

Analyse des pratiques
professionnelles au sein d'une
unité de prise en charge pour
auteurs de violences sexuelles
pénalement obligés.

Sous la direction de Mme Astrid Hirschelmann.

B.Cuney n 21006116

Table des matières

Introduction	3
Prendre en compte la spécificité clinique des auteurs d'infraction à caractère sexuel.....	5
L'articulation santé-justice : intérêts et enjeux	8
Traitements actuels des auteurs de violences sexuelles.	9
L'approche psychanalytique.....	9
Psychothérapies cognitives et comportementales	12
Psychothérapies de groupe.	13
Groupe et institution.....	14
Groupe et psycho-pathologie des auteurs de violences sexuelles	15
Groupe et thérapie individuelle	16
Techniques de groupe.....	17
Thérapies à médiation corporelle	18
Le psychodrame	19
Les thérapies actives.....	21
Les traitements médicamenteux.	21
L'unité AVS de Coulommiers.....	23
Les médiations.....	25
La photomédiation.....	25
Le psychodrame	27
Le « Qu'en dit-on ? »	28
Le conte	29
Les patients.....	30
Méthodologie	32
Grille de lecture des dossiers des patients	33

Grille d'analyse des comptes-rendus de séances de groupe.....	36
Recueil et analyse des données	37
Données issues des dossiers des patients	37
Patients pris en charge en 2009	37
Patients pris en charge en 2010	44
Patients pris en charge en 2011	48
Données issues des comptes-rendus de séances de groupe.....	53
Analyse des données	62
Préconisations.....	67
Conclusion & Discussion	69
Bibliographie.....	71
Annexes.....	72

Introduction

Le cadre de la présente étude se situe au sein d'une unité fonctionnelle pour auteurs de violences sexuelles (AVS) situé à Coulommiers, en Seine et Marne, et qui existe depuis près de trois ans. Elle accueille aujourd'hui une vingtaine de personnes ayant toutes été condamnées par la justice et en obligation ou injonction de soins. C'est donc d'abord pour répondre à un besoin d'utilité publique et judiciaire que cette unité a été créée (d'abord en tant que « consultation spécifique » au sein du CMP auquel elle était rattachée puis en tant qu'unité fonctionnelle à part entière).

Il s'agit d'une prise en charge thérapeutique de groupe où des médiations sont utilisées, telles que : psychodrame, « qu'en dit-on ? », photo-médiation (dérivée du photo-langage), conte. Il est possible de prendre en charge individuellement sur une courte période de nouveaux patients avant de décider ensemble si oui ou non il/elle rejoindra le dispositif de groupe.

C'est ainsi qu'au fil des ans, le nombre de personnes prises en charge dans la consultation a progressivement augmenté, ce qui a nécessité la création d'un groupe thérapeutique supplémentaire (le premier étant destiné en général aux personnes ayant une injonction ou une obligation de soin longs et qui demande un engagement de deux ans de la part des patients et l'autre, créé plus tard, à l'intention des personnes ayant une injonction ou une obligation de soin moins longs et s'engageant pour un an).

Le cadre thérapeutique repose sur un contrat écrit passé librement entre les membres de l'équipe, le chef de service (représentant de l'institution) et le patient lui-même. En effet, même si les personnes reçues au sein de l'unité sont pénalement obligées, il reste à leur libre choix la façon dont elles exécuteront leur obligation. C'est donc un dispositif particulier, à la frontière du judiciaire et du soin en milieu ouvert, ou plutôt dans l'articulation soin/justice, puisqu'il s'agit à la fois de travailler avec l'institution judiciaire (qui veille au respect de l'intérêt général) tout en mettant en place un dispositif de soins où prévaut le respect de l'intérêt du patient.

C'est donc une double injonction à laquelle le professionnel se trouve confronté et qui, en tant que tel, va influencer sur son positionnement au sein du dispositif et plus largement dans l'institution dont il dépend : répondre à la demande sociétale et judiciaire, et donc se soumettre à la loi (ce qui détermine à la fois le cadre de son intervention au sein du dispositif lui même mais aussi le cadre légal dans lequel sa profession s'exerce de façon générale) et tenir une position éthique dans le cadre d'une relation thérapeutique avec le patient (engagement professionnel envers le patient, qui concerne la déontologie). Cela engage donc tout professionnel à s'interroger sur sa pratique et notamment sur les effets d'un tel dispositif sur les patients.

C'est dans ce sens qu'il y a un an, nous avons commencé une réflexion autour de la construction d'un outil d'évaluation, afin d'avoir un retour sur l'évolution des patients au sein du dispositif et des effets de celui ci sur les personnes concernées. Cet outil de recherche est un point de départ autour d'une réflexion plus générale sur la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (et particulièrement au sein de ce type de dispositif), et donc autour de ce qu'on appelle aujourd'hui « l'analyse des pratiques ».

Souvent assimilée à, ou synonyme d'une supervision prenant la forme de groupe de réflexion et d'échanges entre professionnels d'une même équipe afin de parler de leurs ressentis et de leur travail avec les patients grâce à l'intervention d'un intervenant extérieur (bien souvent un psychologue), il s'agit plutôt ici d'analyser objectivement les moyens mis en place, afin de repérer la cohérence et/ou les incohérences, les décalages, les dysfonctionnements dans la prise en charge des patients. Une analyse institutionnelle à la fois ciblée sur l'organisation des soins et les effets produits sur la prise en charge des patients.

Il s'agit de faire à la fois un état des lieux des moyens existants, et une évaluation de l'utilisation et de l'orientation de ces outils sur le terrain. Mais aussi, de façon plus générale, de quelle manière le dispositif est il à même d'évoluer, de se réajuster en fonction des changements auxquels il doit faire face (manque de personnel, flux de nouveaux patients, demandes socio-judiciaires, pression institutionnelle...) ?

Nous émettons l'hypothèse que le dispositif a évolué au sein des trois dernières années, à la fois dans la prise en charge à proprement parler mais aussi dans le développement d'outils propres à aider le travail thérapeutique.

Néanmoins, de part nos observations, nous supposons aussi que ces évolutions montrent encore une certaine variabilité d'un patient à l'autre, de part l'absence d'un protocole de prise en charge standardisé.

Dans notre travail, nous nous sommes donc attachés dans un premier temps à une recherche exploratoire de la littérature déjà existante concernant la spécificité cliniques des AVS, les traitements mis en place et le travail d'articulation santé-justice, qui constitue le cadre spécifique de ce dispositif et donc de notre recherche. Dans un second temps, nous développerons les principes méthodologiques sous-tendant notre travail, ainsi que les principaux résultats et analyses qui en découlent. Enfin, nous exposerons quelques réflexions concernant des préconisations que nous avons jugées pertinentes pour le fonctionnement du dispositif.

Prendre en compte la spécificité clinique des auteurs d'infraction à caractère sexuel

Jusqu'à 1970, l'auteur d'infraction à caractère sexuel était considéré comme un pervers impossible à soigner. Cette conception est l'héritage de la psychiatrie du XIX^{ème} siècle où la perversion tire son origine de l'hérédité-dégénérescence, ce qui relève d'une méconnaissance profonde de l'hérédité et d'une idéologie rédemptionniste inspirée des thèses de Louis de Bonald. En a émergé des modèles aux évolutions plus ou moins heureuses mais où s'inscrit la prédominance de l'instinct et de la constitution. C'est ainsi qu'à émergé le concept d'individu dangereux et de « l'agresseur sexuel » inamendable et inéluctable. Le « déséquilibre » du pervers le rend impossible à soigner.

Les recherches effectuées au début des années 1980 apportent de nouveaux éclairages et de toutes autres conclusions. Tout d'abord, la « perversion » est inadaptée pour rendre compte des conduites de violences sexuelles. De plus, ces conduites ne sont pas la symptomatologie d'une pathologie spécifique mais se trouve dans presque toutes les configurations psychiques, ce qui signifie que la délinquance sexuelle n'est pas une pathologie en soit, de même qu'elle ne saurait être considérée comme une « maladie ».

Par ailleurs, il s'agit plus d'un problème de violence que de sexualité ce qui pose la séparation entre « *perversion* » (souvent liée à l'érotisation) et « *perversité* » (qui a trait à la

destructivité et qui se trouve au premier plan psycho-pathologique de ces conduites). La violence sexuelle est considérée comme un agir pathologique mais il s'agit avant tout pour le sujet d'une conduite de survie psychique. Le passage à l'acte lui permet de protéger son identité fragile et son psychisme face à son propre effondrement. D'où la répétitivité des agirs et leur *modi operandi*.

D'autre part, on constate que pour la plupart des sujets, il ne s'agit pas d'une recherche ou de ressenti de plaisir mais plutôt une recherche d'apaisement ou de soulagement psychique face à une montée de tension que le sujet ne peut gérer ou se représenter. Ce qui exclut encore une fois le diagnostic de « pervers sexuel » (qui tient d'ailleurs plus de la morale populaire que de la psychopathologie). Néanmoins, on pourra rencontrer chez beaucoup de sujets des *traits* de perversion dans le fonctionnement psychique, qui viennent témoigner d'un mode de relation à l'autre particulier mais qui ne disent rien de la subjectivité du sujet et n'a rien à voir avec la sexualité.

Dans le même sens, on pourra dire que de façon générale, on retrouve souvent chez ces sujets une mauvaise définition de leurs limites psychiques (c'est-à-dire la capacité à se sentir différencié de l'autre, à se définir lui-même clairement). Cette caractéristique entraîne souvent une altération dans la reconnaissance de l'existence de l'autre qui a tendance à être confondu avec soi-même. On comprendra que dans ces conditions, le sentiment de culpabilité sera difficilement accessible pour ces sujets, voire dangereux/menaçant pour leur équilibre psychique.

Le registre surmoïque (les interdits intériorisés et qui forment la pensée « éthique » du sujet mais aussi les exigences envers soi-même) est peu présent et si c'est le cas se montre cruel, surdimensionné au niveau d'un idéal impossible à atteindre (Moi Idéal). Les moyens de défenses, sont souvent décrits par les auteurs comme « primaires » (peu élaborés et qui témoignent d'un registre de développement infantile ou psychotique) : répression de la sphère affective, déni, clivage. Le registre verbal est peu investi dans une logique de la décharge pour survivre.

L'agir est ainsi le mode privilégié de régulation psychique chez ces sujets. La difficulté à se représenter les tensions ou les conflits qui se jouent en eux font que ces tensions sont vécues comme des menaces d'un effondrement possible du sujet. La régulation par l'acte ne passe d'ailleurs pas que par le sexuel, bien souvent (autres faits judiciairisés ou non). On voit ici

l'importance de l'environnement (opportunités dans le passage à l'acte). Dans tous les cas, la victime est un élément de l'environnement que l'auteur utilise pour éviter de sombrer.

Pour la moitié des sujets, on retrouve aussi souvent des carences affectives précoces, avec des violences (sexuelles ou non) dans l'enfance. Ces sujets ont alors grandi dans un environnement insécure qui rendra difficile plus tard l'investissement d'un cadre de soins et entraînera des déficits multiples (sexualité, affectivité, habiletés sociales). On assistera alors à une défaillance dans la construction de leur narcissisme. L'organisation psychique qui en résultera sera plus ou moins pathologique. Souvent pour se protéger, la plupart d'entre eux ne pourront reconnaître et identifier leur souffrance psychique sous-jacente.

Cette souffrance est donc le plus souvent cachée, par une stratégie de survie psychique et pourra expliquer en partie l'attachement à des conduites infractionnelles. Évidemment, dans ces conditions, la demande d'aide est impossible, ce qui constituerait une blessure narcissique supplémentaire et insurmontable. Néanmoins, les sujets admettent en général la perte de contrôle inhérente à leur passage à l'acte. L'agir intervient comme tentative d'une reprise de contrôle par l'emprise sur la victime. Le plus important pour le sujet n'est pas le résultat mais le processus même d'agir pour recouvrir la maîtrise de la situation.

Ainsi, l'agir semble inévitable face aux angoisses annihilantes même si les sujets ont par ailleurs déjà été sanctionnés lourdement. Aussi, il est possible de mettre en place des conditions environnementales favorables à l'émergence d'une demande mais elles différeront d'un entretien classique pour un psychanalyste (on reviendra plus tard sur ce point)...

Il faudra néanmoins être attentif à ne pas « pathologiser » l'infraction sexuelle, faisant fi de la réalité subjective du sujet, qui ne réclame pas toujours du soin (ou n'y a pas intérêt). C'est là que le droit pénal et la médecine ont à trouver un terrain d'entente et où la formation des intervenants tant dans l'expertise que dans la mise en place de traitements spécifiques prend toute sa place. Individualiser la peine ne veut pas dire y associer systématiquement une injonction de soins au risque de dérives éthiques et à une perte de sens pour le sujet.

Enfin, le soin ne devra pas s'égarer sur les sentiers du judiciaire. Sa mission reste de traiter la souffrance psychique et non la récidive. Celle-ci doit être conçue, pour le soignant, comme l'expression d'une réitération et d'une répétition qui a tout à voir avec le fonctionnement du sujet mais qui ne se soucie pas de sa moralité, au risque de le condamner une seconde fois.

L'articulation santé-justice : intérêts et enjeux

Par la loi du 17 juin 1998, dite loi Guigou, et introduisant l'injonction de soins, le législateur montre une volonté de protéger la société et donc trouver des moyens à fournir aux auteurs pour rompre la cyclicité de leurs agirs (et éviter la récurrence). De cette manière, la sanction pénale pourra recouvrer ses trois vertus : punitive (retrait de la liberté), utilitaire/sécuritaire (protection des autres), et *réadaptatrice* (vertu rédemptrice).

Du côté des soignants, la question se pose d'accepter ou non cette alliance du judiciaire, au risque de se retrouver « auxiliaire de justice ». De plus, l'absence de demande de ces patients néanmoins en « obligation de faire », pourrait laisser encourir le risque d'un « faux travail » juste là pour répondre à la contrainte de soins. Ces considérations font fi des réalités psychiques des auteurs d'infraction à caractère sexuel, telles que nous venons de les décrire. Si la question du consentement pose question en droit (l'injonction de soins posant des conditions faisant pression sur la décision du sujet de s'inscrire dans une démarche de soins), la loi permet néanmoins de réunir des conditions favorables pour rencontrer le soin.

D'abord, la loi rompt la cyclicité de l'agir par l'inscription du sujet dans une nouvelle temporalité (le temps judiciaire) et l'interpellation (et donc la reconnaissance) de celui-ci à travers la sanction, ce qui tient d'un processus civilisateur. La loi définit des espaces d'intervention thérapeutiques (en milieu carcéral ou à l'extérieur). De plus, elle marque des temps précis par la durée de l'injonction de soins.

Pour les sujets sans demande, c'est l'instauration d'un « métacadre » (Ciavaldini, 2008) autorisant la mise en place d'un cadre réellement thérapeutique permettant au sujet d'en faire l'expérience. Selon, les temps judiciaires (instruction et jugement, incarcération, libération, suivi en milieu ouvert) et les lieux de prise en charge (détention ou espace libre et ouvert), les stratégies thérapeutiques seront différentes.

Mais quelque soit le mode d'intervention, c'est « l'intercontenance », c'est-à-dire le travail de réseau interdisciplinaire qui sera réellement thérapeutique pour le sujet. Le judiciaire doit étayer le cadre du soin, auquel s'ajoutera le cadre des travailleurs sociaux de l'insertion, et qui permettront de tenir compte de la complexité du sujet et de sa situation.

Il est primordial que ces cadres présentent une certaine porosité afin d'adopter un *langage commun* qui permettra de travailler efficacement dans une confiance partagée respectant les champs disciplinaires et professionnels et la déontologie de chacun tout en favorisant les échanges. Ainsi, le sujet pourra faire l'expérience d'un environnement attentif et fiable, qui lui permettra de faire l'expérience qu'une rencontre qui peut être lieu d'échange dont il est l'objet et qui respecte son intégrité corporelle et subjective.

D'autre part, en son absence, il pourra être pensé ailleurs et par d'autres que lui dans le souci de « baliser » un terrain d'avenir potentiel pour qu'il puisse poursuivre son chemin vers l'intersubjectivité humaine... Il nous paraît donc important, à présent, de faire un tour d'horizon des traitements actuels mis en place pour prendre en charge ce type de population.

Traitements actuels des auteurs de violences sexuelles.

Entre diversité et controverses...

L'approche psychanalytique.

De prime abord, on peut penser que l'emploi de méthodes psychanalytiques dans le cadre de mesures de soins (telles qu'injonction ou obligation de soins) est paradoxale voire antinomique. En effet, la psychanalyse prônant la non-intervention par autorité sur le sujet et la libre association permettant d'agir sur les processus de mentalisation, on voit mal comment elle pourrait se coordonner avec des mesures judiciaires imposant des soins pour une durée déterminée, dans un cadre de contrôle judiciaire, médical et social particulier.

De plus, dans le cadre carcéral, il paraît impossible de réunir les conditions classiques d'une cure psychanalytique (usage du divan, nombre et fréquence des séances, durée du suivi), et ce pour des raisons pratiques évidentes. Enfin, la non-demande et le type de pathologie rencontrée ne s'y prêtent pas. La libre association paraît impossible voire totalement inadaptée aux états-limites et à la rigidité des mécanismes de défenses le plus couramment rencontrés dans ce type de fonctionnement psychique.

Néanmoins, l'étude de Ciavaldini et Khayat en 1999 démontre qu'environ 50% des personnes détenues en prison pour des agressions sexuelles demandent immédiatement à

suivre une psychothérapie. De même, 62% des sujets ayant effectué un travail psychothérapique en prison (demandeurs ou non) jugent l'expérience positive du travail d'investigation effectué. La thérapie est alors aménagée selon des modalités différentes de la cure classique (face à face, intervention active du thérapeute, nombre de séance aménagé et souvent coordonné avec un autre type de suivi, présence d'une équipe thérapeutique faisant fonction de tiers dans la relation thérapeutique).

Pour être menée à bien, Balier préconise d'ailleurs la mise en place d'un cadre thérapeutique rigoureux, faisant participer toute l'équipe thérapeutique avec des formules de soins complémentaires telles que : réunions de groupe, relaxation, psychodrame, psychothérapie familiale. Trois types de soignants interviennent dans ces équipes pluridisciplinaires : médecin, psychologue, infirmier(e)s. Il n'en reste pas moins qu'en milieu extra-carcéral, la prudence est de mise afin de ne pas réactiver de façon trop importante des angoisses pouvant conduire à de nouveaux passages ou recours à l'acte.

Voyons maintenant quelques exemples de positions thérapeutiques inspirées des travaux Lacaniens et relevées dans la conférence de consensus du 22 et 23 novembre 2001 sur le thème « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle ».

- Bonnet (président de l'Association psychanalytique française) : Cet auteur reprend la distinction Moi/Je effectuée par Lacan ainsi que celle de plaisir et de jouissance. Le Je se caractérise comme la reconnaissance d'un soi différencié tandis que le Moi comporte une dimension sociale externe supplémentaire, permettant l'identification à une représentation de soi. D'un autre côté, la jouissance s'effectue toujours dans l'horreur et la sidération, marquant l'anéantissement de soi ou de l'autre, tandis que le plaisir est marqué par l'altérité qui s'inscrit dans le manque, et le désir encore inassouvi d'obtenir l'objet.

La jouissance se caractérise ainsi par une alternance de disparition/apparition de soi ou de l'autre, pour tenter de faire exister le Je. Aussi dans cette théorie, on fait l'hypothèse d'une « Je » pré-existant chez les auteurs de violences sexuelle ainsi qu'une « libido du sujet ». La prise en charge se caractérise par une écoute plus attentive du sujet, à l'écart de toute autre considération. La communication avec les autres intervenants du cadre thérapeutique et judiciaire est souvent mise de côté, ce qui nous semble poser problème sur au moins trois plans :

- Soutenir les fonctions du moi dans le cas d'une personnalité fragile.

- Dans le cas d'une menace imminente de récurrence, il paraît difficile de faire l'impasse sur la présence d'un tiers (judiciaire ou autre), une question déontologique voire légale.
 - De même, il paraît d'une nécessité morale d'avertir l'équipe thérapeutique si menace d'un nouveau recours à l'agir.
- Bourillon : Cet auteur paraît en totale opposition avec les idées et les courants de réflexion actuelle en psycho-criminologie. En effet, il reprend l'idée de Lacan qui présuppose que le « Moi est une illusion que la psychanalyse doit dissiper, afin que soit reconnu le Je du discours ». Aussi dans sa logique, Bourillon fustige tous ceux qui font intervenir le Moi dans la thérapie, arguant qu'ils ne sont que des « maîtres » qui tentent de « modeler » leurs patients à leur image, les prétendant « guéris » lorsqu'ils y parviennent. Aussi, cet auteur prône uniquement l'écoute de l'inconscient et interprète les agissements criminels comme une impossibilité de se séparer du sujet qui empêcherait ainsi l'émergence du désir et la subjectivité, entraînant par la même la répétition de la jouissance. Aussi, dans cette optique, simplement 5% des sujets incarcérés pour des faits d'agression sexuelle seraient accessibles à la thérapie (et donc à la « guérison »), ce qui nous paraît un retour en arrière proche des considérations du « pervers instinctif » incurable, loin des avancées actuelles en la matière...
- Constantini : Cet auteur met en avant que la difficulté de la prise en charge des auteurs de violence sexuelle tient avant tout de l'inconstance de leur demande. En effet, quand demande il y a, elle est souvent marquée par des intérêts tout autres que la mise à jour des causes du passage à l'acte, et liées notamment à des considérations matérielles (remise de peine, etc.). D'autre part, si la demande peut être travaillée ou être authentique, elle se heurte souvent à un barrage face au réel insoutenable de l'acte commis. Dans ce cas, « demander » serait synonyme d'affronter l'obscurité de ce qui fait hors-sens. Aussi, on observe une dissymétrie entre l'acte et le discours chez les auteurs. L'acte a été commis à leur insu mais ils y ont été poussés par une pulsion irrésistible. On assiste ainsi, selon Constantini, à une dualité du discours entre « C'est moi »/« Ce n'était pas moi ». Le sujet dit ne pas se reconnaître au moment de l'acte, clive cette partie de lui-même pour ne pas y être confronté, créant ainsi un « autre » énigmatique et effrayant. Aussi, l'auteur préconise-il de ne pas devenir, en tant que thérapeute, le conjurateur de cet autre diabolique, mais plutôt de réinscrire un lien de

continuité entre l'histoire du sujet et cet autre énigmatique qui l'habite et le constitue néanmoins. Ainsi, on s'attachera dans le travail à rattacher une valeur symbolique à l'acte, permettant de résoudre la dualité imaginaire projetée à travers de cet autre énigmatique. Il s'agira de faire émerger le familier dans cet autre étranger, en articulant le domaine fantasmatique au réel de l'acte. Ainsi, le sujet pourra se réapproprier cette figure angoissante de lui-même et non pas se déresponsabiliser de son acte.

- Travaux Canadiens (Institut Pinel). Les thérapeutes québécois font bien souvent la jonction entre positions cognitives et théories psychanalytiques inspirées des courants classiques de la psychanalyse (bien souvent française, plus qu'américaine).

Psychothérapies cognitives et comportementales

Ce type d'approche est surtout utilisé Outre-Atlantique, favorisant une réadaptation comportementale plutôt qu'un remaniement de la structure mentale du sujet. Elle s'oppose généralement aux approches psycho-dynamiques qui privilégient la compréhension des causes et des processus à l'œuvre dans le passage ou recours à l'acte, et qui considèrent ce dernier comme un aménagement défensif du sujet contre des angoisses d'anéantissement. Aussi, on aura tendance à considérer ce type d'approche plus « éducative » ou « pédagogique » que réellement thérapeutique.

Le but de ces approches est généralement centré sur la prévention de la récurrence, en mettant en place des stratégies permettant au sujet d'arrêter le déroulement d'une « chaîne comportementale » l'amenant au passage à l'acte. Les moyens proposés pour y parvenir sont assez diversifiés, et plus ou moins critiqués sur le plan de l'efficacité ou de l'éthique. Parmi les plus critiquées, on peut citer les méthodes basées sur la *désensibilisation réciproque* ou *l'aversion*. La première consiste à utiliser la relaxation, en exposant le sujet à des stimuli provoquant anxiété et inhibition. La seconde consiste à associer les troubles psycho-sexuels à un renforcement négatif, type chocs électriques ou vomissements provoqués. On comprend bien à quel point ce type de méthodes a pu provoquer de résistances de la part du milieu soignant.

Les thérapies cognitives actuelles les plus répandues s'axent beaucoup plus sur l'identification chez le sujet de *distorsions cognitives* (opinions, ou affirmations du sujet à propos de la victime, de l'interaction avec la victime, des faits, qui ne correspondent pas à la vérité et qui servent à justifier ou rationaliser, complètement ou en partie, son comportement ou qui minimalisent sa participation). Le but de ces thérapies est de mettre à jour la chaîne d'événements précédent et provoquant le nouveau passage à l'acte, d'apprendre au sujet à les identifier et de mettre en place des stratégies pour y remédier activement.

La finalité étant de responsabiliser l'auteur quant à ses actes en lui permettant d'acquérir un meilleur contrôle sur lui-même. Les stratégies mises en œuvre sont acquises via des apprentissages spécifiques et thématiques, comme des modules thérapeutiques tels que la motivation, le traitement des distorsions cognitives, le traitement de l'excitation sexuelle pouvant comprendre un volet pharmacologiques et psychothérapeutique, l'entraînement à l'empathie, la psycho-éducation sexuelle... Ces modules s'appuient sur des hypothèses théoriques basées sur des études statistiques, pas forcément toujours avérées (comme l'hypothèse non prouvée qu'en accroissant le sentiment d'empathie chez le sujet le risque de récurrence diminue).

Psychothérapies de groupe.

Il en existe de nombreuses formes (tant dans les modalités, ouvert ou fermé, que dans les protocoles de soins engagés) et nous en ferons ici un exposé relativement général, non exhaustif, le but étant d'en dégager les principes fondamentaux et communs à tous (le but n'étant pas de faire un « catalogue » de toutes les techniques existantes). Nous essaierons néanmoins de développer au mieux cette partie, qui nous concerne directement dans la suite de nos travaux, étant donné que l'évaluation portera sur un dispositif de soins groupal à médiation.

Groupe et institution

Il nous paraît important de développer quelque peu les particularités de la prise en charge groupale et de son inscription dans le milieu institutionnel afin d'en relever les avantages et sa pertinence dans le traitement des auteurs de violences sexuelles mais aussi nous permettre d'appuyer notre analyse ultérieure.

Tout d'abord, l'institution offre une organisation de soins qui constitue un cadre thérapeutique institutionnel posé à l'arrivée du patient. Le cadre de soin est représentatif de tous les acteurs avec ses références symboliques et repères identificatoires, au-delà des spécificités techniques du soin. Ce cadre forme ainsi une enveloppe qui entoure la méthode de travail thérapeutique et offre un premier contenant au sujet. Ainsi, dans le cadre, il nous faut prendre en compte le projet de soins mais aussi tous les liens non formalisés entre les individus, les groupes et les collectifs au sein de l'institution. L'institution fait du lien d'appartenance, c'est-à-dire, de l'identique et de l'identitaire, tout en construisant de l'altérité. En effet, les différentes instances créent du tiers, des étayages identificatoires possibles, qui permettent au sujet de sortir de la dialectique du même et de l'autre.

Pour rendre l'hétérogénéité instituante (c'est-à-dire structurante pour le sujet), il faut des cadres organisationnels ayant fonction de « matrice », par opposition à un cadre rigide. Il est nécessaire pour le sujet que les cadres forment une continuité de sens. Aucune structure, groupe, ne doit resté figé, ni se refermer sur lui-même. Pour cela, il est nécessaire de faire intervenir un tiers articulé au sein du projet de soins. C'est l'emboîtement des espaces, des psychismes, des groupes, des aires de transitionnalité (au sens de Winnicott), que des étayages identificatoires peuvent être trouvés et qu'un sujet peut advenir. La « contenance souple » du cadre permet le déroulement d'un processus où s'entremêlent réalité et fantasme, reconstruisant une dynamique psychique que le sujet pourra internaliser, s'approprier. Aussi, le cadre institutionnel pourra offrir un étayage corporel, psychique, social.

Le patient pourra ainsi dépasser le modèle familial, dans un lieu de restructuration, de socialisation dans divers cadres thérapeutiques spécifiques. Ceux-ci doivent être clairement délimités (en-groupe/hors-groupe) et ainsi instituer du tiers. Bien souvent, les limites psychiques des patients auteurs de violences sexuelles sont floues, avec une problématique des limites dedans/dehors. De la même manière, les limites psychiques de l'autre sont souvent perçues comme influençables, manipulables, maitrisables. L'expérience au sein de

l'institution doit permettre l'établissement de frontières sûres, non effractables, résistantes pouvant assurer le passage entre l'interne et l'externe, dedans/dehors, sans que la spécificité de cet espace soit perdue. En d'autres termes, l'expression du sujet doit être possible, sans toutefois ébranler le cadre établi. Aussi, les espaces doivent être différenciés : le groupe de parole est différent du groupe relaxation, de l'art-thérapie, ou même de la consultation individuelle etc.

Néanmoins, comme on l'a mentionné plus tôt, les différents espaces thérapeutiques doivent être articulés, pour lutter contre le clivage, rechercher un équilibre entre lien et séparation et ainsi offrir les moyens d'un travail d'analyse. Aussi, un temps de reprise élaborative de ce qui se vit, s'éprouve, se pense dans les différents espaces thérapeutiques doit pouvoir se mettre en place. Celui-ci peut prendre différentes formes : réunion de synthèse, supervision, etc.

Groupe et psycho-pathologie des auteurs de violences sexuelles

L'acte ou le passage à l'acte peut être conçu comme une résolution de tensions suscitées par une activité psychique insupportable, si l'on en croit les positions de Balier ou de Ciavaldini. Dans cette théorisation du passage à l'acte, penser est source de danger, toute attention sur le vécu intérieur perçue comme une intrusion insupportable car venant attaquer les aménagements défensifs en place. Aussi, la place de l'autre (autre comme sujet ou/et comme thérapeute) paraît au centre de ce type de problématique.

Souvent, dans la relation thérapeutique duelle, la parole semble se « dévitaliser » (le discours est creux, superficiel), voire se heurter au travail thérapeutique. Le travail de groupe peut aider face à ses difficultés, même s'il n'a pas vocation à se substituer à tout autre moyen thérapeutique. Cela étant dit, le groupe de part sa définition même fait tiers entre l'individu et l'autre (soignant ou soigné). C'est en soi une médiation aux relations. Un tiers protecteur contre la fusion, un tiers favorisant le lien à l'autre. La question de la place est ici fondamentale : dans la famille, dans la fratrie, dans l'histoire, par rapport au père, à la mère, dans la hiérarchie familiale ou sociale. Ces dynamiques se rejouent et s'actualisent dans la situation groupale, projetant la situation familiale du sujet, qui permet un support d'analyse bien utile pour le thérapeute.

Aussi le groupe permet au sujet de sortir de son isolement, de parler de son histoire personnelle par la libre association et la libre expression, notamment dans les groupes de parole. Le sujet va ainsi pouvoir se retrouver dans l'autre et s'en différencier par le jeu des ressemblances-différences avec les autres patients. La parole va ainsi rebondir au sein du groupe et se maintenir vivante. Cette dynamique favorise la levée des secrets, permet de rompre avec le silence par le partage d'expériences et le cadre protecteur du groupe. Cela est propice à la déstabilisation par rapport à des certitudes personnelles et donc à une remise en question, une « mise au travail » individuelle.

Le groupe-miroir confronte le sujet à une prise de conscience de l'autre semblable et différent, permet les identifications, en particulier à la victime. Se voir dans les yeux d'un autre semblable et différent permet au sujet de se voir, de se penser en tant que victime, ce qu'il a souvent été. La question de la place de soi en tant qu'objet et en tant que sujet permet la prise de conscience possible de l'acte, et restitue le patient en tant qu'auteur de sa propre histoire.

D'autre part, la problématique du dedans/dehors est souvent au premier plan chez les AVS, l'intersubjectif ayant tendance à se mêler avec l'intra-psychique. Le groupe, en tant qu'entité à part entière, impose le secret sur ce qui se vit, retraçant ainsi des frontières dedans/dehors rassurantes et fiables. Le groupe peut ainsi offrir un étayage sur des objets externes solides et permanents, particulièrement indispensables pour les AVS, pour qui les objets primaires d'attachement ont pu être défailants et ne pas être introjectés de manière satisfaisante. Les thérapeutes ainsi que le cadre du groupe vont constituer des objets externes solides malgré les attaques et ainsi être peu à peu introjectés par le sujet. De même, les liens entre les objets vont pouvoir être introjectés eux aussi et permettre un espace de jeu intériorisé. Ainsi, des fantasmes souples et labiles vont remplacer des scénarii réifiés chez le sujet et faire émerger une dynamique psychique nouvelle.

Groupe et thérapie individuelle

Comme nous l'avons montré plus haut, la relation duelle thérapeute-patient peut poser problème dans le cas de la prise en charge d'auteurs de violences sexuelles, se caractérisant souvent par une inhibition massive de la parole ou au contraire une logorrhée, étouffant ainsi

le discours du sujet. Évidemment, ces manifestations sont souvent l'expression de moyens défensifs venant pallier une angoisse massive dans le face à face. Au sein d'un groupe, la parole peut se trouver libérée par la levée de certaines angoisses, notamment celle du silence, car celui-ci sera alors « dilué » et devenir ainsi plus supportable que dans une relation duelle où il pouvait représenter une menace de vide très angoissante pour le sujet.

Du côté du thérapeute, la sensation d'être parfois « vampirisé » dans la relation duelle, par un mécanisme d'identification projective du sujet, mettant en place une emprise sur la psyché du thérapeute et le déni de sa qualité d'autre et différent peut provoquer des passages à l'acte des deux côtés. Dans le groupe, le transfert se trouve « diffracté » (au sens de Kaës) sur l'ensemble des participants, et non centré sur un seul thérapeute. Cela rend ainsi supportable le transfert des deux côtés, le sujet pourra peu à peu ressentir, éprouver et penser ce qu'il vit dans le groupe.

Aussi, le travail de contre-transfert et d'inter-transfert est fondamental, permettant la confrontation des éprouvés dans un dispositif de co-thérapie. Ainsi, le vivant pourra prendre le pas sur l'emprise mortifère et permettre au thérapeute de rester indestructible contre les attaques du patient. Par la même, la mise en groupe peut parfois représenter un bon préalable à la rencontre duelle, en la rendant ainsi plus tolérable.

Techniques de groupe

Comme dit précédemment, les modalités du groupe peuvent être variées. Les groupes « ouverts », autorisant l'arrivée de nouveaux patients en cours d'année ou de cycle de travail, permettent souvent d'assurer une continuité à l'existence de groupe dans une institution ou un dispositif où les patients restent peu de temps, par exemple. Le travail pourra alors s'effectuer autour de la séparation, le souvenir, la rupture ou la coupure (souvent problématique chez les AVS). Le dispositif peut permettre un travail de symbolisation, de mise en mot des affects traumatiques.

Au contraire, les groupes « fermés » (avec une session définie, un nombre de patients ne changeant pas) permettent de créer et de travailler autour d'une cohésion de groupe, avec un sentiment de sécurité plus grand. On pourra y voir se nouer des liens d'attachement,

rejouer des modes d'interactions propres à chaque sujet, et les travailler avec les patients. Évidemment, dans ce type de dispositif, la fin de groupe doit être anticipée et à travailler.

Dans tous les cas, il semble impératif de mettre en place un cadre rigoureux. Les références théorico-cliniques des thérapeutes doivent se retranscrire dans l'application stricte du cadre mis en place. Le cadre doit servir de contenant, de continuité, de fiabilité, permettant une délimitation claire et une stabilité pour le patient, quelque soit les références théoriques employées. La permanence et l'indestructibilité du cadre doivent rendre l'expérimentation de penser non destructrice pour le sujet et pour les autres. D'un autre côté, le cadre doit être suffisamment souple, vivant pour être structurant pour les patients, les soignants, et sur d'autres ensembles institutionnels qui ne sont pas régis par des règles aussi précises. Le cadre est garant de la sécurité de tous. Ainsi, la parole adressée est reconnue dans sa dimension d'altérité. Les échanges doivent permettre au sujet d'être reconnu dans sa dimension psychique.

Thérapies à médiation corporelle

L'approche corporelle est issue de la pratique en psychiatrie, sous différentes formes, thérapies, comme la rééducation, la psycho-motricité, la relaxation... Ces techniques s'apparentent à la sophrologie, toute visant un état de détente proche du sommeil. Dans le traitement des AVS, ce type d'approche devrait permettre d'aider le sujet à accéder un sentiment d'identité. Selon Freud, les limites du Moi trouvent leur projection sur les limites corporelles. Chez Anzieu, on peut se référer à la théorie du « Moi Peau ».

L'état de veille favorise le rêve, les fantasmes, un certain état de dépersonnalisation dans des conditions rassurantes et contrôlées. Cet état devrait favoriser la réorganisation psychique nécessaire à la levée du déni et des mécanismes de clivages permettant la mise en place d'un nouveau fonctionnement. Attention néanmoins à la pratique de telles techniques en milieu ouvert où l'angoisse liée à cet état de dépersonnalisation peut être plus difficile à contrôler et favoriser des passages à l'acte.

D'un point de vue théorique, le sentiment d'unité corporelle se fonde à la fois sur la perception venant du corps et l'expression des éprouvés. C'est le sentiment d'unité au niveau de l'espace interne qui permet une meilleure différenciation entre l'externe et l'interne. Ce

sentiment d'unité se développe précocement à travers la relation mère-enfant et c'est donc dans un mouvement de régression que la thérapie permettra de réactiver les bases du Soi infantile. Cet état particulier devra au préalable être accepté sans angoisse de la part du patient pour s'effectuer sans danger, dans un cadre rassurant et la présence « maternelle » du thérapeute.

Aussi, on peut dire que la représentation de soi s'effectue grâce à l'intériorisation des limites dedans-dehors, via des processus de subjectivation. La subjectivation peut se définir comme étant la capacité de se voir soi-même sans se sentir coupé du monde. Ce processus fait appel au « double retournement pulsionnel » (décrit par Balier) : retournement d'une position passive à une position active, retournement sur sa personne propre (se voir dans le regard de l'autre) entraînant une relative passivité permettant la réceptivité sans réveil d'un sentiment d'anéantissement.

Enfin, dans toutes les thérapies utilisant des médiations corporelles, quel qu'elles soient il s'agit de maîtriser la violence du sujet, en instaurant la règle de l'interdiction du toucher. En effet, les participants ne doivent en aucun cas se toucher. Il s'agit ainsi de substituer la représentation à l'acte et à la perception.

Le psychodrame

Il nous a semblé utile de détailler quelque peu cette partie en abordant un type de médiation corporelle spécifique : le psychodrame. Cet intérêt particulier est motivé en ce qu'elle est une médiation importante dans le dispositif de soins mis en place de l'unité fonctionnelle de Coulommiers. D'autre part, cette médiation connaît un certain engouement dans le traitement des AVS, quel que soit les institutions, ce qui mérite qu'on s'y attarde quelque peu.

Le psychodrame est une technique qui permet le repérage et la mise en lien des objets internes du sujet. Il peut être individuel ou de groupe, avec des protocoles différents (notamment fonction des écoles théoriques, que ce soit celle d'Anzieu avec le psychodrame analytique ou celui Morénien, de Moreno). L'éclairage des processus internes chez le sujet permet la levée des refoulements, la mobilisation des clivages, tout ce qui favorise un réaménagement topique, dynamique et économique. Dans cette technique, le corps est mis en

jeu, en ce qu'il fait tiers entre le sujet et son environnement. Chez les AVS, on repère souvent un fort accrochage au perceptif, aux apparences, aux mimiques, bref à la « présence corporelle » de l'autre (thérapeute ou autres patients).

L'écart entre ce que le patient croyait tenir comme rôle et ce qu'il a joué réellement provoque en général un certain sentiment d'étrangeté. Les thérapeutes doivent alors jouer un rôle de pré-conscient, capacité à gérer la distance et l'excitation face à des patients souvent en défaut de « mentalisation » (capacité à mobiliser des représentations, à symboliser). Afin d'aider à constituer un cadre contenant et rassurant permettant la mise en place d'une chaîne associative pour le sujet, il s'agit de poser une méthode et des règles précises, notamment au sein d'un groupe. Notamment, les règles d'assiduité, de libre association, de discrétion, de restitution et de faire semblant sont souvent au cœur de ce type de dispositif.

Quant au jeu lui-même, Sorriaux et Balier notent que les participants attribuent souvent des « doubles narcissiques négatifs » aux thérapeutes, qu'ils peuvent attaquer ou des représentations d'imagos parentales qu'il leur est impossible d'assumer. Il est à noter que dans ce genre de dispositif, les patients attribuent des rôles aux thérapeutes, alors qu'au sein de l'unité fonctionnelle de Coulommiers, les thérapeutes se désignent eux-mêmes pour jouer (ou non) un rôle dans les scénarii proposés. Néanmoins, les remarques de Sorriaux et Balier nous semblent particulièrement pertinentes y compris dans ce type de fonctionnement. Il paraît donc primordial que le psychodrame favorise la réintériorisation du « théâtre interne » des patients qu'ils ont massivement projeté à l'extérieur. Ainsi, le sujet peut redevenir auteur de ses conflits, de son histoire.

Aussi le psychodrame favorise l'expression des affects, incitant le patient à penser par lui-même en le mettant au « devant de la scène » de ses conflits intérieurs. Chez les AVS, on repère souvent de la confusion des imagos, des sexes, des générations, entre extérieur et intérieur... Le psychodrame propose une figurabilité aux objets et facilite la levée de la confusion (de même que le groupe, lorsque le psychodrame s'exerce dans cette configuration). Le psychodrame permet de mettre en scène ce qui n'est pas représentable pour les patients de prime abord. Il permet de rapprocher les parties clivées du Moi. Les AVS vivent souvent dans la menace de l'emprise de l'extérieur. Le jeu de ces parties du Moi peut être mis en scène dans le psychodrame sans que surgisse un risque de désorganisation trop violent.

Les thérapies actives

Ce type de prise en charge peut être décrit comme un éclectisme thérapeutique mêlant approche psycho-dynamique et cognitive. Le but étant d'envisager le changement qui replacera l'interdit comme organisateur de la vie sociale du sujet.

Dans cette optique, le thérapeute est un trait d'union entre la loi et le soin. La loi est centrale et permet de mettre en place un processus de subjectivation et à tenter d'engager le patient dans un regard sur lui-même qui l'autorisera à reconnaître l'altérité.

Les traitements médicamenteux.

L'usage de traitement anti-androgéniques (acétate de cyprotérone ou agonistes de la LH-RH) a été introduit dans le traitement des auteurs de violences sexuelles dans le cadre de la loi du 17 juin 1998, dite « Loi Guigou ». Sans entrer dans les détails, l'arrivée de ce type de médicaments a suscité de nombreuses controverses, notamment dans ses aspects éthiques.

Le but de ce type de traitement est d'agir rapidement sur un symptôme, à savoir le comportement répréhensible du sujet. Le procédé vise à freiner le désir et l'activité sexuels chez un sujet qui ne pense pas pouvoir maîtriser ses pulsions. Pour cela, il est nécessaire que le patient prenne conscience d'une anomalie dans son mode de fonctionnement, cette prise de conscience passant généralement par la crainte de la répression judiciaire, ou par des pressions familiales, sociales, judiciaires. Il est recommandé d'agir en parallèle au niveau psychologique, le traitement pouvant permettre de créer une situation favorable de psychothérapie individuelle ou de groupe.

Le traitement doit permettre au patient d'aborder un travail au long cours avec plus de sérénité, en diminuant le risque d'interrompre celui-ci par la récurrence. Ce type de traitement doit aussi favoriser la réinsertion pour les auteurs reconnus irresponsables.

Selon le Dr Cordier, il est plus simple de créer une alliance thérapeutique avec des pédophiles dits « conflictuels », c'est-à-dire capables d'appréhender leurs contradictions internes. Le médecin prescripteur pourra alors aider le sujet à « dominer » sa pédophilie.

Ce même auteur note cependant certaines limites dans l'usage de ce type de

traitement. Tout d'abord, le peu de recul par rapport aux éventuels effets secondaires (les autorisations de mise sur le marché pour ce type de traitement étant très récentes) devrait pousser les médecins à la plus grande prudence quant à la prescription de traitement hormonal.

Le consentement libre et éclairé du patient paraît primordial dans ce cas, ce qui semble encore difficile dans le cadre judiciaire actuel de l'injonction de soins. D'autre part, il est très important de noter que ce type de traitement ne modifie pas l'orientation sexuelle, ce qui pose par là-même le problème de la durée de prescription... Enfin, l'efficacité des traitements médicamenteux n'est pas garantie. Cordier rappelle que seul l'effet biologique est garanti, pas l'absence de récurrence. Pour finir, la position passive du patient peut aussi être contre-productive en ce qu'elle permet à ce dernier d'éviter d'aborder les conflits psychiques sous-jacents à son comportement répréhensible. En cas de récurrence, il existe un risque de déresponsabilisation en confondant récurrence et échec thérapeutique (déplacement de la responsabilité vers le prescripteur). Ainsi, au regard de ces différents éléments, il paraît primordial que le médecin prescripteur ait une bonne maîtrise de la relation au patient, où cohabitent l'objectif de soigner et celui d'empêcher de nuire.

L'unité AVS de Coulommiers

En janvier 2009, et afin de répondre à un besoin d'utilité publique et judiciaire, un groupe thérapeutique pour auteurs de violences sexuelles en injonction ou en obligation de soins a vu le jour à l'initiative de Micheline Mehanna, psychologue et responsable du projet jusqu'à son départ, et du Dr. Velot (chef du service de psychiatrie de Coulommiers). Il s'agit donc d'un dispositif de soins en milieu ouvert, les personnes reçues ayant déjà été condamnées par la justice.

De fait, ce dispositif, bien qu'en lien avec l'institution judiciaire qui lui adresse ses patients et avec laquelle il travaille (notamment au travers de réunions avec les médecins coordinateurs, les Conseillers d'Insertion et de Probation et le Juge d'Application des Peines), se situe bien dans la sphère du médical et du soin et non dans le cadre judiciaire. Les intervenants disposent donc d'un droit de retenue et les patients bénéficient du secret médical. Cela implique aussi une position neutre et bienveillante des thérapeutes vis à vis des patients, hors de tout jugement moral autour des actes commis par les patients et une considération des sujets en tant qu'individus et non en tant que prévenus/ex-détenus, préalable nécessaire à tout travail thérapeutique. De plus, cette indépendance vis à vis du milieu judiciaire permet aussi au patient de profiter d'une certaine liberté d'expression, sans crainte de jugement ou de stigmatisation.

D'un point de vue théorique, ce groupe thérapeutique repose sur l'hypothèse que les auteurs de violence sexuelle, notamment (mais c'est aussi le cas dans tout autre type d'agir infractionnel), souffrent d'un défaut de symbolisation, c'est à dire d'une rupture de la liaison par la pensée entre l'éprouvé et la mise en mot, qui les empêcherait d'élaborer le passage à l'acte. Il a donc été créé afin de favoriser les processus de subjectivation (processus par lequel un individu prend conscience de son existence en tant que sujet différencié et accède ainsi à l'intersubjectivité) et l'élaboration du passage à l'acte au travers de différentes médiations (Psychodrame analytique, Photolangage, "Qu'en dit-on ?", Conte).

Néanmoins, si les bases théoriques sous-jacentes à la création du dispositif sont toujours les mêmes, il est important de noter que la structure du dispositif a évolué. En effet, au moment de sa création, il n'existait qu'un seul groupe thérapeutique accueillant en son sein

huit patients, tous des hommes. Aujourd'hui, il existe deux groupes pour une quinzaine de patients et une femme a intégré le dispositif depuis un peu plus d'un an. De plus, les groupes auparavant rattachés au CMP sont aujourd'hui une unité fonctionnelle à part entière avec un fonctionnement autonome et un statut officiel, ce qui implique aussi de nouvelles obligations et responsabilités pour les thérapeutes et une gestion nouvelle (notamment au point de vue administratif).

Concernant l'équipe thérapeutique, elle se compose actuellement de deux médecins psychiatre, de deux psychologues, trois infirmières, et d'une stagiaire psychologue. Ce nombre qui peut paraître important est justifié par le besoin de contenance et d'étayage des patients au sein des groupes thérapeutiques. De plus, l'équipe ne se trouvant pas toujours au complet pour diverses raisons professionnelles ou personnelles, il est important qu'un « noyau dur » puisse être conservé durant les séances de groupe : à minima la présence du psychiatre, d'un psychologue et de deux infirmières.

En général, le nombre des thérapeutes au cours d'une séance est de six ou sept, et en séance individuelle au minimum de deux (un psychiatre et/ou un psychologue et une infirmière). Là encore, cela permet de soutenir et d'étayer les patients. De plus, d'un point de vue thérapeutique, il est quasiment impossible pour un seul thérapeute de gérer et de contenir un groupe de patients seul. En effet, le contexte du groupe tout autant que les séances individuelles peuvent parfois susciter de l'angoisse et de forts mouvements défensifs en faisant notamment émerger une grande violence psychologique de la part des patients.

Aussi, ce dispositif groupal n'est-il pas adapté à tout individu, c'est donc pourquoi chaque patient est d'abord reçu en individuel pour un minimum de trois entretiens d'évaluation. Il lui sera demandé d'apporter son acte de jugement, sans quoi l'intégration dans un des groupes ne pourra être envisagée. Il est en effet important que la réalité des faits judiciairisés soit exposée et clairement énoncée, afin que cela n'ait pas à être discuté par la suite.

Durant le premier entretien clinique, tous les aspects de la vie du sujet sont abordés : personnel, social et familial, médical, professionnel... Dans un deuxième temps, l'affaire judiciaire et les faits sont évoqués et interrogés du point de vue du sujet. Enfin, la question de l'intégration dans un groupe est abordée et finalisée par la signature d'un contrat thérapeutique engageant le patient à se présenter à chaque séance de groupe aux dates convenues et sous réserve que l'équipe thérapeutique s'accorde pour trouver ce type de prise en charge adapté. Ce contrat est signé par le patient, l'ensemble de l'équipe thérapeutique et le chef de service. Un exemplaire est conservé dans le dossier du patient.

Une fois le groupe intégré, il est remis à chaque patient une attestation de présence à la fin de la séance tamponnée au nom de l'établissement. Dans l'intérêt du respect du cadre du groupe, il est demandé aux patients de respecter certaines règles, à savoir : la règle de confidentialité (ce qui se passe durant le groupe reste dans le groupe, corollaire du secret médical que les thérapeutes appliquent), règle de ponctualité (les personnes en retard n'étant pas admises dans le groupe), respect mutuel des individus et de la parole de chacun, et enfin les patients ne doivent pas se présenter sous l'influence de l'alcool ou de toxiques.

Les médiations

Cette année, les deux groupes constitués au sein de l'unité ont principalement utilisé la photomédiation, le « qu'en dit-on ? » et le psychodrame, pour des raisons pratiques. Il est probable qu'à la prochaine session, le conte soit à nouveau intégré dans le programme de soins pour au moins l'un des groupes.

La photomédiation

Cette médiation est basée sur le Photolangage, méthode de travail de groupe créée en 1965 par des psychologues et sociologues Lyonnais. Il s'agit d'un travail à partir de planches photographiques que l'on présente au groupe afin de favoriser l'élaboration et la symbolisation. Cet outil est destiné à faciliter le travail en groupe. Principalement utilisé en formation, il a été intégré à des pratiques thérapeutiques et a été initialement utilisé avec des adolescents difficiles. Mais l'expérience de la pratique du Photolangage a permis de montrer la pertinence de cette méthode pour le traitement de la souffrance narcissique, les effets sidérants des traumatismes, la violence interne, les troubles de l'identité etc. (Vacheret, 2000).

La médiation par la photographie, de part sa construction, fait appel aux processus associatifs qui sont absents chez les individus souffrant d'un défaut de symbolisation. Cette méthode est donc indiquée pour des individus qui ont des difficultés à associer.

La différence entre le Photolangage – marque déposée – et la photomédiation tient au fait que l'équipe n'utilise pas les planches du Photolangage, ayant fait sa propre sélection

d'images en couleur, mais le principe du déroulement d'une séance reste le même. Cela s'explique par le besoin de renouveler le matériel utilisé dans le Photolangage (datant des années 1960, 1970 et 1980) et le coût d'achat du matériel du Photolangage (celui-ci étant protégé).

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

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

Le psychodrame

Le psychodrame est une technique qui a été créée par Moreno dans les années 1930 et qui a été reprise par Anzieu dans le cadre du CEFFRAP (Centre d'Études Françaises pour la Formation et la Recherche Active en Psychologie). Il s'agit ici du psychodrame psychanalytique – à ne pas confondre avec le psychodrame Morénien – technique la plus répandue à l'heure actuelle en France. Nous allons maintenant décrire le psychodrame tel qu'il est utilisé au sein de l'unité AVS de Coulommiers et les principes sous-jacents à son utilisation dans ce cadre.

Le psychodrame, par la mise en scène dans le réel de situations conflictuelles individuelles va permettre au participant de rejouer ses conflits et d'y trouver une issue dans le réel. Il pourra ensuite l'intégrer psychiquement et soulager ainsi des conflits pulsionnels qui ne peuvent être exprimés par la parole. À ce sujet, nous reprendrons ici une citation de C. Guedeney, parlant des acteurs dans le psychodrame, qui nous paraît très à propos : « Nous croyons que le support d'un objet externe est indispensable à tout travail fantasmatique sur l'objet interne chaque fois que l'excitation et la tension d'excitation, la violence d'une fantasmatique mal élaborée, sont menaçante pour l'unité du Moi ».

La mise en acte, tout comme le passage à l'acte pour les auteurs d'infraction, permet la décharge des pulsions mais s'exprime de façon adaptée et thérapeutique parce que contenue par le cadre clinique et institutionnel et interprétée dans ce cadre. En effet, il existe des règles fondamentales en psychodrame qui garantissent la sécurité psychique et physique des joueurs tout en leur permettant une grande liberté d'expression. Tout d'abord, la règle de l'imaginaire : tout peut être dit, fait, tout le monde a le droit à la parole, y compris les objets inanimés. Tout est possible.

La deuxième règle, quant à elle, est celle du faire semblant, limitation de la première. On ne fait rien « en vrai » : les participants ne se touchent pas, n'utilisent pas les objets réels de l'environnement, tout est mimé. Ainsi, les limites corporelles et psychiques des patients sont respectées. Enfin, deux espaces sont clairement distingués, comme dans le Photolangage : aire de parole et aire de jeu.

Le psychodrame se déroule en trois étapes :

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

Le « Qu'en dit-on ? »

Il s'agit ici d'un jeu qui permet de confronter les patients à des situations sciemment ambiguës et ainsi de les encourager à élaborer une réflexion autour de ces situations afin d'y trouver une réponse, ou une solution. Cette élaboration est soutenue par le reste du groupe qui participe lui aussi à la solution.

Le jeu commence par le rappel des consignes par le garant du jeu, posant ainsi un cadre étayant pour le groupe et permettant l'expression libre et son respect dans tout le groupe. Le matériel utilisé est un jeu de cartes présentant différents types de situations

ambigües/conflictuelles exprimée dans une image et une phrase, chaque type étant représenté par une couleur (au dos de la carte). Les cartes sont posées face cachée sur une table et par catégorie de couleur.

Le joueur doit lancer un dé dont les faces sont différenciées par les couleurs correspondant à celle des cartes. Il tire la carte en fonction de la couleur du dé qui sort et le garant du jeu lit la carte devant tout le groupe à haute voix en montrant la carte. Le joueur doit ensuite décider si la situation énoncée est pour lui acceptable, non acceptable, discutable ou interdite par la loi. Il justifie son choix devant le reste du groupe et la discussion est ensuite lancée avec le reste des participants.

À la fin des débats, les textes légaux relatifs au type de situation peuvent être lus par le garant du jeu, et le joueur peut décider de confirmer son choix ou de le changer. Ce jeu a pour intérêt de stimuler la discussion et la réflexion dans le groupe, d'ouvrir le champ des possibles pour le joueur, soutenu par le groupe dans l'élaboration d'une solution à un conflit. De plus, de par son caractère extérieur, les joueurs ne se sentent pas menacés par les situations exposées (qui peuvent être d'ordre varié), pourtant proches de celles qu'ils ont pu vivre ou vivent. De plus, le joueur bénéficie du rappel des limites du réel et de la loi, garanties par le garant du jeu.

Néanmoins, après avoir utilisé cette médiation pendant quelque temps, nous nous sommes aperçus que les patients avaient de plus en plus tendance à se réfugier dans les textes légaux et le cadre judiciaire pour trouver des solutions aux situations exposées, faisant ainsi l'économie d'une réflexion personnelle plus individuelle et authentique. Cela était notamment induit par le nombre limité de réponses possibles définies par les règles du jeu. Il a donc été décidé de supprimer le livret juridique lors des sessions suivantes.

Le conte

Il s'agit ici de lire devant le groupe un conte (en général des classiques de la littérature populaire en version originale). L'un des thérapeutes fait la lecture à haute voix et il est demandé au groupe d'écouter attentivement avant de discuter de ses ressentis et de ses réflexions quant à l'histoire qui vient d'être lue.

Cela permet à chacun de s'exprimer et de prendre librement la position de tous les personnages de l'histoire (qu'ils soient « méchants » ou « innocents »). La métaphore permet une certaine distanciation qui ne met pas en danger les participants tout en restant proche de leur problématique. Ils peuvent ainsi explorer la position de l'agresseur, mais aussi de la victime au travers de l'histoire et d'y retrouver certains de leurs conflits.

La discussion permet de mieux explorer les situations rencontrées par les personnages et d'élaborer autour de leurs motivations et conflits. Ainsi, les participants du groupe peuvent y trouver des éléments de leur propre histoire et problématique. Plusieurs issues aux conflits sont généralement exprimées par les participants, contrariant parfois la fin de l'histoire. Cela participe ainsi à l'élaboration chez les patients qui peuvent faire leur les solutions trouvées.

Des parallèles sont souvent faits avec la vie de tous les jours afin de retranscrire la fantasmagie du conte au réel et faciliter ainsi les processus associatifs et de symbolisation.

Les patients

En ce qui concerne les patients accueillis au sein du dispositif, il s'agit principalement d'hommes (et une femme) aux profils de vie très divers. Tous sont en injonction ou en obligation de soin pour des durées allant d'au moins 1 an à des dizaines d'années.

Les motifs d'inculpation et les peines de prison sont aussi variés (téléchargements pédo-pornographiques, attouchements/viols sur mineur de 15 ans, inceste, attouchements/viol sur personnes majeures avec ou sans motif d'aggravation, exhibitionnisme,...).

Les âges varient entre 20 et plus de 70 ans, les situations économiques et socio-professionnelles sont aussi très différentes (certains sortent de prison et sont hébergés dans des centres sociaux, d'autres vivent chez des proches, d'autres encore vivent seuls, exercent ou non dans des domaines variés).

Aussi, le niveau socio-culturel des patients varie aussi beaucoup ainsi que le niveau intellectuel. Enfin, les situations familiales et les histoires de vie sont très différentes. En terme de structure psychique, il en est de même : on peut observer aussi bien des structures à tendance névrotique que perverses, état-limite et psychotique (en moindre proportion il est vrai).

Certains suivent un traitement médicamenteux dans le cadre d'un suivi psychiatrique. Il est donc impossible de déterminer un possible profil-type des patients reçus au sein des groupes thérapeutiques et c'est tout l'intérêt de l'observation clinique. Ces observations vont de le sens des principes théoriques énoncés plus haut. De même, ces groupes thérapeutiques n'ont pas pour but de travailler sur le passage à l'acte (celui ci n'est pas évoqué lors des séances de groupe) mais bien avec et pour le sujet.

Méthodologie

Afin de mener à bien notre analyse, nous avons décidé de nous pencher sur le matériel fourni par le dispositif lui-même : les dossiers des patients, mais aussi les comptes-rendus écrits des séances de groupe, et nos notes lors des réunions de supervision. Ce matériel est une trace de la vie du dispositif et fournit des données précieuses sur son fonctionnement. Il est aussi un reflet de son évolution, tout au long de ces trois dernières années.

Pour que notre analyse soit le plus représentative possible, nous avons sélectionné 12 dossiers, en écartant les dossiers trop particuliers pour être représentatifs du fonctionnement du dispositif habituel (notamment un patient suivi en individuel par un psychologue et une infirmière du dispositif en plus de la prise en charge groupale, et une patiente qui vient aux séances de groupe alors que son obligation de soins à pris fin). Pour retracer l'évolution du dispositif, les douze dossiers sélectionnés correspondent à trois groupes de patients équitablement répartis sur les trois années du dispositif que nous voulons retracer :

- Trois patients « anciens » qui sont toujours au sein du dispositif (entrée en 2009)
- Quatre patients entrés en 2010
- Quatre patients entrés en 2011 (+ un patient vu en 2012 pendant et après le travail de supervision).

Dans l'ensemble, trois patients ont quitté le dispositif pour des raisons diverses, les autres sont toujours pris en charge au sein de l'unité. Les motifs d'inculpation ainsi que les obligations pénales sont eux aussi divers (téléchargement pédo-pornographiques, viols sur mineurs et majeurs, avec ou sans motif d'aggravation, agressions sexuelles, exhibition sexuelle...) afin de représenter au mieux l'hétérogénéité de la population reçue dans l'unité. Certains patients ont été reçus de manière exceptionnelle en entretien durant leur période présentencielle avant d'être intégrés dans le dispositif à part entière une fois le jugement prononcé. De manière générale, les situations et les profils de ces patients sont très variés, ce qui, encore une fois, est représentatif de la population prise en charge au sein du dispositif.

D'autre part, pour que notre analyse soit le plus fidèle possible au fonctionnement du dispositif, il nous a paru primordial de faire participer l'équipe à ce travail, en les interrogeant

sur le cas d'un patient choisi par eux. L'équipe se divisant en deux (une partie s'occupant des patients du groupe 1 et l'autre du groupe 2), nous avons donc organisé deux réunions autour de deux cas distincts de patients, afin que tous les intervenants puissent participer et connaissent le patient dont il était question.

Avant de mettre au point les réunions, nous avons d'abord étudié les dossiers de ces deux patients (S.O et J-PT. qui font partie du corpus de sujets retenus pour l'étude et qu'on retrouvera plus tard). Lors des deux réunions organisées, tous les soignants n'ont pu participer (pour diverses raisons), mais dans l'ensemble, toutes les professions au sein de l'équipe ont pu être représentées. Pour la réunion du groupe 1, un psychiatre, deux infirmières ainsi qu'un psychologue furent présents. Dans la réunion du groupe 2, un psychologue et un psychiatre furent présents également. Ainsi, nous avons pu récolter un matériel plus « informel »/ « implicite », des observations et des analyses pas toujours présentes dans les traces écrites du dispositif plutôt de l'ordre de l'explicite, quant à eux.

De manière à standardiser au mieux nos observations et nos analyses, nous avons mis au point deux « outils », à savoir : une grille de lecture pour les dossiers des patients, retraçant chronologiquement leur parcours au sein de l'unité (arrivée, évaluation, orientation, objectifs, suivi, départ), et une autre pour les comptes-rendus de séances de groupe tirée de notre grille d'évaluation créée l'année précédente. En effet, celle-ci comporte une partie « implication au sein du groupe » qui nous a paru pertinente afin de relever les éléments les plus importants pour l'analyse des séances de groupes. Nous allons donc présenter un peu plus en détail ces outils, afin d'exploiter au mieux nos observations.

Grille de lecture des dossiers des patients

Pour créer cette grille nous nous sommes inspirées de la méthode EVACLIQ développée par Anne-Marie Favard. Celle-ci consiste en l'élaboration d'une frise chronologique permettant d'évaluer le dispositif en interrogeant les intervenants autour du parcours d'un patient au sein de l'institution. Il s'agit de noter les éléments importants dans le protocole de prise en charge du patient de son arrivée au sein de l'institution jusqu'à son départ. Ainsi, les soignants peuvent contrôler leurs interventions pas à pas, dans une démarche de « suivi qualité ».

Voici comment nous avons adapté cette méthode à l'unité AVS de Coulommiers. Évidemment, nous nous sommes laissé la liberté d'ajouter d'autres éléments dans chacun des domaines évoqués s'ils apparaissaient dans les dossiers même si nous n'y avons pas pensé de prime abord (les termes entre parenthèses étant plus un guide qu'une liste restrictive) :

- **Arrivée du patient :**

- *Éléments d'anamnèse* : Famille (composition, relations d'attachement privilégiées ou non, ruptures, événements marquants...), Relations amicales (nombre, qualité des relations, satisfaction, événements marquants), Relations amoureuses (nombre, durée, événements marquants tels que ruptures, satisfaction), Sexualité (type, fréquence, satisfaction, fantasmes/fantaisies...) Parcours scolaire et professionnel, Santé (dans cette rubrique on pourra ajouter les addictions éventuelles), Loisirs.
- *Autres suivis* en dehors du dispositif, de quel type et à quel moment.
- *Acte de jugement* : présence des documents dans le dossier, nature des faits reprochés, type et durée de la mesure de soins.

- **Évaluation**

- *Éléments diagnostics* : éléments de structure, éléments cliniques, psychopathologiques éventuels, troubles psychiatriques/cognitifs éventuels, traitement psychotrope (pour quoi, à quel moment).
- *Utilisation d'outils (tests)* : lesquels, à quel moment, pourquoi, conclusions.
- *Rapport aux faits reprochés* : déni, minimisations/banalisation (sur quels éléments), reconnaissance partielle ou totale, autres observations (notamment vécu du sujet).
- *Rapport à la victime* : reconnaissance de la victime, place de la victime pour le patient.
- *Rapport à la peine prononcée* : ressenti du patient (ex : défi, incompréhension, sentiment d'injustice, tristesse, colère, indifférence, soulagement...).
- *Rapport au cadre* : attitude, comportement, façon de s'adresser à l'autre (soignants/patients).

- **Orientation**

- *Motifs* d'entrée dans le groupe.
- *Contre-indications* éventuelles (réserves) à l'entrée dans le groupe.

- **Objectifs**

- Objectifs de l'équipe pour le patient.
- Objectifs du patient.

- **Suivi**

- *Bilans effectués avec le patient* : Domaines investigués (Vie personnelle/Implication dans le groupe), Rapport aux faits et à la peine prononcée, rapport à la victime, rapport aux soins/au cadre, Y-a-il poursuite des soins, pour quels motifs, quels objectifs ?

- **Départ**

- Motifs du départ.
- Préparation à la sortie, sous quelle forme ?

+ Observations diverses, autres documents non mentionnés plus hauts et présents dans le dossier...

On retrouvera en annexes la grille mise en forme au travers des analyses des dossiers des patients. La construction de cette grille s'appuie à la fois sur nos connaissances théoriques en psycho-criminologie, nos lectures, et notre expérience du fonctionnement de l'unité AVS. Ainsi, nous avons conçu cette grille en essayant de retracer ce qui nous semblait être le parcours habituel et « idéal » de chaque patient au sein de l'unité, bien que ce ne soit pas toujours possible et que le dispositif soit actuellement en cours de réaménagement.

Comme nous l'avons dit plus tôt, le dispositif tend vers une certaine standardisation de ses outils et de son protocole de prise en charge, ce qui implique que certaines « cases » de la grille ne puissent encore être remplies. Néanmoins, ces écarts nous permettront de mettre à jour ce qui a déjà été mis au travail et ce qui reste encore à élaborer, ce qui nous semble être un bon support pour la réflexion. D'autre part, cette grille ne se veut pas exhaustive et est sûrement perfectible. Pour nous assurer qu'elle était au plus proche de ce que nous pouvions

évaluer du fonctionnement du dispositif, nous l'avons néanmoins soumise à l'approbation des intervenants au sein de l'unité, qui ont apporté leurs commentaires à sa construction.

Grille d'analyse des comptes-rendus de séances de groupe

Comme nous l'avons précisé plus haut, pour analyser les comptes-rendus de séance de groupe, il nous a paru pertinent de réutiliser une partie de la grille d'évaluation que nous avons construite l'an dernier. Cette grille devait nous permettre d'évaluer l'impact du dispositif sur les patients, à travers l'évolution de ces derniers sur le plan des processus de subjectivation (principal objet de travail de l'unité).

Cette grille comportait deux parties distinctes : la vie personnelle du sujet et son implication au sein du groupe. Nous avons pour objectif de créer un outil à la fois pratique et théorique pour l'unité afin de standardiser leurs observations et d'élaborer des bilans pour chaque patient pris en charge. Cette année, l'utilisation de la deuxième partie de la grille (implication au sein du groupe) devrait nous permettre, avec quelques réaménagements, d'analyser les comptes-rendus de l'équipe, sur le même principe que la grille de lecture pour les dossiers des patients. Nous pourrions constater de manière structurée ce qui est retenu par l'équipe et ce qui ne l'est pas, en laissant la possibilité d'ajouter ce que nous-mêmes n'avions pas retenu en tant que critères d'observation.

D'autre part, il est à noter que les comptes-rendus sélectionnés ont été choisis de manière à rendre compte des trois années de groupe, à des moments différents de chaque session. De même, les comptes-rendus retenus ont été rédigés par différents intervenants, qu'ils soient infirmiers, psychologues ou psychiatres (plus rarement néanmoins, les psychologues ayant moins pour habitude de rédiger les comptes-rendus).

Voici les grands thèmes de la grille originale que nous avons retenus pour analyser les comptes-rendus :

- **Participation dans les médiations** : Ordre des interventions des patients, choix lors des médiations, réactions, niveau d'activité de chacun, relances des thérapeutes, dynamique de groupe...

- **Participation aux échanges/rerelations** : Gestion de la parole des participants, échanges informels entre participants (soignants ou patients), attitude des patients dans le groupe (posture physique, langage), mode d'adresse à l'autre (intersubjectivité, objectalisation, manipulation...)
- **Place dans le groupe** : Analyse de la posture physique, par rapport aux autres participants (place choisie par exemple), analyse des relations dans le groupe, analyse des effets de transfert dans la relation avec les soignants, les autres patients, humeur des patients, ambiance au sein du groupe.
- **Qualité d'élaboration** : Expression verbale, construction du discours...
- **Perception des émotions** : Expression émotionnelle, qualités empathiques...
- **Expression des angoisses**
- **Rapport au cadre, à la loi** : respect des consignes, du matériel, des temps de parole, des participants (soignants ou patients), des règles de vie au sein du groupe (ponctualité, assiduité, etc)...
- **Défenses psychiques** exprimées par les patients
- **Hypothèses, éléments interprétatifs**, liens avec la vie personnelle des sujets...
- Autres observations...

On retrouvera en annexes les différentes analyses faites à partir de cette grille.

Recueil et analyse des données

Données issues des dossiers des patients

Patients pris en charge en 2009

Nous avons réuni un échantillon de trois patients, que nous nommerons : S.O ; T.F ; et D.L. Ce sont tous des hommes, âgés entre 34 et 53 ans. Tous les trois ont commis des faits d'agressions sexuelles ou de viol sur mineur de 15 ans avec ascendance ou ayant au moins un lien de parenté avec la victime (pour D.L sur ses deux frères cadets, pour S.O un demi-frère plus jeune, et pour T.F sur une nièce).

Néanmoins, D.L a été pris en charge suite à d'autres faits, entraînant une condamnation pour téléchargements et diffusion d'images pédo-pornographiques de mineur de 15 ans et S.O pour des viols (et/ou des attouchements) sur mineur de 15 ans (n'ayant pas de lien de parenté avec lui). Ces trois patients ont été condamnés à une injonction de soins d'une durée de 5 ans pour S.O et de 10 ans pour T.F et D.L.

D'autre part, tous les trois ont déjà été pris en charge en dehors de l'unité, soit durant leur période de détention (T.F et S.O) soit après une première condamnation (D.L.). Dans tous les cas, tous les trois ont été pris en charge dans un premier temps en consultation individuelle au CMP de Coulommiers avant d'intégrer le groupe (suivi psychologique et/ou psychiatrique). T.F avait d'ailleurs déjà eu une expérience de travail groupal avant d'intégrer l'unité AVS.

Néanmoins, certaines incertitudes peuvent demeurer quant aux faits commis pour deux des patients. En effet, dans les dossiers de T.F. et de S.O., on ne retrouve pas l'acte de jugement mais les procès verbaux de suivi socio-judiciaire, qui ne permettent pas d'avoir le détail des affaires. D'autres documents ont pu être ajoutés, cependant, comme des rapports d'expertise psychologique et psychiatrique de D.L ainsi que des comptes-rendus de consultation au CMP, avant la prise en charge au sein de l'unité.

Dans les **éléments d'anamnèse** recueillis à leur arrivée, voici ce qu'on peut noter de manière générale dans les dossiers des patients :

- **Milieu familial :**

On retrouve de manière systématique dans les dossiers la **composition du milieu familial** des patients (voire les recompositions familiales quand il y en a). Il est à noter qu'il s'agit d'une description de la famille d'origine, les trois patients étant célibataires à leur arrivée. Ensuite, on note **des éléments de rupture** (décès de parents, divorces, conflits familiaux) et **d'ambiance familiale** (pour D.L, T.F). Les **maladies graves** sur le plan somatique ou psychiatrique d'un ou plusieurs membres de la famille sont mentionnées quand il y en a. D'autre part, il est aussi fait mention des **violences sexuelles** dans le milieu intra-familial, notamment pour S.O. (violé par son père). **Les relations d'attachement** (privilegiées ou non) sont évoquées ainsi que le **vécu** par rapport à l'enfance. Enfin, on voit apparaître **des liens avec les affaires judiciaires**, notamment du fait du lien de parenté avec la victime dans les trois cas.

- **Relations amicales :**

Très peu d'éléments présents dans les dossiers des patients à leur arrivée, quand il y en a (il en sera seulement fait mention dans le dossier de S.O), et mettant principalement en avant des **aspects quantitatifs** (isolement relationnel).

- **Relations amoureuses :**

Aucun élément dans le dossier de S.O. Pour T.F., il s'agit principalement de son **statut** actuel de célibataire, et du **lien avec la victime**, décrite par le patient comme une partenaire amoureuse. Pour D.L, il s'agit avant tout **d'éléments quantitatifs « négatifs »** (absence de relations amoureuses), avec une mise en **lien autour de l'acte** et des motifs évoqués par le sujet (attirances pédophiles, dégoût du corps pubère, obsessions pour les garçons, timidité excessive avec les femmes, insatisfaction sexuelle avec les hommes).

- **Sexualité :**

Pour S.O et D.L, il est fait mention **d'activité masturbatoire** comme principale mode de sexualité dans le dossier, ainsi que **l'orientation de la sexualité** en lien avec l'acte (attirances pédophiles, satisfaction sexuelle uniquement avec les victimes). Pour ces deux patients, la sexualité est avant tout **évoquée autour de l'acte** (fantaisies sexuelles vis-à-vis des victimes, rêves pédophiles, photos d'enfants nus servant de support à la masturbation...). La sexualité de T.F. ne sera pas évoquée ou relatée dans son dossier au moment de son arrivée.

- **Parcours scolaire et professionnel :**

Ici, il s'agit principalement **d'informations « pratiques »** concernant la situation passée et actuelle des patients. On retrouvera dans leurs dossiers des éléments quant à leur niveau scolaire et de formation, les différents emplois exercés, les périodes de chômage (notamment après la sortie de prison), les démarches entreprises, les aides sociales dont ils peuvent bénéficier ou bénéficient déjà. Chez T.F. il sera noté des éléments quant à la précarité socio-économique de sa situation à son arrivée, et des aspects plus « psychologiques » pour S.O (le travail ayant tantôt fonction de « diversion » par rapport aux pensées pédophiles, tantôt fonction de mode d'approche des enfants).

- **Santé :**

Pour ces trois patients, on retrouve des éléments concernant des **troubles somatiques** et/ou **psychiatriques** éventuels, ainsi que les **traitements psychotropes** quand il y en a (T.F. et S.O.) ainsi que leur **fonction** (anxiolytique pour T.F. et anti-psychotique pour S.O.). **L'observance** du traitement est mentionnée quand elle fait défaut (chez S.O.). Chez D.L., il est noté la prise d'un traitement hormonal à l'adolescence afin de déclencher la puberté, mise en lien avec des obsessions quant à la taille de son pénis chez le patient. Des éléments de vécu apparaissent dans le dossier de T.F., par rapport à son état de santé (inquiétudes évoquées par le patient concernant des bronchites répétées).

- **Loisirs :**

Peu d'éléments dans cette section. Il n'y en a pas mention dans le dossier de T.F. Pour les deux autres patients, les loisirs sont évoqués dans leurs **aspects envahissants et/ou problématiques** (très fort investissement du virtuel via des jeux vidéo chez D.L., et fréquentation de lieux interdits comme les fêtes foraines pour S.O.).

Au moment de **l'évaluation** proprement dite, voici ce que l'on peut trouver :

- **Éléments diagnostics :**

On observe une **grande hétérogénéité** entre les différents dossiers. Autant il ne sera fait nullement mention d'éléments cliniques ou psycho-pathologiques dans le dossier de T.F., autant celui de S.O sera assez riche d'informations de ce point de vue. Quant au dossier de D.L, **certaines informations reviendront de manière répétée** dans différents comptes-rendus. De manière plus précise, dans le dossier de S.O, il sera fait mention d'une **structure psychotique**, de la présence d'**angoisses** face au changement et à la séparation, de **fantaisies sexuelles** ou de rêves autour de l'acte, **d'hallucinations** et de délires. Dans le dossier de ce patient, comme dans celui de D.L, il sera mentionné plusieurs fois **le terme de « perversion »** ou de **« perversité »**. **Des moments de « crise »** sont évoqués lors de la prise en charge de S.O (avec un risque de récurrence élevé et la possibilité d'une hospitalisation d'urgence). Quant au dossier de D.L, il sera fait mention plusieurs fois des **obsessions envahissantes** vis-à-vis des jeunes garçons et de la taille du sexe du sujet. **Les traitements psychotropes** seront mentionnés dans le dossier de S.O afin de « contrôler » les pulsions, les poussées délirantes et les angoisses de ce dernier.

Quant aux **outils** utilisés lors de l'évaluation, nous avons retrouvé la trace de **généogrammes** dans les dossiers de S.O et de D.L mais pas dans celui de T.F. Peu d'informations quant au contexte de la passation de cet outil sont fournies. Pour S.O, on retrouve la **date de passation** (deux ans après son arrivée au sein du dispositif) ainsi que les **raisons évoquées** par les thérapeutes (mise en place d'un protocole d'évaluation au sein du dispositif). Néanmoins, comme pour D.L, on ne retrouve pas les **conclusions** de ces passations. Il est possible que ce test ait été réalisé dans un but de recherche, selon l'équipe.

- **Rapport aux faits reprochés :**

Lors des premiers entretiens d'évaluation de D.L., aucun élément n'apparaît par rapport aux faits et au vécu du patient vis-à-vis de l'acte. Pour T.F. et S.O, en revanche, on retrouve des éléments de **minimisation** et de **banalisation** dans le discours. La minimisation et la banalisation reposent sur **divers éléments** : moralité des victimes, des parents des victimes (accusés de proxénétisme, dans le cas de T.F.), remise en cause de la société qui sexualise les enfants à outrance, « nature » pédophile du sujet contre laquelle il ne peut lutter, banalisation de l'acte (S.O ayant été lui-même violé, considère que « tout le monde le fait »), minimisation de la gravité de l'acte et de ses conséquences pour la victime, voire déni de la violence sexuelle... Ces éléments entraînent une **reconnaissance partielle** de l'acte pour T.F. qui ne reconnaît pas le viol qu'il a commis (pour lui, les relations avec la victime étaient consenties et les sentiments amoureux réciproques).

Dans les trois dossiers, on retrouve des **éléments du vécu** des patients par rapport à l'acte : sentiments, émotions (S.O.), conflit intérieur (ses obsessions posent problème à D.L), regrets (conséquences « irrémédiables » pour la vie de T.F du fait de la condamnation).

- **Rapport à la victime :**

Dans deux des dossiers (S.O et T.F), le rapport à la victime est **plus ou moins explicité**, généralement assez **succinctement et/ou de manière indirecte**. Par exemple, pour S.O, les sommes versées aux victimes sont considérées comme une compensation à toutes les conséquences des viols et/ou agressions sexuelles (« effaçant » ainsi les violences subies). Quand on lui demande, S.O est capable de **donner le nom** de ses victimes et de les **désigner** comme telles. Pour T.F., la victime n'en est pas une, car il n'y a pas eu viol. Pour ce sujet, il considère la victime comme étant une partenaire amoureuse à part entière, la relation étant librement consentie par les deux. Quant à D.L, il n'est pas fait mention de sa relation aux

victimes au moment de l'évaluation dans le dossier (que ce soit pour les premiers faits commis ou pour la deuxième condamnation).

- **Rapport à la peine prononcée :**

Ici aussi, le rapport à la sanction est **plus ou moins explicite**, au moins pour deux des patients. Pour S.O, il sera fait mention dans le dossier que la période de détention a été considérée comme très positive par le patient (d'une manière assez provocante, sur le mode du **défi**). Pour D.L, on note dans le dossier **l'espoir** de celui-ci de ne pas à avoir à terminer les dix années d'injonction de soins. Quant à T.F, on retiendra **l'expression de colère** et du **sentiment d'injustice** lorsqu'il évoquera les faits et la peine prononcée par le juge (plus sévère que celle requise par le procureur).

- **Rapport au cadre :**

Peu d'information à ce sujet dans les dossiers. On ajoutera cependant que dans les consultations individuelles au CMP, T.F. se montrait virulent et très revendicatif, mais cela n'indique pas qu'il ait adopté la même attitude à son arrivée lors des premiers entretiens au sein de l'unité AVS. Pour S.O, on notera surtout l'état thymique au moment de l'entretien, et des revendications faites aux soignants. Aucune mention ne sera apportée à ce sujet dans le dossier de D.L.

- **Orientation et objectifs de soins**

Du côté des **critères d'entrée** dans le groupe, on ne trouve **aucun élément** dans aucun des dossiers, mis à part l'injonction de soins concernant les trois patients. De même, aucune contre-indication n'est mentionnée au moment de la prise de décision. **Aucun objectif** de soin particulier ne sera fait pour les trois patients. On notera néanmoins que du côté de D.L, le patient exprimera en 2012 le désir de comprendre et de contrecarrer ses attirances pédophiles (éventuellement en trouvant une autre structure de soins).

Dans les comptes-rendus des **bilans** (suivi), voici ce que l'on constate :

- **Vie personnelle :**

On retrouve de manière systématique au sein des dossiers, **les éléments socio-économiques** de la vie des sujets (logement, travail). De même, **la vie familiale** est elle aussi relatée (nouvelles unions, évolution des relations au sein de la famille d'origine, événements

particuliers). **Le réseau social** (amical et sentimental) est abordé de manière plus ou moins succincte (abordé rapidement chez S.O, on abordera en plus le domaine de la sexualité avec T.F et l'isolement relationnel avec D.L). En fonction des cas, on retrouvera aussi différents éléments : le **traitement** et son vécu pour S.O, l'**état de santé** de T.F., les stratégies mises en place dans la vie de tous les jours de D.L pour lutter contre ses obsessions pour les enfants (évitera de regarder les enfants dans les yeux dans la rue, par exemple) et leurs paradoxes (recherches internet de photos d'enfants nus sur les forums familiaux à but d'excitation)... On remarquera que dans le dossier de T.F., on retrouve des **éléments d'analyse** quant à son évolution psychologique au sein du groupe (plus grande maturité affective, établissement de liens sociaux plus en accord avec son âge etc.).

- **Implication dans le groupe :**

De manière générale, on retrouve souvent dans les dossiers **les relations établies** au sein du groupe avec les autres patients, **l'investissement dans le travail** et les médiations, les **appréciations** des sujets par rapport au groupe. **Les bénéfices ressentis** par les sujets seront aussi retranscrits ainsi que le souhait de changer de modalité de soins (D.L).

- **Rapport aux faits et à la sanction :**

Ici, on retrouve principalement des éléments de vécu des patients. On retrouve ainsi des éléments de vécu en détention par S.O, l'évolution de T.F (reconnait totalement les faits, avec des vécus de culpabilité vis-à-vis de la victime), ainsi que celle de D.L (qui passe de banalisations sur les faits à une reconnaissance de sa problématique, puis un désir de mieux comprendre ce qui lui est arrivé).

- **Rapport à la victime :**

On ne trouve pas ici d'éléments de cet ordre dans le dossier de S.O. On notera un désir d'aider son frère (qu'il a violé) à trouver du travail dans le dossier de D.L, et une prise de conscience de l'état de victime chez T.F quand il déclare que sa nièce recherchait de l'affection et non une relation amoureuse et sexualisée avec lui.

- **Rapport au cadre et aux soins :**

On retrouve ici principalement des appréciations du groupe par les patients et de ses effets (apports ressentis, acceptation du soin...).

- **Poursuite des soins :**

Aucun motif particulier n'est avancé ou relaté (mis à part l'injonction de soins) dans les dossiers des patients quant à la poursuite des soins, ni de nouveaux objectifs. Néanmoins, du côté des patients, on note que T.F. et D.L. ont fait part d'une demande de soins (au sein de la structure ou ailleurs), afin de continuer un travail personnel.

Patients pris en charge en 2010

Nous avons constitué un échantillon de quatre patients : A.G. ; C.P ; S.R. et M.D. Ce sont tous des hommes âgés de 31 à 67 ans. Les faits pour lesquels ils ont été condamnés sont principalement des agressions sexuelles (sur mineur de 15 ans ou majeur) avec ou sans exhibition sexuelle, et des téléchargements, diffusion d'images pédo-pornographiques. Tous ont été condamnés à une obligation de soins, pour une durée de 2 à 3 ans. La plupart n'avait jamais été suivis dans un autre dispositif avant ou pendant les faits. Seul M.D aura été suivi individuellement par un psychologue durant l'instruction de son affaire. On retrouvera dans tous les dossiers la présence de l'acte de jugement.

Voici ce que l'on peut retrouver dans leur dossier au moment de leur arrivée :

- **Famille :**

Pour A.G, les éléments sont très succincts. On retrouve seulement quelques éléments sur la composition familiale (fratrie), et des éléments de rupture (divorce des parents, éloignement familial suite à son déménagement). De même, pour M.D., on note principalement des éléments sur la cellule familiale actuelle (le patient est marié et a deux enfants) et le soutien dont il bénéficie, mais pas d'autres éléments concernant sa famille d'origine. Pour S.R, si on ne tient compte que de son premier entretien au sein de l'unité, on n'aura d'autre information que l'attente d'un nouvel enfant au sein du foyer.

On retrouvera d'autres éléments plus complets d'un compte-rendu d'un autre entretien réalisé au CMP (composition familiale, maladie mentale de l'un des frères, emplois des membres de la famille d'origine, climat et liens familiaux, maltraitances, éléments de rupture). Concernant C.P, on retrouvera aussi ces éléments (composition familiale, décès...),

plus les impacts de l'acte sur la famille actuelle (la victime étant sa petite fille). Les liens avec la victime seront évoqués.

- **Relations amicales et amoureuses :**

Pour ces patients on retrouve très peu d'éléments dans ces deux domaines. Les seuls éléments présents sont principalement objectifs et quantitatifs (nombre de relations, statut marital). Néanmoins, Pour S.R, on retrouve quelques éléments subjectifs, concernant la qualité de la relation avec sa concubine et ses inquiétudes concernant les conséquences de l'affaire pour son couple.

- **Sexualité :**

Encore une fois, peu d'éléments. On remarquera dans le dossier de C.P des éléments concernant ses premières relations sexuelles, avec une femme plus âgées, et d'éventuels attouchements de la part de la grand-mère quand le sujet était encore enfant. Il est aussi fait mention de téléchargement à caractère pornographique dans le dossier d'A.G.

- **Parcours scolaire et professionnel :**

Dans ce domaine, on retrouve principalement des éléments socio-économiques actuels et les activités précédant l'incarcération ou la condamnation des sujets. Pour M.D., on notera néanmoins quelques éléments subjectifs, le nouvel emploi étant vécu comme une réassurance narcissique pour le sujet.

- **Santé :**

Il n'en est pas fait mention dans le dossier des patients au moment de leur arrivée, mis à part pour S.R et M.D., qui ont bénéficié d'un traitement psychotrope pour troubles à caractère dépressif au moment de l'instruction de leur affaire.

- **Loisirs :**

Les renseignements fournis dans les dossiers nous permettent d'apprendre que C.P pratique la chasse et qu'A.G investit massivement l'univers virtuel (jeux vidéo). Ce sont des éléments avant tout descriptif. Pour les autres, il n'y a pas mention d'activités particulières dans leur dossier.

Au niveau de l'évaluation proprement dite, voici ce que l'on peut remarquer pour ces patients :

- **Éléments diagnostics :**

On note la présence de troubles dépressifs et anxieux chez S.R et M.D, comme mentionné plus haut. Tous les deux ont arrêté leur traitement après leur condamnation.

Au niveau des outils utilisés, C.P et A.G ont passé un génogramme, et on retrouve quelques observations pour C.P (mais manque la trace graphique du patient, remplacée par une version retranscrite via l'ordinateur). Pas de conclusions pour A.G.

- **Rapports aux faits :**

Ici, on retrouve principalement des éléments de minimisation ou de banalisation pour les patients concernés (S.R, C.P, M.D.). Seul A.G reconnaît entièrement les faits. Concernant les procédés de minimisation et de banalisation, on retrouvera divers motifs et expressions différentes dans les dossiers des patients : remise en cause de la moralité des victimes, de la gravité des faits et de leurs conséquences, banalisation (initiation à la sexualité pour C.P)... La plupart reconnaissent partiellement les faits et tiennent des discours victimisants (S.R a été piégé par des collègues affabulatrices, M.D a fait les frais de la vengeance de ses élèves et de la rancœur de sa directrice, C.P imagine que sa petite fille se sent mal de l'avoir envoyé en prison...). Quelques éléments marginaux sont à relever : vécus d'irréalité, troubles mnésiques chez S.R., fonction « utilitaire » trouvée à la condamnation (permettant ainsi au sujet d'entamer une nouvelle formation plus à son goût).

- **Rapport à la victime :**

Pas d'élément dans le dossier d'A.G au moment de son arrivée. Pour les autres patients, la victime n'est pas reconnue comme telle, avec un positionnement différent pour chacun : M.D. voulait aider les jeunes dans un rapport d'égal à égal, C.P voulait éviter à sa petite fille de se « faire avoir » comme sa mère, S.R se considère persécuté par les collègues qui l'ont accusé.

- **Rapport à la peine :**

Pas d'élément dans le dossier d'A.G. Pour les autres patients, on trouve principalement des éléments de vécu, sur différents modes : incompréhension, sentiment de déshonneur, soulagement, anxiété, revendication d'un statut de victime...

- **Rapport au cadre :**

Peu d'éléments pour ces patients. Quand il y en a, ce sont surtout des éléments subjectifs (pleurs lors du premier entretien, demande d'aide), adhésion aux soins (A.G.).

- **Orientation et objectifs :**

Peu d'arguments évoqués en faveur d'une intégration dans le groupe (mis à part l'obligation de soins), de même que des réserves. Néanmoins, A.G. fait part à l'équipe de son désir de vivre « plus dans le réel » et moins dans le monde virtuel grâce à la prise en charge. De même, il est mentionné dans le dossier de M.D. une demande de « soutien » afin de soulager l'entourage familial du patient.

Suite aux deux entretiens de bilan, voici les éléments retrouvés dans les dossiers des patients.

- **Vie personnelle :**

Les sujets les plus souvent rapportés dans les dossiers concernent la famille et le travail (évolution de la situation du patient). Ensuite, on observe des variations d'un patient à l'autre : domaine de la santé, des loisirs, des relations sentimentales, de la sexualité, de l'enfance, les événements récents (accident d'un des patients)... Pour un patient (C.P), on trouve des éléments subjectifs (vécu personnel, se présente à l'un des entretiens avec une humeur triste).

- **Implication dans le groupe :**

Au niveau de l'implication dans le groupe, on retrouve beaucoup plus d'éléments subjectifs et de vécu des patients concernant : le travail lui-même, les relations avec les autres patients, l'appréciation des médiations, les difficultés, la place dans le groupe, l'évolution d'une réflexion personnelle etc., mais pas de manière homogène pour tous les patients.

- **Rapport aux faits :**

Là encore, on retrouve principalement dans les dossiers des **éléments subjectifs** : sentiments de honte et de dégoût, regrets, rancœur et colère etc., ainsi que des **éléments d'ordre clinique** (ruminations anxieuses pour M.D.).

- **Rapport à la victime :**

Ici il s'agit principalement de la position subjective du sujet, avec pour notre échantillon une tendance à la victimisation. Pas d'élément concernant un sujet (A.G).

- **Poursuite des soins :**

Tous ont signé un nouveau contrat thérapeutique pour la session suivante, mis à part S.R. et C.P. Pas de motifs évoqués pour la poursuite des soins (en dehors de l'obligation de soins).

Les deux patients qui n'ont pas signé de nouveau contrat thérapeutique pour l'année 2012 ont quitté ou vont quitter le dispositif. S.R. a quitté le dispositif à la fin de 2011 sans en avoir averti l'équipe, et C.P a été victime d'un arrêt cardio-vasculaire en 2012 dont les conséquences (physiques et cognitives) l'ont rendu inapte à poursuivre les soins.

Patients pris en charge en 2011

Nous avons constitué un groupe de quatre patients : J-P.T ; L.L ; M.L ; J-M.A. auquel on ajoutera un patient pris en charge durant l'année 2012 et qu'il nous a paru intéressant d'intégrer (A.S). Les patients sont tous des hommes âgés entre 35 et 60 ans. Les faits pour lesquels ils ont été condamnés sont le viol sur mineur de 15 ans avec ascendant pour trois des patients, corruption et agression sexuelle sur mineurs de plus de 15 ans pour un patient, et téléchargement et diffusion d'images à caractère pédo-pornographique ainsi que propositions sexuelles à un mineur de 15 ans pour le dernier.

Trois des patients ont été condamnés à une injonction de soins d'une durée qui varie entre 5 et 13 ans, les deux autres patients de l'échantillon ayant été condamnés à une obligation de soins d'une durée de deux ans. Trois des patients ont bénéficié d'un suivi psychologique en dehors du dispositif, soit en période pré-sentencielle soit en détention.

Voyons à présent les résultats de l'analyse de suivi de leur dossier. Au moment de leur arrivée, voici **les éléments d'anamnèse** que nous avons pu trouver :

- **Milieu familial :**

Tout d'abord, on relève une certaine hétérogénéité dans le contenu, notamment en termes de quantité d'information. Par exemple, on retrouve seulement des informations concernant la famille actuelle de J-M.A, mais pas sur sa famille d'origine, contrairement aux autres patients. A.S a quant à lui le dossier le plus fourni. Le type d'information peut lui aussi varier légèrement d'un patient à l'autre, mais pas de manière significative (sauf pour A.S, mais ce patient est « à part » du reste des sujets ayant été pris en charge durant l'année 2012).

Ainsi, on retrouve différents éléments dans les dossiers des patients : **composition** du milieu familial d'origine (description des liens, généalogie), **les éléments de rupture** (décès, déplacements familiaux, divorces et séparations, placements éventuels, exil...), **les liens d'attachement** dans la famille d'origine et actuelle, **l'ambiance et le climat familial** dans le milieu d'origine et actuel, **le déroulement de l'enfance** (souvenirs, présence ou absence de maltraitance, mode d'éducation, position au sein de la famille, situation socio-économique de la famille d'origine...), et enfin **les retentissements de l'acte sur la famille** dans son ensemble, **le lien avec la victime** (pour trois des sujets dans le milieu familial), **les antécédents judiciaires au sein de la famille** (deux patients de notre échantillon sont frères et condamnés pour le même type de faits).

- **Relations amicales :**

Dans ce domaine, on ne retrouve pas d'information pour trois des patients. Pour les deux autres (M.L et A.S), on note surtout **le retentissement de l'acte sur le réseau social** (perte de lien avec les amis après l'incarcération), le **vécu** vis-à-vis de la solitude, la quantité et la qualité des relations amicales (A.S).

- **Relations amoureuses :**

Différents éléments apparaissent dans les dossiers, mais pas forcément dans tous les dossiers des patients. Tout d'abord, on retrouve principalement des **éléments chronologiques** et **objectifs** concernant la vie sentimentale des sujets (ordre, nombre, durée des relations conjugales ou sentimentales), puis les **principaux événements** (ruptures, divorces, maladie du conjoint), plus rarement **le vécu** (déceptions amoureuses, difficultés conjugales,

circonstances des séparations), **les relations adultérines** pour un patient, **le lien avec la victime** pour un autre (L.L voulait divorcer et vivre comme mari et femme avec la victime).

- **Sexualité :**

Ici aussi, on constate une relative hétérogénéité des informations contenues dans les dossiers analysés. On retrouve des éléments concernant le **type de sexualité** (principalement hétérosexuelle), **les attirances pédophiles** (dénies) pour un patient, **les difficultés conjugales** entraînant l'arrêt des relations sexuelles au sein du couple, la date **des premiers rapports sexuels** et leurs **circonstances** (pour deux patients), **l'activité masturbatoire** (pour deux patients), les **événements traumatiques** liés au sexuel (agression sexuelle par un voisin pour un patient). **Le nombre** des relations sexuelles est noté pour un patient du fait de son importance, ainsi que les partenaires sexuelles (circonstances des rencontres). Pour A.S, on note le **degré de satisfaction** ainsi que la **fréquence** des rapports au sein du couple, **l'absence** de « fantasmes » du sujet, ainsi que le **lien avec les faits** (agressions conçues comme des « relations extra-conjugales » pour A.S).

- **Parcours scolaire et professionnel :**

De manière générale, dans ce domaine, on trouve principalement : **le niveau d'étude** des sujets, **les échecs dans la formation**, les **emplois exercés**, les périodes de chômage, la **situation socio-économique**, les **démarches effectuées**, **les aides financières**, ainsi que **l'invalidité** (pour un patient) et **les accidents du travail**. Pour A.S, on retrouve en plus la **signification** du choix de l'emploi par rapport au milieu d'origine (type d'emploi valorisé au sein de la famille), les **valeurs** accordées à l'argent et à la réussite sociale.

- **Santé :**

Ici, on retrouve des informations sur les éventuels **traitements** pour des troubles du sommeil, anxieux, les **troubles somatiques** invalidants, les conséquences d'accidents du travail. Pour un patient, on trouve mention d'addiction à l'alcool. Dans le dossier de A.S, il est précisé que le patient n'a jamais souffert de troubles somatiques ou psychiatriques particuliers.

- **Loisirs :**

Il est mentionné dans le dossier des patients les **activités pratiquées ou non** (pas de loisirs pour A.S), **le lien avec les faits** (changement d'activité avant et après condamnation),

ainsi que l'utilisation des moments de loisir pour tenter de rentrer en contact avec la victime (J-P.T utilise l'ordinateur pour contacter sa fille qu'il a violée).

Au niveau de l'évaluation proprement dite, voici ce que l'on peut noter après analyse des dossiers :

- **Éléments diagnostics et outils d'évaluation :**

Dans ce domaine, les informations disponibles dans le dossier des patients sont encore une fois hétérogènes d'un cas à l'autre. On note pour deux patients les notions de traits de perversion, ou de perversion, pour d'autres des éléments obsessionnels, troubles du sommeil, de mémoire, des hallucinations nocturnes lors d'un deuil particulièrement difficile (pour un patient). Pour deux patients, on ne trouve aucune information concrète d'un point de vue psycho-pathologique. Le registre névrotique est évoqué dans le dossier d'A.S ainsi que le retrait affectif, les mécanismes de défense observés lors des entretiens. L'absence d'autre éléments psycho-pathologiques est aussi mentionnée.

Quatre patients de notre échantillon ont au moins passé un génogramme, A.S étant le seul de notre échantillon à avoir aussi rempli une fiche bioscopique. Les dates des évaluations sont précisées dans les dossiers, ainsi que les conclusions et les hypothèses suite à l'analyse des données recueillies par ces moyens. Les raisons évoquées pour l'utilisation de ces outils est la mise en place d'un protocole d'évaluation concernant tous les nouveaux arrivants.

- **Rapport aux faits reprochés :**

Le rapport aux faits est relaté dans tous les dossiers des patients de notre échantillon, les éléments relevés portant principalement sur les processus de minimisation et de banalisation. La reconnaissance ou non des faits est elle aussi reportée, ainsi que des éléments d'analyse tels que : difficultés conjugales au moment des faits évoquées par le patient, vécu et difficultés affectives, sentiment de gâchis après la condamnation...

- **Rapport à la victime :**

Le rapport à la victime est évoqué dans presque tous les dossiers, sauf un (J-M A.). Le discours des patients est analysé quand ils évoquent la victime (discours de surface ou authentique, termes employés pour la désigner...). La place de la victime est plus largement évoquée, notamment pour les patients qui ont commis des actes incestueux (victime perçue à la fois comme fille, mère et femme pour trois d'entre eux). Pour un sujet (A.S), la victime

n'est pas reconnue puisque les relations sont considérées par celui-ci comme ayant été consenties par les deux parties.

- **Rapport à la peine :**

Ici, on retrouve principalement les sentiments et les émotions des patients lorsque les faits sont évoqués en entretien (défi, incompréhension, sentiment d'injustice...). Le vécu en prison est évoqué lui aussi (anxiété, troubles du sommeil, prise de conscience de la gravité des faits...). Pour un patient, pour lequel on dispose des rapports d'expertise, on retiendra aussi la contestation du sujet vis-à-vis des conclusions de l'expert, les ratures et corrections faites au crayon sur le rapport faites par le patient.

- **Rapport au cadre :**

Aucun élément n'apparaît dans les dossiers des patients, à part dans celui d'A.S. Il sera alors évoqué l'attitude du patient par rapport à l'équipe soignante à son arrivée, le niveau d'anxiété, les défenses mises en place...

- **Orientation et objectifs :**

Tous les patients ont été intégrés au dispositif de soin groupal, mis à part A.S qui est toujours en attente et doit rencontrer à nouveau l'équipe soignante en individuel. Néanmoins, pour les patients qui ont rejoint un groupe thérapeutique, il n'est pas fait mention d'arguments en faveur ou de contre-indications pour l'entrée dans un groupe thérapeutique, mise à part la mesure de soins qui leur incombe. Le dossier d'A.S se différencie en ce que le patient s'est montré particulièrement hostile lors des rencontres avec l'équipe, ce qui constitue un frein à son entrée dans le groupe. L'équipe évoque ces difficultés, que l'on peut considérer comme une contre-indication ou réserve à l'entrée dans le groupe.

Du côté des patients, on note pour l'un d'entre eux la volonté de comprendre grâce aux soins ce qui l'a conduit en prison et a gâché sa vie, un autre de parler des faits en consultation. Pour A.S, l'objectif est de retrouver une situation socio-économique stable et satisfaisante et de « mettre derrière lui » son affaire judiciaire. Il se dit alors en attente de « conseils » vis-à-vis de l'équipe soignante.

- **Suivi :**

Pour l'instant, aucun bilan n'a été intégré aux dossiers des patients qui viennent de terminer leur première session de groupe. Ils ont normalement tous été reçus à la fin de la première session, mais aucun document n'a été trouvé lors de notre analyse. Quant à A.S, il n'a pas encore intégré les séances de groupe, il n'a donc pas encore été reçu en consultation de bilan.

- **Départ :**

J-P.T est le seul patient de notre échantillon à avoir quitté le dispositif à la fin de son année de groupe. Il a de fait déménagé dans une autre région et a été reçu en entretien afin de conclure la prise en charge. Le compte-rendu de cet entretien n'a pas encore été ajouté à son dossier, ce qui ne nous a pas permis de l'analyser.

Données issues des comptes-rendus de séances de groupe

Afin de compléter notre analyse, nous ne sommes penchés sur un corpus de comptes-rendus de séances de groupe que nous avons sélectionnés au sein des trois années de groupe. Nous les avons sélectionnés dans différents moments des sessions, et avons essayé de veiller à ce qu'ils aient été rédigés par différents membres de l'équipe afin d'être représentatifs du travail des intervenants dans leur ensemble.

Nous avons analysé huit comptes-rendus, dont trois pour l'année 2009, deux pour l'année 2010, trois pour l'année 2011. Certains étaient tapés via l'ordinateur, d'autres manuscrits. La plupart ont été rédigés soit par des psychologues, soit par des infirmiers, les médecins étant beaucoup plus rares à écrire les comptes-rendus.

Année 2009

Date des séances : 14/04/2009 - 21/07/2009 - 15/12/2009

- Participation dans les médiations :

Pour ce qui concerne la partie Photomédiation, on retrouve systématiquement les choix des photos par chaque patient pour répondre à la question posée ainsi que celui des soignants (courte description de la photo). L'explication donnée par chaque patient ainsi que chaque soignant pour le choix de la photo, conformément aux consignes du jeu sont elles aussi reportées. Ces données constituent la base des comptes-rendus, quelque soit le thérapeute qui le rédige. L'ordre des interventions est aussi reporté et structure le compte-rendu, qu'il soit écrit ou manuscrit, retraçant ainsi le déroulement de la séance.

Pour ce qui est du psychodrame (deuxième partie de séance), on trouve dans deux des comptes-rendus le déroulement de la construction du scénario ainsi que les relances ou proposition des thérapeutes afin d'aider à son élaboration. Quand ce n'est pas le cas, l'histoire est directement reportée (sans les phases ayant permis sa construction). Ensuite, les rôles pris par chaque participant sont décrits et reportés, ainsi que le déroulement des interactions dans le jeu et ce de manière systématique.

De manière générale, on retrouve les sollicitations des thérapeutes tout le long de la séance, ainsi que le niveau d'aisance des patients lors des médiations (hors sujet, incompréhensions, ou au contraire facilité à participer). Tous les comptes-rendus permettent aussi de retrouver les thèmes abordés lors des discussions, leur lien avec l'histoire personnelle des participants, les idées évoquées par chacun, les répétitions par rapport aux séances précédentes, les sujets de prédilection des patients, divers commentaires... Le niveau de participation des patients est relevé dans un seul compte-rendu (volontarisme, passivité...).

Enfin, une analyse différentielle entre les médiations (patients plus investis dans l'une ou l'autre médiation, plus de facilité...) est systématiquement faite et reportée dans les comptes-rendus.

- **Participation aux échanges/rerelations :**

Cette partie de l'évaluation montre des résultats plus hétérogènes. La participation verbale des patients au sein du groupe est évoquée dans deux comptes-rendus, notamment les silences (dans l'un des comptes-rendus), la prise de parole spontanée ou non, les débordements (monopolisation du temps de parole ou des thématiques imposées).

Le plaisir éprouvé par les patients lors des médiations et des interactions au sein du groupe est évoqué dans deux des comptes-rendus. De même, la spontanéité des échanges et le retrait de certains patients sont évoqués dans l'un des comptes-rendus. Au niveau implicite, le langage corporel et la façon de s'adresser à l'autre des patients sont reportés dans un compte-rendu (mimiques, mode d'adresse à l'autre).

Au niveau qualitatif, une partie des échanges au sein du groupe est reportée dans les comptes-rendus, reportant ainsi de manière fidèle les propos des participants (patients ou soignants). Les moments particuliers lors des médiations ou des interactions sont aussi retranscrits de manière la plus fidèle possible (un compte-rendu).

- **Place dans le groupe :**

Cette partie est moins développée que les autres. Dans deux des comptes-rendus, l'arrivée ou le départ de nouveaux participants au sein du groupe est rapportée. De même, un schéma des positions au sein du groupe est utilisé pour visualiser quel participant est assis de quel autre.

La relation aux soignants ainsi qu'aux autres patients (désir de faire plaisir à l'équipe, séduction, ironie/défi...) et les réactions en retour sont évoquées dans l'un des comptes-rendus. De même, l'attitude prise par les patients, des éléments thymiques sont relatés dans deux tiers des comptes-rendus.

- **Qualité d'élaboration :**

Des éléments d'analyse quant à la qualité d'élaboration, les difficultés d'expressions éventuelles sont systématiquement présents dans les comptes-rendus. La construction du discours, la brièveté ou la profusion des commentaires sont reportés eux aussi.

- **Perception des émotions :**

On rapporte assez peu d'éléments dans ce domaine, mais on note tout de même les émotions exprimées par les patients (rires, réactions de malaise, colère, agacement...) quand il y en a au sein du groupe ou dans le jeu, dans un compte-rendu.

- **Expression des angoisses**

Lors d'une séance, on retrouve des éléments d'analyse quant aux angoisses exprimées au sein du groupe (effet de sidération, mutisme anxieux...).

- **Rapport au cadre, à la loi :**

Les absences sont systématiquement reportées. Le respect des consignes, des règles de vie au sein du groupe par les patients est mentionné dans un des comptes-rendus seulement.

- **Défenses psychiques** exprimées par les patients

On ne trouve pas d'éléments correspondants dans aucun des comptes-rendus de l'année 2009.

- **Hypothèses, éléments interprétatifs :**

Dans les trois séances, on rapporte des éléments interprétatifs concernant les thèmes choisis dans les discussions par les patients. De même, on trouve une analyse systématique des comportements, mais aussi des hypothèses par rapport à la dynamique de groupe et du sujet lui-même. Des liens sont faits avec les événements de vie traversés par les sujets.

- **Autres observations...**

Dans les trois comptes-rendus, il est fait mention des évolutions pour chaque patient par rapport aux séances précédentes.

Des observations sont faites pour chaque patient individuellement ainsi que remarques concernant le groupe globalement lors de la séance (richesse du jeu, intensité émotionnelle, difficultés rencontrées...) dans deux des comptes-rendus, avec néanmoins plus de détails concernant les patients individuellement.

Les comptes-rendus permettent aussi de faire des remarques sur les moments intermédiaires (pause, début et fin de séances). Enfin, les sentiments, les éprouvés du thérapeute qui rédige le compte-rendu sont retransmis dans un cas sur trois. On note aussi le nom des thérapeutes présents lors de la séance dans deux cas sur trois.

Année 2010

Date des séances : 5/05/2010 - 6/10/2010

- **Participation dans les médiations :**

Lors des deux séances analysées, le Qu'en dit-on ? ainsi que le Conte remplacent la photomédiation dans la première partie de la séance. De fait, on retrouve dans l'un des comptes-rendus les cartes tirées et ainsi que le classement de la situation (par les patients et les soignants), les justifications apportées au choix de chacun et le déroulement du jeu dans son ensemble ; tandis que dans l'autre on retrouve plutôt l'ambiance au sein du groupe au moment où l'histoire est racontée.

L'ordre des interventions des participants est rapportée pour la séance utilisant le Qu'en dit-on, puisque le jeu nécessite que chacun tire le dé à tour de rôle. Dans les deux cas, on retrouvera les thèmes abordés lors des discussions tout comme dans les comptes-rendus de l'année 2009 (se reporter aux annexes pour plus de détails).

Dans la seconde partie de séance, on retrouve aussi les mêmes éléments que dans les comptes-rendus de l'année 2009 (voir plus haut) de manière systématique.

De même, les remarques concernant les sollicitations des thérapeutes, les difficultés ou les facilités des patients lors du travail, le niveau d'activité, sont aussi mentionnés, de façon plus ou moins constante. L'analyse différentielle entre les médiations (patients plus investis dans l'une ou l'autre médiation, plus de facilité...) est elle aussi présente dans l'un des comptes-rendus.

- **Participation aux échanges/reactions :**

On retrouve ici exactement les mêmes résultats que dans l'analyse des comptes-rendus de l'année précédente, mais de manière moins uniforme, puisque ces éléments ne sont présents que de l'un ou l'autre des comptes-rendus, mais jamais de manière systématique au sein des deux.

- **Place dans le groupe :**

Ici on retrouve aussi les mêmes éléments que dans les comptes-rendus rédigés lors de l'année précédentes, encore une fois de manière plus ou moins constante (voir annexes pour détails des résultats). Des éléments nouveaux sont toutefois à mentionner, puisque l'on peut retrouver des éléments concernant la qualité de la dynamique de groupe dans l'un des comptes-rendus, ainsi que d'autres concernant les positions de leadership ou de soumission/passivité, voire de relations d'emprise au sein du groupe entre les participants.

- **Qualité d'élaboration :**

On retrouvera ici moins de détails que lors des séances de 2009 sur la qualité d'élaboration ou les difficultés d'expression, seulement mentionnés dans un seul compte-rendu (pas d'éléments sur la construction du discours, ou l'investissement de la parole).

- **Perception des émotions :**

Là encore, moins de détails pour notre corpus de comptes-rendus. Les émotions exprimées par les patients (rires, réactions de malaise, colère, agacement...) au sein du groupe ou dans le jeu sont mentionnées uniquement dans l'un des deux comptes-rendus.

- **Expression des angoisses**

On retrouve les mêmes éléments que dans l'analyse des comptes-rendus de l'année précédente pour au moins l'un des deux comptes-rendus de l'année 2010.

- **Rapport au cadre, à la loi :**

Mêmes résultats que pour l'année précédente pour au moins l'un des deux comptes-rendus de 2010.

- **Défenses psychiques**

De nouveaux éléments apparaissent, comme les résistances exprimées par les patients, ou encore de la rigidité dans le fonctionnement psychique révélé lors des médiations dans au moins un compte-rendu.

- **Hypothèses, éléments interprétatifs :**

Mêmes éléments que dans les comptes-rendus de 2009.

- **Autres observations...**

On retrouvera globalement ici les mêmes remarques que celles faites pour les comptes-rendus de 2009.

Année 2011

Date des séances : 2/02/2011 – 2/03/2011 – 7/12/2011

- Participation dans les médiations :

Hormis quelques variations entre les différents comptes-rendus, on retrouve sensiblement les mêmes éléments que ceux présents dans les comptes-rendus de 2009 (les médiations utilisées étant les mêmes par ailleurs)

- Participation aux échanges/rerelations :

Cette partie de l'analyse est présente de manière assez variable d'une séance à l'autre. De fait, les comptes-rendus choisis sont assez hétérogènes de ce point de vue. Néanmoins, on retrouve les mêmes éléments que lors des années précédentes ainsi que d'autres nouveaux.

On retrouvera par exemple l'attention portée aux échanges par un patient malgré son inhibition dans l'un des comptes-rendus, des éléments de postures physique en plus des mimiques.

- Place dans le groupe :

Ici, on retrouve globalement les mêmes éléments au sein des comptes-rendus que lors des années précédentes, avec une variabilité assez importante en fonction des comptes-rendus. Néanmoins, on peut dire que l'attitude des patients, leur humeur, ainsi que des citations des échanges dans le groupe sont systématiquement présents dans les comptes-rendus.

Dans l'un des comptes-rendus, on retrouvera aussi des éléments concernant l'ambiance au sein du groupe et des détails lors de l'installation des patients après leur arrivée.

- **Qualité d'élaboration :**

Ici on retrouve les mêmes éléments que dans les comptes-rendus de l'année 2009.

- **Perception des émotions :**

Mêmes éléments que dans les comptes-rendus de 2009 dans au moins deux des comptes-rendus.

- **Expression des angoisses**

Angoisse exprimée au sein du groupe (sidération, mutisme, anxiété, nervosité) dans un compte-rendu sur trois.

- **Rapport au cadre, à la loi :**

Absences notées dans deux comptes-rendus.

- **Défenses psychiques** exprimées par les patients

Les défenses psychiques sont évoquées dans deux des comptes-rendus sans de détails particuliers quant à leur nature.

- **Hypothèses, éléments interprétatifs**

Mêmes éléments que dans les comptes-rendus de 2009 pour les trois comptes-rendus.

- **Autres observations...**

Mêmes observations que dans les comptes-rendus des années précédentes, de manière quasi-systématique.

Analyse des données

Nous procéderons d'abord par l'analyse des données issues des dossiers des patients. Globalement et d'un point de vue quantitatif, on trouve une grande hétérogénéité des données dans les trois groupes de patients constitués. Le nombre de données disponibles varie grandement d'un patient à l'autre, d'une année à l'autre, d'un domaine d'exploration à l'autre. De fait, on peut supposer que les patients n'ont pas tous été sollicités de la même manière lors des entretiens, ou que les données n'ont pas été toutes retransmises dans les dossiers.

Les deux hypothèses sont plausibles d'autant que certains comptes-rendus manquaient dans les dossiers (notamment les entretiens d'évaluations ou de bilan des années 2009 et 2010). Néanmoins, c'est moins vrai à partir de l'année 2011 (manquaient seulement les derniers comptes-rendus de bilans qui devraient sûrement être intégrés sous peu).

Dans certains cas, les patients ont été pris en charge au CMP avant d'intégrer l'unité AVS (notamment les patients pris en charge en 2009 ou avant), ou les patients fournissent d'autres documents (tels que des rapports d'expertise), et on peut se demander si ces données préexistantes ne poussent pas les thérapeutes à laisser de côté les thèmes qui ont déjà été abordés précédemment, peut être dans le but d'éviter de trop nombreuses répétitions pour le patient.

D'un autre côté, on observe aussi une grande variabilité d'un compte-rendu à l'autre, sûrement corrélée à la personne qui le rédige. De plus, nous avons constaté que d'un entretien à l'autre, les sujets abordés pouvaient se répéter.

On peut supposer que ces facteurs sont à l'origine d'une certaine perte d'information concernant les patients – difficilement quantifiable.

D'un point de vue qualitatif, les thématiques abordées ne sont pas les mêmes d'un patient à l'autre et d'une année à l'autre. Plus précisément, pour les patients pris en charge en 2009, la thématique la plus développée est celle de la famille, à la fois dans les premiers entretiens d'évaluation et les entretiens de bilan. Comme on a pu le voir plus haut dans le résumé des résultats, beaucoup de détails sont évoqués (à la fois dans le milieu d'origine et la famille actuelle), même si en fonction des patients certains éléments n'apparaissent pas.

On retrouve les mêmes éléments pour les années 2010 et 2011, avec quelques variations d'un patient à l'autre et des développements supplémentaires (retentissement de l'acte sur le milieu familial, antécédents judiciaires au sein de la famille). On sait que le milieu familial et le vécu dans l'enfance sont des facteurs importants dans les troubles du narcissisme à l'âge adulte et dans la problématique des AVS, de même que les événements traumatiques peuvent engendrer la répétition des violences ultérieurement.

De plus le milieu familial et ses ressources peuvent constituer des facteurs protecteurs par rapport au risque de récurrence, en même temps que des éléments favorisant des améliorations de la situation personnelle des patients. Les éléments présents dans les dossiers sont donc précieux, même s'ils ne doivent pas non plus être surestimés par les thérapeutes (risquant alors de réifier la complexité psychique et situationnelle du patient).

Au même titre que le milieu familial, le rapport aux faits est lui aussi très développé dans les dossiers quelques soient les années. Les éléments de minimisation, de banalisation, la reconnaissance totale ou partielle des faits sont abordés dans le détail, ainsi que des éléments d'analyse. Ce sont des indicateurs intéressants du fonctionnement psychique et relationnel, mais encore une fois, ne représentent pas le sujet dans son ensemble. De plus, si les faits sont largement abordés, le rapport à la victime l'est moins (bien qu'un peu plus développé en 2010), et le plus souvent de manière indirecte ou moins explicite. De fait, les circonstances du passage à l'acte paraissent plus partielles, l'analyse s'en trouvant quelque peu biaisée. Dans le cas de téléchargements à caractère pornographique, le rapport au corps et au virtuel n'est pas non plus évoqué, ce qui rend encore une fois l'analyse incomplète.

Comparativement, le réseau social (relations amoureuses, amicales) est peu développé et surtout dans des aspects objectifs, quantitatifs concernant les années 2009 et 2010. Le vécu subjectif des patients est peu présent, peut être en raison du relatif isolement social des patients notamment pour notre échantillon de l'année 2009. Pourtant l'isolement social est un signe non négligeable de difficultés relationnelles chez ces sujets et qui témoignent d'un mode de fonctionnement particulier et qui demanderait sûrement à être exploré. On retrouve plus d'éléments interprétatifs (analyse en lien avec les faits) et subjectifs pour l'échantillon de l'année 2011, ce qui constitue une amélioration notable par rapport aux années précédentes (événements de vie, chronologie des relations, déceptions sentimentales...).

De la même façon, le rapport au cadre à l'arrivée des patients n'est quasiment jamais abordé, ainsi que les objectifs et les arguments d'orientation des patients au sein du dispositif,

quelques soient les années. De fait, on ne connaît pas ou mal le mode de relation des patients à l'équipe thérapeutique ou le projet qui a été fait pour lui (quand il y en a un), ce qui paraît pourtant fondamental dans la prise en charge.

En réalité, en 2009, l'unité étant tout juste montée, la question des critères d'entrée dans le groupe ne se posait pas et les objectifs étaient surtout ceux du dispositif de manière générale (améliorer les processus de subjectivation). Peu de place était laissée à l'élaboration autour de l'individualisation de la prise en charge. De même, les motifs de la poursuite des soins à la fin d'une année de groupe sont toujours liés à la durée de la mesure de soins et non aux objectifs thérapeutiques eux-mêmes. Le dispositif ayant progressivement évolué, ces questions sont maintenant mises à jour et en cours de réflexion.

Ensuite, d'autres domaines sont abordés uniquement dans des aspects objectifs, « pratiques » dans les dossiers de l'année 2009, comme la situation socio-économique, le parcours scolaire et professionnel, la santé, la sexualité. Or ces éléments, s'ils peuvent se montrer « révélateurs » de la vie psychique du sujet (par exemple, somatisations pour la santé, difficultés relationnelles via la sexualité, valeurs et fonction du travail, de la réussite sociale, sur le plan du narcissisme...), ils prennent toute leur importance quand ils sont rattachés aux valeurs et aux éprouvés des sujets.

En effet, sans le vécu subjectif, il est difficile d'interpréter ces éléments, et la plupart n'ont d'ailleurs pas été analysés dans les comptes-rendus. De fait, ils perdent leur valeur informative pour n'être plus que des éléments descriptifs et n'ayant que peu de sens dans la compréhension du sujet.

On note cependant des avancées dans ce domaine au cours de l'année 2011-2012, avec notamment le questionnement des valeurs autour du travail, en lien avec le milieu d'origine. Au niveau de la sexualité, on note aussi beaucoup plus de précisions quant aux difficultés conjugales par exemple, les événements importants, les fantasmes sexuelles etc. Des liens sont faits avec le passage à l'acte et ses circonstances.

D'autres domaines sont aussi partiellement retranscrits, comme les éléments diagnostics et d'évaluation proprement dite. En effet, on retrouve en général peu d'éléments, disparates et souvent répétés dans le dossier, sans pour autant faire l'objet d'une analyse complète et approfondie. Certains traits comme la perversion ou la structure psychotique sont mis en avant, de même que des éléments obsessionnels. De fait, les éléments les plus

« bruyants » sont mis au premier plan, tandis qu'une analyse standardisée permettrait sûrement de mettre à jour des indicateurs plus silencieux mais tout aussi importants.

En 2009, l'utilisation du génogramme est rare mais quand c'est le cas, les résultats et les conclusions n'apparaissent pas dans les dossiers, ce qui ne profite pas à l'analyse. De plus, les patients ayant déjà été mis en contact de l'outil, il paraît difficile voire biaisé de refaire une passation afin d'obtenir de nouvelles analyses, ce qui est dommageable pour le travail clinique. Dans ce domaine, on note une véritable amélioration lors de l'année 2011, puisque de nouveaux outils sont utilisés (fiche bioscopique), la passation de génogrammes étant intégrée à part entière au protocole de prise en charge. De fait, on retrouve des éléments d'analyse et d'interprétation au sein des dossiers, ce qui constitue des informations précieuses sur le mode de relations affectives du sujet, son positionnement au sein de sa famille, les liens d'attachement etc.

Dans le même ordre d'idée, les loisirs et autres activités des patients ne sont décrits que dans leurs aspects problématiques ou envahissants pour les patients pris en charge en 2009, ce qui occulte les aspects positifs ou créatifs des sujets, mais aussi leur fonction dans le maintien de la dynamique psychique des patients. On note peu d'évolution durant les deux années suivantes, de ce point de vue (les activités sont citées sans plus d'analyse).

Le rapport à la peine est quant à lui surtout évoqué du côté subjectif, individuel des patients, sans prendre en considération l'impact sur les relations familiales et le milieu en général, ce qui là encore, donne une image partielle (et partielle) de la réalité du sujet.

Pour finir, les bilans présents dans les dossiers de 2009 et 2010 semblent plus complets, en ce qu'ils abordent la situation de vie personnelle des sujets dans leur ensemble, même si les éléments ne sont pas toujours tous évoqués pour tous les patients. Néanmoins, des éléments d'analyse viennent compléter la réalité objective, ce qui donne un aperçu plus précis de l'évolution des patients. Le travail de groupe est évoqué, principalement du point de vue du patient, ce qui encore une fois, permet de compléter les observations cliniques.

Les départs du groupe sont quant à eux toujours liés à des conditions extérieures indépendantes de la décision des soignants (déménagement, accident, décision du patient) et ne permettent donc pas d'en analyser les motifs thérapeutiques éventuels.

Du point de vue du travail groupal, les comptes-rendus sont globalement beaucoup plus homogènes, que ce soit en termes de quantité d'information, ou de contenu tout au long

des trois années. Ils sont aussi très précis pour la plupart, à la fois quant au déroulement de la séance, mais aussi du travail effectué, des observations faites sur les patients... Cela démontre un fort investissement des thérapeutes dans le travail de groupe, principal enjeu du dispositif.

Des éléments importants d'analyse, à la fois sur la dynamique psychique des sujets mais aussi dans la relation thérapeutique de transfert sont présents et riches d'informations. Quelques domaines paraissent moins présents cependant, comme tout ce qui a trait à la perception des émotions, l'expression des angoisses ou des défenses psychiques. On peut supposer d'une part que ces éléments ne sont pas forcément exprimés de manière systématique chez les patients (et donc pas mentionnés dans les comptes-rendus) et ensuite que s'ils s'expriment, ils ne sont pas forcément facilement identifiables au premier abord.

Or les thérapeutes participant au même titre que les patients, il paraît donc difficile d'identifier sur le moment ce type de manifestation, d'autant plus quand les comptes-rendus sont rédigés dans l'après-coup. De la même manière, la participation aux échanges et aux relations ainsi que la place dans le groupe occupée par les patients sont les deux champs d'analyse qui montrent le plus de variations d'un compte-rendu à l'autre. Ce sont en effet des domaines « mouvants » d'une séance à l'autre, et ce sont aussi les plus difficiles à capter avec précision pour l'équipe, plongée au sein du travail avec les patients (cette difficulté augmentant avec le nombre de patients présents lors de la séance).

Préconisations

Ainsi, au travers de notre analyse on a pu distinguer les différentes évolutions du dispositif, tout au long des phases de la prise en charge et des trois années de groupe. Au vu des données récoltées, certaines évolutions, propositions nous semblent pertinentes et ont pu être évoquées lors des réunions de supervision.

1) Quant aux entretiens individuels :

L'un des enjeux de cette dernière année a été de standardiser les entretiens d'entrée dans le groupe. Les réunions de supervision ont permis de faire travailler l'équipe autour d'un questionnaire qui servirait de guide d'entretien pour tous les patients, et ce à toutes les phases de prise en charge. La passation d'outils (génogramme, et fiche bioscopique) sera normalement incluse à ce protocole, permettant de recueillir et de retrouver les analyses cliniques qui en découleront pour chaque patient.

Cela permettra aussi de déterminer une ligne de conduite claire durant les entretiens pour tous les soignants, quelque soit leur obédience, ainsi que des thèmes précis à aborder. Ainsi, la trajectoire de vie de chaque patient pourra être retracée, restituant au mieux son mode de fonctionnement et son histoire. Afin de limiter les difficultés, il serait aussi bon, selon nous, que l'équipe soignante soit réduite lors des entretiens (passant de six thérapeutes à trois par exemple). Cela faciliterait à la fois la tenue de l'entretien et le contact avec le patient (souvent intimidé par ce nombre important de thérapeute).

De plus, il nous paraîtrait opportun d'augmenter le nombre de séances réservées à l'évaluation avant l'entrée dans le groupe ainsi que le nombre de bilan (au moins un par trimestre permettrait réellement de suivre au plus près les patients). D'une part, cela facilitera l'émergence d'une alliance thérapeutique préalablement au travail de groupe, mais aussi facilitera la passation de tests et le retour fait au sujet. La connaissance du patient étant meilleure, il apparaîtra alors plus facile de déterminer des objectifs de soins précis pour

chaque patient. De plus, le travail d'articulation entre la vie au sein du groupe et l'extérieur pourrait se faire plus facilement, l'orientation et l'ajustement des soins aussi.

D'autre part, nous avons pu observer au cours de notre expérience quelques difficultés liées au respect du cadre par les patients. Il paraîtrait judicieux selon nous de créer un petit livret d'accueil pour les patients qui contiendrait la présentation du dispositif de soins et sa fonction et les règles de vie au sein du dispositif. Si ce n'est pas possible, cette présentation pourrait se faire à l'oral, intégrée au guide d'entretien et/ou au contrat thérapeutique et répétée à chaque première séance de groupe à l'ensemble des patients. Ainsi, il sera plus facile de faire référence au cadre en cas de difficulté.

2) Quant au travail de groupe :

Certaines difficultés inhérentes au travail de groupe pourraient selon nous être diminuées si, pour chaque séance de groupe, un animateur (pas toujours le même) était désigné afin de prendre des notes. Ce thérapeute resterait alors légèrement en retrait du reste du groupe et ne participerait pas aux médiations afin de se concentrer sur les échanges et leur restitution par écrit.

Cette prise de note pourrait être intégrée pleinement à la vie au sein du groupe à condition d'être totalement transparente pour les patients et de suivre des points précis déterminés à l'avance. Aussi, pourquoi ne pas créer un recueil de comptes-rendus de la vie au sein du groupe auquel les patients auraient accès s'ils le souhaitent ?

Ainsi expliqué et intégré dans les règles de vie au sein du groupe, ce recueil pourrait servir les processus d'élaboration et de symbolisation, mettant au travail l'histoire et le souvenir au sein du groupe et permettrait aussi aux thérapeutes d'avoir un matériel riche à disposition (les comptes-rendus n'étant actuellement pas rassemblés en un seul et même endroit). Cela pourrait être aussi un outil facilitateur à la séparation pour les patients (départ de certains patients ou thérapeutes, fins de groupe...).

3) Quant à l'évaluation des pratiques :

Par la suite, afin de poursuivre l'analyse des pratiques dans le sens d'une « démarche-qualité », le temps mensuel réservé à la supervision pourrait servir de lieu d'échange autour d'un cas de patient décidé à l'avance. Le dossier pourrait être repris par l'ensemble de l'équipe et discuté point par point en reprenant le guide d'entretien créé, afin de vérifier qu'aucun élément n'a été oublié, et de discuter des dernières évolutions observées.

Cela pourrait être un moment propice quant à l'évolution de la prise en charge, l'élaboration de nouveaux objectifs à mettre en place pour les patients ou le dispositif dans son ensemble. Cela pourrait permettre aussi à chaque thérapeute de s'exprimer sur ses ressentis par rapport au travail, facilitant ainsi les échanges entre les intervenants.

Conclusion & Discussion

Ainsi, notre analyse nous aura permis de mettre à jour les disparités et les évolutions dans le travail auprès des patients (notamment dans les moments d'entretiens individuels). Les réflexions entamées lors de la dernière année devraient permettre d'obtenir des avancées significatives et de renforcer encore l'efficience et l'efficacité de la prise en charge des patients (notamment au niveau de l'évaluation diagnostique et du suivi). Les critères d'entrée dans le groupe devraient plus facilement s'élaborer avec la pratique et l'élaboration d'objectifs de soins individualisés.

La mise en place d'un temps spécifiquement dédié à l'analyse du travail d'équipe et de la supervision devraient aussi permettre un meilleur fonctionnement général du dispositif et ainsi permettre un accès au soin optimal pour les patients. De nouvelles évolutions seraient sûrement à rapporter à notre travail de recherche et d'analyse.

Par ailleurs, cette recherche n'est pas exempte de limites, et ce à plusieurs niveaux. D'abord, d'un point de vue méthodologique, nous aurions souhaité inclure plus activement l'équipe à notre travail, ce qui n'a pu être possible pour des raisons pratiques. De plus étant partie intégrante du dispositif en tant qu'intervenant, notre analyse n'est probablement pas aussi objective que celle d'un intervenant extérieur (superviseur par exemple). L'observation, même si elle s'appuie sur des critères élaborés par avance, reste celle d'un regard humain par nature subjectif. Aussi, malgré nos efforts, il serait souhaitable d'améliorer l'évaluation, par

l'ajout d'un autre observateur ou bien qu'elle soit faite par un intervenant extérieur à la structure.

Au niveau des outils utilisés, il s'agit d'outils non validés, donc perfectibles. Cela mériterait probablement d'autres approfondissements afin d'apporter plus de rigueur dans l'analyse et de fiabilité aux résultats obtenus.

Enfin, un travail ultérieur pourrait permettre d'ajouter aussi les ressentis de l'équipe par rapport à leur mission, leur point de vue subjectif afin de compléter l'analyse objective du fonctionnement du dispositif et sa dynamique. Il s'agit bien entendu d'un travail commun et de longue haleine. Quoiqu'il en soit, des perspectives de travail sont déjà ouvertes et permettront d'exploiter au mieux les ressources à la fois du dispositif mais aussi des personnes qui le font vivre.

Par ailleurs, nous voudrions remercier chaleureusement toute l'équipe qui nous a permis de mener à bien notre recherche. Sans leur soutien et leur confiance, rien n'aurait été possible. Leurs réflexions ont été d'une grande aide dans l'élaboration de ce travail de réflexion. Nous leur souhaitons les meilleurs développements pour l'avenir, dans ce défi humain et sociétal qu'est la prise en charge de personnes sous main de justice.

Bibliographie

Archer, E. e. (2001). Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. *Fédération Française de Psychiatrie* (p. 581). Paris: John Libbey Eurotext.

Baccino, E., & Bessoles, P. (2002). *Victime-Agresseur, l'agresseur sexuel ; problématiques et prises en charges*. Lecques: Les éditions du Champ social.

Ciavaldini, A., & Balier, C. (2000). *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Paris: Masson.

Cuney, B. (2011). *Construction d'une grille d'évaluation des processus de subjectivation chez des auteurs de violence sexuelle au sein d'un dispositif thérapeutique de groupe extra-carcéral*. Mémoire de Master 1 Psychologie non publié, Université Rennes 2, Rennes.

Kaës, R. (1996). *L'institution et les institutions*. Paris: Dunod.

Kaës, R. (1996). *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris: Dunod.

Kaës, R., & Laurent, P. (2009). *Le processus thérapeutique dans les groupes*. Toulouse: Érès.

Senon, J.-L., Lopez, G., & Cario, R. (2008). *Psycho-criminologie, clinique, prise en charge, expertise*. Paris: Dunod.

Annexes