

Journal International De Victimologie

International Journal Of Victimology

Numéro 34

Bien-fondé de l'approche groupale de la thérapie auprès d'auteurs de violence sexuelle

Harauchamps, N.¹ & Hanafy, I.² [France]

¹ Psychologue clinicien, criminologue à l'Antenne de Psychologie et Psychiatrie Légales du 78 (APPL 78) du Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot – 30 avenue Marc Laurent, 78370 Plaisir

² Psychologue clinicienne, addictologue, sexologue, criminologue aux consultations spécialisées intersectorielles du Centre Hospitalier de Meaux – 8 rue Saint Fiacre, 77100 Meaux (Groupe Hospitalier de l'Est Francilien – GHEF) et doctorante en neurosciences cognitives dans le Laboratoire CHArt (Cognition Humaine et Artificielle)

article paru en ligne le 25 janvier 2017

Résumé

La clinique des Auteurs de Violence Sexuelle (AVS) est particulière tant au niveau de ses traits de personnalité qu'à celui de ses mécanismes de défense. Mais réaliser le profilage n'est pas suffisant avec cette patientèle particulière pour rendre la thérapie efficiente. Il faut veiller à neutraliser le contre-transfert (ce que le patient évoque au professionnel) et diffracter le transfert (ce que le thérapeute renvoie aux patients). Pour se faire, le groupe apparaît être le dispositif idéal pour la prise en charge de sujets bénéficiant d'une obligation de soins. Il offre notamment la possibilité d'adapter l'attitude soignante, empathique et neutre, mais également plus directive et cadrante, que nous avons appelée la « bienveillance confrontante », autrement dit, la possibilité d'être le miroir-témoin de la réalité du sujet mais aussi de celle de la société ou de la victime que les AVS occultent par manque d'altérité ou par défi. Outre les effets communs à toutes thérapies, celle-ci présente des intérêts particuliers : prévenir la récurrence, aider le patient à reconnaître les faits, la victime, la Loi, à repérer ses vécus émotionnels et déployer son introspection (analyse du monde intérieur), son insight (adaptation au monde extérieur) et des liens sociaux plus sains.

Mots-clés : Thérapie, groupe, obligation de soins, auteurs de violence sexuelle, clinique, techniques.

Abstract

The clinic Sexual Violence Authors is unique both in terms of personality traits and to its defence mechanisms. But realize profiling is not enough with this particular patient base to make efficient therapy. Care must be taken to neutralize the cons-transfer (the patient evokes to professional) and diffract the transfer (the therapist sends back to patients). To do so, the group appears to be the ideal device for the treatment of subjects benefiting from a duty of care. It offers the possibility to adapt the care attitude, empathetic and neutral but also more directive and cadrante, which we called the "confrontante benevolence", i.e. the possibility of being the mirror-witness of the reality of subject but also that of society or the victim that AVS obscure for lack of otherness or challenge. In addition to the effects common to all therapies, it presents special interest: preventing recidivism, helping the patient to recognize the facts, the victim, the Act to identify his emotional experiences and deploy its introspection (analysis of the inner world) his insight (adaptation to the outside world) and more healthy social relationships.

Key-Words: Therapy, group, care obligation, perpetrators of sexual violence, clinical, technical.

Depuis la loi du 17 juin 1998 (3) qui contraint les individus condamnés pour des infractions à caractère sexuel à une obligation de soins, de plus en plus d'équipes soignantes se trouvent confrontées à la demande de patients en situation de soins pénalement ordonnés. Au-delà de toute considération théorique qui légitime la difficulté de prendre en charge des patients en obligation de soins, cette mission de service public encourage tout un chacun à développer de nouvelles compétences. Or, on observe que bon nombre d'unités spécialisées choisissent pour ces patients de mettre en place des thérapies de groupe (1, 2).

Cet article se veut une trousse à outils, tant pratiques qu'argumentatifs, pour mener à bien un tel projet. Mais il s'agira aussi d'un plaidoyer pour la mise en place d'un suivi groupal de ces patients, eu égard aux multiples avantages que recèle cette méthode, que nous tenterons d'explorer ici. Pourquoi une institution qui souhaite prendre en charge des auteurs d'agressions sexuelles a-t-elle tout intérêt à envisager la prise en charge sous forme groupale ? Qu'est ce qui fait de cette modalité la meilleure alternative tant pour les patients que pour l'institution ?

Clinique des AVS et projet de prise en charge

Un constat s'impose à quiconque a fait l'expérience d'une prise en charge thérapeutique individuelle d'un auteur de violence sexuelle (AVS) : les mécanismes de défense (le déni, la manipulation, la banalisation, la défiance, etc.) et les traits de personnalité propres à cette population carencée (défaut d'empathie entraînant une peur de l'altérité, un malaise dans l'intimité relationnelle, de la méfiance aux bords paranoïaques, etc.) rendent le travail particulièrement complexe pour le thérapeute, quelles que soient son expérience et la méthode qu'il applique (5).

Le dispositif groupal permet de diffracter le transfert, non seulement envers chacun des membres de l'ensemble, mais aussi envers le groupe lui-même, reconnu comme une entité à part entière. De sorte que, dès les premières séances auxquelles participera un patient, il trouvera bien souvent à s'attacher à tel ou tel membre du groupe, voire à l'ambiance du groupe dans son ensemble, alors qu'il aurait pu être opposant ou résistant au transfert pendant un certain nombre de séances en face à face.

Ainsi, ce dispositif représente un vecteur de facilitation de la parole, non seulement concernant le passage à l'acte, mais aussi pour que ces sujets, peu enclins à parler d'eux-mêmes de façon spontanée, soient sollicités par des tiers identifiés par eux comme peu menaçants envers leurs mécanismes de défense, en la personne d'autres patients perçus presque immédiatement comme des pairs.

En miroir de cet effet sur le transfert, on trouve son corollaire sur le contre-transfert qui sera lui aussi facilité. Tout d'abord, un thérapeute ne saurait prendre en charge un groupe à lui seul sur le long terme : l'animation en binôme permet de se reposer sur son co-thérapeute pour intervenir auprès d'un patient envers lequel on peut être animé de sentiments hostiles.

Mais il faut bien le reconnaître : s'il y a peu d'engouement dans l'univers psychiatrique pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, c'est avant tout parce que cette problématique renvoie à chacun de nous, aussi professionnel soit-il, une violence contre-transférentielle qu'il est parfois difficile de dépasser.

S'il appartient à chacun de se positionner quant à ces considérations, il est un fait indéniable : l'attitude thérapeutique envers des patients pratiquement tous en situation de soins pénalement ordonnés (et donc consciemment ou inconsciemment résistants, souvent manipulateurs, parfois franchement hostiles) ne sera pas exactement la même que l'attitude classique envers des patients en demande de soins spontanée.

Si nous, soignants, adoptons - tous ou presque - assez naturellement envers ces derniers la traditionnelle "neutralité bienveillante", celle-ci est peu souvent adoptée d'emblée auprès d'une population d'AVS. Mais elle est aussi moins efficace tant les défenses que nous rencontrons sont

solides. Il nous faudra souvent, à côté de l'empathie et de la bienveillance de croisière de tout psychologue travaillant dans le cadre même de sa déontologie, nous montrer plus incisifs, plus directifs, plus confrontants, témoins de la réalité du sujet mais aussi de celle de la société ou de la victime qu'ils occultent par manque d'altérité ou par défi. C'est donc une attitude de "bienveillance confrontante" qui s'avère la plus efficace pour provoquer l'émergence d'émotion, d'élaboration ou d'insight.

Cette posture, assez peu classique il faut le reconnaître, est naturellement adoptée par les patients eux-mêmes, les uns envers les autres. C'est l'un des autres avantages du groupe : experts en manipulation, certains sauront "démier" ou tout au moins déceler et diluer les mécanismes manipulatoires mis en œuvre par un autre participant avec une grande efficacité, induisant par là même davantage d'authenticité de la part de chacun.

Le jeu des identifications, de confrontation au regard des autres, la rencontre "d'anciens" du groupe, expérimentés et rompus au dispositif, permet de se reconnaître, de se situer, d'explorer son vécu interne, de se découvrir des ressentis.

Enfin, notons un argument moins clinique mais prépondérant sur le plan administratif : un groupe sollicite peu de temps soignant. L'organisation du travail en groupes bimensuels, de huit à douze patients, co-animés par deux thérapeutes, permet en effet de consacrer deux heures par quinzaine à cette activité.

Cette considération, crûment liée à l'air du temps, est de poids pour une équipe qui souhaite prendre en charge des AVS : cette activité peut se dérouler sans qu'en souffrent les autres secteurs et les autres missions des soignants.

Définition du dispositif, des modalités constitutives à la création du groupe

Une clinique particulière.

La clinique auprès des auteurs de violence sexuelle semble créer chez un grand nombre de soignants une forme d'anxiété qui peut parfois aller jusqu'au rejet (7). Il nous faut être lucides : il s'agit à n'en point douter d'une clinique difficile. Quelles sont les principales difficultés auxquelles le soignant se trouve confronté ?

Tout d'abord, l'acte en lui-même commis par ces patients transgresse les tabous sociaux et provoque chez tout un chacun des émotions hostiles. Mais, au cours du suivi, ce sont les mécanismes de fonctionnement psychique de ces patients qui se révéleront mettre à l'épreuve la résistance des thérapeutes et leur bienveillance. Perversion (mensonge, manipulation, attitude condescendante, provocation, négociations permanentes du cadre), agressivité (dans le langage, dans le ton, à travers la provocation, les transgressions du cadre, mais aussi l'agressivité envers les autres patients, les thérapeutes, les femmes, la morale sociale supposée, la police, la justice), déni (des faits, de l'impact sur la victime, de l'appropriation de l'origine des faits...) et bien d'autres traits de personnalité sont au rendez-vous et entreront véritablement en lutte contre les efforts des thérapeutes et du groupe (1, 8). Ne pas se laisser dépasser par le contre-transfert négatif est un défi permanent pour les thérapeutes.

Les soignants.

De notre point de vue de soignants face à une telle population, il est souhaitable de préférer animer un groupe en binôme. Un thérapeute unique est à peine envisageable, tant sur le plan de la charge cognitive et affective que représente un groupe, sur une seule séance comme sur le long terme, que sur le côté pratique (en cas d'indisponibilité, de congés, de maladie d'un des thérapeutes, un groupe habituellement animé par un binôme peut continuer à fonctionner).

Idéalement, une femme et un homme forment un bon binôme thérapeutique, aussi bien par l'évocation des représentations du couple parental traditionnel qu'ils suscitent que par la pluralité des interventions qu'ils feront. Apporter un point de vue féminin à des hommes qui méconnaissent souvent la femme est aussi utile que de leur proposer un point de vue masculin dénué (autant que faire se peut) des représentations sexistes qu'eux mêmes véhiculent souvent et considèrent comme seuls valides.

A ce stade, une mise en garde s'impose. Travailler en tant que co-thérapeutes sur un groupe d'AVS, représente pour deux soignants un engagement à long terme. Cet engagement sera malmené par les difficultés cliniques que présente la prise en charge de cette population, par des contenus crus et violents, par des mouvements contre-transférentiels parfois brutaux, par des tentatives de manipulation du cadre fréquentes de la part des patients, etc. Pour ces raisons, il est indispensable que les co-thérapeutes s'entendent, tant sur le plan des affinités intellectuelles que sur leur vision de la population en question et de la philosophie du soin qu'on lui apporte.

Tous les types de binômes sont envisageables (psychologues / psychiatres / infirmiers), tout comme le sont des obédiences différentes, pour peu qu'elles convergent à enrichir le dispositif ; mais les conditions de bonne entente entre thérapeutes forment un pré-requis fondamental.

Type de groupe.

De notre expérience, un groupe ouvert en nombre (parce que de nouveaux patients se présentent à la consultation tout au long de l'année) et non limité dans le temps (parce que chaque patient a une obligation / injonction / demande de soins individualisée) est le socle de base dans le travail thérapeutique abordé avec une telle population, en milieu ouvert. Il est toutefois parfaitement envisageable de constituer d'autres modalités de travail, qui seraient alors complémentaires : suivis individuels ponctuels ou au long cours en parallèle, suivi psychiatrique adapté, etc. (6,8).

Type de population dans le groupe.

Si la création d'une consultation autour d'un seul groupe semble la plus évidente, séparer les auteurs de violences sexuelles sur mineurs des auteurs de violences sexuelles sur majeurs est sans aucun doute plus raisonnable. Tout d'abord, il s'agit bien souvent de deux types de personnalité distincts. Les premiers présentant plus souvent des traits manipulateurs et pervers (caractérisés par l'emprise d'un sujet sur un tiers à des fins personnelles, sous l'égide des mécanismes de déni et de clivage, plus ou moins développés), les seconds ayant plutôt un profil psychopathique basé sur l'impulsivité (facilitant le passage à l'acte), l'incapacité à s'adapter aux règles, aux Lois et aux contraintes, et l'impossibilité de tirer un enseignement de l'expérience et se prémunir efficacement contre les récurrences d'un comportement préjudiciable. On constate dès lors à quel point il est important de traiter séparément ces deux populations. Par ailleurs, les groupes qui mélangent ces deux populations sont bien souvent parasités par des mécanismes de rejet, de jugement, de comparaison des actes les uns aux autres sur de curieuses échelles de valeurs, propres à ce type de patients, pour lesquels l'agression sexuelle est moins grave que le vol avec violence, par exemple, ou s'ils veulent faire des comparaisons plus fines, l'agression sexuelle sur une mineure de six ans est plus importante que l'agression sexuelle sur adulte (4, 6).

S'il n'y a pas de critères d'exclusion à proprement parler, il existe quelques contre-indications raisonnables telles que la déficience mentale ou la psychose non stabilisée, qui non seulement disperseraient le groupe, mais risqueraient également de provoquer l'émergence de mouvements agressifs ou de rejet. Il conviendra d'être particulièrement vigilant avec les fragilités dites dépressives, celles que l'on cherche pourtant à faire émerger, mais pour lesquelles il est bon de proposer un complément de prise en charge lorsqu'elles apparaissent (soit en proposant au patient de compléter sa prise en charge psychothérapeutique avec un suivi individuel – que les cliniciens du groupe ne

feront généralement pas—, soit en débriefant régulièrement – à travers les évaluations sous-suivi, mais également en prenant des temps ça et là, en tête-à-tête pour désamorcer des conflits psychiques ou pour faire un point sur l'état interne général).

Stratégies de composition d'un groupe.

Nous avons vu qu'il était indispensable de créer au moins deux groupes : l'un qui prendrait en charge des auteurs d'actes sur adultes, l'autre des auteurs d'actes sur enfants. Ainsi, non seulement les conflits que nous évoquions seront évités, mais par ailleurs, chaque groupe aura toute latitude de travailler sur l'univers fantasmatique de ses participants.

A terme, il s'avère pertinent de séparer les différentes problématiques transgressives, afin de travailler sur les spécificités de chaque modalité de passage à l'acte, ou sur des fantasmatiques particulières. Aussi est-il très intéressant de créer autant de groupes que de types de transgression : pédophiles homosexuels, pédophiles hétérosexuels, exhibitionnistes, téléchargeurs de matériel à caractère pédopornographique. On peut même envisager de prendre en charge les auteurs d'actes incestueux séparément des auteurs d'actes pédophiliques extra-familiaux, par exemple.

Par expérience, nous constatons qu'un effectif de 8 à 12 patients est idéal. Le temps de parole de chacun est réduit de façon préjudiciable si on dépasse cette fourchette. Si on ne l'atteint pas, les interactions se trouvent limitées et les séances auront tôt fait de ressembler à des successions d'entretiens individuels.

Pour diverses raisons dont débattre n'est pas l'objet ici, peu de femmes sont adressées aux consultations spécialisées dans la prise en charge d'auteurs de violences sexuelles. La question de la mixité des groupes ne se pose donc pas vraiment à ce jour.

Nous aborderons plus loin les stratégies plus fines de composition des groupes en fonction des singularités de fonctionnement psychique des patients.

Le cadre.

Parce que tous les AVS d'une manière générale présentent des traits de grande immaturité, il est important d'être vigilant sur le cadre qui régit le groupe. Nous le définissons de façon simple et explicite dès le départ, et à chaque nouvelle arrivée, avec l'idée que l'on accepte mieux les règles quand elles sont énoncées et expliquées clairement, plutôt que vécues comme persécutives. La vie du groupe viendra sans doute les moduler, certaines apparaîtront nécessaires à mettre en place en fonction de ce qui se passe pendant les séances ; ainsi, un patient qui demande pour la troisième fois d'aller aux toilettes pendant une séance nous obligera à mettre en place l'interdiction de cette pratique, veillant à préciser aux patients qu'ils peuvent aller aux toilettes avant ou après l'heure trente de groupe, sans que chacun puisse perturber à tour de rôle éventuel la séance (sauf cas exceptionnel bien sûr) en utilisant des stratégies d'évitement.

Les règles de bases sont l'assiduité, la ponctualité et l'anonymat partagé. Il est évident que les thérapeutes doivent être attentifs au cadre et montrer le « bon exemple ». D'autres règles peuvent donc être mises en place au fur et à mesure de la vie du groupe : éteindre les téléphones en début de séance, se présenter sobre à la consultation, ne pas amener d'animal en séance (!), etc. (1, 4, 6).

Le post-groupe.

Il est un temps nécessaire et indispensable aux co-thérapeutes. C'est d'abord un temps d'échanges techniques, où un point est fait sur les diverses stratégies déployées individuellement au sein du binôme. Stratégies que l'on sait suivre intuitivement lorsque celui-ci est harmonieux, mais sur

lesquelles il peut être intéressant de deviser pour les rendre opérantes à long terme ou simplement bien acquises.

Par ailleurs, ce post-groupe permet de revenir sur les points importants abordés lors de la séance thérapeutique, fussent-ils en rapport avec un individu en particulier (qui aurait annoncé quelque chose d'important à ses yeux, à ceux de la Justice ou de la thérapie) ou avec l'ambiance générale du groupe (qui aurait été particulièrement efficace et élaborant sur une question donnée par exemple). Nous tirerons de ce récapitulatif les points importants à ne pas manquer d'aborder à la prochaine séance, ceux que nous devons davantage étayer, ou encore, ceux que nous laisserons volontairement en jachère pour donner le temps de réflexion nécessaire à chacun sur un sujet particulièrement sensible.

Le débriefing qui a lieu en post-groupe sert également de « supervision mutuelle » en quelque sorte. C'est le moment de partager avec l'autre ce qui a pu nous toucher sur le plan contre-transférentiel, bénéficier de son point de vue, son écoute, etc.

Thématiques abordées.

Si nous ne travaillons jamais à préparer des thèmes spécifiques qui induiraient un déroulement prévisible de la séance, il est entendu avec les patients que le travail que nous faisons ensemble tourne autour de certaines grandes questions : en premiers lieux le passage à l'acte et la victime, mais également les modes opératoires, les fantasmes, le choix d'objet, le ressenti de soi et celui des autres, la sexologie, etc.

Nous évitons au maximum les dérives vers des sujets inappropriés tels que l'actualité sportive ou politique – veillant à toujours interpréter leurs stratégies d'évitement. Ainsi, certaines thématiques seront abordées de façon plus frontale que les thérapies « classiques », comme la sexualité, la transgression, etc. avec évocation de détails particuliers concernant le passage à l'acte par exemple.

Nous partons donc sans thématique a priori, mais il arrive souvent qu'une se dégage d'elle-même au cours d'une séance ou soit travaillée au cours de plusieurs d'affilée. Il appartient bien sûr à chacun de voir s'il veut travailler avec des supports ou non, mais il est clair qu'il n'y a là aucun caractère obligatoire.

Philosophie de soins.

Il apparaît de façon évidente qu'aucun travail thérapeutique ne peut se faire tant que la notion de contrainte est au premier plan de la relation entre l'équipe soignante et le patient. Le premier enjeu de la prise en charge est donc de susciter l'adhésion du patient. L'adhésion commence par la confiance dans la compétence de ceux qui le prennent en charge, se poursuit avec un contrat moral basé sur une confiance réciproque qui se consolide dans le temps, et se parachève avec un investissement volontaire dans un travail psychique dont il comprend et admet le bien fondé le concernant, mais aussi l'intérêt personnel qu'il en tirera.

Cette philosophie commence avant le travail lui-même, dès l'accueil téléphonique, avec l'entretien d'évaluation préalable à l'entrée dans le groupe, avec les rituels du groupe – présentation des anciens membres afin que les nouveaux se sentent plus à l'aise pour faire la leur, définition des règles sus-évoquées, etc. – les propositions de rencontre des conjoints ou tout autre membre proche du patient, l'attitude des thérapeutes (confrontants, mais bienveillants), l'ambiance du groupe (où l'invitation à se livrer diffère considérablement de l'injonction d'avouer qu'impose la Justice avec laquelle les patients nous confondent souvent au début de leur prise en charge) (8).

Intérêts thérapeutiques

Intérêts attendus

Effets communs à toutes thérapies

Comme dans tout travail psychothérapeutique, des effets sont observables rapidement : une libération de la parole, la création d'un transfert, une sensation de mieux-être global (parce que le patient se sent écouté, qu'il trouve à s'intéresser à lui, etc.). De quoi découle l'inéluctable meilleure compréhension de soi. De toute psychothérapie classique, les patients retirent une aide à se comprendre et à se connaître, grâce à la découverte de leurs mécanismes, à l'acceptation d'eux-mêmes ; ils espèrent souvent un « déblocage » émotionnel, la possibilité d'exprimer ses sentiments, à travers une introspection jugée comme libératrice, en revenant sur le passé, l'histoire personnelle, etc.

Il en va de même pour nos patients. Chez tout un chacun, ce chemin de la découverte de soi est long et sinueux, la thérapie est une carte pour l'arpenter ; dans cette population en obligation de soins, l'objectif est de rendre cette carte d'autant plus salutaire qu'elle n'est pas demandée, sans doute attendue, peut-être espérée, mais jamais clairement formulée.

Reconnaissance des faits

Plus spécifiquement, un travail s'effectue sur la reconnaissance des faits, leur survenue dans la vie du sujet, l'éventuel scénario qui les sous-tend - récurrent, excitant, inconscient parfois - la fantasmatisation, sa perception du vécu de la victime dans l'après-coup, l'acceptation de sa propension à transgresser.

S'il est entendu que ces axes de travail ne sont pas abordés dans une perspective persécutrice ou inquisitrice, il n'en est pas moins primordial de considérer ces éléments de psycho-criminologie comme un socle minimal de travail. Il convient d'amener le patient à repérer sa dangerosité, les moments de vie où elle est aigüe et la forme qu'elle prend, si l'on a pour objectif qu'il parvienne à lutter contre elle.

Prévention de la récidive

Si la question de la reconnaissance est la première étape du travail thérapeutique, et son introduction, la question de la prévention de la récidive en est la seconde, et la plus importante. Elle passe, selon nous, par le repérage des situations à risque, de l'excitation, de la montée des fantasmes, le sens de la Loi, le repérage de chacun dans ses relations à autrui.

Parce que le patient se trouve, souvent pour la première fois dans le groupe, dans une situation d'écoute, de partage possible, les thérapeutes pourront aussi se saisir d'un rôle psycho-éducatif où sont reprécisées les règles de base qui régissent les rapports sociaux, qui sont souvent autant de lacunes chez ces patients, pour de multiples raisons, à commencer bien souvent par une enfance carencée, au moins affectivement. C'est à travers cet apprentissage, aussi tardif soit-il, que l'on peut espérer doter ces sujets d'autres recours à l'apaisement de leur angoisse que le passage à l'acte.

Repérage des vécus émotionnels

Tout au long de ce travail, il sera possible de construire une véritable élaboration des vécus émotionnels internes et d'autrui – à dessein, puisqu'elle permettra de toujours mieux travailler sur la reconnaissance des faits et corollairement à la prévention de la récidive.

Nous tâchons ainsi d'amener les patients à comprendre petit à petit leurs propres émotions, à les identifier, à les accepter, ce qui leur permettra de mieux s'approprier celles d'autrui et *de facto*, ce que leurs propres actions entraînent comme émotions.

Le but en est bien entendu de développer l'empathie, dans un premier stade, et l'altérité, dans un second.

En effet, les auteurs de violences sexuelles peinent souvent à décrire leurs vécus émotionnels, soit par manque de vocabulaire, soit, plus fréquemment, par difficultés à percevoir les émotions avant qu'elles n'atteignent une intensité élevée – et implique une décharge via le passage à l'acte.

Le sadisme pur étant peu souvent le moteur du passage à l'acte de nos patients, l'hypothèse qui sous-tend ce versant du travail est que si un sujet dispose d'un imaginaire de ce que ses actes peuvent susciter chez autrui, il est moins sous l'emprise de ses propres urgences internes et donc moins enclin à passer à l'acte.

Intérêts subséquents

Cohésion groupale

La question de la cohésion est bien évidemment essentielle dans un groupe. La renforcer, à toute fin, c'est s'assurer de la bienveillance des uns envers les autres, de la confiance mutuelle entre les membres du groupe et donc, de l'authenticité de chacun. Cette cohésion, quand elle apparaît parmi des patients qui sont très souvent de grands égocentriques, est un outil de travail thérapeutique sans commune mesure.

Il en découle deux effets notables :

- L'étayage, la valorisation, la reconnaissance des autres membres, l'identification, etc. constituent un "accélérateur" de la thérapie.
- Mais en contrepartie : le groupe est un miroir sans concession ! Il est non seulement plus difficile de manipuler un groupe qu'une personne, mais cela l'est d'autant plus que chaque patient a en face de lui un groupe d'experts en manipulation ou en dissimulation, qui sauront se montrer bien plus confrontants que n'importe qui d'autre et l'exhorteront ainsi à l'authenticité.

La conjugaison de ces deux phénomènes (un groupe qui dit à chacun de ses membres "tu ne peux nous mentir sur ce que tu es, puisque nous savons déceler tes efforts de dissimulation, mais nous sommes bienveillants envers toi si tu comptes travailler") lève à elle seule bon nombre des difficultés cliniques que nous évoquions plus haut.

Apprentissage de l'insight

Il s'agit souvent, pour le sujet, de la première fois qu'il peut parler sans contrainte (après avoir rencontré quelques policiers, experts, juges,...) de ses fantasmes, de sa vie sexuelle, de son regard sur lui et ses actes. Dans certains cas, le groupe constitue même la toute première occasion de se livrer à une introspection.

Aussi le groupe est-il vécu par beaucoup comme un vecteur d'apprentissage de l'insight, tant il permet aux patients de découvrir leur propre fonctionnement psychique, d'y mettre du sens, de créer du lien entre certains événements de vie.

Liens sociaux

Pour certains membres du groupe, ces séances seront leur seul lien social, et *de facto* leur seul lieu d'échange sur leur intimité. Il s'agit donc d'une véritable occasion de sortir de l'isolement social dans lequel sont plongés nombre d'AVS, en dehors de leur milieu professionnel.

Apprentissages collatéraux

Il découlera donc de cette thérapie groupale nombre d'apprentissages que l'on qualifie de collatéraux, et qui sauront pour autant avoir une véritable place dans la réhabilitation, la réinsertion sociale des patients, et conséquemment bien entendu, sur l'atténuation du risque de récurrence, qui reste une problématique primordiale.

Nous l'évoquions précédemment, comprendre ses émotions, apprendre à les reconnaître, à les actionner, à les modifier, à les partager, etc. est un fil rouge des séances thérapeutiques que nous proposons ; créant par là même de meilleures habiletés sociales, à travers notamment la capacité à verbaliser, à communiquer, à comprendre l'autre, en apprenant la désinhibition, l'écoute, l'empathie. Nous en reparlerons plus longuement dans une future présentation, l'apprentissage ou le réapprentissage de la sexualité chez ces sujets fort carencés en la matière, est également un point important et inévitable de nos thérapies.

Limites

Personnalités "extrêmes"

Nous avons parfois affaire chez les AVS à de *grands* négateurs, de *grands* manipulateurs ou de *grands* psychopathes (4). Ces traits de personnalité, quand ils sont prévalents dans le fonctionnement d'un individu, peuvent le rendre particulièrement résistant au changement, opposant au cadre ou encore agressif envers le groupe ou les thérapeutes. Contrer les attaques d'un sujet en réaffirmant les limites du cadre est un exercice qui mobilise d'importantes ressources chez les thérapeutes.

Il conviendra donc de limiter, dans la mesure du possible, la surreprésentation de ces mécanismes psychiques dans chaque groupe, pour d'une part ne pas se trouver débordé par des alliances qui pourraient se créer, et pour d'autre part, en conséquence, faciliter le travail du plus grand nombre.

Facilité de se cacher dans le groupe

Il n'est pas toujours évident de faire participer tout le monde ; certains patients sont de grands silencieux très difficiles d'approche. Cette attitude peut bien sûr relever de l'inhibition. Mais le silence est parfois aussi une stratégie d'évitement, très prisée des individus qui veulent échapper à la remise en question ou à l'introspection.

Nous avons vu qu'idéalement il est raisonnable de compter une dizaine de patients par groupe, mais certaines contraintes rendent parfois difficile de tenir cette limite. Or, plus l'effectif est grand, plus il sera facile pour un « taiseux » de se faire oublier.

Dans une condition de sureffectif, il faudra être particulièrement vigilant à ne pas laisser ces patients cachés jusqu'à la fin de leur obligation de soins. Même si on peut penser qu'une participation passive apporte tout de même le bénéfice d'une élaboration basée sur l'écoute des échanges, il est raisonnable de penser qu'une implication active dans une thérapie apporte un plus grand bénéfice au sujet. La charge revient donc aux thérapeutes de mettre au point des stratégies pour solliciter ces patients silencieux, les inviter à partager avec tous et les inciter à s'impliquer dans leur travail. Une de ces stratégies consisterait en premier lieu à tenter de mettre du sens sur ce silence, et à faire entendre au patient que le groupe est prêt à accueillir sa parole, puisqu'il s'interroge sur sa réserve. L'humour, ici comme souvent, peut se révéler un outil très opportun.

Obligation de soins

Qu'ils aient une injonction de soins ou une obligation de soins, la plupart de nos patients ne viennent pas de leur plein gré, ce qui semble prédéterminer un temps spécifique pour la thérapie. Cette restriction dans la durée peut nous inciter à considérer comme enjeu majeur de travailler un grand nombre de thématiques en peu de temps.

Un autre positionnement consiste à considérer que cette limite de temps n'existe pas. Si les efforts thérapeutiques sont voués à créer une alliance thérapeutique forte, à susciter une demande personnelle et authentique de la part du patient, une appropriation du dispositif de soin dans un intérêt qu'il ne fait pas qu'accepter, mais comprend et réclame, alors non seulement nous aurons dépassé un grand nombre de résistance (et le travail n'en sera que plus efficace), mais la fin de l'obligation pénale n'aura plus de raison de coïncider avec la fin de la prise en charge, ni à la fin de son travail. Celui-ci pourra alors se concevoir en groupe, tant que le patient le jugera nécessaire ou, à terme, en ayant recours à un autre dispositif si tel est son choix.

Autres modalités de prise en charge

Certains patients peuvent faire la demande d'une double prise en charge (ou se la voir proposée) : groupe pour toutes les questions relatives aux thèmes qui y sont abordés, et suivi individuel pour des questions plus intimes dans une relecture de son histoire personnelle plus globale.

Le groupe a en effet ses limites, bien entendu, inhérentes à la visée déterminée qu'il poursuit. Ces deux modalités de prise en charge ne sont pas incompatibles. Bien au contraire, elles peuvent être tout à fait complémentaires, sous réserve de ne pas s'invalider mutuellement.

La prise en charge individuelle, contemporaine au groupe ou successive à celui-ci, n'est toutefois pas la seule solution annexe qui puisse être envisagée. Des entretiens de couple ou systémique peuvent par exemple être proposés.

Références

- 1) Chapelier, J.-B. Les psychothérapies de groupe. Broché, 2015 (2^{ème} édition)
- 2) Vanhoeck, K., Van Daele, E., Naulaerts, C. et Govaert, S. L'agresseur sexuel et la thérapie : manuel de soutien. Broché, 2005.
- 3) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000556901>
- 4) Balier C., Agresseurs sexuels : psychopathologie et stratégies thérapeutiques, in Gabel M., Lebovici S., Mazet P., Le traumatisme de l'inceste, 199-210, Paris, PUF, 1995.
- 5) Baron-Laforêt S., Pédophilie : les traitements, Forensic, 17, 10-15, 1997.
- 6) Cailhol L., Bouchard S., Belkadi A. et al. Acceptabilité et faisabilité de la psychothérapie par les patients avec trouble de personnalité limite, Annales Médico-psychologiques, 2010, 168: 435–439
- 7) Coutanceau R., Smith J., La violence sexuelle Approche psycho-criminologique, Paris, Dunod, 2010
- 8) Ciavaldini A., Balier C., Agressions sexuelles, pathologie suivis thérapeutiques et cadre judiciaire, Paris, Masson, 2000.