

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014

N°

Thèse

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Psychiatrie

Par

Marion COIFFARD
Née le 14 mars 1984 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 7 octobre 2014

Les Psychiatres et la Thérapie Familiale en Région Centre

Enquête auprès de 125 psychiatres

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD
Membres du jury : Monsieur le Docteur Pierre-Guillaume BARBE
Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER
Monsieur le Docteur Marc FILLATRE
Madame le Docteur Marie GUIMARD-BRUNAULT

RESUME

Introduction : Les thérapies familiales constituent un dispositif essentiel en psychiatrie. La prise en compte des interactions du sujet symptomatique avec son entourage a en effet montré son intérêt dans des situations cliniques diverses. Cependant, il nous semble que les psychiatres y ont peu recours. L'objectif était donc d'explorer la place que la thérapie familiale tient parmi les outils thérapeutiques à la disposition des psychiatres.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une enquête auprès de 125 psychiatres volontaires exerçant en région Centre (soit 34.2% des psychiatres de la région, tous sollicités) au moyen d'un questionnaire. Nous avons analysé d'une part, les représentations que les psychiatres ont de la thérapie familiale et de ses indications, en s'intéressant en particulier aux éléments centrés sur l'individu ou sur la famille, et d'autre part leurs pratiques d'orientation. Nous avons ensuite comparé ces deux paramètres.

Résultats : La majorité des psychiatres de l'échantillon donnent une définition générale de la thérapie familiale dans une perspective plus familiale qu'individuelle. Toutefois, les situations constituant des indications sont plutôt décrites dans une perspective mixte (familiale et individuelle). La plupart des psychiatres de notre échantillon pensent au moins parfois qu'une thérapie familiale peut être utile et font part de cette indication aux patients/familles. Nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre une vision familiale de la thérapie familiale et une tendance accrue à orienter vers une telle prise en charge ; au contraire, les psychiatres semblent davantage enclins à adresser vers une thérapie familiale des situations centrées sur les individus.

Conclusion : Notre étude a permis de décrire les pratiques d'un sous-groupe de psychiatres vis-à-vis de la thérapie familiale. Elle montre globalement un bon investissement de cette forme de prise en charge mais des indications peu cohérentes. Cependant, il est probable que cet échantillon ne soit pas représentatif de la population-cible.

MOTS CLES : Thérapie familiale, Psychiatre, Famille, Patient désigné, Communication, Interactions

SUMMARY

PSYCHIATRISTS AND FAMILY THERAPY IN THE REGION CENTRE

Introduction: Family therapy is an essential device in psychiatry. Considering the interaction of the symptomatic subject with his entourage has shown its interest in various clinical situations. However, we believe that psychiatrists don't engage that practice currently. The objectif was to explore the place that family therapy takes among the therapeutic tools available for psychiatrists.

Material and Methods : We conducted a survey among 125 psychiatrists volunteers practicing in the region Centre (34.2% of psychiatrists in the area, all accessed) by means of a questionnaire. We first analyzed, on one side, the representations psychiatrists have about family therapy and its indications, focusing particularly on elements attached to the person or the family, and on the other side, their orientation habits. Then we have compared these two parameters.

Results : The majority of the psychiatrists in the sample give a general definition of family therapy more as a family- than individual-centered perspective. However, situations constituting the indications are described in a rather mixed perspective (family and individual). Most psychiatrists in our sample think that family therapy can be useful at least sometimes and express the indication to patients / families. We did not find any correlation between a family vision of family therapy and an increased tendency to move towards such a treatment ; on contrary, psychiatrists seem more likely to adress in family therapy situations focused on individuals.

Conclusion : Our study describes the practices of a group of psychiatrists toward family therapy. It generally shows a good investment for this kind of care but the indications are not so consistent. However, this sample might not be representative of the target population.

KEY WORDS : Familial therapy, Psychiatrist, Family, Named patient, Communication, Interactions

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER – J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.
LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.
METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.
RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D.
SAUVAGE - M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague ..	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Regis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard.....	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri.....	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck.....	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane.....	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-----	---------------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique.....	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre.....	Médecine Générale
	MALLET Donatien.....	Soins palliatifs
	POTIER Alain.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M.	BAKHOS David	Physiologie
Mme	BAULIEU Françoise.....	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe.....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric	Physiologie
	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane.....	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan.....	Réanimation médicale
Mme	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et Cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
MM.	GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille.....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique

	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie
	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie...	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline.....	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean.....	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M.	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine.....	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la Faculté de Médecine

Mme	BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier (<i>éthique médicale</i>)
M.	BOULAIN Thierry.....	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)
Mme	CRINIERE Lise	Praticien Hospitalier
(endocrinologie) M.	GAROT Denis	
Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>) Mmes	MAGNAN Julie	
.....	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)	
	MERCIER Emmanuelle	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle.....	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUN Samuel	Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Je remercie de tout cœur Jean-Brice pour sa présence à mes côtés et son soutien inconditionnel pendant la préparation de cette thèse.

Je remercie également ma famille d'avoir cru en moi pendant toutes ces années et de continuer à la faire. Un merci tout particulier à mes « Frontal Sisters » Camille et Sophie pour leur enthousiasme sans limites.

Un grand merci à mes amis psys et non psys de supporter mes divagations systémiques. Merci à Julia pour sa relecture attentive.

Je remercie mes directeurs de thèse d'avoir accepté de m'encadrer. Leurs conseils et leurs encouragements m'ont été précieux tout au long de ce travail.

Je remercie mes professeurs et en particulier le professeur Gaillard de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse, de son aide pour les statistiques, et surtout de sa manière unique de transmettre son savoir et son expérience.

Merci enfin à tous les professionnels croisés au cours de mes stages, nombreuses ont été les rencontres enrichissantes. Je pense tout spécialement à Nelly du « Izérohuns », à sa bienveillance et à sa créativité.

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION	14
<i>A-Historique des thérapies familiales</i>	14
1-Psychothérapies et familles	14
2-Influences croisées	15
a) Psychanalyse	15
b) Sociologie	15
c) Philosophie	16
3-Précurseurs des thérapies familiales	17
a) Ackerman	17
b) Ecole de Palo Alto	17
c) L'approche générationnelle	19
4-Autres pionniers des thérapies familiales systémiques	20
<i>B-Principes de base des thérapies familiales</i>	21
1-Thérapies familiales systémiques	21
a) La théorie de la communication	21
Premier axiome : On ne peut pas ne pas communiquer.	21
Deuxième axiome : Structure en niveau de communication.	21
Troisième axiome : La ponctuation des séquences de communication.	22
Quatrième axiome : Il existe deux modes de communication : digital et analogique.	23
Cinquième axiome : Interactions de type symétrique et interactions de type complémentaire.	23
b) Le concept de système	24
Première propriété : la totalité	24
Deuxième propriété : la non-sommativité	25
Troisième propriété : la rétroaction et l'homéostasie	25
Quatrième propriété : l'équifinalité	26
Remarque sur l'application de la théorie des systèmes à la famille	26
c) Les thérapies familiales systémiques en pratique	26
Cadre général	26
L'utilisation d'hypothèses : l'exemple de l'équipe de Milan	27
L'exemple de l'approche structurale de Minuchin	28
2-Thérapies familiales psychanalytiques	30
a) Psychanalyse familiale	30
b) Thérapie familiale psychodynamique	31
c) Le transfert en thérapie familiale psychanalytique	33
3-Thérapies familiales cognitivo-comportementales	34
a) Interventions familiales comportementales	34
b) Approche cognitivo-comportementale de la famille	34
c) Thérapie comportementale de couple	35
d) Psycho-éducation familiale	35
4-Autres formes de thérapies familiales	36
<i>C-Synthèse : définitions de la famille et de la thérapie familiale</i>	38
1-La famille	38
2-La thérapie familiale	38
<i>D- Efficacité des thérapies familiales</i>	40
1-Problématique de l'évaluation en thérapie familiale	40
2-Efficacité générale des thérapies familiales	41
a) Comparaison des thérapies familiales avec des groupes-contrôle	41
Méta-analyse de Shadish	41
Méta-analyse de Baucom	42
b) Comparaison selon l'orientation des thérapies familiales	43

3-Effets des thérapies systémiques « classiques »	43
a) Thérapie brève centrée sur le problème	43
b) <i>La thérapie brève familiale structurale/stratégique</i>	44
4-Effets des thérapies intégratives d'inspiration systémique	47
a) <i>La thérapie familiale multisystémique (Multisystemic Therapy – MST)</i>	48
b) <i>La thérapie familiale multidimensionnelle (Multidimensional Family Therapy – MDFT)</i>	49
c) <i>La thérapie familiale fonctionnelle (Functional Family Therapy – FFT)</i>	50
d) <i>Les travaux du groupe Maudsley à Londres sur les adolescentes anorexiques</i>	51
<i>E-Objectif de l'étude</i>	53
1-Problématique.....	53
2-Hypothèses.....	53
a) Hypothèse principale	53
b) Hypothèses secondaires.....	53
II-MATERIEL ET METHODES.....	54
<i>A-Population cible</i>	54
<i>B-Questionnaire, moyens utilisés pour le diffuser</i>	54
<i>C-Tests statistiques</i>	55
III-RESULTATS	56
<i>A-Statut Professionnel</i>	56
<i>B-Généralités</i>	59
<i>C-Indications</i>	62
<i>D-Adressage en thérapie familiale</i>	66
<i>E-Analyse des hypothèses</i>	70
1-Hypothèse principale	70
2-Première hypothèse secondaire	72
3-Deuxième hypothèse secondaire	72
<i>F-Analyse des données concernant la thérapie familiale en fonction du statut professionnel</i>	73
1-Statut de psychiatre d'adultes/pédopsychiatre	73
2-Mode d'exercice.....	74
3-Département d'exercice.....	75
4-Taille de la ville d'exercice principal	75
5-Région d'internat	75
6-Villes d'internat si internat en région Centre	75
7-Année de thèse	75
8-Cursus.....	76
9-Sexe	76
IV-DISCUSSION	77
<i>A-Réponses à la problématique et aux hypothèses</i>	77
<i>B-Discussion sur les autres points d'intérêt</i>	78
1-Analyse des données en fonction du statut professionnel	78
2-Analyse des données concernant les pratiques d'orientation en thérapie familiale des psychiatres	78
a) Première étape : évoquer l'indication au patient / à la famille	78
b) Deuxième étape : l'orientation en pratique.....	79
c) Echange d'informations entre thérapeute adressant et thérapeutes familiaux.....	80
d) Articulation entre thérapie familiale et individuelle	80
<i>C-Limites</i>	81

1-Biais de sélection.....	81
2-Enquête centrée sur les données des psychiatres ne pratiquant pas la thérapie familiale.....	81
V-CONCLUSION	82
VI-ANNEXES.....	83
<i>Annexe 1 : répartition des psychiatres en région Centre</i>	<i>83</i>
<i>Annexe 2 : questionnaire</i>	<i>84</i>
<i>Annexe 3 : répartition des psychiatres ayant répondu au questionnaire</i>	<i>88</i>
<i>Annexe 4 : réponses détaillées à la question B3.....</i>	<i>88</i>
<i>Annexe 5 : réponses détaillées à la question C1 bis.....</i>	<i>94</i>
VII-BIBLIOGRAPHIE	99

I-INTRODUCTION

A-Historique des thérapies familiales

1-Psychothérapies et familles

Les principes du « traitement moral de la folie » (Pinel, 1801) incluaient une séparation d'avec la famille, le sujet atteint d'aliénation mentale était placé dans un asile et soumis à des règles dictées par le médecin chef, figure d'autorité habilitée à fournir un cadre structurant.

Les psychothérapies proprement dites se sont développées depuis le milieu du XIXème siècle. Elles sont d'abord centrées sur un sujet considéré comme perturbé ou malade mental.

Cependant, rapidement les psychothérapeutes font différents constats (Anaut, 2012):

- importance de la famille dans le discours du patient, description d'interactions dysfonctionnelles

- tentatives d'interférence de certains membres de la famille dans les prises en charge, en particulier lorsqu'il s'agit d'enfants et adolescents

- circulation des symptômes dans le groupe familial : lorsque l'état d'un patient s'améliore, on peut observer l'apparition de symptômes par exemple dans la fratrie ou chez le conjoint (Jackson, 1954 ; Haley, 1959).

Tout ceci conduit les thérapeutes à interroger la fonction du symptôme dans le groupe familial et à considérer la famille, au-delà de ses apports dans le cadre de l'anamnèse, comme une entité pouvant présenter une souffrance, et donc potentiellement à soigner en tant que telle. Certains cliniciens commencent alors à aménager progressivement le cadre des prises en charge, avec par exemple le développement de la pratique d'entretiens familiaux, de manière empirique.

Cependant, il faut attendre la seconde moitié du XXème siècle pour voir se développer les thérapies familiales proprement dites, s'appuyant sur des courants de pensée bien spécifiques. L'élément principal de glissement d'un cadre de référence individuel vers un cadre de référence familial est le fait de penser la famille non plus seulement comme un

groupe en souffrance qui serait à soigner, mais également comme celui à partir duquel le soin peut être envisagé, et qui nécessite un dispositif thérapeutique spécifique. C'est ce qui permettra la mise en œuvre des compétences familiales (Ausloos, 1995).

2-Influences croisées

a) Psychanalyse

Les psychanalystes se sont intéressés aux interactions familiales, comme élément de construction psychique (le conflit oedipien par exemple), mais également comme facteur pathogène. Certains parlent de « névrose familiale » (Laforgue, 1936).

Dans ses travaux sur l'attachement, Bowlby étudie tout particulièrement les interactions entre le nourrisson et sa mère. Il décrit l'influence de l'environnement familial précoce sur le développement des névroses et du caractère névrotique (1944). Il préconise des thérapies familiales groupales.

L'une des contributions principales de Ferenczi aux problématiques liées aux liens familiaux pathogènes est le concept d'enfant parentalisé (1932). Il dénonce la souffrance engendrée par des liens familiaux inadéquats (ce que l'on qualifierait actuellement de maltraitements psychologiques).

Au cours du XX^{ème} siècle, différentes études se focalisent plus spécifiquement sur la pathogénicité des parents de schizophrènes : plusieurs théories explicatives verront le jour, comme l'hypothèse de la *mère schizophrénogène*. Ces thèses sont pratiquement abandonnées depuis, après avoir été fortement controversées (Anaut, 2012).

b) Sociologie

Les sociologues ont contribué de manière importante à l'émergence des thérapies familiales, à partir des études sur les groupes.

Un des précurseurs dans ce domaine, Burgess, dans son article « the Family as a Unit of Interaction Personalities » (1926, cité in Jacob, 1987), décrit la famille comme « un groupe de personnalités en interaction formant une entité dotée d'une existence propre du fait même de l'interaction entre ses membres ».

Les psychosociologues ont également eu une place centrale dans les fondements des premières théories et techniques appliquées aux thérapies avec les familles ; ainsi, les travaux de Lewin (1947) sur les interactions et la communication dans les groupes apportent des éclairages innovants, en particulier sur la notion d'interdépendance des membres du groupe.

Enfin, plus généralement, le XXème siècle a vu se développer nombre d'approches pédagogiques et éducatives variées ; les notions de guidance parentale, de conseil conjugal, la création du corps de métier des travailleurs sociaux aux Etats-Unis dans les années 30 ont participé à la prise en compte et à l'exploration des liens familiaux.

c) Philosophie

On ne saurait résumer ici les influences philosophiques qui ont guidé les thérapeutes familiaux.

On peut cependant noter les nombreuses références aux travaux de Wittgenstein chez les chercheurs de l'école de Palo Alto. Son influence est importante notamment en thérapie brève (un courant des thérapies systémiques), avec une approche fondée entre autres sur le refus de théoriser, qui tient à une distinction fondamentale entre *Décrire* et *Expliquer*. Wittgenstein (1980) postule que la méthodologie scientifique, s'appuyant sur des hypothèses causales et des inférences hypothético-déductives, ne peut être transposée dans le domaine philosophique ou psychologique.

Et pour pondérer l'influence des interactions familiales sur les individus, on peut citer Sartre (1938) et sa définition de la liberté : « ce petit mouvement qui fait d'un être social totalement conditionné une personne qui ne restitue pas la totalité de ce qu'elle a reçu, de son conditionnement. L'important n'est pas ce qu'on a fait de nous, mais ce que nous faisons de nous-mêmes de ce qu'on a fait de nous. »

3-Précurseurs des thérapies familiales

a) Ackerman

Psychiatre et psychanalyste de formation, Nathan Ackerman commence dès 1937 à rencontrer les familles des enfants qu'il suit à la Child Guidance Clinic (Pennsylvanie). Il est considéré comme le pionnier des théories et pratiques en thérapies familiales. Dans son article « The Family as a Social en Emotionnal Unit » paru en 1937 dans le *Bulletin of the Kansas Mental Hygiene Society*, il définit la famille comme « l'unité universelle du vivre pour les humains : unité d'apprentissage et d'acquisition d'expérience, du succès et de l'échec, mais aussi de la santé et de la maladie ».

Il préconise donc comme principe de base des prises en charge la mobilisation de la famille, non seulement comme unité à soigner, mais également comme groupe participant et ayant un potentiel soignant. Il est l'auteur du premier ouvrage consacré à la thérapie familiale, en 1958. Son analyse des modes d'échanges intrafamiliaux met en évidence la tendance des groupes familiaux à former des alliances à partir de sous-groupes qui entrent en guerre émotionnelle (concept qui sera développé par Bowen). Le maintien de l'équilibre familial prend alors appui sur des mécanismes inconscients de réparation. Le concept d'homéostasie familiale et ses mécanismes régulateurs seront largement détaillés par les systémiciens, avec lesquels Ackerman aura des échanges fructueux, tout en gardant pour référentiel théorique principal le paradigme psychanalytique.

b) Ecole de Palo Alto

Gregory Bateson, chercheur, anthropologue de formation, est à l'origine d'un courant de pensée pluridisciplinaire, dont l'objet d'étude est la communication dans les familles et ses applications en psychopathologie. Il s'agit de l'application de la théorie générale des systèmes au système familial.

Von Bertalanffy (1947) définit un système comme un assemblage d'éléments fonctionnant de manière unitaire et en interaction permanente. La systémique permet d'appréhender des sujets complexes de manière holistique, et non pas parcellaire comme le veut la méthodologie classique cartésienne. Les domaines d'application sont vastes, allant de

l'écologie à l'informatique, de l'économie aux sciences cognitives, de la stratégie militaire à la linguistique...

Bateson et son équipe du Veterans Administration Hospital de Palo Alto (Californie) ont étudié tout d'abord les processus de communication et de changement à l'œuvre dans des familles d'alcooliques et de schizophrènes.

Leur célèbre article « Toward a Theory of Schizophrenia » (1956) décrit notamment la théorie du *double bind* (traduit en français par *double lien* ou *double contrainte*). Il s'agit de l'effet produit par un message paradoxal, composé d'informations à la fois antinomiques et appartenant à deux niveaux d'abstraction différents. Le contexte relationnel dans lequel le message est émis participe également à cet effet (il doit s'agir d'une relation importante pour le sujet recevant le message paradoxal, que ce soit une relation affective ou hiérarchique par exemple). Par exemple, si un des membres d'un couple émet le souhait que l'autre lui donne davantage de marques d'affection, mais *de manière spontanée*, celui-ci ne peut répondre à cette demande, car s'il s'exécute, ce ne sera pas spontané, et s'il ne le fait pas la situation est inchangée. L'équipe de Palo Alto a tout d'abord postulé que le lien familial paradoxal créé par la répétition de ce type de messages pourrait conforter l'apparition de la schizophrénie chez un des membres de la famille. Cette vision causaliste a ensuite été revue et fortement nuancée par les auteurs eux-mêmes. De telles interactions ne seraient pas plus fréquentes dans les familles dont un membre est schizophrène ; il semblerait par contre que les patients schizophrènes sont particulièrement peu aptes à décoder les paradoxes et à sortir du *double bind*.

Le deuxième groupe de Palo Alto, constitué notamment par Don Jackson (psychiatre), Paul Watzlawick (psychologue, psychanalyste et sociologue) et Virginia Satir (assistante sociale de formation) se consacrera au développement des techniques de thérapie familiale et à la formation, avec la création du MRI (Mental Research Institute). Les cadres méthodologiques qu'ils ont expérimentés et construits constituent encore actuellement les principales bases des thérapies systémiques.

c) L'approche générationnelle

Il s'agit de l'exploration des modes de transmission familiaux supposés être à l'origine des pathologies ou des dysfonctionnements familiaux.

Les deux fondateurs principaux de cette approche, Murray Bowen et Ivan Boszormenyi-Nagy, sont de formation initiale psychanalytique, et sympathisants du mouvement systémique. Certains des outils qu'ils ont développés, comme le génogramme (Bowen, 1980), sont utilisés par les thérapeutes familiaux des deux courants.

Bowen (1978) conçoit la famille avant tout comme un système émotionnel. Il a travaillé en particulier sur le niveau de différenciation des individus au sein de leur famille d'origine. Selon lui, chacun a un niveau de différenciation du soi plus ou moins élevé, généralement proche de celui de ses parents, et tend à créer une relation de couple avec une personne de niveau de différenciation voisin. La répétition de modes relationnels immatures et très dysfonctionnels sur plusieurs générations entraînerait un risque accru de développer des troubles psychopathologiques. Il a également développé le concept de triangulation relationnelle : ce concept s'appuie sur l'hypothèse que, dans toute relation duelle, pour assurer leur stabilité, deux personnes ont tendance à en englober une troisième dans leur système émotif. D'après Bowen, le triangle décrit le plus petit des systèmes de relation stable ; celui-ci peut être fonctionnel ou dysfonctionnel.

Boszormenyi-Nagy a été le fondateur de l'Ecole de thérapie familiale contextuelle. Son analyse du système familial s'intéresse à la fois aux dimensions synchroniques (ou horizontales) et diachroniques (ou verticales) : il s'agit de comprendre les liens qui unissent les membres de la famille dans l'actuel mais aussi les transmissions générationnelles avec les générations qui l'ont précédée. Un de ses concepts les plus connus est celui des *loyautés invisibles* (1963) : il repose sur l'idée que des liens d'attachement unissent les membres de la famille selon les deux dimensions synchronique et diachronique et qu'ils se traduisent par des systèmes de loyauté dont sont porteurs les membres, souvent à leur insu. Cela se traduit par des comportements qui peuvent paraître incohérents, surtout en cas de loyauté clivée : par exemple lorsqu'un enfant est dans la position de ne pouvoir être loyal envers un parent qu'en étant déloyal envers l'autre.

4-Autres pionniers des thérapies familiales systémiques

A partir de l'émulation provoquée par l'école de Palo Alto, d'autres thérapeutes aux Etats-Unis puis dans le reste du globe vont contribuer à enrichir les théories et pratiques en thérapie familiale systémique. Nous ne les détaillerons pas toutes ici, mais on peut citer Mara Selvini Palazzoli (1978) avec l'école de Milan, Minuchin (1999) et l'approche structurale, Whitaker (1988) et l'approche expérientielle. Certains de leurs outils seront exposés plus loin.

B-Principes de base des thérapies familiales

1-Thérapies familiales systémiques

L'approche systémique se distingue des autres approches thérapeutiques par le point de vue particulier qu'elle adopte pour comprendre l'individu. Elle le voit en interrelation constante et circulaire avec le ou les systèmes dont il fait partie. Pour décrire ces relations, nous allons détailler les principes de la théorie de la communication ainsi que le concept de système. Nous évoquerons ensuite les modalités pratiques des thérapies familiales systémiques et quelques outils spécifiques.

a) La théorie de la communication

Les différents axiomes qui déterminent la communication, tels que définis par Watzlawick et al (1967) dans l'ouvrage « une logique de la communication », sont les suivants :

Premier axiome : On ne peut pas ne pas communiquer.

Tout comportement implique une communication. Il n'existe pas de communication lorsqu'une personne est seule, mais dès qu'elle est en présence d'au moins un autre individu il existe nécessairement une communication. Tout comportement a valeur de message et il est impossible de ne pas se comporter. La communication correspond ainsi à la relation, émergeant de la co-présence de deux individus.

Deuxième axiome : Structure en niveau de communication.

Cet axiome de la théorie de la communication provient de la théorie des types logiques de Russell (1910): le type logique des membres d'une classe est d'un niveau différent de celui de la classe elle-même.

De cette structure en niveaux émerge la possibilité des paradoxes, comme l'illustre la

question « la classe des classes est-elle une classe ? »

Deux niveaux essentiels de la communication peuvent être distingués : le contenu, correspondant aux données, aux informations, et la relation, correspondant à la façon dont on doit comprendre le contenu, et appartenant un type logique de niveau supérieur à celui du contenu puisqu'il l'englobe.

Ces deux niveaux ne peuvent être séparés, il ne peut en exister un sans l'autre. La cohérence du contenu et de la relation assure la clarté du message transmis. Cette structure en niveaux de la communication permet ainsi l'existence de paradoxes, notamment lorsque les informations du contenu et de la relation sont incongruentes.

Les thérapeutes systémiciens, afin de décrire la communication dans un groupe (c'est-à-dire le contenu et la nature des relations), utilisent les informations verbales, non verbales et contextuelles.

À noter que la communication humaine implique une multitude de types logiques différents.

Troisième axiome : La ponctuation des séquences de communication.

Ponctuer correspond à ordonner les séquences de communication, leur donner un début et une fin. Elle permet d'ouvrir les boucles d'interactions afin d'obtenir une séquence de faits linéaire, renvoyant à une perspective causale.

Cette vision linéaire n'intéresse pas les systémiciens qui ne recherchent pas les causes et effets, mais qui tentent de comprendre le fonctionnement des interactions afin de les faire changer.

En effet la ponctuation est arbitraire, et une ponctuation différente qui serait tout aussi arbitraire changerait la nature causale de la relation. Cependant les boucles d'interactions observées ne sont pas de nature causale et le regard systémique se pose sur le fonctionnement global de cette communication.

Quatrième axiome : Il existe deux modes de communication : digital et analogique.

Le mode digital correspond au langage verbal, et renvoie au contenu. Ses propriétés sont :

- Pouvoir syntaxique et logique important : les rapports temporels, de causalité, de sommation (« et »), d'exclusion réciproque (« ou »), de condition (« si... alors ») peuvent être décrits avec subtilité.
- Pouvoir sémantique faible.

Le mode analogique correspond à tout ce qui n'est pas contenu dans le langage verbal et qui est échangé par les membres d'un groupe dans leur milieu naturel. Il faut y inclure non seulement la gestuelle et la mimique, mais également la posture, les inflexions de voix, et toute autre manifestation non-verbale dont est susceptible l'organisme, ainsi que tous les indices ayant valeur de communication dans le contexte de l'interaction. Il renvoie à la relation. Ses propriétés sont :

- Pouvoir sémantique fort : la gamme des émotions par exemple peut être figurée de manière beaucoup plus riche que sur le mode digital.
- Pouvoir syntaxique et logique faible.

Selon les connaissances actuelles, l'homme est le seul organisme à utiliser ces deux modes de communication, qui coexistent dans tout message. L'animal utilise le langage analogique ; le langage digital correspond au fonctionnement des organismes artificiels (en particulier, le langage informatique).

Cinquième axiome : Interactions de type symétrique et interactions de type complémentaire.

Dans les interactions de type symétrique, les acteurs de la relation se mettent dans une position équivalente et minimisent ainsi les différences. Ce type de communication peut aboutir en cas d'escalade symétrique à des situations de violence par exemple.

Dans les interactions de type complémentaire, les acteurs de la relation se mettent l'un

dans une position haute et l'autre dans une position basse et maximisent ainsi les différences. Ce type de communication peut aboutir, en cas d'amplification, à une complémentarité rigide, dans laquelle un des acteurs reste dans une identité qui ne lui convient plus.

Dans une relation de couple « saine », on retrouvera une alternance des moments de symétrie et de complémentarité.

b) Le concept de système

Un système est constitué d'un ensemble d'éléments et des relations dynamiques entre ces éléments. Ce qui entoure ce système est appelé le milieu, et correspond à l'ensemble des objets dont les propriétés affectent le système, ou qui sont affectés par le système.

À l'extrême, un système peut être clos, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'échanges avec son milieu. L'évolution du système est alors déterminée uniquement par les conditions initiales de celui-ci, et est ainsi prédictible.

Lorsqu'il existe des échanges entre un système et son milieu on parle alors de système ouvert. Dans le domaine du vivant notamment, le système et le milieu sont en interaction permanente. Le système est ainsi traversé par des flux (d'informations, de matière, d'énergie, etc.). Son évolution n'est plus dépendante seulement des conditions initiales, elle n'est pas prédictible d'après elles. De même, pour pouvoir individualiser un système, il faut alors considérer l'existence d'une limite entre celui-ci et son milieu. Cette limite peut être fixée arbitrairement, mais le caractère individualisable d'un système nécessite l'existence d'un but, d'une finalité pour celui-ci. Un système peut ainsi aussi être décomposé en sous-systèmes. En résumé, les propriétés d'un système ouvert sont :

Première propriété : la totalité

Les différents éléments d'un système sont interdépendants, c'est-à-dire que si un des éléments est affecté, les autres éléments et l'ensemble du système sont aussi affectés. Le système est considéré comme un tout structurel, fonctionnel et a priori indivisible.

Lorsqu'on applique ce principe à la famille, que les thérapeutes systémiques envisagent comme un système ouvert, on considère alors que les comportements des membres d'une

famille sont interdépendants. On est amené à relier les comportements, puisque ce qui affecte un membre de la famille affecte l'ensemble de la famille et ses membres.

Deuxième propriété : la non-sommativité

Ceci signifie qu'un système n'est pas réductible à la somme des éléments qui le composent. Par l'interaction entre les différents éléments d'un système émerge une qualité nouvelle et imprévisible.

Ainsi, l'analyse d'une famille n'est pas la somme des analyses des individus qui la composent mais l'étude de leurs relations. Bien des « particularités » de tel ou tel membre de la famille, notamment le comportement symptomatique, sont en fait générées par le système. Il peut aussi s'agir de compétences. Ces phénomènes sont appelés propriétés émergentes du système.

Troisième propriété : la rétroaction et l'homéostasie

Ce principe s'oppose au principe de causalité, supporté notamment par le langage et sa structure prédicative. Il existe dans un système une circularité des relations, dans laquelle il n'y a pas un événement A qui entraîne un événement B, mais des rétroactions qui peuvent être positives ou négatives. Les rétroactions positives amplifient les différences à l'intérieur du système, ce qui aboutit à sa destruction. Les rétroactions négatives abolissent les différences, ce qui contribue au maintien de l'homéostasie du système.

Appliquée à la famille, cette propriété des systèmes ouverts implique de se détacher d'une vision causaliste et historiciste des faits, et de rechercher non pas pourquoi le système fonctionne tel qu'on l'observe, mais comment il fonctionne, dans l'ici et maintenant. La famille est un système stable, mais en évolution au cours du temps. Elle doit s'adapter aux changements de l'environnement (milieu) ainsi qu'aux changements des différents individus. Ces facteurs vont déstabiliser l'équilibre du système. Les rétroactions négatives tendent à faire revenir le système familial à l'état antérieur, à y maintenir l'homéostasie. Les rétroactions positives permettent les changements et réajustements du système familial, dans son fonctionnement, son organisation et sa structure.

Quatrième propriété : l'équifinalité

Selon ce principe, l'état actuel d'un système peut résulter de différentes conditions initiales et de différentes interventions sur ce système. Il s'agit de l'indépendance du système à l'égard des causes.

Le principe d'équifinalité implique lui aussi de ne pas s'interroger sur la cause d'un dysfonctionnement familial, mais sur comment cela dysfonctionne dans la famille. Il s'agit ici d'une étude systémique synchronique, c'est-à-dire décrivant les relations familiales dans l'ici et maintenant. À noter que certains courants de thérapie systémique utilisent aussi l'histoire de la famille : il s'agit alors d'une étude systémique diachronique du système familial.

Remarque sur l'application de la théorie des systèmes à la famille

La famille appréhendée comme un système répond à ces 4 propriétés. Le symptôme d'un des membres de la famille peut avoir pour fonction de maintenir l'homéostasie familiale (Jackson, 1957) : on parle alors de *patient désigné* ou *porteur du symptôme*. La guérison ou l'amélioration symptomatique de ce patient est fréquemment suivie de l'apparition de symptômes chez un autre membre de la famille (parent, enfant, fratrie).

c) Les thérapies familiales systémiques en pratique

La thérapie s'appuie sur un dispositif bien défini, avec le plus souvent deux co-thérapeutes en séance. Les séances peuvent être filmées et/ou avoir lieu dans une pièce équipée d'une glace sans tain, ce qui permet une supervision directe.

Cadre général

Le cadre (rythme des séances, qui vient en séance) est fixé par les thérapeutes, mais peut varier au cours de la thérapie ; il n'est pas rare de proposer un travail sur des sous-systèmes pour quelques séances, par exemple le couple, la fratrie, ou de proposer de faire venir des personnes extérieures à la famille nucléaire, grands-parents ou autres figures importantes dans la dynamique familiale. Certains thérapeutes peuvent également faire venir

en séance des professionnels également impliqués dans la prise en charge d'un des membres ou de l'ensemble de la famille. Ainsi, pour Selvini et son équipe (1984), dans certaines situations, la venue du professionnel ayant adressé la famille pouvait être une condition *sine qua none* pour débiter la thérapie. Il s'agit de situations où la relation de la famille ou d'un de ses membres avec le professionnel est durable et particulièrement significative, au point que ce référent soit devenu un point nodal pour le maintien de l'homéostasie de l'organisation familiale (il peut s'agir d'un thérapeute, mais aussi d'un généraliste ou d'un pédiatre, d'un assistant social...). En raison du principe de loyauté, une amélioration au cours de la thérapie familiale pourrait alors constituer une trahison envers cet intervenant. Lors de la séance où il participe, les thérapeutes s'attachent alors à connoter positivement ses interventions précédentes, tout en validant son découragement devant l'absence de changement. Au niveau analogique, l'alliance ainsi créée entre ancien et nouveaux thérapeutes autoriserait le patient désigné à aller mieux.

L'utilisation d'hypothèses : l'exemple de l'équipe de Milan

Beaucoup de thérapeutes familiaux travaillent avec une hypothèse de départ, formulée avant même la première séance avec la famille : la thérapie commence dès le premier contact téléphonique. C'est le cas notamment de l'équipe de Milan (Selvini Palazzoli et al, 1983). Des renseignements sont pris sur la composition de la famille, le problème qui amène à consulter, le contexte de la demande (incité par un tiers, un professionnel de santé, une institution comme l'école ou la justice...). Les hypothèses peuvent être de différentes natures et bien sûr se compléter l'une l'autre pour une même situation :

- hypothèses fonctionnelles : le symptôme a une utilité dans l'économie familiale. D'une manière générale, en systémie, on considère que le symptôme est au service de l'homéostasie familiale : ce terme désigne la tendance naturelle de tout système à « préférer » la stabilité, même si le changement est la règle de toute organisation du vivant.

- hypothèses structurales : par exemple un enfant peut être parentifié, ou bien les frontières entre les générations peuvent être floues.

- hypothèses existentielles : le symptôme survient à un moment clé du cycle de la vie familiale, par exemple au moment où un des membres de la famille quitte le foyer (décès, départ d'un jeune...)

-hypothèses transgénérationnelles : l'histoire familiale se répète, des non-dits ou des secrets de famille provoquent un blocage. Ce type d'hypothèse est commun avec les thérapies familiales psychanalytiques.

L'hypothèse de départ guide la conduite de la première séance : les questions posées à la famille ont pour but de la vérifier. Mais si elle s'avère erronée ou inutile, elle est immédiatement abandonnée. Il est également important de s'intéresser aux hypothèses de la famille : souvent les familles viennent en thérapie en ayant déjà une explication sur la cause du problème, et celle-ci n'est ni plus ni moins vraie que celle des thérapeutes, mais elle est généralement peu utile car il s'agit d'éléments sur lesquels la famille n'a pas de prise (sinon ils ne viendraient pas en thérapie). Le travail consiste alors à redéfinir le problème avec la famille et à « raconter une histoire qui a une porte de sortie ». Il s'agit donc d'une approche pragmatique.

L'exemple de l'approche structurale de Minuchin

De nombreux courants de thérapies familiales systémiques ont vu le jour, que nous ne détaillerons pas tous ici ; nous décrirons, à titre d'exemple, l'approche structurale de Minuchin, dont la présentation est assez didactique.

Minuchin (1996) postule que la famille est constituée de sous-systèmes qui s'organisent les uns par rapport aux autres. Ces sous-systèmes sont délimités par des frontières qui doivent permettre un fonctionnement souple. Chaque famille peut ainsi être située sur un axe allant de l'enchevêtrement au désengagement :

-dans une famille enchevêtrée, les frontières interpersonnelles sont diffuses : le sentiment d'appartenance à la famille est intense, aux dépens de l'autonomie de ses membres ; les comportements des uns influencent fortement ceux des autres, les affects sont partagés à l'excès et circulent d'un sujet à l'autre.

-dans une famille désengagée, il y a une rigidité totale des frontières : les membres de la famille ne se perçoivent pas interdépendants, ils ne peuvent donc pas demander à leurs apparentés l'aide ou le soutien dont ils ont besoin.

Minuchin a observé que le moment d'apparition des symptômes correspondait à des phases critiques du cycle de la vie familiale : naissance, décès, séparation, départ d'un jeune du foyer... en effet la tendance naturelle de tout système est homéostatique, et les capacités

d'adaptation au changement sont faibles à la fois dans les familles enchevêtrées et dans les familles désengagées.

La thérapie structurale est une stratégie centrée sur le présent : peu importe comment la famille est arrivée dans la configuration actuelle, ce qui compte c'est de réorganiser la famille d'une manière fonctionnelle.

Minuchin procède en 3 étapes :

- affiliation active (joining) à la famille
- évaluation de la structure familiale
- transformation de cette structure

Ces 3 mouvements sont en fait simultanés : en effet, au sein de la structure dysfonctionnelle, le thérapeute tente de repérer les endroits les plus adaptables et souples, mais cette exploration doit s'accompagner d'une intervention de restructuration car elle s'accompagne de la création d'une crise, d'une rupture dans l'homéostasie familiale.

La transformation va s'opérer grâce aux opérations de restructuration. Celles-ci sont nombreuses, voici quelques exemples :

-mettre en acte en séance : cela permet aux membres de la famille de mieux ressentir les interactions tout en dégageant le thérapeute.

-jouer sur l'espace : utilisation de l'espace de manière métaphorique.

-délimiter les frontières : en séances et à la maison. Minuchin estime indispensable en particulier que s'épanouissent dans des frontières claires les sous-systèmes parental et de fratrie. Il est possible d'imposer et de renforcer ces frontières en travaillant avec tel ou tel sous-système.

-dépasser les stress : empêcher les configurations transactionnelles habituelles, expliciter les conflits implicites, établir des coalitions temporaires...

-donner des tâches thérapeutiques : créer de nouveaux cadres de fonctionnement. Le thérapeute indique comment les membres de la famille devront communiquer en indiquant le cas échéant une manipulation de l'espace qui dramatisera les transactions familiales en symbolisant la nécessité du changement. Il pourra prescrire des tâches à effectuer qui maintiendront le thérapeute présent à la maison.

-utilisation du symptôme par renforcement et saturation : il s'agit de l'injonction paradoxale. Celle-ci est bien sûr à utiliser avec précaution : on ne prescrit pas n'importe quel symptôme ! Elle est toujours à proposer après un temps d'affiliation avec la famille, car il faut

que tous fassent suffisamment confiance au thérapeute pour accepter une telle consigne. Ce type d'injonction se base sur le postulat qu'un comportement spontané perd une partie de sa raison d'être lorsqu'il est effectué sur consigne. La transgression de cette consigne n'est pas l'effet direct attendu, on vise plutôt tout d'abord une modification du mode relationnel. Il s'agit bien sûr de prodiguer cette injonction paradoxale avec subtilité ; la famille doit vraiment percevoir que le thérapeute est persuadé que l'attitude prescrite est absolument nécessaire.

-utilisation de l'ambiance affective : après affiliation, le thérapeute peut amplifier le style émotionnel de la famille pour obtenir une rétroaction adaptative.

-apprentissage : par le soutien et la guidance, le thérapeute aidera les membres de la famille à s'ajuster et à confirmer les autres dans leurs rôles respectifs. Quand les membres responsables seront en incapacité de jouer leur rôle, le thérapeute devra les suppléer momentanément.

2-Thérapies familiales psychanalytiques

Miermont (2004) distingue deux orientations possibles des thérapies familiales psychodynamiques :

-l'orientation qui cherche à reproduire les conditions de la cure psychanalytique classique à l'approche de la famille : nous allons approfondir cette approche ci-dessous.

-l'orientation qui tire des apports de la démarche psychanalytique en l'articulant de manière plus ou moins vaste, aux apports de la cybernétique, la sémiotique, la théorie des systèmes.

a) Psychanalyse familiale

Fondateur de la société psychanalytique de Paris, René Laforgue (1994) a proposé les concepts de névrose familiale, de super-ego individuel et collectif, de scotomisation, de personnalité individuelle et collective. Ses travaux ont inspiré Jackson (1968) dans la description de l'homéostasie familiale.

Issus du courant français de psychanalyse groupale, certains auteurs (P.C. Racamier, S. Decobert, D. Anzieu, A. Ruffiot, 1981) ont cherché à promouvoir un modèle de thérapie familiale psychanalytique, voire de psychanalyse familiale.

La famille est alors appréhendée à partir de la théorie d'un appareil psychique familial, agencé selon divers régimes de fonctionnement (perception-conscience, préconscient, inconscient) à partir d'organismes groupaux (l'illusion groupale, les imagos maternels et paternels et les fantasmes originaires de la vie intra-utérine, de séduction, de la scène primitive, de castration), contribuant à la réalisation de relations à l'objet groupe.

Les processus en souffrance dans les familles confrontées à la psychose se traduisent par l'indifférenciation des sexes et des générations, l'existence d'une psyché groupale archaïque indifférenciée et de transferts éclatés.

Les techniques thérapeutiques reposent sur le recours aux associations libres, aux principes de la règle d'abstinence, aux processus d'interfantasmatisations, à la sollicitation des activités oniriques. Dans les faits, des aménagements sont envisagés par rapport à ces règles types. Il s'agit de respecter la lenteur des processus de maturation et de différenciation, et de solliciter l'émergence de la subjectivité et l'accès à la parole, source de symbolisation.

b) Thérapie familiale psychodynamique

Nathan Ackerman est le pionnier de l'approche psychodynamique de la vie familiale. L'interrelation entre le comportement individuel et le comportement familial nécessite d'être appréhendée dans trois dimensions :

- la dynamique de groupe de la famille
- les processus dynamiques d'intégration émotionnelle de l'individu dans son rôle familial
- l'organisation interne de la personnalité individuelle et son développement historique.

C'est ainsi que les troubles de la personnalité et les perturbations de l'adaptation sociale d'une personne adulte sont mieux compris s'ils ne sont pas conçus de manière isolée mais plutôt comme un pattern dynamique, continuellement influencé par les effets réciproques de l'interaction familiale (Ackerman, 1958).

Chaque membre de la famille est amené à s'impliquer dans de multiples rôles personnels et dans des rôles extra-familiaux. Pour Ackerman, des types de personnalité distincts n'exécutent pas le même rôle de la même manière avec les mêmes effets. Une personnalité « normale » est susceptible d'une certaine flexibilité dans l'intégration des rôles sociaux, même si une telle intégration peut s'accompagner de vécus conflictuels. Les personnalités hystérique, paranoïaque permettent d'assumer le rôle de leader qui peut être fortement favorisé par l'humeur des masses. La personnalité obsessionnelle tend à renforcer l'attitude d'obéissance compulsive aux conventions sociales par la renonciation aux exigences sexuelles et agressives internes.

Tout en se réclamant de la théorie freudienne de la personnalité, Ackerman cherche à en préciser certains aspects, concernant les relations entre fantasme et réalité, le développement du moi et les interactions sociales, l'émergence de l'identité du soi à partir de l'union symbiotique originelle entre l'enfant et les parents, et le retranchement et l'expansion de l'identité personnelle à travers l'identification interpersonnelle, les relations entre l'identité personnelle et l'image du corps, le combat pour stabiliser l'identité face à l'anxiété et au conflit, pour dériver le soutien de cette identité à partir de l'intégration groupale, et le besoin de modifier l'identité en fonction des vicissitudes de la maturation et de l'adaptation sociale.

De son côté, Lemaire (1989) souligne comme Ackerman qu'il s'agit de soigner la personne humaine, dont une part reste en souffrance à travers la psyché de ses proches. C'est ainsi que la structure socio-familiale ne peut être négligée dans la mesure où la souffrance implique plusieurs personnes d'une même famille. La thérapie familiale cherche à soigner des personnes souffrant ensemble en se servant des processus du groupe familial. Le système familial devient alors un moyen de traitement avec ses mécanismes internes, l'articulation et la communication des processus inconscients des membres, les liens tissés, les règles que le groupe établit, les principes et les mythes qu'il exploite en se référant à ses origines. Le thérapeute familial n'a pas à choisir entre le sujet et son système familial. Il choisit des personnes en reconnaissant leur lien qui fonde le système familial. Le fait de tenir compte des liens inconscients et intériorisés « permet d'éviter la confusion entre travail psychothérapeutique situé dans le dire, dans le sens, dans un registre symbolique d'une part, et la manipulation du réel d'une autre part ».

Le thérapeute est attentif aux impressions fugitives concernant les émotions et les expressions non verbales, les jeux, les fantaisies, les rêveries, susceptibles de révéler les

productions collectives et les fantasmes partagés par les membres de la famille. L'action thérapeutique repose sur l'analyse des résistances et l'interprétation des effets de groupe à partir des mouvements transférentiels interpersonnels. L'interprétation porte sur les aspects communs des productions inconscientes. Celle-ci s'exprime au moins autant, sinon plus, par les attitudes non verbales du thérapeute que par son discours, et concernent l'échange à plusieurs, même si elle peut passer par le choix d'un échange adressé à une personne en présence des autres. Le thérapeute est amené à souligner le bénéfice primaire et secondaire du symptôme collectif, et peut utiliser le jeu, les marionnettes, les psychodrames, le génogramme comme vecteurs de l'échange. Pour Lemaire, le système familial devient un moyen thérapeutique, à ceci près que celui-ci est constitué de personnes dont l'activité psychique contribue à son identité systémique et à son évolution dynamique.

c) Le transfert en thérapie familiale psychanalytique

Ruffiot (1981) décrit l' « approche psychanalytique groupaliste » comme « inspirée, dans sa théorie et dans sa technique, par une représentation du statut *fantasmatique* et *groupal* de l'individu au sein de sa famille. Elle est une écoute, au-delà des échanges verbaux et comportementaux, du fonctionnement de la fantasmatique familiale dans l'*appareil psychique groupal* de la famille ». L'analyste sera donc à l'écoute de la communication inconsciente, à un niveau où les membres de la famille « diluent leur psyché individuelle dans une psyché groupale ». Selon cette approche, ce sera l'élucidation du transfert véhiculé par les productions fantasmatiques de la psyché familiale qui fournira à l'analyste son principal levier thérapeutique (Elkaïm, 1995).

Eiguer (1995) propose une modélisation du processus évolutif du transfert durant la thérapie en plusieurs étapes, le thérapeute familial est d'abord un personnage *étranger* à la famille, puis il est perçu comme un *familier*, et enfin comme un *parent adoptif* ; dans cette représentation, le thérapeute est vu comme un autre « décorporalisé », parent de la loi, garant du cadre et de la capacité *alpha* (de la pensée) telle que décrite par Bion (1962).

3-Thérapies familiales cognitivo-comportementales

a) Interventions familiales comportementales

Les premières interventions comportementales en famille, rapportées par Fallon (1991), sont inaugurales du courant des thérapies familiales cognitivo-comportementales. Il s'agit de travaux sur la gestion de comportements problématiques chez de jeunes enfants, comme les crises de colère (Williams, 1959), l'agressivité (Boardman, 1962) ou l'énurésie (Lovibond, 1963). A la différence d'autres formes de psychothérapie, ce n'est pas tant le passé ou le présent qui comptent ici pour comprendre le comportement de l'individu que les conséquences de son symptôme, notamment dans les exemples cités, la réaction des parents au comportement de l'enfant, qui peut renforcer le symptôme. Le thérapeute comportemental modifiera donc les conséquences de l'action symptomatique (par exemple en encourageant les parents à réagir autrement) afin de permettre au comportement symptomatique de disparaître.

Ce type de psychothérapie tient donc compte des relations au sein de la famille, les problèmes comportementaux surgissant à la suite de structures dysfonctionnelles de comportement entre membres d'une même famille, structures qui vont être à la source d'un apprentissage acquis et renforcé.

b) Approche cognitivo-comportementale de la famille

Les travaux de Mahoney (1974) et Meichenbaum (1977) apportent un point de vue cognitiviste aux thérapeutes comportementaux : on ne s'intéresse plus seulement au stimulus et à la réponse, mais aux schémas jouant un rôle entre eux. Ces schémas, acquis au cours d'expériences passées, donnent un sens particulier au vécu. Ils vont, avec l'aide de processus cognitifs, transformer l'information en événement cognitif. Ces événements cognitifs vont interagir avec les comportements, lesquels à leur tour confirmeront ou infirmeront ces schémas acquis. Ce modèle peut expliquer la raison pour laquelle, malgré l'amélioration du symptôme, certains membres d'une famille, loin d'être satisfaits de l'amélioration, n'en continueront pas moins à lire le comportement du membre symptomatique à la lumière de leurs schémas acquis (Elkaïm, 1995). Leur réaction non seulement empêchera l'amélioration du patient, mais renforcera aussi son comportement et ses schémas.

Au sujet des schémas sous-tendant les comportements, on peut citer Piaget et ses travaux sur le développement de l'intelligence chez le jeune enfant. Il définit ainsi la notion de schème d'action (1966): "un schème est la structure ou l'organisation des actions telles qu'elles se transfèrent ou se généralisent lors de la répétition de cette action en des circonstances semblables ou analogues". Il ajoute (1970) que "le schème d'une action n'est ni perceptible (on perçoit une action particulière mais non pas son schème) ni directement introspectible et l'on ne prend conscience de ses implications qu'en répétant l'action et en comparant ses résultats successifs". Sa conception est interactionniste : l'intelligence se construit en résultante des interactions du sujet avec le milieu physique et le milieu social environnants.

c) Thérapie comportementale de couple

L'approche comportementale est également utilisée en thérapie de couple. La Taillade et Jacobson (1995) décrivent cette approche basée sur l'analyse fonctionnelle de la problématique du couple, une évaluation qui consiste à identifier, d'une part, les schémas de comportement actuel qui ont contribué à l'état présent de détresse relationnelle, et d'autre part, les variables qui sont à l'origine de ces schémas. Le thérapeute détermine les facteurs cognitifs et affectifs qui contribuent à la détresse des partenaires, ainsi que leurs comportements interactionnels observables. L'évaluation comportementale vise de plus à mesurer directement les comportements, en insistant sur la description et la clarification des relations fonctionnelles existantes ; le plan de traitement finalement adopté est directement lié aux résultats de cette évaluation. Divers questionnaires sont utilisés : on peut citer la Liste d'Observations des Partenaires (Weiss, 1973), à partir de laquelle chaque époux observe les comportements de son partenaire ainsi que les activités communes dans différents domaines pendant 24h, en estimant la valence (positive, négative ou neutre) de chaque événement et son impact sur celui qui y est confronté.

d) Psycho-éducation familiale

Cette forme de prise en charge s'adresse principalement aux familles dont au moins un membre présente une schizophrénie. Les séances regroupent généralement plusieurs familles et ont lieu en l'absence du patient.

La famille est considérée comme une collectivité de personnes caractérisées par des schèmes comportementaux, émotionnels et cognitifs, et qui peuvent être déstabilisées par la maladie d'un d'entre eux. Fallon (1984) a décrit ces perturbations et les attitudes thérapeutiques proposées. S'il existe des perturbations dans les relations intrafamiliales, voire dans les relations entre la famille et l'environnement social, ces perturbations sont interprétées comme étant secondaires à la maladie. Lors de troubles schizophréniques, on constate fréquemment (McFarlane, 1983) une amplification des émotions exprimées, avec une exagération des tendances à la critique *ad hominem*, à l'hostilité, à la surimplication, à l'intrusion, au rejet de l'expression d'autrui. Bien que ces caractéristiques ne soient pas spécifiques (on les retrouve dans nombre d'autres pathologies, voire chez certaines familles ne présentant pas de maladies), elles semblent un facteur précipitant le recours aux hospitalisations.

En pratique, les thérapeutes partent du constat de la maladie, informent la famille de ses caractéristiques (en particulier de l'importance des facteurs génétiques et biologiques), de son évolution, de son traitement. Ils proposent des conseils psychoéducatifs, en montrant de quelle manière l'atténuation des débordements émotionnels et des critiques est susceptible d'aboutir à une meilleure gestion des troubles.

On peut cependant questionner l'appartenance de la psycho-éducation aux thérapies familiales proprement dites (Miermont, 2004) ; on se reportera pour cela à la définition proposée en synthèse.

4-Autres formes de thérapies familiales

Il existe d'autres formes de thérapies familiales, que nous ne détaillerons pas ici. Certaines sont dérivées des thérapies décrites précédemment, d'autres sont intégratives entre différents courants.

On citera à titre d'exemple les thérapies multifamiliales, mais il en existe d'autres : thérapies narratives (White, cité dans Elkaïm, 1995), approche expérientielle avec les travaux de Whitaker (1981) et Satir (1972), modèle de la résilience familiale (Anaut, 2010)...

Les thérapies multifamiliales (Laqueur, 1976) se sont surtout développées aux Etats-Unis, avec des familles ayant un membre schizophrène. Elles font référence à la théorie générale des systèmes, mais dans une perspective assez éloignée des hypothèses du groupe de

Palo Alto (Miermont, 2004). La démarche est nettement plus psychopédagogique ; l'interaction de plusieurs familles permet une transmission par analogie (les membres d'un groupe multifamilial observent des situations conflictuelles analogues à celles qu'ils connaissent dans leur propre famille, ce qui est une source fructueuse d'apprentissage des manières de traiter le conflit), une interprétation indirecte et une identification croisée (un membre d'une famille peut apprendre sur son rôle en observant les personnes d'autres familles investissant le même rôle).

Les thérapies multifamiliales ont également été initiées pour une large gamme de troubles (Miermont, 2004) : troubles du comportement alimentaire, troubles de l'humeur, addictions, troubles psychosomatiques, pathologies organiques, problèmes conjugaux.

C-Synthèse : définitions de la famille et de la thérapie familiale

1-La famille

Ackerman, dans son article « La famille en tant qu'unité sociale et émotionnelle » (1937), définit la famille comme « l'unité universelle du vivre pour les humains : unité d'apprentissage et d'acquisition d'expérience, du succès et de l'échec, mais aussi de la santé et de la maladie ». Dans cet article, il analyse l'importance des rôles familiaux et la façon dont ils peuvent perturber les interactions relationnelles, mais il souligne également le potentiel salutogène du groupe familial. Ainsi, le principe de mobilisation de la famille, non seulement comme unité à soigner, mais également comme groupe participant et ayant un potentiel soignant, sera à la base des prises en charges familiales qu'il préconise (Anaut, 2012).

2-La thérapie familiale

Il serait plus exact de parler *des thérapies familiales*. En effet, comme nous avons pu l'exposer, il existe une grande diversité des approches et des conceptions thérapeutiques, et chaque courant aura tendance à privilégier une définition qui soit congruente avec ses prémices théoriques.

Miermont (2004) rend compte des difficultés rencontrées quand on tente d'émettre une définition consensuelle des thérapies familiales :

-pour certains, on ne devrait parler de thérapie familiale que si tous les membres d'une même famille vivant sous le même toit se mobilisent auprès d'un ou plusieurs thérapeutes dans une perspective de changement. Ce faisant, on risque d'éliminer les familles où des apparentés ne vivant pas avec le reste de la famille participent également aux séances, et les familles où l'un des membres vivant au domicile familial se refuse à participer.

-pour d'autres, la présence de deux générations est requise, excluant ainsi les thérapies de fratries, ainsi que les thérapies où un couple se mobilise pour des difficultés concernant l'un des conjoints (sans qu'il s'agisse nécessairement de « thérapie de couple »), un ou plusieurs de ses enfants, ou encore un parent.

-d'autres encore assoupliront toutes ces conditions, en acceptant que seules les personnes concernées et motivées par une consultation familiale y participent. Cependant il semble abusif de parler de thérapie familiale si un seul membre d'une famille se mobilise pour un proche non présent.

La définition minimale proposée par Miermont, et que nous utiliserons dans notre travail de thèse, est la suivante :

« La spécificité minimale de la thérapie familiale serait ainsi liée *au contact bénéfique de la relation entre au moins deux personnes affectivement liées, avec un ou plusieurs thérapeutes.*

Il s'agit ainsi, pour le moins, de « trianguler » artificiellement une dyade de personnes partageant une destinée commune, ou participant au contexte de vie, voire de survie d'un proche, qu'il s'agisse d'un des membres de la dyade présent ou d'un membre non présent ».

Il faut préciser que nous excluons de cette définition les *entretiens familiaux*, pratique fréquente qui consiste, pour le thérapeute d'un patient déterminé, à recevoir, ponctuellement ou plus régulièrement, les membres de sa famille, parallèlement à la prise en charge individuelle de ce patient.

D- Efficacité des thérapies familiales

1-Problématique de l'évaluation en thérapie familiale

Les protocoles d'évaluation des psychothérapies reposent les plus souvent sur les critères définis par le DSM (désormais DSM 5, American Psychiatric Association, 2013). Or ces critères, et donc les évaluations conséquentes, sont individuels. Ceci relève un problème important des évaluations des thérapies familiales systémiques : leur niveau d'intervention est relationnel, et leur efficacité dans le cadre des essais cliniques est évaluée au niveau individuel.

Il est donc important de distinguer :

- l'évaluation de l'efficacité des thérapies familiales sur les troubles portés par un des membres de la famille : schizophrénie, troubles du comportement alimentaires, addictions, etc. Ce sont ces évaluations qui sont utilisées pour définir l'efficacité de la psychothérapie

- et l'évaluation de l'efficacité des thérapies familiales sur les modalités relationnelles, comme le niveau des émotions exprimées (Vaughn et Leff, 1976), ou encore le fonctionnement familial : Pauzé et Petitpas (2013) ont fait une revue exhaustive de la littérature sur ce sujet : différentes dimensions peuvent être explorées au moyen d'échelles, comme la structure familiale, le cumul de problèmes non résolus, le cumul d'évènements stressants, l'influence des familles d'origine, la dynamique du couple fondateur, la communication, la cohésion, la flexibilité, la capacité de résolution de problèmes...

Si ce deuxième niveau d'évaluation n'est pas pris en compte dans les études type RCT, il n'est pas pour autant distinct des possibilités d'évolution et/ou d'apparition des troubles au sein des différents membres de la famille. En effet la pathologie est un phénomène qui se construit dans le temps et les différents facteurs d'influence (facteurs prédispositionnels, relations familiales, etc.) vont interagir entre eux et s'influencer réciproquement. De nombreuses études ont montré qu'il y a bel et bien un lien (non pas causal mais d'interdépendance) entre les perturbations relationnelles dans la famille et la pathologie individuelle.

Par exemple ceci a été montré dans le domaine de la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie. Il existe un lien entre la qualité de la communication (émotions exprimées) et le risque de décompensations (Brown et Rutter 1966, Butzlaff et Hooley 1998, Hooley et Gotlib 2000).

Aussi, dans les relations de couple, les conflits entre les partenaires constituent un facteur de risque important d'épisode dépressif majeur, quelle que soit l'historique de « dépression individuelle » de chaque partenaire (Beach 2001, Cano et O'Leary 2000, Wishmann et Bruce 1999). Il a été retrouvé aussi un effet de contamination, c'est-à-dire que les conflits entre les partenaires, si ils sont aussi des parents, modifient le comportement de chaque parent avec l'enfant, ce qui a ensuite des conséquences sur le développement de l'enfant, notamment en termes de perturbation de la relation d'attachement (méta-analyse de Erel et Burman, 1995).

Ceci pose aussi la question des critères de santé familiale. La définition de la santé familiale n'est pas l'objet de notre étude, il s'agit donc ici de noter que la plupart des approches thérapeutiques de la famille ont adopté une perspective contextuelle de la santé de la famille. En effet une famille n'est pas considérée comme « en bonne santé », ou avec des « facteurs de risque de mauvaise santé » du fait de sa structure formelle par exemple (famille monoparentale vs famille « typiques »), mais en fonction des réponses qu'elle apporte dans le contexte dans lequel elle évolue : face aux exigences environnementales (comportement attendu des enfants à l'école par exemple) ou bien face aux exigences liées aux cycles de vie, le départ d'un enfant du domicile familial par exemple (Duval et Kerckhoff, 1958).

2-Efficacité générale des thérapies familiales

a) Comparaison des thérapies familiales avec des groupes-contrôle

Méta-analyse de Shadish

Shadish *et al.* (1993) ont dirigé une méta-analyse des recherches menées sur l'efficacité des thérapies familiales et de couple (TFC). Les auteurs distinguent les thérapies de couple (TC) des thérapies familiales (TF). Sont passées en revue 163 études contrôlées (n = 62 pour

les TC et $n = 101$ pour les TF), dont 71 comparant les TFC à des groupes-contrôle sans traitement, et 105 comparant les TFC à d'autres traitements (13 études faisaient les deux types de comparaison). Les tailles d'effet étaient moins importantes dans ce deuxième cas.

La comparaison avec des groupes-contrôle montre des tailles d'effet significatives et globalement similaires. Les tailles d'effet des TC varient en fonction du problème présenté, que ce soit l'insatisfaction conjugale ($n = 16$, $d = .71$) ou la communication ($n = 7$, $d = .52$).

La TF (thérapie familiale) semble couvrir une palette de problèmes plus nombreux et, dans certains cas, plus aigus, ce qui expliquerait les tailles d'effet moins importantes. Ainsi la TF fait mieux que le groupe de contrôle dans les cas de trouble du comportement chez l'enfant ($n = 18$, $d = .53$), l'agressivité chez l'enfant ($n = 5$, $d = .61$), les problèmes familiaux globaux ($n = 4$, $d = .60$) ou la communication et la résolution de problème ($n = 2$, $d = .52$). La TF fait également mieux que le groupe de contrôle pour les troubles phobiques ($d = .48$), la schizophrénie ($d = .48$) et les symptômes psychiatriques globaux ($d = .50$), mais il n'existe qu'une seule étude randomisée dans chaque cas. Par contre, les auteurs n'ont pas trouvé de différence en ce qui concerne la délinquance, les performances scolaires, l'abus d'alcool ou de substances ou l'accompagnement des maladies physiques.

Méta-analyse de Baucom

Baucom *et al.* (1998) ont examiné une série d'études portant sur l'évaluation des thérapies de couple et de famille. Ces recherches avaient pour objet l'évaluation de traitements concernant la détresse conjugale ainsi que divers troubles psychopathologiques (troubles anxieux, troubles dépressifs, alcoolisme). La thérapie conjugale comportementale s'avère efficace (ajustement conjugal, communications, plaintes exprimées), en comparaison à des groupes en liste d'attente ou des traitements placebo ($d = 1,01$). Cette étude a toutefois montré qu'on observait jusqu'à 50% d'amélioration spontanée. Sur le plan des indications, il semble que dans le cas des agoraphobies et des TOC, la cible thérapeutique primordiale soit bien le symptôme. Dans ces cas, le fait d'associer le conjoint ou un membre de la famille au traitement d'exposition pourrait accroître la quantité et la qualité des exercices pratiqués par le patient à la maison. Le partenaire jouerait alors un rôle d'entraîneur. Par contre, en ce qui concerne les troubles de l'humeur, ceux-ci réclament que l'on s'intéresse davantage aux questions générales des relations conjugales et familiales. S'agissant toujours de la

dépression, la thérapie individuelle (dans le cas présent, cognitive ou interpersonnelle) semble préférable lorsqu'il n'existe pas de trouble conjugal, alors qu'une thérapie conjugale associée à un traitement individuel semble utile lorsque ce trouble existe. Baucom *et al.* (1998) constatent également que le fait d'associer les proches du patient au traitement semble également avoir fait ses preuves dans les troubles de dépendance à l'alcool et la schizophrénie.

b) Comparaison selon l'orientation des thérapies familiales

Shadish *et al* (1993) ont également comparé les différentes orientations : aucune orientation ne s'est montrée supérieure aux autres. Ils ont comparé le modèle comportemental-psychoéducatif ($n = 40$, $d = .56$), le modèle systémique ($n = 14$, $d = .28$), le modèle psychodynamique ($n = 1$, $d = .63$), les modèles éclectiques ($n = 15$, $d = .58$) et enfin d'autres modèles inclassables ($n = 8$, $d = .79$). Les différences globales entre ces cinq orientations sont significatives, mais les comparaisons deux à deux n'indiquent une différence qu'entre les inclassables d'une part et les modèles systémiques et humanistes. Néanmoins, la catégorie « inclassable » est trop vague et ne permet dès lors pas de conclure à une quelconque supériorité d'une approche sur l'autre.

D'après Hendrick (2009a), ces résultats sont semblables à ceux publiés dans les années 1970 et 1980. En intégrant d'autres variables à côté de la variable orientation, Shadish, *et al.* (1993) ont montré par une analyse de régression que la seule variable produisant des différences significatives est l'utilisation d'un manuel de traitement ou de formation alors qu'on ne trouve pas de différence notable entre les orientations classiques.

3-Effets des thérapies systémiques « classiques »

Les études dans ce domaine souffrent pour la plupart de biais méthodologiques.

a) Thérapie brève centrée sur le problème

On citera à titre d'exemple l'une des premières études, celle de Weakland *et al* (1974). Son objectif était de contrôler les effets des interventions proposées. Elle portait sur la

population ayant consulté le M.R.I., à savoir 97 situations où 236 personnes avaient été rencontrées. Aucun de ces cas n'a été sélectionné et l'étude rend compte de toutes les situations ayant consulté jusqu'alors. Les sujets, âgés de 5 à 60 ans, étaient issus de toutes les couches sociales, de toutes ethnies (noirs, blancs, asiatiques) et présentaient un large spectre de problèmes chroniques ou aigus : problèmes scolaires, problèmes professionnels, crise d'identité, problèmes conjugaux, sexuels et familiaux, délinquance, drogue, troubles alimentaires, anxiété, dépression, schizophrénie. Les sujets ont suivi un maximum de 10 séances de thérapie, généralement espacées d'une semaine selon le modèle développé au MRI. L'évaluation (effectuée par un interviewer n'ayant pas participé à la thérapie) portait sur 4 critères : l'atteinte de l'objectif, le niveau de la plainte, la nécessité d'un autre suivi après la thérapie, la survenue d'un autre problème. Les résultats ont permis de classer les situations en 3 catégories : (a) disparition complète de la plainte (40%) ; (b) amélioration évidente et significative, mais partielle (32%) et (c) peu ou pas de changement (28%). Les auteurs n'ont pas tenté d'examiner les résultats en fonction d'un diagnostic psychiatrique, étant donné que cette démarche n'est pas consistante avec le modèle qui ne procède pas à de tels diagnostics. Ces résultats suggèrent que les interventions sont efficaces. Cependant, on regrettera l'absence de mesure avant/après (à tout le moins l'intensité de la détresse) et l'absence d'un groupe contrôle. Mais les auteurs n'avaient d'autre intention que de contrôler les effets de leurs interventions et non de démontrer la validité du modèle.

b) La thérapie brève familiale structurale/stratégique

La thérapie BSFT – Brief Strategic Family Therapy – intègre le modèle structural de Minuchin et Fishman (1999) et le modèle stratégique de Haley (1976). Les recherches rapportées ci-dessous permettent de se forger une idée plus précise de la validité du paradigme systémique dans le cadre d'études contrôlées.

La première recherche a consisté à définir quel style de thérapie pouvait convenir à des jeunes hispaniques, enfants d'émigrants installés aux Etats-Unis. Cette étude a montré que ces familles attendaient du thérapeute un style directif (Szapocznik, et al., 1978).

Szapocznik, et al. (1989) ont comparé 69 adolescents présentant des troubles du comportement en les répartissant aléatoirement dans trois conditions : thérapie BSFT, thérapie psychodynamique individuelle et traitement placebo (groupe contrôle « récréatif », dont on peut critiquer la pertinence). Les résultats indiquent que les deux formes de thérapie sont supérieures à la condition de contrôle. Les thérapies sont globalement équivalentes en fin de traitement sur le plan des comportements, du fonctionnement psychodynamique et du fonctionnement familial. Toutefois la thérapie BSFT s'avère supérieure lors du follow-up à 1 an. Par ailleurs, alors que le fonctionnement familial est équivalent pour les deux thérapies en fin de traitement, le score des adolescents engagés dans la thérapie psychodynamique se détériore gravement, y compris relativement au score du groupe de contrôle. Ce résultat constitue la première démonstration du phénomène d'homéostasie à partir d'une étude contrôlée et de données quantitatives. Par contre, constatant l'équivalence des deux thérapies en fin de traitement, les auteurs estiment que ces résultats indiquent que la modification de la structure familiale ne constitue pas un médiateur déterminant, ce qui va à l'encontre d'une des hypothèses essentielles du modèle structural. Ils postulent que l'équivalence des résultats résulterait d'un facteur commun entre les deux thérapies : le fait d'avoir produit des « expériences correctrices » : cette interprétation est cohérente avec la théorie des facteurs communs de Frank (1985). On se rappellera aussi que le concept « d'expérience correctrice » constitue le principal médiateur des thérapies brèves systémiques (Hendrick, 2007).

Les travaux ont ensuite visé à adapter l'approche à la problématique migratoire. En particulier, les jeunes émigrés sont confrontés à une double appartenance culturelle. La famille d'origine est porteuse de valeurs antagonistes à celles de la société américaine. D'autres travaux ont identifié les facteurs de risque et de protection. En particulier, on a cherché à prendre en compte l'écosystème (contraintes liées au milieu urbain, effets des gangs constitués de pairs, etc.). Les recherches ont ensuite évolué vers l'évaluation de l'efficacité de modèles.

Szapocznik, et al. (1983), Szapocznik et Coatsworth (1999) ont été parmi les premiers à décrire un modèle systémique de thérapie familiale concernant les adolescents abusant de drogue. Ces auteurs rapportent que le taux d'abstinence (prise de drogue) était de 7% lors de l'admission, alors que ce taux est passé à 80% à la fin du traitement. L'étude indique

également que ces résultats tendent à se maintenir lors du follow-up 12 mois après la fin du traitement.

L'étude Sandberg, et al. (1997) a établi que la thérapie BSFT est probablement efficace pour les troubles psychosomatiques, les troubles des conduites et troubles des comportements alimentaires.

Santisteban, et al. (1997) ont testé l'efficacité de la BSFT sur une population afro-américaine et hispanique avec des familles comprenant un jeune âgé de 12 à 14 ans présentant simultanément des troubles du comportement et des troubles addictifs (alcool, marijuana, cocaïne, etc). Le traitement durait de 12 à 16 séances et portait sur un échantillon de 122 familles et sujets. A la fin du traitement, 83% des sujets ont manifesté une amélioration, une résolution totale du problème au niveau des troubles du comportement, 36% des sujets ont également éprouvé une amélioration ou une guérison totale au niveau de la variable agression sociale et 29% ont révélé une amélioration significative au niveau des échelles d'anxiété. Cependant, bien que ces résultats soient positifs, l'absence d'un groupe de contrôle n'autorise que des conclusions limitées.

Un des obstacles majeurs à toute forme d'intervention auprès de populations précarisées réside dans leur faible engagement dans les processus thérapeutiques et le taux d'abandon relativement élevé. Ces comportements ont souvent conduit à considérer ces familles comme « résistantes » au traitement. La BSFT considère la « résistance » non comme un obstacle à la thérapie, mais comme un phénomène systémique naturel et comme une cible thérapeutique prioritaire. D'une part, il est souhaitable que ces familles puissent également bénéficier de l'aide proposée. D'autre part, l'abandon prématuré des cas les plus sévères affecte la validité interne des études d'efficacité. Coatsworth, et al. (2001) ont étudié l'efficacité de certaines techniques spécifiques destinées à augmenter l'engagement et le maintien de familles « résistantes » dans le processus thérapeutique. A ces fins, les auteurs ont comparé les techniques développées à cet effet par la BSFT à celles qui sont en vigueur dans les prises en charge habituelles dans les services dits communautaires (SC). Les résultats indiquent que le taux d'engagement dans la condition BSFT est significativement supérieur à celui de la condition SC (81% vs. 61%). Le même constat s'impose en ce qui concerne le taux de

maintien (71% vs. 42%). Par ailleurs, la BSFT s'est avérée la plus apte à maintenir les cas les plus sévères en thérapie.

Santisteban, et al. (2003) ont réparti aléatoirement 126 adolescents présentant des problèmes d'assuétude dans une des deux conditions suivantes : thérapie BSFT et thérapie de groupe. La BFST s'est révélée supérieure dans les domaines suivants : réduction des problèmes d'assuétude, association avec des groupes de pairs antisociaux, utilisation de marijuana. Le fonctionnement familial, évalué par des observateurs, s'est également révélé supérieur. Par ailleurs, le lien entre changements au niveau du fonctionnement familial et la modification des troubles des conduites n'existe qu'avec des familles dont le fonctionnement était médiocre au début du traitement. En ce qui concerne les familles dont le fonctionnement était satisfaisant au début du traitement, la BFST maintient ce fonctionnement à son niveau.

Santisteban, et al. (2006) abordent enfin la problématique de l'implémentation multi-sites de la BSFT. Les auteurs formulent des propositions concernant les partenariats entre les différents acteurs cliniques, sociaux et universitaires (Hendrik, 2009b).

4-Effets des thérapies intégratives d'inspiration systémique

Ces modèles ont en commun un certain nombre de caractéristiques. Ainsi, bien que d'inspiration systémique, ces approches intègrent également des concepts et des stratégies thérapeutiques issus d'autres modèles thérapeutiques.

Selon Waldron (1997), trois modèles de thérapie ont particulièrement fait leurs preuves: 1) l'approche systémique, et ce y compris le modèle structural stratégique et le modèle fonctionnel ; 2) la thérapie familiale comportementale ; 3) et enfin l'intervention familiale basée sur le modèle écologique (thérapie multisystémique).

Ces modèles présentent des caractéristiques communes :

- *Elaboration* : Ces modèles résultent de travaux d'équipes importantes et non d'un ou quelques personnage(s) charismatique(s).

- *Intégration* : Les concepts et méthodes développés dans les modèles « classiques » sont articulés à d'autres apports plus récents.

- *Ouverture à d'autres approches théoriques hors du champ systémique* : notamment certaines avancées en thérapie cognitive ou en psychologie sociale. Par exemple, la notion d'attribution causale.

- *Compétence des familles* : La famille n'est plus abordée comme la « cause » d'une pathologie, mais comme une ressource. Dans les cas particuliers où certains patterns familiaux apparaissent néanmoins comme dysfonctionnels, des procédures complémentaires sont mises en œuvre afin d'aider la famille à modifier son fonctionnement.

- *Ambulatoire* : Ces approches donnent généralement la priorité aux prises en charge de type ambulatoire.

- *Ecosystème* : La famille constitue un contexte essentiel mais non unique. D'autres systèmes méritent l'attention du thérapeute. Ainsi, des interventions spécifiques sont menées en direction du contexte extrafamilial : école, communauté, voisinage, services sociaux, etc.

- *Validation empirique* : Des études contrôlées sont entreprises à propos de l'efficacité – réelle et potentielle – et des processus.

- *Rendement* : Prise en compte de données économiques telles que le ratio coût/bénéfice.

- *Implémentation* contrôlée du modèle, notamment formation et supervision des intervenants.

Nous allons passer en revue cinq de ces modèles, qui ont été évalués de manière rigoureuse et dont les résultats sont rapportés dans la méta-analyse de Hendrick (2009a).

Les trois premiers modèles concernent essentiellement des adolescents présentant des troubles du comportement divers. La dernière approche cible quant à elle des adolescentes anorexiques.

a) *La thérapie familiale multisystémique (Multisystemic Therapy – MST)*

Ce modèle a été formalisé par Henggeler, et al. (1999). Il s'agit d'un modèle intégré s'inspirant à la fois des approches socio-écologiques du comportement, des thérapies

familiales systémiques et des théories de l'apprentissage social. L'objectif de ce modèle est d'améliorer le niveau de fonctionnement familial et de réduire les troubles de comportement et délinquants. La durée du traitement oscille entre 2 et 4 mois. L'intervention concerne aussi bien les individus que la famille ainsi que le réseau de l'adolescent.

Henggeler, et al. (1999) ont montré que ce modèle permettait d'améliorer les relations et le fonctionnement familial, d'augmenter le nombre de jours de présence du jeune à l'école. Il entraînait la réduction de la consommation de drogue et réduisait le nombre d'arrestations ultérieures de 25% à 70%. Les interventions se sont également focalisées sur une grande variété de problèmes incluant les comportements violents, les situations où on constatait des comorbidités psychiatriques, les faits de maltraitance ou de négligence et la délinquance sexuelle.

Enfin les études de follow-up ont montré que la diminution du taux de récidive avait tendance à se maintenir jusqu'à cinq ans après la fin du traitement. Les travaux de Henggeler, et al. ont souligné que les interventions basées sur le modèle MST étaient suivies par 98% des intéressés alors que ce taux n'était que de 78% lorsqu'il s'agissait d'adolescents qui étaient adressés à des centres classiques. L'étude a également montré que les adolescents ayant suivi une thérapie MST passaient 50% de temps en moins dans des centres de placement que ceux qui avaient suivi un traitement classique.

b) La thérapie familiale multidimensionnelle (Multidimensional Family Therapy - MDFT)

La thérapie de famille multidimensionnelle (MDFT) a été conçue pour venir en aide à des adolescents toxicomanes. Son efficacité a été démontrée dans 4 études de type RCT (Randomised Controlled Trials) (Liddle, 2002a, 2002b ; Liddle, 2004). Ces auteurs ont également montré que la MDFT s'avérait une alternative cliniquement et financièrement avantageuse par rapport au traitement résidentiel (RT) pour des adolescents avec des problèmes de santé mentale et de drogue.

De la prise en charge à la fin du traitement, le traitement résidentiel (RT) et la MDFT aboutissent à des baisses de consommation (de drogue) semblables (la RT produit une baisse de consommation de cannabis de 77% contre 62% en ce qui concerne la MDFT). Mais lors de la catamnèse à 12 mois, les bénéfices liés au RT se sont détériorés, alors que ceux-ci ont augmenté chez les sujets ayant suivi une MDFT. Ainsi, un an après la fin des traitements, la

réduction n'est plus que de 40% chez les sujets RT contre 65% chez les sujets MDFT. Ce schéma s'est également reproduit à propos des troubles du comportement. Enfin, les analyses de coût montrent que la MDFT est environ un tiers moins chère que la RT. En Belgique, ce modèle a attiré l'attention du ministère de la justice. Un programme d'implémentation et d'évaluation était en cours à l'hôpital Brugmann à Bruxelles au moment de la rédaction de l'article de Hendrick (2009).

c) La thérapie familiale fonctionnelle (Functional Family Therapy – FFT)

La FFT – Functional Family Therapy – est une approche d'inspiration systémique qui se focalise essentiellement sur le système relationnel de la famille. La FFT se centre sur différents domaines du fonctionnement familial tels que l'émotion, les cognitions et les comportements. Ce modèle considère que les problèmes et les symptômes constituent la manifestation de processus relationnels familiaux ineffectifs, mais fonctionnels : le symptôme remplit une fonction telle que garantir la proximité ou au contraire la distance ou encore garantir la hiérarchie. Le modèle décrit également une série de phases du processus de changement : engagement/motivation, changement du comportement, généralisation. On y fixe des objectifs thérapeutiques ainsi que des procédures destinées à aboutir à ces changements de comportement qui sont spécifiques à chaque étape.

Ce modèle a été appliqué dans un cadre thérapeutique et dans un cadre préventif.

Dans le champ du traitement, la FFT a montré son efficacité pour une large tranche de problèmes rencontrés par les jeunes et leur famille dans différents contextes (Alexander, et al., 2001 ; Elliott, 1998 ; Sexton et Alexander, 2002).

Dans le champ de la prévention, la FFT a également montré son efficacité en modifiant la trajectoire probable d'adolescents à risques, par exemple en évitant à ces derniers d'entrer dans le système de la santé mentale ou de la justice.

En général ces études ciblaient des jeunes âgés de 11 à 18 ans, les problèmes ou les risques pris en considération concernaient les troubles du comportement, les addictions, les comportements sexuels à risques et la délinquance. Les familles incluses dans ces recherches étaient d'origine multiethnique et multiculturelle. La FFT est une intervention relativement brève avec des moyennes de 8 à 12 sessions pour les problèmes légers et modérés et de 26 à 30 sessions pour les états cliniques les plus difficiles.

Les résultats suggèrent que la FFT est efficace lorsqu'il s'agit de réduire les récidives. Gordon *et al.* (1988) ont cherché à savoir si la FFT permettait de réduire le taux de récidive (comparé aux interventions de probation classique) 60 mois après la fin du traitement. Les résultats ont montré que le taux de récidive était de 9% lorsque les sujets avaient suivi une thérapie FFT alors que ce même taux s'élève à 41% dans le cadre des interventions classiques de probation. Malheureusement ces études s'intéressent uniquement au comportement de récidive et n'ont pas exploré les modifications du changement familial.

Alexander, et al. (2001) estiment quant à eux la réduction des récidives entre 26% et 73%. Ces résultats semblent relativement plus stables (follow-up à 5 ans) comparativement à des services d'aide classiques. Enfin il semble que l'intervention entraîne également des effets positifs pour la fratrie de l'adolescent et patient identifié.

d) Les travaux du groupe Maudsley à Londres sur les adolescentes anorexiques

Eisler, et al. (1997) ont comparé la thérapie familiale avec une thérapie de soutien individuelle avec des sujets anorexiques. Les 80 sujets ont été assignés aléatoirement dans l'une des deux conditions. Par ailleurs, quatre groupes sont distingués en fonction de la durée et l'âge de début de la maladie. Les résultats suggèrent que la thérapie familiale est plus efficace dans le groupe de sujets constitué de jeunes patients dont l'anorexie avait débuté avant l'âge de 18 ans mais dont l'évolution était récente. Par contre, la thérapie de soutien individuelle était plus efficace dans le groupe de sujets constitué de patients ayant développé la maladie après l'âge de 18 ans. Les deux types de thérapie ont donné des résultats équivalents dans les autres groupes.

Cette étude indique que l'efficacité de la thérapie familiale dépend davantage de variables modératrices (durée de la maladie et âge de début de la maladie) que du fonctionnement familial.

Les travaux du groupe Maudsley indiquent clairement que la thérapie familiale « séparée » (les parents sont rencontrés séparément de l'adolescent) doit être préférée à la thérapie familiale « classique » (les parents et l'adolescent rencontrés ensemble) lorsque la famille fonctionne avec un haut niveau d'« émotions exprimées ». Les émotions exprimées (Vaughn et Leff, 1976) mesurent la manière dont un ou plusieurs membres d'une famille s'exprime(nt) en des termes critiques ou en montrant des signes de surimplication

émotionnelle à l'égard d'un autre membre souffrant d'un syndrome psychiatrique. De nombreuses études ont montré une fréquence de rechutes plus élevée lorsque ces critiques étaient trop intenses. Ce résultat est consistant avec ce qui avait déjà été observé dans le cas de familles avec un sujet schizophrène (Hendrick, 2002).

E-Objectif de l'étude

1-Problématique

Bien que la thérapie familiale soit un outil potentiellement très utile dans de nombreuses situations cliniques, il nous semble que peu de psychiatres ont recours à ce type de prise en charge.

Nous souhaitons donc explorer quelle place la thérapie familiale tient dans les outils thérapeutiques à la disposition des psychiatres.

D'après les données de la littérature, à notre connaissance, aucune enquête n'a été effectuée sur ce sujet.

2-Hypothèses

a) Hypothèse principale

Plus les psychiatres ont une vision individuelle de la thérapie familiale et de ses indications, moins ils adressent les patients en thérapie familiale.

- Une « vision individuelle de la thérapie familiale » consiste à vouloir aider une personne en s'appuyant sur la famille (plutôt que d'aider la famille en s'appuyant sur la personne-symptôme qui signale le trouble familial)
- Le modèle médical français étant principalement basé sur l'abord individuel, nous avons privilégié ce point de vue dans notre hypothèse
- Dans cette perspective, la thérapie familiale n'apparaîtrait donc pas comme une ressource innovante par rapport à un abord individuel classique.

b) Hypothèses secondaires

-Première hypothèse secondaire : les psychiatres ont une vision plus individuelle de la thérapie familiale et de ses indications lorsqu'ils n'y ont pas été formés.

-Deuxième hypothèse secondaire : les psychiatres ayant eu un enseignement à ce sujet adressent davantage en thérapie familiale.

II-MATERIEL ET METHODES

A-Population cible

La population cible est l'ensemble des psychiatres de la région Centre soit 366 psychiatres.

Leur répartition est décrite en annexe 1.

B-Questionnaire, moyens utilisés pour le diffuser

Nous avons élaboré un questionnaire comprenant 31 questions réparties en 4 catégories (annexe 2). Sa passation dure environ 10 minutes.

Nous avons diffusé ce questionnaire à tous les psychiatres de la population cible, préférentiellement par internet (sauf lorsque les psychiatres joints par téléphone étaient volontaires pour répondre mais n'avaient pas d'adresse mail ou préféraient remplir le questionnaire par courrier pour d'autres raisons). Nous avons priorisé ce type de recueil de données plutôt qu'un envoi de courrier, d'une part en raison du coût moindre, d'autre part en raison de la généralisation de l'emploi du mail actuellement. Cela a également permis de diminuer le temps de saisie des données.

Nous avons utilisé les mailing-list des hôpitaux pour les psychiatres hospitaliers et la mailing-list d'une association de psychiatres libéraux pour la majorité des psychiatres d'Indre-et-Loire. Le Conseil de l'Ordre du Loir-et-Cher a diffusé le questionnaire sur sa mailing-list de psychiatres.

Pour obtenir les adresses mail des autres psychiatres, nous avons contacté tous les psychiatres libéraux directement par téléphone, ainsi que les institutions où exercent des psychiatres.

Nous avons reçu 153 réponses, dont 139 réponses au questionnaire en ligne et 14 réponses papier.

Parmi les 139 réponses en ligne, 28 n'ont pas été retenues :

-21 questionnaires ne contenaient aucune réponse

-6 questionnaires ne contenaient que des réponses à la partie A (statut professionnel)

-1 réponse enregistrée en doublon

Ceci peut être dû à des difficultés techniques lors de l'enregistrement des questionnaires.

Nous avons donc analysé 125 réponses, soit un taux de réponses de 34.2 % par rapport à la population cible.

C-Tests statistiques

Les variables quantitatives ont été reclassées en catégories.

Pour comparer les variables catégorielles, nous avons utilisé le test du Chi² de Pearson lorsque cela était possible (effectifs théoriques supérieurs à 5) et le test exact de Fischer dans les autres cas.

III-RESULTATS

Les résultats vont être décrits question par question (questions regroupées en parties A, B, C et D), puis des comparaisons seront effectuées (parties E et F).

A-Statut Professionnel

Question A1 : Exercice en tant que psychiatre ou pédopsychiatre (100% de réponses)

88 (70,4%) des psychiatres répondants exercent en tant que psychiatre d'adultes exclusivement,
15 (12%) en tant que pédopsychiatre exclusivement,
22 (17.6%) pratiquent les deux types d'exercice.

Question A2 : Mode d'exercice (100% de réponses)

38 (30.4%) travaillent en intra-hospitalier dont 14 (11.2%) exclusivement.
42 (33.6%) travaillent en CMP dont 13 (10.4%) exclusivement.
13 (10.4%) ont un autre type d'exercice en psychiatrie publique (CSAPA, Maison des Adolescents, Consultation d'évaluation et de traitement de la douleur, Hôpital de jour, CRA, UCSA maison d'arrêt, hôpital de jour, Unité Sanitaire Maison d'arrêt, Urgences Psychiatriques, ambulatoire milieu carcéral, psychiatrie de liaison, addictologie) dont 5 (4%) exclusivement.
57 (45.6%) travaillent en libéral dont 35 (28%) exclusivement.
14 (11.2%) travaillent en clinique psychiatrique privée dont 5 (4%) exclusivement.
13 (11.2%) travaillent en milieu associatif (IME, IMPro, SESSAD, CMPP, CAMSP, AEMO) dont 5 (4%) exclusivement.

Remarque : la réponse « autre » proposée dans le questionnaire ne figure pas dans l'analyse car elle n'a pas été utilisée.

On a réparti ces réponses en 3 catégories :

→ 57 psychiatres (45.6% vs 45.6% dans la population cible) travaillent en milieu hospitalier exclusivement.

→ 60 (48% vs 39.6%) travaillent en extra-hospitalier (libéral, clinique, associatif) exclusivement.

→ 8 (6.4% vs 14.8%) ont un exercice mixte entre hospitalier et extra-hospitalier.

Les proportions de mode d'exercice dans l'échantillon sont comparables avec ceux de la population cible pour les 2 premières catégories (test du Chi2 : $p=0.9973$ et $p=0.2996$, respectivement) mais pas pour la troisième (Chi2 : $p=0.022929$), qui est sous-représentée dans notre échantillon.

Question A3 : Département d'exercice (100% de réponses)

Indre-et-Loire : 56 psychiatres (44,8% vs 50.7% des psychiatres de la population cible)

Loiret : 30 (24% vs 21.9%)

Loir-et-Cher : 15 (12% vs 13.7%)

Cher : 9 (7.2% vs 11.5%)

Eure-et-Loir : 12 (9.6% vs 10.1%)

Indre : 3 (2.4% vs 6%)

Les proportions de psychiatres de chaque région dans l'échantillon sont comparables avec celles de la population cible.

Les réponses aux questions A2 et A3 sont résumées en annexe 3.

Question A4 : Lieu d'exercice principal dans une ville de : (100% de réponses)

12 psychiatres (9.6%) : moins de 10 000 habitants

46 (36.8%) : 10 000 à 100 000 habitants

67 (53.6%) : plus de 100 000 habitants

Remarque : du fait d'une indication erronée donnée à titre indicatif dans le questionnaire (« Bourges, Chartres, Blois, Châteauroux : de 10 000 à 40 000 habitants », au lieu de « 40 000 à 100 000 habitants »), nous avons regroupé les réponses « 10 000 à 40 000 habitants » et « 40 000 à 100 000 habitants ».

Question A5 : Région d'internat (124 réponses/125)

75 psychiatres (60.5%) ont fait leur internat en région Centre dont 71 (57.3%) exclusivement,
27 (21,8%) en région parisienne dont 24 (19.4%) exclusivement,
24 (19.4%) dans une autre région française dont 19 (15.3%) exclusivement,
4 (3.2%) à l'étranger.

Pour les comparaisons statistiques, on s'intéressera à 3 catégories : les psychiatres ayant fait leur internat exclusivement en région parisienne, ceux ayant fait leur internat exclusivement dans une autre région française, et ceux ayant fait leur internat exclusivement à l'étranger.

Question A6 : Si internat en Région Centre, villes de stages : (74 réponses/75)

16 villes ont été citées :

Tours, St-Cyr-sur-Loire (service universitaire de psychiatrie adulte): 58
Orléans, Fleury-les-Aubrais : 33
Blois : 16
Chinon : 12
Châteaudun : 5
Bonneval : 4
Chartres : 4
Châteauroux : 3
Romorantin : 3
Bourges : 2
Château-Renault : 2
Dreux : 2
la Membrolle : 1
Vendôme : 1
Vierzon : 1
Loches : 1

Question A7 : Année de thèse (122 réponses/125)

38 psychiatres (31.1%) ont soutenu leur thèse avant 1986,
43 (35.2%) de 1986 à 1999,
41 (33.6%) à partir de 2000.

Question A8 : Cursus (100% de réponses)

99 (79.2%) ont un DES de psychiatrie dont 82 (65.6%) sans DESC de pédopsychiatrie associé,
23 (18.4%) ont un DESC de pédopsychiatrie,
21 (16.8%) ont un DU de psychiatrie dont 20 (16%) sans DESC de pédopsychiatrie associé.

Pour les analyses statistiques, on définira 3 catégories : psychiatres ayant un DESC de pédopsychiatrie (quel que soit le diplôme associé), psychiatres ayant un DES isolé, psychiatres ayant un DU isolé.

En remplaçant l'année de thèse par l'année de début d'exercice en psychiatrie pour les psychiatres ayant un DU de psychiatrie, on a la répartition suivante pour le début d'exercice en psychiatrie de l'ensemble des psychiatres :

36 (29.3%) avant 1986,
38 (30.9%) de 1986 à 1999,
49 (39.8%) à partir de 2000.

Question A9 : Sexe (100% de réponses)

60 psychiatres hommes (48%),
65 psychiatres femmes (52%).

B-Généralités

Question B1 : Enseignement sur la thérapie familiale au cours de la formation (100% de réponses ; plusieurs réponses étaient possibles)

30 psychiatres (24%) n'ont reçu aucun enseignement concernant la thérapie familiale au cours de leur cursus,
47 (37.6%) ont eu une présentation générale dans le cadre des cours obligatoires pendant l'internat, dont 34 (27.2%) exclusivement,
34 (27.2%) ont eu une initiation dans le cadre de modules optionnels ou séminaires pendant l'internat, dont 17 (13.6%) exclusivement,
19 (15.2%) ont eu une sensibilisation au cours de la FMC, dont 11 (8.8%) exclusivement,
19 (15.2%) ont suivi une formation de longue durée (2 ans ou plus), dont 12 (9.6%) exclusivement.

On a classé ces réponses en 3 catégories :

- 30 (24%) : aucune formation à la thérapie familiale
- 51 (60.8%) : psychiatres ayant eu une présentation générale pendant l'internat, une initiation dans le cadre de modules optionnels ou séminaires pendant l'internat et/ou une sensibilisation au cours de la FMC, mais pas de formation de longue durée
- 19 (15.2%) : psychiatres ayant eu une formation de longue durée, quels que soient les autres enseignements reçus.

Question B2 : Place donnée à la rencontre avec les familles dans la pratique des psychiatres (100% de réponses)

5 psychiatres (4%) ne reçoivent les patients qu'en individuel,
51 (40.8%) reçoivent les patients en individuel mais il leur arrive de recevoir les familles des patients,
38 (30.4%) pratiquent des entretiens familiaux régulièrement mais non systématiquement,
18 (14.4%) pratiquent des entretiens familiaux le plus régulièrement possible,
13 (10.4%) pratiquent la thérapie familiale.
Ainsi, les familles de 96 % des patients suivis par les psychiatres ayant répondu à notre étude ont la possibilité au moins de rencontrer le psychiatre.

Question B3 : Définir la notion de « thérapie familiale » (118 réponses/125. Les pourcentages sont donnés par rapport au total de 125 car il nous semble important de tenir compte des psychiatres n'ayant pas donné de définition)

Nous avons défini 4 catégories de réponses. Les réponses détaillées sont présentées en Annexe 4.

→ PERSPECTIVE FAMILIALE :

- a : 48 psychiatres (38.4%) définissent la thérapie familiale comme une prise en charge s'adressant au groupe ou système familial et/ou s'intéressant aux interactions entre ses membres (sans précision) ;
- b : 30 psychiatres (24%) définissent la thérapie familiale comme une prise en charge s'adressant au groupe ou système familial présentant des interactions pathogènes, des dysfonctionnements dans la communication entraînant une symptomatologie chez un des membres, ce qui correspond à la notion de patient désigné (2 psychiatres citent également le retentissement de la symptomatologie individuelle sur la famille) ;
- c : 10 psychiatres (8%) définissent la thérapie familiale comme une prise en charge s'adressant au groupe ou système familial dans le but de modifier les interactions pour apporter une amélioration, ce qui correspond à la notion de compétence familiale ;
- d : 12 psychiatres (9.6%) définissent la thérapie familiale comme une prise en charge s'adressant au groupe ou système familial et/ou aux interactions pathogènes, dans le but de modifier ces interactions pour apporter une amélioration (notions de patient désigné et de compétence familiale).

→ PERSPECTIVE INDIVIDUELLE :

- e : 14 psychiatres (11.2%) définissent la thérapie familiale comme une prise en charge qui associe la famille du patient, mais la prise en charge reste centrée sur celui-ci ; ceci renvoie davantage à la notion de guidance parentale (en

pédopsychiatrie) ou d'entretiens familiaux au sens large (un psychiatre cite également l'utilisation de références de thérapie familiale en relation duelle)

→ NOTION NON PERTINENTE :

g : 3 psychiatres (2.4%) considèrent la notion de thérapie familiale comme non pertinente.

→ NOTION NON DEFINIE :

f : 14 psychiatres (11.2%) ne donnent (7) pas de réponse, ou (7) une réponse vague ou peu informative.

Les catégories « perspective familiale » et « perspective individuelle » ne sont pas exclusives l'une de l'autre, puisque 4.8% des psychiatres font référence à la fois à une perspective familiale et individuelle. Cependant, pour l'analyse des hypothèses, ces réponses mixtes seront classées dans la catégorie « perspective individuelle » : en effet, elles nous semblent décrire une thérapie dont l'objectif principal est l'amélioration de la symptomatologie individuelle, la prise en compte des interactions constituant un moyen pour parvenir à cet objectif.

C-Indications

Cette partie du questionnaire ne concernait que les psychiatres / pédopsychiatres qui ne pratiquent pas eux-mêmes la thérapie familiale, soit 112 psychiatres d'après les réponses à la question B2.

Question C 1 : « Vous arrive-t-il de penser qu'une thérapie familiale pourrait être utile dans certaines situations ? » (104 réponses/112)

4 psychiatres (3.8%): Non

59 (56.7%): Oui, parfois

36 (34.6%): Oui, fréquemment

5 (4.8%): Oui, de façon générale

Question C1bis : question ouverte : « Si vous avez répondu « parfois » ou « fréquemment » à la question 1, pouvez-vous citer quelques-unes de ces situations ? » (85 réponses/95)

Nous avons défini 3 types de réponses (non exclusives les unes des autres); les réponses détaillées sont présentées en Annexe 5. Pour une meilleure lisibilité, les réponses sont données en valeurs absolues et non en pourcentages.

→ REPONSES CENTREES SUR LES FAMILLES / SOUS-SYSTEMES : 70 réponses (82.4%) :

- *Symptômes et autres troubles du système ou sous-système ciblé :*

g : interactions dysfonctionnelles, conflits familiaux : 48

y : notion de patient désigné : 19

h : souffrance de plusieurs personnes d'une même famille (éventuellement retentissement d'une symptomatologie individuelle) : 15

i : difficultés d'accès à la parentalité, difficultés éducatives ou d'autonomisation : 11

j : violences familiales/conjugales, inceste/climat incestuel : 5

k : secrets familiaux : 4

- *Type de sous-système :*

d : situations concernant un couple : 17

e : situations concernant la fratrie : 3

l : situations d'adoption : 1

→ REPONSES CENTREES SUR LES INDIVIDUS : 61 réponses (71.8%) :

- *Statuts et caractéristiques des individus :*

a : situations concernant un enfant : 15

b : situations concernant un(e) adolescent(e) : 34

c : situations concernant un sujet âgé : 4

- *Symptomatologies et autres troubles individuels :*

p : addictions : 13

q : troubles du comportement alimentaire : 10

r : psychose, schizophrénie : 10

o : troubles du comportement et des conduites, recours à l'agir : 7

s : troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire) : 5
t : troubles névrotiques : 4
u : troubles de personnalité : 4
v : problèmes somatiques : 4
m : conduites auto-agressives : 4
n : problèmes scolaires : 2
z : handicap : 1
f : symptomatologie individuelle non précisée : 6

→ REPONSES CONCERNANT LES THERAPEUTES : 10 réponses (11.8%) :

w : mode habituel de prise en charge : 4
x : difficultés dans la prise en charge : 6

Lors de l'analyse des hypothèses, on s'intéressera à trois catégories de réponses : celles centrées sur les individus, celles centrées sur les familles / les sous-systèmes, et les réponses mixtes (comportant des éléments concernant les individus et les familles/sous-systèmes). En effet, ces réponses mixtes nous semblent faire référence à des situations où le psychiatre est attentif à la fois aux données individuelles et familiales. Les réponses concernant les thérapeutes étant très minoritaires et peu informatives au regard de nos hypothèses, on n'en tiendra pas compte dans l'analyse statistique.

Question C 1 ter : question ouverte : « Si vous avez répondu "non" ou "de façon générale" à la question 1, pouvez-vous commenter votre réponse ? » (8 réponses/9)

3 psychiatres (37.5%) : « non » car la notion de thérapie familiale est considérée comme non pertinente
1 psychiatre (12.5%) : « non » mais réflexion systémique en général
4 psychiatres (50%) : « en général » du fait de l'importance du contexte

Question C2 : « S'il vous arrive de penser qu'une thérapie familiale pourrait être utile, le suggérez-vous généralement au patient / à la famille ? » (99 réponses/100)

85 psychiatres (85.9%) : oui
14 psychiatres (14.1%) : non

Question C2 bis : « Si oui, quelles sont, le plus souvent, les réactions du patient/de la famille ? » (85 réponses/85)

- 1 psychiatre (1.2%) : refus clair
- 68 (80%) : indécision
- 16 (18.8%) : acceptation aisée

Question C2 ter : « Si non, pour quelle(s) raison(s) ? » (13 réponses/14 ; plusieurs réponses étaient possibles)

- 1 psychiatre (7.7%) par appréhension d'un refus,
- 7 (53.8%) car il n'y a pas de possibilité de thérapie familiale facilement accessible, indiquant que ce type de thérapie n'est pas proposé partout dans la région,
- 5 (38.5%) car ils ne savent pas vers qui orienter, indiquant qu'ils sont mal informés sur les éventuelles possibilités locales,
- 5 (38.5%) privilégient une approche individuelle dans un premier temps,
- 5 pour d'autres raisons : -2 psychiatres (15.4%) assurent eux-mêmes la prise en charge familiale
 - 1 psychiatre (7.7%) : « modalités d'accès difficiles pour les familles » qui fait probablement référence à des difficultés liées au cadre de la thérapie familiale (horaires, présence de plusieurs membres de la famille, éventuellement coût)
 - 1 psychiatre (7.7%) : « familles qui en auraient besoin mais trop déstructurée pour passer à la réalisation pratique »
 - 1 psychiatre (7.7%) : pour les patients avec faible motivation au changement initiale : travail d'abord sur la motivation au changement.

Question C3 : « D'une manière générale, comment envisagez-vous l'articulation possible entre thérapie familiale et thérapie individuelle ? » (99 réponses/100 ; plusieurs réponses étaient possibles)

- Pour 2 psychiatres (2%), il semble préférable d'éviter que les deux aient lieu en même temps ;
- Pour 4 psychiatres (4%), lorsque la thérapie familiale est nécessaire, elle doit plutôt avoir lieu avant la thérapie individuelle ;
- Pour 2 psychiatres (2%), lorsque la thérapie familiale est nécessaire, elle doit plutôt avoir lieu après la thérapie individuelle ;
- Pour 66 psychiatres (66.7%), les deux peuvent avoir lieu en même temps ;
- Pour 57 psychiatres (57.6%), cela dépend de chaque situation ;
- Réponse « Autre » pour 1 psychiatre (1%): « c'est un travail de consultation. Des entretiens familiaux peuvent être bien utiles sans pour autant qu'une thérapie familiale s'engage d'emblée. C'est un travail sur le cadre en dehors de toute systématisation ».

D-Adressage en thérapie familiale

Cette partie du questionnaire ne concernait que les psychiatres qui ne pratiquent pas eux-mêmes la thérapie familiale et qui ont déjà adressé des patients.

Question D1 : « Comment procédez-vous généralement pour adresser des patients en thérapie familiale ? » (88 réponses)

- 13 psychiatres (14.8%) leur donnent le conseil de consulter,
- 58 (65.9%) leur fournissent des coordonnées,
- 17 (19.3%) prennent eux-mêmes contact avec des collègues avant de leur adresser la famille.

Question D2 : adressage selon l'orientation théorique : (92 réponses ; plusieurs réponses étaient possibles)

Parmi les réponses proposées :

- 59 psychiatres (64.1%) adressent en thérapie familiale systémique,
- 7 (7.6%) en thérapie familiale psychanalytique,
- 14 (15.2%) ne se préoccupent pas de l'orientation.

Parmi les réponses libres :

- 3 psychiatres (3.3%) adressent en thérapie familiale cognitivo-comportementale,
- 9 (9.8%) adressent selon les possibilités locales ou les thérapeutes familiaux qu'ils connaissent,
- 4 (4.3%) selon le type de problématique.

Question D3 : adressage selon le type de structure : (90 réponses)

- 11 psychiatres (12.2%) adressent en libéral,
- 31 (34.4%) à l'hôpital,
- 7 (7.8%) en milieu associatif,
- 41 (45.6%) ne se préoccupent pas du type de structure.

Question D4 : « Transmettez-vous des informations à vos collègues thérapeutes familiaux ? »
(91 réponses)

- 50 psychiatres (54.9%) transmettent des informations,
- 41 (45.1%) ne le font pas.

Question D4 bis : « Si oui, quel type d'informations transmettez-vous ? » (48 réponses/50 ; plusieurs réponses étaient possibles)

- 18 psychiatres (37.5%) transmettent des informations concernant le patient,
- 14 (29.2%) transmettent des informations concernant le contexte familial, les interactions,
- 15 (31.3%) transmettent des informations concernant la raison de l'indication de TF, la problématique repérée,
- 5 (10.4%) privilégient un dialogue direct avec les thérapeutes familiaux, et valorisent les éléments concernant l'intersubjectivité ou le transfert,
- 4 (8.3%) transmettent des informations selon la demande des thérapeutes familiaux,
- 4 (8.3%) transmettent des informations concernant leurs attentes par rapport à la TF,
- 9 (18.8%) transmettent des éléments généraux, la « clinique » ou selon la situation.

Question D4 ter : « Si non, pourquoi ? » (41 réponses/41 ; plusieurs réponses étaient possibles)

- 8 psychiatres (19.5%) par manque de temps,
- 33 (80.5%) pour laisser leurs collègues se faire leur propre idée de la situation,
- 5 (12.2%) car ils ne connaissent pas de thérapeutes familiaux,
- 7 (17.1%) pour d'autres raisons : cela dépend de la situation, il n'est pas certain que la famille consulte, le psychiatre reste disponible si les thérapeutes familiaux souhaitent avoir des informations.

Question D5 : « Souhaitez-vous que vos collègues thérapeutes familiaux vous fassent un retour sur leur prise en charge ? » (92 réponses)

- 53 psychiatres (57.6%) le souhaitent,
- 39 (42.4%) ne le souhaitent pas.

Question D5 bis : « Si oui, quelles informations souhaitez-vous recevoir ? » (48 réponses/53)

- 11 psychiatres (22.9%) souhaitent recevoir des informations utiles à la prise en charge individuelle,
- 15 (31.3%) souhaitent recevoir des informations sur les éléments familiaux, les interactions,
- 24 (50%) souhaitent être informés de l'évolution et des résultats de la thérapie,
- 11 (22.9%) souhaitent être informés de la venue ou non de la famille en thérapie et de son adhésion/implication,
- 9 (18.9%) privilégient le travail en équipe avec des échanges entre thérapeutes concernant l'intersubjectivité ou les difficultés, la validité de l'indication, ou souhaitent avoir un autre regard sur la prise en charge,
- 5 (10.4%) souhaitent qu'on leur transmette des éléments généraux, la « clinique » ou selon la situation.

Question D6 : « Lorsque vous adressez des patients en thérapie familiale, cela modifie-t-il en général la suite de votre prise en charge ? » (90 réponses)

24 psychiatres (26.7%) : oui

66 (73.3%) : non

Question D6 bis : « Si oui, de quelle façon ? » (23 réponses/24)

4 (17.4%) poursuivent la prise en charge individuelle mais seulement dans le cas où une prescription médicamenteuse est nécessaire,

1 (4.3%) arrête définitivement la prise en charge individuelle,

1 (4.3%) propose une suspension de la prise en charge individuelle pendant la thérapie familiale,

17 donnent une autre réponse : -11 (47.8%) : poursuite de la prise en charge individuelle, adaptation à la nouvelle dynamique liée à la thérapie familiale concomitante,

-6 (26.1%) : poursuite de la prise en charge individuelle (modifications non précisées).

Question D6 ter : En cas d'arrêt ou de suspension, quelle est/sont votre/vos motivation(s) ?
(11 réponses)

4 psychiatres (36.4%) : « Selon mes conceptions du fonctionnement psychique et interpersonnel, il n'est pas souhaitable d'être suivi simultanément en psychothérapie individuelle et familiale » ;

1 (9.1%) : « Sur un plan technique, je ne sais pas comment articuler les deux interventions » ;

6 (54.5%) donnent une autre réponse : selon la situation, en cas d'amélioration de la symptomatologie individuelle.

(aucun psychiatre n'a répondu « Les patients refusent généralement cette double prise en charge »)

E-Analyse des hypothèses

1-Hypothèse principale

Plus les psychiatres ont une vision individuelle de la thérapie familiale et de ses indications, moins ils adressent les patients en thérapie familiale.

Pour explorer cette hypothèse, on comparera les réponses aux questions C1 (« Vous arrive-t-il de penser qu'une thérapie familiale pourrait être utile dans certaines situations ? ») et C2 (« S'il vous arrive de penser qu'une thérapie familiale pourrait être utile, le suggérez-vous généralement au patient / à la famille ? ») aux réponses aux questions B3 (définition générale de la notion de thérapie familiale) et C1bis (situations faisant évoquer une indication de thérapie familiale) en utilisant les classifications simplifiées pour les questions ouvertes (B3 et C1bis).

a) *Le fait de penser qu'une thérapie familiale pourrait être utile devant certaines situations (question C1) est-il lié avec la représentation générale que les psychiatres ont de la thérapie familiale (question B3) ?*

→ Ces deux facteurs sont liés de manière significative (test exact de Fischer : $p = 0.004812$).

	C1 : non	C1 : oui, parfois	C1 : oui, fréquemment	C1 : oui, en général	Total
B3 : perspective familiale	1 (3.154)	47 (46.519)	29 (28.385)	5 (3.942)	82
B3 : perspective individuelle	0 (0.462)	7 (6.808)	5 (4.154)	0 (0.577)	12
B3 : notion non pertinente	3 (0.115)	0 (1.702)	0 (1.038)	0 (0.144)	3
B3 : notion non définie	0 (0.269)	5 (3.971)	2 (2.423)	0 (0.337)	7
Total	4	59	36	5	104

Tableau 1 : table de contingence concernant les réponses aux questions C1 et B3
(les effectifs théoriques sont donnés entre parenthèses)

Le tableau 1 nous montre que :

-Comme on pouvait s'y attendre, les psychiatres qui considèrent la notion de « thérapie familiale » comme non pertinente ne pensent jamais qu'une thérapie familiale pourrait être utile dans certaines situations ;

-Les psychiatres qui pensent de manière générale qu'une thérapie familiale pourrait être utile donnent tous une définition de la thérapie familiale en faisant référence à une perspective uniquement familiale ;

-Par contre, lorsque nous ne nous intéressons qu'au groupe de tous les psychiatres ayant donné une définition de la thérapie familiale, nous ne retrouvons plus de corrélation entre le type de définition donnée (dénotant d'un point de vue plutôt individuel ou familial) et le fait de penser plus ou moins souvent qu'une thérapie familiale pourrait être utile ($p=0.803$).

b) Le fait de penser qu'une thérapie familiale pourrait être utile devant certaines situations (question C1) est-il lié avec le type de situations citées en exemple par les psychiatres (question C1bis) ?

→ Ces deux facteurs sont liés de manière significative (test du Chi2 de Pearson : $p = 0.016$).

	C1 : oui, parfois	C1 : oui, fréquemment	Total
C1bis : situations centrées sur les individus	7 (8.500)	7 (5.500)	14
C1bis : réponse mixte (1 et 2)	25 (29.143)	23 (18.857)	48
C1bis : situations centrées sur les familles	19 (13.357)	3 (8.643)	22
Total	51	33	84

Tableau 2 : table de contingence concernant les réponses aux questions C1 et C1bis

Selon le tableau 2, on constate donc que contrairement à notre hypothèse, les psychiatres citant des situations centrées sur les individus pensent plus souvent qu'une thérapie familiale pourrait être utile que ceux citant des situations centrées sur les familles / les sous-systèmes.

c) Lorsque le psychiatre pense qu'une thérapie familiale pourrait être utile, le fait d'en parler ou non au patient / à la famille (question C2) est-il lié avec la représentation générale que le psychiatre a de la thérapie familiale (question B3) ?

→ On ne met pas en évidence de corrélation entre ces deux facteurs (test exact de Fischer : $p = 0.0977$).

d) Lorsque le psychiatre pense qu'une thérapie familiale pourrait être utile, le fait d'en parler ou non au patient / à la famille (question C2) est-il lié avec le type de situations citées en exemple par les psychiatres (question C1bis) ?

→ On ne met pas en évidence de corrélation entre ces deux facteurs (test exact de Fischer : $p = 0.5954$).

2-Première hypothèse secondaire

Les psychiatres ont une vision plus individuelle de la thérapie familiale et de ses indications lorsqu'ils n'y ont pas été formés.

Pour explorer cette hypothèse, on comparera B3 (définition générale du concept de thérapie familiale) et C1bis (situations faisant évoquer une indication de thérapie familiale) à B1 (formation).

a) Le fait de définir la thérapie familiale en général d'un point de vue individuel ou familial (B3) est-il lié à l'enseignement reçu (ou non) au sujet de la thérapie familiale (B1) ?

→ On ne trouve pas de corrélation entre ces deux facteurs (test exact de Fischer = 0.648).

b) Le fait de percevoir les situations sous un aspect plus individuel ou familial (C1bis) est-il lié à l'enseignement reçu (ou non) au sujet de la thérapie familiale (B1) ?

→ On ne trouve pas de corrélation entre ces deux facteurs (test exact de Fischer = 0.6895).

3-Deuxième hypothèse secondaire

Les psychiatres ayant eu un enseignement à ce sujet adressent davantage en thérapie familiale.

Pour explorer cette hypothèse, on comparera C1 (« vous arrive-t-il de penser qu'une thérapie familiale pourrait être utile dans certaines situations ? ») et C2 (« si oui, le suggérez-vous généralement au patient / à la famille ? ») à B1 (formation).

a) *Le fait de penser qu'une thérapie familiale pourrait être utile devant certaines situations (question C1) est-il lié à l'enseignement reçu (ou non) au sujet de la thérapie familiale (question B1) ?*

→ On ne trouve pas de corrélation entre ces deux facteurs (test exact de Fischer = 0.1508).

Remarque : parmi les 19 psychiatres ayant suivi une formation longue à la thérapie familiale, 10 pratiquent eux-mêmes la thérapie familiale. Du fait de la structure du questionnaire, ces psychiatres n'étaient donc pas concernés par la question C1. Ceci peut entraîner un manque de puissance du test expliquant que l'on n'ait pas retrouvé de corrélation.

b) *Le fait de parler de thérapie familiale au patient / à la famille lorsqu'on y pense (question C2) est-il lié à l'enseignement reçu (ou non) au sujet de la thérapie familiale (B1) ?*

→ On ne met pas en évidence de corrélation entre ces deux facteurs (test exact de Fischer : $p = 0.905$).

On peut faire la même remarque que pour la question a).

F-Analyse des données concernant la thérapie familiale en fonction du statut professionnel

Les données de la partie A du questionnaire (statut professionnel, données démographiques) vont être comparées systématiquement aux données des questions B3 et C1 (indiquant la façon dont les psychiatres définissent la thérapie familiale et le type de situations qui leur évoquent son indication) et aux données des questions C1 (indiquant la fréquence à laquelle les psychiatres pensent à une indication de thérapie familiale) et C2 (indiquant si les psychiatres parlent de cette indication aux patients/familles lorsqu'ils y pensent). Seuls les résultats significatifs seront rapportés ici.

Les données de la partie A seront également comparées à la question B1 (formation à la thérapie familiale) lorsque cela est pertinent.

1-Statut de psychiatre d'adultes/pédopsychiatre

→ On trouve une corrélation entre le statut (A1) et le type de définition de la thérapie familiale (B3) (test exact de Fischer : $p = 0.01218$).

	B3 : perspective familiale	B3 : perspective individuelle	B3 : notion non pertinente	B3 : notion non définie	Total
A1 : psychiatre	72 (66.176)	8 (9.856)	3 (2.112)	5 (9.856)	88
A1 : pédopsychiatre	7 (11.280)	4 (1.680)	0 (0.360)	4 (1.680)	15
A1 : les deux	15 (16.544)	2 (2.464)	0 (0.528)	5 (2.464)	22
Total	94	14	3	14	125

Tableau 3 : table de contingence concernant les réponses aux questions A1 et B3

Le tableau 3 nous montre que :

-Les praticiens exerçant en tant que psychiatres d'adultes exclusivement donnent plus fréquemment une définition de la thérapie familiale sous une perspective familiale, alors que ceux qui exercent en tant que pédopsychiatres exclusivement ont davantage une vision individuelle ($p = 0.03544$).

-Les psychiatres considérant la notion de thérapie familiale comme non pertinente sont exclusivement des psychiatres d'adultes.

→ On ne trouve pas de corrélation entre le statut (A1) et le fait de penser à la thérapie familiale devant certaines situations (C1) (test exact de Fischer : $p = 0.9623$).

→ On ne trouve pas de corrélation entre le statut (A1) et la formation (B1) (test exact de Fischer : $p = 0.1744$).

2-Mode d'exercice

→ On trouve une corrélation entre le mode d'exercice (A2) et la définition de la thérapie familiale (B3) (test exact de Fischer : $p = 0.006318$).

	B3 : perspective familiale	B3 : perspective individuelle	B3 : notion non pertinente	B3 : notion non définie	Total
A2 : exercice hospitalier exclusif	51 (42.864)	3 (6.384)	1 (1.368)	2 (6.384)	57
A2 : exercice non hospitalier exclusif	39 (45.120)	8 (6.720)	2 (1.440)	11 (6.720)	60
Exercice mixte	4 (6.016)	3 (0.896)	0 (0.192)	1 (0.896)	8
Total	94	14	3	14	125

Tableau 4 : table de contingence concernant les réponses aux questions A2 et B3

Le tableau 4 nous montre que les psychiatres hospitaliers ont plutôt tendance à donner une définition familiale de la thérapie familiale, alors que leurs confrères non hospitaliers ont plutôt tendance à donner une autre réponse : définition individuelle ou notion non pertinente ou absence de définition ($p = 0.00007932$).

3-Département d'exercice

On ne trouve aucune corrélation entre les quatre données étudiées et le département d'exercice.

4-Taille de la ville d'exercice principal

On ne trouve aucune corrélation entre les quatre données étudiées et la taille de la ville d'exercice principal.

5-Région d'internat

On ne trouve aucune corrélation entre la région d'internat et les quatre données étudiées systématiquement ni avec la formation à la thérapie familiale.

6-Villes d'internat si internat en région Centre

Les données sont trop dispersées pour que les tests statistiques puissent être réalisés.

7-Année de thèse

On ne trouve aucune corrélation entre l'année de thèse et les quatre données étudiées systématiquement ni avec la formation à la thérapie familiale.

Si l'on tient compte de l'année de début d'exercice et non de l'année de thèse pour les psychiatres ayant un DU et non un DES, les résultats sont identiques.

8-Cursus

On ne trouve pas de corrélation entre le cursus et les 4 variables analysées systématiquement ni avec la formation en thérapie familiale.

9-Sexe

On ne trouve aucune corrélation entre le sexe et les quatre données étudiées systématiquement.

IV-DISCUSSION

A-Réponses à la problématique et aux hypothèses

On a postulé que les psychiatres avaient moins recours à la thérapie familiale lorsque leur représentation de cette pratique et de ses indications restait malgré tout plutôt centrée sur l'aide à apporter à l'individu qu'à l'ensemble de la famille.

Cette hypothèse est en partie vérifiée puisque seul un petit nombre de psychiatres pensent qu'une thérapie familiale peut être utile de manière générale alors qu'ils ont une définition strictement familiale de ce type de thérapie.

Par contre, en ce qui concerne les indications précises, contrairement à notre hypothèse, les psychiatres citant des situations centrées sur les individus pensent plus souvent qu'une thérapie familiale pourrait être utile que ceux citant des situations centrées sur les familles / les sous-systèmes. Ceci pourrait être expliqué par un biais de mémorisation : les psychiatres qui ont l'habitude de travailler plutôt avec les individus se rappelleraient davantage des caractéristiques de leur patient que de celles de sa famille. Notre mode de recueil des données par questions ouvertes aurait alors favorisé cette forme de présentation des situations, et les résultats auraient probablement été différents s'il s'était agi d'une question à choix multiples proposant les différents items des catégories que nous avons définies (les perspectives familiales auraient peut-être davantage évoqué l'indication d'une thérapie familiale). Cela pourrait aussi signifier que les psychiatres au regard plus systémique seraient, paradoxalement, plus restrictifs dans leurs indications. On peut également postuler qu'il existe un écart important entre l'intérêt théorique pour les concepts de thérapie familiale et leur utilisation effective en situation réelle.

On n'a pas retrouvé de lien significatif entre la formation reçue ou non au sujet de la thérapie familiale et le fait que la représentation de cette pratique et de ses indications soit plutôt centrée sur les individus ou sur les familles. Ceci peut être dû à un manque de puissance de l'étude.

On n'a pas non plus retrouvé de lien significatif entre l'importance de la formation à la thérapie familiale et le fait d'y penser plus souvent ou de le mentionner au patient/à la famille

lorsqu'on y pense. Ceci peut être dû à un manque de puissance de l'étude et à certains biais méthodologiques qui seront discutés plus loin.

B-Discussion sur les autres points d'intérêt

1-Analyse des données en fonction du statut professionnel

On constate que les pédopsychiatres ont une définition plus individuelle de la thérapie familiale : ceci peut être lié au fait qu'ils auraient tendance à s'intéresser de manière plus marquée au patient pour lequel ils sont sollicités, et notamment aux symptômes de celui-ci, qui restent le point de repère de la prise en charge.

Les psychiatres hospitaliers ont davantage tendance à donner une définition familiale de la thérapie familiale que leurs confrères non hospitaliers : ceci peut être lié au mode de fonctionnement institutionnel de l'hôpital, qui rend plus évidents les possibles déterminants relationnels de l'expression des troubles.

2-Analyse des données concernant les pratiques d'orientation en thérapie familiale des psychiatres

a) Première étape : évoquer l'indication au patient / à la famille

On a vu que la majorité (85.9%) des psychiatres répondants déclarent qu'ils parlent généralement de cette indication lorsqu'ils y pensent. Cette donnée nous paraît surévaluée, et nous supposons qu'il existe un biais de déclaration. Ceci est cependant difficile à vérifier.

La réaction du patient / de la famille à cette annonce est le plus souvent (80%) l'indécision, très rarement (1,2%) un refus. L'acceptation d'emblée est possible mais reste minoritaire (18.8%). Cette annonce doit donc être suivie d'un temps de réflexion avant la mise en œuvre éventuelle d'une thérapie familiale, à accompagner éventuellement par le thérapeute adressant.

A l'inverse, 14.1% des psychiatres répondants ne parlent pas de cette indication lorsqu'ils y pensent. Les raisons à cela sont généralement multiples, mais le manque

d'accessibilité de la thérapie familiale est au premier plan (7/13), et n'est pas spécifique d'un département. L'appréhension d'un refus est très rarement alléguée (1/13), et nous supposons qu'il existe également un biais de déclaration. Quelques psychiatres (5/13) déclarent ne pas savoir vers qui orienter, ce qui va dans le sens de notre impression d'un manque d'information à ce sujet. Enfin, quelques psychiatres n'évoquent pas l'indication car ils privilégient une approche individuelle dans un premier temps (5/13), ce qui suggère que l'aspect familial de la problématique a été perçu mais sans qu'une prise en charge spécifique soit jugée nécessaire par le psychiatre dans un premier temps.

b) Deuxième étape : l'orientation en pratique

En pratique, la majorité des psychiatres fournissent des coordonnées de thérapeutes familiaux (65.9%) voire prennent contact eux-mêmes avec des collègues avant de leur adresser la famille (19.3%) : les psychiatres répondants semblent globalement bien informés sur les possibilités locales de thérapie familiale, ce qui suggère un biais de sélection par rapport à la population cible (impression générale d'un manque d'information de nos collègues à ce sujet).

La majorité des psychiatres adressent selon l'orientation théorique des thérapeutes familiaux : 64.1% en thérapie familiale d'orientation systémique, ce qui correspond à l'orientation majoritairement enseignée à notre connaissance, et 7.6% en thérapie familiale d'orientation psychanalytique.

3.3% déclarent adresser en thérapie familiale cognitivo-comportementale, orientation que nous avons omis de mentionner dans les réponses proposées.

On remarque que 4.3% des psychiatres choisissent l'orientation théorique selon le type de problématique : il aurait été intéressant d'avoir plus de détails à ce sujet.

Enfin, pour 25% des psychiatres, l'indication de thérapie familiale semble primer sur l'orientation théorique : 15.2% déclarent ne pas se préoccuper de l'orientation et 9.8% adressent selon les possibilités locales ou les thérapeutes familiaux qu'ils connaissent.

Le type de structure (libéral, hôpital, associatif) importe peu pour 45.6% des psychiatres ; cependant, l'hôpital est le lieu d'orientation le plus fréquent (34.4%), peut-être en raison d'une plus grande accessibilité pour les familles en termes de prise en charge.

c) Echange d'informations entre thérapeute adressant et thérapeutes familiaux

La majorité des psychiatres transmettent des informations (54.9%) aux thérapeutes familiaux et souhaitent en recevoir (57.6%).

Ils transmettent fréquemment des informations individuelles (37.5%) et souhaitent recevoir des informations utiles à la prise en charge individuelle (22.9%), mais le contexte et les interactions familiales font également partie des informations transmises (29.2%) et attendues (31.3%). On retrouve donc cette double perspective déjà évoquée plus tôt dans l'étude.

Parmi les réponses libres, il est intéressant de noter que plusieurs psychiatres privilégient un abord intersubjectif : plutôt qu'une transmission formelle d'informations, 10.4% préfèrent avoir un dialogue direct avec les thérapeutes familiaux lors de l'adressage pour éventuellement faire part d'éléments transférentiels, et 18.8% favorisent également le travail en équipe et un retour sur d'éventuelles difficultés de prise en charge par la suite.

d) Articulation entre thérapie familiale et individuelle

D'une manière générale, les psychiatres déclarent majoritairement que les thérapies familiale et individuelle peuvent avoir lieu en même temps (66.7%) et/ou estiment que cela dépend de chaque situation (57.6%) ; seulement 2% estiment préférable d'éviter que les deux aient lieu en même temps (sans préciser si l'une doit précéder l'autre) . Les psychiatres de notre échantillon sont donc majoritairement ouverts à la possibilité de prises en charge conjointes.

4% considèrent que la thérapie familiale doit plutôt avoir lieu avant la thérapie individuelle, ce qui peut correspondre à la notion de désaliénation familiale (Neuburger, 1984) : dans certaines situations, une demande du sujet ne peut émerger que s'il y est « autorisé » de manière implicite par le groupe familial.

A l'inverse, 2% considèrent que la thérapie familiale doit plutôt avoir lieu après la thérapie individuelle, comme si cette confrontation au groupe familial n'était possible qu'après la résolution de certains enjeux individuels.

En pratique, seulement 26.7% des psychiatres déclarent que l'adressage en thérapie familiale modifie généralement la suite de leur prise en charge ; cependant, pour la majorité d'entre eux (73.9%), la prise en charge individuelle se poursuit pendant la thérapie familiale,

éventuellement en s'adaptant à la nouvelle dynamique ainsi créée. 36.4% des interruptions de la prise en charge individuelle durant la thérapie familiale sont motivées par les conceptions du fonctionnement psychique et interpersonnel du psychiatre, selon lesquelles il n'est pas souhaitable d'être suivi simultanément en psychothérapie individuelle et familiale.

C-Limites

1-Biais de sélection

Le taux de réponses est de 34,2 % : cette enquête n'est pas exhaustive, et l'échantillon n'est probablement pas représentatif de la population cible. En effet malgré le temps de passation relativement bref, il est probable que les psychiatres ayant répondu à l'enquête soient davantage ceux qui ont un intérêt plus clairement favorable (ou défavorable pour certains) pour la thérapie familiale. Il aurait été intéressant de recueillir les réponses des psychiatres qui portent peu d'intérêt à la thérapie familiale, afin d'en analyser les raisons.

2-Enquête centrée sur les données des psychiatres ne pratiquant pas la thérapie familiale

Notre étude avait pour but d'explorer les représentations et pratiques d'orientation de l'ensemble des psychiatres en matière de thérapie familiale. Elle accordait peu de place aux réponses des psychiatres pratiquant eux-mêmes la thérapie familiale ; cela a pu introduire un biais dans l'interprétation de certaines réponses.

Il serait nécessaire de compléter la présente étude par un volet détaillant les données des psychiatres pratiquant la thérapie familiale.

V-CONCLUSION

Nous voulions, au terme de cette enquête, comprendre les raisons des difficultés persistantes de l'appropriation d'une technique de soins efficace et qui, dans l'échantillon, n'a effectivement pas fait l'objet de critiques (sauf marginales) quant au fond alors même que le caractère anonyme de l'étude l'aurait permis.

Dans notre échantillon, les psychiatres ont une représentation générale de la thérapie familiale en accord avec la définition que nous avons proposée, à ceci près que l'accent est généralement mis davantage sur les aspects dysfonctionnels des interactions familiales préexistantes à la thérapie que sur l'amélioration attendue au cours de la thérapie ou sur les ressources du groupe familial. Cependant, le recours à ce type de prise en charge semble globalement usuel chez les psychiatres ayant accepté de répondre à notre enquête. Ceci contraste avec notre impression générale à ce sujet et est probablement attribuable à un biais de sélection.

Enfin, nous avons postulé que les psychiatres ayant une perception des situations cliniques centrée sur un point de vue individuel étaient moins enclins à adresser les patients et leurs familles en thérapie familiale ; ceci ne se vérifie pas dans notre enquête, au contraire. Même en restant centrés sur les difficultés de l'individu, les psychiatres peuvent concevoir l'intérêt d'une prise en compte du contexte dans lequel ces difficultés se manifestent.

VI-ANNEXES

Annexe 1 : répartition des psychiatres en région Centre

	Exercice hospitalier exclusif	Autre : libéral, associatif, cliniques	Exercice mixte hospitalier/autre	Total
Indre-et-Loire	65	67	3	135
Loiret	33	11	36	80
Loir-et-Cher	15	33	2	50
Cher	21	12	9	42
Eure-et-Loir	23	10	4	37
Indre	10	12	0	22
Total	167	145	54	366

Remarque : ces données ont été calculées à partir de la confrontation entre le nombre de psychiatres libéraux, le nombre de psychiatres déclarés par les administrations des hôpitaux et des institutions et le nombre total de psychiatres inscrits au Conseil de l'Ordre par département.

Annexe 2 : questionnaire

Les Psychiatres et la Thérapie Familiale en Région Centre

Ce questionnaire est destiné à la réalisation de ma thèse de DES de psychiatrie. Il s'agit de faire un état des lieux de la perception que les psychiatres, quel que soit leur mode d'exercice, ont de la thérapie familiale, et de préciser leurs pratiques en matière d'orientation des familles pour lesquelles une thérapie familiale semble indiquée.

A- STATUT PROFESSIONNEL

1 Vous exercez en tant que :

- ☐ psychiatre
- ☐ pédopsychiatre
- ☐ les deux

2 Quel est votre mode d'exercice ?

- ☐ intra-hospitalier
- ☐ CMP
- ☐ autres types d'exercice en psychiatrie publique : précisez :
 - ☐ libéral
 - ☐ clinique psychiatrique privée
 - ☐ associatif : précisez :
 - ☐ autre : précisez :

3 Dans quel département exercez-vous ?

- ☐ Indre-et-Loire
- ☐ Loiret
- ☐ Loir-et-Cher
- ☐ Indre
- ☐ Cher
- ☐ Eure-et-Loir

4 Votre lieu d'exercice principal est dans une ville de :

- ☐ moins de 10 000 habitants
- ☐ 10 000 à 40 000 habitants
- ☐ 40 000 à 100 000 habitants
- ☐ plus de 100 000 habitants

Tours, Orléans : plus de 100 000 habitants ; Bourges, Chartres, Blois, Châteauroux : de 10 000 à 40 000 habitants

5 Dans quelle région avez-vous fait votre internat ?

6 Si vous avez fait votre internat en Région Centre, dans quelles villes avez-vous fait vos stages ?

7 En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?

8 Votre cursus :

- ☐ DES de psychiatrie

- ☐ DESC de pédopsychiatrie
☐ DU de psychiatrie. Depuis combien de temps exercez-vous en psychiatrie ?

9 Vous êtes :

- ☐ un homme
☐ une femme

B- GENERALITES

1 La thérapie familiale a-t-elle fait l'objet d'un enseignement au cours de votre formation ?

- ☐ aucun
☐ Présentation générale dans le cadre des cours obligatoires pendant l'internat
☐ Initiation dans le cadre de modules optionnels ou séminaires pendant l'internat
☐ Sensibilisation au cours de la FMC
☐ Formation de longue durée (2 ans ou plus)

2 Dans votre pratique, quelle place donnez-vous à la rencontre avec les familles? (une seule réponse possible)

- ☐ Vous ne recevez les patients qu'en individuel
☐ Vous recevez les patients en individuel mais il vous arrive de recevoir les familles de vos patients
☐ Vous pratiquez des entretiens familiaux régulièrement mais non systématiquement
☐ Vous pratiquez des entretiens familiaux le plus régulièrement possible
☐ Vous pratiquez la thérapie familiale

3 Comment définiriez-vous la notion de « thérapie familiale » ?

C- INDICATIONS

Ces questions concernent les psychiatres / pédopsychiatres qui ne pratiquent pas eux-mêmes la thérapie familiale.

1 Vous arrive-t-il de penser qu'une thérapie familiale pourrait être utile dans certaines situations ?

- ☐ Non
☐ Oui, parfois
☐ Oui, fréquemment
☐ Oui, de façon générale

1 bis Si vous avez répondu « parfois » ou « fréquemment » à la question 1, pouvez-vous citer quelques-unes de ces situations ?

1 ter Si vous avez répondu "non" ou "de façon générale" à la question 1, pouvez-vous commenter votre réponse ?

2 S'il vous arrive de penser qu'une thérapie familiale pourrait être utile, le suggérez-vous généralement au patient / à la famille ?

- ☐ oui
☐ non

2 bis Si oui, quelles sont, le plus souvent, les réactions du patient/de la famille ?(une seule réponse possible)

- ☐ refus clair
☐ indécision
☐ acceptation aisée

2 ter Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

- ☐ Vous appréhendez un refus
☐ Il n'y a pas de possibilité de thérapie familiale facilement accessible
☐ Vous privilégiez une approche individuelle dans un premier temps
☐ Vous ne savez pas vers qui orienter
☐ Autre:

3 D'une manière générale, comment envisagez-vous l'articulation possible entre thérapie familiale et thérapie individuelle ?

- ☐ Il vous semble préférable d'éviter que les deux aient lieu en même temps
☐ Lorsque la thérapie familiale est nécessaire, elle doit plutôt avoir lieu avant la thérapie individuelle
☐ Lorsque la thérapie familiale est nécessaire, elle doit plutôt avoir lieu après la thérapie individuelle
☐ Les deux peuvent avoir lieu en même temps
☐ Cela dépend de chaque situation
☐ Autre:

D- ADRESSAGE EN THERAPIE FAMILIALE

Ces questions concernent les psychiatres qui ne pratiquent pas eux-mêmes la thérapie familiale et qui ont déjà adressé des patients.

1 Comment procédez-vous généralement pour adresser des patients en thérapie familiale ?

- ☐ Vous leur donnez le conseil de consulter
☐ Vous leur fournissez des coordonnées
☐ Vous prenez vous-même contact avec des collègues avant de leur adresser la famille

2 Les adressez-vous plutôt :

- ☐ En thérapie familiale systémique
☐ En thérapie familiale psychanalytique
☐ Autre : précisez :
☐ Peu importe

3 Les adressez-vous plutôt :

- ☐ En libéral
☐ A l'hôpital
☐ Associatif
☐ Peu importe

4 Transmettez-vous des informations à vos collègues thérapeutes familiaux ?

- ☐ oui
☐ non

4 bis Si oui, quel type d'informations transmettez-vous ?

4 ter Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Par manque de temps
- ☐ Pour laisser vos collègues se faire leur propre idée de la situation
- ☐ Vous ne connaissez pas de thérapeutes familiaux
- ☐ Autre:

5 Souhaitez-vous que vos collègues thérapeutes familiaux vous fassent un retour sur leur prise en charge ?

- ☐ oui
- ☐ non

5 bis Si oui, quelles informations souhaitez-vous recevoir ?

6 Lorsque vous adressez des patients en thérapie familiale, cela modifie-t-il en général la suite de votre prise en charge ?

- ☐ oui
- ☐ non

6 bis Si oui, de quelle façon ? (1 seule réponse possible)

- ☐ Vous poursuivez votre prise en charge individuelle mais seulement dans le cas où une prescription médicamenteuse est nécessaire
- ☐ Vous arrêtez définitivement la prise en charge individuelle
- ☐ Vous proposez une suspension de la prise en charge individuelle pendant la thérapie familiale
- ☐ Autre:

6 ter En cas d'arrêt ou de suspension, quelle est/sont votre/vos motivation(s) ?

- ☐ Selon mes conceptions du fonctionnement psychique et interpersonnel, il n'est pas souhaitable d'être suivi simultanément en psychothérapie individuelle et familiale
- ☐ Sur un plan technique, je ne sais pas comment articuler les deux interventions
- ☐ Les patients refusent généralement cette double prise en charge
- ☐ Autre:

E- COMMENTAIRES LIBRES

Annexe 3 : répartition des psychiatres ayant répondu au questionnaire

	Exercice hospitalier exclusif	Autre : libéral, associatif, cliniques	Exercice mixte hospitalier/autre	Total
Indre-et-Loire	33	21	2	56
Loiret	14	14	2	30
Loir-et-Cher	2	12	1	15
Cher	2	6	1	9
Eure-et-Loir	6	4	2	12
Indre	0	3	0	3
Total	57	60	8	125

Annexe 4 : réponses détaillées à la question B3 (définir la notion de « thérapie familiale »)

N°	code	réponse
1	B3a	prise en compte de la famille pour le diagnostic et le traitement du patient et de son environnement en interactif
2	B3b	prise en compte de la notion de système, de patient symptôme d'un déséquilibre de la dynamique familiale
3	B3a	analyse du fonctionnement du système familial
4	B3c	Prise en compte dans un but thérapeutique de la famille en tant que système.ch
6	B3f	????
7	B3b, e	-accompagnement psychothérapique systémique de la famille dans la maladie du patient pour améliorer la prise en charge du patient. -thérapie de la famille lorsque le patiente est le symptôme.
8	B3f	complémentaire
13	B3c	agir sur l'environnement et les interactions relationnelles pour optimiser le changement ou le provoquer
15	B3a	travail sur les interactions familiales
17	B3b	Traitement d'une famille en tant que groupe aux interactions pathogènes
18	B3e	Thérapie systémique relativement brève pouvant déboucher sur une prise en charge plus individuelle , destinée plus particulièrement aux problèmes du sujet jeune
19	B3c	Notion abstraite à base de de connaissance théorique Eloigné de ma pratique. Carence dans mon arsenal thérapeutique système de soins qui intègre le sujet dans son environnement ou chacun se mobilise pour restaurer un Equilibre
20	B3a	mesurer la souffrance et les difficultés de communication entre les différents

		membres de la famille, la place occupée par chacun
21	B3d, e	Guidance Détoxification de l'infantile en souffrance Apprendre à se parler et s'écouter Réaménagement du partage de la souffrance Travail sur les représentations Exploration du monde interne à plusieurs Forme de psychothérapie institutionnelle
22	B3d	comprendre la place du malade designé, rétablir des relations familiales bénéfiques , amener les autres membres de la famille a se remettre en cause sans quoi tout progrès du patient est vain
23	B3 e	j'aime bien utiliser le terme de groupe familial en référence à l'anthropologie; le groupe qui entoure un patient. On peut recevoir un patient seul et "convoquer" de façon virtuelle et progressivement le groupe qui l'entoure. Et utiliser ainsi des références de la thérapie familiale.
24	B3a	Prise en charge globale d'une famille dont l'un des membre présente une symptomatologie
25	B3a	Approche du noeud systémique
26	B3b	Mise à plat du système dans lequel le sujet évolue, pour une mise en mot ou pour nouvelle équilibre considérant que le trouble psychique du sujet est une expression de ce système
27	B3a	Prise en charge de l'ensemble de la famille et non d'un seul patient.
28	B3b	Thérapie basée sur la prise de conscience des dysfonctionnements des liens familiaux
29	B3a	Forme de psychothérapie permettant de clarifier et éventuellement faire évoluer les leins et les positions au sein d'un groupe familial.
30	B3d	La thérapie familiale tente de favoriser les échanges entre les différents membres de la famille, rétablir la communication, aider à la verbalisation des affects et d'aborder certains troubles psychiatriques individuels à l'éclairage d'une approche familiale.
31	B3b, e	Les parents consultent pour un enfant "symptôme" d'un dysfonctionnement familial. La thérapie familiale est complémentaire du suivi individuel de l'enfant.
32	B3a,e	soin du patient en tant qu'individu faisant partie d'un système familial
33	B3a	thérapie des relations familiales horizontales et verticales
34	B3b	abord et soin de la famille considérée comme un groupe ,inscrit dans une histoire transgénérationnelle , générant un certain type de fonctionnement ou de dysfonctionnement ,avec ses valeurs , ses règles d'homéostasie ou délétères ,sécrétant certains types de liens ou de de pathologie .
35	B3d	Thérapie d'un groupe familial le plus souvent autour d'un de ses membres symptôme , qui tient compte des interactions , de la dynamique , afin de contribuer a faire évoluer les places et les représentations , de façon a ttablir de nouveaux equilibres moins pathogenes , voir aidants pour le patient ainsi que pour le groupe familial.
37	B3a	type de psychothérapie prenant en charge différents membres d'une meme famille
39	B3a	effet des interactions
40	B3c	La therapie familiale s'adresse aux familles en souffrance; son but : flexibiliser les relations intrafamiliales et sortir le, la patient de son symptome
42	B3f	avec des indications precises
44	B3f	

45	B3b	Comme la prise en compte d'un symptôme au sein d'un groupe (et non d'un seul individu) et replacé dans son contexte (historisation/ transgénérationne/ processus/ temporalité)
46	B3a	expression de chacun,de la problématique.interrelation.ecoute.mediation cognitive.reformulation....
47	B3a	thérapie systémique
48	B3e	la thérapie familiale est une psychothérapie d'inspiration psychodynamique qui vise selon les cas à restaurer une alliance thérapeutique, pratiquer une forme de "psychoéducation" des parents dans le contexte du trouble mental ou du handicap de leur enfant, agir sur/modifier les interactions familiales et croyances/déni d'une pathologie (troubles addictifs/TCA)pour modifier les mécanismes de défense des tiers familiaux pour une meilleure efficacité de la thérapie individuelle du patient. la thérapie familiale peut être menée parallèlement à une thérapie cognitive et comportementale du patient pour un meilleur bénéfice de celle-ci.
50	B3a	Prise en charge de la cellule familiale, des inter-actions entre les membres . Permettre à chacun de s'exprimer dans un cadre neutre et en présence de thérapeutes qui peuvent aider le dialogue.
51	B3f	Je n ai rien a en dire
52	B3e	Prendre en compte la problématique familiale pour mieux analyser, comprendre, et tenter d'aider le patient dans sa problématique personnelle
53	B3a	Analyse et soin des liens intra familiaux
54	B3c,e	- Prise en compte des interactions entre les membres de la famille pour favoriser la prise en charge du patient dont on a la charge – Etude et travail à la modification des interactions entre les membres de la famille pour améliorer la prise en charge plus globale des différents membres de la famille de manière simultanée
55	B3g	Comme une illusion : chacun est seul face à sa souffrance et à ses symptômes
56	B3c	Aide à la communication entre les membres de la famille autour de médiateurs qui peuvent dénouer les malentendus et conflits en facilitant la parole.
57	B3a	Prise en compte du système familial et des interactions entres ses membres
58	B3a	Prise en compte du système relationnel plus que des individus pris separement
59	B3b	Une thérapie basée sur la participation des membres de la famille qu'on considère qu'ils peuvent etre à l'origine de l'existence des symptomes psychiatriques ou de leurs exacerbations. Donc la thérapeutique doit etre axé sur le patient et sur les membres de la famille.
60	B3e	guidance parentale entretiens préliminaires
61	B3b, e	il existe une pratique de la thérapie familiale dans l'approche cognitive et comportementale. Historiquement, je me référerai à celle décrite par Pierre Janet dans les années 1900 dans "les médications psychologiques" C'est à dire la compréhension et l'évaluation du symptôme dans le système familial qui permettent la prise de conscience et une amélioration symptomatique
62	B3f	
63	B3a	mise en jeu d'interactions familiales dans un contexte tiers, permettant des échanges de récits et mythes familiaux, favorisant la compréhension ou la complexité,des dynamiques inconscientes.
64	B3f	thérapie pour toute la famille
66	B3b	Thérapie à laquelle participe différents membres d'une famille dans les

		situations où l'état clinique d'au moins l'un d'eux: 1)est fortement corrélé à la communication intra-familiale ou à l'histoire familiale 2) ou a des conséquences préjudiciables pour le reste de la famille
67	B3f	
70	B3f	J'ai une formation de thérapie familiale systémique et je suis formée au psychodrame analytique et au groupe. La définition dépend de l'outil de travail utilisé;...
71	B3d	ma définition : tentatives de résolution des conflits familiaux Réguler l'homéostasie du groupe/famille pour réduire les symptômes du patient désigné.
73	B3f	thérapie CENTREE sur la famille
74	B3a	Etude de la problématique du patient dans sa constellation d'origine avec observation des interactions et des symptômes familiaux autour d'un patient désigné.
75	B3f	
77	B3b	prise en compte de l'individu dans son environnement et son histoire familiale, relation entre les membres de la famille, psychopathologie des parents et de la fratrie, voire des grands parents;
78	B3b	prise en charge d'un système (famille) autour d'un patient dont les symptômes soit ont une repercussion sur les relations familiales, soit sont induits par un dysfonctionnement des relations familiales
79	B3a	Comme une thérapie de groupe, avec la mise à jour de son mode systémique.
80	B3d	"= prise en charge qui tient compte des multiples intrications transgénérationnels dans la formation des symptômes et qui tient aussi bien compte des potentiels d'évolution du système "famille".
81	B3b	Prise en charge, au cours du même entretien, de plusieurs membres de la même famille. l'idée est qu'une partie des symptômes peut être expliqué par un dysfonctionnement familial. Approche systémique ou analytique ou cognitivo-comportementale
82	B3a	Abord systémique des relations interpersonnelles familiales.
83	B3a	thérapie où l'on travaille sur la dynamique familiale
84	B3a	thérapie centrée sur la communication intrafamiliale, entre les individus d'une même famille
85	B3a	Étude et travail du système familial et de ses interactions
86	B3a	Technique de psychothérapie plus ou moins structurée basée sur les interactions familiales
87	B3d	<<Sens et fonction du symptôme dans le système familial.Chercher, soutenir les ressources et les compétences familiales l'individuation de ses membres.Engagement contractuel de la famille.
89	B3c	Processus entamé avec les membres d'une famille, visant à les aider à verbaliser leurs difficultés et à les mettre en perspective les uns par rapport aux autres, permettant ainsi une mise en mouvement des interactions familiales en vue d'atténuer la souffrance de chacun.
90	B3a	Prise en charge thérapeutique de plusieurs membres d'une famille de diverses inspirations.
93	B3a	prise en compte des gens avec qui le patient vit ou du moins a des contacts
94	B3a	thérapie du système familial ou de la dynamique familiale
96	B3g	le meilleurs moyen pour ne rien dire

97	B3b	Travail sur la dynamique et le système familiale. Travail sur l'enfant symptôme et soutenir les parents et l'ensemble de la famille pour supporter la sortie de cette dynamique familiale délétère
99	B3e	Inclure les relations du patient à sa famille dans la cure
100	B3a	poser une réflexion commune sur ce qu'on se raconte plus ou moins consciemment les uns sur les autres dans la vie de famille
101	B3a	analyser et tenter de faire évoluer les enjeux relationnels au sein d'une famille
103	B3a	Evaluation et modification des liens familiaux
104	B3a	thérapies prenna en charge plusieurs membres d'une même famille
106	B3b	Analyse des interférences intrafamiliale génératrices du trouble et essayer de les modifier
107	B3b	Réflexions de la famille autour du patient symptôme
108	B3b	Une approche de psychothérapie prenant en compte l'ensemble des personnes d'une même famille vivant sous le même toit et considérant que le symptôme d'un membre est révélateur d'un dysfonctionnement du groupe
109	B3a	Technique de psychothérapie spécialisée d'obédience systémique. Pour des indications précises.
110	B3a	analyse des interactions familiales
112	B3b	Thérapie mettant en jeu les membres de la famille souvent dans un contexte de patient désigné comme porteur du symptôme, en s'appuyant sur l'étude des interactions familiales si l'on est dans une approche systémique.
113	B3g	Comme une notion mal pensée. Une thérapie ne peut s'appliquer qu'à un sujet.
115	B3a	Technique thérapeutique faisant du groupe familial le niveau d'intervention le plus pertinent
117	B3c	le but permettre que chacun des membres puissent vivre ensemble malgré les malentendus et repositionner progressivement chacun dans une place qui lui est propre et respecte l'espace de l'autre
118	B3b	la thérapie familiale permet d'intégrer la symptomatologie du patient dans le fonctionnement relationnel familial
119	B3a	J'ai beaucoup de mal à définir la thérapie familiale sans aborder la notion de "système" et il me semble indispensable de différencier la réflexion systémique de la thérapie familiale en tant que telle (qui me semble uniquement être une émanation bien particulière de l'approche systémique). En effet la réflexion initiale s'est me semble-t-il faite dans le cadre d'approches individuelles mais avec l'abord des problématique par la question des "relations" de l'individu avec son entourage (cf. les travaux de Palo Alto et de MH. Eriskson).
120	B3b	Prise en charge d'une famille dont un membre a été désigné comme symptomatique. Analytique ou systémique
121	B3a	Thérapie centrée sur les interactions et relations interpersonnelles dans la famille
122	B3b	c'est une approche de la problématique d'un enfant au travers de ses liens avec son environnement familial et le fonctionnement du système familial
123	B3b	prise en charge specialisee du syst familial provoquant des difficultes
124	B3b	Thérapie où la problématique individuelle du patient est analysée sous l'angle plus général de ses relations à son environnement familial. Dans ce cadre de prise en charge, la famille sera ainsi prise en charge dans sa globalité à l'aide d'entretiens familiaux.

125	B3d	Méthode psychothérapeutique centrée sur les interactions entre plusieurs individus et orientée vers la résolution de problèmes présentant une causalité circulaire.
126	B3e	Je pense qu'il faut distinguer d'abord les entretiens familiaux d'évaluation et d'orientation (généralement un à trois entretiens) des thérapies familiales proprement dites qui peuvent s'étaler sur une ou plusieurs années. J'ai reçu une formation intégrative. Mon optique n'est pas de chercher un "pourquoi" à la pathologie de l'enfant dans le fonctionnement familial mais de chercher un "comment" la famille, par une meilleure compréhension des caractéristiques propres à l'enfant et en tenant compte de ses ressources peut aider l'enfant à évoluer favorablement
127	B3a	Prise en charge d'un groupe familial avec un travail à visée thérapeutique axé sur les interactions entre les membres du groupe et entre le groupe et son environnement
128	B3d	Une approche globale du problème qui n'impute pas à un seul individu des difficultés qui sont aussi (parfois essentiellement) familiales, en tous liées aux interactions entre les membres d'une même groupe familial. Par l'idée est d'aider la famille à trouver en son sein des modalités différentes de fonctionnement qui lui permettront de s'adapter autrement aux questions ou tensions qu'elle rencontre.
129	B3b	accord d'une famille pour s'entretenir autour d'une tension portée au départ par un de ses membres mais dont la famille admet même à demi mot qu'elle les concerne tous à des degrés variable
130	B3b	relations dysfonctionnelles
131	B3d	Prendre soin du lien, et accompagner le changement d'un système dans sa globalité, quand l'individu seul ne peut plus évoluer car ramené aux règles définies implicitement pas le système familial.
132	B3a	Modalité d'investigation et thérapeutique faisant impliquer un ou plusieurs membres de la famille
133	B3a	thérapie avec tous les membres de la cellule familiale, chacun ayant de possibilité de continuer son suivi antérieur.
134	B3b	prise en charge prenant en compte le système familial, son fonctionnement et les conséquences/interactions de celui ci sur symptomatologies des membres du groupe
136	B3a	Thérapie basée sur la prise en compte des interactions au sein d'un milieu
137	B3a	Travail thérapeutique de groupe, membres de la famille nucléaire, concernant les interactions et la dynamique des liens intrafamiliaux
138	B3d	Mise en mouvement des relations familiales et de chaque membre de la famille pour favoriser un changement permettant une amélioration du patient désigné et de son entourage ou le dépassement d'une crise familiale.
139	B3a	Forme de psychothérapie centrée sur les interactions du système familial
140	B3a	soigner, aider, résoudre des pathologies de relations, de liens mis à mal, si actuels dans les troubles de communication illusoire de surcroît dans la société : donc médiatiser la psychiatrie ! et le soin psychiatrique
141	B3f	
142	B3b	prise en compte et repérage pathologies transgénérationnelles et leurs impacts sur le patient symptôme
143	B3b	travail sur un système perturbé par une pathologie (pathologie d'un mb

		désigné par la famille) vu par un dysfonctionnement (dysfonctionnement des relations familiales). travail qui demande une très forte implication de tous les membres de la famille, la thérapie familiale est différente des entretiens de soutien de la famille d'un patient ou de psychoéducation.
144	B3c	des entretiens familiaux réguliers visant à étudier le fonctionnement familial, le mode relationnel familial. l'objectif est de créer une nouvelle dynamique relationnelle basée sur la communication
145	B3a	le terme "thérapie" m'encombre. il s'agit d'amener les protagonistes à se parler si faire se peut, à un peu d'écoute les uns envers les autres
146	B3a	la prise en compte multimultifactorielle des sujets composant la famille avec ses structures : père / mère, parents / grands-parents / enfants
147	B3f	suivi global et surtout intéressant en pédopsy
148	B3b	-permettre la communication –repérer les symptômes dysfonctionnels –repérer le sujet symptôme de ce dysfonctionnement
149	B3c	rencontre avec les familles afin de mieux améliorer la communication au sein du système familial tout en restant neutre sans parti pris
150	B3f	
151	B3d	technique thérapeutique basée sur une approche globale du contexte familial considéré comme un système où la communication et la relation en général sont pathologiques, aboutissant à la souffrance d'une ou de plusieurs de ses membres; la thérapie dans ce cas viserait à changer le type de relation des membres de la famille entre eux
152	B3a	prise en charge groupale de la famille, parents enfants sans oublier les "ancêtres". travail autour du Pacte ... (?), des alliances inconscientes qui lient la famille
153	B3e	donner la parole à chacun des membres intervenant dans la vie du patient

Annexe 5 : réponses détaillées à la question C1 bis (S'il vous arrive de penser qu'une thérapie familiale pourrait être utile dans certaines situations, pouvez-vous citer quelques-unes de ces situations ?)

N°	code	réponse
2	C1bis b,g	fréquemment chez des adolescents ou lorsqu'on perçoit très tôt qu'il y a des enjeux avec les autres membres de la famille
3	C1bis a,b,g,p,y	addictions enfant/adolescent symptôme distorsion des liens
4	C1bis a,g,y	Quand les interactions familiales multiples influent à l'évidence & sur les troubles psy de l'enfant suivi.
7	C1bis f,g,h,x,y	-lors de freins à un bon accompagnement du patient dans sa maladie. - lorsque la maladie du patient apparaît comme le symptôme d'un dysfonctionnement famille ou pour amener vers le soins un autre membre de la famille.
13	C1bis b	surtout chez les adolescents
15	C1bis b,g,q	difficultés relationnelles entre jeune adulte et parents anorexie mentale
17	C1bis g	situation où l'amélioration d'un patient est compliquée par la

		destabilisation de sa famille
18	C1bis b,d	dans certains problèmes psychologiques de l'adolescent ou pour des problèmes de couple
20	C1bis d,g	conjugopathie; relations difficiles avec des enfants
21	C1bis a,b,g,r,u,y	Modifier les places occupées par des enfants symptômes (adolescents, psychotiques, troubles de la personnalité) Accompagner les familles à comprendre et accepter les problèmes d'un enfant ou d'une frère ou soeur Thérapie familiale au sens "donner la place à tout le monde" (même aux bébés)
22	C1bis a,b,g,i,w,y	Presque toutes, mais surtout quand les relations sont très mauvaises!, que la patient dépend encore de sa famille, qu'il est jeune, qu'il est pris en otage dans un conflit parental par ex..
23	C1bis a,b,c,i,w	fréquemment en pédopsychiatrie ; dans tous les cas où il y a une question d'autonomie et d'indépendance.la question est de s'intéresser dans un premier temps au groupe qui entoure un patient.J'ai beaucoup développé ce sujet dans le mémoire de C.E.S. de psychiatrie.avec le titre: des entretiens familiaux à la pratique quotidienne.
24	C1bis a,b,q	Troubles alimentaires Jeunes patients
25	C1bis b,m,q,r,s,u	Anorexie mentale Troubles de l'adolescence trouble de la personnalité de l'adulte (notamment dans la prévention des décompensations dépressives ou suicidaires) ... Premiers épisodes schizophréniques ou bipolaires.
26	C1bis g,m,p	mise en scène autoagressive pour faire réagir entourage consommation de SPA pour supporter une tension familiale report d'un enfant décédé sur un puiné ...
27	C1bis g,h,y	- impact de la famille dans le maintien des symptômes - problématique de communication dans la famille - souffrance familiale
28	C1bis d	Difficultés de couple
29	C1bis c,g,i,j,y	Inversion des rôles patient-enfants (gériatrie) Conflits familiaux dont la personne âgée est l'otage Relations difficiles parents-enfants, entre les enfants Situations de maltraitance Fins de vie
31	C1bis a,g,j,o,q	Troubles du comportement alimentaire Troubles des conduites de l'enfant Dysfonctionnements familiaux Climat familial incestuel
37	C1bis b,g,h	adolescents en conflits avec les parents attitudes dysfonctionnelles de certains membres de la famille entraînant une souffrance pour eux mêmes et/ou pour leurs proches
39	C1bis a,r,v	enfants schizophrénie maladie physique chronique
40	C1bis b,i,k,q	devoilement de secrets familiaux, anorexie, conflits éducatifs autour d'un ado en souffrance
46	C1bis b,o,r	trouble du comportement chez l'ado.prise en charge d'1 trouble psychotique chez 1 membre de la famille....
47	C1bis g,i	Quand le dialogue entre parent et enfant passe mal
48	C1bis b,i,p,q,v,z	-handicap psychique et dépendance du patient -troubles addictifs dont TCA des adolescents -maladies somatiques chronique d'un membre de la famille -pathologie génétique...
50	C1bis d,g,y	Conflits conjugaux , symptômes en liens avec les relations familiales
51	C1bis g	Dans des situations très conflictuelles

52	C1bis a,b,g,q,y	Quand un patient semble être "symptôme" d'une problématique familiale. Dans de multiples situations de souffrance psychique de l'enfant Dans des tableaux d'anorexie mentale d'adolescentes
53	C1bis b,g	Pour les patients qui sont un symptôme de la pathologie familiale, pour les enfants malades en général
54	C1bis b,g,p,q,,v	- Patients adultes jeunes avec problématique de santé physique pour lesquels les interactions familiales peuvent constituer un facteur d'entretien du trouble (en particulier obésité chez jeune adulte avec trouble du comportement alimentaire) - Addictions avec ou sans drogue avec demande de soins initiée par la famille (ex. : addiction aux jeux vidéos)
56	C1bis a,d,g,h	enfants en souffrance dans le cas de la maladie psychiatrique d'un parent. Conflit conjugal où un conjoint est désigné malade.
57	C1bis a,d,g,j,y	enfant en difficulté personne considéré comme bouc émissaire divorce violences conjugales et familiales
58	C1bis h,p,q,x	Plusieurs même tes de la famille voient Plusieurs membres de la famille voient un thérapeute en individuel Addictions Anorexie mentale
59	C1bis a,b,d,g	- Dimensions familiales est très importantes (enfants, ado, conjoint...) - Dysfonction dans la dynamique familial et son influence négative.
60	C1bis f	situations ou la pathologie parentale est prédominante
61	C1bis o,p,q,r,s,t,u	TCA, anxiété généralisée dépression trouble de la personnalité addictions troubles psychotiques
63	C1bis f,g,h,x,y	besoin d'information pour dédramatiser les soins du désigné malade, relance des échanges interpersonnels,initiation à une forme de co thérapie, permettre un désir de soin individuels pour d'autres que le désigné malade etc...
64	C1bis h	souffrance de plusieurs personnes d'une même famille
66	C1bis g,h,y	2 types de situations décrites dans la réponse précédente : (Thérapie à laquelle participe différents membres d'une famille dans les situations où l'état clinique d'au moins l'un d'eux: 1)est fortement corrélé à la communication intra-familiale ou à l'histoire familiale 2) ou a des conséquences préjudiciables pour le reste de la famille)
70	C1bis a,g,y	Quand l'enfant est seulement le symptôme de la famille qui dysfonctionne par exemple
71	C1bis d,o	conjugopathies conflits familiaux avec conduites "agies"
74	C1bis i,k	Problématiques fusionnelles, situations d'inhibitions majeures avec blocage des représentations psychique, secrets de famille...
77	C1bis w	la quasi totalité de mes prises en charges de pédopsychiatrie se fait sur un mode d'entretiens familiaux;
78	C1bis a,b,m,p,q,s	trouble du Cpt alimentaire, TS, symptomatologie dépressive d'un ado ou enfant, conduites addictives...
79	C1bis g,m,p,q,o	Anorexie Conflits familiaux conduites suicidaires ou à risque
81	C1bis g	familles au sein desquelles l'interaction paraît dysfonctionnelle
82	C1bis b,d	Pathologie de l'adolescent. Conjugopathies
84	C1bis d,f,g,y	problèmes de couple, problèmes d'acceptation d'un diagnostic de maladie psychiatrique grave chez un membre de la famille, conflits

		familiaux favorisant un ou des symptômes chez un membre de la famille
85	C1bis d,p,r	Conjuguopathie, psychose, toxicomanie....
86	C1bis g,x	absence d'alliance thérapeutique avec les parents symptomatologie associée entre parents et patient
89	C1bis a,b,d,e,p	une situation de séparation conjugale difficile, une patiente adulte retournant vivre chez sa mère et regrettant que son père ne s'occupe pas d'elle, un enfant qu'on reçoit au cmp enfants et dont on apprend que les deux frères ont été suivis aussi, une jeune adulte prise dans des injonctions paradoxales de la part de ses parents qui lui apportent les produits dont elle est dépendante....
90	C1bis y	patient symptômes
93	C1bis g	difficultés à comprendre la souffrance de l'autre
94	C1bis b,o	problématique adolescente, troubles du comportement. patients recus au CMP
99	C1bis b,c	Adolescents, démences
100		question trop vaste !
103	C1bis d,t	Difficultés de couple Faible estime de soi
106	C1bis p,t,u	Alcoolodépendance, certains troubles de la personnalité et anxieux
107	C1bis b,g,i,r	jeune patient psychotique ayant des relations conflictuelle avec ses parents Femme ayant des problèmes importants avec son fils adolescent difficile
108	C1bis p	Addictions
109	C1bis g,h	Lorsqu'un trouble psychique retentit sur le reste de la famille. Ou en terme de résolution de conflit transgénérationnel
110	C1bis b,i	phases de transition : adolescents si définition vague: entretien avec les familles et le patient chaque fois que l'autonomie est en cause
117	C1bis g,h,y	quand il existe un dysfonctionnement latent à l'intérieur 'un cercle familial dont tout le monde souffre et qui aboutit à l'exclusion ou l'inclusion d'un membre
118	C1bis b,g,y	adolescents en difficultés, pathologie en relation avec un conflit familial
120	C1bis i,v	En tant qu'interne de pédopsychiatrie, quasi lors de toutes les prises en charge. Actuellement, détenus immatures avec problématiques très adolescentes
121	C1bis d,g,i,s	-Conjugopathies -Dépression réactionnelle aux conflits familiaux - Etat dissociatif dans un contexte de naissance d'un enfant sur terrain de conjugopathie
122	b,e,m	adolescente qui a des propos suicidaires, est en souffrance, et qui peine à trouver sa place dans la fratrie
125	C1bis b,g,q	Travail auprès d'adolescents. Enjeux de loyautés contraires. Troubles du comportement alimentaire...
129	C1bis a,d,h,n	refus scolaire avec antécédent parental , crise de couple , dépression d'un enfant ,
130	C1bis g,r	relations d'un patient schizophrène avec sa famille, par exemple le module "pro-famille".
132	C1bis f,g,y	Lorsque le patient paraît préoccupé par sa position ou des pressions au

		sein de la famille Evaluation des échanges intrafamiliaux et leurs incidences sur le cours de la maladie
133	C1bis a,b	difficultés avec les enfants et/ou les adolescents par exemple
134	C1bis g,p	en milieu carcéral pbtiques familiales différentes et fréquentes pb addictions
137	C1bis g,y	Lorsque la dynamique familiale influence , maintien ou cree le symptome
139	C1bis b,d,r,w	Dans tous les cas où la famille est présente et disponible / adolescents,problématique de couple, patient schizophrène, etc
140	C1bis g,r,s,x	1-"dépressions" à tous âges 2-impasse th avec certains patients 3-travailler les relations interindividuelles
141	C1bis g,i	conflit autour éducation des enfants
142	C1bis d,e,h,i,j,l,n,p,s ,t	-inceste -sd dépressif -pathologie conjugale -problème dans la fratrie - psychose maniaco-dépressive -névrose d'échec -difficulté à être parent -alcoolisme -échec scolaire -adoption
143	b,g,h,o	adolescent en rupture familiale avec un retentissement important. troubles du comportement avec famille perturbée etc. ou "parent malade" et souffrance du conjoint et des enfants
144	C1bis g	quand il y a trop de conflit familial. quand chaque membre de la famille reste sur sa position et rejette l'autre.
145	C1bis r,x	situation de familles accueillant un schizophrène adulte
146	C1bis h	quand plusieurs personnes d'une même famille sont en grande souffrance
147	C1bis g,y	-"abandon" du patient -patient symptôme d'un difficulté familiale
149	C1bis b,d,g,o	adolescent ayant des troubles du comportement (16-18) au sein d'un système familial dysfonctionnel difficultés conjugales liées à un problème de communication
151	C1bis g	communication pathogène entre parents et enfants
153	C1bis g,k,z	secret de famille, gros blocage de communication, prise en charge patient lourd

VII-BIBLIOGRAPHIE

- ACKERMAN N. (1937), « The Family as a Social and Emotional Unit », in Bulletin of the Kansas Mental Hygiene Society 12 : 2
- ACKERMAN N. (1958), Psychodynamics of Family Life : Diagnosis and Treatment of Family Relationships. New York, Basic Books.
- ALEXANDER J.F., ROBBINS M., SEXTON T. (2001) : The Developmental Evolution of Family Therapy, in Liddle, A. H., Santisteban, D.A., Levant, R.F., Bray, J.H. (2001) : *Family Psychology. Science-based intervention*, American Psychological Association, Washington.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- ANAUT M. (2012), Les thérapies familiales, Approches systémiques et psychanalytiques. Editions Armand Collin, Paris
- ANAUT M. (2010), « Les processus de résiliences familiales : pistes de réflexions et axes de travail avec les familles », in Delage M. et Cyrulnik B. (dir.), Famille et Résilience. Paris, Odile Jacob, p.38-59
- AUSLOOS G. (1995), La compétence des familles. Paris, Erès
- BATESON G., HALEY J., JACKSON D., WEAKLAND J.H. (1956), « Toward a Theory of Schizophrenia », Steps to an Ecology of Mind, p. 201-227
- BAUCOM D.H., SHOHAM V., MUESER K.T., DAIUTO A.D., STICKLE T.T. (1998) : Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems, J. Consult Clin Psy., 66, 53-88
- BEACH S. (2001), *Marital and family process in a depression. A scientific foundation for clinical practice*. Washington, DC : American Psychological Association
- BERTALANFFY L. VON (1947), General System Theory, New York, George Braziller
- BION (1962), Aux sources de l'expérience, Bibliothèque de psychanalyse, PUF
- BOARDMAN W.K. (1962), « Rusty : A brief behaviour disorder », Journal of Consulting Psychology, t. 26, p. 293-297
- BOSZORMENYI-NAGY I., SPARK G.M. (1963), Invisible Loyalties. New York, Harper and Row
- BOWEN M. (1980), « Key to use of the Genogram », in CARTER E. et McGOLDRICK M., *The Family Life Cycle : a Framework for Family Therapy*, New York, Gardner Press
- BOWEN M. (1978), La différenciation du soi, les triangles et les systèmes émotifs familiaux. Paris, ESF, 1984
- BOWLBY J. (1940), « The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character », *International Journal of Psycho-Analysis*, XXI, p. 1-25

- BROWN, G. W., RUTTER, M. (1966) The measurement of family activities and relationships: methodological study. *Human Relations*, 19, 241 -263.
- BUTZLAFF, AM, HOOLEY, JM. Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry* 1998 ;55:547-552.
- CANO A., O'LEARY K.D. (2000) : Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology* 68 (5), 774
- COATSWORTH J.D., SANTISTEBAN D.A., McBRIDE C.K., SZAPOCZNIK J. (2001) : Brief Strategic Therapy versus Community Control : Engagement, Retention, and an Exploration of Moderating Role of Adolescent Symptom Severity, *Family Process*, 40, 3, 313-332.
- DUVALL E., KERCKHOFF R. (1958), *Implication for education through family life cycle*, in Marraige and Family living 20 (4) p. 334-343
- EIGUER A. (1995), « Le thérapeute familial psychanalytique comme étranger, familial et parent adoptif : processus évolutif du transfert », in *Panorama des thérapies familiales*, sous la direction de Mony Elkaïm, Editions du Seuil, p. 143-156
- EISLER I., Dare C., RUSSEL G.F.M., SZMUKLER G., Le GRANGE D., DODGE E. (1997) : Family and individual therapy in anorexia Nervosa. A five year follow-up, *Arch Gen Psychiatry*, 54 : 1025-1030
- ELLIOTT D.S. (1998) : Editor's introduction, in Elliot D. (Series Ed.), Book Three : *Blueprints for violence prevention*, Venture Publishing, Golden CO and C & M Press, Denver, CO
- ELKAÏM M. (1995), *Panorama des thérapies familiales*, Editions du Seuil.
- EREL O, BURMAN B (1995) : Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, Vol 118(1), Jul 1995.
- FALLOON I.R.H., BOYD J.L., MCGILL C.W., (1984), *Family care of schizophrenia*. New York : The Guilford Press
- FALLOON I.R.H (1991), « behavioural family therapy », in Gurman A.S. et Kniskern D.P. (éd), *Handbook of Family Therapy*, New York, Bruner/Mazel
- FERENCZI S. (1932), « La confusion des langues entre les adultes et l'enfant », *Œuvres complètes*, Paris, PUF, t. IV
- FRANCK J. (1985) : Therapeutic components shared by all psychotherapies, in Mahoney M.J., Freeman A. (Eds.) : *Cognition and psychotherapy*, Plenum Press, New York & London
- GORDON D.A., ARBUTHNOT J., GUSTAFSON K., MCGREEN, P. (1988) : Home-based behavioral systems family therapy with disadvantaged juvenile delinquents, *American Journal of Family Therapy*, 16, 243-255
- HALEY J. (1959), « The family of the schizophrenic », *American Journal of Nervous and Mental Diseases*, n°129, p. 357-374
- HALEY J. (1976) : *Problem-solving therapy*. Jossey-Bass, San Francisco, CA.

HENDRICK S. (2002) : Les émotions exprimées. Le point de la recherche et son apport à la théorie familiale systémique, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 29, 139-166, De Boeck, Bruxelles

HENDRICK S. (2007) : Un modèle de thérapie brève systémique, *Thérapie Familiale*, 28, 2, 121-138.

HENDRICK S. (2009a), « Efficacité des thérapies familiales systémiques », *Thérapie Familiale*, Genève, Vol. 30, No 2, pp. 211-233

HENDRICK S. (2009b) : Problématique et méthodologies de l'évaluation des psychothérapies, *Thérapie Familiale*, 30, 2, 147-165.

HENGGELE S.W., PICKREL S.G., BRONDINO M.J. (1999) : Multisystemic treatment of substance abusing and dependent délinquents : Outcomes, treatment fidelity and transportability, *Mental Service Research*, 1, 171-184.

HOOLEY J.M., GOTLIB I.H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Journal of Applied and Preventive Psychology*, 9, 135-151.

JACOB T. (dir.) (1987), « Family Interaction and Psychopathology : Historical Overview », *Family Interaction and Psychopathology : Theory, Methods and Findings*, New York, Springer

JACKSON D.D. (1954), « Suicide », *Scientific American*, n° 191, p. 88-96.

JACKSON D.D. (1957), « The Question of Family Homéostasis », *Psychiatric Quarterly Supplement*, 31 : 79-90, 1ère partie

JACKSON D.D. (1968), Human communication. Vol. 1, Communication family and marriage. Palo Alto, CA : Science and behavior books.

LAFORGUE R. (1936), « La névrose familiale » (IXème conférence des psychanalystes de langue française). *Revue française de psychanalyse*, 1936, IX, 4, p. 327-359

LAFORGUE R. (1994), Au-delà du scientisme, Paris : Guy Trédaniel, Editeur

LAQUEUR P.H. (1976), Multiple family therapy, in : Philip J., Guerin J., eds, Family therapy : theory and practice. New York : Garner Press Inc., 405-16

LIDDLE H.A. (2002a): *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users*, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Vol. 5. DHHS Publication No. (SMA) 02 -3660. Rockville, MD : Center for Substance Abuse Treatment.

LIDDLE H.A., DAKOF G.A. (2002b) : A randomized controlled trial of intensive outpatient, family-based therapy vs residential drug treatment for co-morbid adolescent drug abusers, *Drug and Alcohol Dependence*, 66, S2-S202, S103.

LIDDLE H.A. (2004) : Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use : research contributions and future research needs, *Addiction*, 99 (Suppl 2), 76-92.

LEMAIRE J.G. (1989), Famille, amour, folie. Paris : le Païdos. Centurion

LEWIN K. (1947), « Frontiers in Group Dynamics : Concept, Method and Reality in Social Science ; Social Equilibria and Social Change », *Human Relations*, juin 1947, 1, p. 5-41

- LOVIBOND S.H. (1963), « The mechanism of conditioning treatment of enuresis », *Behavior, Research and Therapy*, t. 1, p. 17-21
- MAHONEY M.J. (1974), *Cognitive and Behavior Modification*, Cambridge, Massachusetts, Ballinger
- MEICHENBAUM D.H. (1977), *Cognitive Behavior Modification*, New York, Plenum
- McFARLANE W.R. (1983), *Family therapy in schizophrenia*. New York, London : The Guilford Press
- MIERMONT J. (2004), *Thérapies familiales et psychiatrie*, Collection Références en psychiatrie, Doi
- MINUCHIN S., FISHMAN H.C. (1999) : *Family Therapy Techniques*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts. (5e éd., B. L., Liebman., 1re éd en 1988).
- MINUCHIN S. (1996), « La guérison familiale, mémoires d'un thérapeute », ESF
- NEUBURGER R. (1984), *L'autre demande*, ESF Paris
- PAUZE R., PETITPAS J. (2013) : « Evaluation du fonctionnement familial : état des connaissances », *Thérapie Familiale* 1/ 2013 (Vol. 34), p. 11-37
- PIAGET J., INHELDER B. (1966), *La Psychologie de l'Enfant*, Paris : Presses Univ. de France
- PIAGET J. (1970), *L'épistémologie génétique*, Paris : Presses Univ. de France
- PINEL Ph (1801), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Edité par P., Richard, Caille et Ravier, An IX (1801)
- RUFFIOT A., EIGUER A., LITOVSKY DE EIGUER D., GEAR M.C., LIENDO E.C., PERROT J. (1981), *La thérapie familiale psychanalytique*, Paris : Dunod
- RUSSELL B., WHITEHEAD A.N. (1910), *Principia Mathematica*. Cambridge, Cambridge University Press
- SANDBERG J.G., JOHNSON L.N., DERMER S.B., GFELLER-STROUTS L.L., SEIBOLD J.M. *et al* (1997) : demonstrated efficacy of models of marriage and family therapy : an update of Gurma, Knisker and Pinsof's Chart, *Am. J. Family Therapy*, 25, 121-137
- SANTISTEBAN D.A., COATSWORTH D., PEREZ-VIDAL A., MITRANI V., JEAN-GILLES M., SZAPOCZNIK J. (1997) : Brief Structural/strategic therapy with African American and Hispanic high-risk youth, *Journal of Community Psychology*, 25, 5, 453-471
- SANTISTEBAN D.A., COATSWORTH D., PEREZ-VIDAL A., KURTINES W.M., SCHWARTZ S.J., LaPERRIERE A., *et al* (2003) : The efficacy of brief strategic/structural family therapy in modifying behavior problems and exploration of the mediating role that family functioning plays in behavior change, *J. of Family Psychology*, 17, 121-133

SANTISTEBAN D.A., MORALES L.S., ROBBINS M.S., SZAPOCZNIK J (2006) : Brief Strategic Therapy : Lessons Learned in Efficacy Research and Challenges to Blending Research and Practice, *Family Process*, 45, 2, 259-271

SARTRE J.P. (1938), La nausée. Folio

SATIR V. (1972), Peoplemaking. Palo Alto, Science and Behaviour Books

SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G. (1978), Paradoxe et contre-paradoxe. Paris, ESF

SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G. et PRATA G. (1983), «Hypothétisation, circularité, neutralité», *Thérapie Familiale*, 4, 117-132.

SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G. et PRATA G. (1984), « Le problème du référent en thérapie familiale », *Thérapie familiale*, Genève, vol. 5, N° 2, p 89-99

SEXTON T.L., ALEXANDER J.F. (2002) : Functional family therapy : An empirically supported family based interventions model for risk adolescents and their families. Wiley Series in Couples and Family dynamics and Treatment, *Comprehensive handbook of Psychotherapy*. Volume II : *Cognitive/behavioral/functional* (Patterson T., Ed), John Wiley & Sons, New York

SHADISH W.R., MONTGOMERY L.M., WILSON P., WILSON M.R., BRIGHT I., OKWUMABUA T. (1993) : « Effects of marital and family psychotherapies : A meta-analysis », *J Consult Clin Psychol*. 1993 Dec;61(6):992-1002

SZAPOCZNIK J., SCOPETTA M.A., ARANALDE M.A., KURTINES W.M. (1978) : Cuban value structure : Clinical implications, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 5, 961-970

SZAPONICZNIK J., KURTINES W., FOOTE F., PEREZ-VIDAL A., HERVIS O. (1983) : Conjoint versus one-person family therapy : some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 6, 889-899

SZAPOCZNIK J., RIO A., MURRAY E., COHEN R., SCOPETTA M.A., RIVAZ-VASQUEZ A., et al (1989) : Structural family versus psychodynamic therapy for problematic Hispanic boys, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 961-970

SZAPOCZNIK J., COATSWORTH D. (1999) : An ecodevelopmental framework for organizing the influences on drug abuse : A developmental model of risk and protection, in Glantz M.D., Hartel C.R. (Eds.) : *Drug abuse : Origins & Interventions* (pp. 331-366), American Psychological Association, Washington, DC.

VAUGHN C., LEFF J.P. (1976) : The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.

WALDRON H. (1997) : Adolescent substance abuse and family therapy outcome. A review of randomized trials, in Ollendick T.H., Prinz R.J. (Eds.) : *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 199-234, Plenum Press, New York

WATZLAWICK P., BEAVIN J.H., JACKSON DON D. (1967), Une logique de la communication. Traduction française : éditions du Seuil, 1972

WEAKLAND J.H., FISCH R., WATZLAWICK P., BODIN A.M. (1974) : Brief Therapy : Focused Problem Resolution, *Family Process*, 13,2

WEISS R.L., HOPS H., PATTERSON G.R. (1973), *Spouse Observation Checklist (SOC)*, in « A framework for conceptualizing marital conflict, technology for altering it, some data for evaluating it », in Hammerlynck L.A., Handy L.C., Mash E.J. (éd), *Behavioral Change : Methodology, Concepts and Practice* ; Champaign, Illinois, Research Press, p. 309-342

WISHMAN MA, BRUCE ML. (1999) : Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology*. 1999;108:674–678.

WHITAKER C.A., MALONE T.P. (1981), *The Roots of Psychotherapy*. New York, Brunner/Mazel

WHITAKER C.A., BUMBERRY W.M. (1988), *Dancing with the family : a symbolic-experiential approach*. New York, Brunner/Mazel

WILLIAMS C.D. (1959), « The elimination of tantrum behavior by extinction procedures », *Journal of Abnormal and Social Psychology*, t. 59, p. 269

WITTGENSTEIN L. (1980), *Remarks on the philosophy of psychology*. Eds. G.E.M. Anscombe & G.H. von Wright. Chicago : University of Chicago Press