ajouter, selon les séances, un autre psychologue, un autre infirmier ainsi qu'un ou deux stagiaire(s) psychologue(s). Ainsi donc, le nombre total maximal d'intervenants est de sept. Ce nombre important de professionnel au sein d'un groupe thérapeutique repose sur le constat qu'un seul professionnel pour assurer une séance groupale est tout bonnement impensable et d'autant plus avec des AVS, le besoin de contenance et d'étayage étant très important avec cette population de patients. En plus de ce

personnel de santé qui intervient directement sur le groupe, d'autres personnes gravitent autour sans jamais assister aux séances de groupe et ont pour charge la fonction de cadre institutionnel (Chef de Service, Cadre infirmier).

Dans un sens plus large, d'autres intervenants sont également présents. Nous pouvons inclure ainsi le Juge de l'Application des Peines, le médecin coordonateur, les Conseillers d'Insertion et de Probation qui sont informés de l'existence de ce groupe et peuvent y adresser les patients et ainsi assurer le cadre légal de ce groupe destiné aux AVS.

2.3.2.2. Patients :

Comme nous l'avons dit, le nombre total maximal de patient s'élève à 8 pour le groupe thérapeutique et peut varier durant la première année. Ainsi, concernant le groupe, nous comptons quatre patients en début d'année et six au mois de décembre. De la même façon, la condition essentielle pour que les patients puissent prétendre à entrer dans le groupe est qu'ils soient en injonction ou en obligation de soins, ce qui revient à dire que l'individu doit être passé en jugement et avoir été condamné. Ainsi donc, par ce biais, nous considérons que la véracité de faits a été établie et nous ne revenons pas dessus.

La composition du groupe sera développée en seconde partie.

2.3.2.3. Fonctionnement :

Concernant ce travail de recherche, nous orienterons notre analyse sur trois temps chronologiques du groupe thérapeutique : les entretiens d'évaluation d'entrée dans le groupe, les séances de groupe et les entretiens de bilan à l'issue de la première année de groupe.

Les entretiens d'évaluation avec le patient consistent en des entretiens cliniques individuels avec la présence d'au moins 2 personnes de l'équipe thérapeutique (un psychologue/psychiatre et un infirmier) durant lesquels le but est de revenir sur l'acte en question (le patient a l'obligation d'apporter son acte de jugement), d'investiguer l'histoire de vie du patient et ainsi évaluer sa capacité à intégrer le groupe thérapeutique. Le fait de ne pas utiliser la relation duelle avec le patient durant les entretiens part du principe que la présence d'au moins 2 personnes soignantes est plus contenant, plus étayante, pour le patient qu'une seule personne et cela permet aussi à l'équipe thérapeutique d'être plus efficace au niveau

clinique et surtout de pouvoir mieux supporter les attaques parfois violentes psychiquement des patients.

Les séances de groupe, quant à elles, se tiennent une fois par mois pour une durée de trois heures et se divisent en 3 temps : la première médiation, c'est-à-dire la photomédiation (1h15 environ), la pause goûter (moment de convivialité en présence des patients et de l'équipe thérapeutique de 20 minutes environ) et la seconde médiation, c'est-à-dire le psychodrame (1h15 environ). Cette périodicité tient essentiellement du fait d'un planning très chargé pour tous les membres de l'équipe et de la mise en place prochaine d'un deuxième groupe thérapeutique. D'autre part, pour poser le cadre et permettre le bon fonctionnement du groupe, nous avons pris le parti d'instaurer un certain nombre de règles. Parmi celles-ci, nous retrouvons la règle de confidentialité qui permet aux patients d'être assuré que tout ce qui se dira durant le groupe restera dans le groupe, la règle de la ponctualité qui cadre l'heure du début de chaque séance, un patient arrivant en retard ne pouvant intégrer la séance de groupe, le respect des uns et des autres pour favoriser la libre parole et l'écoute et enfin nous demandons aux patients de ne pas venir alcoolisés ou sous toxiques lors des séances.

Enfin, les entretiens individuels de bilan permettent à l'équipe thérapeutique de faire le point avec le patient sur son évolution au sein du groupe, de sa situation sur le plan personnel et professionnel un an après le début du groupe mais aussi de lui demander son avis sur le groupe afin que l'équipe puisse éventuellement modifier le dispositif qui, rappelons-le, est expérimental.

Nous allons maintenant détailler le matériel utilisé durant les séances de groupe.

2.3.3. Matériel :

A partir du postulat théorique choisi pour la mise en place de ce groupe thérapeutique, c'est-à-dire en émettant l'hypothèse que les AVS souffrent d'un défaut de mentalisation qui les empêchent d'avoir un recours à la parole pour exprimer leurs affects et leurs angoisses, le choix du matériel s'est porté instinctivement sur des outils de médiation avec, pour la première année de groupe, une forme révisée du Photolangage[©] et le psychodrame.

Pourquoi utiliser la médiation ? D'une part parce que cet outil est rassurant pour le patient. En effet, les médiations sont un moyen détourné de traiter les questions fondamentales qui se posent à nous : la violence, la sexualité, la transgression. Il faut comprendre les outils de

médiation comme un support de la parole, ils la favorisent tout en la libérant, le patient peut ainsi exprimer ses conflits sans se sentir agressé dans son intégrité psychique. Nous sommes en plein dans une dialectique symbolique avec un espace intersubjectif dans lequel le patient se sent contenu et étayé. Pourtant, cette médiation renvoie l'individu à une scène des origines, nous sommes dans un processus de régression où le patient se trouve confronté à ses propres angoisses qui l'assaillent et en ceci la médiation peut être difficile pour le patient fragile psychologiquement, et c'est pourquoi l'équipe thérapeutique doit aussi tenir son rôle de médiateur de la médiation, pour tenter de contenir l'angoisse qui se trouve ainsi libérée et de la replacer dans la sphère du symbolique. Enfin, la médiation pose des règles en s'inscrivant dans la problématique des frontières : en libérant la parole, le patient s'unifie et s'individualise, recréant ainsi les limites entre ce qui lui appartient et ce qui est extérieur à lui, nous sommes donc dans un processus de redéfinition des limites dehors/dedans, essentielle notamment pour la population des AVS dont les frontières psychiques et corporelles sont brouillées (Chouvier & al., 2002).

2.3.3.1. Photomédiation :

La base de la photomédiation est le Photolangage[©]. Il s'agit d'une méthode de travail en groupe créée par des psychologues et des psychosociologues lyonnais en 1965 pour laquelle on utilise des planches photographiques. Ces planches ont toutes été définies dans les années 60, 70 et 80 et c'est pourquoi nous avons décidé de renouveler le matériel et d'utiliser des photographies plus récentes et en couleurs. D'autre part, le Photolangage[©] est une marque déposée. C'est ainsi que nous avons décidé de nommer notre nouvel outil de médiation « photomédiation », mais le cadre de séance reste strictement le même que pour le Photolangage[©].

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 utilisée 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 mentalisation, c'est-à-dire, comme nous l'avons décrit précédemment, d'une rupture la liaison par la pensée entre

l'éprouvé et la mise en mot. La symbolisation résulte de cette capacité à transformer l'affect en sentiment par la parole. Cette méthode est donc indiquée pour des individus qui ont des difficultés à associer. Par son pouvoir de captation de l'imaginaire, la photographie force le Préconscient à préparer le dire (op cit., 2000).

Un groupe Photolangage[©] comporte quatre temps pour une durée totale d'une heure (nous retrouvons un exposé précis du déroulement d'une séance de Photolangage[©] dans les Annexes) :

Une présentation du travail au groupe : Présentation des consignes, étapes très importante qui permet au patient de se (re)positionner dans un cadre groupal strict et contenant. Cette présentation se fait dans ce que l'on appelle une aire de parole, c'est-à-dire un lieu où chacun se réunit pour discuter.

Un choix individuel de photographies : Présentation de la question qui occupera la séance et à partir de laquelle les patients vont choisir la ou les photographie(s) 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.

Un travail de groupe durant lequel chacun présente sa ou ses photographie(s) tout en justifiant son choix. Un travail d'écoute, d'échange au sein du groupe se met en place avec pour but une résonance groupale et individuelle.

Une analyse du travail de groupe où il est demandé au groupe comment s'est passé cette séance, quels sont les remarques, les ressentis, les questions qu'ils peuvent élaborer suite à cette séance. Cela permet à chaque participant de se recentrer sur lui-même et de porter un jugement sur le groupe à partir de son propre ressenti et ainsi pour les autres participants d'appréhender leur impact personnel sur le groupe et éventuellement de se réajuster en conséquence.

2.3.3.2. Psychodrame :

Le psychodrame, introduit par Moreno dans les années 30, il a été repris par Anzieu pour l'appliquer aux groupes dits « de formation » dans le cadre du CEFFRAP (Cercle d'Etudes Françaises pour la Formation et la Recherche Active en Psychologie).

Le psychodrame comme outil de médiation permet de jeter sur la scène du réel des situations conflictuelles individuelles. Par la mise en acte, le participant va pouvoir rejouer son conflit et ainsi y trouver une solution dans le réel qu'il va pouvoir appliquer au niveau psychique. Le psychodrame se présente ainsi comme un véritable chaudron bouillonnant de pulsions et de conflits qui ne peuvent être gérés de façon individuelle par la parole, il est un moment où la mise en acte est obligatoire, comme c'est le cas avec le passage à l'acte chez les AVS. Le psychodrame se présente donc comme une solution thérapeutique au passage à l'acte puisqu'il est encadré cliniquement et institutionnellement. En effet, des règles sont à respecter dans le cadre du psychodrame. La première, règle de l'imaginaire pose comme constat que tout peut être dit, tout peut être fait, tout le monde a le droit à la parole, même les objets inanimés. La deuxième règle, quant à elle, est la limitation à cette liberté totale énoncée en premier lieu : le faire semblant. En effet, si tout peut être fait, aucun contact physique ne peut s'effectuer, permettant ainsi de respecter les limites corporelles des participants. Enfin, de la même façon que pour la photomédiation, deux aires distinctes sont présentes : une aire de parole et une aire de jeu.

Le psychodrame comporte trois étapes :

Le choix d'un thème de jeu (ou sa mise au point en commun) et la désignation des joueurs : La recherche et le choix d'un thème traduit l'expression de difficultés ressenties au moment de la séance de groupe, il s'opère donc une transformation de la dynamique groupale et l'on va jouer ce conflit pour permettre d'y trouver une solution. Le conflit trouve donc sa solution dans le groupe et l'expression fantasmatique qu'il va en faire. Ainsi donc, la recherche groupale d'un thème pour le psychodrame permet déjà de retrouver une unité au sein du groupe : le conflit est contenu et géré par et pour le groupe. La désignation des joueurs se fait sur la base du volontariat (on ne peut pas être contraint de jouer) mais la plupart du temps, ce sont les participants à l'origine du thème qui jouent. A partir du moment où les joueurs ont été désignés, ils doivent choisir un prénom (qui ne doit pas être celui d'un des

participants du groupe pour éviter les identifications) et un âge. Ceci se fait dans l'aire de parole

Le jeu lui-même où la situation est jouée dans l'aire de jeu et où les règles de l'imaginaire et du faire semblant s'appliquent. Le jeu s'arrête à l'initiative du garant du cadre resté dans l'aire de parole (un thérapeute) qui, lui, ne joue pas. Tant que le garant ne l'a pas décidé, la situation continue.

L'élaboration où, une fois revenus dans l'aire de parole, les participants expriment leur ressenti au moment du jeu, leur état d'esprit, apportent des justifications quant à leurs actions et chacun (participants et spectateurs) donne son point de vue sur ce qui vient d'être joué.



C'est à partir de cet ensemble de cadres, légal, théorique et pratique, que s'est mis en place ce groupe thérapeutique pour les AVS. Mais il faut bien comprendre que l'ensemble de ce dispositif, expérimental, a été mis en place sur papier et devra être confronté à la réalité du groupe pour être soit maintenu, soit modifié. Cela dit, l'équipe thérapeutique a tout mis en œuvre pour qu'il soit viable dans la pratique car il découle d'expériences professionnelles autant que personnelles.

Nous allons entrer dans la deuxième partie de ce travail de recherche, qui va nous permettre de démontrer l'efficacité de ce dispositif. Nous avons pris le parti d'être rigoureux dans notre tâche tout en optant pour une analyse clinique. C'est pourquoi nous avons subdivisé cette deuxième partie en trois phases. La première consiste en la présentation formelle des patients, ceux qui ont été retenus pour le groupe et ceux qui ont été redirigés vers d'autres types de prise en charge. Puis, dans un second temps, nous allons procéder à l'analyse des séances de groupe, d'abord séance par séance puis une analyse globale de l'année de groupe. Enfin, dans un troisième temps, nous reviendrons aux entretiens individuels avec les patients à l'issue de cette première année de groupe pour faire le point avec eux, tant au niveau du dispositif qu'au niveau individuel.

— ANALYSE —

3. Entretiens d'évaluation d'entrée dans le groupe :

Comme nous l'avons dit précédemment, nous allons procéder ici à la présentation formelle des patients qui ont été pris en charge dans le cadre des entretiens d'évaluation dans l'optique d'une hypothétique entrée dans le groupe thérapeutique.

Ces patients, au début de leur prise en charge, n'ont pas été prévenus de l'existence d'un groupe thérapeutique de médiation, considérant qu'il valait mieux pour eux que l'équipe thérapeutique détermine s'ils étaient aptes psychiquement à accepter l'idée d'une prise en charge groupale et si elle était adaptée pour eux. L'ensemble des patients ont été au minimum vu 3 fois avant de poser un diagnostic clinique et de poser l'hypothèse d'une entrée dans le groupe. Bien entendu, ces entretiens d'évaluation entrent dans le cadre de leur obligation/injonction de soins quoiqu'il advienne concernant leur entrée dans le groupe et c'est pour cela qu'il était obligatoire pour eux d'apporter leur acte de jugement lors de la première séance.

3.1. Patients retenus pour le groupe :

3.1.1. M. A. :

Patient né en 1978, M. A. 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. A., 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 et ses hallucinations auditives disparaissent rapidement avec la prescription de Solian®. Toujours dans le cadre de son traitement, M. A. prend de l'Imovan® pour ses troubles du sommeil, qui ont été déclenchés suite à son incarcération car son codétenu 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 entretiens individuels, M.

A. 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 et c'est ainsi au cours de la garde à vue qu'il dépose 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.

3.1.2. M. B. :

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. B. 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 prend fin le 25/09/10. 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. B. présente une tendance à la manipulation très prononcée et d'un déni de l'altérité. De plus, de part son fonctionnement psychique de type pervers, le patient reconnaît les faits mais les minimise beaucoup.

3.1.3. M. C. :

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. C. 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. C. exprimera le fait de se sentir « perdu » et accepte assez facilement l'idée du groupe thérapeutique.

3.1.4. M. D. :

Patient né en 1974, M. D. a été condamné en 2008 pour avoir eu une « relation amoureuse (sans rapports sexuels) avec une mineure de 13 ans durant un mois ». Ce délit l'a conduit à être condamné à 18 mois de sursis avec mise à l'épreuve de 3 ans. C'est donc dans le cadre d'une obligation de soin qui prend fin en juillet 2011 que M. D. intègre le groupe thérapeutique.

Lors des entretiens individuels, le patient se révèle de nature timide, présentant des traits d'agoraphobie, ce qui le conduit à avoir une vie sociale extrêmement limitée. Ses journées se réduisant à son travail, il quitte son domicile à 4h du matin pour y revenir à 21h le soir. Du côté de ses relations amoureuses, il a vécu pendant 7 ans avec une femme 6 ans auparavant. Concernant les faits, M. D. affirme ne pas avoir eu de relations sexuelles avec la victime, que, malgré le fait que ce ne soit « pas normal », cette dernière était consentante et que c'est « venu d'elle ». En effet, il nous déclare que « ce sont les parents qui ont porté l'affaire en justice, la fille n'était pas d'accord ». Sur le plan sexuel, « sans sentiments, je ne me vois pas aller avec une femme, ça ne m'intéresse pas, j'arrive donc à me maîtriser ». Parents divorcés, mère alcoolique, le patient est issu d'une fratrie de 3 dont le frère a déjà un suivi psychologique. Enfin, le patient admet avoir des problèmes de drogue et d'alcool.

Malgré l'absence de demande, M. D. ne comprend pas pourquoi il doit venir, il investit tout de même les séances et c'est pourquoi il intègre le groupe thérapeutique en janvier 2009.

3.1.5. M. E. :

Patient né en 1971, il a été condamné en 2007 pour agression sexuelle sur mineur de moins de 15 ans par ascendance ou personne ayant autorité à 1 an d'emprisonnement et à une obligation de soins d'une durée de 3 ans. L'agression porte sur son fils âgé de 5 ans qu'il a sodomisé alors qu'il était sous l'emprise de l'alcool. En effet, M. E. présente un alcoolisme compulsif qui le met en situation de faiblesse et facilite ainsi le passage à l'acte. Il dira lors des entretiens qu'il n'a aucun problème avec l'alcool. Les différents entretiens effectués par l'équipe du CMP démontrera que M. E. présente une structure psychotique. Le psychiatre lui prescrit du Risperdal® ainsi que du Deroxat® pour son anxiété et son état dépressif. En effet, M. E. évoque au fil des séances ses différentes tentatives de suicide depuis qu'il a 16/17 ans

(dont deux en centre de détention). D'autre part, M. E. nous parle du viol par son frère aîné dont il a été la victime quand il était enfant, ce qu'il met en lien avec les motifs de son incarcération. Enfin, concernant son état actuel, le patient présente un fort sentiment de culpabilité à l'encontre de son fils, ce qui lui fait dire que ce dernier, dorénavant âgé de 7 ans, attend des excuses de la part de son père et aimerait que M. E. lui dise qu'il « regrette, que ce qu'il a fait est mal ». On constate un clivage quant aux représentations : lui-même ne juge pas ses propres actes mais développe un mécanisme de défense qui fait que c'est son fils lui-même qui le culpabilise. L'équipe aura besoin de plusieurs entretiens pour pouvoir déterminer sa capacité à entrer dans le groupe et c'est pour cette raison qu'il n'entrera dans le groupe qu'à la 4^{ème} séance.

3.1.6. M. F. :

Patient né en 1958, il a été condamné en 2007 pour agression sexuelle sur mineur de 15 ans à trois mois de détention avec sursis et d'une mise à l'épreuve de trente mois sous la forme d'une obligation de soins (fin en juin 2010). M. F. verbalise son acte comme étant sa « plus grosse connerie » et dit avoir pris conscience de son acte lors de la garde à vue et n'avoir jamais de désir sur d'autres jeunes filles, « Beaucoup de familles arabes et portugaises dans le quartier, pas question de poser le regard sur elles » (on sent malgré tout la dangerosité latente). Il dit ressentir un soulagement quand il parle des faits, cela lui « fait du bien ». Son enfance se résume selon lui à la maison de correction qu'il a fréquenté pendant sept ans pour avoir, avec son frère jumeau, mis le feu à une grange et d'autres faits de dégradation. Durant ces années de maison de correction, il décrira des violences physiques et sexuelles à son encontre par des enfants plus âgés (« rites d'initiation ») jusqu'à l'âge de 12 ans. L'alcool, qu'il dit avoir arrêté depuis cinq ans, donc avant l'agression, est un facteur vulnérant chez lui. En effet, sous l'effet de l'alcool, il a déjà exercé des violences physiques sur sa femme et a tenté de l'étrangler. Soulignons enfin la difficulté pour lui de récupérer son acte de jugement, condition nécessaire pour entrer dans le groupe, car il se sent bloqué, il a l'impression d'être à nouveau jugé. Il dira par ailleurs avoir peur du contenu

3.2. Patients non-retenus pour le groupe :

Concernant ces patients, leur non-intégration dans le groupe thérapeutique est consécutive à deux raisons. En effet, deux patients seulement n'ont pas intégré le groupe. Le premier patient a déménagé dans un autre département et ne dépendait donc plus de notre secteur. Le deuxième patient, quant à lui, était réfractaire à l'idée d'une prise en charge groupale et l'équipe thérapeutique l'a donc redirigé vers un système de consultation individuelle plus adaptée à sa situation.

De manière générale, sont admis dans le groupe les patients ne présentant pas de risques psychiques quant à l'expérience de groupe. En effet, pour certains patients, l'idée d'un groupe est beaucoup trop angoissante pour eux et préfèrent la prise en charge individuelle.

4. Séances de groupe :

Le but de cette partie n'est pas de faire une description complète et précise des séances de groupe, cela n'aurait aucun intérêt pour ce qui nous occupe ici, mais bien de faire une analyse clinique du groupe thérapeutique et de voir l'évolution des patients au sein de ce groupe. Ainsi, nous allons procéder de façon à mettre en relief dans un premier temps la dynamique qui anime chaque séance de groupe puis, ensuite, dans un deuxième temps, de montrer de manière globale l'intérêt d'un groupe reposant sur la médiation dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

Pour cela, nous invitons le lecteur à se reporter aux annexes pour un tableau récapitulatif des réponses données par les patients au cours des séances ainsi que des rôles tenus au moment du psychodrame.

4.1. Séance par séance :

4.1.1. Séance 1 : Le rêve

Cette première séance est très importante puisqu'elle marque le point de départ d'une histoire qui va se dérouler durant 2 ans, histoire dans laquelle vont se jouer beaucoup de choses, tant au niveau personnel pour les patients, professionnel pour l'équipe thérapeutique mais aussi clinique pour le groupe. Pour l'instant, la table est rase, la scène est vide, et elles ne

demandent qu'à se remplir. C'est ainsi donc qu'interviennent pour la première fois, dans ce lieu d'échange et de discussion, l'équipe thérapeutique au complet (1 psychiatre, 2 psychologues, 2 infirmières et 1 stagiaire) ainsi que les 4 premiers patients du groupe (M. A., M. B., M. D. et M. C.).

Cette première séance met l'accent sur la persécution éprouvée par les patients. En effet, M. C. a été « choqué » par certaines photographies et a émis l'hypothèse qu'elles ont été glissées exprès. Pourtant, le thème du rêve choisi pour cette séance d'introduction avait pour but de poser la règle de l'imaginaire et, comparés à d'autres thèmes qui seront proposés en cours d'année, celui-ci nous apparaissait plutôt comme apaisant, libérateur. Il nous faudrait y voir peut être le fait que les patients s'identifient en premier lieu de part leurs actes plutôt que par ce qu'ils sont, c'est-à-dire des êtres humains. La persécution s'est d'autre part fait ressentir dans le choix des photographies où, pour répondre à la question « Quelle est la photographie qui vous fait le moins rêver ? », M. A., optant pour un squelette d'oiseau, exprime une angoisse de mort prégnante (« Cette photographie me fait penser à la mort. J'ai peur de la mort »). Enfin, la persécution a été aussi de mise pour M. D. mais sur un versant d'introversion, ses phrases étant courtes et absentes de toute implication personnelle, il a opté pour la place d'observateur avec une hyper vigilance / méfiance.

Pour répondre à ce sentiment de persécution, la plupart des patients se sont littéralement engouffrés dans le thème de la transgression, les patients étant énormément sur la défensive et donc expérimentant la solidité du cadre. C'est même dans cette optique là que M. B. a téléphoné le matin pour nous prévenir qu'il ne pourrait pas venir au groupe, prétextant une gastroentérite. Cette crainte par rapport à ce qu'il devrait affronter s'est vue aussi dans l'attitude défensive qu'il a adopté en début de séance puisque dans son intervention « Allez-y, posez vos questions » sur un ton défensif montre bien qu'il se dresse face au cadre en montrant qu'il est prêt à l'affronter. Cette volonté de tester le cadre s'est retrouvée tout au long de cette séance quand M. B. ne respectait aucune consigne (manipulation des photographies, prise de parole pendant le choix). Mais ce thème de la transgression a été repris par l'ensemble du groupe et cela s'est notamment retrouvé dans le thème du psychodrame, qui a été un très grand révélateur : le mensonge, la conduite sans permis, le contrôleur, la police, ont été des sujets abordés dans une ambiance bon enfant et de banalisation. Par ce biais, les patients ont pu s'approprier le cadre qui leur était proposé et l'ont modelé à leur image. Le but de l'équipe soignante étant dans l'avenir de maintenir ce cadre, sous peine d'explosion.

4.1.2. Séance 2 : Le groupe

Après la séance d'introduction, définie par la persécution et la transgression, cette deuxième séance marque véritablement le début d'un travail psychique au sein du groupe. Pour cela, le thème de la groupalité n'est pas anodin puisque qu'il va permettre de définir comment les patients définissent la notion de groupe et la place qu'ils y prennent.

Ce qui ressort d'emblée, c'est l'importance qui est portée à l'entraide entre les personnes mais cette solidarité n'est perçue qu'à sens unique. En effet, le groupe est là pour aider l'individu, sans contrepartie. On sous-entend donc derrière cette image la notion d'étayage, le patient, s'identifiant à l'individu, doit être porté par le groupe. Mais le groupe, c'est aussi « pouvoir rencontrer des gens » selon M. A. donc le groupe permet d'éviter la solitude et renvoie donc aussi à la notion d'étayage : sans le groupe, l'individu n'est plus. Ce discours, tenu par la plupart des patients, montre l'intérêt d'un dispositif tel que le notre, on y voit une demande assez forte d'être soutenu, aidé, tout cela pour permettre au patient de se reconstruire à l'image de cette maison en construction choisie par M. C. A contrario, M. D. dit ne pas aimer le groupe, qu'il préfère être seul. Ce besoin de solitude sous-tend une peur des autres, tel qu'il l'exprime quand il déclare préférer « observer qu'être observé ».

Concernant M. B. on observe clairement le besoin de se mettre en avant du groupe, d'attirer l'attention à soi car même si M. D. et M. B. renient plus ou moins clairement la notion de groupalité (M. D. l'a très bien exprimé, M. B. ne répond pas à la question posée « Etre en groupe, qu'est ce que cela représente pour chacun de nous ? »), M. D. se met délibérément en retrait tandis que M. B. préfère, lui, se mettre en avant, plus rien ne compte à part lui-même. Autant nous avons dit que le groupe avait une fonction d'étayage pour certains patients, cette dimension prend une dimension négative chez M. B. car le groupe l'étaye mais il s'en sert pour exercer son contrôle sur les autres, pour écraser les autres. Nous retrouvons le côté manipulateur de ce patient. Cette volonté de contrôle total de M. B. se retrouve clairement lors du psychodrame où il prend le parti de raconter une histoire drôle en campant le rôle d'un vieillard de 100 ans. Malheureusement, son histoire ne fera pas mouche et le reste du groupe restera de marbre au moment de la chute, ce qui a beaucoup ennuyé M. B. qui n'a eu de cesse de se demander pourquoi sa « blague » n'avait fait rire personne. On remarque ici une confusion entre son rôle de vieillard de 100 ans et lui-même. Il reste lui-même malgré un autre prénom et un autre âge, son besoin de se mettre en avant étant trop présent. Les autres patients, par ce biais, sont littéralement effacés du jeu, ce qui d'un certain côté rassure certains

patients tels que M. D. car ils n'ont pas besoin de participer véritablement mais ce qui d'un autre côté ennuie d'autres patients tels que M. C. car ils se sentent mis de côté alors qu'ils ont sûrement des choses à exprimer (M. C. dira notamment qu'il n'a « pas eu le temps de s'installer »). En définitif, M. B., très centré sur son propre plaisir, ne laisse pas de place à l'échange alors que d'autres patients cherchent justement cet échange.

4.1.3. Séance 3 : L'isolement

Aux vues de ce que nous venons de dire, le thème de l'isolement se prête parfaitement à cette troisième séance puisque cela permet de voir comment l'isolement est perçu d'un point de vue général mais aussi au sein de la dynamique même du groupe.

Pour M. B. l'isolement est quelque chose que l'on subit obligatoirement, il ne peut pas entrevoir la possibilité d'un isolement choisi. Pour cela, il prend en exemple la photographie d'une vieille femme qui tente de descendre un escalier. Selon lui, nous devons aider cette femme, peu importe son choix, le libre arbitre ne se posant pas pour cette personne : « De mon temps, les enfants élevaient les parents ». Nous pouvons envisager ce mode de pensée comme le pendant d'une peur irascible d'être abandonné et qui se justifiera lors de la deuxième question où M. B. n'aimerait pas se retrouver dans un phare entouré par la mer. Aussi pouvons-nous penser que M. B., en se mettant délibérément en avant, exprime le besoin que l'on lui prête une attention particulière puisqu'il paraît souffrir d'une peur de se voir abandonné assez importante.

M. A., quant à lui, perçoit l'isolement comme une fatalité, situation qui amène forcément quelque chose de négatif comme par exemple cet homme qui boit parce qu'il est seul et qui par conséquent s'isole encore plus. On rentre là dans une spirale dont le sujet ne peut se sortir. M. A. nous montre à voir sa propre fatalité dans laquelle il s'inscrit et dont il ne peut s'échapper. Cette fatalité se trouve renforcée par le choix de la deuxième photographie où il nous explique qu'il ne voudrait pas se retrouver sur ce grand voilier par une mer agitée car il a peur de l'eau. M. A. est sûrement le seul, pour l'instant, parmi les patients à véritablement tirer bénéfice de ce groupe thérapeutique, il s'implique sans équivoque de façon très active dans le travail de groupe car ses élaborations sont toujours justes, réfléchies mais assez archaïques. Son manque de maturité nous permet d'avoir un contenu brut, sans inhibition et sans défenses psychiques de sa part, le travail psychique s'en voit facilité et nous permet de mieux travailler avec lui. On retrouve tout ce processus d'immaturité dans le psychodrame où

M. A. campe le rôle d'un nouvel arrivant sur Paris, ne connaissant personne ni la ville et qui, dans le métro, se fait abordé par un homme qui veut sympathiser avec lui. Dans ce jeu, M. A. prendra le rôle passif d'un sujet acceptant sans peur, sans appréhensions, l'intégration dans un groupe.

De la même façon, le discours de M. C. se rapproche de celui de M. A. dans la symbolique de l'isolement même si son discours est plus élaboré, moins archaïque, plus ancré dans la réalité. C'est le cas par exemple de ce cratère en éruption qui prouve que l'homme, face aux éléments, « est tout petit » et qui prédit qu'un jour la nature reprendra ses droits sur l'homme qui, de part ses activités, a modifié l'environnement.

A contrario des autres patients, mais ceci ne nous étonne pas, M. D. explique que l'isolement n'est pas forcément négatif, « cela peut être un choix » comme ces moines bouddhistes traversant une cascade « pour aller méditer ». Pourtant, cet isolement, même s'il est un choix, peut être une épreuve à vivre, quelque chose de difficile, à l'image de cette tortue sur le sable rejoignant la mer. M. D. évoque le parcours « long et difficile de cette tortue sur le sable pour atteindre l'eau », parcours, qu'il n'aimerait pas vivre.

4.1.4. Séance 4 : La famille

Cette séance est importante pour deux raisons. Le premier est le thème de la famille, hautement important à aborder, vu la problématique qui anime nos patients. Le deuxième aspect est l'arrivée d'un nouveau patient, M. E.

Le thème de cette séance nous montre à quel point la vision de la famille diffère d'un patient à un autre. M. D. exprime la vision d'une famille « simple », « sans histoires » tandis que M. E. évoque le bonheur d'une famille à se « retrouver ». M. C. voit dans les parents un rôle fédérateur car « quand les parents sont morts, il n'y a plus rien pour tenir la famille qui éclate ». Ceci nous interpelle dans la vision fataliste de la famille qu'entretient M. C., la violence contenue dans ses propos exprime bien la réalité que vit M. C. au jour le jour. C'est ainsi que l'on apprendra les tensions qui existent entre lui et son neveu. M. A., quant à lui, exprime son regret d'être fils unique, sa mère « ne pouvait plus avoir d'enfants », et il aurait aimé avoir un frère ou une sœur, même par adoption. Pourtant, l'équipe soignante sait qu'il n'est pas fils unique au sens premier du terme puisque même si sa mère n'a eu qu'un seul

enfant, son père a été marié trois fois et a 7 enfants au total. Cela nous pose question sur la place du père dans sa dynamique personnelle. Chez M. B., la notion de famille est inexistante dans le sens où la photographie choisie montre une sorte de Robinson sur son île et que de ce qu'il peut en dire est complètement hors sujet, reprenant son discours sur le fait que, de son temps, les enfants élevaient leurs parents. Par ce biais, M. B. se place totalement en dehors de la sphère sociétale dans laquelle nous nous situons, s'inscrivant exclusivement dans une époque révolue. Nous pourrions ainsi penser que, n'appartenant pas à la société actuelle, il se permet de poser un jugement qui prend acte de loi et lui permettant de faire ce qu'il veut, se posant comme Père vis-à-vis des autres. Ce discours a pour effet de déclencher l'hilarité de M. C. mais ne mettra aucunement en branle M. B. Cette nouvelle mise en avant peut se justifier par l'arrivée de M. E.

Le psychodrame a lui aussi été révélateur de la vision de la famille qu'entretenaient les patients. Paradoxalement, le thème choisi pour le psychodrame ne sera pas celui de la famille au sens strict du terme mais plutôt celui du groupe. Des jardins ouvriers menaçant d'être détruits au profit d'une autoroute, les propriétaires s'unissent pour sauvegarder leurs jardins. Un combat symbolique s'engage avec l'autorité et il sera même question d'un fusil porté par M. C. pour menacer le maire et son adjointe. Ainsi donc, la violence armée est la seule réponse possible face la violence de l'éclatement familial pour M. C. Lors de la discussion, il se remettra malgré tout en question en se demandant si « l'idée d'une grève de la faim [n'aurait pas été] mieux que le siège avec un fusil ». On apprendra que plus tard dans l'année M. C. fera bel et bien la grève de la faim suite à un conflit familial.

Pour sa première séance, M. E. a éprouvé des difficultés à élaborer autour du thème de la famille mais cela se comprend dans le sens où M. E. a été condamné pour agression sexuelle sur son fils. Malgré tout, on note un bon respect du cadre et des consignes. De plus, d'un point de vue général, son arrivé au sein du groupe n'a pas perturbé le déroulement de la séance.

4.1.5. Séance 5 : L'enfance

De la même façon que la séance précédente, l'enfance est une thématique importante pour nos patients car la plupart des infractions commises dans ce groupe sont des violences sur des mineurs et il paraît nécessaire d'investiguer quelles sont les représentations de l'enfance chez nos patients, que ce soit au sens général ou la leur plus particulièrement. Pour cela, deux

questions sont posées : « Être un enfant, qu'est ce que c'est pour chacun de nous ? » et « Que représente la fin de l'enfance pour chacun d'entre nous ? ».

Paradoxalement, pour la plupart des patients, l'enfance évoque une représentation assez plaquée aux attentes sociales, c'est-à-dire qu'elle est synonyme d'amusement (M. C. et M. A.) ainsi que d'insouciance (M. D.). Ces réponses socialement adaptées ne sont pas sans nous poser question : les patients exposent-ils la vision de l'enfance telle qu'elle est perçue par la société ou expriment-ils l'enfance qu'ils auraient aimé avoir ? Et pourtant, à côté de cette vision idyllique de l'enfance, faite de jeux et de rêves, pour M. E., l'enfance c'est « rêver de l'école ». Ici, il nous pose l'enfance comme un prélude au monde adulte, c'est une période durant laquelle l'enfant se prépare à entrer dans l'âge adulte par le biais de l'école. L'enfance est elle trop angoissante qu'il faut s'en échapper par le rêve ? M. B., dans son rôle de figure paternelle, évoquera le thème des enfants « trop gâtés » sans s'approprier le sujet et donc, par conséquent, sans répondre à la question. Ainsi, l'enfant ne devrait pas se différencier des autres personnes, c'est-à-dire des adultes, l'enfant est un adulte comme les autres, donc il n'existe pas. Sur la question de la fin de l'enfance, les uns (ceux même qui entretenaient une image joyeuse de l'enfance) s'entendent pour dire qu'elle est la marque d'un passage obligé mais lourd de responsabilités et de bouleversements, tandis que les autres évoquent un soulagement teinté de regret. M. D. nous dira par exemple, au travers de la photographie d'un zèbre, que les rayures de l'animal lui font penser à un labyrinthe, « les chemins de la vie [n'étant] pas toujours droits », tandis que M. C. verra dans la photographie d'un petit garçon avec sa grand-mère les responsabilités qui incombent quand on doit s'occuper des personnes âgées (« il faut s'occuper de la grand-mère »).

Le psychodrame reprendra le thème de l'enfance par le biais d'un jeu autour de la question de la démolition d'une aire de jeu pour enfant pour y construire un parking. On y exprime ici la fin de l'enfance d'une façon extrêmement brutale, de part le sujet en lui-même mais aussi par son investissement de la part des patients. En effet, il s'engage un conflit entre une nourrice (jouée par un membre de l'équipe soignante) et le maire de la ville (joué par M. C.) concernant la démolition de l'aire de jeu et qui ira jusqu'à motiver les parents à faire un « sitting » devant la mairie. Pourtant, cette proposition pour un deuxième jeu n'est pas retenue par le groupe et montre ainsi la reddition de l'enfance, que le monde de l'enfance ne peut pas lutter contre celui de l'adulte, l'adulte sera toujours supérieur à l'enfant ... Ou que l'enfant n'a pas sa place dans le monde adulte. Durant le deuxième jeu, une tentative de dialogue s'amorce entre le maire et la nourrice qui finalement cède aux propositions faites par le maire pour que l'enfance puisse continuer à exister, mais « ailleurs ». Il faudra tout de même l'intervention

d'un représentant de l'ordre de sexe féminin, autorité maternelle face à l'autorité paternelle représentée par le maire de la ville pour que des compromis puissent se mettre en place. Au final, le Père renie l'enfant, la Mère lui donne une existence. Ce constat nous montre à quel point les représentations autour de l'enfance sont bouleversées chez nos patients.

4.1.6. Séance 6 : La violence

Au cours de cette séance, il a tout d'abord été demandé aux patients d'évoquer une situation dans laquelle la violence est acceptable, dans le but vraisemblablement de définir leur positionnement face à cette violence. La plupart des réponses sont socialement adaptées. En effet, on évoque la violence de la nature, la violence que l'on exerce contre soi-même dans un but de dépassement de soi (dans le sport essentiellement). On retrouve aussi des choix assez surprenant, notamment avec M. A. qui a prit le parti de choisir une photo en noir et blanc de deux enfants au premier plan, dont une fille avec des boules de pain dans les bras et un garçon plus jeune avec une arme dans la bouche. Le choix a paru surprenant au reste du groupe du fait de la présence de l'arme dans la bouche du petit garçon, situation que M. A. trouve lui-même inacceptable, mais il a cependant expliqué que la situation lui paraît acceptable dans la mesure où, en temps de guerre, les enfants peuvent bénéficier de nourriture. On voit donc apparaître un phénomène de scotomisation, le patient étant incapable de prendre en compte l'ensemble de la photo et s'arrêtant sur un seul détail pour construire son raisonnement même si ce dernier n'a pas véritablement de sens. On sent l'angoisse sous-jacente que véhicule cette photographie chez M. A. ; M. B., quant à lui, reste hors sujet en choisissant une photographie sans répondre à la question de départ et cela avec un naturel déconcertant alors que la photographie (affiche publicitaire contre la violence routière) permettait de répondre à la question. M. B. nous montre son incapacité à dire quelque chose sur la violence, il ne la comprend pas. Il ne comprend, et ne condamne, que la violence physique, les violences psychiques sont exclues de son raisonnement, cela lui permettant de donner une certaine légitimité à la violence dont il fait usage.

D'autre part, on a demandé aux patients d'imaginer une histoire à partir d'une photographie représentant une situation de violence. Durant cette phase de la séance, on remarque pour M. A. que, une fois les problèmes réglés, tout rentre dans l'ordre rapidement (situation d'une forêt brûlée qui repousse très vite). Pour M. D., on observe une capacité

d'imagination et d'élaboration associé à l'humour, ce qui laisse penser qu'il se sent de plus en plus à l'aise au sein du groupe. Enfin, M. B. est incapable de trouver une fin à son histoire, ce qui nous laisse imaginer qu'il est dans l'incapacité de naviguer dans l'imaginaire, il reste ancré dans un réel plus rassurant pour lui, presque vital.

Le psychodrame se révèle très intéressant concernant sa construction puisqu'il met en scène une situation ambivalente : une situation de violence conjugale où le mari (joué par M. A.) avoue être maltraité par sa femme (joué par le psychiatre) mais ne dit rien car « je l'aime ». Il faudra tout de même l'intervention d'un personnel de l'équipe soignante pour reprendre son rôle dans le troisième jeu pour que son personnage quitte sa femme pour protéger son enfant et lui montrer ainsi qu'une autre issue peut être possible.

4.1.7. Séance 7 : L'Art

Pour cette séance, on a choisi un thème moins angoissant pour les patients pour terminer la première partie de cette année sur une note plus légère, sachant que l'on ne reverra pas les patients pendant un peu moins de deux mois.

Ce que nous relevons des différentes interventions des patients, c'est que pour la plupart, l'art est forcément quelque chose d'ancien, surtout pour M. B. qui rejette toute forme d'art contemporain. On sent ici le besoin de vivre dans le passé, une inadéquation pour M. B. à vivre dans le moment présent, il a besoin d'exercer un contrôle permanent sur ce qui l'entoure, alors que le passé est rassurant car il peut le maîtriser facilement. L'immaturation de M. A. est présente dans son choix d'une photographie de feux d'artifice, qu'il justifie par le fait qu'il aime les couleurs et le bruit que cela fait. A contrario, quand les patients ne comprennent pas, ce n'est pas de l'art. On notera l'intervention de M. B. au sujet d'une photographie représentant un sexe féminin recouvert de mini billes de couleur formant un cœur qu'il n'interprète que du côté des bonbons pour enfants ... Cela laisse fortement penser que le patient dénie totalement la sexualité.

M. D. semble de plus en plus à l'aise, il élabore toujours autant à la séance photomédiation, et même s'il ne participe toujours pas au psychodrame, il donne son avis. Dans cette séance, le côté irréaliste du psychodrame le dérange, il ne comprend pas que les œuvres d'art puissent parler et discuter entre elles, il reste ancré dans le réel, au même titre que M. B. mais sur un versant moins angoissé, plus névrotique.

4.1.8. Séance 8 : La femme

Le thème de la femme est un sujet très problématique pour les patients car dans leur dynamique personnelle, le rapport à la mère en particulier, et la femme en général, est très ambivalent. En effet, cette séance a été très difficile pour M. E. qui refusera de choisir une photographie pour répondre à la question « Quelle femme auriez-vous aimé être ? ». On sent poindre ici une angoisse très importante chez ce patient qui lui fera dire « Non mais c'est quoi ces conneries ? ». Nous noterons d'ailleurs qu'il ne viendra pas à la séance suivante, prétextant un rendez-vous mais qui s'avèrera être une fausse excuse.

Quand aux autres patients, le rapport à la femme se fait véritablement sur un mode maternel, comme M. A. qui choisira clairement, et le dira très bien, une photographie de femme enceinte et pourtant, personnifiera la femme détestable par le biais de la photo d'une femme obèse alors que sa propre mère est obèse. M. B., plus âgé, se positionnera en tant que mari et donc traitera de la femme en tant qu'épouse. Il optera pour une religieuse pour signifier une fois de plus son déni de la sexualité, déni qu'il réitérera lors de la séance sur la sexualité tandis que la femme détestable est celle qui fume (sa femme est décédée d'un cancer des poumons). Pour M. C., la femme idéale n'a pas de forme précise, c'est une silhouette. On peut y voir ici une incapacité à choisir l'objet d'amour, incapacité sous-tendue par une immaturité sexuelle que l'on retrouvera plus tard. M. D. optera pour la femme mannequin, canon de beauté s'il en est un, objet produit par la société en tout cas, sans personnalité sinon celle que l'on veut bien lui donner sur papier tandis que la femme détestable est la femme-soldat, celle qui emprunte le plus les représentations masculines. M. E. ne participera pas à la question sur la femme idéale mais optera pour la femme obèse concernant la femme détestable. Cela montre bien que le patient éprouve des affects très négatifs pour le sexe opposé, la femme ne pouvant qu'être détestable.

Concernant la femme qu'ils auraient aimé être, M. A. opte pour une femme asiatique, probablement pour le côté mystérieux, inconnu donc puissant. M. B. serait la femme devant la télévision dans un canapé (on notera que le patient ne perçoit l'aspect dépressif de la femme) car c'est sûrement celle qui se rapproche de lui. A l'instar de M. C. qui s'identifie à une femme tatouée alors que lui-même porte des tatouages, mais les tatouages ne sont-ils pas une façon de se cacher, de disparaître ? Chez ces deux patients, la femme n'est qu'une représentation d'eux même, ce n'est pas la différence qu'ils cherchent dans l'objet d'amour,

ce sont eux même, leur propre reflet, ils ne cherchent pas l'altérité mais bien entendu la similitude, comme un besoin d'être en face d'eux même (l'altérité n'est pas envisageable pour M. B. tandis que c'est la recherche de soi, de sa propre identité qui s'exprime chez M. C.). Enfin, M. E n'ayant pas voulu choisir de photo, M. D. se voit en femme voilée car c'est la seule façon que l'on a de projeter ce que l'on veut sur soi même, le voile est une protection qui, à l'instar de la femme mannequin précédente, permet d'opter pour la personnalité que l'on veut bien lui donner.

Le psychodrame reprendra le thème de la femme-mère détestable au travers d'une maîtresse d'école qui frappe un élève.

4.1.9. Séance 9 : La santé

La santé est une problématique importante pour chacun d'entre nous car elle permet d'exprimer la vision que l'on a de son corps et quel rapport on entretient avec ce dernier. Pour permettre de travailler cette thématique avec les patients, nous avons posé deux questions : « Quelle image avez-vous de la bonne santé ? Choisissez deux photos différentes pour en parler » et « Etre en mauvaise santé, qu'est-ce que c'est pour chacun d'entre nous ? Choisissez une photo pour en parler ».

On retient de cette séance l'intervention de M. D., habitué à être très silencieux. En effet, de manière surprenante, en réponse à la première consigne, le signifiant « liberté » fait dire à M. D. que, quand on est en prison, on n'est pas libre, donc on est en mauvaise santé (photographie d'une femme en suspension dans les airs et d'un homme devant les portes d'une prison). C'est d'autant plus surprenant que dans le groupe, seuls M. D. et M. F n'ont pas été condamné à une peine de prison ferme. M. C. et M. A., ont rebondi sur cette remarque et ont évoqué tous les deux, et pour la première fois dans le groupe, l'expérience carcérale, en lien avec la santé : « quand on fait une connerie, il faut assumer ». Il a fallu attendre, le 10^{ème} mois, la 9^{ème} séance pour que de manière libre et confiante, les patients expriment clairement, de manière authentique, les raisons de leur présence dans le groupe et surtout ce qui les liaient les uns aux autres. M. B., lui, a voulu intervenir en présentant une vision positive de la prison mais on sentait que ses paroles étaient vides de sens et qu'il n'a pas été entendu par le groupe et, par conséquent, a été silencieux tout au long de la séance, il n'a rien dit de son expérience carcéral et dans les deux jeux de psychodrame, a joué un dentiste puis un médecin, des métiers qui sont là pour « réparer » les gens. Nous employons le terme de « réparation » pour

le mettre en lien avec la double problématique de réparation/destruction que semble mettre en œuvre M. B. de façon constante.

4.1.10. Séance 10 : La sexualité

Cette séance, la plus importante à cause du thème abordé, marque l'entrée de M. F. dans le groupe. Ce dernier semble tout à fait à l'aise au sein du groupe, il participe volontiers à la photomédiation et interviendra spontanément dans le psychodrame. Ceci nous pose question dans le sens où le psychodrame est un exercice très difficile malgré tout car il met à jour le fonctionnement psychique du sujet et certains de nos patients, sinon pour la plupart, ont quelques réticences à se mettre en scène. Concernant la photomédiation, deux questions sont posées aux membres du groupe.

La première porte sur la possibilité de pratiquer plusieurs types de sexualité (2 photographies) et tandis que M. B. choisira la photographie d'un prêtre et celle d'un couple enlacé mais caché pour évoquer l'absence de sexualité mais aussi la prohibition, montrant ainsi la difficulté qu'il a à concevoir une forme de sexualité acceptée, M. F. portera son choix sur la photographie d'un enchevêtrement de corps pour signifier la confusion des limites de la sexualité, ainsi que la photographie d'une pomme, qu'il reliera avec le mythe d'Adam et Eve, pour parler de la transgression. Pour M. B. la sexualité n'existe pas car trop dangereuse tandis que M. F. évoque clairement son incapacité à effectuer une distinction entre les différentes sexualités, ce qui amène à penser que toute forme de sexualité est possible mais qu'il faut passer par la transgression. La sexualité est donc un acte interdit qu'il ne peut s'empêcher de transgresser. M. C., quant à lui, évoque deux visions de la sexualité, l'une qui est « classique » (ce sont ses mots), représentant un homme et une femme en train de danser et l'autre pour évoquer l'homosexualité et mettant en scène deux femmes asiatiques. Dans son discours, il fait surtout référence à l'homosexualité féminine qu'il dit comprendre plus car « le corps d'un homme est laid et qu'une femme est plus à même de connaître une autre femme » et ce genre d'élaboration nous interpelle dans le sens où l'on se demande pourquoi il dénigre tant le corps masculin, surtout lui qui perd beaucoup de poids ces derniers temps ? Peut être devrions nous y voir un rejet de son propre corps, ce corps qu'il aimerait faire disparaître car non conforme à ce qu'il aimerait être. On sous-entend ici le même type de discours que proposent les problématiques anorexiques, c'est-à-dire un déni du corps, de son évolution, on le fait disparaître pour ne pas grandir, pour ne pas exister. M. E. porte son choix sur la même

photographie que M. C., celle du couple enlacé pour évoquer la sexualité classique et, concernant la sexualité plus cachée, il nous donnera à voir celle d'une même jeune femme répliquée quatre fois l'une à côté de l'autre, nue, habillée de chaussures et d'une culotte qui est tantôt présente, tantôt absente. M. E. justifiera son choix en disant qu'il s'agit de la sexualité à plusieurs, mais ce plusieurs est finalement unique puisqu'il s'agit d'une seule et même personne. On pourrait supposer ici que le patient, démultiplié, peut pratiquer plusieurs types de sexualité. Enfin, M. A. portera de la même façon son choix sur une photographie représentant une sexualité classique et une sexualité alternative mais il présentera au groupe en premier la photographie signifiant cette sexualité alternative, c'est-à-dire celle de sculptures volumineuses (plusieurs groupes de sculptures) en pierre. Les groupes de sculptures évoquent clairement des hommes nus entourés d'enfants eux même nus. Le thème évoqué par M. A. est celui du voyeurisme car, selon lui, les passants installés à proximité regardent les sculptures, alors qu'il n'en est rien. On entre ici dans une problématique de voir/être vu où le regard est inquisiteur, juge. On pourrait penser que M. A. s'identifie aux passants qui scrutent les sculptures car il dénie complètement celles-ci (il ne voit même pas ce qu'elles représentent) mais on pourrait aussi penser au contraire qu'il s'identifie aux statues et que les passants sont source d'angoisses pour lui car ils pourraient le voir, le percer à jour, lire dans ses pensées (on sait que M. A. éprouve des difficultés à se promener dans la rue, le regard des gens l'angoisse). La deuxième photographie, celle de la sexualité dite classique représente une femme nue qui est debout devant un homme nu également, les bras levés comme s'abandonnant à lui.

La deuxième consigne concerne le type de sexualité que l'on ne peut pas comprendre. A cette question, M. B. répond par la photographie d'une femme sur le ventre dont on ne voit que les jambes habillées par des bas et le postérieur nu, le reste du corps étant caché sous un lit. Sur ce lit, se trouve une peluche en forme d'éléphant. M. B. évoque plusieurs idées sans réellement pouvoir argumenter son choix. Lui qui a toujours réponse à tout en temps normal semble très angoissé. Il dira que « ce n'est pas normal », « elle ne veut pas de relation » sans pouvoir comprendre si ce n'est pas normal que la femme ne veuille pas de la relation ou si ce n'est pas normal d'avoir une relation qu'elle ne veut pas. Il occulte complètement la dimension infantile du décor, preuve que l'enfant n'existe pas. M. F. est hors sujet dans sa réponse en choisissant une photographie représentant plusieurs couvertures de revues anciennes érotiques et dont l'élaboration autour de ces couvertures se résumera au fait qu'il ne peut pas comprendre qu'on utilise toujours le même type de photographie pour séduire. Doit-on comprendre qu'il faut utiliser plus que cela dorénavant pour séduire ? L'absence de réelle

réponse démontre un blocage à parler librement de ce qui l'inquiète le plus, c'est-à-dire sa propre sexualité. La dimension voyeuriste dans cette photographie à l'air de mettre mal à l'aise le patient. M. C. et M. E. évoqueront la zoophilie comme pratique qu'ils ne peuvent comprendre tandis que M. A. reprendra la photographie que M. E. avait choisi pour la première consigne, celle de la femme répliquée quatre fois pour parler de l'exhibitionnisme et du fait qu'il ne comprend pas pourquoi cette femme s'exhibe. On sent pointer là deux idées : d'une part un refus la sexualité féminine et d'autre part un refus de l'exhibitionnisme. Ce dernier point est à mettre en lien avec la réponse qu'il a donné à la question précédente, le voyeurisme comme pratique possible de la sexualité. Comment interpréter cela ? On avait émis l'hypothèse précédemment que M. A. s'identifiait aux statues, donc qu'il était en position d'être vu et que les passants le regardaient, ce qui est faux si on regarde bien la photographie. Ainsi donc, M. A. éprouve une certaine persécution à se sentir observé, ce qui provoque une angoisse importante chez lui et l'amène à se demander pourquoi certaines personnes aiment se montrer.

Le psychodrame, quant à lui, se construit essentiellement sur le thème de la transgression, et ce de la part de M. F. qui, dès sa première séance, jouera un braqueur de salon de coiffure. Sa transgression se fera de manière très violente (coups de feu, vol, cris, ordres) et il ira même jusqu'à transgresser les règles même du jeu en touchant M. A. qui joue un client du salon de coiffure. L'entrée dans le groupe de M. F. aura donc été très remarquée et on peut se demander si cela n'est pas fait volontairement. En effet, on connaît le passé tumultueux de M. F., ponctué de divers faits de violences et de multiples actes délictuels. Il faisait également partie d'une « bande ». Seulement, pour entrer dans ce genre d'« organisation », il y a toujours ce que l'on appelle un rite d'initiation. La transgression serait pour lui alors le moyen d'être accepté au sein du groupe.

4.1.11. Séance 11 : Les métiers

La onzième séance est l'occasion de nous plonger dans un processus de réinsertion sociale en abordant le thème des métiers et donc du travail de manière générale. Notons toutefois que M. E. n'était pas présent à cette séance.

Ce que l'on peut retenir de cette séance, c'est l'incapacité pour M. B. d'envisager l'ambivalence, il évolue dans une dichotomie perpétuelle qu'il nous donnera à voir tout au long de cette séance. Concernant sa vision du travail, il choisit la photo d'un éleveur avec une

de ses bêtes, tout en expliquant qu'il avait été lui-même éleveur et il se lance dans la description de ce métier (levé à 4h du matin, nettoyage des bêtes, etc.). Pourtant, la photo montre un homme plutôt bien habillé, rondouillard et heureux de pouvoir présenter fièrement son bœuf qui semble être un bœuf de concours (paradoxe avec sa vision fatigante et dure du métier). M. B. ne semble pas opérer de distinction entre l'activité du travail et le métier en lui-même, pour lui on ne peut travailler que quand on a un métier. On tente à ce propos de lui montrer qu'une femme au foyer par exemple travaille alors que son activité n'est pas reconnue comme un métier. Il part donc dans une argumentation sur la femme au foyer qui fait des choses dures, difficiles à la maison tandis que le mari travaille dehors (il n'emploie donc pas le qualificatif de « travail » pour la femme au foyer). D'autre part, lors de la deuxième consigne, M. B. nous explique qu'il aurait voulu être militaire mais surtout pas policier (encore un paradoxe) car selon lui, les policiers (« on ne les aime pas ») « sauvent des vies » alors qu'il ne peut pas aider des personnes en danger (il a des palpitations dès qu'il voit un accident et est dans l'incapacité de pouvoir aider) mais il est incapable d'argumenter son désir d'être militaire. Durant le psychodrame, M. B. est mis à mal dans son rôle de vendeur malhonnête puisqu'il est démasqué par ses clients mais rejettera la faute sur son employeur. En revanche, on voit apparaître quelque chose de constructif lors du deuxième jeu. En effet, M. B. joue le rôle de conseiller de l'ANPE, donc emploi tourné vers l'extérieur (lui qui semble dénier l'altérité) et ira même jusqu'à regretter que la personne qu'il conseille ne le rappelle pas pour lui dire s'il l'emploi trouvé lui convient.

Autre point important dans cette séance, M. A. qui fait preuve encore de grande immaturité face au groupe. En effet, il aurait aimé être « professeur des écoles » mais pas dentiste car « ils font du mal aux gens ». D'autre part, durant le psychodrame, qui porte sur l'histoire d'un vendeur malhonnête, M. A., qui joue le rôle de client, tiendra quand même à payer le vendeur, joué par M. B. alors que celui-ci lui vend des fruits pourris.

M. F. choisira un métier du social pour exprimer sa vision du travail (secouriste) tandis que M. D. nous apportera la vision un travail aux services du bien être des gens et qui permet aussi à la personne de s'épanouir (serveur).

4.1.12. Séance 12 : Les projets et loisirs

Pour clôturer cette première année de groupe, l'équipe thérapeutique a voulu ouvrir le thème de la séance vers un futur possible pour les patients, une sorte de prélude à la

réinsertion qui vient en écho avec le thème de la première séance qu'était le rêve : au début, nous rêvions, aujourd'hui, nous concrétisons.

C'est au grand étonnement de l'ensemble de l'équipe thérapeutique que M. A., personnalité immature s'il en est une, décide de ne pas prendre de photographie pour répondre à la question « Quel projet/loisir qui nous tenais à cœur avons-nous pu réaliser ? » et nous a expliqué, avec ses mots et sans appui visuel, qu'il aurait aimé trouver une photographie de manège puisqu'il a toujours aimé le monde forain et a eu l'occasion de s'occuper d'un manège. Ceci marque une grande avancée pour M. A. qui a réussi à s'affranchir du cadre auquel il tenait tant. M. B., quant à lui, choisit la photo représentant un sport collectif et explique son choix par le fait qu'il aurait aimé jouer au rugby mais qu'il n'a pas pu en faire, il se positionne donc à côté de la question de départ. Pourtant, il réussit à se recadrer de lui-même en déclarant que, n'ayant pas pu pratiquer le rugby, il s'est tourné vers le football. Ici, M. B. exprime un mécanisme de déplacement dénué d'affect. Ce déplacement se retrouve tout au long de sa vie dans les différents épisodes de vie qu'il a pu vivre et qui ne revêtent vraisemblablement pas de caractère émotif (il nous parlera sur un ton neutre de la mort de sa compagne dans un accident de voiture dans lequel il était présent). MM. C. et E. se réfèrent respectivement le monde de la musique (marque le besoin de s'échapper du monde réel) et les sports d'hiver en famille (marque le besoin de retrouver une stabilité, une « normalité »). M. D nous parlera du cinéma, activité onéreuse qu'il ne pouvait pas pratiquer étant jeune mais qu'il peut dorénavant (en opposition avec son agoraphobie qu'il exprimait lors des entretiens d'évaluation. Enfin, M. F. nous parlera de son activité de VTTiste qu'il a pratiqué étant jeune. Comme à son habitude, le patient met en avant l'aspect violent avec les chutes provoquant fractures, plaies ouvertes, ... On capte ici le plaisir ressenti par le patient à évoquer des « blessures de guerre », comme s'il cherchait délibérément à choquer, à provoquer.

Lors de la deuxième consigne, concernant le projet ou le loisir que l'on aimerait pratiquer dans l'avenir, M. A. évoque un safari-photo, ce qui peut rappeler l'expérience de la sortie au zoo et, par extension, le voyeurisme fixé par la photo. Ceci n'est pas sans lien avec le thème de la sexualité où M. A. exprimait l'ambivalence voir/être vu. M. B. fait référence aux sports d'hiver en famille tout en notant qu'à l'heure d'aujourd'hui, il est seul mais « sait-on jamais ». M. F. continue dans son expression de la violence avec le moto-cross (en surenchère avec le VTT) qu'il aimerait pratiquer. M. C. évoque son désir de faire de l'accrobranche, symbolisation d'élévation physique (et peut être psychique) au même titre que la musique comme moyen de s'échapper ... M. D., plus terre à terre, nous parle de son désir de plage tropicale et de soleil, une façon d'exprimer le besoin de « souffler » et de profiter de la vie.

Enfin, M. E. exprime son rêve de conduire une moto « grosse cylindrée » pour pouvoir se promener en ville, expression possible d'une démonstration de toute-puissance.

Au cours du psychodrame, M. C. très agité propose d'emblée de jouer une scène seul en interprétant deux personnages : un oncle et son neveu. Le jeu consiste pour l'oncle d'intervenir auprès de son neveu qui est en train de donner des coups de pied à un chien. Dans un premier temps, l'intervention se fait sur un mode conflictuel mais M. C. va délibérément reprendre la scène dans sa globalité pour la rejouer sur un ton cette fois-ci éducatif. Le jeu est peu explicite, il existe peu de différences entre les deux scènes et on ne fait pas de distinction entre les personnages. M. C. tente alors d'expliquer qu'il a voulu parler de lui et d'une scène vécue il y a peu de temps avec son neveu. On note toutefois le mélange entre l'emploi du « il » désignant le personnage de l'oncle et le « je », marquant la confusion jeu/réalité. Il nous déclare qu'il a arrêté son traitement pensant ne plus en avoir besoin mais se rend compte maintenant du contraire. Il dit ne pas s'être comporté avec son neveu comme un homme de 50 ans. Dans le deuxième jeu, il tente d'être plus pédagogue. Nous sommes ici en présence d'une ambivalence destruction/réparation qui débouche sur un mode dépressif d'expression des affects. M. C. exprime son sentiment d'avoir régressé mentalement et d'être redevenu un enfant, régression dont il a pris conscience lors de ce conflit avec son neveu, altercation qui a eu pour lui l'effet d'un « électrochoc ». Il nous dira plus tard avoir, suite à cet épisode « grandit mentalement », se sentant dorénavant plus « adulte », plus « responsable ».

4.2. Evolution globale sur un an :

Maintenant que nous avons procédé à une analyse en détail de chaque séance, nous allons procéder à une analyse groupale de l'évolution sur un an de ce groupe thérapeutique. L'intérêt premier d'une analyse groupale est de nous permettre d'avoir une vue d'ensemble de ce que nous allons appeler la colonne vertébrale du groupe. En effet, même si les séances sont bien distinctes les unes des autres, il faut voir malgré tout une sorte de fil rouge qui les traversent, une véritable colonne vertébrale qui permet de mettre en lien l'ensemble des séances et nous permet ainsi de dégager la problématique propre au groupe et ainsi de voir l'impact clinique du groupe sur les patients. Pour cela nous allons nous appuyer essentiellement sur l'hypothèse clinique inhérente à ce groupe, c'est-à-dire le fait que les patients souffrent d'un défaut de mentalisation qui les empêche d'accéder à la symbolisation. Ce choix d'angle d'analyse est

pour nous le plus approprié pour traiter de la clinique de ce groupe thérapeutique et nous nous y tiendrons, une analyse clinique complète serait une tâche trop fastidieuse pour être faite ici.

Lors de la première séance, sur le thème du rêve, les réponses font soit intervenir des animaux (tortues, oiseau, singe, poissons chez MM. A., B. et D.) soit une foule (bidonville, foule misérable chez M. C. et M. B.), l'homme en tant qu'individu, auquel le patient pourrait s'identifier directement est exclu de la séance, il fait peur, c'est impossible de parler de soi pour le moment.

Et pourtant, lors de la deuxième séance, portant sur le thème du groupe, le thème de la foule est repris mais pour décrire ce qui ne nous ressemble pas. En définitif, cette foule, elle protège par son anonymat mais elle fait peur car l'angoisse de morcellement est réactivée. Cette séance sur le groupe, qui n'est autre qu'une allégorie du groupe thérapeutique que nous constituons, permet de se rendre compte comment les patients le perçoivent et, paradoxalement on y retrouve toutes les étapes d'un groupe : de sa naissance avec la maison en construction (M. C.), à sa mort avec l'homme de dos face à la ville (M. D.) en passant par son apogée avec la famille nombreuse (M. A.).

Les affects dépressifs apparaissent véritablement à partir de la troisième séance sur l'isolement où la solitude prend tantôt une forme d'angoisse d'abandon (M. B.) ou une angoisse de mort (M. A.), tantôt un choix (M. D.) ou une fatalité (M. C.) mais dans tous les cas elle est synonyme de déshumanisation (aucune réponse humaine pour la deuxième question).

Toujours sur le thème des relations sociales, c'est en abordant le thème de la famille que l'on perçoit la position des patients face au groupe, leurs attentes, leurs désirs, leurs défenses et leur vision. La famille, et par extension le groupe, se veut soit d'adoption (M. A.) soit nombreuse et traditionnelle (M. C. et M. E.), soit nucléaire et réduite à son minimum (M. D.), soit encore inexistante (M. B.). Ces visions des relations sociales s'accompagnent d'affects plus ou moins différents comme le bonheur chez M. A. et M. D., l'angoisse de mort chez M. C. (son personnage n'aura pas d'enfant, donc pas d'avenir) tandis que M. E., pour sa première séance présente des affects socialement adaptés, sans implication personnelle.

A partir de la cinquième séance, on aborde des thèmes plus intrapersonnels. Celui de l'enfance est teinté de jeu et d'insouciance mais fait apparaître dorénavant le déni de l'enfant chez M. B. que l'on retrouvera tout au long de l'année. Quant à lui, M. E. nous donne à analyser que l'enfance c'est vouloir grandir, signe d'un malaise infantile présent que l'on doit

mettre en lien probablement avec les viols dont il a été victime durant son enfance. On notera enfin une identification primaire à l'enfant qu'induit M. A. à la fois dans ses réponses et dans le psychodrame : il est l'enfant. Il est nécessaire de rappeler que M. A. a une personnalité immature et est l'auteur de viol sur mineur de moins de 15 ans, la victime étant âgée de 10 ans au moment des faits.

Cette identification se retrouve lors de la séance sur le thème de la violence où elle est inacceptable quand elle commise sur des enfants et l'on notera que M. A. fait totalement abstraction des faits qui lui sont reprochés et est dans une dynamique intrapersonnelle très forte : c'est la violence envers lui-même qu'il exprime ici (victime de viol par son père). Les seules violences acceptables par le groupe ne font pas intervenir de personnages humains. Doit-on conclure que la violence est plus tolérable pour les membres du groupe quand l'humain est déshumanisé et animalisé ?

Le thème de l'art, abordé en septième séance, a été posé pour finir sur une note plus légère avant les vacances. Pourtant, elle est l'occasion d'exprimer certains affects comme le voyeurisme exprimé par M. A. qui ne supporte pas de voir cet œil en verre sur la photographie ou encore le déni de la sexualité exprimé par M. B. quand il ne voit pas le sexe féminin dans une photographie montrant un sexe recouvert des petits bonbons colorés.

Avec le thème de la femme, puis ceux de la santé et de la sexualité, on aborde les thèmes du rapport à soi, de la vision que les patients ont de leur propre corps et de ce qui l'anime.

Avec le thème de la femme, en neuvième séance, M. A voit dans la femme idéale une mère en devenir tandis que la femme détestable est la représentation de sa propre mère. M. D. procède de la même façon en choisissant un mannequin, qui peut être modelé à volonté tandis que la femme détestable est une femme-homme. Paradoxalement, lors de la question sur la femme qu'ils auraient aimé être, ils ne reprennent pas leur vision de la femme idéale comme une vision idéalisée d'eux même mais ils optent pour la plupart pour une femme à l'image d'eux même, ce qui nous permet de faire le point sur la vision qu'ils ont d'eux même. Ainsi, M. B. est une femme dépressive devant la télévision. M. C. tente de disparaître derrière ses tatouages tandis que M. D. porte le voile, comme un écran sur lequel on peut projeter nos propres représentations et nos propres fantasmes, il est ce que l'on veut qu'il soit. Notons que M. E ne participera pas à cette séance, le thème abordé étant trop angoissant pour lui, angoisse porté à son paroxysme quand sa seule intervention portera sur l'image de la femme détestable, c'est sa seule façon pour lui de percevoir la femme.

Le thème de la santé a été l'occasion pour M. D. d'exprimer son besoin d'être libre avec beaucoup de force. On sent en lui le besoin de mener sa vie comme il l'entend, d'être « libre » comme il le dit lui-même, et que toute forme d'enfermement est pour lui signe de mauvaise santé, la prison étant synonyme de mort et la possibilité d'être incarcéré insupportable pour M. D. Notons une nouvelle fois que M. D. n'a pas été condamné à de la prison ferme. Cette intervention a été l'occasion pour M. C. et M. A. d'évoquer leur expérience carcérale, sujet visiblement important pour eux car c'est peut-être la seule chose qui les distingue et au travers de laquelle ils s'identifient. En d'autres termes, en présentant au groupe les souvenirs carcéraux, ils semblaient revêtir ce qu'ils semblaient être : des ex-détenus. Pouvoir parler de cette expérience marque une étape dans le groupe.

Le thème de la sexualité, abordé à la dixième séance, est également très important et sera l'occasion d'un nouveau degré d'élaboration pour nos patients. Le déni de l'enfance et de la sexualité que nous avait donné à voir M. B. se retrouve ici porté à son maximum par une sexualité qui ne doit pas exister (Prêtre, couple caché) tandis que la femme-enfant devrait « être sur le dos si elle aime ça ». On retrouve d'autre part les thèmes du voyeurisme/exhibitionnisme avec l'angoisse d'être observé (M. A.), de l'homosexualité sur un versant féminin chez M. C. (car le corps de l'homme, et par conséquent le sien, est « laid », insupportable) et de la pluralité (pluralité des pratiques pour une seule personne chez M. E. et la pluralité des corps chez M. F.).

Enfin, les onzième et douzième séances sont l'occasion de parler de l'avenir et de voir, au travers des métiers, comment les patients prévoient le leur. Ainsi, la vision du travail est celle de quelque chose d'éreintant pour nos patients, on oscille entre le métier d'éleveur, de marin et de serveur. Et pourtant, tout comme le métier de secouriste apporté par M. F., ce sont tous des métiers tournés vers les autres, des métiers au service des autres et qui permettent aux autres, et à eux même probablement, de vivre mieux (trois métiers en relation avec la nourriture et un métier du social). On comprend donc l'intérêt latent que les patients ont pour le monde, leur besoin d'être reconnu dans ce qu'ils sont puisque le métier est aussi une carte de visite pour se réinsérer dans le monde. Concernant les loisirs, nous entrons dans le futur et on remarque à quel point les patients puisent dans le passé pour construire leur avenir, comme s'ils tentaient de relier par un pont deux mondes qui étaient séparés par une faille, un gouffre. Nous sommes face ici à une tentative de reconstruction d'histoire de vie, les patients essayant de rétablir la continuité de leur ligne de vie.

5. Entretiens de bilan à la fin de la première année :

5.1. M. A. :

Le bilan de cette première année de groupe pour M. A. est extrêmement positif. Malgré les difficultés posées par certains thèmes comme celui de la sexualité et de la femme notamment au niveau de la verbalisation, le patient participe volontiers à la photomédiation. Concernant le psychodrame, il dit l'apprécier, pour lui c'est « comme un jeu ». Il vit pleinement l'expérience du groupe qui est pour lui un soutien. Il nous confiera par ailleurs se sentir parfois « comme un enfant », propos qui collent parfaitement à sa façon de parler et de se présenter tout au long de cette année de groupe.

Revenant sur sa période de détention, il déclare l'avoir plutôt bien vécu car il se sentait protégé de l'extérieur, qu'il vit comme une source d'angoisses très importantes et donc un terrain propice à ses « pulsions ». A ce propos, il nous dira de façon très claire, et pour la première fois, les pulsions qu'il a pour les petits garçons. Le groupe aura eu, selon ses dires, un effet positif sur ses pulsions sexuelles par rapports aux enfants, « elles ont diminuées de moitié ». Il continue malgré tout à se contrôler quand il croise un enfant dans la rue et les évite le plus possible.

5.2. M. B. :

Concernant cette première année de groupe, M. B. en dira que « c'est bien, bien organisé, mais ça fini un peu tard » alors qu'il est le premier arrivé et le dernier à repartir, ne pouvant s'empêcher de se positionner en figure paternelle toute puissante. Pourtant, le groupe ne lui apporte pas grand-chose, la photomédiation est intéressante mais le psychodrame « c'est dur d'improviser ». Il dit venir par obligation mais que cela ne le dérange pas car il sait que s'il ne vient pas, il retournera en prison. A ce propos, il revient sur sa période de détention qu'il dit avoir bien vécue (nombreuses activités, jamais de problèmes, confort de la cellule). Ce patient est finalement égal à lui-même, pouvant exprimer deux pensées contradictoire dans une même phrase.

A propos de l'acte, M. B. minimisait les faits de façon probante au début des consultations d'évaluation. Aujourd'hui, on note une avancée à ce niveau puisqu'il déclare ne pas savoir ce

qu'il a fait, qu'il a « oublié » mais peut concevoir l'hypothèse que cela ait pu arriver, déclaration inenvisageable pour lui il y a un an.

5.3. M. C. :

Lors de l'entretien de bilan, M. C. considère que le groupe a eu un effet très positif sur lui, lui permettant de passer de l'enfance à l'âge adulte : « J'ai réagi jusqu'à maintenant comme un enfant, aujourd'hui j'ai conscience d'être un adulte ». Il reproche aux autres participants leur manque de participation, surtout au psychodrame. En revanche, il apprécie la photomédiation, notamment le thème de la sexualité et exprime le fait qu'il aurait peut être pu parler des enfants s'il s'était senti adulte à ce moment. On note un changement chez M. C. Il a réellement évolué et « grandit », l'expérience du groupe, la méthode photomédiation comme facilitateur lui aura pleinement servi dans son évolution et lui aura permis de prendre conscience de son acte, chose qu'il était incapable de faire jusqu'à présent puisqu'il considérerait cette relation comme une relation d'enfant à enfant.

5.4. M. D. :

Suite à cette première année de groupe, nous demandons à M. D. son avis sur la façon dont il a vécu les choses, lui qui semble solitaire, renfermé. Il dit apprécier la photomédiation, même si « des sujets étaient moins intéressants que d'autres » comme par exemple la santé car la vie ne l'intéresse pas (« A partir de 25 ans, ça ne sert à rien ») et il ne porte pas d'attention à sa propre personne. Sa seule préoccupation, c'est son travail, qu'il juge devoir faire du mieux qu'il peut. Son discours fataliste est contrebalancé par les effets positifs du groupe. Il dit se sentir de plus en plus à l'aise dans le groupe qui a un impact sur sa vie sociale. Il commence à sortir de chez lui, à aller au cinéma, à rencontrer du monde. Malgré tout, il continue à exprimer une certaine méfiance vis-à-vis de la société et préfère « être derrière la scène plutôt que devant ». Nous espérons que cette deuxième année dans le groupe lui permettra de s'ouvrir encore plus.

5.5. M. E. :

Concernant M. E., le bilan est plutôt négatif. Pour lui, le groupe ne sert à rien, « il ne m'apporte rien ». Il parle alors de la difficulté à s'impliquer et du fait qu'il ne veuille pas s'impliquer (trop dangereux ?) dans le psychodrame. La photomédiation, c'est « difficile de trouver une photo en rapport avec la question ». Pourtant, le groupe en lui-même, « c'est bien », cela lui permet de rencontrer d'autres personnes, de parler, discuter, « ça m'occupe » dit-il.

5.6. M. F. :

M. F., rappelons-le est le dernier patient à être entré dans le groupe et ce, au mois de novembre. Le recul est donc assez limité le concernant l'année. Malgré tout, il dira être content du fait de pouvoir parler et il souhaiterait étendre cela à l'extérieur du groupe. Il évoque par ailleurs les difficultés qu'il avait au début de la prise en charge à parler des actes commis ce qu'il met en parallèle avec aujourd'hui où « c'est plus facile », « je trouve les mots plus facilement » et admet le fait que « ça soulage ». Il reparle des viols qu'il a subi en maison de correction et fait le parallèle avec l'acte qu'il a commis : « je n'aurais pas pu violer la fille » même s'il admet aujourd'hui avoir voulu « faire l'amour avec elle », chose qu'il ne verbalisait pas au début de la prise en charge.

Concernant le groupe lui-même, il dit s'être rapidement habitué au rythme et aux autres patients mais qu'il a plus de difficultés avec le psychodrame, contrairement à la photomédiation qu'il apprécie.

CONCLUSION

Maintenant qu'une analyse clinique du groupe a pu être faite dans le détail, je voudrais aborder une vision d'ensemble sur le dispositif théorique, en mettant en avant les points positifs comme les points négatifs et ouvrir sur une réflexion plus personnelle mais qui fait débat à l'heure actuelle dans notre société.

Dans l'ensemble, l'expérience du groupe pour les patients a eu pour effet de faire tomber les défenses. En effet, au début de ce groupe, les patients étaient sur la défensive, limitant leurs réponses à l'essentiel, laissant transparaître peu de chose, les réponses étaient pour la plupart socialement adaptées et l'appréhension face au cadre thérapeutique grande. Il suffit de voir la première séance du groupe, les thèmes transgressifs qui ont été abordés pour comprendre que les patients étaient réticents à cette idée de la thérapie. En effet, l'absence de demande de la part des patients et le fait qu'ils soient obligés légalement à venir à ce groupe n'a pas d'effet facilitateur pour la prise en charge. Il a donc fallu attendre que les patients s'approprient le cadre, s'adaptent aux autres membres du groupe (patients et équipe soignante) pour que quelque chose émerge psychiquement des séances de groupe. Ce basculement ne s'est pas fait de façon brutale mais il s'est construit autour des notions de respect mutuel et de confiance qu'il a fallu appréhender pour chacun d'entre nous, que l'on soit patient ou soignant. Il a fallu véritablement que l'on s'apprivoise, que l'on laisse chacun de côté nos appréhensions. En d'autres termes, il a été nécessaire que l'ensemble des participants du groupe, abattent leurs propres défenses psychiques pour permettre un meilleur travail clinique. Parmi ces défenses, la plus grande a été l'identification à l'acte commis. La plupart des patients se sont d'abord identifiés à leur acte pensant que nous allions les soigner de leur acte sans prendre conscience que leur acte n'avait de sens que par rapport à leur propre histoire.

L'équipe soignante a dû elle aussi laisser de côté ce qu'elle savait des patients, tout du moins le temps de la séance, pour se laisser immerger dans le groupe et ainsi favoriser les échanges sans jugement le temps de la séance. Ce fut un travail long et difficile pour chacun des participants et certains patients, comme M. E. n'ont pas encore réussi à ce jour à se détacher de leurs défenses.

En fin de compte, le groupe a permis aux patients de développer leurs capacités de symbolisation, non pas peut être de manière optimale, ce n'est pas le but, mais au moins d'engager un processus psychique. Bion parlait de la « fonction alpha » (Bion, 2003) pour désigner tous ces processus de symbolisation des représentations et pensait qu'ils étaient

absents de toute pensée psychotique. La preuve en est que certains patients psychotiques tels que M. A. ont réussi à développer un noyau bien présent de la fonction alpha mais qui était atrophié. Le groupe leur a permis de faire travailler ce noyau et lui donner une certaine consistance.

D'autre part, ce travail n'est pas complet et il mériterait une suite. En effet, nous avons pris le parti, et nous le regrettons, d'avoir laissé de côté l'analyse transférentielle et contre-transférentielle du groupe. Comme nous l'avons dit, l'équipe thérapeutique fait partie intégrante du groupe et sa présence exerce nécessairement une influence sur les patients. Il aurait été judicieux d'inclure une analyse clinique des réponses des membres de l'équipe soignante dans ce travail, puisque nous avons participé, au même titre que les patients, aux différentes médiations. Malgré tout, même si nous reconnaissons volontiers le lien transférentiel entre les patients et l'équipe, ce travail d'analyse aurait été beaucoup trop long à mettre en œuvre et nous le regrettons. Il pourra éventuellement faire l'objet d'un deuxième travail de recherche.

Enfin, et nous pensons que cela a pu être un frein au groupe thérapeutique, nous avons cherché à déterminer une clinique des auteurs de violences sexuelles. En effet, certains auteurs s'accordent pour dire qu'il y a une spécificité chez les auteurs de violences sexuelles et nous sommes partis de ce constat pour élaborer le projet du groupe thérapeutique. Et s'il n'en était rien ? Mme Mehanna a émis l'hypothèse que parler des faits n'était pas nécessairement thérapeutique, tout du moins au sein du groupe, que ce qui importait c'était le sujet lui-même et pas seulement son acte. En effet, nous en avons déjà parlé dans l'introduction, il faut faire la distinction entre la notion d'« auteur » et celle d'« acteur », l'acteur étant celui qui commet l'acte, avec donc une centration sur les faits, et l'auteur étant le sujet qui écrit l'acte, donc avec une centration sur le sujet. Ainsi, dans le groupe thérapeutique, ce n'est pas l'acteur qui nous importe mais l'auteur, sujet psychique aux prises avec ses propres problématiques et dont l'acte va être en être le reflet direct mais surtout indirect.

Comment peut-on, à partir de ce constat, nous centrer exclusivement sur l'acte et par conséquent laisser de côté une grande partie du sujet ? Nous avons pris le parti d'opérer une action indirecte sur le sujet, contournant ainsi la plus grande défense des patients : l'identification à l'acte. Ce phénomène est en grande partie induit par la société dans laquelle

nous vivons qui fait de l'auteur de violences sexuelles un être qui ne peut pas nous ressembler car il serait insupportable pour nous de le considérer comme un semblable. Alors on l'enferme littéralement dans une prison, on l'éloigne de notre société en espérant qu'il ne reviendra plus, il se voit donc stigmatisé, dénié, oublié. Et pourtant, il arrive un moment donné où il revient dans notre société dans laquelle il doit être réintégré, une fois qu'il a « payé ses dettes à la société ». Pourtant, et c'est le discours politique actuel, le principe de précaution veut que celui qui a fauté fautera de nouveau un jour, surtout s'il souffre d'une pathologie. On doit alors, nous autres professionnels, car cela nous incombe directement, prévenir la récurrence. Par conséquent, comment un sujet ayant commis un acte de violence sexuelle peut-il ne pas rester « accroché » à son acte, car il ne peut que se définir que comme tel dorénavant, on l'y a obligé, et s'intégrer convenablement dans la société ? L'acte est toujours présent, là, comme une épée de Damoclès au dessus de la tête du sujet et la stigmatisation toujours présente. En d'autres termes, ce discours du politique, et donc de la société par extension, a pour effet un rejet total de l'auteur de violences sexuelles, ils sont les nouveaux « fous » du 19^{ème} siècle. A partir de ce constat, comment une institution soignante peut-elle les réintégrer dans la société sans faire abstraction de l'acte, comment une politique de stigmatisation peut être thérapeutique pour un sujet ? C'est tout le débat auquel nous avons à faire aujourd'hui, notamment en matière de prévention de la récurrence et que nous nous sommes efforcés de limiter avec ce dispositif thérapeutique qui a un effet bénéfique pour le sujet, car il n'est rien plus, ou rien de moins, que cela : un sujet.

— BIBLIOGRAPHIE —

- American Psychiatric Association, (2005)., *DSM-IV-TR, Manuel Diagnostique et Statistiques des Troubles Mentaux* (éd. 4e édition révisée), Issy les Moulineaux, Masson.
- Balier C. (1996)., *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF.
- Baron-Laforet S., & al. (2009, Aout 31)., *Guide de l'injonction de soins*, Consulté le Mars 8, 2010, sur Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice, http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf.
- Bergeret J. (2004)., *Psychologie pathologique, théorie et clinique* (éd. 9e édition), Paris, Masson.
- Bion W. (2003)., *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.
- Chouvier B., & al. (2002)., *Les processus psychiques de la médiation*, Paris, Dunod.
- Ciavaldini A. (2001)., *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson.
- Freud S. (1987)., *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard.
- Green A. (1983)., *Narcissisme de vie, Narcissisme de mort*, Paris, Minuit.
- Kaès R. (2000)., *L'appareil psychique groupal*, Paris, Dunod.
- Kaès R. (2004)., *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod.
- Organisation Mondiale de la Santé, (1992)., *Classification Internationale Des Troubles Mentaux Et Des Troubles Du Comportement, Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (éd. 10e édition), Issy les Moulineaux, Masson.
- Pirlot G, Pardinielli, J-L. (2009)., *Les perversions sexuelles et narcissiques*, Paris, Armand Colin.
- Vacheret C. (2000)., *Photo, groupe et soin psychique*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon.

Pour les articles de loi : www.legifrance.gouv.fr

