

LE GROUPE : UN ESPACE DE TRANSFORMATION DES TENSIONS

PSYCHIQUES INTERNES

Intervention au Journées Nationales de l'ARTAAS, 14-15 octobre 2010

Par l'équipe de l'Unité Fonctionnelle TAAGS du C.H. de Niort : Claudette HUGON – Lucie GIRARD – Alain HARRAULT

Introduction

Souvent, on associe, les soins aux AVS et les groupe de parole sans plus de précisions. Et il existe peu d'écrits, à notre connaissance, précisant les objectifs et les effets de ces groupes.

Pour notre part, nous spécifions : groupe de parole thérapeutique psychanalytique, et nous souhaitons interroger cette pratique en évoquant quelques unes des questions suivantes :

- des groupes de parole dans quel objectif et
- en quoi consistent les soins en groupe de parole psychanalytique ?
- des groupes pour quels patients,
- des groupes de parole dans quel dispositif ?
- comment travaille-t-on dans de tels groupes ?

Nous ne prétendons pas, dans ce qui suit, répondre à tous ces questionnements, mais il nous a semblé utile de préciser ce qui, dans notre pratique de groupes thérapeutiques analytiques avec des AVS, nous paraît essentiel.

D'abord, nous considérons indispensable de ne pas dissocier le groupe thérapeutique du cadre dans lequel il est mis en place: Cadre institutionnel et cadre social.

Quand nous travaillons avec des AVS, nous sommes dans un espace où se rencontrent des tensions issues d'espaces différents. En effet, nos patients ont commis des actes ayant fait violences dans d'autres espaces, celui de la victime, celui de la famille, celui de la société.

La société a répondu entre autre par l'obligation de soins faisant à la fois violence à l'auteur (elle le renvoie à son propre fonctionnement psychique et y suppose un dysfonctionnement) et violence à l'institution des soignants (elle les renvoie à un endroit douloureux et réveille le vieux dilemme entre contrôle social et soins psychiques).

En ce qui nous concerne, nous avons choisi de construire un dispositif tenant compte de cet état de fait et permettant à ces tensions d'être mises en présence, permettant aussi à chaque espace d'exister et de s'exprimer. Ainsi, un travail d'élaboration et de transformation des tensions pourra advenir et favoriser la création d'un espace où des soins pourront se déployer.

Dans un premier temps, nous présenterons notre dispositif puis, nous exposerons les principes théoriques sur lesquels nous nous appuyons, nos objectifs et nos méthodes. Enfin, nous présenterons deux vignettes cliniques illustrant nos propos.

I - Notre fonctionnement

Ce dispositif est né en 1996 et après quelques années il a pu être pérennisé grâce à la création par ARS de temps d'infirmier et de psychologue (2000).

Ce dispositif vise à traiter l'ensemble de la demande dans un cadre adapté et sécurisant afin d'accueillir les paradoxes et la complexité de ces demandes contraintes et de soutenir et/ou relancer le processus de subjectivation (Cf. B.Penot) de ces sujets.

Quelles en sont les caractéristiques :

- l'existence de plusieurs espaces de soins articulés les uns aux autres,
- l'utilisation des groupes comme outils thérapeutique principal avec une lecture psychanalytique des effets de cette groupalité,
- Les groupes en question étant à la fois des groupes de patients, des groupes de soignants et des groupes mixtes regroupant un patient, un C.I.P. et un soignant.

(Cf. le tableau résumant ce dispositif en annexe)

II – Notre conception des groupes thérapeutiques

Nous nous appuyons sur les travaux de R. KAES et de son équipe, sur notre formation à l'analyse de groupe et/ou de psychodrame et sur notre expérience clinique.

Principaux points à retenir concernant les groupes thérapeutiques analytiques :

- Ils constituent un espace où sont mis en tension le désir de faire partie du groupe et le désir d'y exister, différencié
- Cette tension va faire émerger des angoisses archaïques : anéantissement, ou morcellement.
- Face à cela, vont être mises en place des alliances inconscientes qui pourront être structurantes ou aliénantes.

- Dans nos groupes de patients AVS, les alliances aliénantes qui apparaissent le plus souvent sont le pacte narcissique, le contrat pervers et la communauté de déni.

- Le travail des thérapeutes consiste à prendre appui sur le cadre (théorique, institutionnel, du fonctionnement groupal ...) pour les repérer, les analyser, repérer et analyser les transferts et contre-transferts, et ainsi permettre leur transformation en alliances structurantes.

- Ainsi, un travail d'élaboration de l'angoisse qui avait motivé la mise en place des alliances peut commencer, ouvrant la voie à la reprise du processus de subjectivation.

Le fonctionnement groupal selon la psychanalyse.

■ Dans un groupe, deux dimensions sont mises en tension, une dimension **homo-morphique** et une dimension **iso-morphique** ; autrement dit, il existe une tension entre le désir de faire partie du groupe et celui d'y exister différencié, une tension entre l'angoisse d'être rejeté et l'angoisse d'être avalé. Des conflits internes pour chaque participant et des **conflits groupaux** vont en résulter.

Ces tensions vont faire émerger une angoisse parfois d'anéantissement, parfois d'explosion ou de morcellement.

■ Face à ces angoisses et aux mobilisations inconscientes présentes dans le groupe du fait des fonctionnements psychiques individuels et du fait du groupement **des alliances inconscientes** se mettent en place.

Ces alliances inconscientes se forment autour d'identifications inconscientes ou de fantasmes mobilisés chez chaque membre du groupe. Elles constituent une méta-défense. A ce moment là, elles lient les personnes ensemble.

Les membres du groupe se lient donc autour de l'irreprésentable et les alliances inconscientes se situent au point de nouage des dimensions intra et inter psychiques. Nous pouvons remarquer que ces alliances nécessitent une réalité psychique commune et partagée suffisamment constituée. Il faudra donc être vigilant à la laisser s'installer dans nos groupes.

Les alliances inconscientes résultent du refoulement et/ou du déni, donc, bien entendu, leur contenu réapparaîtra dans le groupe. Le retour de leur contenu inconscient apparaîtra dans le discours associatif groupal, dans les attitudes corporelles, dans les symptômes, dans l'inter-transfert, dans les actings, lapsus, craquées verbales... plus généralement à travers des émergences en processus primaires (des patients et des thérapeutes).

■ Suivant le fonctionnement psychique des membres du groupe, suivant le cadre proposé, suivant la capacité des thérapeutes à analyser leur transfert réciproque et l'inter-transfert (transfert entre les thérapeutes), les types d'alliances inconscientes qui apparaîtront ne seront pas les mêmes. Pourront apparaître des **alliances structurantes, des alliances offensives ou des alliances aliénantes**.

✓ *Avant de détailler ces différents types d'alliances, soulignons un des aspects essentiels de la conception de R. KAES à propos des alliances inconscientes.*

Pour lui, ce qui se transmet dans les alliances et par elles, à travers l'autre et plus d'un autre, par l'intermédiaire des groupes et des formations sociales, c'est une dimension fondamentale du cadre métapsychique de la vie psychique du sujet singulier.

Cela peut paraître très compliqué, en fait, il est seulement question de penser les interactions en trois dimensions (sociale, groupale, subjectale).

Pour lui, ces alliances participent à constituer à la fois le contenu et la structuration de l'inconscient des sujets. Elles produisent et instituent de l'inconscient.

Nous comprenons donc que leur existence et leur analyse participent du processus de subjectivation.

Les alliances inconscientes, sont nécessaires à la fois pour l'existence de l'espace intrapsychique et de l'espace inter-psychique, mais elles peuvent néanmoins devenir aliénantes.

■ **Les alliances structurantes**

Comme toutes alliances, elles ont une dimension de méta-défense et prennent appui sur un fantasme ou/et des identifications partagées.

Elles sont structurantes à partir du moment où, en échange de l'effort consenti à l'appartenance au groupe, elles permettent d'être protégé de l'arbitraire de chacun des membres de celui-ci.

Peut alors commencer un travail de représentation, de mise en sens, de transformation de ce qui avait motivé la mise en place de « la méta-défense » et la reprise du processus de subjectivation pour chacun des participants.

Les prototypes de ces alliances structurantes sont le contrat narcissique et le pacte dénégatif. Tous les deux sont nécessaires à la fois à l'existence d'un groupe et à l'existence du sujet.

• **Le contrat narcissique**

Pour faire simple et général, c'est un contrat par lequel l'individu, travaille à la continuité de l'ensemble auquel il appartient, en échange de son investissement narcissique par cet ensemble.

Dans les familles, il est question de successions de générations, de comment l'enfant est investi et ce, dès avant sa naissance, puis de comment il investit lui-même cet investissement. Dans le contrat narcissique l'enfant prend appui sur les investissements familiaux pour se construire à la fois comme individu différencié et membre de sa famille. La famille le reconnaît comme tel.

Dans nos groupes, il est aussi question de comment le patient est investi à l'annonce de son arrivée, par les thérapeutes, par le groupe, de comment le patient investit le groupe ... à quel moment de son histoire, de celle du groupe ... Nous aurons donc à y être attentifs.

• **Le pacte dé-négatif**

C'est un pacte sur le négatif.

« Il est conclu pour assurer les besoins défensifs des sujets lorsqu'ils forment un lien et pour maintenir ce lien ». « Il est à envisager comme une modalité de résolution des conflits intra psychiques qui traversent une configuration de lien ».

Il est structurant dans la mesure où il permet en contre partie la mise en sens de d'autres aspects.

■ **Les alliances aliénantes**

Elles sont constituées par des dérives aliénantes des précédentes. Dans les groupes d'auteurs de violences sexuelles nous retrouvons principalement.

• **Le pacte narcissique** : dérive du contrat narcissique.

Il consiste en une assignation du sujet à une place de pure coïncidence qui ne lui permet plus d'exister en tant que sujet singulier.

• **La communauté de déni** : dérive du pacte dé négatif.

Il s'agit d'un déni de la réalité de l'objet, du déni du désir de l'autre. Elle est au service du maintien d'une non-séparation. Nous sommes dans le domaine de l'identification projective.

•**Le contrat pervers**

Le tiers y est présent, mais mis en position d'être nié, exclu, ou complice. Une jouissance est présente dans le fait de le rendre inconsistant.

■ En lien avec le fonctionnement psychique, le plus souvent retrouvé chez nos patients, ces alliances permettent de faire face à des angoisses principalement d'anéantissement réactivées de part la mise en groupe. Elles sont basées sur des dénis en commun, plus que sur des refoulements en commun. Dans certains groupes, cependant, elles n'ont pas la même fonction pour chaque individu. Liées à un refoulement pour certains, elles sont en lien avec un déni pour d'autres.

Dans nos groupes, les alliances présentes seront donc souvent aliénantes, parfois offensives (dirigées contre quelqu'un).

Leur contenu apparaîtra à travers les émergences en processus primaire, les relations transférentielles et inter transférentielles, les symptômes partagés, les passages à l'acte des patients ou des thérapeutes.

Le travail des thérapeutes consiste à les repérer et à les dénouer pour qu'elles se transforment en alliances structurantes susceptibles d'amener à une élaboration de leur contenu et une reprise du processus de subjectivation pour les participants. Les repérer est d'autant plus difficile qu'elles s'appuient souvent sur nos propres défenses face à ce qui de notre problématique personnelle est réactivé dans le groupe où nous sommes en position de thérapeute.

Attention, la mise en place de ces alliances même si elles sont aliénantes, est nécessaire. Il faut donc accepter leur existence et notre participation à leur existence, ce n'est que dans un second temps que leur repérage, puis leur analyse, permettront une transformation ouvrant le passage à la mise en sens et à la subjectivation.

On pourrait dire que les thérapeutes doivent être suffisamment bons au sens donné par Winnicott et accepter les transferts subjectaux au sens décrit par B.Penot (être traversé par la problématique du patient qui s'actualise en nous) pour dans un second temps les analyser en travaillant « psychanalytiquement à plusieurs » .

Il est donc question de recevoir, de transformer, puis de transmettre. Et, vous l'avez compris, c'est l'introduction du tiers et son maintien qui permet la transformation des alliances aliénantes ou offensives en alliances structurantes.

■ Comment introduire du tiers ?

La réponse à cette question est sous jacente aux propos précédents, néanmoins nous pouvons le préciser brièvement. Le tiers est constitué par le cadre du groupe, le cadre du dispositif, le cadre institutionnel, le cadre théorique, le cadre social, judiciaire...

☛ Nous introduisons du tiers en nous référant nous même et en référant nos patients à l'une ou l'autre des dimensions du cadre.

☛ Nous introduisons du tiers en supposant nos patients sujets de leur inconscient, en les référant à une histoire, la leur, celle des groupes dont ils ont fait partie. Histoire dans laquelle nous les intégrons et dont ils sont aussi créateurs – acteurs.

☛ Nous introduisons du tiers, en faisant un travail de repérage puis d'analyse, de mise en pensée des alliances inconscientes, du transfert et de l'inter-transfert.

Ainsi, il est question de proposer à ces patients, un contrat narcissique, leur permettant d'exister eux-mêmes, en référence à un autre à l'intérieur d'un ensemble.

III - Cas cliniques

Dans le premier cas nous nous appuyons sur la place occupée par un patient dans un de nos groupes. Dans le second nous étudierons le moment particulier que constitue l'arrivée d'un nouveau patient et sur la procédure de présentation mise en place dans un de nos groupes. Nous analyserons dans ces deux situations la mise en place d'alliances aliénantes et leurs transformations.

Nous avons choisi des exemples où nous avons été complices d'alliances aliénantes. Nous pensons qu'ils sont les plus à même d'éclairer sur la réalité des soins aux auteurs de violences sexuelles.

a) Mr G ou « l'homme à la montre qui sonne »

A ce moment de l'histoire du groupe, l'angoisse d'anéantissement est très présente, parfois elle pèse lourdement, sans pouvoir être nommée. Elle est réactivée dès qu'il est question de séparation (dont le départ d'un patient du groupe ou au contraire l'arrivée d'un nouveau).

Mr G arrive dans le groupe dont les participants ont été prévenus de son arrivée. Mr G est un patient hospitalisé en psychiatrie depuis quelques années. Nous connaissons son habitude de faire « le

débile ou le pitre » pour exister parmi les autres. Mr G a une montre et il la programme pour sonner toutes les heures.

Le groupe a lieu de 14 heures 30 à 16 heures. A 15 heures, elle sonne et il s'agite pour l'éteindre, coupant le fil du déroulement du groupe. Elle sonne aussi à 16 heures. La séance suivante, il recommence. Petit à petit, les autres lui font les gros yeux.

Lui, en plus de sa montre qui sonne, se met à faire des interventions intempestives et décalées, entraînant parfois le rire des autres, mais le plus souvent provoquant un agacement. Il arrive une demi-heure en retard. On sent chez lui une certaine jouissance à s'être imposé mais surtout à ce que nous n'ayons pas été en mesure de l'empêcher de sidérer ou agacer le groupe. De même, peu à peu, la fin du groupe devient déterminée par la sonnerie de la montre de Mr G.

Nous sommes, les deux thérapeutes, agacées. Cependant, nous n'avons pas les mêmes ressentis.

L'une a envie de l'exclure : « Il est trop handicapé ». Elle évoque son non respect des autres : « il ne respecte pas les règles du groupe, il arrive en retard ... Nous lui avons demandé de ne plus faire sonner sa montre, il ne le fait pas.... »

L'autre, ayant eu l'occasion de le rencontrer dans un groupe dans l'unité d'hospitalisation, se souvient de ses capacités à être très pertinent et respectueux en situation groupale. C'est à ce titre qu'au moment de l'évaluation, elle avait argumenté pour sa prise en charge dans notre dispositif. Elle se sent trahie, agacée mal à l'aise.

De plus, nous avons le sentiment que le groupe n'évolue plus. On sent les patients plus tranquilles avec l'angoisse, des affects peuvent être nommés, mais Mr G interrompt lorsque le travail d'élaboration s'enclenche.

Analyse de cette situation

C'est en partageant nos ressentis respectifs que nous en venons à nous interroger sur ce qui motive cette attitude chez Mr G, et au rôle de celle-ci dans le groupe.

Nous nous arrêtons d'abord sur l'aspect physique de Mr G. Il a une maladie orpheline dont résulte une insuffisance du tonus musculaire qu'il accentue volontairement parfois.

Nous pensons alors que sa présence doit réactiver chez les autres l'angoisse d'être anéanti ou d'être abîmé physiquement. Un autre patient est un rescapé d'un accident de la route et la dimension du handicap a déjà cristallisé l'angoisse d'anéantissement dans ce groupe.

Nous nous intéressons ensuite aux moments où Mr G se met à avoir des attitudes décalées. Rapidement, nous nous apercevons que c'est lorsqu'il est question de séparation ou de menace d'affaiblissement physique.

Nous nous intéressons aussi aux attitudes des autres du groupe à ce moment là. Nous constatons qu'ils expriment leur réprobation certes, mais aussi et leur soulagement (dédié) et leur jouissance liée à ce que nous ne puissions empêcher ses interventions (dédiée également). Ils forment une alliance offensive à l'égard de Mr G.

Ainsi, est maintenue l'illusion d'une toute puissance, celle de Mr G un patient (comme eux) et d'une impuissance, la nôtre alors que nous sommes censées garantir un cadre de travail.

Le groupe échappe ainsi à l'angoisse d'anéantissement mais aussi à la dimension tierce. Il n'est pas confronté à la nécessité de faire le deuil de cette logique (toute puissance/ impuissance) pour poursuivre sur un travail d'élaboration de la position dépressive.

Il est aussi perceptible que lorsque l'atmosphère devient un peu lourde, les regards se tournent vers Mr G qui, alors, démarre Il devient assigné à cette place.

Nous sommes face à un pacte narcissique, position de pure coïncidence, où le sujet n'a plus de place.

Il est aussi question de communauté de déni : ils sont tous agacés par Mr G, c'est la partie consciente mais inconsciemment il est question de dénier l'angoisse d'anéantissement.

Le contrat ainsi passé avec Mr G est de nature perverse puisque la jouissance est liée à l'annulation du tiers constitué ici par le cadre du fonctionnement groupal et le positionnement des thérapeutes.

Suite à cette analyse

Nous avons commencé à changer d'attitude vis-à-vis de Mr G et vis-à-vis du groupe. Peu à peu, nous avons introduit du jeu autour de la sonnerie de la montre de Mr G. Nous n'avons plus affronté M. G à propos de ses attitudes. Mais au contraire nous avons été attentives aux liens entre ses attitudes et ce qui circulait dans le groupe. Nous avons, lorsque c'était possible, exprimés ces liens. Avec humour, nous avons pu dire, par exemple, « d'accord, Mr G vient de dévier la conversation, mais pourquoi vous ne reprenez pas maintenant ? » Puis, adopter une attitude soutenante.

Il n'était pas question de disqualifier l'intervention de Mr G, comme nous avons pu le faire avant dans des actings, mais de nous interroger et d'interroger le groupe sur la fonction de cette intervention, pour le groupe et pour le protagoniste du moment.

Peu de temps après, Mr G a pu sortir de la place dans laquelle il s'était trouvé assigné (celle d'idiot ou d'emmerdeur), avoir des associations très pertinentes, et être reconnu aussi comme tel dans le groupe.

Parfois, nous avons pu dire, « il nous manque la montre de Mr G », ou même « là, ça vous arrangerait que quelqu'un d'autre change de sujet » quand les regards se tournaient vers Mr G et accepter le changement de sujet.

Ainsi,

❖ Il nous semble important de reconnaître au groupe la nécessité d'échapper à l'angoisse quand elle est trop forte, par des défenses archaïques :

- On ne peut pas tout symboliser, il existe un irréprésentable irréductible.
- Il y a des moments où ce qui est le plus important, c'est la continuité du fonctionnement psychique, l'intégrité des appareils psychiques individuels et groupaux.
- Il existe des moments où les tensions peuvent être telles que, pour l'instant, l'élaboration n'est pas possible. Le groupe permet alors de mettre en dépôt et de retravailler ultérieurement ce qui menace. Les thérapeutes doivent pouvoir « passiver », au sens développé par B.Penot : garder, pour transformer, puis restituer.

❖ Les alliances autour du déni de l'angoisse d'anéantissement existent toujours mais d'aliénantes elles deviennent structurantes. Elles ouvrent un espace à la symbolisation, la mise en lien de ce qui est ou était dénié. Un espace de jeu, espace transitionnel (au sens de Winnicott) peu apparaître.

❖ Les affects liés à l'angoisse d'anéantissement ont pu être de mieux en mieux reconnus et nommés. Les angoisses d'anéantissement on pu donner lieu à des fantasmes de destruction de soi ou de l'autre. Sont aussi apparus des fantasmes de réparation : Qui répare qui ?

❖ Les patients ont pu suffisamment prendre de distance avec la logique toute puissance / impuissance pour que circule :

- dans un premier temps : que faire de notre vitalité, comment ne pas l'abandonner, comment s'en servir sans détruire ou être détruit? Comment exister soi sans détruire ou être détruit ?
 - Ensuite : comment être un homme dans ce groupe avec mon histoire, avec celle des autres...
- ❖ Quand l'angoisse est réactivée, les comportements de Mr G réapparaissent ponctuellement. Cependant ils ne sont plus déconnectés du fonctionnement groupal et deviennent plutôt des indices permettant de penser ce qui est en jeu.
- ❖ Il est question de différenciation et de différenciation sexuée, de gestion des tensions en lien avec cette différenciation, mais aussi d'utiliser les capacités créatrices qu'elles suscitent.

b) La présentation dans le groupe à l'arrivée d'un nouveau membre

Le groupe dont nous allons parler existe déjà depuis quelques mois.

1^{er} temps.

Monsieur B., 58 ans, arrive. Les autres ont été prévenus de l'arrivée d'un nouveau. L'une des animatrices a participé à l'évaluation de Monsieur B.

Dès son arrivée, à peine sommes-nous tous assis, que Monsieur B monopolise la parole. Son discours est relativement confus. Il y est globalement question de sa mère et de son inquiétude par rapport à celle-ci chez qui il vit ...mais il dit une chose et son contraire. Il produit un effet de sidération dans le groupe mais aussi chez les deux thérapeutes.

Les tentatives des animateurs pour le faire s'arrêter de parler sont vaines. L'un de nous dit alors, sur un ton ferme : « bon, si on reprenait ! Qu'est-ce qui vous amène ? » Tout en continuant à le regarder.

Il est sidéré à son tour puis énonce son chef d'inculpation : « agression sexuelle sur mineur » et poursuit: « la justice m'a dit de venir ».

Les autres se présentent à leur tour en nommant leur chef d'inculpation, du moins pour la plupart.

Lors de la reprise de cette séance, nous parlons de notre agacement et de la non-différenciation amenée par Mr B qui avait déjà été perçue lors de l'évaluation mais sans pouvoir anticipé à quel point il pouvait envahir le groupe. Avec le recul nous ne parvenons pas à nous poser la

question du rôle du groupe dans l'effet de sidération produit, ni à nous interroger sur la manière dont l'un de nous à interrompu notre sidération.

2ème temps

Lorsque, quelques mois plus tard, un autre participant arrive, Monsieur B dira « on sait bien pourquoi il vient. On est tous pareils ». Les autres adhèrent et nomment leur chef d'inculpation. On note à la fois l'assignation et la non-différenciation du pacte narcissique.

L'arrivée de **Monsieur M.** marque un autre tournant dans la manière de se présenter : il lance son chef d'inculpation avec un brin de défi, mais surtout il surenchérit en affichant un « j'assume pleinement ». Les autres, à sa suite, font de même.

Par contre, nous remarquons des tremblements, des tonalités, des tensions physiques, des voix qui se cassent brusquement ... trahissant leur malaise face aux faits reprochés. Rien n'est dit, rien n'est dicible.

Mr M propose au groupe une image d'homme idéal. Le prix à payer est de nommer les faits reprochés et les inculpations. Le déni porte sur l'émotion liée à ces derniers et sur l'angoisse d'anéantissement réveillée par ces évocations.

Les éléments déniés par cette communauté de déni émergent à travers des processus primaires.

3ème temps

Plus tard, à l'occasion de l'arrivée de **Monsieur S**, Monsieur M. lance « et je me suis pris 9 ans dans la gueule ».

L'un de nous prend alors conscience de combien, jusque là, leur manière de dire leur chef d'inculpation et leur condamnation étaient une « caricature ». Il découvre combien elle était en décalage avec le ressenti. L'autre animateur se sent soulagé. Enfin, Monsieur M se permet de lâcher.

A partir de ce moment là, ils ont continué à se présenter en nommant leur chef d'inculpation et les sanctions prononcées à leur égard. Il était toujours question de mettre à l'écart l'angoisse d'anéantissement face aux faits reprochés certes, mais surtout face à l'arrivée d'un « nouveau ».

L'angoisse d'anéantissement est ravivée par « comment exister face à un autre (à l'autre) ». Mais chacun peut y associer des affects personnels.

De communauté de déni au service du maintien d'une non-séparation (du domaine de l'identification projective), nous sommes passés à un pacte dénégatif, ou chacun peut se positionner différemment dans son vécu de la peine prononcée, et de l'inculpation. Le pacte dénégatif de l'angoisse d'anéantissement massive ravivée à l'arrivée de quelqu'un de nouveau pouvait servir de support à la mise en représentation des tensions d'affects en lien avec les inculpations.

4ème temps

A l'arrivée de **Monsieur P**, au moment où nous leur proposons de se présenter, ils marquent d'abord un moment de court silence, puis Monsieur C dit : « bienvenue » au groupe, certains souhaitent aussi la bienvenue à Monsieur P. Il dit « merci ».

Encore un silence qui, de léger devient lourd, puis Monsieur M fait une pirouette, les autres rient (c'est un comportement habituel chez Monsieur M quand un malaise s'installe).

L'animatrice dit : « c'est effectivement une manière de se présenter ». L'atmosphère se détend et tous se présentent à leur manière. Monsieur P aussi.

L'autre animateur cherche à leur faire nommer leur chef d'inculpation. Ils le font assez facilement, de façon là aussi plus légère.

Ainsi

Lors de la reprise de cette séance ce dernier fait part de ses ressentis. « Ce n'était pas juste, pas normal, qu'ils ne fassent pas le même effort qu'à l'arrivée des autres ». Il fait aussi remarquer qu'en ne leur demandant pas le chef d'inculpation nous les laissons ne pas respecter la règle de présentation.

Nous découvrons alors, que depuis le début, nous n'avions pas la même conception de la présentation. Pour l'un ils devaient nommer leur condamnation. Si au début certains ne l'avait pas fait nous l'avions accepté au regard de leurs situations particulières. Pour l'autre, ils se présentent à leur façon chacun des animateurs a dans la tête leur affaire et à un moment ou un autre il en sera question.

Pourquoi ne nous sommes nous pas aperçus de cette divergence ? Pourquoi cette communauté de déni (non différenciation des points de vue des thérapeutes). Quel idéal devons-nous préserver ? Quel déni en arrière plan ?

Plusieurs éléments de réponses :

- Nous animons pour la première fois un groupe ensemble. Nous voulions sans doute préserver des enjeux narcissiques et éviter les conflits éventuels.

- Pour l'animatrice, il y avait, la volonté de laisser de côté un vieux débat avec le psychologue de l'unité qui la questionnait souvent à propos du regard des autres soignants sur leur conception des soins. Il était notamment question de s'interroger sur la place qui était faite aux actes reprochés dans le dispositif. Elle ne souhaitait pas voir re-survenir ce débat au niveau du couple thérapeutique du groupe. Pour penser dans le groupe, elle avait besoin de se débarrasser de la question du regard extérieur, à l'image des patients. Nous, retrouvions donc les deux co-thérapeutes dans une communauté de déni en miroir avec celle des patients.

Nous avons pris conscience de nos différences à un moment où l'un et l'autre, nous étions suffisamment en confiance pour pouvoir élaborer à partir de celles-ci. Nous n'avions pas pu percevoir avant le rôle de déni d'une vie interne que jouait le mode de présentation mis en place

Suite à cette analyse, les présentations sont devenues peu à peu de vraies présentations au sens où chacun a pu le faire à sa manière et où les mots employés étaient incarnés.

Parallèlement, le rapport des patients aux actes reprochés a changé. Une fois, Mr M a formulé : « ah ! ça fait du bien » après que Mr C ait énoncé simplement et avec ressentiment les faits qui lui sont reprochés.

Monsieur C a pu expliquer le contexte lié à ses actes d'agression sexuelle aux autres.

Monsieur M a pu associer librement sur son malaise psychique au moment des actes lorsqu'il était question de « ne plus savoir où on habite » au point de perdre tout repère ou de vouloir se supprimer sujet évoqué au départ par Mr T...

Conclusion

Le thème de ces journées veut interroger **les spécificités des traitements aux AVS.**

En ce qui nous concerne, la spécificité ne nous semble pas à chercher au niveau d'un outil particulier (même si, vous l'avez compris, la théorie psychanalytique du groupe nous semble un outil adapté pour travailler avec les AVS).

La spécificité nous semble liée aux contextes. Est particulière, la combinaison entre l'existence d'une demande judiciaire (donc sociale), le discours social sur les AVS, le transfert et les inter-transferts.

Ne pourrait-on pas, dès lors, avec ce que nous montrent ces patients, considérer les soins psychiques comme :

- d'abord, une attention particulière portée au niveau de la circulation des tensions entre les espaces individuels, groupaux et sociaux,
- puis comme un soutien, une aide pour permettre de faciliter, de rétablir ou d'établir une circulation et une transformation des tensions et énergies entre et dans les espaces individuels, groupaux et sociaux.

Bien sûr, il appartient à la société de faire un travail de transformation et d'élaboration en son sein suite à l'effet produit sur elle par les actes commis par les AVS. Cela n'empêche bien sur pas que les AVS puissent avoir un travail de transformation et d'élaboration à faire au niveau de leur psychisme et de leurs espaces d'appartenance. Mais, il revient aussi aux soignants de faire un travail d'élaboration à partir de l'effet produit par l'arrivée des AVS avec obligation de soins dans leur champ.

La théorie psychanalytique groupale développée par R. KAES nous semble, non seulement un outil adapté dans les soins aux AVS, mais aussi un outil utile pour penser ce qui nous arrive à nous, soignants, face à des patients AVS, tant au niveau du transfert proprement dit, individuel ou groupal (équipes de soignants), qu'au niveau du corps des soignants psy.

RESUME DU DISPOSITIF

I – EVALUATION

| |
|--|
| a) Evaluation par deux soignants différents et séparément : Un psychologue et Un infirmier |
| b) Elaboration du projet de soin avec le groupe des soignants, si possible |

II – PRESENTATION DU PROJET DE SOIN

| | |
|---|---|
| Lors d'une réunion regroupant : les psy, le C.I.P. et le patient | |
| Si accord : Engagement à suivre les soins | Si refus : Sortie du dispositif |
| | Si hésitation : Nouvelle rencontre |

III - LA PRISE EN CHARGE : TOUJOURS **TROIS** PARTIES

| | |
|---|---|
| A | B |
| Travail psychothérapeutique selon projet | Réunions triangulaires regroupant : |
| <ul style="list-style-type: none">● Groupe de Parole avec ou sans médiateur ou | <ul style="list-style-type: none">● Un des deux soignants de l'évaluation ; |
| <ul style="list-style-type: none">● Entretiens Individuels ou | <ul style="list-style-type: none">● Le C.I.P. chargé du suivi de la Mise à l'Epreuve ; |
| <ul style="list-style-type: none">● Entretiens Familiaux | <ul style="list-style-type: none">● Le patient |
| Une fois tous les 15 jours | En moyenne une fois toutes 4-5 semaines |
| C | |
| Un troisième espace réservé aux soignants du T.A.A.G.S. : | |
| <ul style="list-style-type: none">● Analyse des cas suivis : En particulier le transfert subjectal● Réajustement du projet de soin | |
| Réunion toutes les semaines | |

IV – FIN DE PRISE EN CHARGE

| | |
|---|---------------------------|
| Réunion de fin de mesure : Patient, C.I.P et les soignants des espaces A et B | |
| Arrêt des soins: | Poursuite des soins : |
| Sortie du dispositif | Nouveau dispositif |