

Université de Montréal

**Aménagement du cadre dans la psychothérapie de groupe  
d'orientation analytique auprès des adolescents**

par  
Isabelle Fortin

Département de psychologie  
Faculté des arts et des sciences

Essai doctoral présenté à la Faculté des arts et des sciences  
en vue de l'obtention du grade de Doctorat (D.Psy.)  
en psychologie clinique

Décembre 2011

© Isabelle Fortin, 2011

## Résumé

Bien que la psychothérapie de groupe d'orientation analytique soit reconnue comme étant un mode d'intervention particulièrement approprié pour la clientèle adolescente, le développement de cette pratique fait face à des limites notables : il y a somme toute peu d'écrits sur le sujet et les aménagements du cadre-dispositif y sont nombreux, pour plusieurs basés sur le pragmatisme, voire l'opportunisme (Scheidlinger, 1985; Chapelier, 1995). Compte tenu de cet état des faits et de l'importance du cadre dans la mise en place d'une situation thérapeutique analytique, nous avons fait une recension systématique de la littérature des trente dernières années portant sur la thérapie de groupe d'orientation analytique auprès des adolescents présentant une problématique de santé mentale. L'objectif de notre essai est de dégager un portrait du cadre-dispositif aménagé au sein des trois modalités groupales principalement rencontrées pour cette population, soit le groupe de discussion, le psychodrame analytique de groupe et le groupe à médiation. Les résultats de notre analyse ont permis d'extraire de la littérature 1- un «portrait type» du groupe analytique aménagé auprès des adolescents, basé sur les similitudes entre les trois modalités groupales étudiées, 2- des points de divergences entre les groupes de discussion et ceux de psychodrame et 3- des éléments d'adaptation du cadre analytique groupal aux besoins et au mode de fonctionnement des adolescents. Les limites de notre échantillon ont malheureusement empêché l'analyse des données pour les groupes à médiation. Enfin, les divers manquements rencontrés dans les articles (en terme d'accès à l'information, de variabilité dans les données et de réflexion théorique sur les pratiques mises sur pied) sont discutés à la lumière des contraintes qu'impose la réalité clinique.

**Mots-clés** : psychanalyse, adolescence, psychothérapie de groupe, cadre analytique, groupe de pairs, psychodrame analytique

## **Abstract**

Although psychoanalytic group therapy is recognized as being a treatment particularly suitable for teenagers, the development of this practice faces notable limits: there is altogether little written on the subject and there are many different framework settings, several based on pragmatism, even opportunism (Scheidlinger, 1985; Chapelier, 1995). Taking into account this fact and the importance of the framework in the implementation of an analytic therapeutic situation, we made a systematic literature review of the last thirty years relating to psychoanalytic group therapy with teenagers presenting mental health problems. The objective of the essay is to extract a portrait of the framework set up within the three group methods mainly met for this population: the discussion group, the analytic psychodrama group and the group with mediation. The results of our analysis allowed us to extract from literature 1 - a general picture of the analytic groups set up with teenagers, based on the similarities between the three studied group methods, 2 - points of divergence between the discussion and the psychodrama groups and 3 - elements of adaptation of the analytic group framework to the needs and operating mode of teenagers. The limits of our samples unfortunately prevented the data analysis for the groups with mediation. Lastly, the various failures met in the articles (in term of access to the information, of variability in the data and theoretical thinking on the practices) are discussed in the light of constraints that are imposed by clinical reality.

**Keywords :** psychoanalysis, adolescence, group psychotherapy, analytic framework, peer group analytic psychodrama

# Table des matières

Liste des tableaux.....	v
Remerciements.....	vi
Introduction.....	1
Chapitre 1: Contexte théorique.....	3
1. Le cadre analytique.....	3
2. Psychothérapie de groupe d'orientation analytique.....	4
2.1. Contraintes et dynamique de la situation groupale.....	4
2.2. Le cadre-dispositif groupal.....	7
2.3. Modalités groupales.....	9
3. Le travail analytique de groupe auprès des adolescents.....	11
4. Objectifs de la recherche.....	14
Chapitre 2 : Méthodologie.....	15
1. Description des variables.....	15
2. Recension des écrits.....	16
3. Analyse des données.....	18
Chapitre 3 : Présentation des résultats.....	19
1. Particularités de l'échantillon et limites à l'étude.....	19
2. Éléments relatifs à la composition du groupe.....	19
3. Éléments relatifs à l'organisation spatio-temporelle du groupe.....	23
4. Éléments classiquement associés au cadre analytique.....	25
5. Éléments associés au groupe.....	31
Chapitre 4 : Discussion.....	36
1. Similitudes et divergences entre les modalités groupales.....	36
2. Particularités de l'aménagement du cadre groupal à l'adolescence.....	39
3. Lacunes et manquements dans l'aménagement du cadre.....	41
4. Accommodements et flexibilité du cadre.....	43
Conclusion.....	45
Bibliographie.....	46
Annexe 1 - Tableau descriptif de la recherche pour la recension des écrits.....	i
Annexe 2 - Grille d'analyse des articles.....	iv
Annexe 3 - Exemples d'analyse d'articles.....	vi



## Liste des tableaux

Table 1. Fréquences (%) des Variables de l'Étude, en fonction de la Modalité Groupale .....	52
Table 2. Fréquences (%) du Nombre de Participants, de la Catégorie d'Âge et de la Durée dans le Temps du Groupe, en fonction du Type de Groupe.....	55
Table 3. Fréquences (%) de la Catégorie d'Âge, en fonction du Genre des Participants .....	56
Table 4. Fréquences (%) du Type de Difficultés, en fonction de la Modalité Groupale.....	57
Table 5. Fréquences (%) de la Nature des Difficultés (composition du groupe), en fonction du Type de Difficultés .....	58

## Remerciements

Je tiens à remercier parents, famille, ami(e)s et collègues «doctorants» dont la présence et les encouragements, sous diverses formes, m'ont aidée à traverser les longues années de mon parcours doctoral. Un petit mot spécial toutefois pour :

Ma directrice de recherche, Dominique Meilleur, qui m'a gentiment recueillie au sein de son laboratoire alors que j'entreprenais un virage à 180 degrés dans mes études doctorales. Son soutien et sa présence empathique, son encadrement constructif et son réalisme ont fait qu'elle a été le guide dont j'avais besoin pour me redonner confiance et me motiver à repartir à neuf avec ce projet de recherche. Après un peu plus de deux ans à ses côtés, je suis maintenant arrivée à bon port. Le voyage aura été fort enrichissant, au plan humain et intellectuel, et je l'en remercie.

Mon superviseur d'internat à l'hôpital Notre-Dame, Réal Laperrière. En plus de m'avoir initiée à la psychothérapie de groupe analytique et d'avoir fait naître en moi le désir de faire connaître cette approche thérapeutique à tous, la qualité des nombreuses expériences d'apprentissage que j'ai eu à ses côtés a sans cesse contribué à cultiver mon intérêt envers l'approche psychanalytique en général. Sa disponibilité et ses conseils ont aussi été d'une grande aide dans la réalisation de cet essai.

Catherine Chesnay, très bonne amie de longue date et «homologue» doctorante. À plusieurs reprises, ses interventions «personnalisées» ont eu l'effet ressaisissant dont j'avais besoin pour sortir des impasses. Merci particulièrement pour sa disponibilité, ses suggestions et encouragements en fin de parcours.

Simon Lamarche, mari et père très présent et attentionné, gardien du «fort familial» sans qui je n'aurais assurément pas été en mesure d'avoir l'énergie, la motivation et le temps nécessaires pour mener à bien la poursuite de mes études et la réalisation de cet essai doctoral. C'est un véritable bonheur pour une mère que de l'avoir à ses côtés !

Un grand merci à vous tous !

## **Introduction**

Dans la psychothérapie d'orientation analytique, la question du cadre est incontournable. Ce dernier fait en effet partie intégrante des fondements de la théorie psychanalytique et son aménagement a occupé une place centrale dans le développement de la cure type. Au cours des dernières décennies, la nécessité que des processus analytiques puissent se déployer dans des circonstances différentes de celles mises en place au départ par Freud a par ailleurs amené les tenants de cette approche à apporter, non sans faire l'objet de plusieurs débats, des modifications au cadre traditionnel (Kaës, 1993; Privat & Sacco, 1995; Rouchy, 2008; Vacheret & Duez, 2004).

L'élaboration de la pratique analytique de groupe en est une illustration. En effet, la question du cadre et de son aménagement s'est posée d'emblée lorsqu'un tel dispositif thérapeutique a été envisagé (Falguière, 2002; Kaës, 2006; Rouchy, 2008). Plusieurs auteurs ont cherché à y apporter des éléments de réponse et la pratique analytique groupale s'est ainsi développée en un champ pratique, exempt d'une théorie sous-jacente unitaire, où les aménagements portés au cadre thérapeutique sont importants et fondés sur des repères variables d'un auteur à l'autre (Anthony, 1971; Scheidlinger, 1984). La pratique des thérapies analytiques groupales à l'adolescence n'échappe pas à cette réalité (Ferrari, 1995). Le poids de cette hétérogénéité s'y fait toutefois particulièrement ressentir. D'une part, la psychothérapie de groupe d'inspiration analytique est somme toute l'objet de peu d'écrits et de recherches, et ce, bien qu'elle soit reconnue comme étant un médium particulièrement approprié pour la clientèle adolescente (Chapelier, 1998a; Scheidlinger, 1995). De plus, le travail analytique auprès de cette population nécessite en général une adaptation supplémentaire du cadre compte tenu de certains enjeux développementaux (Marcelli & Braconnier, 2004; Sacco, 1995; Scheidlinger, 1995). Ainsi, l'on se retrouve avec une pratique analytique groupale à l'adolescence où les aménagements du cadre-dispositif sont nombreux, basés sur le pragmatisme, voire l'opportunisme (Chapelier, 1995; Scheidlinger, 1985).

Devant cet état de la situation et considérant l'importance du cadre dans la thérapie analytique, nous proposons de faire une recension systématique de la littérature des trente dernières années portant sur la thérapie de groupe d'orientation analytique auprès des adolescents présentant une problématique de santé mentale. Plus particulièrement, compte tenu qu'il existe différentes modalités thérapeutiques au sein même des thérapies de groupe analytiques, notre objectif est de dégager un portrait du cadre-dispositif aménagé au sein des trois modalités principalement rencontrées pour cette population, soit le groupe de discussion, le psychodrame analytique de groupe et le groupe à médiation.

# Chapitre 1: Contexte théorique

## 1. Le cadre analytique

Bien que le terme «cadre» n'ait été introduit qu'en 1968 par José Bleger, ce concept est présent depuis les tous premiers instants de la psychanalyse. En effet, avant d'être un édifice théorique du fonctionnement de la psyché humaine, la psychanalyse est d'abord une méthode rigoureuse mise au point par Freud pour traiter les névroses chez l'adulte. Dans sa forme d'origine, le dispositif consiste à voir le patient seul à une fréquence régulière. Celui-ci, étendu sur un divan, est convié au jeu de la «libre association», soit dire le plus possible tout ce qui lui passe par la tête sans se censurer. L'analyste adopte de son côté une attitude neutre et bienveillante afin de sécuriser le patient. En portant une attention égale à tous les éléments présents et en s'abstenant de donner satisfaction aux désirs du patient, l'analyste peut alors restituer au moyen d'interprétations ce qui est répété et transféré dans la relation. Bref, rendre conscient ce qui a été refoulé dans l'inconscient et découvrir les résistances du refoulement (Freud, 1919). L'essentiel du traitement se réalise ainsi à travers l'instauration d'un processus de représentation et remémoration centré autour de la parole (mettre des mots là où il n'y en a pas encore), et de la pensée.

Cette première situation analytique s'est montrée efficace auprès du type de patient pour lequel elle avait été aménagée (Freud, 1919; Rouchy, 2008; Scarfone, 2009). Par contre, la psychanalyse a été confrontée dans son développement à des situations où cet aménagement échoue. Entre autres, auprès de populations où le recours à la parole, comme moyen de représentation du monde interne, ne caractérise pas le fonctionnement principal (e.g. enfants et adolescents, personnalités limites). Les contraintes rencontrées ont alors forcé la mise en place d'aménagements à la situation analytique afin de l'adapter à ces clientèles et d'y rendre possible la survenue d'un processus analytique. De plus, elles ont enclenché un effort de théorisation autour de ce qu'est

l'essence même de la situation analytique. Il est depuis établi que le terme «psychanalytique» s'applique à toute situation se déroulant à l'intérieur d'un cadre stable et contenant, basé sur un système d'invariants. D'une part, un dispositif doit définir l'aménagement spatio-temporel des séances. La forme peut varier, moyennant la prise en considération de ses moindres particularités et de leur influence sur les processus thérapeutiques (Chapelier, 2009). D'autre part, les «opérateurs» de la situation analytique (i.e. le principe d'abstinence, la règle d'association libre, le transfert et l'interprétation) doivent s'inscrire dans ce dispositif, leur présence étant essentielle à l'expérience de l'inconscient (Anzieu, 1986 ; Ferrari, 1995; Kaës, 2005 ; Vacheret & Duez, 2004). Ce système permet ainsi au cadre de constituer une ossature aux configurations variables sur laquelle les processus thérapeutiques peuvent prendre appui.

## **2. Psychothérapie de groupe d'orientation analytique**

### **2.1. Contraintes et dynamique de la situation groupale**

Le travail analytique en situation de groupe apporte un lot considérable de complexité qui a, par le passé, fait douter de la possibilité d'y aménager une situation satisfaisant les exigences de la méthodologie psychanalytique. Entre autres, il introduit la question du regard, à travers le face-à-face, ainsi que celle de la pluralité (Falguière, 1988; Kaës, 2006); éléments dont l'influence sur le «ici et maintenant» de la relation thérapeutique est inévitable (Falguière, 2001; Guímon, 2001). De l'avis de plusieurs auteurs (e.g. Kaës, 1993; 2009; Rouchy, 2008), parmi les contributions fondatrices de la psychothérapie analytique de groupe (voir Kaës, 2009), les travaux de Bion et de Foulkes ont eu sur cette «impasse» une importance particulière. Ces auteurs ont effectivement été les premiers à reconnaître le groupe comme une entité spécifique ou un espace psychique possédant une organisation qui lui est propre. La force de cette conception du «groupe-comme-un-tout» (Hinshelwood, 2009) est qu'elle a permis la mise en place d'une situation psychanalytique nouvelle,

respectueuse des exigences fondamentales du modèle de la cure type. Cependant, cette conception du travail groupal n'a pas été acceptée à l'unanimité (Guímon, 2001) et de cette dernière, est née une longue controverse dans le champ de la thérapie groupale à savoir l'importance devant être accordée aux trois espaces psychiques ainsi présents, soit celui du groupe-objet psychique, celui des liens entre les membres du groupe et celui de l'individu (espace intrapsychique) (Anthony, 1972; Kaës, 2006; Scheidlinger, 1985). De ce débat, il persiste différentes orientations que les groupes utilisant la théorie psychanalytique peuvent adopter dans leur travail. Chapelier (2009) en organise les principaux types ainsi : la «psychothérapie *dans* le groupe» qui porte intérêt uniquement aux processus individuels, la «psychothérapie *dans et par* le groupe» qui s'intéresse aux effets du groupe sur l'individu et *vice versa* et la «psychothérapie *du et par* le groupe» qui porte uniquement intérêt au groupe et à son évolution.

Ainsi, les particularités du contexte groupal n'empêchent pas la mise en place de processus analytiques, mais imposent qu'ils soient pensés différemment. En effet, contrairement à la psychothérapie en situation duelle où le thérapeute s'efforce d'instaurer un lien de confiance sur la base d'un lieu de rencontre sécurisant, la mise en groupe soulève une véritable bouffée d'angoisse archaïque (i.e. fantasmes de vide, de morcellement et de persécution) chez les membres par l'état d'indifférenciation qu'elle génère entre les participants. Cette situation est difficile à soutenir, car elle représente un véritable défi à l'intégrité et à l'autonomie du Moi. Elle constitue une attaque contre les «enveloppes individuelles» et le narcissisme de chacun qui entraîne la mise en place de mécanismes de défense primaires (i.e. clivage et identification projective) (Brockbank, 1980; Gilliéron, 2001; Marcelli, 2004; Kaës, 2006). Ainsi, afin d'y échapper, le groupe va chercher à s'organiser. Selon Freud (1924), cette phase cruciale dans l'avènement d'un groupe se constitue autour de la recherche d'un leader, auquel les membres vont s'identifier, au point d'y substituer leur Idéal du Moi. Foulkes (1970) et d'autres à sa suite verront dans cette recherche un piège pour le

thérapeute de groupe, qui peut être tenté de prendre la place du *leader* tout-puissant. Plutôt, les membres du groupe seront encouragés à faire du groupe leur leader, l'objet de leurs projections idéalisées (Kaës, 2006; Privat, Quelin-Souligoux & Rouchy, 2001; Rouchy, 2008). Ce mouvement s'apparente à ce que Anzieu (1984) appelle «l'illusion groupale», soit la mise en place d'un fantasme groupal omnipotent, renvoyant à la mégalomanie narcissique (Marcelli & Braconnier, 2004)

Ce faisant, le groupe se formera en un espace psychique contenant, commun et partagé, véritable entité imaginaire réceptrice d'une partie de l'identité et des fantasmes de chacun. Dans les psychothérapies de groupe d'inspiration analytique, l'étape de formation du groupe se pose comme étant une étape nécessaire à l'instauration du «lit du transfert» sur lequel tout le processus analytique prendra appui (Falguière, 1988). Une part importante du rôle du thérapeute consiste d'ailleurs à participer à la création de cet espace groupal et de veiller à sa sauvegarde. Les élaborations théoriques quant aux fonctions de ce «groupe objet psychique» et aux processus spécifiques pouvant s'y déployer, sont multiples. Certaines sont originales (e.g. Anzieu, 1984; Bion, 1965; Foulkes & Anthony, 1969, Kaës, 1976), tandis que d'autres établissent des correspondances avec certains concepts clés de la psychanalyse. Entre autres, Rouchy (2008) associe la capacité du groupe à offrir un lieu de relance des processus de symbolisation et de pensée à la «fonction contenante maternelle» de Bion d'une part, ainsi qu'au concept «d'espace transitionnel» de Winnicott, d'autre part. Relevons aussi que les processus de constitution du groupe et l'instauration d'un sentiment d'appartenance groupal sont considérés comme pouvant offrir progressivement aux membres une possibilité d'élaboration des problématiques persécutrices réactivées, ainsi qu'une restauration du narcissisme et de l'Idéal du Moi (Gilliéron, 2001; Privat, Quelin-Souligoux & Rouchy, 2001). Cependant, la visée thérapeutique ne se résume pas à l'établissement de ce sentiment «d'être» groupal et au vécu d'omnipotence qui l'accompagne. Plutôt, le but ultime est d'amener les membres à sortir de cet état,

ce qui confrontera chacun à la castration, ainsi qu'à la nécessité d'élaborer une certaine position dépressive (Marcelli & Braconnier, 2004). Le groupe est alors perçu comme une expérience du lien: advenir dans le lien, en sortir et le réparer (Kaës, 2006).

## **2.2. Le cadre-dispositif groupal**

Bien que les aménagements du cadre dans les groupes analytiques soient nombreux et différents parfois considérablement d'une pratique (et d'un cadre théorique) à l'autre (Chapelier, 1995; Ferrari, 1995), les dispositifs mis en place (majoritairement auprès d'une population adulte) présentent pour l'essentiel les caractéristiques suivantes. Tout d'abord, comme dans toute situation analytique, le respect des règles fondamentales y joue un rôle essentiel. Celles qu'il convient d'observer dans les groupes prennent par ailleurs une forme particulière et peuvent varier en fonction du contexte dans lequel le groupe prend place (Kaës, 2005; Privat, Quelin-Souligoux & Rouchy, 2001) : 1- La règle d'association libre (exprimer sans censure ce qui vient à l'esprit dans le libre échange avec les autres); 2- La règle de confidentialité (restriction) (demeurer discrets quant à ce qui est partagé dans le groupe, ce qui préserve la confiance des membres, le libre partage et évite la diffusion des transferts à l'extérieur des séances); 3- La règle de régularité des présences (souligne l'importance de chacun au sein du groupe et l'impact négatif de toute absence sur les processus thérapeutiques); 4- La règle d'abstinence (limiter autant que possible les relations entre les membres du groupe au temps des séances afin de protéger «le dedans et le dehors» du groupe); 5- La règle de restitution (découle de la précédente et implique de ramener dans l'espace du groupe tout ce qui a trait à ce dernier et qui a été vécu hors séance, e.g. rêves, échanges, rencontres entre eux, etc.).

Il existe principalement trois types de groupes : le groupe «fermé» où les membres sont les mêmes du début à la fin, le groupe «ouvert» pour lequel aucune restriction quant à l'admission et au départ des membres n'est posée et le groupe «semi-ouvert» où les places sont remplies au fur et à

mesure des départs. Le groupe fermé est perçu comme étant favorable à l'élaboration des processus groupaux, car il facilite le travail du transfert et des résistances au changement (Kaës, 2005; Marcelli, 1998; Marcelli & Braconnier, 2004; Privat, Quelin-Souligoux & Rouchy, 2001), ainsi que la maîtrise des enjeux autour des limites. Il favorise aussi le travail autour de la fin (Behr, 1988) en permettant la création et l'investissement d'un objet groupe ayant son historique propre (Chaulet & Prost, 2002; Quelin-Souligoux, 1998) et le «désinvestissement collectif» de ce dernier en fin de parcours. Ce processus aiderait à l'élaboration des angoisses de castration, d'abandon et de séparation alors présentes. Par ailleurs, le groupe fermé est plus sensible à la perte de participants. De même, tous les groupes fermés ne parviennent pas à élaborer les vécus difficiles auxquels la fin confronte, ce qui peut avoir un impact défavorable sur les participants. La mise en place d'un groupe ouvert ou semi-ouvert est quant à elle favorable dans un contexte où il est souhaitable de minimiser la force des phénomènes de groupe et les angoisses associées (Marcelli & Braconnier, 2004). Le renouvellement des membres y comporte toutefois le risque de déstabiliser l'équilibre groupal, dont l'effet rébarbatif sur les participants peut bloquer les processus groupaux (Cerde, Nemiroff & Richmond, 1991; Wood, 1999; Zayat, 2001). Par contre, même s'il implique parfois un changement complet de la constitution du groupe, le renouvellement n'empêche pas l'émergence d'une culture groupale préservant les acquis groupaux et leur transmission (Gauthier, 1981,1982). La subsistance de cette dernière nécessite cependant, dans une certaine mesure, une longue durée de vie du groupe (Fort et al., 1990).

En ce qui a trait à la composition des groupes, le nombre de participants se situe en général entre cinq et huit, soit un nombre suffisant pour qu'un groupe se forme, mais aussi assez restreint afin de permettre que des relations s'établissent entre chacun des participants (Kaës, 2005). Chapelier (2009) propose certains agencements de taille et de type de groupe plus favorables que d'autres, basés sur l'idée que plus un groupe est large, plus les phénomènes groupaux s'y déploient

rapidement mais aussi, plus les angoisses y sont fortes. Selon lui, les groupes ouverts ont ainsi avantage à être plus «restreints» (i.e. 4-6 individus), alors que les groupes fermés sont en mesure de supporter une taille plus «large» (i.e. 6-8 individus). Les groupes peuvent être homogènes ou hétérogènes quant à l'âge, au genre et à la problématique de santé mentale des participants. Les participants peuvent aussi provenir de différents milieux (i.e. externe, interne/hospitalisation ou semi-interne/centre de jour). Enfin, l'organisation spatio-temporelle du groupe (i.e. la fréquence et la durée des séances, la durée du groupe dans le temps) est en général variable d'un groupe à l'autre.

### **2.3. Modalités groupales**

L'on retrouve sous le chapeau des pratiques groupales analytiques plusieurs modalités thérapeutiques au sein desquelles l'aménagement du travail et sa conceptualisation diffèrent. Les trois principalement évoquées sont :

***Le groupe de discussion*** : Ce modèle a été principalement développé en Angleterre (e.g. travaux de Foulkes, Bion, Ezriel et Sutherland). Il s'agit de petits groupes, idéalement au nombre de sept, où les membres sont disposés en cercle en présence de un et parfois deux thérapeutes. Un tel cercle évoque, selon Chapelier (2009), le corps maternel et active des angoisses d'être aspiré dans le vide chez les participants. Celles-ci peuvent par ailleurs être diminuées par la présence d'une table au centre. L'exigence de passer par la parole dans le défilé de l'association libre y est centrale. L'objectif est de permettre la détection des motivations inconscientes qui déterminent le fonctionnement du groupe, dans «l'ici et maintenant», afin de les amener à la conscience (Evans, 1965). Pour ce faire, le thérapeute a recours à des interprétations portant directement et préférentiellement sur les tensions groupales. Par contre, les attitudes individuelles peuvent aussi être relevées si elles témoignent de comportements adaptatifs vis-à-vis du groupe.

***Le groupe de psychodrame analytique :*** Ce modèle est le fruit du travail d'analystes français (e.g. Lebovici, Diatkine, Kestemberg et Anzieu), qui ont fait évoluer l'invention de J.L. Moreno vers une conceptualisation analytique (Amar, Bayle & Salem, 1988). Le but du processus thérapeutique est de mettre en évidence, à l'aide du psychodrame, la dynamique inconsciente du groupe. Le plus souvent, les groupes de psychodrame analytique sont conduits par deux et même trois thérapeutes. Dans les groupes s'adressant à une clientèle juvénile, les thérapeutes qui sont préférablement un homme et une femme représentent un substitut du couple parental et la relation transférentielle ainsi induite constitue un des facteurs essentiels de la cure (Anzieu, 1988). Le déroulement des séances consiste en général à trouver un thème de jeu en groupe, à le jouer (ce qui inclut tous les membres et parfois les thérapeutes), puis à revenir en groupe sur la séance de jeu. L'aire de jeu et l'aire de parole doivent demeurer deux espaces différenciés. L'invitation faite aux membres en est une de libre expression verbale, mais aussi un appel à se laisser aller au jeu du «faire semblant» (i.e. faire les gestes sans se toucher). Cette modalité peut être considérée en quelque sorte comme étant aux «antipodes du dispositif de la cure psychanalytique» (Rouchy, 1988) puisqu'elle introduit la question de l'action, remettant ainsi en perspective la place centrale de la parole et de la pensée dans le travail analytique (Gilliéron, 2001). Par ailleurs, l'idée derrière le psychodrame est de considérer que la «figuration» par le corps puisse être une sorte de manière de penser autrement qu'à travers la mise en mots. De plus, le jeu psychodramatique sollicite et relance la mise en pensée en donnant accès à une aire transitionnelle où un travail de symbolisation peut avoir lieu. De l'avis de Chabert (2005), cette approche peut être une offre thérapeutique favorable lorsque le recours à l'agir empêche l'accès aux représentations et à la libre circulation des affects.

***Le groupe à médiation :*** L'offre thérapeutique que l'on retrouve dans les groupes à médiation s'inscrit de façon similaire à ce que l'on retrouve dans le psychodrame. En effet, cette technique s'adresse particulièrement aux individus chez qui l'activité de penser et la capacité à

symboliser sont mis à mal par des pulsions débordantes et des limites défaillantes entre le «dedans et le dehors». L'objet médiateur (e.g. argile, musique, danse, écriture) et le groupe offrent alors un espace transitionnel moins menaçant sur lequel les individus peuvent projeter leur monde interne. On y retrouve aussi un effet de dispersion du transfert, non seulement sur le groupe et ses relais identificatoires, mais encore plus sur l'objet médiateur (Lucas, 1988; Quelin, 1995; Vacheret & Duez, 2004). Selon Catheline (1998), la manipulation invite à la régression, mais l'exigence de maîtrise du médium via l'acquisition de technique spécifique immobilise suffisamment l'univers pulsionnel pour qu'il ne soit pas trop menaçant. Dans ces groupes, la libre association groupale repose sur la parole en utilisant l'objet médiateur comme support à la communication. Toutefois, le travail thérapeutique s'effectue principalement autour de la manipulation et du partage émotionnel qui en découle.

### **3. Le travail analytique de groupe auprès des adolescents**

L'adolescence est une période charnière entre l'enfance et l'âge adulte. Elle devient souvent le théâtre d'une importante crise développementale, alors qu'il y survient des transformations rapides et dramatiques du Soi (i.e. remaniement des identifications, réaménagements des investissements narcissiques et objectaux, métamorphoses corporelles et construction de l'Idéal du Moi) à l'issue desquelles l'adolescent doit se constituer comme sujet singulier (Brockbank, 1980; Marcelli, 1998; Schiavinato, 2002, 2006). En effet, la puberté est accompagnée d'une forte montée de l'excitation pulsionnelle qui réactive plusieurs conflits, notamment autour des identifications et de la dépendance aux figures parentales (Behr, 1988; Brockbank, 1980). Cette menace pulsionnelle et identitaire force les adolescents à déplacer l'objet de leurs pulsions à l'extérieur de la cellule familiale. Cette étape, considérée comme une deuxième phase de séparation-individuation (Blos, 1967), explique les liens privilégiés que l'adolescent établit avec le groupe de pairs. Le groupe

représente en effet une force majeure dans la complétion des tâches de l'adolescence, car il permet d'y transférer les enjeux de dépendance, d'y trouver un espace médiateur identificatoire transversal et non plus transgénérationnel, ainsi qu'un lieu de soutien et de gratification narcissiques (Chapelier, 1998; Kymissis, 1993; Marcelli & Braconnier, 2004; Siepker & Kandaras, 1985). Chez le garçon, ce phénomène se produit plus en début d'adolescence et a somme toute plus d'importance que pour la fille, chez qui l'intérêt envers le groupe apparaît plus tard (Marcelli, 1998).

Dans le contexte d'un tel mode de fonctionnement psychique, la thérapie de groupe analytique et ses différentes modalités représentent un traitement de choix auprès des adolescents qui ne peuvent bien souvent s'accommoder du dispositif de la cure traditionnelle (Chabert, 2005; Scheidlinger, 1995). En effet, la relation duelle à l'adulte est susceptible d'y réactiver le conflit de dépendance, ce qui confère à la relation thérapeutique un caractère menaçant et conflictuel, plutôt que sécurisant (Lucas, 1988; Schiavinato, 2002; Vust, 2006). D'autre part, l'intensité et la nature des perturbations associées à l'adolescence, ainsi que le sentiment de précarité qui en découle, peuvent conduire les adolescents à vouloir éviter à tout prix leur vie psychique. Ceci s'exprime entre autres par une tendance à adopter des conduites psychiques empruntant la voie de l'expression corporelle (troubles somatiques, comportements auto et hétéro destructeurs), du passage à l'acte ou de l'inhibition (Chabert, 2005; Marcelli & Braconnier, 2004). Cet évitement de la vie psychique peut aussi passer par le refus d'avoir une pensée propre et sur soi (Catheline, 1998). Dans un tel contexte, le psychodrame de groupe ou les groupes à médiation offrent une opportunité thérapeutique où de telles conduites peuvent être prises en compte.

Certains auteurs distinguent deux phases de l'adolescence ayant chacune leurs particularités en termes d'enjeux et de besoins thérapeutiques. Chapelier (1998) et Marcelli & Braconnier (2004) identifient la première comme étant «la phase pubertaire», où l'adolescent âgé environ entre 12 et 15

ans a comme préoccupation majeure de lutter contre le débordement pulsionnel qui survient parallèlement à la poussée énergétique pubertaire. La phase suivante, dite «phase identitaire narcissique» concerne quant à elle les adolescents de 15-18 ans chez qui la problématique se centre plutôt autour du narcissisme et des processus identificatoires. Chapelier (1998) considère que les pubertaires se différencient des adolescents plus âgés en ce qu'ils démontrent une grande sensibilité aux ruptures (e.g. vacances, départ d'un membre). Ce faisant, les groupes fermés s'avèreraient plus appropriés pour ces jeunes. À l'inverse, Quelin-Souligoux (1998) observe que chez les pubertaires, le travail de deuil que favorisent les groupes fermés est peut-être trop difficile à faire. Les jeunes adolescents auraient plutôt besoin de projeter leur omnipotence sur le groupe qui tout comme les parents, doit rester vivant même s'il le quitte. En ce sens, un groupe ouvert ou semi-ouvert, fantasmatiquement immortel, serait plus approprié pour cette population. Enfin, compte tenu des variations entre les garçons et les filles quant au décours de leur adolescence, certains auteurs suggèrent que les groupes unisexués sont une organisation favorable au traitement des moins de 15 ans, tandis que chez les plus vieux, ce serait les groupes mixtes (Rachman, 1971; Marcelli & Braconnier, 2004). Toutefois, cette idée n'est pas partagée par Behr (1988), pour qui les deux types de groupes (unisexués ou mixtes) sont possibles avec les plus jeunes, chacun ayant ses avantages et inconvénients. Selon ce dernier, le groupe mixte génère beaucoup d'anxiété et doit être composé d'individus au degré de maturation similaire, mais il permet d'aborder les enjeux autour des relations garçons/filles. Le groupe unisexué permet quant à lui une cohésion et une régression plus rapide du groupe, mais risque d'être débordé par une anxiété homophobique envahissante, surtout avec les garçons (Behr, 1988; Scheidlinger, 1985).

Malgré un éventail de travaux effectués auprès des clientèles juvéniles (pour plus de détails, voir Rachman & Raubolt, 1984), le développement de modèles de psychothérapie de groupe spécifiques à l'adolescence a tardé à s'instaurer. En effet, enfants et adolescents ont longtemps été

confondus en une même population en raison du manque d'appuis théoriques et conceptuels permettant de comprendre la spécificité des enjeux et des besoins de l'adolescence (Rachman & Raubolt, 1984). Ainsi, les premières publications portant sur les groupes d'adolescents n'ont vu le jour qu'aux environs de 1955 (Pollock & Kymissis, 2001). À ce jour, bien que la psychothérapie de groupe analytique soit reconnue comme étant un médium particulièrement approprié à cette clientèle, le développement de la pratique fait encore face à des limites notables : il y a somme toute peu d'écrits sur le sujet, les pratiques mises sur pied manquent d'encadrement théorique et semblent recourir à peu de concepts transmissibles permettant une recherche et une réflexion critiques (Chapelier, 1995, 1998; Evans, 1998; Scheidlinger, 1995).

#### **4. Objectifs de la recherche**

Dans le cadre de cet essai doctoral, nous proposons de faire une recension systématique de la littérature des trente dernières années portant sur la thérapie de groupe d'orientation analytique auprès des adolescents présentant une problématique de santé mentale. L'objectif premier est d'en dégager un portrait de l'aménagement du cadre analytique au sein des trois modalités thérapeutiques groupales principalement rencontrées avec cette population, soit le groupe de discussion, le psychodrame analytique de groupe et le groupe à médiation. Un second objectif, découlant du précédent, est de tenter d'apporter certains éléments de clarté dans ce domaine d'intervention clinique afin de le rendre plus facilement appréhendable pour les cliniciens intéressés à y avoir recours.

## Chapitre 2 : Méthodologie

### 1. Description des variables

Afin de systématiser notre étude du cadre et de dégager dans les articles sélectionnés les données pertinentes à l'atteinte de notre objectif, nous avons décidé, sur la base de la recension faite des écrits portant sur le sujet, de porter attention aux éléments suivants :

1- Le groupe: Cette variable comporte deux niveaux. D'une part, il y a le «groupe-objet psychique» autour duquel se produisent divers phénomènes groupaux. D'autre part, il y a les «Autres», les participants au groupe, qui sont en soi autant d'objets psychiques accessibles à tout un chacun et dont la présence et le regard influencent les processus thérapeutiques globaux et individuels. Nous proposons d'examiner ce qui se dégage quant aux rôles et phénomènes associés à ces deux «objets psychiques» et leur influence sur les processus thérapeutiques.

2- Les éléments classiquement associés au cadre analytique: a) les règles de fonctionnement du groupe, b) la variable «thérapeute» (leur nombre, genre et rôle) et c) le travail des résistances (transfert et contre-transfert).

3- Les éléments relatifs à la composition du groupe: a) le nombre de participants, b) le genre des participants (constitution du groupe mixte ou unisexuée sur cette variable), c) l'âge des participants, d) la nature des difficultés présentées par les participants (le type et la constitution du groupe homogène ou hétérogène sur cette variable), e) le milieu de provenance des participants (milieu interne de type hospitalisation; milieu externe, milieu semi interne de type centre de jour).

4- L'organisation spatio-temporelle du groupe: a) la durée et la fréquence des séances de thérapie, b) la durée dans le temps du groupe c) le type de groupe (fermé; ouvert; semi-ouvert) et d) l'aménagement physique des lieux thérapeutiques.

5- Autres informations pertinentes : Nous envisageons avoir recours à cette section afin d'y inscrire toute information en lien avec le sujet à l'étude qui sera jugée pertinente.

## 2. Recension des écrits

En premier lieu, une recherche informatique systématique de la littérature a été conduite à partir des moteurs de recherche suivants : Ovid Medline(R) et PsycINFO, ISI Web of Science, FRANCIS, Current Content et CAIRN (détails de la recherche, voir Annexe 1). Les mots clés suivants ont été utilisés pour les moteurs anglophones : «group therapy» ou «group psychotherapy» ou «group treatment» ou «group intervention» ou «therap\* group\*» ou «psychotherap\* group\*» ET «psychoanaly\*» ou «psycho analy\*» ou «psychodynamic» ou «analytic therap\*» ou «analytic psychotherap\*» ou «analytic treatment» ET «adolescenc\*» ou «youth» ou «teen\*». Pour le moteur francophone CAIRN, la recherche a été conduite à partir des mots suivants : «adolescenc\*» ET «group\*» ET «therap\*». La recherche visait tous les types de documents, de langue française et anglaise (lorsque ce critère pouvait être considéré par la base de données) et publiés sur le sujet depuis 1980 jusqu'à ce jour. De plus, certains périodiques susceptibles d'être particulièrement pertinents à notre sujet d'étude (i.e. Group Analysis, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe,) ont été manuellement examinés plus en profondeur. Nous avons ainsi obtenu une première liste de 156 références.

Les résumés et les mots clés des articles ainsi trouvés ont tous été lus afin de ne conserver que ceux rencontrant nos critères d'inclusion : 1) aborder le sujet de la psychothérapie de groupe

selon une approche psychanalytique; 2) la population d'intérêt doit être composée d'adolescents (i.e. tranche d'âge des 12-18 ans), 3) qui présentent une problématique de santé mentale. Par cela, nous entendons tout état de mal être ou de déséquilibre psychique affectant la capacité d'adaptation ou le fonctionnement des individus<sup>1</sup>. À l'issue de cette seconde étape de sélection, 58 documents ont été conservés. Les principaux motifs rencontrés ayant menés à l'exclusion de documents sont : ne pas porter sur la psychothérapie de groupe d'orientation analytique, être rédigé dans une langue autre que le français ou l'anglais, porter sur la thérapie familiale psychanalytique, concerner une population trop jeune ou trop vieille ou une problématique de santé physique.

Enfin, une troisième étape de sélection a été effectuée sur la base d'une lecture sommaire du texte des articles retenus afin de ne conserver que les documents rencontrant tous les critères de notre étude. Notre critère principal est que le groupe doit y être considéré comme étant un objet psychique en soi autour duquel s'établit la mise en place de la thérapie, ainsi que la compréhension des processus qui s'y déroulent. Ensuite, nous avons regardé si un minimum d'information y est disponible relativement aux différents éléments du cadre décrits dans la section Description des variables (i.e. avoir de l'information sur au moins deux variables). À l'issue de cette troisième étape de sélection, nous avons retenu 34 documents. D'autre part, au cours de cette dernière étape, nous avons aussi effectué une recherche à partir de la liste de références de chaque article, laquelle nous a permis de trouver six articles pertinents au sujet d'étude ayant échappés à la recherche informatisée. Parmi les articles sélectionnés, un document est malheureusement demeuré introuvable. Ainsi, nous avons un compte final de 39 articles à analyser dans le cadre de l'essai, soit 23 articles portant sur

---

<sup>1</sup> Cette définition s'inspire de la conception qu'a l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) relativement à la santé mentale, soit « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté» (Santé mentale : un état de bien-être.(n.d.). Site internet de l'OMS). Par exemple, les problèmes de délinquance ont ainsi été retenus tandis que les troubles d'apprentissage ont été exclus.

les groupes de discussion, douze sur les groupes de psychodrame analytique et quatre sur les groupes à médiation.<sup>2</sup>

### **3. Analyse des données**

Le processus d'analyse a consisté à soumettre tous les documents retenus à une analyse systématique et approfondie, basée sur une grille d'analyse conçue à cet effet (voir Annexe 2). Cette grille reprend essentiellement les éléments du cadre décrits dans la section «Description des variables» et sa convenance a été vérifiée préalablement au lancement de la recherche en faisant un essai d'analyse de trois articles. Ensuite, les résultats de l'analyse de tous les articles ont été colligés et décrits pour chaque variable à l'étude. Nous y avons dégagé, pour chacune, des tendances quantitatives et qualitatives quant aux similarités (i.e. résultats sur l'ensemble des études) et différences entre les modalités groupales thérapeutiques, relativement à leur aménagement du cadre. Pour les informations quantitatives, nous avons fait des tests de Chi Carré lorsque le nombre de données nous le permettait afin d'établir la significativité des différences observées entre les catégories d'une variable. Ce test a aussi été employé afin d'évaluer la relation entre certaines variables. Pour l'analyse des sections reposant essentiellement sur des données qualitatives, nous avons d'abord regroupé l'information en catégories, puis établi des statistiques approximatives afin de mettre en perspective les divers éléments relevés.

---

<sup>2</sup> Les articles ayant fait l'objet d'une analyse sont identifiés dans la bibliographie par un astérisque devant le nom du premier auteur.

## Chapitre 3 : Présentation des résultats

### 1. Particularités de l'échantillon et limites à l'étude

Dans le cadre de l'étude, il nous a été impossible de nous prononcer sur les groupes à médiation en tant que modalité groupale particulière. En effet, le nombre d'articles sur le sujet rencontrant nos critères de sélection est très limité (i.e. quatre, dont deux proviennent du même auteur) et la qualité des conclusions que nous pourrions en tirer s'en verrait trop affectée. Par ailleurs, l'information recueillie sur ces groupes a été conservée pour fin d'analyse dans le contexte global des groupes thérapeutiques analytiques. Quant à la provenance des études recensées, la majorité, toutes modalités groupales confondues, proviennent de la France (44 %), suivie des États-Unis (20%) et de l'Angleterre (18%). Nous observons que les groupes de discussion sont pratiqués dans un plus grand nombre de pays et de continents que le psychodrame analytique. En effet, la France a le quasi monopole des articles sur le psychodrame (92 %), tandis que ceux portant sur les groupes de discussion proviennent de sept pays, majoritairement des États-Unis (35%), suivis de l'Angleterre (17%). Le Québec y trouve aussi sa part de représentation (13%).

### 2. Éléments relatifs à la composition du groupe

**a) *Nombre de participants:*** La quasi totalité des études rapporte un nombre de participants au groupe se situant entre deux et dix. Par ailleurs, entre ces balises, la variabilité des données rapportées est notable; données que nous avons classées en cinq catégories de taille de groupe (i.e. 2 à 4 participants, 4 à 6, 6 à 8, 8 à 10 et information non disponible (n.d.)) afin d'en évaluer la représentation dans notre échantillon à l'aide d'un test de Chi Carré. Les résultats indiquent qu'il y a significativement plus de groupes dont le nombre de participants se situe entre 6 et 8 comparativement aux autres étendues [ $\chi^2(4, N = 39) = 11,13$  ;  $p < .05$ ]. L'observation des résultats

suggère que cette distribution est similaire entre les groupes de discussion et ceux de psychodrame (voir Table 1). Enfin, à la lumière de l'examen de nos données, ce qui est rapporté dans la pratique ne semble pas appuyer clairement l'énoncé de Chapelier (2009) relativement à l'agencement de la taille du groupe en fonction du type de groupe (voir Table 2).

*b) Âge des participants:* L'âge des participants varie aussi passablement d'une étude à l'autre. Les tranches d'âge ciblées pour certains groupes peuvent couvrir un écart d'âge aussi grand que dix ans, tandis que pour d'autres, l'âge est le même pour tous les participants. Afin de déterminer si, sur l'ensemble des études répertoriées, certains écarts d'âge sont plus représentés que d'autres en tous points de l'intervalle 12-18 ans, nous avons classés les données obtenues en quatre catégories (i.e. écart de 2 ans et moins, de 3 à 4 ans, de plus de 4 ans et information n.d.) et avons fait un test de Chi Carré. Les résultats indiquent qu'il y a significativement plus de groupes dont l'écart d'âge entre les participants est de trois à quatre ans [ $X^2(3, N = 39) = 8,08 ; p < .05$ ]. De même, l'observation des données suggère des différences entre les modalités groupales sur ce point : plus de groupes de psychodrame (83%) que de groupes de discussion (35%) visent une clientèle ayant un écart d'âge de trois ans et moins. Aussi, l'étendue d'âge des participants couvert dans les groupes apparaît plus variable chez ceux à discussion que ceux à psychodrame (voir Table 1).

Dans un second temps, afin de déterminer si, sur l'ensemble des études répertoriées, certaines catégories d'âge sont plus représentées que d'autres, nous avons classé les données obtenues en quatre catégories (i.e. moins de 15 ans, plus de 15 ans, général<sup>3</sup> et information n.d.) et avons fait un test de Chi Carré. Les résultats, non significatifs [ $X^2(3, N = 39) = 7,67 ; p > .05$ ], nous amènent à conclure que les catégories d'âge sont également représentées dans notre échantillon. Le tableau des résultats obtenus pour chaque modalité groupale suggère par ailleurs une certaine

distinction entre celles-ci (voir Table 1), à savoir que les groupes de psychodrame semblent avoir plus de clientèle parmi les moins de 15 ans que les groupes de discussion (i.e. 50% contre 17% respectivement).

**c) *Genre des participants*** : Les résultats pour cette variable sont indéniables: sur la totalité des études répertoriées, nous retrouvons significativement plus de groupes mixtes en ce qui a trait au genre des participants que de groupes unisexués [ $X^2$  (2, N = 39) = 15,85 ;  $p < .05$ ], et ce, indépendamment de la modalité groupale (voir Table 1). Nous avons aussi vérifié l'hypothèse avancée dans la littérature relativement à la meilleure composition du groupe en fonction de l'âge des participants (voir Table 3). L'examen des résultats suggère qu'il n'y a pas plus de groupes unisexués que de groupes mixtes chez les adolescents de moins de 15 ans parmi notre échantillon global. Par contre, chez les plus de quinze ans, nous retrouvons plus de groupes mixtes qu'unisexués.

**d) *La nature des difficultés présentées par les participants*** : Pour cette variable, nous avons vérifié deux types d'information. La première concerne la composition des groupes que nous avons déclinée en quatre catégories (i.e. homogène, hétérogène, homo/hétérogène et information n.d.), puis avons vérifié la représentation de chacune dans notre échantillon total à l'aide d'un test de Chi Carré. Les résultats indiquent que significativement plus de groupes sont constitués sur une base homo/hétérogène [ $X^2$  (3, N = 39) = 9,51 ;  $p < .05$ ], soit que les difficultés présentées par les participants sont pour certaines partagées de tous, pour d'autres, plus ou moins propres à chacun. Les résultats obtenus suggèrent qu'il n'y a pas de différences notables entre les deux modalités groupales sur ce point (voir Table 1).

---

<sup>3</sup> Noter ici que par «général», nous entendons un groupe d'âge qui couvre une bonne partie de l'étendue entre 12 et 18 ans.

La seconde information concerne le type des difficultés rencontrées. Pour ce faire, nous avons relevé dans les articles toute information sur les participants ayant trait aux problématiques auxquelles ils ont fait ou font face, mises en lien avec leur présence au groupe. Nous avons ainsi obtenu une grande variété de problématiques, que nous avons regroupées en cinq catégories couvrant l'essentiel des données recueillies : 1- symptômes ou trouble du DSM-IV<sup>4</sup> (axe 1 et 2), 2- éléments d'un diagnostic structural (e.g. mécanismes de défense, force du Moi, ressources adaptatives, relations d'objets), 3- problèmes environnementaux et expériences de vie, 4- atteintes du fonctionnement social et scolaire et 5- résistances au traitement. Les résultats du test de Chi Carré indiquent que, dans les études, les difficultés que rencontrent les participants sont significativement plus souvent des problématiques définies selon un trouble ou des symptômes du DSM-IV [ $\chi^2(4, N = 75) = 22,59 ; p < .05$ ]. Le spectre de troubles mentaux couvert y est large, dont les plus souvent cités sont : fonctionnement limite et psychotique, inhibition sociale, dépression et conduites suicidaires, troubles du comportements, délinquance et troubles alimentaires. Nous relevons une légère différence entre les modalités groupales : plus de groupes de psychodrame semblent se baser sur des éléments du diagnostic structural pour définir les difficultés rencontrées par leurs membres que de groupes de discussion (voir Table 4).

Enfin, nous avons vérifié si la composition des groupes varie en fonction du type de problématiques présentées par les participants (voir Table 5). L'observation des données suggérant la présence d'un tel effet pour les groupes dont la composition est homo/hétérogène, nous avons décidé d'établir la validité de cette hypothèse à l'aide d'un test de Chi Carré. Les résultats indiquent qu'il y a bel et bien une relation de dépendance entre les deux variables [ $\chi^2(4, N = 51) = 12,63 ; p < .05$ ] : ce sur quoi les individus diffèrent (section hétérogène) dans les groupes est significativement plus souvent qualifié en fonction du DSM-IV, tandis que les éléments partagés par

---

<sup>4</sup> Manuel diagnostique en santé mentale (4<sup>ème</sup> édition)

l'ensemble des participants (section homogène) correspondent plus souvent à des expériences de vie difficiles ou des problèmes environnementaux, une perturbation du fonctionnement social et scolaire, des éléments relatifs au diagnostic structural ou une résistance au traitement.

*e) Milieu de provenance des participants:* Les résultats pour cette variable indiquent qu'il y a significativement plus de groupes se déroulant dans un milieu externe que de groupes où les adolescents sont admis dans le cadre de services semi-internes (centre de jour) ou internes (i.e. hospitalisation ou centre de détention pour jeunes délinquants) [ $X^2 (3, N = 39) = 10,74 ; p < .05$ ]. Compte tenu du haut taux de données manquantes pour les groupes de psychodrame (42%), il serait risqué de se prononcer quant à la différence entre ces derniers et les groupes de discussion pour cette variable (voir Table 1).

### **3. Éléments relatifs à l'organisation spatio-temporelle du groupe**

*a) Le type de groupe :* Les résultats, non significatifs au test de Chi Carré, indiquent que la proportion de groupes dans notre échantillon global est la même, qu'ils soient fermés, semi-ouverts ou ouverts [ $X^2 (3, N = 39) = 0,9 ; p > .05$ ]. Cependant, nous y observons une légère différence de profil entre les modalités groupales (voir Table 1): contrairement aux groupes de discussion où tous les types de groupe semblent également représentés, les groupes de psychodrame semblent plus souvent utiliser les formules semi-ouvertes (33%) et ouvertes (25%) que fermées (8%). Nous n'avons pas été en mesure de tester les hypothèses relativement au meilleur choix de type de groupe en fonction de l'âge des participants (voir Chapelier, 1998 et Quelin-Souligoux, 1998) en raison d'un trop haut taux de données manquantes (48%) (voir Table 2).

*b) La durée et la fréquence des séances de thérapie:* En ce qui a trait à la fréquence des séances, les résultats sont très consistants à travers l'ensemble des études: 62% des groupes se

tiennent sur une base hebdomadaire, alors que seulement 5% rapportent une fréquence autre (i.e. bihebdomadaire et bimensuelle). Le pourcentage résiduel (33%) relève des données manquantes. Par contre, les résultats sont plus variables en ce qui concerne la durée des séances. Afin de déterminer si certaines durées sont plus représentées que d'autres dans notre échantillon global, nous avons classé les données obtenues en quatre catégories (i.e. 1h et moins (i.e. 45 ou 50 minutes), 1h15-1h30, plus de 1h30 et information n.d.) et avons fait un test de Chi Carré. Les résultats indiquent qu'il y a significativement plus d'information non disponible (en grande partie du côté des groupes de psychodrame), comparativement à ce qui est obtenu pour les autres catégories [ $X^2(3, N = 39) = 10,74$  ;  $p < .05$ ]. Nous ne sommes donc pas en mesure de nous prononcer d'avantage sur ces résultats. Par ailleurs, l'examen du profil de résultats obtenu pour les groupes de discussion suggère qu'une plus grande proportion de ceux-ci dure 1h15 ou 1h30 (voir Table 1).

*c) La durée dans le temps du groupe:* L'analyse des données pour cette variable a été compliquée par le fait que les informations peuvent concerner à la fois la durée des participations individuelles et la durée du groupe dans son ensemble, sans que cela ne soit toujours clairement départagé. De même, le taux de données manquantes y est non négligeable (31%) et les données varient beaucoup d'un groupe à l'autre : certains se déroulent sur aussi peu que 10 séances, tandis que plusieurs autres s'échelonnent sur trois à quatre et parfois même six ans. Afin de déterminer si certaines durées dans le temps sont plus représentées que d'autres, nous avons classé les données obtenues en cinq catégories (i.e. 1 an ou moins, entre 1 et 2 ans, plus de 2 ans, durée indéterminée ou illimitée et information n.d.) et avons fait un test de Chi Carré. Les résultats ne permettent pas de conclure qu'il existe une différence entre ces catégories de temps dans notre échantillon global [ $X^2(4, N = 39) = 3,19$  ;  $p > .05$ ], et ce, tant pour les groupes de discussion que de psychodrame (voir Table 1). Enfin, nous avons voulu vérifier si la durée dans le temps des groupes varie en fonction du type de groupe (voir Table 2). Les résultats observés suggèrent que les groupes fermés sont plus

nombreux à avoir une durée d'un an ou moins (44%), tandis que pour les groupes semi-ouverts, la durée la plus fréquente se situe entre un et deux ans (50%).

*d) Aménagement physique des lieux thérapeutiques* : Le taux de données manquantes pour cette variable étant très important (77%), nous ne pouvons pas nous prononcer d'avantage.

#### 4. Éléments classiquement associés au cadre analytique

*a) Les règles de fonctionnement*: Sur l'ensemble des études, les règles les plus souvent citées sont la règle de la libre association et celle de la confidentialité (38% et 33% respectivement). Par contre, alors que la confidentialité occupe le premier rang pour les groupes de discussion (44%), elle est reléguée au troisième rang pour les groupes de psychodrame après la règle de l'association libre (58%) et celle du faire-semblant (42%). La règle d'abstinence de contact en dehors du groupe semble aussi plus présente dans les groupes de discussion (31%) que dans les groupes de psychodrame (8%), alors que l'accent mis sur les règles de régularité et de restitution est plutôt similaire entre les deux modalités groupales (i.e. entre 17 % et 25%). Enfin, au-delà des règles habituelles, plusieurs études font mention d'autres règles. Entre autres, tant dans les groupes de discussion que de psychodrame, certains auteurs mettent l'accent sur l'interdiction de porter atteinte à l'espace corporel des autres (e.g. donner des coups) ou à l'espace du local. D'autres soulignent l'importance de dire plutôt qu'agir (e.g. restriction des *acting out*), de respecter les autres (e.g. respect de la parole) et de se montrer solidaire (e.g. aider les autres à s'exprimer, ne pas juger). L'interprétation des données pour cette variable doit par contre se faire avec précaution compte tenu qu'un pourcentage important d'études (41%) ne mentionnent pas de règles de fonctionnement. Notons que ce manque est plus flagrant pour les groupes de discussion, comparativement aux groupes de psychodrame (voir Table 1).

Le poids accordé aux règles varie entre les études. Certains auteurs insistent sur leur importance pour le bon fonctionnement du groupe et se montrent très directifs quant à la marche à suivre. D'autres prônent plutôt une liberté du thérapeute dans le choix et la mise en place des règles afin de s'adapter aux besoins affectifs du groupe. Trois règles ressortent comme ayant une importance particulière auprès des adolescents. D'une part, il y a la règle de confidentialité, dont l'effet favorable sur la mise en confiance des membres en début de processus, et par conséquent sur leur ouverture au dévoilement, est particulièrement relevé dans les groupes de discussion. La règle de régularité trouve aussi un sens particulier avec les adolescents relativement aux absences et à leur impact sur le sentiment d'appartenance au groupe. Ainsi, en plus de l'exigence de s'engager à être régulièrement présent aux séances, certains auteurs ajoutent des critères périphériques : exclusion du groupe au-delà d'un certain nombre d'absences ou nécessité d'avertir de son absence et d'y être ponctuel, sans quoi la participation au groupe est refusée. Enfin, un certain consensus s'élève des études à l'effet qu'il semble difficile de faire respecter la règle d'abstinence. Les raisons principalement évoquées sont le contexte de «vie commune» dans certains milieux, mais surtout les moments d'attroupement pré et post séances. Ceux-ci causent problème au point où les auteurs sont nombreux à avoir lâché prise sur l'imposition de cette règle à tout prix et mettent l'accent plutôt sur la règle de restitution.

**b) La variable «thérapeute» :** En ce qui a trait au genre et au nombre de thérapeutes, une forte majorité de notre échantillon (60%), toutes modalités groupales confondues, fait mention d'une situation de co-thérapie (voir Table 1). Le «couple thérapeute», composé d'un thérapeute homme et l'autre femme, est ce qui est le plus souvent recherché, particulièrement dans les groupes de psychodrame. Les groupes de discussion se distinguent des groupes de psychodrame sur le point qu'on y retrouve des situations de co-thérapie où les thérapeutes sont du même sexe, sans distinction particulière quant au genre; situations qui semblent par ailleurs plus issues de contraintes pratiques

que d'une volonté théorique. Les groupes de discussion sont aussi les seuls à présenter des groupes dirigés par un seul thérapeute, tant masculin que féminin. Enfin, dans environ 13% de notre échantillon total, les études font état de trois, parfois quatre thérapeutes présents dans les groupes. La proportion de ces groupes en «multi-thérapie» est similaire entre les différentes modalités groupales. Ce qui y diffère cependant, ce sont les rôles spécifiques de chaque thérapeute. Dans les groupes de discussion, l'on ne retrouve plusieurs thérapeutes que dans des milieux internes et les rôles y sont les suivants : le thérapeute (garant des objectifs et de la mise en place des conditions nécessaires au bon fonctionnement du groupe), l'observateur (soutien au thérapeute) et le responsable d'unité (pivot entre les exigences de l'institution et les besoins du groupe). Dans les groupes de psychodrame, les rôles sont plus variables d'une étude à l'autre. Un rôle y est par ailleurs constant, soit celui du thérapeute/meneur du jeu : garant du cadre, il anime la discussion avant et après le jeu dont il est responsable du déroulement et propose des interprétations. Les autres rôles sont celui du thérapeute/acteur qui participe aux propositions de jeu et à leur élaboration. Sa fonction est celle d'ego auxiliaire et son activité interprétative s'exprime via son jeu. Enfin, dans certains groupes, nous retrouvons aussi un observateur, non silencieux, à qui revient la fonction d'ego auxiliaire.

À travers les études, ressort l'idée que certaines adaptations dans l'attitude du thérapeute ont avantage à être mises en place dans les groupes d'adolescents afin d'en assurer le bon fonctionnement. La plus souvent citée (44% de l'échantillon total), indépendamment de la modalité groupale, est le besoin du thérapeute d'être actif afin de ne pas laisser le groupe à lui-même, et ce surtout dans ses débuts. Par exemple, ceci implique de solliciter la participation de tous, d'éviter les silences, de gérer le degré de dévoilement des individus et de s'assurer que le degré d'anxiété ressenti par chacun est tolérable. Cela implique aussi qu'il se porte garant de la réalité, en modérant les propos tenus dans le groupe ou en ayant une attitude plus éducative. Le thérapeute a aussi

avantage, à un certain degré, à être ouvert à se révéler (e.g. valeurs, accords et désaccords, éléments contre-transférentiels). Il se doit aussi d'être vrai et authentique. Notons que cette attitude est surtout relevée dans les groupes de discussion (i.e. 43% contre 17% des groupes de psychodrame). Enfin, environ 23% des études, pour les deux modalités groupales, soulignent l'importance que le thérapeute adopte une position égalitaire avec les jeunes. En ce qui concerne les fonctions que le thérapeute doit endosser pour assurer la bonne marche du groupe, la plus fréquemment citée est sa «fonction contenantante» (41% de l'échantillon total). Par cela, les auteurs font principalement référence aux concepts de *holding* de Winnicott et de «fonction maternelle primaire» de Bion, évoquant la capacité du thérapeute à laisser se déployer les attaques du groupe à son égard (i.e. pulsions et projections hostiles et destructrices), à les recevoir et y résister, afin de retourner au groupe ces contenus sans représailles et sous une forme plus acceptable. Le thérapeute est aussi porté «garant du cadre et du dispositif» (cité dans 39% des groupes de discussion; 17% des groupes de psychodrame), ce qui implique d'en assurer la solidité et la stabilité et nécessite une certaine fermeté afin que les limites en soit respectées.

*c) Le travail des résistances (transfert et contre-transfert) :* Parmi l'ensemble des études répertoriées, environ un cinquième ne font pas mention (du moins suffisamment clairement) du travail des résistances ou de la présence d'éléments de transfert et contre-transfert. Cette absence semble particulièrement plus marquée parmi les groupes de psychodrame (33%), comparativement aux groupes de discussion (9 %). Parmi les études résiduelles, nous retrouvons un tableau mitigé relativement au travail d'analyse. En effet, approximativement 31% de l'échantillon global fait état sous une forme ou une autre d'un travail des résistances tel que l'on retrouve normalement dans l'approche analytique. Entre autres, pour les groupes de discussion, nous retrouvons le plus fréquemment (35%) une proposition de travailler avec les phénomènes présents dans le «ici et maintenant» du groupe (e.g. comportements, défenses, éléments de transfert, émotions), et ce tant au

niveau de l'espace psychique groupal, qu'interpersonnel et intrapsychique. Quant aux groupes de psychodrame, le travail d'analyse qui y est le plus souvent cité (33%) est celui de donner plus spécifiquement sens aux produits du groupe-objet. Finalement, en marge de ces tendances plus communes, certains auteurs suggèrent de travailler à identifier les rôles que chacun joue au sein du groupe et les éléments de répétition d'enjeux clés (e.g. autour de la séparation/individuation), ainsi qu'à lier les manifestations présentes dans le groupe au vécu des membres à l'extérieur du groupe. En contre partie, un certain nombre d'études provenant quasi totalement de groupes de discussion (35 % de ces derniers contre 8% des groupes de psychodrame), appellent les thérapeutes à faire preuve de retenue face au travail d'analyse. En effet, une idée partagée par plusieurs est que les interprétations, surtout individuelles et directes, sont bien souvent vécues comme persécutrices et menaçantes au sein des groupes d'adolescents. Ils prônent ainsi pour la tenue d'interventions parcimonieuses et discrètes, et ce surtout en début de processus. Par exemple, attendre l'émergence de la cohésion du groupe et du sentiment d'appartenance, moment où le groupe se sent plus en sécurité, ne pas trop cibler les résistances et n'intervenir que sur les faits évidents et observés de tous. Enfin, certains adoptent des positions encore plus «restrictives»: joindre le «flot de la discussion» sans l'interpréter, prendre en compte les éléments de transfert et contre-transfert pour sa compréhension mais ne pas les rendre au groupe ou même se limiter à l'effet curatif en soi de l'expérience groupale.

En ce qui concerne la forme et la nature des phénomènes de transféro-contre-transférentiels vécus dans ces groupes menés auprès d'adolescents, certaines tendances peuvent être dégagées. Tout d'abord, environ 20% de l'ensemble des études rapportent la présence favorable d'effets de diffraction du transfert dans les groupes sur les multiples «objets psychiques» présents, dont les thérapeutes et les pairs principalement, mais aussi le groupe-objet, le cadre, et dans les cas où ils sont présents, l'institution et le médium thérapeutique. Cette diffusion des éléments transférentiels

aide au processus thérapeutique en plusieurs façons. D'une part, elle sécurise les adolescents et favorise l'appropriation du matériel psychique, dont l'aspect menaçant et conflictuel est diminué parce que partagé sur plusieurs «objets». Les possibilités d'identification et de projection s'en trouvent aussi multipliées. Enfin, cela facilite le travail du clivage qui peut y être exprimé sur des objets partiels, en un même espace, mais retourné par un objet complet, via l'interprétation du thérapeute. Quant à la nature même du transfert, nombreux sont les auteurs d'études portant sur des groupes de discussion (35%) à faire état d'un important transfert hostile dans leur groupe, souvent accompagné de fortes résistances. Un tel consensus ne semble pas ressortir des groupes de psychodrame, chez qui les allusions à la nature du transfert sont en général moins présentes (environ 25 % de ces groupes contre 50% des groupes de discussion). Enfin, les autres formes de transfert relevées rejoignent en général les enjeux relatifs aux relations primaires (transfert maternel symbiotique, transfert parental et fraternel), à la séparation/individuation et au conflit entre dépendance et indépendance (e.g. dénigrement versus idéalisation de l'adulte).

Parmi les auteurs faisant état du contre-transfert dans leurs groupes, ils sont un certain nombre, quasi uniquement dans les groupes de discussion (22% de ces derniers) à mettre en garde contre la puissance et l'intensité du contre-transfert ressenti, lequel confronte le thérapeute au point qu'il puisse être difficile de le supporter et d'y survivre. D'autres auteurs, tant en provenance de groupes de discussion que de groupes de psychodrame (22% de l'ensemble des études), soulèvent quant à eux l'importance d'être conscient du contre-transfert ressenti et de l'analyser rigoureusement afin d'en comprendre l'impact sur le groupe. Les pièges contre-transférentiels encourus sont : répondre à l'hostilité du groupe par des attaques contre lui ou des conflits entre les thérapeutes, adopter un rôle parental d'approbation et désapprobation ou à l'inverse être ramené à ses propres enjeux d'adolescence non résolus et trop s'identifier aux jeunes. Quant à la nature du contre-transfert qui se déploie dans les groupes d'adolescents, ou plutôt les symptômes de ce

dernier, ceux-ci semblent s'organiser principalement en trois catégories : 1) sentiments de peur et de stress face au groupe, 2) sentiments de colère et haine, associé à un désir de rejeter le groupe et 3) sentiment d'annihilation, désespoir, impuissance et démotivation. Le poids de chacune de ces catégories, bien que relativement faible, semble similaire pour les groupes de discussion (environ 13% font mention de chacun des types), tandis que seules les deux dernières catégories sont mentionnées dans les groupes de psychodrame (8% et 13% respectivement).

## 5. Éléments associés au groupe

*a) Effets de la présence des Autres :* À l'égard de la place que les «Autres» occupent dans les processus thérapeutiques, celle-ci semble être une question incontournable. En effet, dans plus de 80% de l'ensemble des études, indépendamment de la modalité groupale, les auteurs mentionnent au moins un phénomène où les participants sont mis à profit les uns des autres. Suite à l'analyse des articles, nous avons dénombré plusieurs rôles associés à l'effet des Autres, que nous avons regroupés selon trois catégories: i) rôle de révélation de soi, ii) rôle de soutien et iii) rôle de pare-excitation.

i) Parmi les rôles associés à la révélation de soi, 41% de l'ensemble des études font mention de la responsabilité que les Autres ont à titre de relais aux processus d'identification, soit que chacun peut trouver en ses compères, qui sont à la fois identiques et différents de soi, une multitude de voix pouvant exprimer ou porter différentes parties de soi. De même, le groupe représente une sorte de microcosme où il est possible d'endosser, voire expérimenter, différents rôles dans ses relations aux Autres. Un pourcentage similaire d'études (41% de l'échantillon total) soulignent pour leur part les possibilités de figuration, de modélisation et d'apprentissage que représentent ces Autres. Ceci réfère surtout à l'influence passive entre les adolescents, qui sans être au cœur de l'action peuvent comme spectateurs bénéficier de la capacité d'expression des autres ou entrer en résonance avec le

matériel qu'ils apportent. Enfin, un troisième rôle rapporté dans environ 26% de toutes les études, mais plus fréquemment dans les groupes de discussion (30%) que ceux de psychodrame (17%) est la fonction «réfléchissante» ou «miroir» des autres, parmi laquelle nous avons aussi inclus l'aspect de confrontation. Cette fonction consiste en l'idée que les autres nous renvoient une image de nous-mêmes à partir de laquelle il est possible de construire notre sens de l'identité.

ii) En ce qui a trait au rôle de soutien, nous retrouvons dans 41% de l'échantillon total des études, au moins une référence aux idées suivantes : la présence des autres permet à chacun de ressentir de l'empathie face à un vécu difficile; la réciprocité des difficultés a un effet de normalisation de l'expérience et diminue les sentiments de honte que les jeunes peuvent ressentir en lien avec leur condition; le lien de confiance et de respect qui découle du partage favorise à son tour l'ouverture sur les problèmes. Enfin, l'existence de ces Autres permet l'instauration d'un réseau d'entre-aide où les adolescents peuvent se sentir utiles à leurs pairs, y ressentir un sentiment d'important et renforcer leur estime de soi. Cependant, il est à noter que si cette fonction de soutien est très présente dans les groupes de discussion (57 %), elle est relativement peu relevée dans les groupes de psychodrame (17 %).

iii) Concernant le rôle de pare-excitation, ce qui est le plus fréquemment rencontré (environ 33% de l'ensemble des études; 50 % des groupes de psychodrame contre 30% des groupes de discussion), est l'effet spécifique de la présence des Autres sur le trop-plein d'excitations que génère chez les adolescents la relation à l'adulte. Cet effet semble se manifester suivant trois phénomènes relevés à parts égales dans les études, soit : l'effet d'union et de force du nombre face à la menace pulsionnelle que représente l'adulte, la «bonne distance» que la présence de ces Autres instaure dans la relation au thérapeute et enfin l'effet de dilution ou d'amenuisement du lien transférentiel et des affects ressentis, imagé par Schiavinato (2002; 2006) comme un «effet tampon».

*b) Le groupe comme objet psychique* : Divers facteurs sont nommés au travers des articles comme ayant un effet spécifique sur la constitution du groupe en tant qu'objet psychique, entité fantasmatique unique et distincte. En général, l'importance de ces facteurs réside dans le fait qu'ils permettent aux participants de faire l'expérience d'une réalité commune et partagée avec les autres (tel que relevé dans 33% des études, indépendamment de la modalité groupale). Ceux-ci sont principalement : l'histoire et la mémoire collective qui se construisent au fur et à mesure des séances et des échanges, la possibilité de s'émouvoir ensemble et le partage d'autres éléments tels le vécu institutionnel, les intérêts, les symptômes et le mode de communication (i.e. langage propre aux ados). Individuellement, ces facteurs sont en moyenne relevés dans 18% à 25 % de notre échantillon. Les moments entourant la constitution du groupe-objet, de même que ceux où l'intégrité de ce dernier est menacée (e.g. lors des arrêts ou de l'arrivés de nouveaux) sont bien souvent associés à la mise en place dans le groupe de fortes résistances (tel que relevé dans 44% de l'échantillon total). Celles-ci confèrent en partie aux groupes d'adolescents leur réputation d'être «difficilement gérables» et prennent pour l'essentiel les formes suivantes : silences, méfiance, refus de participer, formation de sous-groupes (lesquels sont à éviter selon 22% des groupes de discussion), provocation du type «attaques sous la ceinture» et hostilité. Plusieurs auteurs soulignent l'importance particulière avec cette population du mode de communication alors mis en place, bien souvent marqué par du sarcasme, de l'humour ou un discours hermétique et décousu, aux premiers abords impertinent et anodin. Pour certains auteurs, ces communications doivent être traitées comme des mécanismes de défenses visant un repli du groupe sur lui-même et le rejet de l'adulte. Cependant, ils sont plus nombreux à les considérer comme des transmissions métaphoriques et codées du vécu groupal, ayant une valeur analytique considérable.

Par ailleurs, au-delà de la constitution de l'objet-groupe en soi, c'est le lien «confusionnel» au sens de Roussillon (2007) que vont établir les participants avec cet objet qui est considéré par

plusieurs comme étant l'étape du devenir groupal essentielle à la thérapie : «être le groupe». Des allusions à un tel état sont présentes sous différentes formes dans les articles recensés. D'une part, il y a les propositions «d'illusion groupale» (Anzieu, 1984) et de «fantasme d'auto-engendrement», considérés par Chapelier (2005; 2009) comme étant les organisateurs spécifiques du vécu groupal chez les adolescents. Ces conceptions semblent par ailleurs surtout endossées par les tenants du psychodrame (42%), les références à ces dernières étant rares dans les groupes de discussion (9%). D'autres auteurs, légèrement plus en provenance des groupes de discussion (i.e. 39% contre 25% des groupes de psychodrame), évoquent quant à eux l'effet unifiant et liant des sentiment d'appartenance et de confiance qui se mettent progressivement en place dans les groupes. Enfin, nous retrouvons aussi des références aux concepts d'espace transitionnel de Winnicott (13% des groupes de discussion; 25% des groupes de psychodrame) pour qualifier la création de cette entité psychique nouvelle, appartenant à la fois à l'ensemble et à chaque individu qui le compose.

En ce qui a trait aux fonctions que l'objet-groupe remplit dans les processus thérapeutiques, la plus souvent citée dans les études est la fonction de contenance, l'expérience de *holding* et de sécurité que le groupe permet aux participants de vivre (51% de l'échantillon global). Cette expérience de contenance, qui fait vivre aux adolescents des sentiments d'unicité, d'immortalité, de complétude et d'omnipotence se pose en contrepois aux sentiments de morcellement, de désorganisation psychique ou d'incohérence du Soi induits par l'adolescence qu'ils traversent. Dans un tel contexte, la participation de chacun, en tant qu'unités du groupe, est essentielle. Plusieurs auteurs relèvent ainsi l'impact non négligeable des absences qui, vécues comme des attaques sur les liens groupaux, ne doivent pas passer sous silence au risque de nuire au sentiment d'appartenance. La fonction contenante du groupe-objet s'exprime aussi (tel que relevé dans 36% des études) par : la mise en place d'un cadre interne solide et de limites claires et résistantes, une capacité à contenir les pulsions agressives destructrices et les parties inacceptables du Soi projetées sur lui et, dans un

second temps, à relancer une activité symbolisante dans le groupe. Nous retrouvons aussi dans les études d'autres fonctions du groupe, qui bien que moins souvent rapportées, ont à notre sens toute leur importance. Entre autres, quelques auteurs mentionnent les effets favorables de la rythmicité de l'expérience (i.e. stabilité, répétition et prévisibilité), qui prend particulièrement racine dans les rituels mis en place dans le groupe. Aussi, le groupe (surtout lorsqu'il y a recours à une activité médiatrice) permet de vivre une expérience de plaisir partagé, ouvrant éventuellement la porte à une restauration de la capacité de penser. Enfin, il remplit une fonction de pare-excitation et de régulation.

Au terme du processus thérapeutique, l'expérience vécue dans le lien au groupe-objet permet une certaine reconstruction ou relance des processus psychiques chez les participants. Une de plus fréquemment rapportée concerne la mise en place de limites saines entre le vécu groupal et le vécu individuel d'abord, le monde intérieur et extérieur ensuite (21% de l'échantillon total). Ce processus est un élément clé dans la dynamique thérapeutique groupale puisque c'est sur ce dernier que vont s'appuyer les processus ultérieurs de séparation-individuation des objets psychiques «groupe» et «thérapeute» (rapporté dans 33% des études de l'échantillon total), ainsi que l'élaboration de la différence des sexes et des générations. Par ailleurs, ces processus ne se font pas sans heurts, car ils confrontent à la castration et au deuil. Ainsi, certains groupes recourent à l'élection d'un «bouc-émissaire» comme défense contre les mouvements de différenciation et l'altérité. De même, dans tous les articles où les phénomènes entourant la fin du groupe sont abordés (26% des groupes de discussion contre 8% des groupes de psychodrame), celle-ci est décrite comme générant essentiellement des sentiments dépressifs, d'abandon et de morcellement, ainsi qu'une attitude de repli sur soi du groupe ou une dissolution de ce dernier (e.g. absences ou dénigrement du groupe). En somme, l'expérience thérapeutique de groupe permet le passage à travers ces points importants : uniformité «narcissisante», différenciation, identité et séparation. L'ensemble de ces processus

culmine en la relance chez les adolescents du travail identitaire et de subjectivation. En ce sens, elle permet à des adolescents en difficulté, bien souvent isolés ou membres d'un groupe de pairs «malsains», d'être réintégrés dans un groupe de pairs sains et de bénéficier des fonctions cruciales que ce dernier remplit normalement à cette période du développement. De l'avis de plusieurs auteurs, la thérapie de groupe analytique offre aux jeunes de vivre une expérience émotionnelle et de pensée réparatrice, dont les bénéfices vont au-delà de ce qui peut être compris et nommé.

## **Chapitre 4 : Discussion**

Depuis plus d'une dizaine d'année, nombreux sont les auteurs à observer et critiquer le foisonnement de thérapies de groupe dites analytiques offertes aux enfants et adolescents, ainsi que l'absence d'encadrement théorique de ces dernières (Chapelier, 1995; Ferrari, 1995; Scheidlinger, 1985). Devant cet état de la situation, nous avons comme objectif de dégager un portrait du cadre analytique aménagé au sein des trois modalités thérapeutiques groupales principalement rencontrées auprès des adolescents. Pour ce faire, nous nous sommes concentrés sur les groupes de psychothérapie où le groupe y est considéré en tant qu'entité distincte; concept clé en vertu duquel l'aménagement du cadre analytique à la situation groupale a «historiquement» été reconnu possible. En établissant un tel critère, nous avons par ailleurs délaissé les groupes orientés sur la «psychothérapie *dans* le groupe» (Chapelier, 2009) et involontairement contribué à éliminer de notre échantillon les groupes à médiation, cette modalité étant plus encline à centrer le travail thérapeutique sur les individus plutôt que sur le groupe (Catheline, 2002).

### **1. Similitudes et divergences entre les modalités groupales.**

Nos critères de sélection peuvent par ailleurs expliquer l'état plus consensuel que chaotique de nos résultats d'analyse, desquels ont été extraites certaines tendances quant à la mise en place du

cadre. Il en résulte un portrait du «groupe type», toutes modalités groupales confondues, comme étant constitué d'environ six à huit individus, des deux sexes (surtout chez les plus de 15 ans), dont l'écart d'âge est de trois à quatre ans (en quelconque point du continuum entre 12 et 18 ans). Les participants proviennent d'un milieu externe et les problématiques qui les affectent sont bien souvent variables en terme de symptomatologie (définitions du DSM-IV), mais aussi similaires en certains points (e.g. problèmes familiaux et environnementaux, dysfonctionnement social et scolaire, éléments de leur diagnostic structural et résistance au traitement). Le groupe se rencontre hebdomadairement et peut autant être fermé, qu'ouvert ou semi-ouvert; choix qui aura toutefois une influence sur sa durée. Les séances se déroulent en présence de deux thérapeutes, bien souvent un homme et une femme.

Les groupes de discussion et de psychodrame diffèrent toutefois sur plusieurs points. Pour leur part, les groupes de discussion ressortent comme faisant montre d'une plus grande diversité quant aux formes que prennent les variables suivantes : l'écart d'âge entre les participants, le milieu de provenance de ces derniers, le type de groupe, ainsi que le genre et le nombre de thérapeutes. Chez les groupes de psychodrame, nous retrouvons une tendance à être plus spécifiques quant à l'âge des participants : l'écart d'âge entre eux y est en général moindre, de même qu'une plus grande proportion de la clientèle visée a moins de 15 ans. Les groupes semi-ouverts et ouverts y sont aussi plus utilisés que les groupes fermés. Ces profils divergents entre les deux modalités groupales peuvent être dus au fait que nos résultats sont basés sur l'analyse de deux fois plus de groupes de discussion que de groupes de psychodrame, ce qui augmente l'introduction de variabilité dans les données pour les groupes de discussion. D'autre part, nous pouvons y voir la manifestation d'un encadrement théorique différent entre celles-ci. En effet, le psychodrame analytique est une méthode thérapeutique ayant joui d'un effort de développement important, inscrit quasi uniquement dans la pensée de la psychanalyse française (Chapelier, 2009). Les groupes de discussion, dont l'utilisation

de part le monde ressort comme étant plus vaste, s'inscrivent quant à eux dans plus de courants de pensée. Ces différences d'origine peuvent prendre en compte certaines divergences observées, entre autres, le fait qu'une majorité de groupes de discussion se centrent à la fois sur les processus individuels et groupaux, tandis que le travail porte essentiellement sur l'entité groupale dans le cas du psychodrame.

Il demeure aussi une différence fondamentale entre ces deux modalités, soit l'introduction dans le psychodrame d'un espace psychique additionnel, le «jeu». L'existence de cet espace nécessite l'ajout de certains éléments : la règle du «faire-semblant», un aménagement spatial divisé entre la parole et le jeu et un minimum de deux thérapeutes. Il introduit aussi la question de la médiation et de son influence sur les processus thérapeutiques. À notre avis, cela peut expliquer le fait que les groupes de psychodrame s'adressent plus souvent à une population plus jeune, population qui bénéficie en général d'une activité médiatrice. Cette modalité thérapeutique est en effet selon plusieurs mieux adaptée à leur mode de fonctionnement psychique où les phénomènes d'attaque contre la pensée et le recours à l'action (versus la parole) sont plus présents (Catheline, 2002). Une autre divergence observée est que les références au transfert hostile et contre-transfert très intense sont moindres dans les groupes de psychodrame comparativement aux groupes de discussion. Bien que cela puisse être dû à un plus haut taux de données manquantes du côté des groupes de psychodrame, une piste de réponse serait à investiguer plus systématiquement en rapport au nombre de thérapeutes. En effet, nous observons une certaine tendance à ce que les groupes d'où ressortent de tels effets transféro-contre-transférentiels soient plus souvent menés en mono-thérapie. Par ailleurs, cette différence peut aussi être due à la présence sécurisante de l'espace médiateur «jeu» dans le psychodrame, lequel aide à atténuer la violence des phénomènes transféro-contre-transférentiels (de Bucy et al., 2009; Dubois, 2006). Enfin, la médiation permet selon Catheline (2002) de poser rapidement un cadre. De ce fait, il se peut que dans les groupes de psychodrame, un

tel phénomène aide à ce que s'instaure rapidement un sentiment de vécu commun et partagé, amenuisant ainsi les phénomènes de résistance et le besoin des participants de «mettre à l'épreuve».

## **2. Particularités de l'aménagement du cadre groupal à l'adolescence.**

Certains aspects de l'aménagement du cadre avec les adolescents répondent à des besoins d'adaptation du dispositif spécifiques à cette clientèle. Tout d'abord, il y a le problème de l'absentéisme à l'adolescence (Evans, 1998a; Levin, 1982). Ses effets se répercutent entre autres sur le nombre de participants le plus fréquemment rencontré, qui est légèrement supérieur à ce que l'on retrouve dans les groupes d'enfants de manière à pallier aux pertes et ménager la crainte de l'intimité des adolescents (Reid, 1999). L'insistance de certains auteurs sur la règle de régularité des présences, menant même certains à demander aux adolescents de s'engager à participer à une dizaine de rencontres, en est à notre avis une autre illustration (Behr, 1988; Levin, 1982). Enfin, cela semble se manifester aussi à travers le fait qu'un pourcentage notable d'études parmi l'échantillon global (33%) se guident sur le calendrier scolaire pour marquer les temps du groupe (e.g. pauses et arrêt, arrivée de nouveaux participants). Selon Evans (1998a), il est essentiel de suivre les contraintes scolaires (calendrier, heures de classes) afin de limiter les pertes et absences dans les groupes, surtout lorsqu'ils sont menés en externe.

Deuxièmement, plusieurs aménagements visent à favoriser la mise en branle des processus thérapeutiques auprès d'une population sur la défensive dans son rapport à l'adulte. Tout d'abord, en accord avec la méthode para-analytique de Slavson (1965), le thérapeute se doit d'être plus actif, mais aussi plus enclin à se dévoiler, à être authentique et à adopter une position d'égal à égal. Ces modifications à la neutralité conventionnelle s'appuient entre autres sur le fait que les adolescents ont souvent plus d'intérêts envers la personne du thérapeute qu'envers ses interventions (Billow, 2004). Par ailleurs, elles ont surtout pour but de favoriser le plus vite possible la cohésion du groupe

en accélérant la connaissance de l'autre et en aidant chaque participant à prendre sa place, tout en rendant l'expérience tolérable. Elles aident aussi à diminuer la perception d'omnipotence oppressante associée au thérapeute et à éviter le piège qu'il demeure dans la position du leader du groupe (Behr, 1988; Chapelier, 1998b; Djapo Yogwa, Forestier & Ozbora, 2008; Fort et al., 1990). Le thérapeute s'y doit de trouver la bonne distance relationnelle avec son groupe : éviter d'être ressenti comme l'adulte «figure d'autorité persécutrice», sans être non plus dans la position séductrice de l'ami (Quelin-Souligoux, 1998; Scheidlinger, 1995). Enfin, ceci se répercute sur le travail du transfert et du contre-transfert où un certain mot d'ordre est celui de la «retenue» dans les interprétations, du moins tant que les phénomènes groupaux «protecteurs», tels la diffraction du transfert et les fonctions de soutien et de pare-excitation des Autres, soient suffisamment bien installés. Il est aussi conseillé de favoriser les interventions des pairs plus que celles du thérapeute (Billow, 2004; Gauthier & Deremer, 1992; Schaffer & Pollack, 1983, Zayat, 2001).

Troisièmement, peut-être est-ce le témoin de la force des enjeux narcissiques à l'adolescence, mais une idée qui ressort fortement de l'ensemble des processus thérapeutiques nommés dans les études est que le groupe de thérapie offre, au plan affectif et objectal, une possibilité de remanier les assises du narcissisme primaire et secondaire. En effet, comment l'expérience groupale y est dépeinte et conceptualisée évoque la qualité du lien qui s'instaure entre la mère et son nourrisson et les phénomènes associés, au terme desquels l'enfant acquiert son sentiment de subjectivité (Roussillon, 2007). On y retrouve l'idée que la subjectivité passe par le lien à l'autre : advenir dans ce lien en étant pensé par l'autre pour ensuite s'en différencier et se penser soi-même (Aslanoff & Jacobin, 1998; Ciccone, 2001; Schiavinato, 2006). Ceci implique principalement le passage à travers l'expérience de contenance et de rassemblement, l'illusion d'omnipotence puis la désillusion et la confrontation à l'altérité menant à la différenciation et à la subjectivité. Ces phénomènes trouvent tous écho en un ou plusieurs éléments cités dans les études

relativement aux fonctions que remplissent le groupe-objet, le(s) thérapeute(s) et les Autres. Parmi ceux-ci, une attention particulière est accordée à l'expérience de contenance qui se vit à différents niveaux emboîtés les uns dans les autres et constitue l'essence des processus thérapeutiques groupaux. Ainsi, à l'image de poupées russes, le groupe bénéficie d'abord de la fonction contenantante «transitoire» du lieu physique et autres éléments du cadre, sur laquelle s'appuient la fonction contenantante «symbolique et transformatrice» du thérapeute et du groupe-objet (Chapelier, 1998b). À ce système, s'ajoute parfois la contenance du milieu institutionnel et de l'objet-médiation.

### **3. Lacunes et manquements dans l'aménagement du cadre**

Malheureusement, la situation largement décrite quant au manque d'encadrement théorique des pratiques groupales mises en place se manifeste à travers nos résultats de multiples façons. Tout d'abord, la somme de données manquantes y est en plusieurs points problématiques. En effet, elle touche particulièrement les éléments de l'organisation spatio-temporelle du groupe, l'énoncé des règles fondamentales, ainsi que le travail des résistances (transfert/contre-transfert). Ceci est désolant compte tenu de l'importance de ces aspects du cadre dans la mise en place d'une situation analytique. Dans les groupes de psychothérapie plus spécifiquement, les règles remplissent une fonction de réassurance et de liaison entre les individus du groupe (Réveillaud & Guyed, 2009), d'où l'importance de s'assurer qu'elles soient explicites et renforcées (Scheidlinger, 1985; Zayat, 2001). Quant à l'aménagement physique des lieux de la thérapie, l'impossibilité d'en analyser les données en raison d'un trop haut taux de données manquantes signale à notre avis une certaine négligence chez les auteurs. En effet, les possibilités d'aménagements des lieux sont multiples (e.g. la présence ou non d'une table au centre d'un cercle d'individu, la délimitation des espaces de parole et de jeu, le nombre de chaises et ce qui en est fait en cas d'absence), mais leurs effets sur les

processus thérapeutiques différents et doivent alors être pris en compte, ce qui ne semble malheureusement pas être le cas dans les études répertoriées.

De même, au-delà d'un certain consensus dans les résultats duquel nous avons pu extraire notre portrait type du groupe thérapeutique auprès des adolescents, il est indéniable qu'une variabilité dans les données prévaut, tel que constaté par plusieurs auteurs auparavant. En effet, celle-ci affecte quasi toutes les variables pour lesquelles des catégories n'étaient pas pré-établies (e.g. l'âge des participants, leur nombre, la nature de leurs difficultés, la durée des séances, la durée dans le temps du groupe, etc.), faisant ainsi en sorte qu'il nous a été impossible pour la plupart de ces catégories d'en extraire des tendances générales. En ajout au problème de la variabilité des données, nous retrouvons aussi un certain manque de clarté dans les informations, qui demandent même parfois à être déduites du texte. Ce fût le cas particulièrement pour les variables relatives au nombre de participants et à la durée dans le temps du groupe. Nous avons même retrouvé une contradiction entre les auteurs, quant à leur conception de ce qu'est une tranche d'âge homogène versus hétérogène.

Enfin, un manque d'accordage entre pratique et théorie s'est fait ressentir en divers moments de notre analyse des données. D'abord, lors de la compilation des données, nous avons été forcées de constater que les phénomènes, fonctions ou processus dénommés sont bien souvent largués sans plus de clarifications à savoir à quoi ils peuvent se rattacher au plan théorique. Ceci a nécessité par moments que nous ayons recours à des théorisations adjacentes au travail groupal de manière à pouvoir organiser tous les éléments pertinents ressortis de l'analyse. De même, à quelques reprises, l'analyse des données issues de la «pratique» n'a pas permis de statuer sur diverses hypothèses avancées, fondées sur la théorie, quant à l'influence des éléments du cadre entre eux (e.g. la relation entre le type de groupe et le nombre de participants).

#### 4. Accommodements et flexibilité du cadre

À la lumière de tous nos constats, et en accord avec Chapelier (2009), il demeure que la définition d'un cadre-dispositif groupal «stéréotypé» n'est peut être pas possible, voire même désirable. D'une part, les contraintes de la réalité clinique interfèrent fréquemment dans le processus de composition des groupes (Chapelier, 2009; de Bucy et al., 2009; Slomska-Schmitt, 2002). En institution par exemple, l'organisation des services de soins en vigueur et les paramètres qu'elle impose peuvent considérablement influencer, voire limiter les thérapeutes dans leurs décisions cliniques. De plus, les groupes sont bien souvent constitués sur la base des cas cliniques accessibles en un temps donné plutôt qu'en fonction des caractéristiques désirées. Ceci affecte peut être même plus les groupes d'adolescents, dont la motivation à s'engager dans un processus thérapeutique est fragile et requiert une prise en charge rapide et donc la mise sur pied des groupes dans un délai assez bref (Evans, 1998a).

D'autre part, une notion fréquemment mentionnée dans les études, et que l'on associe au succès des groupes, est celle de «balance» (Cerde, Nemiroff & Richmond, 1991; Levin, 1982; Reid, 1999; Scheidlinger, 1985). En effet, la thérapie de groupe nécessite un arrangement judicieux des différentes caractéristiques que peuvent présenter les participants afin d'établir un équilibre entre homogénéité et hétérogénéité, soit avoir suffisamment d'éléments communs et partagés entre les participants pour que s'instaurent les sentiments d'appartenance et d'unicité, mais aussi un certain niveau de disparité et complémentarité desquels l'expérience groupale tire son dynamisme et sa richesse. Dans un tel contexte, le recours à un «modèle standard» de groupe n'est donc pas recommandable.

Enfin, au-delà des éléments du dispositif choisis comme tel, l'important pour le bon fonctionnement d'un groupe résiderait surtout dans la nécessité de bien agencer ces éléments de

façon à ce que les effets produits correspondent à ceux recherchés (Chapelier, 2009) et que le cadre-dispositif résultant puisse être vécu par les participants comme étant stable et contenant. Ceci nécessite toutefois de la part du thérapeute qu'il ait *a priori* un référent théorique quant aux effets désirés, en accord avec les besoins de la population visée et sa capacité à utiliser le cadre proposé.

En somme, les mots d'ordre quant à l'aménagement des cadres-dispositifs seraient plutôt «accommodement» et «flexibilité», et non «uniformité». Conséquemment, ce qui est problématique dans l'état actuel de la pratique n'est pas tant la multiplicité des cadres-dispositifs aménagés que le manque important d'information et/ou de clarté de celle-ci dans les articles, relativement à des aspects essentiels de la mise en place du cadre. Cet état des faits laisse entendre (peut être à tort) que les thérapeutes accordent peu d'attention aux caractéristiques du cadre choisi, à leur agencement, ainsi qu'à la réflexion théorique relative à ces choix. Il en résulte malheureusement que l'accessibilité de la pratique groupale pour les cliniciens s'en trouve considérablement limitée, tout comme les efforts de théorisation. À cet effet, il serait profitable au développement ultérieur de la psychothérapie de groupe analytique avec les adolescents que les thérapeutes qui pratiquent ce mode d'intervention publient d'avantage sur le sujet, fournissent plus de précisions ou soient plus explicites dans leur exposé des éléments du cadre mis en place. Enfin, considérant d'une part l'état de cette pratique au Québec, qui y demeure somme toute peu connue et enseignée, et d'autre part les particularités du travail analytique groupal et les exigences associées, il serait aussi souhaitable que plus de formations spécifiques soient offertes aux thérapeutes qui désirent développer cette pratique.

## Conclusion

Depuis l'apparition des premières critiques dans les années 80 jusqu'à aujourd'hui, il demeure des lacunes importantes, voire une certaine négligence, dans les rapports qui sont faits des pratiques groupales analytiques auprès des adolescents et de l'aménagement du cadre qui y prévaut. L'intérêt des auteurs y semble plus porté sur la description des processus groupaux et leur évolution qu'à la réflexion quant aux effets du cadre-dispositif choisi sur les dits processus. Ainsi, bien que nous soyons parvenus à dresser un certain portrait type du cadre groupal analytique aménagé pour les adolescents, celui-ci a nécessité la prise en compte d'une littérature importante et demeure somme toute limité par les manquements relevés. Dans l'ensemble, cet état de la situation rend inévitablement très complexe la tâche des cliniciens intéressés par la pratique des groupes analytiques. Ainsi, tel que relevé par Scheidlinger (1985) à l'époque, et de nouveau par Chapelier (2009), un effort important se doit encore d'être fait dans ce champ clinique, comme cela a pu être fait depuis les années soixante pour la situation individuelle, afin de rallier les deux solitudes «recherche» et «clinique»; la «thérapie comme art» où le mot d'ordre est flexibilité, voire créativité, et la «thérapie comme science», laquelle exige un recours clair et rigoureux à la théorie. En ce sens, les tenants de la thérapie analytique groupale à l'adolescence auraient tout avantage à retourner aux principes chers à Freud que sont la théorisation de la pratique et la mise en action de la théorie.

## Bibliographie

- \*Agman, G., & Roux, M. (1983). Groupe d'adolescents et initiation ou l'initiateur initié. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 31(8-9), 402-405.
- \*Arpin, R., Cyr, G., & Dulude, D. (1985). Réflexion sur la pratique de la thérapie de groupe d'orientation analytique auprès d'adolescentes en milieu institutionnel. *Revue Canadienne de Psycho Education*, 14(2), 88-99.
- \*Aslanoff, M.-C., & Jacobin, E. (1998). Continuité et historicité dans un groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 31, 75-81.
- \*Behr, H. (1988). Group Analysis with Early Adolescents: Some Clinical Issues. *Group Analysis*, 21(2), 119-131.
- \*Bernabei, M. (1998). Le groupe avec adolescents: de l'histoire individuelle à l'histoire collective. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 31, 19-27.
- \*Billow, R. M. (2004). Working Relationally with the Adolescent in Group. *Group Analysis*, 37(2), 187-200.
- \*Catheline, N. (1998). Intérêt thérapeutique des groupes institutionnels à médiateur dans la prime adolescence. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 31, 83-88.
- \*Catheline, N. (2002). Des médiations au service d'un groupe de jeunes adolescents. *Enfances & Psy*, 19(3), 63-70.
- \*Cerda, R. A., Nemiroff, H. W., & Richmond, A. H. (1991). Therapeutic group approaches in an inpatient facility for children and adolescents: A 15-year perspective. *Group*, 15(2), 71-80.
- \*Chapelier, J. B. (1998b). La haine pubertaire dans les groupes thérapeutiques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 31, 37-45.
- \*Chalet, D., & Prost, J.-D. (2002). Un groupe de parole pour adolescents. *Enfances & Psy*, 19(3), 71-76.
- \*de Bucy, C., Belmudes, S., Moulas, P., Bessedik, M., Vachey, B., Benoit, J.-P., et al. (2009). De l'étayage sur l'avatar à l'étayage sur l'animateur: Analyse d'un groupe de soins pour les joueurs excessifs. *Adolescence*, 3(27), 689-698.
- \*Deparis, S., & Leymarie, J.-P. (2006). Mise en scène et élaboration du traumatisme à l'adolescence dans un groupe de psychodrame. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 47(2), 117-131.

- \*Djapo Yogwa, D. S., Forestier, A., & Ozbora, R. (2008). Un modèle de groupe thérapeutique pour adolescents. *Psychothérapies*, 28(1), 37-47.
- \*Drieu, D., & Persehayé, C. (2005). Passage de la destructivité à la pensée dans les groupes de psychodrame à l'adolescence. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 44(1), 173-184.
- \*Dubois, A. (2006). Le groupe à psychodrame, un soutien aux processus de subjectivation à l'adolescence. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 46(1), 113-127.
- \*Evans, J. (1998a). Creating a Therapy Group and the First Session - Part One: The Australian Group. Dans *Active analytic group therapy for adolescents* (Vol. 6, p. 11-30). London, England: Jessica Kingsley Publishers.
- \*Evans, J. (1998b). Creating a Therapy Group and the First Session - Part Two: The Sexually Abused Group. Dans *Active Analytic Group therapy for Adolescent* (p. 31-45). London, England: Jessica Kingsley Publishers.
- \*Fort, D., Mc Afee, L., King, R., Hoppe, W., Fenton, W., Abramowitz, J., et al. (1990). Long-term group psychotherapy with adolescent inpatients. *Adolescent Psychiatry*, 17, 158-201.
- \*Gauthier, M. (1981). Résistances caractéristiques à l'implantation de la «thérapie de groupe» dans un internat de rééducation pour délinquants. *Revue québécoise de psychologie*, 2(2), 42-48.
- \*Gauthier, M. (1982). La thérapie de groupe auprès de délinquants: cinquante séances plus tard. *Revue québécoise de psychologie*, 3(3), 30-47.
- \*Gauthier, M., & Deremer, M. (1992). Aux limites du cauchemar. Un groupe psychanalytique pour adolescents perturbés. *P.R.I.S.M.E. Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant*, 2(3), 336-348.
- \*Levin, S. (1982). The adolescent group as transitional object. *International Journal of Group Psychotherapy*, 32(2), 217-232.
- \*Leymarie, J.-P., & Péron, P. (2008). CATTTP Escapa, un centre thérapeutique pour adolescents. *Empan*, 69(1), 126-135.
- \*Lucas, T. (1988). Holding and Holding-On: Using Winnicott's Ideas in Group Psychotherapy with Twelve- to Thirteen-Year-Olds. *Group Analysis*, 21(2), 135-149.
- \*Quelin-Souligoux, D. (1998). Ensemble se séparer. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 31, 47-53.
- \*Reid, S. (1999). *The group as a healing whole: Group psychotherapy with children and adolescents*. Florence, KY: Taylor & Frances/Routledge.

- \*Reveillaud, M., & Guyed, F. (2009). Le noeud du déni : psychodrame pour les adolescents auteurs d'actes sexualisés sanctionnés ou sanctionnables. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(2), 102-107.
- \*Schaffer, S., & Pollak, J. (1987). Listening to the adolescent therapy group. *Group*, 11(3), 155-164.
- \*Scheidlinger, S. (1985). Group Treatment of Adolescents: An Overview. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(1), 102-111.
- \*Schiavinato, J. (2002). L'adolescent et le groupe. Dans J. Falguière (Ed.), *Analyse de groupe et psychodrame* (p. 141-147). Toulouse: Érès.
- \*Schiavinato, J. (2006). Le psychodrame psychanalytique de groupe: une approche psychothérapique privilégiée pour les enfants en période de latence et les adolescents. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 46(1), 99-111.
- \*Slomska-Schmitt. (2002). Le psychodrame à l'épreuve du mal-être adolescent. Dans J. Falguière (Ed.), *Analyse de groupe et psychodrame* (p.149-170). Toulouse: Érès.
- \*Viney, L. L., Henry, R. M., & Campbell, J. (2001). The impact of group work on offender adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 79(3), 373-381.
- \*Vust, S., & Michel, L. (2006). Adolescence, troubles du comportement alimentaire et groupe thérapeutique: une expérience. *Adolescence*, 56(2), 421-428.
- \*Vust, S., Narring, F., & Michel, L. (2004). Adolescentes présentant des troubles des conduites alimentaires: une expérience de groupe thérapeutique. *Psychothérapies*, 24(2), 93-100.
- \*Willis, S. (1988). Group-Analytic Drama: A Therapy for Disturbed Adolescents. *Group Analysis*, 21(2), 153-165.
- \*Wood, D. (1999). From silent scream to shared sadness. *Group Analysis*, 32(1), 53-70.
- \*Wyman, R. (1981). The Analytic Group: A Multifaceted Approach to the Treatment of Adolescents. *Group*, 5(2), 17-30.
- \*Zayat, D. B. (2000). *Adolescent substance abuse treatment in psychodynamic group psychotherapy* (Psy.D., California School of Professional Psychology, San Diego). Repéré à <http://search.proquest.com/docview/304648709?accountid=12543>
- Amar, N., Bayle, G., Salem, I. (1988). Un complément à la formation de l'analyste: le psychodrame analytique. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 11, 9-23.
- Anthony, E. J. (1972). The history of group psychotherapy. Dans H. I. Kaplan, & Sadock, B.J. (Ed.), *The origins of group psychoanalysis*. New York: E.P. Dutton and co., inc.
- Anzieu, D. (1984). *Le groupe et l'inconscient*. Paris: Dunod.

- Anzieu, D. (1986). Cadre psychanalytique et enveloppe groupales. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2.
- Anzieu, D. (1988). Les débuts du psychodrame en France (1946-1972). *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 11, 9-23.
- Bion, W. R. (1965). *Recherche sur les petits groupes*. Paris: PUF.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162-186.
- Brockbank, R. (1980). Adolescent psychodynamics and the therapy group. *Adolescent Psychiatry*, 8, 529-543.
- Chabert, C. (2005). Pourquoi le psychodrame à l'adolescence ? Dans F. Richard (Ed.), *Le travail du psychanalyste en psychothérapie*. Paris: Dunod.
- Chapelier, J.-B. (1995). Cadre et mythe originaire: De la théorie psychanalytique à la clinique des groupes. Dans P. Privat, & F. Sacco (Ed.), *Groupes d'enfants et cadre psychanalytique* (p. 23-36). Ramonville St-Agnes: Érès.
- Chapelier, J. B. (1998a). Les spécificités des groupes thérapeutiques à l'adolescence. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 31, 5-7.
- Chapelier, J.-B. (2009). Les psychothérapies de groupe chez l'enfant et l'adolescent: les tentation éducatives. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 53, 9-27.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante: modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 2(17), 81-102.
- Evans, J. (1965). In-patient analytic group therapy of neurotic and delinquent adolescents; some specific problems associated with these groups. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 13(4), 265-270.
- Falguière, J. (1988). Les métamorphoses du transfert dans les groupes. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 12, 45-61.
- Falguière, J. (2001). La situation d'analyse de groupe et la psychanalyse. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 37(2), 81-98.
- Falguière, J. (2002). L'élaboration d'une pratique et sa théorisation. Dans J. Falguière (Ed.), *Analyse de groupe et psychodrame* (p. 29-77). Toulouse: Érès.
- Ferrari, P. (1995). A propos du cadre dans les thérapies groupales. Dans P. Privat, & Sacco, F. (Ed.), *Groupes d'enfants et cadre psychanalytique* (p. 11-14). Ramonville St-Agnes: Érès.
- Foulkes, S. H. (1970). *Psychothérapie et analyse de groupe*. Paris: Payot.

- Foulkes, S. H., & Anthony, E.J. (1969). *Psychothérapie de groupe: Approche psychanalytique*. Paris: Editions de l'Epi.
- Freud, S. (1919). Les voies nouvelles de la thérapeutique analytique. In *La technique psychanalytique* (1970 ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1924). *Psychologie collective et analyse du moi*. Paris: Payot.
- Gilliéron, E. (2001). Fondements groupaux du psychodrame. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 37(2), 45-57.
- Guimón, J. (2001). *Introduction aux thérapies de groupe. Théories, techniques et programmes*. Paris: Masson.
- Hinshelwood, R. D. (2009). Bion et Foulkes. Le groupe comme un tout. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 52, 99-109.
- Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris: Dunod.
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris: Dunod.
- Kaës, R. (2005). La consistance psychanalytique de la psychothérapie psychanalytique de groupe. Dans F. Richard (Ed.), *Le travail du psychanalyste en psychothérapie*. Paris: Dunod.
- Kaës, R. (2006). En quoi consiste le travail psychanalytique en situation de groupe ? *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 46(1), 9-25.
- Kaës, R. (2009). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kymissis, P. (1993). Group psychotherapy with adolescent. . Dans H. I. Kaplan, & Sadock, B.J. (Ed.), *Comprehensive group psychotherapy*. (p. 45-52). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Marcelli, D. (1998). Un père, pairs et passe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 31, 9-17.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2004). *Adolescence et psychopathologie*. Paris: Masson.
- Organisation mondiale de la Santé. (2011). Santé mentale: un état de bien-être. Réperé à [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/fr/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/index.html)
- Pollock, K. M., & Kymissis, P. (2001). The Future of Adolescent Group Therapy. An analysis of Historical Trends and Current Momentum. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 11(1), 3-11.
- Privat, P., Quelin-Souligoux, D., & Rouchy, J.-C. (2001). Psychothérapie psychanalytique de groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 37(2), 11-30.
- Privat, P., & Sacco, F. (1995). *Groupes d'enfants et cadre psychanalytique*. Ramonville St-Agnes: Érès.

- Quelin, D. (1995). La médiation dans les groupes. Dans P. Privat, & Sacco, F. (Ed.), *Groupes d'enfants et cadre psychanalytique* (p. 137-145). Ramonville St-Agnes: Érès.
- Rachman, A. W. (1971). Encounter techniques in analytic group psychotherapy with adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy*, 21(3), 319-329.
- Rachman, A. W., & Raubolt, R. R. (1984). The pioneers of adolescent group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 34(3), 387-413.
- Rouchy, J.-C. (2008). *Le groupe, espace analytique. Clinique et théorie*. Ramonville St-Agnes: Érès.
- Rouchy, J. C. (1988). Un phénomène unique. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 11, 5-6.
- Roussillon, R., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Georgieff, N., & Roman, P. (2007). *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*: Elsevier Masson.
- Sacco, F. (1995). L'identification dans le cadre du psychodrame à l'adolescence. Dans P. Privat, & Sacco, F. (Ed.), *Groupes d'enfants et cadre psychanalytique* (p.75-84). Ramonville St-Agnes: Érès.
- Scarfone, D. (1999). *Oublier Freud ? Mémoire pour la psychanalyse*. Montréal: Boréal.
- Scheidlinger, S. (1984). Group psychotherapy in the 1980s: problems and prospects. *American Journal of Psychotherapy*, 38(4), 494-504.
- Scheidlinger, S. (1995). The small healing group - A historical overview. *Psychotherapy*, 32(4), 657-668.
- Siepkers, B. B., Lewis, L.H. & Kandaras, C. S. (1985). Relationship-oriented group psychotherapy with children and adolescents. Dans B. B. Siepkers & C. S. Kandaras (Ed.), *Group Therapy with Children and Adolescents. A treatment manual*. New York: Human Sciences Press.
- Slavson, S. (1965). Para-analytic group psychotherapy: A treatment of choice for adolescents. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 13(5), 321-331.
- Vacheret, C., & Duez, B. (2004). Les groupes à médiation: variance, alternative ou détournement du dispositif analytique ? *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 42, 185-199.
- Winnicott, D. W. (1969). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et Réalité*. Paris: Gallimard.

Table 1

*Fréquences (%) des Variables de l'Étude, en fonction de la Modalité Groupale*

Variables	Échantillon total n=39	Groupes de discussion n=23	Groupes de psychodrame n=12
<i>Composition du groupe</i>			
Nombre de participants			
2 à 4	12,8	4,4	16,7
4 à 6	12,8	8,7	25,0
6 à 8	41,0	47,8	41,7
8 à 10	15,4	13,0	16,7
N.d. <sup>a</sup>	18,0	26,1	-
Âge des participants			
Écarts d'âge			
2 ans et moins	30,8	26,1	41,7
3 ans	23,1	8,7	41,7
4 ans	15,4	26,1	-
Plus de 4 ans	7,7	13,0	-
N.d. <sup>a</sup>	23,1	26,1	16,7
Catégories d'âge			
Moins de 15 ans	33,3	17,4	50,0
Plus de 15 ans	35,9	43,5	33,3
Général <sup>b</sup>	7,7	13,0	-
N.d. <sup>a</sup>	23,1	26,1	16,7
Genre des participants			
Mixte	61,5	60,9	75,0
Unisexuée	28,2	34,8	16,7
N.d. <sup>a</sup>	10,23	4,4	8,3
Milieu de provenance des participants			
Externe	46,2	52,2	33,3
Interne	10,3	17,4	-
Semi-interne	23,1	17,4	25,0
N.d. <sup>a</sup>	20,5	13,0	41,7

*Note.* <sup>a</sup> : information non disponible, <sup>b</sup> : groupe d'âge couvrant presque toute l'étendue entre 12 et 18 ans.

(Table 1 Suite)

Nature des difficultés (composition du groupe)			
Homogène	30,8	30,4	41,7
Hétérogène	7,7	8,7	8,3
Homo/hétérogène	41,0	43,5	25,0
N.d. <sup>a</sup>	20,5	17,4	25,0
<i>Organisation spatio-temporelle</i>			
Type de groupe			
Fermé	23,1	30,4	8,3
Semi-ouvert	20,5	21,7	25,0
Ouvert	30,8	26,1	33,3
N.d. <sup>a</sup>	25,6	21,7	41,7
Durée des séances			
1h et moins	23,1	26,1	25,0
1h15- 1h30	30,8	47,8	8,3
Plus de 1h30	5,1	-	8,3
N.d. <sup>a</sup>	41,0	26,1	58,3
Durée dans le temps du groupe			
1 an ou moins	17,9	26,1	8,3
Entre 1 et 2 ans	20,5	8,7	33,3
Plus de 2 ans	15,4	17,4	16,7
Indéterminée/ illimitée	15,4	17,4	16,7
N.d. <sup>a</sup>	30,8	30,4	25,0
<i>Éléments classiquement associés au cadre</i>			
Règles de fonctionnement			
Libre association	39	35	58
Confidentialité	33	43	25
Régularité	18	17	25
Abstinence	21	30	8
Restitution	15	17	17
Faire-Semblant	13	-	42
N.d. <sup>a</sup>	41	43	17

Note. <sup>a</sup> : information non disponible

(Table 1 Suite )

Thérapeutes				
1 thérapeute	17,9	30,4	-	
2 thérapeutes	61,5	56,5	66,7	
Unisexué	15,4	26,1	-	
Mixte	25,6	21,7	41,7	
Non spécifié	20,5	8,7	25,0	
3 thérapeutes ou plus	12,8	8,7	16,7	
N.d. <sup>a</sup>	12,8	13,0	16,7	

*Note.* <sup>a</sup> : information non disponible

Table 2

*Fréquences (%) du Nombre de Participants, de la Catégorie d'Âge et de la Durée dans le Temps du Groupe, en fonction du Type de Groupe*

Variables	Échantillon total n=39	Groupes Fermés n=9	Groupes Semi-ouverts n=12	Groupes Ouverts n=8	N.d. <sup>a</sup> n=10
Nombre de participants					
Moins que 6	23,1	-	50,0	12,5	30,0
6	17,9	33,3	-	12,5	30,0
Plus que 6	46,2	55,6	41,7	62,5	30,0
N.d. <sup>a</sup>	10,3	11,1	8,3	12,5	10,0
Catégories d'âge					
Moins de 15 ans	33,3	55,6	25,0	12,5	40,0
Plus de 15 ans	35,9	33,3	25,0	37,5	50,0
Général <sup>b</sup>	7,7	-	8,3	25,0	-
N.d. <sup>a</sup>	23,1	11,1	41,7	25,0	10,0
Durée dans le temps du groupe					
1 an ou moins	17,9	44,4	-	37,5	-
Entre 1 et 2 ans	20,5	-	50,0	25,0	-
Plus de 2 ans	15,4	11,1	8,3	12,5	30,0
Indéterminée / illimitée	15,4	22,2	25,0	12,5	-
N.d. <sup>a</sup>	30,8	22,2	16,7	12,5	70,0

*Note.* <sup>a</sup> : information non disponible, <sup>b</sup> : groupe d'âge couvrant une bonne partie de l'étendue entre 12 et 18 ans.

Table 3

*Fréquences (%) de la Catégorie d'Âge, en fonction du Genre des Participants*

Variable	Échantillon total n=39	Mixte n=24	Unisexué n=11	N.d. <sup>a</sup> n=4
Catégories d'âge				
Moins de 15 ans	33,3	29,2	27,3	75
Plus de 15 ans	35,9	50,0	18,2	-
Général	7,7	4,2	18,2	-
N.d. <sup>a</sup>	23,1	16,7	36,4	25

*Note.*<sup>a</sup> : information non disponible

Table 4

*Fréquences (%) du Type de Difficultés, en fonction de la Modalité Groupale*

Variable	Échantillon total n=75	Groupes de discussion n=47	Groupes de psychodrame n=17
Type de difficultés			
DSM-IV	37,3	40,4	41,2
Diagnostic structural	20,0	14,9	29,4
Environnement	12,0	14,9	11,8
Fonctionnement social et scolaire	21,3	21,3	17,6
Résistances	5,3	8,5	-

Table 5

*Fréquences (%) de la Nature des Difficultés (composition du groupe), en fonction du Type de Difficultés*

Variable	Échantillon total n=72	DSM-IV n=28	Diagnostic structural n=15	Environnement n=9	Fonctionnement social et scolaire n=16	Résistances n=4
Nature des difficultés (composition du groupe)						
Homogène	25,0	28,6	26,7	22,2	12,5	50
Hétérogène	4,2	3,6	6,7	-	6,3	-
Homo/hétérogène						
Section homogène	40,3	17,9	46,7	66,7	56,3	50
Section hétérogène	30,6	50,0	20,0	11,1	25,0	-

## **Annexe 1 - Tableau descriptif de la recherche pour la recension des écrits**

Tableau descriptif de la recherche pour la recension des écrits

Moteur de recherche	Année	Limites	Champs de recherche	Mots entrés – Détails de la recherche	Résultats (Nb de documents)
Ovid PsycINFO	1980 à fev 2010	Français et anglais  Tous les types de documents	Mots clés ou titre ou descripteurs	(psychoanaly\$ OU psycho analy\$ OU psychodynamic OU analytic therap\$ OU analytic psychotherap\$ OU analytic treatment).ti,id,hw. ET group therapy OU group psychotherapy OU group treatment OU group intervention OU therap\$ group\$ OU psychotherap\$ group\$).ti,id,hw. ET (adolescens\$ OU teen\$ OU youth).ti,id,hw	53
Ovid MEDLINE(R)	1980 à fev 2010	Français et Anglais  Tous les types de documents	Mots clés ou titre ou descripteurs	(psychoanaly\$ OU psycho analy\$ OU psychodynamic OU analytic therap\$ OU analytic psychotherap\$ OU analytic treatment).ti,kw,hw,kf. ET group therapy OU group psychotherapy OU group treatment OU group intervention OU therap\$ group\$ OU psychotherap\$ group\$).ti,kw,hw,kf. ET (adolescens\$ OU teen\$ OU youth).ti,kw,hw,kf.	42
Ovid Current Contents / All editions	1993 (semaine 27) à 2010 (semaine 10)	Français et Anglais  Tous les types de documents	Mots clés ou titre ou descripteurs	(psychoanaly\$ OU psycho analy\$ OU psychodynamic OU analytic therap\$ OU analytic psychotherap\$ OU analytic treatment).ti,id,hw. ET group therapy OU group psychotherapy OU group treatment OU group intervention OU therap\$ group\$ OU psychotherap\$ group\$).ti,id,hw. ET (adolescens\$ OU teen\$ OU youth).ti,id,hw	1

Tableau descriptif de la recherche (Suite)

FRANCIS	1980 à 2010		Mots clés ou titre ou descripteurs	<p>KW=(psychoanaly* OU psycho analy* OU psychodynamic OU analytic therap* OU analytic psychotherap* OU analytic treatment) OU TI=(psychoanaly* OU psycho analy* OU psychodynamic OU analytic therap* OU analytic psychotherap* OU analytic treatment) OU DE=(psychoanaly* OU psycho analy* OU psychodynamic OU analytic therap* OU analytic psychotherap* OU analytic treatment)  ET  KW=(adolescenc* OU teen* OU youth) OU TI=(adolescenc* OU teen* OU youth) OU DE=(adolescenc* OU teen* OU youth)  ET  KW=(group therapy OU group psychotherapy OU group treatment OU group intervention OU therap* group* OU psychotherap* group*) OU TI=(group therapy OU group psychotherapy OU group treatment OU group intervention OU therap* group* OU psychotherap* group*) OU DE=(group therapy OU group psychotherapy OU group treatment OU group intervention OU therap* group* OU psychotherap* group*)</p>	22
ISI – Web of Knowledge	1980 à 2010	Français et Anglais Tous les types de documents	Sujet et titre	<p>psychoanaly* OU psycho analy* OU psychodynamic OU analytic therap* OU analytic psychotherap* OU analytic treatment  ET  adolescenc* OU teen* OU youth  ET  group therapy OU group psychotherapy OU group treatment OU group intervention OU therap* group* OU psychotherap* group*</p>	10
CAIRN	1980-2010	Français et Anglais Tous les types de documents	Résumé	<p>adolescenc*  ET  group*  ET  Therap*</p>	32
<b>TOTAL</b>				<b>154</b> (en ayant enlevé les duplicatas)	

## **Annexe 2 - Grille d'analyse des articles**

## Grille d'analyse des articles

Article: \_\_\_\_\_

Modalité thérapeutique:		Gr. Discussion	Gr. Psychodrame	Gr. Médiation	
A) Le groupe (son rôle et utilisation dans les processus thérapeutiques; dynamique de groupe)					
B) Éléments classiques du cadre analytique					
Règles fondamentales	Variable thérapeute (nombre et rôle)		Travail des résistances (transfert /contre-transfert)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Libre association</li> <li>- Confidentialité (restriction)</li> <li>- Régularité</li> <li>- Abstinence</li> <li>- Restitution</li> </ul>					
C) Éléments relatifs à la composition du groupe					
Nb Particip.	Genre particip.	Âge des particip.	Nature des difficultés (type ; éléments du fonctionnement psychique)	Provenance des participants	Condition de particip.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Homo F:</li> <li>- Homo G:</li> <li>- Mixte:</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Homogène</li> <li>- Hétérogène</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interne/Hospitalisation:</li> <li>- Semi interne/Hôpital de jour:</li> <li>- Externe:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Volontaire</li> <li>-Obligatoire</li> </ul>
D) Organisation spatio-temporelle					
Durée et fréquence des séances		Durée dans le temps du groupe		Type de groupe	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitée</li> <li>- Illimitée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouvert:</li> <li>- Semi-Ouvert:</li> <li>- Fermé:</li> </ul>		
E) Autres informations pertinentes					

## **Annexe 3 - Exemples d'analyse d'articles**

## Exemple d'analyse d'un article #1

Article: Vust, Narring, & Michel (2004). Adolescentes présentant des troubles des conduites alimentaires: une expérience de groupe thérapeutique. Psychothérapies, 24, 2, 93-100.

Modalité thérapeutique:			Gr. Psychodrame	Gr. Médiation		
A) Le groupe (son rôle et utilisation dans les processus thérapeutiques; dynamique de groupe)						
<p>- <b>Rôle projeté du groupe:</b> soutien grâce à la présence d'autres avec des problèmes similaires; étayage sur leurs mots; dépasser le discours autour des Sx ou du concret (mode opératoire); offrir un accès au monde interne qui soit moins menaçant que les entretiens individuels; rôle «contenant» pour les sentiments intolérables et inexprimables chez des ind. ayant une estime de soi très négative; ouvrir sur une parole permettant d'y voir plus clair dans ses pensées et émotions; travail des enjeux familiaux via la dynamique de groupe afin d'ouvrir sur plus d'autonomie/processus de séparation-individuation.</p> <p>- <b>Rôle du groupe dans la littérature:</b> réintégrer dans une vie de groupe essentielle à l'adolescence des ados qui de part leurs problèmes tendent à s'en exclure; motiver, rassurer et dépasser l'angoisse; stimuler le développement des compétences via l'imitation ou la confrontation aux différences; stimuler l'expression des émotions, dépasser les obstacles dus à la présence de l'adulte; enrichir les moyens d'expression et le vocabulaire.</p> <p>- <b>Dynamique de groupe :</b> 1- cohésion autour du thème de la nourriture : soulagement, mais «incrustation» dans ce thème 2- illusion groupale s'installe autour de la question du comportement, de la «surface», de l'apparence 3- questionnement quant à l'existence du groupe malgré les différences individuelles 4- le travail autour des vides (silences; absences) permet de faire le lien entre la souffrance intérieure et les comportements alimentaires 5- Le groupe est capable de gérer l'individualité : ouvre sur la question de l'ambivalence (versus clivage), la possibilité de s'entraider (vs s'adresser surtout aux thérapeutes), le sujet des relations familiales 6- le groupe a acquis une solidité : le refrain (nourriture; apparence) cède alternativement le pas aux couplets (exploration de thèmes nouveaux) 7- Apparition d'une nostalgie envers l'enfance; deuil 8- retour des vacances : moment de lassitude et de découragement dans le groupe 9- ouverture à explorer les racines de leur mal être, qui leur échappe tout comme leur trouble, désarroi autour du manque de sens 10- agressivité prend une forme active (vs passive avant) envers les thérapeutes et autres membres 11- désinvestissement pour se protéger du sentiment de séparation à l'approche de l'été et de la grande pause du groupe; dénigrement pour prévenir la déception due à la désillusion</p> <p>- <b>Utilité du groupe :</b> compte tenu que toutes ne sont pas au même niveau d'évolution, la confrontation des différences dans le groupe permet une dynamique que l'entretien individuel ne permet pas; différence vécue comme étant rassurante, mais aussi angoissante parce qu'elle confronte au sentiment de solitude, d'autant que ces jeunes ont de la difficulté à se référer à une sécurité interne. Ceci amène souvent un repli défensif sur des thèmes connus (e.g. alimentation, régime, etc.)</p> <p>- <b>Si le point commun autour des troubles alimentaires a semblé favoriser un sentiment d'appartenance au groupe, il n'a en rien favorisé un processus de groupe</b> (beaucoup de revendications autour de la singularité de chacune)</p>						
B) Éléments classiques du cadre analytique						
Règles fondamentales		Variable thérapeute (nombre; genre et rôle)		Travail des résistances (transfert /contre-transfert)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Libre expression</li> <li>- Confidentialité (restriction)</li> <li>- Régularité</li> <li>- Abstinence</li> <li>- Resnutation</li> </ul>		- 2 thérapeutes - Femmes - Un psychologue et un médecin généraliste (représentants du corps et de la psyché)		Pas mentionné		
C) Le groupe réel						
Nb particip.	Genre particip.	Âge des particip.	Nature des difficultés (type ; éléments du fonctionnement psychique)		Provenance des participants	Condition de particip.
5-8	- Homo F: - Homo G: - Mixte:	Pas mentionné	Homogène Pt communs: préoccupations excessives pour la nourriture, corps, image et apparence; restriction et frénésie alimentaire; peu de moyens compensatoires; crises épisodiques <b>Éléments du fonctionnement psychique:</b> envahissement par le Sx;	Hétérogène Troubles de la conduite alimentaire atypiques (anorexie et boulimie atypiques;	- Interne / Hospitalisation: - Semi interne / Hôpital de jour: - Sixième Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA) au Centre Hospitalier	Volontaire  Obligatoire

		impossibilité de parler en raison de sentiment de honte, impulsivité, conflictualité interne peu abordable et un monde fantasmagique tenu à distance --> du psychisme vers l'agir/le comportemental	hyperphagie et obésité)	Universitaire de Lausanne - Prise en charge médicale non psychiatrique	
D) Organisation spatio-temporelle					
Durée et fréquence des séances		Durée dans le temps du groupe		Type de groupe	
1h30 / chaque semaine Respecte le calendrier scolaire		- Limitée <span style="background-color: #00FF00;">Illimitée</span>		- Ouvert: <span style="background-color: #00FF00;">Semi-Ouvert</span> - Fermé:	
E) Autres informations pertinentes					
<p>- Fonctionnement particulier des ados face aux pressions sociales relativement à l'image corporelle, étant donné que c'est une phase de développement où l'individu doit quitter et faire le deuil de son corps d'enfant pour s'approprier un corps d'adulte qui lui est étranger.</p> <p>- Fantasmes soulevés dans l'équipe multidisciplinaire par la mise sur pied du groupe (vécu comme un objet étrange): est-ce un cours ? Désir de filmer, etc.</p> <p>- Entretiens individuels avec les participantes avant le début du groupe</p> <p>- <b>En lien avec la problématique, mais aussi l'adolescence</b> : le corps, ses transformations et ses aléas, envahit la pensée des filles, compliquant toute intégration ou élaboration des changements – entrave la possibilité d'abstraction au sein du groupe. Force du lien soma-psyché à l'adolescence. C'est le corps qui amène l'ado à consulter et c'est via ce corps qu'elle recherche «un sens».</p>					

Article: Djapo Yogwa, Forestier & Ozborra (2008). Un modèle de groupe thérapeutique pour adolescents. *Psychothérapies*, 28, 1, 37-47.

Modalité thérapeutique:		Gr. Discussion	Gr. Psychodrame	Gr. Médiation
A) Le groupe (son rôle et utilisation dans les processus thérapeutiques; dynamique de groupe)				
<p>- <b>But du groupe</b> : Le groupe s'inscrit dans un projet visant la continuité des soins aux ados après leur hospitalisation, favoriser un meilleur passage entre la prise en charge hospitalière et ambulatoire (externe), afin d'éviter les «drop out» dus à la perte du groupe de pairs, au contraste d'intensité de la prise en charge et au transfert négatif (peur de dépendance à l'adulte) dans le rapport un à un avec le thérapeute (suivi individuel en ambulatoire). Ce pont doit intégrer l'étayage sur les pairs, maintenir le lien contenant avec l'institution et offrir un espace de dilution du lien transférentiel.</p> <p>- <b>Déroulement du groupe</b> : En 5 temps : 1- <u>prégroupe</u> (discussion entre thérapeutes – retour sur dernière séance), 2- <u>Accueil et rituel d'ouverture</u> (donne rythme et contenance) : partage de chaque membre sur sa semaine, relire les info dans le cahier de groupe où l'on note absence, vacances, etc. 3- <u>Espace de libre association et jeux psychodramatique</u> (discussion ouverte; préoccupations du moment de chacun; attention aux thèmes actuels en lien avec les thèmes précédents; vécus émotionnels dominants; propositions de jeux) 4- <u>Rituel de fermeture /séparation</u> (retour durant les 15 dernières minutes sur le déroulement de la séance- donner un titre aux jeux + synthèse par chacun (thérapeute aussi) quant au vécu dans le groupe et en fin de séance + tout est retranscrit dans le cahier, fonction de mémoire du groupe); 5- <u>Postgroupe</u> (30 min; entre thérapeutes; remplir des grilles récapitulant les thèmes et évolution de l'ambiance dans la séance, réflexion par rapport au stade du groupe et participation de chacun.</p> <p>- <b>Phase du groupe</b> : Sentiment d'appartenance créé autour de l'origine hospitalière. <b>Quatre stade de fonctionnement du groupe (à ne pas considérer linéairement, mais plutôt en terme de prédominance de processus sur d'autres)</b>: 1- la naissance du groupe (matrice groupale peu contenant, moment délicat; défenses hypomaniaques en réponse aux fantasmes dépressifs véhiculés, en lien avec un deuil à faire p/r à la rupture avec l'hôpital) 2- Illusion groupale; sentiment de confiance dans le groupe, matrice groupale prend forme (ritualisation des rencontres, assiduité des présences, foi en l'avenir et en un mieux-être éventuel) 3- Culture groupale : à la fois homogénéisation des thématiques abordées, mais aussi mouvements de différenciation des uns p/r aux autres; chacun acquiert un rôle par rapport aux autres qui marque la dynamique groupale (métaphore des «sept nains»); phase où les conducteurs sont amenés à être moins transparents, à se positionner individuellement, le Sx comme support à l'identité. 4- Fin du groupe : dissolution de la matrice groupale, déclin de la ritualisation des séances. <u>Régression si introduction d'un nouveau membre dans le groupe. Voir schéma des phases dans l'article</u></p> <p><b>Conclusion</b> : le groupe devient un espace transitionnel entre deux mondes : le monde thérapeutique (hospitalier, ambulatoire) et le monde socio-familial. L'investissement d'un tel espace est possible grâce aux règles et à la continuité du cadre. L'expérience groupale confronte les vécus individuels et offre à chacun la possibilité de construire une réalité externe différente de sa réalité interne. <u>Issue du groupe : désillusion; élaboration de la position dépressive, soit accepter la réalité externe et tolérer la frustration (manifeste dans le groupe via engagement personnel et différenciation p/r aux autres.</u></p>				
B) Éléments classiques du cadre analytique				
Règles fondamentales		Variable thérapeute (nombre et rôle)		Travail des résistances (transfert /contre-transfert)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Libre association</li> <li>- Confidentialité (restriction)</li> <li>- Régularité</li> <li>- Abstinence</li> <li>- Restitution</li> </ul> <p><b>Non mentionnées</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 cothérapeutes : Le conducteur principal, garant du cadre temporel; Un conducteur attiré à l'initiative et à la conduction des propositions de jeux psychodramatiques; Un observateur – non silencieux – rôle de Moi auxiliaire pour les ados du groupe en difficulté.</li> <li>- En début de processus, les thérapeutes sont plus portés à aller chercher les membres silencieux, pq les silences y sont moins bien tolérés par le groupe.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interprétations groupales privilégiées (pq rôle pare-excitant) : favoriser l'élaboration des transferts sur le cadre.</li> <li>- Partage du vécu des thérapeutes en fin de séance a pour objectif de réduire les transferts latéraux et favoriser ceux sur le groupe.</li> </ul> <p><b>Contre-transfert en fonction des phases du groupe</b> : 1- fantasmes de mort 2- Non mentionné 3- besoin d'être moins transparents, de prendre position individuellement 4- position du parent désidéalisé</p>
C) Le groupe réel				
Nb Particip.	Genre particip.	Âge des particip.	Nature des difficultés (type ; éléments du fonctionnement psychique)	Provenance des participants
				Condition de particip.

Max 9	- Homo F:  - Homo G:  <b>Mixte</b>	16-18	- <b>Homogène</b>	- Hétérogène	- Interne/Hospitalisation: - <b>Semi-interne/Hôpital de jour</b> Unités pour adolescents des Hôpitaux Universitaires de Genève – Unité de Crise pour Adolescents (UCA) – séjours de courte durée (15 jours) - Externe:	- <b>Volontaire</b>  - <b>Obligatoire</b>
D) Organisation spatio-temporelle						
Durée et fréquence des séances		Durée dans le temps du groupe		Type de groupe		
1h30 / chaque semaine (sauf jours fériés – adaptation au calendrier scolaire)		- Limitée - <b>Illimitée</b>		- Ouvert: - <b>Semi-Ouvert</b> - Fermé:		Slow-open
E) Autres informations pertinentes						
<p>- Échanges possibles, mais le plus limités avec le thérapeute individuel de l'ado (échanges réciproques qui visent une cohérence entre les lieux de soins et la poursuite d'un travail de contenance). <b>Règle de confidentialité</b> entre les deux milieux</p> <p>- <b>But du cadre</b> : offrir une matrice rassurante, stable et permettant la contenance groupale (facteur fondamental à la création d'un sentiment de sécurité face aux vécus plus difficiles (douleur, rage, etc) induits par la situation thérapeutique groupale.</p> <p>- <b>Procédure d'admission</b> : 2 rencontres préliminaires en présence d'un «allié de soins» (i.e. une personne de confiance choisie par le jeune comme figure de soutien dans sa démarche; souvent meilleur ami; but de favoriser l'acceptation par les pairs du processus thérapeutique et de trianguler la relation ado-groupe). Les rencontres visent la mise en place d'une réflexion par rapport à l'engagement dans le groupe + info quant aux procédures de groupe + la création d'une alliance thérapeutique + «illustration de l'atome social» présent et futur + questionnaire d'auto-analyse par rapport aux relations. Cette «évaluation» constitue la ligne de base du traitement groupal (avec ré-évaluation pendant et à la fin du processus).</p> <p>- <b>Rôle du psychodrame</b> : figuration aux émergences groupales (là où la parole peine); le jeu comme réalité commune, support à l'élaboration; le jeu comme moyen d'encre les thématiques dans la mémoire du groupe; comme soutien à l'émergence d'une charge émotionnelle (absente du discours) qui va «toucher» plus les membres; apporter une rupture dans la rencontre, soit un espace de rêverie du groupe; rendre plus fonctionnel le préconscient du groupe. <b>But</b> : ouvrir plusieurs points de vue sur un même fait (via renversement de rôle, doublage, écho du groupe); les jeux plus «réels» soulèvent plus de défenses, alimentent les résistances versus les jeux imaginaires (à favoriser); le scénario doit être simple et clair; ne pas porter sur un sujet où l'ado manque de distance émotionnelle.</p> <p>- <b>Atteinte des objectifs</b> : (sur trois ans) 74% des patients ayant participé au groupe (but de transition) ont poursuivi un suivi ambulatoire après leur hospitalisation, malgré un faible intérêt au départ à s'engager dans une telle procédure. Le groupe nourrit les processus individuels en agissant comme un amplificateur de conflits internes et externes, permet de leur donner une forme initiale, facilitée par le jeu qui est reprise par la suite individuellement.</p> <p>- <b>Problématiques à éviter ou difficile à intégrer</b> : ado avec angoisses de type paranoïde. A besoin d'être intégré au groupe en même temps qu'un autre pour diminuer les vécus de persécution, mais cela ne fonctionne pas toujours.</p>						