

« Vécu d'une transition dans un groupe thérapeutique :  
Expérience d'un thérapeute et d'une co-thérapeute »

E. Rivera  
Consultation UPDM,  
Unité de Psychiatrie du Développement mental,  
Département de Psychiatrie,  
HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève

Résumé

Cet article porte sur l'annonce d'une transition, en lien avec le départ d'un thérapeute, dans un groupe de parole pour une population adulte qui présente un double diagnostic de retard mental et psychopathologie. Il s'agit d'un groupe semi-ouvert et de discussion libre flottante. La problématique est celle de l'élaboration et du vécu d'une séparation au sein du groupe. La démarche adoptée est qualitative. Le point de vue subjectif est celui de la co-thérapeute auteure. L'expérience du thérapeute est mise en récit lors d'un entretien individuel avec la co-thérapeute. Cette réflexion montre que l'annonce du départ du thérapeute et la séparation touchent le groupe dans son ensemble, c'est-à-dire : les patients, le thérapeute et la co-thérapeute. Cette situation, illustrée dans le groupe, peut être le reflet d'autres moments dans la vie qui impliquent des séparations. Elle amène ainsi à vivre, dans un cadre thérapeutique, une expérience de séparation, de perte, de deuil et d'élaboration de ces étapes.

MOTS CLES: groupe thérapeutique, co-thérapie, psychiatrie, développement mental, séparation, perte.

Abstract

This article discusses the announcement of a transition, due to the departure of a therapist, in a group therapy with adults' patients diagnosed with mental disability and psychopathology. It is a semi-open group of free flowing discussion. The subject of the paper is related to the elaboration and the personal experience of a separation within a group. The approach is qualitative. The subjective point of view is the one of the author, also co-therapist in the group. The departing therapist's experience is related through a personal interview with the author. This reflection shows that the announcement of the departure of a therapist and the ensuing separation affects the group as a whole: patients, therapist and co-therapist. This situation, described in the group, may reflect other moments in life that involve separations. It thus describes a real case, in a therapeutic setting, of an experience of separation, loss, mourning and the development of these steps.

KEYWORDS : group therapy, co leadership, psychiatry, mental development, separation, lost

## I. Introduction

Cet article s'inscrit dans le contexte d'une pratique dans une consultation ambulatoire de psychiatrie du développement mental. La consultation est elle-même rattachée à une Unité de développement mental, qui fait partie du Service de psychiatrie spécialisée d'un hôpital universitaire. Au sein de cette Unité de développement mental, l'approche groupale est un type de soins courant et bien développé en témoignent diverses publications qui présentent des expériences de thérapies de groupe originales et variées, ceci dans un contexte tant intrahospitalier, qu'ambulatoire (Galli Carminati & Méndez, 2003).

La réflexion à l'origine de cet article est née d'une expérience vécue en tant que co-thérapeute dans l'un des groupes de la consultation ambulatoire. Il s'agit d'une situation particulière dans laquelle le thérapeute *ancien* et expérimenté, qui accompagne le groupe depuis sa mise sur pied, annonce son départ à la retraite, tandis que l'activité de soin groupale se poursuit, avec comme conductrice du groupe la co-thérapeute, entre autres. Dans ce contexte de changement, la problématique traitée est celle de l'élaboration d'une séparation en lien avec l'annonce du départ du thérapeute *ancien*, ce qui marque un moment de rupture. Pour traiter cette question, la perspective du thérapeute et celle de la co-thérapeute sont prises en compte. L'expérience du thérapeute est mise en récit lors d'un entretien individuel, relativement à son histoire dans le groupe et au vécu subjectif de cette situation, avec comme questionnement principal la manière dont est pensé, élaboré et vécu ce changement. L'expérience de la co-thérapeute et auteure, fruit d'un questionnement autoréflexif, se centre sur la manière dont *je* prends ma place dans le groupe au fil des séances, ainsi que sur *ma* préoccupation et *mon* vécu dans ce contexte clinique particulier.

Dans un premier temps, il s'agira de situer de manière plus détaillée le contexte dans lequel s'inscrit cette réflexion, puis de décrire la situation clinique, en faisant des liens avec certains éléments de théorie, notamment en ce qui concerne le groupe et le retard mental, ainsi que la séparation dans un contexte thérapeutique. Finalement, cette situation clinique sera analysée et discutée.

## II. Contexte général

### 1. Perspective historique

Avant de présenter l'Unité du développement mental et la population dont elle prend soin, il semble intéressant de se pencher sur le concept d'*insuffisance mentale* dans une perspective historique, afin de mieux saisir les enjeux multiples que soulève cette clinique singulière. Selon Salbreux (2001) la notion d'*insuffisance mentale* remonte à Esquirol, au XIX<sup>e</sup> siècle, qui propose une distinction entre la démence et la déficience mentale grave, décrivant une évolution défavorable des facultés dans le premier cas, versus un état déficitaire de stabilité et d'incurabilité dans le second cas. A cette même période, la psychométrie se développe parallèlement à l'obligation de la scolarité et, au début du XX<sup>e</sup>

siècle, Binet et Simon proposent le concept d'*âge mental*. Puis, Stern introduit le *quotient intellectuel* afin de caractériser la notion d'intelligence et de classer les degrés de déficience. Ces perspectives sont par ailleurs empreintes d'un certain déterminisme organique. Or, par la suite, lors de la crise économique des années 1930, ces conceptions sont nuancées et enrichies. Ainsi, il est observé qu'un déficit de l'environnement socioculturel ou des carences précoces dans les soins apportés au bébé et dans les premières relations sont à même d'influencer le développement affectif, ainsi qu'intellectuel, manifestations que Misès décrira sous le terme de *psychoses déficitaires* à partir des années 1960 (Salbreux, 2001 ; 2006).

Ces quelques éléments historiques rappellent que de multiples influences entrent en jeu dans le développement de l'individu, qu'il présente ou non un retard mental. Ainsi « les déficiences intellectuelles ne sont guère réductibles à une étiologie univoque. Tout enfant, qu'il soit ou non déficient mental, *se construit* dans une interaction de facteurs organiques, relationnels et sociaux. Son évolution est scandée par des étapes au cours desquelles la structuration de ses fonctions cognitives est inséparable du mouvement global d'organisation de sa personnalité » (Salbreux, 2001, p. 221).

## 2. Psychiatrie du développement mental

Les patients pris en soin à l'Unité psychiatrique du développement mental sont issus d'une population adulte, à partir de 16 ans, qui présente à des degrés divers un retard mental, de léger à profond selon les critères diagnostiques de la CIM-10 (OMS, 1992), ou/et une problématique autistique, et ceci associé à une psychopathologie. Ce double diagnostic, où coexistent troubles du développement mental et problématiques psychiatriques, donne lieu à de multiples tableaux cliniques. Il s'agit en effet d'une population fortement hétérogène pour laquelle l'étiologie, ainsi que les manifestations symptomatologiques sont souvent multiples et complexes, mettant en jeu une interaction d'influences. De plus, la pratique quotidienne montre que l'adaptation aux exigences de l'environnement est souvent difficile pour ces patients, à certains moments de leur existence notamment. Cette population singulière et fragile nécessite en l'occurrence une attention toute particulière avec une capacité d'accueil de la souffrance, ainsi que des soins psychiques et un accompagnement adaptés à sa diversité et à sa complexité (Galli Carminati, 2000).

Afin de répondre au mieux aux besoins de soins et de soutien psychique et social de la personne avec retard mental et psychopathologie, l'Unité psychiatrique du développement mental est composée : d'un secteur hospitalier qui accueille les situations de crise, d'un hôpital de jour dont les soins ambulatoires sont centrés sur la réhabilitation, d'une équipe mobile pouvant se déplacer sur le lieu de vie des personnes, et d'une consultation ambulatoire. Cette dernière s'adresse à des patients adultes dont l'état psychique relativement stable permet de vivre au domicile familial, dans leur propre

appartement ou en institution. Au sein des différentes structures présentées ci-dessus, des équipes pluridisciplinaires offrent une prise en soins globale individualisée (Galli Carminati, 2000). Pour rappel, cette réflexion s'inscrit dans le cadre de la consultation ambulatoire.

### 3. L'approche groupale

Selon Neri (2011), l'approche groupale permet au patient d'être en relation d'une part avec le ou les thérapeutes, mais également avec d'autres personnes, qui sont au même niveau que lui et dont le rôle est particulièrement important. En effet, les échanges n'ont pas lieu dans un dialogue à deux comme lors d'une prise en soin en individuelle, mais dans une circularité entre plusieurs personnes, la parole passant à travers un « espace commun ». L'auteur propose un modèle du groupe thérapeutique, avec « l'idée que le groupe constitue un ensemble, une communauté, un collectif, capable de pensées et d'élaborations émotionnelles » (Neri, 2011, p.23), ceci dans un « espace commun », où les thérapeutes ont une fonction de « copenseurs ».

La population avec retard mental et psychopathologie est souvent perçue du seul point de vue de ses limitations et difficultés au niveau intellectuel, de l'expression émotionnelle, du langage, de l'accès à la symbolisation entre autres. Or ces éléments semblent particulièrement importants à l'échange et aux interactions entre les membres d'un groupe. Malgré ces *a priori*, l'activité groupale thérapeutique est un soin couramment pratiqué à la consultation. En effet, ce type de prise en soin permet aux patients de vivre et d'expérimenter des situations de groupe qui mettent en jeu les relations et les interactions, ce à quoi la plupart d'entre eux sont finalement confrontés au quotidien, que ce soit sur le lieu de vie ou sur le lieu de travail. Concernant l'activité groupale à la consultation, elle est pratiquée selon différentes orientations théoriques, et avec une grande diversité au niveau des dispositifs, ceci en fonction des besoins particuliers des patients. Ainsi, par exemple, certains groupes sont semi-ouverts et n'ont pas de limite temporelle, tandis que d'autres sont fermés et s'inscrivent dans un nombre de séances définies ; il existe des groupes uniquement verbaux, et d'autres utilisant une médiation qui peut être animale ou matérielle ; certains groupes répondent à un thème particulier tel que le groupe sur la vie affective et sexuelle, alors que d'autres consistent en une discussion libre. Ces quelques exemples attestent de la diversité des dispositifs groupaux qui peuvent être pensés et mis en place (Armanios, Méndez & Bovier, 1994, 2003 ; Chapelier, 2000 ; Galli Carminati & Méndez, 2003).

Parmi ces nombreux dispositifs groupaux, nous allons nous intéresser maintenant à celui qui est à la base de cette réflexion. Il s'agit plus précisément d'un groupe de parole pour des adultes de plus de 35 ans qui présentent, à des degrés divers et sous des formes variées, une déficience mentale, ainsi qu'une psychopathologie ou une problématique autistique, ce qui rend le groupe hétérogène. Il est question d'un petit groupe de moins de 12 participants, semi-ouvert, à long terme, de discussion libre flottante,

mis en place depuis plusieurs années, et dont l'orientation théorique est psychodynamique. Le groupe a lieu à la consultation une fois par semaine, en fin de journée étant donné que la plupart des patients travaillent. Les sièges sont disposés en cercle, dans une salle spacieuse et claire. La durée de la séance est de 60 minutes. Après la séance, les thérapeutes se rencontrent pour un post-groupe qui permet d'échanger à *chaud*, en prenant des notes. Afin de bénéficier de ce mode de prise en charge, il est essentiel que les participants aient des capacités suffisantes au niveau du langage pour suivre et participer à des discussions amenées librement, ainsi qu'un degré d'autonomie suffisant pour se déplacer seul. Jusqu'à présent, le groupe a été co-animé par un couple de psychologues formés à la thérapie groupale ou par un psychologue et une psychologue en formation post-grade (Armanios, Méndez & Bovier, 1994, 2003).

### III. Contexte clinique

#### 1. Présentation subjective de la situation clinique

La situation clinique à l'origine de cette réflexion est celle de l'annonce du départ à la retraite du thérapeute *ancien* et expérimenté au sein du groupe de parole présenté ci-dessus. La co-thérapeute *nouvelle*, moi-même, en suis informée par le thérapeute le premier jour de mon activité à la consultation et l'annonce est officiellement faite au groupe cinq mois environ avant le départ du thérapeute, laissant ainsi du temps à l'élaboration. Depuis lors, les questions relatives à la séparation, à la perte et à leur mise en sens reviennent fréquemment et sous différentes formes : par exemple, lors de discussions sur la perte douloureuse des parents ou de proches ; lors d'énumérations de chanteurs, d'acteurs ou de personnages connus qui sont morts ; en discutant du cadre temporel dans lequel s'inscrit ce départ ; en évoquant la dernière séance du thérapeute et le désir qu'elle soit spéciale avec un partage de nourriture et de boissons ; et finalement en imaginant l'après avec des attentes et des projections.

Par ailleurs, le départ à la retraite du thérapeute a lieu dans un contexte plus général de changements institutionnels, qui génère un climat d'instabilité. Parmi ces changements, la consultation ambulatoire a notamment vécu, sur une courte période, plusieurs départs successifs et arrivées de médecins, ainsi que l'annonce d'un prochain déménagement à l'extérieur de la ville, dans le domaine de l'Hôpital psychiatrique. Au fil des séances, ces différents changements, passés et à venir, source d'angoisses et d'incertitudes pour certains, sont discutés et élaborés dans le groupe.

En intégrant ce groupe, à la suite de la co-thérapeute précédente, j'éprouvais de l'intérêt et de la curiosité liés à cette nouvelle expérience et aux rencontres à venir. Toutefois, j'avais également à l'esprit la réalité du départ du thérapeute *ancien* et la question de la place que j'allais peu à peu

prendre dans le groupe, avec de nombreux doutes et incertitudes. A partir de ce vécu initial et d'une sensibilité particulière pour la question du lien et la thématique de la séparation et de ses processus, j'ai eu envie de réfléchir à cette situation et de la partager.

## 2. Expérience d'une co-thérapie

La co-thérapie, telle qu'abordée dans ce travail, peut se définir comme étant la conduite partagée d'un groupe thérapeutique verbal. Dans ce sens, je rejoins la conception selon laquelle « dans le cadre de l'institution elle nous paraît avoir une double utilité. Le travail en co-thérapie comporte des aspects formateurs originaux. Il permet aussi de contenir plus facilement des patients très symptomatiques » (De Verdier & Eytan, 2003, p. 1).

Les premières séances m'ont permis de faire petit à petit connaissance avec le groupe et les individualités qui le composent, ainsi que de découvrir et de m'adapter au style de mon co-thérapeute. Au départ, mes interventions étaient plutôt ponctuelles et je m'appuyais beaucoup sur le thérapeute *chef d'orchestre*, en tant que conducteur du groupe. Etant moi-même psychologue en formation post-grade, dans une orientation théorique psychodynamique semblable à celle du thérapeute, j'étais au départ assez impressionnée par ses interventions et interprétations. De ce fait, lors de mes premières séances, j'ai vécu une forme d'appréhension, un souci de ne pas faire de *fausse note* en prenant la parole. Puis, au fil des séances, j'ai pris plus de place, me sentant également de plus en plus à l'aise pour intervenir de façon spontanée et avec ma propre subjectivité. La co-conduction est en l'occurrence devenue plus équilibrée. Le thérapeute étant attentif et bienveillant, je ne me suis pas sentie trop déstabilisée lorsque ses propos sont venus nuancer ou contredire les miens, le post-groupe servant en outre de lieu d'échanges et de discussions.

Par ailleurs, il se peut que l'annonce même du départ à la retraite du thérapeute *ancien*, investi comme une figure de référence hautement importante dans le groupe, ait pu accélérer le processus avec lequel j'ai pris ma place de co-thérapeute. En effet, dès les toutes premières séances, j'avais à l'esprit le fait qu'après six mois de présence dans le groupe, j'allais assumer seule le moment de transition lors de son départ, ainsi que lors de l'arrivée d'une nouvelle personne comme co-thérapeute. D'autre part, nous avons vécu plusieurs moments d'incertitude autour de la personne qui allait succéder au thérapeute *ancien*, ceci en lien avec différentes contraintes extérieures, élément qui a pu contribuer à renforcer mon sentiment de devoir assurer une permanence pour le groupe, en étant la personne de référence dans cette transition.

### 3. Une séparation annoncée

Hanus (1998, p. 36) définit la séparation comme « une fin, au moins une rupture, une discontinuité, une césure dans un état qui lui préexistait que nous l'appelions relation, investissement, lien ou attachement (...) ». En outre, les réactions à la séparation et à la perte engendrée sont déterminées par la nature des liens à l'objet, ou plutôt à l'investissement dont ce dernier est porteur (Freud, 1917, 2011 ; Hanus, 1998).

Dans un groupe semi-ouvert de longue durée, il arrive inévitablement que certains changements de patients, mais également de thérapeutes, se produisent. Ainsi, périodiquement, certains patients quittent le groupe, pour différentes raisons, alors que d'autres l'intègrent. Ceci représente selon Foulkes et ses coauteurs une « évocation symbolique » des questions universelles en lien avec la vie, la mort et le remplacement, thématiques qui génèrent de l'angoisse et « une double anxiété, - anxiété portant sur la personne qui s'en va et sur l'étranger qui est sur le point d'entrer dans leur vie » (Foulkes, Kadis, Krasner & Winick, 1971, p. 196). En outre, ces changements menacent un équilibre préexistant, et lors de chaque départ ou arrivée, nous assistons à une restructuration du groupe, qui continue toutefois son travail et dans lequel chacun essaie de trouver sa place. Il s'agit au fond d'un *nouveau groupe*, qui demande de renoncer à un état d'homéostasie et de s'adapter à l'inconnu, en recherche d'un nouvel équilibre (De Verdière & Eytan, 2003 ; Foulkes, Kadis, Krasner & Winick, 1971 ; Neri, 2011).

Dans ce sens, le départ d'un thérapeute dans un groupe implique une séparation, un deuil, puis un changement et une nouvelle adaptation. Il s'agit de plus dans notre situation clinique du départ du thérapeute *ancien*, l'un de ceux qui ont connu le groupe dès sa mise sur pied, et qui peut donc symboliser la *mémoire* du groupe et sa continuité au fil de son histoire. Par ailleurs, nous pouvons nous poser la question de l'impact d'une séparation chez des personnes avec retard mental et psychopathologie, souvent caractérisées par un plus fort degré de dépendance à l'autre. L'élaboration de la perte liée à la séparation, et le manque lié à l'absence pourrait dès lors être vécus plus difficilement qu'au sein d'une population sans retard mental, ceci bien que le départ à la retraite du thérapeute ait été annoncé avec suffisamment d'avance pour être discuté et pensé.

### IV. Présentation de l'entretien avec le thérapeute

Au vu de la situation décrite ci-dessus et des questionnements qui en émergent, la démarche adoptée dans ce travail est qualitative et s'inscrit dans la rencontre avec une clinique singulière. Pour rappel, il s'agit d'aborder cette situation en travaillant à partir du récit du thérapeute, quant à son histoire et à son vécu dans le groupe. Parallèlement, mon expérience de co-thérapeute est également prise en



compte, dans un processus autoréflexif. Concernant l'entretien, le thérapeute est sollicité et donne son accord oralement. La rencontre a lieu à la consultation, autour d'un entretien semi-directif avec des questions ouvertes qui appellent des réponses subjectives et spontanées. La durée de l'entretien est de 45 minutes, temps qui a pu être respecté (Blanchet & Gotman, 2011).

Concernant le thérapeute, avec qui j'ai eu la chance de travailler et de me former pendant six mois, il s'agit d'un homme proche de la retraite, avec une grande expérience clinique et un goût à la transmettre. Il a par ailleurs d'emblée et volontiers accepté de m'accorder cet entretien, en me disant, lorsque je le remercie : « *Je crois que c'est une bonne expérience pour moi, à la fin de ma carrière (...)* ».

En début d'entretien, ses réponses ont tendance à être intellectualisées et factuelles, puis au fil de la discussion, elles deviennent de plus en plus personnelles, avec certaines émotions liées, d'une part aux souvenirs et, d'autre part, à son départ et à la séparation : « *(...) j'ai travaillé pour cette population pendant beaucoup d'années... c'est émouvant pour moi et je crois que je dois faire autre chose, donc voilà, on verra le moment venu, mais je suis prêt à faire autre chose* ».

Concernant l'histoire du groupe, le thérapeute m'apprend qu'il a été mis sur pied il y a neuf ans, par lui-même et une autre psychologue, à la retraite depuis quelques années. La consultation avait déjà un groupe de jeunes adultes jusqu'à 30 ans, cependant « *(...) Les problématiques de l'individu sont pas toujours les mêmes en fonction de la tranche d'âge (...). Et voilà on a constitué ce groupe d'adultes un peu plus mûrs* ». Par ailleurs, je découvre qu'un autre groupe existait au préalable, qui a dû être arrêté « *(...) parce qu'il y a eu une hémorragie de patients (...). Alors on a mis un terme et puis on a constitué un autre groupe (...)* ».

Le thérapeute explique que les attentes et les objectifs relativement à cette activité de soin groupal de discussion libre sont multiples. Selon lui, le groupe permet aux personnes d'être en relation avec d'autres, d'expérimenter d'éventuelles difficultés relationnelles, d'adaptation, de comportement, de retrait social ou de timidité, ainsi que d'exprimer librement leur vécu. « *Donc c'est un groupe où je me rends compte que les gens peuvent parler de leur vie personnelle et intime (...) un espace de partage et d'élaboration (...)* ».

A ses débuts, le groupe a connu un contexte de changement. En effet, la consultation était dans une période de déménagement. Le thérapeute se souvient qu'il s'est occupé « *(...) de savoir s'il y avait une salle valable pour animer les groupes (...)* », et il se rappelle « *(...) que les gens devaient connaître bien le lieu pour venir à cet endroit et on avait fait (...) des plans pour les déplacements,*

*comment trouver, et voilà, qu'ils s'approprient de cet espace, dans ce nouveau lieu de soins et dans le nouveau cadre thérapeutique, qui était la salle dans laquelle on continue à faire le groupe ».*

Le groupe a évolué au fil des années, « (...) *il ne s'est pas interrompu si on peut dire, il a continué (...)* » avec des changements de personnes : certains partent, d'autres y entrent ou y reviennent. Parmi les autres évolutions, le groupe se constitue d'un plus grand nombre de patients qu'à ses débuts. En effet, il a commencé avec quatre ou cinq patients et il est à ce jour composé de neuf personnes. Le groupe a également connu des changements au niveau de sa conduction. Au départ « (...) *il était conduit par deux psychologues formés à la thérapie groupale (...)* » et ces dernières années par le thérapeute et une psychologue co-thérapeute en formation post-grade. « (...) *Maintenant voilà le groupe continue donc avec moi et bientôt sans moi (...)* ».

Tout au long de l'entretien, le discours du thérapeute traduit un grand investissement et un plaisir manifeste dans cette activité groupale, il exprime par exemple, lorsque je lui demande ce qui lui vient à l'esprit à propos du groupe : « *c'est une activité que j'aime bien* » ou encore « *c'est une activité qui me tient très à cœur* ».

## V. Thèmes de l'entretien

### 1. Le changement

#### 1.1. Le départ :

Concernant les transitions en lien avec un départ du groupe, le thérapeute s'exprime très peu par rapport au départ de participants. En effet, en racontant l'histoire du groupe, il parle plutôt d'une continuité : « (...) *et puis le groupe a continué, il y a des gens qui sont partis, il y a des gens qui sont venus (...)* ». En revanche, le départ des thérapeutes est l'élément qu'il évoque en premier en réponse à la question de changements importants qu'il y a eu dans le groupe : « *oui je pense que c'est le départ des thérapeutes, des co-thérapeutes, parce qu'elles étaient très investies par une grande partie des participants qui avaient toujours le souci, si moi j'allais pouvoir tout seul m'occuper d'eux ou m'occuper de trouver la personne adéquate pour qu'ils puissent continuer. Et voilà ils m'ont investi comme si j'allais être le père éternel du groupe* ». Il insiste également sur l'importance selon lui que ces départs soient préparés et travaillés dans le groupe.

A la question du vécu lié à l'annonce de son propre départ, il exprime « *un soulagement, pour que les gens se préparent et que je me prépare aussi (...)* et pouvoir l'élaborer tranquillement parce que comme tu as vu, il y avait des gens qui étaient très surpris, d'autres qui comprenaient, d'autres qui me croyaient éternel ou que j'ai pas l'âge, enfin et d'autres choses (...) ».

### 1.2. L'arrivée :

En ce qui concerne l'arrivée de patients dans le groupe, le thérapeute se souvient « *de personnes qui sont arrivées au groupe qui ne parlaient pas, qui étaient enfermées, comme la patiente qui va quitter aujourd'hui le groupe, qui arrête le suivi, et qui a fait une évolution extraordinaire (...)* ». Le thérapeute fait ressortir l'évolution individuelle de certains patients depuis leur arrivée dans le groupe, jusqu'au moment de la fin de la thérapie.

Concernant *mon* arrivée dans le groupe, le thérapeute perçoit l'arrivée d'une nouvelle co-thérapeute « *comme une réalité (...). Donc voilà, jusqu'à fin septembre c'était C et à partir d'octobre c'était E* ». En effet, le départ d'une co-thérapeute et l'arrivée successive d'une nouvelle co-thérapeute implique en même temps de faire un deuil et un accueil. Et ceci bien que le thérapeute laisse une ou deux séances de transition qu'il anime tout seul (De Verdière & Eytan, 2003).

### 1.3. L'absence :

Le thérapeute raconte qu'au début, il était difficile tant pour sa collègue que pour lui-même d'être absent au moment du groupe, comme s'il était inconcevable de ne pas tenir cet engagement pour les patients. Puis au fil des années « *j'ai évolué aussi en pouvant être absent (...) à certaines séances (...) le groupe continue malgré l'absence. Parce que je crois de toute manière que c'est à travers l'absence qu'on peut se constituer (...) mon sentiment c'était que les patients avaient besoin de ce groupe mais n'avaient pas besoin de moi, donc je pouvais être ailleurs et je savais que ma collègue avait toutes les compétences pour pouvoir le mener (...) toute seule* ». Cette question soulève donc la thématique de la continuité et de la permanence du lien malgré l'absence de l'autre.

### 1.4. Autre :

A la question des changements importants pour le groupe, le thérapeute mentionne encore « *les autres changements qui sont à venir (...) comme le déménagement du cadre thérapeutique ailleurs* ». Ceci évoque le déménagement que le groupe a connu à ses débuts, à propos duquel le thérapeute explique que « *les sujets ou les thèmes à ce moment c'était surtout ça, la continuité et le changement, comment s'approprier du cadre, de l'entourage, se repérer* », thèmes qui seront sans doute d'actualité lors du prochain déménagement.

## 2. Séparation et perte

Dans le cadre de cette réflexion, les thèmes de la séparation et de la perte reflètent la manière dont est vécue dans le groupe l'annonce du départ d'une personne fortement investie. Le thérapeute exprime l'importance de pouvoir se préparer à la séparation dans le groupe, tandis que « *(...) le deuil n'appartient pas au thérapeute qui part. L'élaboration du deuil comme je comprends (...) ça*

*appartient à l'élaboration des thérapeutes et des participants lorsque les anciens thérapeutes ne sont plus là. Donc il ne faut pas anticiper le deuil même si le thérapeute il est très investi (...) le vécu c'est après ». Quant à l'annonce de son propre départ, il constate que « (...) de temps en temps ça revient (...) évidemment ils s'attendent qu'on fasse un apéritif pour le dernier jour (rires). (...) mais c'est pas présent dans toutes les séances ». Ces éléments indiquent que le groupe élabore et intègre le départ du thérapeute, en laissant toutefois la place à d'autres discussions.*

En lien avec la question de la perte, le thérapeute évoque un autre moment important, une période particulière durant laquelle plusieurs patients ont perdu leur père ou leur mère dans l'espace de quelques mois. Le groupe était alors « (...) un espace de partage et d'élaboration d'un moment difficile dans leur existence ».

### 3. Projections pour le groupe

Le thérapeute imagine une suite pour le groupe après son propre départ. Sa réponse se centre toutefois uniquement sur les mois qui suivront son départ, en lien avec le déménagement de la consultation : *« le cadre thérapeutique sera beaucoup plus loin, ne sera pas en ville, et pour certaines personnes ça sera quelque chose d'important, est-ce qu'ils vont aller si loin ? Donc il faut voir les gens qui probablement vont arrêter, pas parce que je pars, je pense pas pour ça (...) ». D'après lui, le groupe pourrait connaître plusieurs départs et, si tel est le cas, il faudrait dès lors envisager de constituer un nouveau groupe avec les patients qui restent. De manière plus globale, il espère pour la suite « que pour ces personnes une activité de soins de cette nature puisse être offerte aux gens qui le souhaitent et aux gens qui ont besoin ».*

## VI. Vécu de la co-thérapeute

Au début de mon activité à la consultation, je suis entrée dans ce groupe à la suite de la co-thérapeute qui m'a précédée. Mon arrivée était préparée et le groupe attendait ma venue pour un jour déterminé. Ainsi, j'ai été bien accueillie. Dès mon arrivée, j'ai été informée du départ à la retraite du thérapeute. A ce moment-là, entre le départ récent de la co-thérapeute précédente, mon arrivée dans le groupe et la perspective du départ du thérapeute, mon attention était portée sur les changements de thérapeutes et l'impact de ces transitions dans un groupe de longue durée, questionnement qui a orienté cette réflexion. Au début, il m'a semblé difficile d'entrer dans un groupe déjà constitué, dont j'ignorais l'histoire et le fonctionnement. Mon sentiment était d'être un élément extérieur et de devoir trouver ma propre place, avec de plus l'impression « ... d'être de passage et la perspective de rester peut-être moins de temps que certains patients » (De Verdière & Eytan, 2003, p. 4).

Au fil des séances, j'ai trouvé peu à peu ma place. A ce propos, j'ai le souvenir d'une personne qui, lors de mes premiers groupes, avait tendance à m'appeler par le prénom de la co-thérapeute précédente. Mon intervention a été simplement de verbaliser qu'il me semblait difficile de se souvenir de mon prénom pour certains. Puis, après quelques séances, cette même personne exprime qu'elle a toujours envie, ne sachant pas pourquoi, de m'appeler par le prénom de l'ancienne co-thérapeute, ce qu'elle n'a plus fait depuis. Cet exemple me paraît particulièrement intéressant et significatif du vécu de cette transition, qui implique simultanément le deuil de l'ancienne co-thérapeute et mon accueil, où le groupe intègre peu à peu ma présence.

Suite à l'annonce du départ à la retraite du thérapeute, nous avons discuté et préparé, hors du groupe, le fait que je puisse prendre plus de place dans la conduction, tandis que lui en prendrait de moins en moins, ceci afin de faciliter la transition. Ainsi, j'ai commencé à ouvrir et à fermer le groupe plus systématiquement, et également à annoncer les absences et autres nouvelles. Ceci n'a pas été une tâche facile, du fait que le thérapeute représente la figure de référence à laquelle le groupe s'adresse prioritairement. Il est en effet très investi, et jusque-là il a été porteur de la continuité du groupe pendant de nombreuses années. Afin de chercher une réassurance, certaines personnes m'ont d'ailleurs demandé à plusieurs reprises si j'allais rester après le départ du thérapeute. Il était alors important de rappeler que le groupe allait continuer, la date prévue pour mon propre départ, et le fait qu'une nouvelle co-thérapeute allait intégrer le groupe.

De manière générale, mon vécu au départ du thérapeute est celui de la perte d'un collègue apprécié, mais également d'une figure de référence pour ma formation. Concernant le groupe, je perds un co-thérapeute expérimenté et une personne avec qui il m'est agréable de travailler. De plus, j'ai également conscience du changement et du deuil à faire au niveau de la co-animation. En effet, je passerai d'un co-thérapeute homme, à une co-thérapeute femme, voire deux. Finalement, j'ai conscience de ce que je perds, ne sachant pas ce que je vais trouver. Mais, paradoxalement, le départ du thérapeute représente également de nouvelles possibilités et perspectives, faites de nouvelles rencontres, malgré certains a priori liés au changement. D'autre part, la co-animation et la collaboration seront à mon avis plus symétriques, laissant plus de place à mes interventions et finalement à ma subjectivité, n'ayant plus à mes côtés le regard critique d'un thérapeute au bénéfice d'une grande expérience clinique avec cette population.

## VIII. Conclusion

Arrivés au terme de cette réflexion, dont la situation initiale concernait l'annonce du départ à la retraite d'un thérapeute dans un groupe de parole, nous avons traité notamment des questions du

changement et de la continuité, ainsi que de l'élaboration et du vécu d'une séparation, lorsque celui qui part est très investi. Cette situation clinique a été présentée selon la perspective du thérapeute et celle de la co-thérapeute, *moi-même*, à partir de mon propre point de vue. Comme nous l'avons vu au fil de cette réflexion, l'annonce du départ du thérapeute *ancien* et la séparation touchent le groupe dans son ensemble, c'est-à-dire les patients, le thérapeute, ainsi que la co-thérapeute.

Le discours du thérapeute, traduit son investissement et son plaisir dans cette activité groupale. Il est également empreint de réflexions sur la fin d'une période de l'existence et la préparation à une nouvelle étape de vie. Quant à la co-thérapeute, *moi-même*, je me prépare à poursuivre cette activité groupale dans une perspective de continuité, malgré les changements à venir, ceci pour la période qu'il me reste à passer au sein de la consultation et, donc, avec ce groupe. Par ailleurs, il est probable que, paradoxalement, cette situation de changements et d'instabilité ait d'une part favorisé mon intégration au groupe en tant que co-thérapeute et, d'autre part, eu un impact bénéfique sur mon expérience globale.

Finalement, les changements font partie de l'existence et de ses imprévus. Dans ce sens, la situation étudiée peut être le reflet d'autres moments dans la vie qui impliquent une séparation et une perte, parfois douloureuse (Bolgert, 2011). En ce qui concerne les patients avec retard mental et psychopathologies, pouvant présenter une plus grande dépendance à autrui, il se peut que la perte soit vécue très difficilement. Ce type de situation permet ainsi de vivre une expérience de séparation, qui pourra par la suite servir à mieux appréhender d'autres pertes ou deuils.

## Références

- Armanios, A.-M., Méndez, A. & Bovier, P. (1994). Une activité de soins avec des handicapés mentaux : « le groupe thérapeutique ». *Psychothérapies (1)*, pp.41-48.
- Armanios, A.-M., Méndez, A. & Bovier, P. (2003). Une activité de soins avec des personnes ayant un retard mental : « le groupe thérapeutique verbal ». In G. Galli Carminati & A. Méndez (Eds). *Groupes, psychopathologie et retard mental : L'expérience genevoise*. (pp. 1-12). Genève : Médecine & Hygiène.
- Blanchet, A. & Gotman, A. (2011). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris : Armand Colin.
- Bolgert, C. (2010). La fin de la thérapie. *Gestalt, 1* (38), 103-112.
- Chapelier, J.-B. (2000). *Les psychothérapies de groupe*. Paris : Dunod.
- Classification Internationale des Maladies*. Dixième révision. (1992). Organisation Mondiale de la Santé. Genève/Paris : Masson.
- De Verdier D., & Eytan, A. (2003). Réflexion sur la co-thérapie : Changement de co-thérapeute dans des groupes semi-ouverts en institution. *Avances en Salud Mental Relacional : Revista Internacional On-line 2* (1).  
URL : <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0201/0201rsl.htm>
- Foulkes, S.H., Kadis, A.L., Krasner, J.D., & Winick, C. (1971). *Guide du psychothérapeute de groupe*. Paris : EPI.
- Freud, S. (1917, 2011). *Deuil et mélancolie*. Paris : Editions Payots et Rivages.
- Galli Carminati, G. (2000) *Retard mental, autisme et maladies psychiques chez l'adulte : Approche thérapeutique à visée réhabilitative, le modèle genevois*. Genève : Médecine & Hygiène.
- Galli Carminati, G., & Méndez, A. (Eds). (2003). *Groupes, psychopathologie et retard mental : L'expérience genevoise*. Genève : Médecine & Hygiène.
- Hanus, M. (1998). *Les deuils dans la vie : Deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant*. Paris : Editions Maloine.
- Neri, C. (2011). *Le groupe*. Toulouse : Editions Erès.
- Salbreux, R. (2001). Déficiences intellectuelles de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte : Conception Française. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle, 12* (2), 217- 227.
- Salbreux, R. (2006). Handicap et psychiatrie. *Journal Français de Psychiatrie, 4* (27), 38-39.