

Communication  
C.I.F.A.S.  
PARIS 13/09/2007

## **EXPERIENCE D'UN GROUPE THERAPEUTIQUE POUR AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES EN MAISON D'ARRET**

*Ghislaine RENARD Psychologue*  
*Annie BAZIN Infirmière*  
*Florence DONNAINT-SANTUNE Stagiaire Psychologue*

UCSA de la Maison d'Arrêt d'EPINAL (88000)

### **INTRODUCTION**

Nous allons vous parler de l'expérience d'un Groupe Thérapeutique destiné aux Auteurs de Violence Sexuelle, que nous avons mis en place depuis 7 ans, non sans difficultés, dans une Maison d'Arrêt.

Le premier groupe de parole animé par deux psychologues au sein de la Maison d'Arrêt d'Épinal remonte à 1997. Il concernait une population d'agresseurs sexuels, mais était aussi ouvert à d'autres détenus.

Dès 1999, nous confrontant aux impasses de certaines prises en charges individuelles, parfois émaillées de passages à l'acte de la part du patient ou du thérapeute, nous avons réfléchi à la mise en place d'une thérapie de groupe spécifique aux délinquants sexuels.

### **Histoire du groupe**

Avant de vous présenter l'histoire du groupe, nous allons d'abord le situer dans son contexte institutionnel.

En France, depuis la loi de janvier 1994, les soins aux détenus sont réalisés par des équipes du service public hospitalier au sein d'une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires. Une Maison d'Arrêt accueille des détenus en préventive, des détenus condamnés à de courtes peines ou en attente de transfert dans un établissement pour condamnés à de longues peines.

A Epinal, nous travaillons dans une Maison d'Arrêt de 317 places. L'équipe psychiatrique se compose d'un médecin psychiatre, de trois infirmières psy, et de deux psychologues, intervenant tous à temps partiel à l'UCSA. Notre équipe qui dépend de l'hôpital psychiatrique du département des Vosges, sera bientôt renforcée par une augmentation des temps pour chaque catégorie de personnel<sup>1</sup>. Il n'y aura toutefois pas d'extension des locaux déjà beaucoup trop exigus.

Nous partageons les locaux de l'UCSA avec nos collègues qui assurent les soins somatiques qui eux dépendent de l'hôpital général. Nous disposons seulement d'un bureau réservé à l'équipe psy. C'est pour cette raison que les séances de groupe se déroulent dans une salle de cours mise à disposition par les enseignants.

## **UN MODULE EXPERIMENTAL (2000)**

Au départ, nous avons imaginé un projet de groupe expérimental à destination des auteurs d'agressions sexuelles.

Le groupe constitué de personnes volontaires déjà suivies en individuel, devait fonctionner selon les modalités d'un groupe fermé sur 6 semaines avec un support de médiation différent à chaque séance (mime, collage, jeux de rôle, écriture,...)

Avec du recul, nous pouvons peut être dire que face à l'angoisse que ce groupe pouvait susciter chez nous, nous étions dans le « passage à l'acte ». En effet, nous n'avons pas du tout réalisé ce que nous avons prévu au départ.

Entre temps, nous avons décidé d'adopter le même support de médiation que nos collègues de METZ. Ainsi nous avons projeté le film canadien « Mon corps, c'est mon corps ». Ce premier module, effectué en 2000, a duré seulement 5 séances.

## **DEUX MODULES DE 5 SEANCES AVEC UN GROUPE FERME. (2002)**

---

<sup>1</sup> (les temps vont passer de 0,2 à 0,5 ETP de psychiatre, de 1 à 1,5 ETP de psychologue, de 2,1 à 3 ETP d'infirmier de secteur psychiatrique).

Continuant à nous inspirer de l'expérience messine (Viviane SORRIAUX & Col.), nous avons alors repris le même support pendant deux sessions de 5 séances, avec des groupes différents.

A la différence de nos collègues, pour lesquels un travail groupal constituait une première étape avant de pouvoir accéder à une thérapie individuelle, nos patients étaient recrutés parmi ceux qui étaient déjà pris en charge individuellement.

Pourquoi ce choix de notre part ?

Il était plus facile de regrouper des personnes que nous connaissions déjà et les volontaires n'étaient pas nombreux.

Le turn over de la population en maison d'Arrêt fait qu'il est difficile de travailler avec des groupes fermés.

## **UN GROUPE SEMI-OUVERT**

Nous nous sommes ensuite orientés vers un groupe semi-ouvert fonctionnant d'octobre à juin, avec une interruption à chaque période de vacances scolaires, chaque rupture coïncidant avec des entrées et des sorties possibles du groupe, chaque participant s'engageant pour un nombre minimum de séances.

Les volontaires bénéficiaient tous par ailleurs d'un suivi individuel avant de s'engager à venir au Groupe Thérapeutique (certains étant suivis par l'un des animateurs du groupe, d'autres par un autre thérapeute).

L'animation du groupe était assurée par trois thérapeutes (deux psychologues, un infirmier de secteur psychiatrique), un animateur principal, un observateur, un preneur de notes, plus une stagiaire psychologue.

Il s'agissait d'un « groupe de parole », certaines séances sans support, d'autres avec support (film, texte, ...).

Le groupe a ainsi fonctionné à partir de janvier 2003 jusqu'en juin 2004. Il s'est arrêté au moment du départ d'un des 3 thérapeutes.

Comment expliquer l'interruption du groupe de juin 2004 à janvier 2007 ?

Nous pourrions dire que cette période correspondait à un certain découragement de l'équipe suscité d'une part par la suspension de notre supervision d'équipe, faute de financement, et d'autre part par l'attaque de notre cadre thérapeutique au niveau institutionnel <sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Des critiques apparues notamment dans un audit concernant l'UCSA, initié par un précédent directeur de la Maison d'Arrêt, portaient sur l'opportunité de mettre autant de moyens sur cette action groupale, le système pénitentiaire remettant en cause le nombre d'animateurs mobilisés par rapport au nombre de détenus pris en charge,...

## LE GROUPE SEMI-OUVERT ACTUEL (2007)

### Cadre théorique :

Dés le début de notre pratique en milieu carcéral, nous nous sommes référés aux travaux de nos collègues de l'ARTASS.

Nous reprendrons quelques uns des propos de Pierre Yves EMERAUD publiés dans la conférence de consensus de novembre 2001 qui formulent avec clarté nos objectifs. (p.257 à 262)

Par rapport à la relation duelle qui mobilise les aménagements défensifs de façon massive, le groupe va permettre une diffraction du transfert.

Le transfert massif va se diffracter en plusieurs éléments transférentiels :

- ↪ Transfert central avec le thérapeute principal (transfert paternel)
- ↪ Transfert latéral sur les co-thérapeutes et sur les autres membres du groupe (transfert fraternel)
- ↪ Transfert sur le groupe (« illusion groupale »)
- ↪ Transfert sur l'extérieur (souvent persécuteur)

*« Cette diffraction permet de rendre le transfert supportable, non submergeant pour la psyché du sujet. Il pourra peu à peu ressentir, éprouver et penser ce qu'il vit dans le groupe. » (p.258)*

Comme nous l'explique EMERAUD<sup>3</sup>, « La problématique du dedans/dehors est centrale chez la plupart des auteurs d'agressions sexuelles. L'intra-psychique se confond avec l'inter-subjectif sans qu'il y ait possibilité d'établir des frontières sûres et rassurantes. Le groupe (...) permet la différenciation entre l'intériorité et l'extériorité » (p. 261)

Dans ses effets de miroir, il confronte le sujet à une prise de conscience de l'autre semblable et différent.

*« Les échanges dans le groupe peuvent favoriser l'émergence du sujet qui peut alors devenir acteur de son histoire. » (p.260)*

### Dispositif :

#### Indications :

---

<sup>3</sup> P.Y.EMERAUD « Psychothérapie de groupe des auteurs d'agression sexuelle : modalités, indications, objectifs, difficultés, limites... » in Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Conférence de Consensus, 22 et 23 novembre 2001.

Le groupe est proposé par les thérapeutes individuels après discussion en réunion de synthèse, à des hommes qui reconnaissent tout ou partie des faits pour lesquels ils sont incarcérés.

Avec l'expérience, nous avons fait le choix d'exclure les patients souffrant de pathologies mentales avérées mal stabilisées (schizophrénie, paranoïa) ou de psychopathie grave.

La question des indications reste à débattre. Le problème se pose aussi pour la déficience mentale. Enfin, nous nous demandons si pour les grands pervers<sup>4</sup>, le groupe ne serait pas un instrument de jouissance qui loin d'être thérapeutique, renforcerait leur faux self et leurs défenses perverses.

#### Entretien préalable :

Les volontaires sont reçus en entretien par l'un des animateurs du groupe, autre que le thérapeute habituel.

La liste des participants volontaires est validée en réunion d'équipe, puis transmise à l'administration pénitentiaire pour permettre les mouvements.

#### Les règles du groupe (énoncées à la première séance) :

- secret professionnel pour les thérapeutes
- confidentialité pour les participants (ne pas divulguer le contenu des échanges,...)
- respect physique et psychique (ne pas se frapper, ne pas s'insulter,...)
- respect des horaires
- engagement pour 5 séances consécutives (une par semaine)

#### Les personnes :

Le nombre de patients peut varier entre 4 et 8. Nous sommes 3 animateurs (toujours les mêmes), deux psychologues, et une infirmière psychiatrique.

Nous avons décidé pour ce groupe d'assumer une co animation souple quant aux rôles, chacun pouvant se trouver en position d'animateur principal à un moment donné et en animation à un autre. La stagiaire psychologue est chargée de la prise de notes.

#### Espace / Temps:

Faute de place à l'UCSA, notre groupe se trouve délocalisé dans une salle du Centre d'Enseignement de la Maison d'Arrêt. Des entrées intempestives ou des regards par la porte vitrée gênent parfois le groupe, qui se réunit les lundis de 15H à 16H, avec une pré-séance et une post-séance d'une demi-heure chacune.

---

<sup>4</sup> Nous pensons, par exemple, à Mr P., psychopathe pervers qui semblait regarder avec avidité les enfants du film canadien, ses yeux écarquillés nous paraissaient trahir ses fantasmes.

## Expérience de Janvier à Juillet 2007

De janvier à juillet 2007, le groupe thérapeutique s'est réuni sur 4 sessions de 5 séances. Il a concerné 7 patients.

Au départ, nous avons eu le sentiment, qu'outre leur attestation de suivi pour la justice, les patients attendaient surtout des informations de la part du groupe (par exemple, Comment est-ce que cela va se passer aux Assises ? Comment faire pour ne pas récidiver ?...)

Au fur et à mesure des séances, nous avons l'impression que le groupe progressait. Certains participants nous semblaient bien avancer dans leur travail d'introspection.

Dans l'après coup, à la relecture des notes<sup>5</sup>, nous sommes beaucoup moins optimistes, nous avons plutôt la sensation qu'ils ont peu évolué en 6 mois.

Les animateurs retrouvaient ce groupe avec plaisir chaque semaine. Celui-ci est vite devenu un objet d'investissement positif pour les participants, le bon objet, dans une institution carcérale hostile, mal traitante, mauvais objet, à la fois pour les patients, mais aussi pour les soignants, victimes d'attaques incessantes de leur cadre de travail.

Nous étions sans doute sous l'effet de l'illusion groupale décrite par ANZIEU<sup>6</sup> :  
« Nous sommes bien ensemble ; nous constituons un bon groupe ; notre chef ou notre moniteur est un bon chef, un bon moniteur. »

Nous avons ressenti que les participants ne s'impliquaient pas de la même manière en fonction des présences ou absences des animateurs. Lorsque l'animateur homme était absent, psychologue sur lequel semblait s'opérer un transfert de type paternel, vécu comme le chef du groupe, nous avons eu plus de difficultés pour respecter le cadre temporel.

En présence des trois femmes, les participants semblaient plus à l'aise ou peut-être en prenaient-ils plus à leur aise.

Nous souhaitions essayer de leur faire prendre conscience de l'existence de leur victime en tant que sujet. Mais nous nous sommes vite rendus compte qu'eux-mêmes se positionnent en tant que victime et ne s'approprient pas comme sujets mais plutôt comme objets.

Aussi à l'issue de notre expérience groupale, nous nous interrogeons sur leurs possibilités d'accéder à l'altérité. Il nous apparaît qu'un travail au long cours sera nécessaire pour atteindre cet objectif.

---

<sup>5</sup> Les notes prises pendant les séances sont très difficiles à exploiter. Beaucoup d'éléments relevant du discursif n'ont pas été notés.

<sup>6</sup> Didier ANZIEU L'illusion groupale. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. P. 76

En pré et en post séance<sup>7</sup>, nos discussions n'avaient pas toujours un rapport évident avec la thérapie de groupe. Des digressions ont souvent été faites, comme si nous étions dans l'évitement de l'expression de nos émotions, de notre ressenti.

Nous pouvons faire l'hypothèse que l'évitement, voire le clivage était à l'œuvre chez les thérapeutes (échanges à propos d'autres patients, de nos problèmes institutionnels, de théories, de politique, etc...)

Cette période correspond à une crise institutionnelle à la maison d'arrêt, parasitant notre appareil psychique, nous empêchant de penser sereinement aux séances groupales.

## Analyse d'un cycle de cinq séances

Nous avons choisi de dégager trois thèmes principaux de l'analyse de la 2<sup>o</sup> SESSION :

1<sup>er</sup> thème : LA PEUR DE LA RECIDIVE.

Dès la première session le risque de récurrence est abordé, sans susciter de contestation : l'idée d'une possibilité de recommencer semble acceptée par tous, sans protestation.

Il est à noter que lors de la 4<sup>o</sup> séance, un psychologue désireux de les faire réfléchir sur ce thème leur avait soumis les termes d'un courrier qu'il avait reçu d'un ancien patient : « je sais maintenant que je resterai pédophile toute ma vie ». Il semble que ces propos aient été reçus comme une vérité.

Un participant qui vient de passer aux assises affirme : « le procès est une thérapie, après le procès le travail continue ». Il y a bien acceptation du risque de récurrence. « La conscience du risque de recommencer (...) n'empêche pas de recommencer » dit un autre patient, « comment éviter ? ». Il faut « trouver la bonne méthode ». Un autre patient entérine ces propos : « j'ai déjà été condamné en 94, et j'ai quand même recommencé ».

Nous avons l'impression qu'ils attendent de nous des recettes pour ne pas récidiver. Il n'ont guère de confiance en eux, notion que nous illustrerons par la phrase d'un patient : « Je ferai tout pour ne pas recommencer, je ne dis pas que je ne recommencerai pas » expression qui montre bien la fragilité de leurs assises narcissiques.

2<sup>ème</sup> thème : LA POSITION DE VICTIME.

---

<sup>7</sup> Malgré les consignes que nous nous étions fixées au départ (prise de notes à la fois avant, pendant et après les séances), très peu de notes ont été prises durant les pré et post-séances.

Bien naïvement, nous cherchions à les amener à une prise de conscience de l'existence d'une victime, souffrant de leurs exactions. Nous avons découvert qu'ils endossaient systématiquement le rôle de victime.

Ils se positionnent en victimes à la Maison d'Arrêt. Tous se plaignent des agressions qu'ils subissent de la part des autres détenus. L'un d'entre eux parle d'une double peine. Ils se privent de promenade et de sport pour éviter les problèmes.

Ils décrivent l'attitude des autres détenus, ainsi que celle des surveillants par rapport aux pointeurs. Ils en arrivent à la conclusion : « il vaut mieux tuer que violer », « les tueurs sont mieux considérés ».

Au cours de la 3<sup>o</sup> séance, nous leur lisons le témoignage d'une victime d'inceste<sup>8</sup>. Des manifestations non verbales témoignant de leur gêne nous montrent qu'ils semblent tous choqués par le contenu du texte.

Un long silence pesant s'ensuit. Les regards sont fuyants. Nous nous interrogeons, se sont-ils identifiés en tant que victime ou en tant qu'agresseur à ce moment là ?

Lors de la discussion, nous repérons des allers retours entre les positions d'agresseur et de victime.

Nous remarquons que ce sont les personnes les plus frustes qui s'installent le plus volontiers dans la position d'agresseur : « on peut dire qu'on est des monstres ».

A l'inverse les personnes qui intellectualisent davantage retournent la situation et se retrouvent en position de victime : énumération de situations passées où ils ont été eux mêmes l'objet d'agressions sexuelles, de la part d'un curé, ou d'un chef scout ou encore d'un inconnu au cinéma...

L'un d'entre eux conclut : « peut être ce que j'ai fait, c'est de la répétition ».

### 3<sup>ème</sup> thème : LE STATUT D'OBJET.

En 1932, FERENCZI parlait de la « *confusion de langue* »<sup>9</sup> entre adultes et enfants : « *ils confondent les jeux des enfants avec les désirs d'une personne ayant atteint la maturité sexuelle* ».

Ainsi deux patients parlent de « complicité », de « consentement », et même de « réponse à la demande » des enfants.

C'est comme s'ils ne se rendaient absolument pas compte de cette peur intense qui oblige les enfants « *à se soumettre automatiquement à la volonté de l'agresseur, à deviner le moindre de ses désirs, à obéir en s'oubliant complètement, à s'identifier totalement à l'agresseur* »

Une désubjectivation de la victime est souvent constatée chez les auteurs de violence sexuelles.

Citons l'un d'entre eux parlant de sa belle fille :

<sup>8</sup> (extrait tiré d'un recueil intitulé « *les premières fois* » (éditions LIBRIO))

<sup>9</sup> FERENCZI Chap. IX « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion » - 1932 - *Œuvres Complètes. Tome 4.* Payot

« le mineur est plus accessible, plus proche, c'est la facilité, c'est tout ce que j'ai trouvé ».

Mais, comment se considèrent-ils eux mêmes ?

Nous savions qu'ils mettaient leur victime dans une position d'objet, mais nous nous apercevons qu'eux mêmes ne se positionnent pas comme des sujets à part entière.

Un participant évoque une mère autoritaire qui a toujours décidé pour lui : de sa scolarité, de sa vie professionnelle, etc... Il dit n'avoir jamais eu le choix : « moi ça m'a toujours déplu de me marier », il confie néanmoins avoir formé trois couples, avec des femmes autoritaires : « quand elles avaient leurs règles, je m'en prenais plein la tronche ».

Nous en déduisons qu'ils ne se sentent pas maîtres de leur destin. Ils ne sont pas dans une position de sujets pensants, responsables. Ils n'agissent pas, ils sont agis, comme s'ils étaient des marionnettes.

### **Lien avec le suivi psychothérapique individuel**

Pour Pierre Yves EMERAUD<sup>10</sup>, « *la participation à un travail de groupe ne saurait suffire en elle-même comme thérapie. Il importe que le patient participant puisse disposer d'un lieu de parole individuel avec un soignant référent autre que ceux qu'il côtoie dans le groupe* ».

En 2007, ce groupe avait la particularité suivante : tous les patients avaient leur thérapeute présent en tant qu'animateur au sein du groupe.

Ceci n'était pas le cas des groupes précédents, pour lesquels un ou deux patients étaient suivis par un infirmier ou une infirmière qui ne participait pas à l'animation du groupe.

D'une manière générale, nous remarquons qu'ils ont souvent des difficultés à reparler du groupe lorsqu'ils sont en entretien individuel. « *La relation duelle suscite des difficultés particulières qui se traduisent soit par une inhibition massive, soit par un envahissement par la parole qui semble alors tourner à vide.* »

Notre pratique nous amène à nous poser la question suivante : Pour le patient, est-il préférable d'avoir un thérapeute extérieur au groupe ? Ou au contraire, est-il souhaitable que celui ci participe au travail de groupe ?

Nous émettons l'hypothèse que la double fonction du thérapeute permet un travail de reprise ultérieur aux séances groupales facilitant le lien entre travail individuel et travail de groupe. Ce lien permettrait peut être de réduire les clivages.

S'il nous semble nécessaire d'allier les deux formes de thérapie, nous nous demandons si un travail individuel avec un thérapeute autre est préférable.

<sup>10</sup> p. 261 « Psychothérapie de groupe des auteurs d'agression sexuelle : modalités, indications, objectifs, difficultés, limites... » in *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Conférence de Consensus, 22 et 23 novembre 2001.*

Nous pourrions imaginer un travail individuel en co thérapie avec un thérapeute interne et un thérapeute externe au groupe (par exemple, un dispositif avec des entretiens parfois ensemble, parfois séparés).

Nous nous interrogeons : pour certains patients, ne devrions nous pas déjà commencer par un travail groupal, avant de leur proposer un suivi psychothérapique individuel ?

## LA SUPERVISION

L'institution carcérale accueille des sujets qui « *confrontent les équipes institutionnelles à des situations d'impasse, (...) révélant les failles des équipes et celles du cadre institutionnel, ces sujets participent à mettre en crise les personnes et les collectifs qui les accueillent* ».

Pour Jean Pierre PINEL<sup>11</sup>, les « *pathologies graves de la symbolisation associées aux déliaisons des liens intrapsychiques et intersubjectifs* » désorganisent le fonctionnement des équipes. Aussi « *l'objectif d'un dispositif de supervision (...), est de soutenir les processus de relation symbolisante* ».

Notre expérience nous amène à penser qu'il est fondamental qu'une équipe soit supervisée avant de mettre en place des thérapies de groupe pour AVS. Une supervision d'équipe peut contribuer à la contenance de notre cadre thérapeutique.

Nous comptons beaucoup sur la reprise de notre supervision d'équipe avec Monsieur SAVIN pour nous permettre de prendre de la distance par rapport à la crise institutionnelle que nous vivons, et nous aider à penser de nouveaux modes de prise en charge.

## Conclusion

Nous avons l'intention de développer le travail à plusieurs, y compris pour les thérapies jusqu'alors individuelles. L'augmentation prochaine de nos temps en personnel psychiatrique va nous permettre de travailler en co-thérapie, comme le préconise la Conférence de Consensus de novembre 2001.

---

<sup>11</sup> J.P. PINEL Chap. 9 « La supervision d'équipe en institution spécialisée » pp. 149-167 in *La supervision en psychanalyse et en psychothérapie* Alain DELOURME, Edmond MARC et al. DUNOD, Paris, 2007.

Il nous paraît indispensable que des échanges cliniques rassemblant toute l'équipe soient organisés très régulièrement autour du patient. En effet, comme le rappelle Pierre Yves EMERAUD<sup>12</sup> « *Le travail de contre-transfert et de l'inter-transfert est fondamental* » ; « *notre travail de soignant, c'est de créer des liens y compris pour soi même* ».

S'il est nécessaire de travailler en co-thérapie avec les auteurs de violence sexuelle en milieu carcéral, il nous semble aussi indispensable de faire de même en Centre Médico Psychologique, avec les patients sous injonction de soins, dont le nombre ne cesse de croître.

Nous pourrions transposer cette expérience de thérapie de groupe en structures de soins extérieures.

Encore faudrait-il bénéficier de moyens adéquats en termes de personnel, de formation et de supervision.

---

<sup>12</sup> P.Y. EMERAUD p 258/259 et p 261

« Psychothérapie de groupe des auteurs d'agression sexuelle : modalités, indications, objectifs, difficultés, limites.... » in *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*, Conférence de Consensus, 22 et 23 novembre 2001.