

Le processus de subjectivation chez les auteurs de violences sexuelles : analyse clinique d'une année de groupe thérapeutique.

Julien Mommaton¹ (Sous la direction de Micheline Mehanna)

Dans le contexte politique et sociétal actuel, l'Auteur de Violences Sexuelles (AVS) doit être éliminé. En effet, l'AVS est un être qui ne peut pas nous ressembler, car il serait insupportable pour nous de le considérer comme un semblable. Alors on l'enferme tant sur le plan physique que psychique, dans une prison, on l'éloigne de notre société en espérant qu'il ne reviendra plus, il se voit stigmatisé, dénié, oublié. Et pourtant, il arrive un moment donné où il revient physiquement, sa peine purgée, dans notre société dans laquelle il doit être réintégré. Pourtant, et c'est le discours politique actuel, le principe de précaution, qui n'est rien d'autre qu'une prison psychique, veut que celui qui a fauté fautera de nouveau un jour, surtout s'il souffre d'une pathologie mentale. On doit alors, nous autres professionnels, car cela nous incombe directement, prévenir la récidive. 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 plus 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 sa tête 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'AVS, ils sont les nouveaux « fous » du 19^{ème} siècle².

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 face aujourd'hui, notamment en matière de prévention de la récidive et que nous nous sommes efforcés de limiter avec le dispositif thérapeutique mis au point dans un Centre Médico-Psychologique de la Seine et Marne en mettant en place une action indirecte sur le sujet par le biais de médiations, la photomédiation et le psychodrame, et dont nous allons nous efforcer de vous présenter ici les premières analyses cliniques. Ce dispositif thérapeutique reprend un postulat théorique mis au jour par différents auteurs³ selon lequel l'AVS est incapable de mentaliser son passage à l'acte.

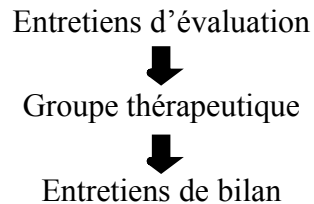
¹ Thérapeute diplômé du laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale de l'Université Paris Descartes dans la Prise en charge des Auteurs de Violences Sexuelles.

² Postel J. & Quétel, C., (2004), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod.

³ Parmi ces auteurs, nous retrouvons Castoriadis-Aulagnier avec la notion de Pictogramme et Green avec la notion d'hallucination négative (Balier C., (1998), *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF), et Flavigny avec la notion d'empreinte en creux (Ciavaldini A., (2001), *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson).

1. Le dispositif thérapeutique

Il se déroule en trois temps, résumé par le schéma suivant détaillé par la suite :



1.1. Entretiens d'évaluation

Les entretiens d'évaluation consistent, pour l'équipe thérapeutique, à rencontrer les patients en vue d'une intégration dans le groupe. Ces entretiens, au minimum de trois, permettent à l'ensemble de l'équipe thérapeutique (psychiatres, psychologues, infirmiers) de rencontrer et d'évaluer le patient, autant sur sa pathologie (en posant un diagnostic) que sur sa possible intégration dans le groupe (est-il apte psychologiquement à intégrer un groupe thérapeutique ?⁴). La condition pour que le patient puisse entrer dans le groupe est qu'il soit condamné à une injonction⁵ ou une obligation de soins⁶, c'est-à-dire qu'il ait été déjà jugé et condamné à suivre un traitement thérapeutique. A l'issue des entretiens d'évaluation et si le patient accepte le principe du groupe, il signe, au même titre que l'équipe, un contrat thérapeutique qui l'engage à suivre le dispositif pendant deux ans.

1.2. Groupe thérapeutique

Le groupe thérapeutique, d'une durée de 3 heures à raison d'une séance par mois, reste ouvert lors de la première année et se ferme seulement lors de sa deuxième année. Les médiations de la deuxième année diffèrent de la première année mais le déroulement reste le même et chaque séance se décompose en différentes parties (NB : Ce travail ne portant que sur la première année de fonctionnement du groupe, seront présentées ici uniquement les médiations utilisées lors de la première année) :

Thèmes abordés et questions proposées aux patients :

- Le rêve
 - Choisissez une photographie qui vous fait le plus rêver
 - Choisissez une photographie qui vous fait le moins rêver

⁴ La conférence de consensus de 2001 contre-indique la prise en charge thérapeutique pour les négateurs par exemple.

⁵ Art. 131-36-1 et suivants du Code Pénal relatifs au Suivi Socio-Judiciaire.

⁶ Art. 132-45 du Code Pénal relatif aux obligations.

- Le groupe
 - Etre en groupe, qu'est ce que cela signifie pour chacun de nous ? (1 photographie)
 - Dans quel groupe nous ne nous reconnaissons pas ? (1 photographie)
- L'isolement
 - Qu'est ce que l'isolement pour chacun de nous ? (1 photographie)
 - Dans quelle situation nous ne voudrions pas nous retrouver ? (1 photographie)
- La famille
 - Que représente la famille pour chacun d'entre nous ? (1 photographie)
 - Imaginez une histoire à partir d'une photographie
- L'enfance
 - Etre un enfant, qu'est ce que c'est ? (1 photographie)
 - La fin de l'enfance, qu'est ce que c'est ? (1 photographie)
- La violence
 - Choisissez une photographie pour représenter une violence acceptable
 - A partir d'une photographie représentant une situation de violence, imaginez c'est qu'il s'est passé avant et après
- L'Art
 - Qu'est ce qu'une œuvre d'Art pour chacun d'entre nous ? (2 photographies)
 - Qu'est ce qui n'est pas de l'Art pour chacun d'entre nous ? (1 photographie)
- La femme
 - Décrivez la femme idéale et la femme détestable (2 photographies)
 - Quelle femme aurions nous pu être (1 photographie)
- La santé
 - Que signifie la « bonne santé » ? (2 photographies)
 - Etre en « mauvaise santé », qu'est ce que cela signifie ? (1 photographie)
- La sexualité
 - Peut-on pratiquer plusieurs types de sexualité ? (2 photographies)
 - Quelle sexualité ne comprenons-nous pas ? (1 photographie)
- Les métiers
 - Qu'est ce que le travail pour chacun d'entre nous ? (1 photographie)
 - Quel métier aurions nous aimé/détesté pratiquer ? (2 photographies)
- Les projets et loisirs
 - Quel projet/loisir qui nous tenait à cœur avons-nous pu réaliser ? (1 photographie)
 - Quel projet/loisir aimerions-nous pratiquer dans l'avenir (1 photographie)

Photomédiation (1h20) : Basée sur le Photolangage[®] mais remaniée et actualisée concernant les photos, cette médiation est destinée à faciliter le travail en groupe. Principalement utilisé en formation, il a été intégré à des pratiques thérapeutiques et a été initialement utilisé avec des adolescents difficiles mais l'expérience de la pratique du Photolangage[®] a permis de

montrer la pertinence de cette méthode pour le traitement de la souffrance narcissique, les effets sidérants des traumatismes, la violence interne, les troubles de l'identité, etc.⁷.

Cette médiation se déroule en quatre temps : un premier temps où l'on va présenter les consignes et la question qui animera la séance. Un deuxième temps où les patients sont invités à choisir une ou deux photographie(s) parmi un panel de 80 photographies qui, selon eux, répond(ent) le mieux à la question. Un troisième temps durant lequel chacun présente sa ou ses photographie(s) tout en justifiant son choix. C'est à ce moment de la médiation qu'un travail d'écoute et d'échange au sein de groupe se met en place avec pour but une résonance groupale et individuelle. Enfin, un quatrième temps d'analyse groupale où il est demandé au groupe le ressenti de cette séance.

Goûter (20min) : Temps de pause pour les patients durant lequel une collation est proposée. L'équipe thérapeutique participe à ce temps de pause.

Psychodrame (1h20): 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 AVS⁸.

Cette médiation se compose de trois temps : un premier temps durant lequel le groupe va choisir un thème de jeu (ou sa mise en point commun) et la désignation des joueurs (prénom et âge). Un deuxième temps où le jeu lui-même va être mis en acte avec comme règles principales celles de l'imaginaire et du faire semblant. Enfin, un troisième temps durant lequel le groupe va pouvoir élaborer dans l'aire de parole ce qui a pu se jouer dans l'aire de jeu.

1.3. *Entretiens de bilan*

Les entretiens de bilan permettent au patient et à l'équipe thérapeutique de faire le point à l'issue de la première année lors d'un entretien individuel. Lors de cet entretien, nous revenons sur l'évolution du patient au sein du groupe, sur sa situation personnelle et professionnelle un an après le début du groupe, mais aussi nous demandons au patient son sentiment sur le groupe. Ce temps d'entretien individuel nous permet aussi de revenir sur l'acte en lui-même et de voir s'il y a eu une évolution concernant la position psychique du patient.

2. **Les patients**

M. A : Né en 1978, il a été condamné en 2005 pour viol sur mineur de 15 ans à 7 ans d'emprisonnement et à un Suivi Socio-Judiciaire de 10 ans. Le patient, polytoxicomane, présente une structure psychotique avec une personnalité immature, fragile et dépendante et un retard mental léger. Il nous dit n'avoir jamais parlé jusqu'à présent ni de son « penchant pour les petits garçons » ni du fait d'avoir été violé par son père quand il était jeune.

M. B : Né en 1932, il a été condamné en 2002 à 5 ans de détention dont 1 an avec sursis et 2 ans de mise à l'épreuve pour avoir agressé sexuellement un mineur de 15 ans par ascendance

⁷ Vacheret C., (2000), *Photo, groupe et soin psychique*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon.

⁸ Balier C., *Ibid.*

ou personne ayant autorité et un viol avec circonstances aggravantes. Lors des entretiens d'évaluation, on note chez le patient une tendance à la manipulation et un déni de l'altérité. Le patient reconnaît seulement une partie des faits mais les minimise. L'équipe fait l'hypothèse d'un fonctionnement pervers.

M. C. : Né en 1959, il a été condamné en 1999 à 5 ans de détention et 10 ans d'injonction de soin pour un viol sur mineur de moins de 15 ans en la personne de sa nièce par alliance. Le patient, lors des entretiens d'évaluation, critique partiellement les faits. L'acte est banalisé et son auteur soupçonne une « machination » à son encontre de la part de la mère de la victime qu'il accuse même de proxénétisme.

M. D. : Né en 1974, il a été condamné en 2008 à 18 mois de sursis avec 3 ans de mise à l'épreuve pour agression sexuelle sur mineur de moins de 15 ans. Lors des entretiens d'évaluation, le patient paraît timide et présente des traits d'agoraphobie qui le conduisent à éviter tous les contacts sociaux. En dehors de son emploi dans le bâtiment auquel il se consacre à corps perdu, il ne sort pas de chez lui.

M. E. : Né en 1971, il a été condamné en 2007 à 1 an d'emprisonnement et à 3 ans d'obligation de soins pour agression sexuelle sur mineur de moins de 15 ans par ascendance ou personne ayant autorité. Le patient, alcoolique compulsif, présente une structure psychotique marqué par des hallucinations auditives mais développe des affects dépressifs concernant son acte ainsi qu'un fort sentiment de culpabilité. Du fait de la réticence du patient à entrer dans le groupe, des entretiens d'évaluation supplémentaires seront nécessaires. Il n'entrera dans le groupe qu'à partir de la 4^{ème} séance.

M. F. : Né en 1958, il a été condamné en 2007 à 3 mois de sursis et d'une mise à l'épreuve de 30 mois pour agression sexuelle sur mineur de 15 ans. Ce patient révèle avoir été victime de rites d'initiation de types sexuels dans sa jeunesse. Il a beaucoup de difficulté à nous présenter son acte de jugement de peur d'y lire le mot viol. Il n'intègre le groupe qu'à la dixième séance.

Analyse clinique de la première année de groupe

Lors de la première séance, sur le thème du rêve, les réponses à la première question font référence au règne animal avec l'évocation de tortues, oiseaux, singes, poissons (chez MM. A., B. et D.) soit d'une foule à la deuxième question « Qu'est ce qui vous fait le moins rêver ? » (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. A ce stade, il est impossible de parler de soi et encore moins des autres.

Et pourtant, lors de la deuxième séance, portant sur le groupe, le thème de la foule est repris mais pour décrire ce qui ne nous ressemble pas. En définitif, cette foule, elle protège par l'anonymat qu'elle dégage mais elle fait peur aussi car l'angoisse de morcellement est réactivée. Cette séance sur le thème du groupe, qui n'est autre qu'une allégorie du groupe thérapeutique que nous constituons, permet de constater 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).

PATIENT	REVE		GROUPE		ISOLEMENT	
	Photomédiation	Psychodrame	Photomédiation	Psychodrame	Photomédiation	Psychodrame
M. A.	Tortues	Benjamin 75 ans	Famille nombreuse		Alcoolique (NB)	Eric 39 ans
	Squelette d'oiseau		Supporters		Voilier	
M. B.	Singe	Léon 85 ans	Fille devant mur criblé	Léon 100 ans	Femme âgée dans escalier	
	Misère des gens		Chorale		Phare	
M. C.	Coucher de soleil		Maison construction	Emile 100 ans	Cratère	
	Bidonville		Envol canard		Paysage	
M. D.	Coucher de soleil		Homme de dos face à la ville		Moines	
	Poissons		Rugbyman		Tortues	
M. E.						
M. F.						

Toujours sur le thème des relations sociales, c'est en abordant, lors de la quatrième séance, 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 intrapersonnels. Celui de l'enfance est teinté de jeu et d'insouciance mais fait apparaître également le déni de l'enfant chez M. B. que l'on retrouvera tout au long de l'année. Quant à M. E., il nous donne à voir 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. présente 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 sixième séance sur le thème de la violence où elle est inacceptable quand elle est commise sur des enfants et l'on notera que M. A. fait totalement abstraction des faits qui lui sont reprochés et se trouve dans une dynamique intrapersonnelle très forte : c'est la violence envers lui-même qu'il exprime ici (victime de viols par son père). Les seules violences acceptables pour le groupe sont celles qui ne font pas intervenir de personnages humains ? La violence semble plus tolérable pour les membres du groupe quand l'humain est déshumanisé et animalisé.

PATIENT	FAMILLE		ENFANCE		VIOLENCE	
	Photomédiation	Psychodrame	Photomédiation	Psychodrame	Photomédiation	Psychodrame
M. A.	Famille adoptive	Julien 35 ans	Grande roue	Jeremy 8 ans	Enfants (NB)	Benjamin 30 ans Gabriel 4 ans
	Famille heureuse		Travail		Incendie	
M. B.	Robinson	Charles 60 ans	Enfants gâtés	Charles-Louis 55 ans	Violence routière	
	Manège, fête		Enfant jouant au foot dans la rue		Bagarre de chiens	
M. C.	Famille 1900	Charly 38 ans	Aire de jeu	Jean-Marie 50 ans	Ciel d'orage	Dr House 40 ans
	Homme seul		Petit garçon avec sa grand-mère		Bagarre de chiens	
M. D.	Couple+enfant		Insouciance		Moto	
	Famille ours blanc		Zèbre		Chat devant photo poisson	
M. E.	Famille au ski		Ecole			
	Jardins ouvriers		Travail			
M. F.						

Le thème de l'art, abordé en septième séance, a été choisi pour terminer l'année sur une note plus légère avant les vacances. Pourtant, elle est l'occasion de l'expression de propos sur le voyeurisme par M. A. qu'il ne supporte pas en voyant 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 au sujet d'une photographie montrant un sexe recouvert de petits bonbons colorés.

Avec le thème de la femme, puis ceux de la santé et de la sexualité, on aborde des thèmes qui confrontent les sujets à eux-mêmes et à la vision qu'ils ont de leur propre corps et de ce qui l'anime.

Le thème de la femme, à la huitième séance, a été l'occasion de voir à quel point la vision de l'objet d'amour peut être clivée chez les patients, surtout chez M. A. qui voit dans la femme idéale une mère en devenir tandis que la femme détestable apparaît comme la représentation de sa propre mère. M. D. procède de la même façon en optant pour un mannequin pour la femme idéale qui peut être modelée 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 l'image qu'ils ont d'eux même. Ainsi, M. B. apparaît comme 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 portée 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, abordé en neuvième séance, a été l'occasion pour M. D. d'exprimer son désir d'être. 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 est insupportable pour M. D. Notons que M. D. est le seul dans le groupe à n'avoir 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 leurs souvenirs carcéraux, ils collent ce qu'ils semblent être : des ex-détenus. C'était pour eux, avec l'évocation de cette expérience, l'occasion de se débarrasser d'un poids qui leur pesait.

PATIENT	ART		FEMME		SANTE	
	Photomédiation	Psychodrame	Photomédiation	Psychodrame	Photomédiation	Psychodrame
M. A.	Arc de Triomphe Jardin	Eric 29 ans Soleil couchant sur la dune 350 ans	Femme enceinte Femme obèse	Benjamin 10 ans Benjamin 10 ans	Réfrigérateur rempli de légumes Décharge	Eric 30 ans Eric 30 ans
	Œil en verre		Femme asiatique		Arrêt de travail	
M. B.	Arc de Triomphe Château		Religieuse Femme alcoolisée qui fume	Louis 12 ans	Couple Homme chutant dans supermarché	Léon 35 ans Charles 40 ans
	Sexe-billes		Femme devant la TV		Femme âgée	
M. C.	Jardin Portrait- tatouage	Paravent 1 an	Silhouette de femme Femme obèse		Champignon (vénéneux ?) Jeune femme faisant yoga	
	Bâche sur immeuble		Femme tatouée		Enfant battu	
M. D.	Paysage roche Sculpture		Mannequin Femme soldat		Femme sautant en l'air Homme devant porte de prison	
	Monochrome		Femme voilée			
M. E.	Arc de Triomphe Jardin		Femme obèse			
	Poissons en métal					
M. F.						

Le thème de la femme, comme celui de la sexualité, abordé à la dixième séance, est 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 paroxysme 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 le couple voyeurisme/exhibitionnisme qui fait intervenir 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 envisagent 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 reconnus dans ce qu'ils sont. Le métier c'est aussi pour eux une carte de visite pour se réinsérer dans le monde. Concernant les loisirs, nous entrons dans le domaine du 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 ici face à une tentative de reconstruction de leur histoire de vie, les patients essayant de rétablir la continuité de leur ligne de vie.

PATIENT	SEXUALITE		METIERS		PROJETS ET LOISIRS	
	Photomédiation	Psychodrame	Photomédiation	Psychodrame	Photomédiation	Psychodrame
M. A.	Sculpture Couple	Yves 35 ans	Marin	Estelle 29 ans	Manège (<i>Crée lui-même sa propre photo</i>)	André 35 ans
	Femme duplicquée		Professeur Dentiste		Girafes en liberté	
M. B.	Prêtre Couple caché	Léon 50 ans	Eleveur	Louis 50 ans	Sport collectif de balle	
	Femme-enfant		Militaire Policier		Famille aux sports d'hiver	
M. C.	Couple 2 femmes				Bal avec musiciens	Jacques 50 ans Tom 17 ans
	Cheval				Accrobranche	
M. D.			Cuisinier		Cinéma	
			Travail à la chaîne Peintre		Plage tropicale	
M. E.	Couple Femme duplicquée				Sport d'hiver en famille	
	Cheval				Moto de tourisme	
M. F.	Corps mélangés Pomme	Théo 35 ans	Secouristes	Jacqueline 30 ans	VTT	Josiane 25 ans
	Magazines		Ebéniste Vendangeur		Moto-cross	

3. Entretiens de bilan

M. A. : Le bilan de cette première année de groupe pour M. A. est extrêmement positif. 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. Le groupe aura eu, selon ses dires, un effet positif sur ses pulsions sexuelles par rapports aux enfants, « elles ont diminué de moitié ». Il doit toujours se contrôler quand il croise un enfant dans la rue et les évite le plus possible.

M. B. : Concernant cette première année de groupe, M. B. en dira que « c'est bien, bien organisé, mais ça finit 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. 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. Ce patient est finalement égal à lui-même, pouvant exprimer deux pensées contradictoires dans une même phrase. A propos de l'acte, M. B. minimisait les faits au début des consultations d'évaluation. Aujourd'hui, on note une avancée à ce niveau puisqu'il déclare qu'il ne sait pas 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.

M. C. : Lors de l'entretien de bilan, M. C. exprime le fait que le groupe à 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 ». On sent chez lui un réel changement de position vis-à-vis de son attitude, il a réellement évolué et « grandi », l'expérience du groupe, la technique de la 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 considérait cela comme une relation d'enfant à enfant.

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 et 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 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 et que cela à un impact sur sa vie sociale à l'extérieur, 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 ».

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. Concernant la photomédiation, il dit que 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, de discuter, « ça m'occupe ».

M. F. : Du fait que ce soit le dernier patient à être entré dans le groupe et ce, au mois de novembre, le recul est assez limité concernant l'année du groupe. 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. Pourtant, beaucoup de travail reste encore à faire avec M. F.

4. Conclusion

Dans l'ensemble, l'expérience du groupe pour les patients a eu pour effet de faire tomber les défenses. 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 très grande. Il suffit de reprendre 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. 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, abattent leurs propres défenses psychiques pour permettre un meilleur travail clinique. Parmi ces défenses, la plus grande à été l'identification à l'acte commis. La plupart des patients se sont donc d'abord identifiés à leur acte, pensant qu'on pouvait les soigner de leur acte, indépendamment de ce qu'ils sont en tant que sujet.

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 possibilité de jugement ou d'analyse 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. Ainsi, ce que l'on voit au fil des séances, c'est une descente en profondeur dans les mécanismes de la psyché, chaque séance abaissant une défense particulière inhérente au thème abordé pour ainsi libérer les processus inconscients et

leur permettre de procéder de façon beaucoup plus juste à des élaborations qui leurs sont propres et non seulement socialement adaptées.

En fin de compte, le groupe a permis aux patients de développer leurs capacités de symbolisation, ou du moins d'engager un processus psychique. Bion parlait de « fonction alpha »⁹ 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 a permis de faire travailler ce noyau et de lui donner une certaine consistance.

⁹ Bion, W. (2003). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF