



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

David SUI-SENG

le 4 mai 2010

MODES D'ENTREE EN THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE.

Expérience du CIRFA de Nancy sur une année.

Examineurs de la thèse :

M. D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	Président
Mme C. VIDAILHET	Professeur	Juge
M. B. KABUTH	Professeur	Juge et Directeur
M. J.M. VIGUIER	Docteur en médecine	Juge

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

David SUI-SENG

le 4 mai 2010

MODES D'ENTREE EN THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE.

Expérience du CIRFA de Nancy sur une année.

Examineurs de la thèse :

M. D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	Président
Mme C. VIDAILHET	Professeur	Juge
M. B. KABUTH	Professeur	Juge et Directeur
M. J.M. VIGUIER	Docteur en médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- Pédagogie :
- 1^{er} Cycle :
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et
universitarisation études para-médicales »
- 2^{ème} Cycle :
- 3^{ème} Cycle :
- « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
- « *DES Spécialité Médecine Générale* »
- Filières professionnalisées :
- Formation Continue :
- Commission de Prospective :
- Recherche :
- DPC :

Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ

Professeur Bernard FOLIGUET

M. Christophe NÉMOS

Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Francis RAPHAËL

M. Walter BLONDEL

Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur Didier MAINARD

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIOWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

À Monsieur le Professeur D. SIBERTIN-BLANC.

Professeur de Pédopsychiatrie

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse.

Je sais votre temps précieux et « multipartagé ».

À cet égard, je tiens à vous témoigner ici toute ma gratitude et mon inestimable respect.

À Madame la Professeure C. VIDAILHET.

Professeur de Pédopsychiatrie

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de juger ce travail.

Et je garde en mémoire vos encouragements salutaires.

Je vous prie de trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon admiration distinguée.

À Monsieur le Professeur B. KABUTH.

Professeur de Pédopsychiatrie

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger et de juger ce travail.

Je vous suis reconnaissant tout à la fois de m'avoir accordé votre confiance et d'avoir exprimé votre intérêt pour la théorie systémique.

J'ai pu apprécier votre vision systémique au travers des concepts de cette épistémologie.

Je vous prie de recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma plus vive estime.

À Monsieur le Docteur J.M. VIGUIER.

Je vous remercie vivement d'avoir accepté de juger ce travail.

Votre aide m'aura été précieuse pour constituer ce jury.

J'apprécie à ce titre votre disponibilité.

Je vous prie de trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

À **Mesdames et Messieurs les membres** du Conseil d'Administration du
Centre d'Initiatives et de Recherches sur la Famille.

À **Mesdames et Messieurs les thérapeutes systémiciens** du CIRFA.

À **Madame J. Lallement.**

À **Monsieur I. Garcia-Orad.**

Aux **amis, stagiaires et intervenants** du CIRFA.

Aux **clients** du CIRFA.

Sans votre concours, rien n'aurait été possible !

Aux médecins, aux soignants et aux collègues professionnels qui ont contribué à ce travail universitaire et qui œuvrent au plus près des usagers.

Aux innombrables personnes ressources qui ont nourri mon parcours de leurs richesses émotionnelles, au cœur des relations humaines !

Vous vous reconnaissez et je tiens ici à vous exprimer ma profonde estime.

Je dédie cette thèse :

À la constellation des membres de ma famille.

Aux grands-parents disparus.

À mon père Marcel, ma mère Germaine,

À mon frère Joël,

Je suis fier de votre présence à l'occasion de cette soutenance de thèse de Médecine.

Ce don de l'au-delà de l'Océan Indien me transporte.

À ma « nénéne » Monique de la Réunion.

Chères Toutes, Chers Tous du [54] [57] [67] [75] [88] [92] [97]...

Je tiens à votre disposition les plaques d'immatriculation de chacun(e) pour vous retrouver.

Dear Friends,

Hola Estimada(o)s Companera(o)s,

Certains assistent à la soutenance dans cette salle et d'autres continuent à se joindre à nous...

C'est avec plaisir que je viendrai vous témoigner mes sentiments dévoués au détour d'un sourire émerveillé !

Je vous suis assurément reconnaissant de cette amitié classée « Grand Cru » dans le patrimoine de ma mémoire !

Y para las otras personas de mi trayecto, Te echo de menos !

I miss you guys !

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	19
1 - PRINCIPAUX CONCEPTS DE LA THÉORIE SYSTÉMIQUE	21
1.1– Apports de la théorie des communications	22
1.2 – Apports des recherches en sciences physiques	28
1.2.1 – Cybernétique de premier ordre et théorie générale des systèmes de Bertalanffy.....	30
1.3 – Apports des recherches en sciences biologiques	36
1.3.1 – Cybernétique de second ordre.....	37
1.3.2 – Modèle du système autopoïétique.....	39
1.4 – Les premières applications dans le domaine clinique	42
1.4.1 – Contexte d’émergence du <i>projet Bateson</i> à Palo Alto.....	44
1.4.2 – <i>Le Nouveau centre pour l’étude de la famille</i> de Mara Selvini Palazzoli à Milan.....	50
1.4.3 – Conceptualisation systémique de la famille humaine.....	55
1.5 - Référence systémique de base de la thérapie familiale	63
2 – QU’EST-CE QUE LE CIRFA ?	67
2.1 - Conceptualisation et organisation au CIRFA	67
2.1.1 - Contexte historique du centre privé.....	67
2.1.2 - Notions conceptuelles et courants théoriques systémiques.....	68
2.2 - Contexte de travail et d’enseignement du CIRFA	68

3 - ETUDE DESCRIPTIVE ET RÉTROSPECTIVE DES APPELS	
TELEPHONIKES RECUS AU CIRFA.....	70
I – MÉTHODOLOGIE.....	70
A – PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE.....	70
1 – OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	70
2 – TYPE D'ÉTUDE ET MODALITÉS DE RECUEIL DES DONNÉES.....	71
B – DONNÉES.....	72
II– RESULTATS.....	74
1. Qui entreprend la démarche avec le CIRFA ?.....	74
2. Motif de la demande actuelle.....	75
3. Qui viendrait au premier entretien ?.....	76
4. Qui adresse la famille ou le couple ?.....	77
5. Consultations antérieures ou concomitantes.....	77
6. Dispose-t-on d'un précédent recueil de données au CIRFA pour la demande actuelle ?.....	78
7. Outil de communication avec le CIRFA pour la demande.....	78
8. Quels thérapeutes se chargent du recueil des données téléphoniques ?.....	78
9. Délai d'attente entre le premier appel téléphonique et le premier entretien.....	79
10. Statut du premier rendez-vous.....	80
11. Quels cothérapeutes assistent au premier RDV programmé ?.....	80
12. Qui vient effectivement au premier entretien ?.....	80
13. Devenir du suivi après le premier rendez-vous fixé : état des lieux des consultations à 2 mois.....	81

III – DISCUSSION

1. Qui entreprend la démarche avec le CIRFA ?	82
2. Motif de la demande actuelle.....	83
3. Qui viendrait au premier entretien ?	86
4. Qui adresse la famille ou le couple ?.....	88
5. Consultations antérieures ou concomitantes.....	89
6. Dispose-t-on d'un précédent recueil de données au CIRFA pour la demande actuelle ?	91
7. Outil de communication avec le CIRFA pour la demande.....	91
8. Quels thérapeutes se chargent du recueil des données téléphoniques ?.....	93
9. Délai d'attente entre le premier appel téléphonique et le premier entretien.....	94
10. Statut du premier rendez-vous.....	95
11. Quels cothérapeutes assistent au premier RDV programmé ?.....	96
12. Qui vient effectivement au premier entretien ?.....	97
13. Devenir du suivi après le premier rendez-vous fixé : état des lieux des consultations à 2 mois.....	98
CONCLUSION.....	108
BIBLIOGRAPHIE.....	111

INTRODUCTION

À partir de quel moment considère-t-on que quelqu'un est entré dans un travail de thérapie familiale systémique ?

À partir du premier appel téléphonique, du premier entretien, après une série de séances ?

Nous allons montrer que les systémiciens s'accordent à reconnaître que le travail thérapeutique commence dès le contact téléphonique servant à la prise de rendez-vous. [1,75]

Dans le même temps, ils prêtent une attention particulière aux procédures de la fiche téléphonique. [79,96]

Ainsi, le traitement du premier contact téléphonique, s'agissant de la fiche d'appel, institue diverses méthodes qui vont conditionner les entretiens subséquents. [30,32,49,58]

À cet égard, la thérapie familiale systémique assied un cadre de travail clinique spécifique assorti d'une épistémologie lui permettant de vérifier les hypothèses heuristiques de fonctionnement d'une famille en demande d'aide.

C'est dire que le raisonnement systémique guide avant toute chose le recueil des données et d'une manière générale, le premier entretien téléphonique est directement confié au thérapeute familial.

Bien qu'il ne se dégage pas de véritable modèle de recueil des données en situation d'entretien téléphonique ou du moins en faveur d'un modèle, un consensus fondamental se

distingue : le recueil des données pour une thérapie familiale systémique prend en compte la famille comme *unité* et non comme un assemblage composite de membres.

Dans cette perspective, le CIRFA (Centre d'Initiatives et de Recherches sur la Famille), institution à caractère privé, applique une épistémologie systémique dans le recueil des données des demandes de thérapie familiale ou de couple.

Aussi, l'auteur de cette recherche, par ailleurs thérapeute familial dans ledit centre, se propose d'effectuer une étude descriptive et rétrospective du recueil des données établi auprès des demandeurs de thérapie.

L'objectif principal consiste à décrire les caractéristiques de ce recueil des données.

Le second objectif est de voir s'il existe des caractéristiques particulières, retrouvées dans les circonstances du premier contact téléphonique qui pourraient expliquer les situations où nous observons une défection des clients pour la première consultation clinique.

Est-ce à dire que notre recueil des données, qui prend en compte la famille comme *unité*, conditionne leur venue à la première consultation ?

Les résultats de cette étude seront analysés puis comparés à la revue bibliographique sur le même sujet et d'épistémologie similaire.

Avant de présenter notre étude et de décliner les résultats, d'une part, il convient de rappeler les principaux concepts de la théorie systémique, les premières applications cliniques et la modélisation systémique de la famille.

Et d'autre part, nous abordons l'histoire du dispositif systémique du CIRFA qui a porté ce travail de recherche.

1 - PRINCIPAUX CONCEPTS DE LA THÉORIE SYSTÉMIQUE

La communément dénommée « théorie systémique » fait figure d'un assemblage de corpus théoriques des systèmes et des communications.

L'appareil théorique complexe et composite repose tout à la fois sur le développement de connaissances scientifiques de disciplines éloignées ou connexes, la recherche sur la notion de système, et l'élaboration d'isomorphismes conceptuels applicables aux différents domaines de connaissance.

Sous un angle historique, cette démarche scientifique se dégage de l'œuvre de Gregory Bateson, lequel vise à identifier des lois générales concernant un nombre d'observations de caractéristiques communes, émanant de divers domaines de recherche. [10,98]

Du point de vue de John Weakland et de Jay Haley, ses collaborateurs d'époque à Palo Alto, l'enthousiasme de la recherche pouvait s'exclamer : « Vous imaginez notre stupeur... ! Mais ça c'était tout Bateson, il connaissait tout le monde ¹ », non des moindres, les éminents spécialistes venant des disciplines les plus diverses.

De celui de Paul Watzlawick, s'adressant au personnage fascinant : « Bateson avait ce don remarquable d'attirer des personnes passionnantes et de rendre les soirées attrayantes. Connaître cet homme était extraordinaire, incroyable, c'était un véritable homme de la

¹ Wittezaele J.-J., Garcia T, op.cit.,p.152

Renaissance. Grégory Bateson pouvait avoir un invité spécialisé dans la théorie de la musique et, la fois suivante, un astronome, et la semaine suivante, un sociologue... et Bateson parlait avec ces gens de leur propre discipline. À cette époque, Palo Alto était vraiment un endroit extraordinairement stimulant et vivant. ²»

1.1 - Apports de la théorie des communications

La théorie des communications est redevable aussi bien du développement de la théorie de l'information que des recherches de domaines éparpillés, entre autres, la cybernétique (fondée par Norbert Wiener en 1948), la linguistique, la sociologie.

Sous ces aspects, elle partage de nombreux isomorphismes conceptuels avec la théorie des systèmes.

Les théories modernes de la communication la définissent comme un acte, un système de comportement intégré dont le produit est constitué par l'information.

Autrement dit, la communication régule toute interaction humaine.

Avant d'aborder cet outil de compréhension dans le travail fondamental de thérapie, nous allons tenter d'arrimer ces concepts à l'évolution des études de la communication par G. Bateson et collaborateurs de l'École de Palo Alto.

En premier lieu, on doit à Claude Shannon, spécialiste des télécommunications, d'avoir quantifié le passage d'information par le truchement d'une équation statistique qui, en

² Wittezaele J.-J., Garcia, op.cit.,p.238

sciences physiques correspond au degré d'entropie d'un système. Cela dénote que dans une perspective d'isomorphisme conceptuel entre disciplines, il parvient exactement à la même équation que celle qui a servi à calculer le degré d'entropie en son temps.

Cette notion d'entropie renvoie à la deuxième loi de thermodynamique que nous décrivons dans les apports des recherches en sciences physiques.

En conséquence de quoi, il établit que toute information existe sous réserve que l'émetteur transmette quelque chose qui change la connaissance du récepteur ; réduit l'incertitude du récepteur.

Dans le même temps, l'approche de N. Wiener incline pour une mesure mathématique de l'information sous une forme opérationnelle. À son sens, l'information se situe comme l'inverse de l'entropie, en ce que la quantité d'information constitue celle qui transmet une décision unique parmi la probabilité d'alternatives.

À ce titre, d'autres spécialistes s'accorderont à suivre cette définition de l'information ou d'entropie négative.

G. Bateson lui-même poursuivra ses recherches en adoptant l'entropie négative ou « néguentropie ».

Dans les phénomènes d'interaction régulée concernant les organismes vivants, les questions d'énergie vont de soi et c'est véritablement le passage d'information qui fonde la base d'explication.

Il est remarquable de noter que l'information entre les différents éléments d'un système est interprétée en termes de restriction, de contrainte du système, permettant de contrôler la tendance mécanique à la désorganisation.

En second lieu, l'innovation épistémologique procède de l'ouvrage magistral, des philosophes et mathématiciens anglais Bertrand Russel et Alfred Whitehead, *Principia Mathematica*.

Rien de moins que : « Dans cet ouvrage, les auteurs proposaient donc un moyen de résoudre ce problème des paradoxes qui avaient tenu les philosophes et les mathématiciens en haleine depuis plus de deux millénaires.³ »

Parus entre 1910 et 1913 les trois volumineux tomes ne soulèvent pas tant l'intérêt de Bateson pour les équations de logique formelle, que pour la procédure de l'abstraction.

De là, il ne peut s'offrir « le luxe de la désuétude » en ignorant que, « lorsque l'on a affaire à des *éléments* particuliers qui sont membres d'un *ensemble* d'éléments, il est absolument impérieux de distinguer le discours qui concerne les éléments individuels de celui qui concerne l'ensemble, la globalité des éléments.

Impérieux car, si on les confond, le raisonnement qui sera tenu par la suite risque d'être inéluctablement entaché de conclusions paradoxales⁴».

Significatif à cet égard est le fait que ce raisonnement soit communément dénommé : *la théorie des types logiques (de Russel)*.

Pour se convaincre, l'exemple célèbre depuis l'Antiquité repose sur l'énigme logique d'Epiménide : « *Tous les Crétois sont menteurs*, proclame Epiménide, poète crétois du VII^e siècle avant J.C., avec une sournoise jubilation, car il sait qu'il va mettre ainsi ceux qui

³ Wittezaele J.-J., Garcia T, op.cit.,p.72

⁴ Ibid.,p.71

l'écourent en difficulté ; en effet, en s'incluant lui-même dans le groupe des menteurs, il ment et disqualifie donc son propre discours⁵».

Dans le même registre, la distinction entre les différents niveaux logiques a fait passer à la postérité la formule d'A. Korzybski : « La carte n'est pas le territoire ». [51]

Voici la définition proposée par le Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques : « Il nous est à tous évident que le fait de penser à un bon repas ne remplit pas l'estomac. C'est ce que Alfred Korzybski a cherché à conceptualiser avec cette expression qui rend compte de la dualité fondamentale entre la chose rapportée (le territoire) et le rapport qui en est fait (la carte) : Une carte n'est pas le territoire qu'elle représente, mais, si elle est exacte, elle a une structure similaire au territoire qu'elle représente, ce qui constitue son utilité ». [14]

Il est certain qu'une part conséquente de la théorie écosystémique batesonienne est étroitement fondée sur les hiérarchies, de types logiques en particulier, et sur la différenciation des niveaux logiques de la communication.

Par la suite, l'équipe de Palo Alto met en œuvre une théorie du métalangage. Dès lors, il devient possible de parler sur le langage, dans ce sens, d'assigner un commentaire de niveau d'abstraction supérieur à l'énoncé.

Quelle serait alors la portée de la différenciation des niveaux logiques de la communication ?

À partir de cette conceptualisation, il ne fait guère de doute pour l'équipe de Palo Alto qu'un individu peut manifester un comportement inadéquat, du fait d'un processus erroné dans son traitement d'informations quant à l'attribution des niveaux logiques.

⁵ Albernhe K., Albernhe T, op.cit.,p.7

Pour en venir à l'axiomatique moderne de la communication, « il est acquis » que la communication couvre un champ sémantique plus large que l'unique langage pour s'étendre au comportement. Dans cette perspective, on distingue communication digitale (parole, mot, phrase...) et communication analogique. Cette dernière englobe le canal paraverbal (soupirs, modulations vocales...) et le canal non verbal (mimiques, gestes, postures...), lesquels reflètent la richesse d'information. [57]

Bateson publie dès 1951 les prémisses d'un modèle explicatif du processus de la communication humaine, en articulant des conceptualisations de la théorie cybernétique et de la théorie des types logiques, sous le titre *La communication : matrice sociale de la psychiatrie*.

L'ouvrage, corédigé avec le psychiatre Jurgen Ruesch, présente ses travaux novateurs avec l'ambition de rendre compte de la place centrale de la notion de communication en psychiatrie, domaine où l'explication psychodynamique de la personnalité prédomine.

« Dans ce livre, les deux auteurs soutiennent que la communication est le seul modèle scientifique regroupant les aspects physiologiques, intrapersonnels et culturels en un seul et même système. De ce fait, la communication constitue la matrice dans laquelle se moulent toutes les activités humaines. ⁶»

S'agissant des axiomes utilisables dans les relations humaines, Bateson en son temps en énonce cinq : « on ne peut pas ne pas communiquer ; toute communication présente simultanément les deux aspects du contenu et de la relation ; la nature d'une relation dépend

⁶ Pauzé R, op.cit.,p.64

de la ponctuation des séquences de communications ; les deux modes de communication sont le type digital ou analogique ; tout échange communicationnel est symétrique ou complémentaire selon qu'il est fondé sur l'égalité ou la différence ⁷».

En 1967, les collaborateurs de l'École de Palo Alto, Helmick-Beavin, Jackson et plus particulièrement Watzlawick, l'artisan principal d'*Une logique de la communication*, affirment : [97]

Premier axiome de métacommunication dans la pragmatique de la communication : *on ne peut pas ne pas communiquer* et son corollaire *tout comportement détient une valeur de message* (dans une interaction).

Deuxième axiome : *toute communication comporte deux niveaux.*

Les niveaux logiques discriminent l'aspect *indice* transmettant le contenu, et l'aspect *ordre*, d'un niveau d'abstraction supérieur, traduisant la nature de la relation.

Peut de la sorte s'entendre : *toute communication présentent deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et, par suite, est une métacommunication.*

Ce néologisme signifie une « communication sur la communication » pour Bateson. « Watzlawick l'utilisera cependant dans le sens d'aspect relationnel de la communication. ⁸»

En cela, toute communication n'a aucun sens de manière absolue, il lui faut accorder un cadrage contextuel métacommunicatif.

Troisième axiome : *La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires.*

La ponctuation peut aussi intervenir sous la forme du canal analogique.

⁷ Alberne K., Alberne T, op.cit.,p.13

⁸ Ibid.,p.13

Quatrième axiome : « *Les êtres humains usent de deux modes de communication : digital et analogique. Le langage digital possède une syntaxe logique très complexe et très commode, mais manque d'une sémantique appropriée à la relation. Par contre, le langage analogique possède bien la sémantique, mais non la syntaxe appropriée à une définition non-équivoque de la nature des relations*⁹ ».

Cinquième axiome : à partir de la schismogénèse (relation d'égalité ou de complément) inventée par Bateson, les auteurs formulent que *tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence.*

1.2 – Apports des recherches en sciences physiques.

De la même manière que la notion de *communication*, le concept d'*information* se ramifie à mesure que l'on s'applique à le préciser.

Sa place dans le corpus de la théorie systémique remonte aux lois de la thermodynamique.

La deuxième loi se rapporte plus particulièrement à la qualité, à l'organisation, à l'ordre de l'énergie et non plus à sa quantité. Elle reflète la notion d'entropie, laquelle assure que « la propagation de la chaleur tend toujours à établir une distribution homogène de température dans le corps où elle se produit. ¹⁰ »

Prigogine et Stengers désignent l'entropie comme suit : « Les différences productrices d'effets ne cessent de diminuer au sein de la nature ; le monde, de conversion en conversion,

⁹ Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson Don D, op.cit.,p.65

¹⁰ Wittezaele J.-J., Garcia T, op.cit.,p.75

épaise ses différences et se dirige vers l'état final (...), l'état d'équilibre thermique où aucune différence ne subsiste plus qui pourrait produire un effet. ¹¹»

À titre d'exemple, une distribution uniforme de température entre deux compartiments contenant le même gaz, initialement en « ordre » à 20 et 60 degrés, voit s'atténuer la différence de température de ces gaz dans un espace clos, si bien que l'observateur disposera de moins d'information quant à la localisation d'une particule de ce gaz à l'intérieur du récipient.

Se profile alors le lien existant entre la tendance à l'entropie et la tendance au désordre ou d'incertitude.

« Le désordre qu'elle indique est en partie celui du mouvement de la chaleur, en partie celui qui consiste en ce que différents types d'atomes ou de molécules soient mélangés au hasard, au lieu d'être bien séparés. ¹²»

Il en résulte du deuxième principe de la thermodynamique une des notions capitales : toute chose, livrée à elle-même, se comporte avec une tendance au désordre.

Par la suite, dans l'optique d'expliquer les systèmes vivants composés d'entités complexes et organisées, les raisonnements vont se fonder sur ce deuxième principe de la thermodynamique, en parlant de la tendance à l'entropie.

Ainsi, nous comprenons qu'à ses débuts, l'épistémologie systémique a manifesté une rupture radicale avec le raisonnement psychodynamique. À cette période, le concept explicatif dans les milieux de la psychologie repose sur l'analogie avec la théorie de l'énergie en physique

¹¹ Ibid.,p.75

¹² Ibid., p.77

traditionnel, lequel privilégie la quantité pour parler « d'énergie bloquée ou déchargée, de sa canalisation, de réservoir de pulsions, etc ¹³».

1.2.1- Cybernétique de premier ordre et théorie générale des systèmes de Bertalanffy

L'émergence de la pensée systémique, dans le corpus des connaissances scientifiques, est à mettre à l'actif de la discipline développée par Norbert Wiener en 1948, la cybernétique. D'une part, la cybernétique illustre une science du contrôle se donnant comme objet d'étude les mécanismes de régulation intervenant dans les systèmes naturels et artificiels complexes. Et d'autre part, l'outil scientifique vise l'étude des systèmes liés par l'information.

Il est à noter que le contexte de guerre a missionné le mathématicien à mettre au point des réglages de tirs de canons anti-aériens, avec la particularité, de cibles en déplacement. Dès lors, ses calculs instaurent la notion de feed-back (ou rétroaction, rétrocontrôle), et traduisent un modèle physique où les centres de décision restent informés des effets pouvant réagir en boucle sur leur cause.

Précisons que « le concept de feed-back a rencontré un succès considérable de sorte qu'il tend à être utilisé, de façon excessive, chaque fois qu'il y a communication réciproque. Une communication réciproque est un dialogue, elle n'est pas nécessairement un feed-back. La notion de feed-back implique que l'information en retour est intégrée à un processus de décision, qu'elle renseigne un agent sur le résultat de son action antérieure et oriente une action correctrice ¹⁴».

¹³ Ibid., p.84

¹⁴ Albernhe K., Albernhe T, op.cit.,p.31

Ce modèle rend compte de l'aspect circulaire, en ce sens que « le comportement d'un élément est une cause pour l'élément qui le suit dans la boucle ou le circuit d'interaction, la causalité devient donc circulaire ¹⁵».

D'emblée, la première cybernétique (ou cybernétique de premier ordre) autorise un regain d'espoir pour l'étude des systèmes vivants complexes, notamment par l'usage d'isomorphismes. « Terme qui désigne des entités ou des événements de domaines de recherche différents mais qui semblent révéler des structures, des formes (morphes) semblables ; les conclusions tirées sur les entités ou les événements d'un domaine pouvant alors être appliquées aux autres. ¹⁶»

Toutefois, une réserve de taille s'impose à cette période ; la révolution cybernétique pourrait davantage souffrir de la comparaison d'avec « une sorte d'ingénierie fondée sur le contrôle que comme une véritable science de la compréhension des mécanismes régulateurs ».

N. Wiener considère, à juste titre, que les travaux devraient s'appliquer à l'homme et à la société avec discernement : « Nous savons tous qu'il nous faut étudier les organismes et non les ordinateurs si nous voulons expliquer l'organisme ¹⁷».

Du reste, la première vague cybernétique, qui étudie *comment les systèmes maintiennent l'homéostasie*, laisse l'observateur à l'extérieur du système observé.

Au passage, c'est au physiologiste W. B. Cannon que l'on doit le terme d'homéostasie en 1932, emprunté depuis lors pour signifier la résistance au changement du système.

¹⁵ Wittezaele J.-J., Garcia T, op.cit.,p.69

¹⁶ Ibid.,p.399

¹⁷ Ibid.,p.68

Avant d'aborder la théorie générale des systèmes, nous allons porter le regard sur deux des quatre principes de tout travail de recherche selon le *Discours de la méthode* de Descartes, pour rendre compte de la révolution dans la manière de penser.

Le deuxième principe prône « de diviser chacune des difficultés que j'examinerais en autant de parcelles qu'il se pourrait et qu'il serait requis pour mieux les résoudre ¹⁸».

Le troisième principe vise à « conduire par ordre mes pensées en commençant par les objets les plus simples et les plus aisés à connaître, pour monter peu à peu comme par degrés jusques à la connaissance des plus composés ¹⁹».

Ainsi, la nouvelle épistémologie portée par la cybernétique et la théorie générale des systèmes approchent les phénomènes complexes sous d'autres angles que celui de Descartes, soutenant qu'une totalité comporte des qualités particulières non déductibles de la somme des propriétés de ses éléments composites.

À l'évidence, on assiste à un type de raisonnement qui entend là respecter les qualités propres aux ensembles complexes ainsi que les boucles d'interactions entre les composantes.

Ceci étant dit, qu'en est-il de ce que l'on nomme communément *un système* ?

J.G. Miller considère qu'il s'agit d'un « ensemble d'éléments en interaction dynamique, l'état de chacun de ces éléments étant déterminé par l'état de chacun des autres éléments ²⁰».

A.D. Hall et R.E. Fagen indiquent qu'« Un ensemble d'objets et les relations entre ces objets et entre leurs attributs. Dans cette définition, les *objets* sont les composants ou éléments du

¹⁸ Ibid.,p.399

¹⁹ Ibid.,p.399

²⁰ Salem G, op.cit.,p.34

système, les *attributs* sont les propriétés des objets, et les *relations*, ce qui *fait tenir ensemble le système* ²¹».

À ce stade, il ne faut pas perdre de vue que la fonction d'entropie, dans le cadre de la deuxième loi de thermodynamique, désigne le degré de désordre ou d'incertitude quant à l'arrangement des éléments dans un système fermé. Si le système fermé n'entretient aucun échange avec son environnement, il ne se laisse guère modifier par l'extérieur.

De ce fait, l'insuffisance du modèle thermodynamique à expliquer la réalité du système vivant va préfigurer la recherche de nouveaux concepts car tout système vivant échange avec l'extérieur.

Dès lors, le saut logique au modèle ouvert va sensibiliser à la notion de dynamique du système que caractérise le mécanisme fondamental de feed-back (rétroaction, action en retour) tant négatif que positif.

De la sorte, le feed-back négatif tend à maintenir l'équilibre du système et à l'inverse, le feed-back positif (censé faciliter et accélérer la transformation) permet de modifier l'équilibre du système. Dans cette perspective, « toute variation vers le plus entraîne une correction vers le moins, et inversement ²²».

Ainsi, les mécanismes de feed-back articulent tout à la fois la stabilité et le changement de tout système.

Il faut se garder de réduire l'homéostasie à une tendance au non-changement.

²¹ Watzlawick P., Helmick Beavin., Jackson Don D, op.cit.,p.120

²² Salem G, op.cit.,p.37

Ce concept, biologique à l'origine, s'entend comme un équilibre dynamique, lequel requiert des changements pour se maintenir.

C'est bien le mouvement fin et complémentaire des feed-back positifs et négatifs qui octroient au système de nouveaux équilibres en modifiant les conditions de leur homéostasie.

Il en résulte de nouvelles propriétés pour le système.

En 1954, on assiste à la création d'une société de recherche dans le domaine de la théorie des systèmes, sous l'impulsion de L. von Bertalanffy, Boulding, Rapoport et R. Gérard.

L'objectif de décloisonner les disciplines va de pair avec l'espoir d'élaborer des théories applicables à plusieurs secteurs de la connaissance, de rendre compte des isomorphismes conceptuels.

Le biologiste L. von Bertalanffy reprend la notion de « système ouvert » avec pour ambition d'inventer des lois universelles éligibles autant dans le champ physico-chimique qu'en biologie. Toutefois, il veille à préciser que le schéma homéostatique ne s'applique pas aux processus de croissance et de développement, tels les comportements humains. [18]

Nonobstant la prudence de Bertalanffy, certains tenteront de vérifier ces lois dans le domaine de la psychologie familiale.

Des lois cybernétiques des systèmes ouverts à l'équilibre, trois concepts majeurs parmi les principales propriétés formelles ressortent :

- Le concept de totalité : lequel entend que le système est un ensemble non réductible à la somme des interactions entre ses divers éléments. En d'autres termes, la « qualité émergente » du système est plus que la somme des propriétés de ses composantes

(principe de non-sommativité). « On tient compte davantage de son fonctionnement global, comme un tout, ou comme une unité d'un niveau logique supérieur. ²³»

- Le concept de circularité : « lorsque différents éléments sont en interaction, *en n'importe quel point du système*, le comportement d'un élément est une cause pour l'élément qui le suit dans la boucle ou le circuit d'interaction, la causalité devient donc circulaire (...) Ainsi, pour être à même de penser en termes de systèmes, il faut pouvoir penser en termes de relations circulaires plutôt qu'en termes de relations causales linéaires. ²⁴»
- Le concept d'équifinalité : les mêmes effets peuvent être déterminés par des conditions initiales différentes. En corollaire, pour comprendre le fonctionnement d'un système ouvert, l'observateur porte davantage son attention à saisir l'organisation structurelle et fonctionnelle de l'ensemble que de cerner son origine.

Au-delà des limites de tels principes, d'autres recherches ont été menées pour modéliser les circonstances impliquant *les systèmes ouverts loin de l'équilibre*.

En 1972, Prigogine, Nicolis et Babloyantz publient leurs travaux sur la thermodynamique de l'évolution. Par la suite, Prigogine constate que l'amplification des perturbations soumises à un système ouvert conduit à un nouvel état d'équilibre, dont toutes les données ne sont pas prévisibles par avance.

De la sorte, ce corpus de connaissances remet en cause la deuxième loi de thermodynamique, laquelle soutient que tout système livré à lui-même tend vers un état d'entropie ou de désordre

²³ Salem G, op.cit.,p.39

²⁴ Ibid.,p.39

interne. À l'évidence, les systèmes à l'écart de leur équilibre habituel accroissent leur ordre interne dans la perspective d'une plus grande différenciation, et à terme à un nouvel équilibre.

De la même manière, Mony Elkaïm relève « qu'à partir d'une certaine valeur critique de rupture de l'état d'équilibre, appelée point de bifurcation (...), on assiste à un changement d'état aussi brutal qu'imprévisible, tendant vers un nouvel équilibre²⁵».

1.3 – Apports des recherches en sciences biologiques.

Sur le plan historique, il ne faut pas perdre de vue que l'application de la loi de la thermodynamique classique accusait de fondamentales insuffisances lorsque les recherches rendirent compte de l'entropie négative dans un système biologique vivant.

Dès lors, les sciences biologiques assirent un appareil théorique qui suscita la tentation de vérifier la validité de ses concepts en psychologie familiale.

Sur le plan épistémologique, suite notamment aux travaux de Prigogine, une cybernétique de second ordre couvrait en ce qui concernait l'étude des systèmes capables de modifier leur organisation. À cet effet, le nouveau paradigme fut véritablement redevable aux sciences physiques pour sa genèse ainsi qu'aux conceptualisations des limites de la cybernétique de premier ordre.

²⁵ Albernhé K., Albernhé T, op.cit.p19

En été 1984, la Conférence Gordon institua la cybernétique de second ordre émanant principalement des travaux de von Foerster, Maturana, Varela.

L'accent fut aussi mis sur le concept d'observateur qui se vit réaffirmé et indissociable de l'objet d'étude.

S'agissant de l'apport des recherches biologiques dans l'évolution de la nouvelle cybernétique, les biologistes H.R. Maturana et son collaborateur F. Varela ont mis en œuvre une conceptualisation, de nature biologique et de portée anthropologique, et par conséquent psychopathologique avec réserve.

« Mais Maturana ne fut pas écouté lorsqu'il mit en garde les thérapeutes familiaux contre les dérives liées à une extension abusive et hors contexte de son concept. ²⁶»

De la même manière, la vision autopoïétique a suscité l'espoir dans l'étude de la famille, « ce qui ne signifie nullement que la famille soit forcément assimilable à un système autopoïétique ²⁷».

Avant de cerner l'isomorphisme du concept d'autopoïèse en particulier, nous allons envisager l'apport des sciences biologiques dans la perspective cybernétique.

1.3.1 – Cybernétique de second ordre.

Contrairement à la cybernétique de premier ordre qui insiste sur la description du système observé (objet d'étude), la cybernétique de second ordre (ou seconde cybernétique) porte son regard sur le système observant.

²⁶ Ibid.,p.21

²⁷ Ibid.,p.21

À ce titre, on doit à Von Foerster le concept de *système observant* et « puisque tout observateur perçoit le monde à travers le prisme de sa culture, de sa famille, de sa langue, ce qui en résulte n'est ni personnel, ni indépendant mais plutôt le produit d'une *collectivité observante* ²⁸».

Du reste, la théorie de l'observation participante considère : « leur observation, que certains avaient pu croire neutre, était en fait *participante* (...), c'est-à-dire modifiait, par sa seule existence, le système à observer. L'observateur se retrouve donc partie prenante du système qu'il observe et qui, en fin de compte, l'inclut lui-même ²⁹».

En conséquence de quoi, toute description d'objet d'étude reste indissociable du point de vue de l'observateur et caractérise ainsi la *perspective autoréférentielle de l'observateur*.

C'est dire que cette intention conceptuelle écorne quelque peu la neutralité de l'observation scientifique, inexorable en son temps.

D'une part, la théorie inspirée de la relativité d'Einstein martèle que toute observation n'est que relative du point de vue de l'observateur. D'autre part, l'observateur ne peut voir qu'à travers la restriction de sa grille de lecture, reflétant par là un aspect formel réducteur.

Sous ces aspects, il ne distingue que ce qu'il était habitué à voir.

À son actif, la cybernétique de second ordre tend à considérer les systèmes en évolution selon un ordre discontinu (par fluctuation), émaillé de points de bifurcation d'où se propagent des fluctuations amplifiées favorisant l'avènement d'un nouveau système auto-organisé.

²⁸ Boscolo L, Le modèle milanais de thérapie familiale, op.cit.,p.21

²⁹ Albernhe K., Albernhe T, op.cit.,p.21

Renouant avec l'observation participante et autoréférentielle, « les systèmes cybernétiques devraient être considérés comme programmables, non de l'extérieur, mais de l'intérieur, autrement dit par eux-mêmes. Les systèmes biologiques, et tous les systèmes vivants seraient de cette catégorie, à la fois auto-organisés et auto-entretenus, autrement dit autopoïétiques ³⁰». Ainsi, on saisit bien là l'intention de confronter l'isomorphisme conceptuel d'autopoïèse au modèle des systèmes en rupture de l'état homéostatique.

Résultant de cette perspective et non des moindres, « le paradigme évolutionniste dégage un modèle d'encadrement comportant deux systèmes, l'un encadrant (thérapeute, parent, enseignant), l'autre encadré (patient, enfant, élève), dont les échanges sont organisés en vue de favoriser le développement vers l'autonomie croissante du système encadré. Le système encadrant doit faire preuve d'une constance relative (soit varier moins vite que le système encadré), mais doit en même temps rester adapté (ajustement relatif) aux comportements du système encadré ³¹».

1.3.2 – Modèle du système autopoïétique

« Un système est dit autopoïétique dans la mesure où il est cohérent, dynamique, ouvert à l'échange énergétique et communicatif, interactionnel avec l'extérieur (sa niche environnante), autoproducteur et créateur (allant jusqu'à la possibilité de reproduction), mais avec des boucles internes court-circuitées c'est-à-dire sans entrée ni sortie ; d'où une clôture

³⁰ Ibid.,p.22

³¹ Salem G, op.cit.,p.41

opérationnelle (dite aussi fermeture autopoïétique), témoignant de la frontière topologique et de l'identité du système.³²»

« Ce concept de clôture opérationnelle traduit le fait, pour Maturana, que l'organisation interne du système a mis en place des processus qui, à la fois dépendent récursivement les uns des autres pour l'entretien de ces processus, et forment un domaine clos (une unité spatiale spécifique et reconnaissable). L'entité qui en résulte est donc finie, mais avec des échanges infinis (en son sein et avec l'extérieur).³³»

De fait, à l'inverse de la cybernétique de premier ordre (qui proposait le paradigme de la boîte noire avec ses entrées et ses sorties d'informations), Maturana convoque le changement structural : la structure change pour préserver l'organisation.

En somme, l'auteur considère la structure comme un ensemble d'éléments en interaction selon des lois précises, puis définit que l'organisation d'un système (la configuration des relations entre composants définissant son identité de classe) reste nécessairement invariante.

Ainsi en va-t-il d'un éventuel changement d'organisation, lequel conduirait le système à se désagréger pour laisser place à une autre entité.

« Le système biologique vivant a donc une unité plastique, capable d'adaptation dont la finalité est le maintien du milieu intérieur. Une cellule en est le paradigme. C'est ainsi que

³² Albernhe K., Albernhe T, op.cit.,p.22

³³ Ibid.,p.22

toute unité biologique vivante, parce qu'elle possède un milieu intérieur, représente, jusqu'à sa désintégration mortelle, un système autopoïétique.³⁴»

Et qu'en est-il de la tentation de réduire le fonctionnement familial à celui d'un système autopoïétique ?

D'une part, contrairement à un véritable système autopoïétique, la famille est une entité sociale composite avec sa cohérence propre, ses règles d'appartenance et ses mythes fondateurs. De plus, le nombre de ses membres fluctue au gré des naissances, des deuils ou du fait de l'éloignement géographique d'un des leurs.

Ce qui fait dire qu'« il serait donc judicieux de considérer la famille non comme un système autopoïétique, mais comme un ensemble de systèmes autopoïétiques que sont les individus qui la composent. La disparition d'un des membres importants du système n'implique pas en effet la disparition de l'ensemble de la famille³⁵».

D'autre part, la survie de l'individu autonome n'impose aucunement la présence de la famille. En dernier lieu, un changement conséquent chez un des membres n'indique pas linéairement une modification du fonctionnement global de la famille.

C'est à nous montrer la complexité de la famille en tant qu'*unité*, que la théorie systémique évolue par vagues de nouveaux modèles explicatifs, laissant le bénéfice de reconsidérer les pratiques thérapeutiques au plus près des familles.

³⁴ Ibid.,p.23

³⁵ Ibid.,p.24

1.4 – Les premières applications dans le domaine clinique

Les travaux novateurs du Nouveau centre pour l'étude de la famille de Mara Selvini Palazzoli à Milan et le projet Bateson à Palo Alto font date dans ce contexte d'après-guerre.

Moins de décrire le traitement de la schizophrénie ou de l'anorexie mentale, nous nous sommes employés à saisir l'émergence de la pensée systémique dans l'histoire de leur traitement.

D'une part, en 1945 précisément, Mara Selvini Palazzoli se découvre la passion à comprendre l'anorexie mentale. Sa spécialisation en médecine interne à la Clinique médicale de l'Université de Milan la confronte aux jeunes patientes squelettiques, contrastant d'emblée avec leur subtil sourire de satisfaction.

Pour elle, c'est bien la preuve que cela signifie une pathologie psychique.

Pour se convaincre, une fois l'absence de dysfonction hypophysaire établie, personne de la Clinique Universitaire ne sait quoi faire pour ces patientes.

Par la suite, son expérience de la première heure l'amène à considérer l'anorexie dans le contexte de la thérapie familiale systémique dès 1971 et ce, sur près de quarante ans de collaboration clinique et de recherche avec trois équipes successives.

D'autre part, à Palo Alto, « c'était la première fois que l'on affirmait que la schizophrénie pouvait être considérée comme un phénomène communicationnel et qu'elle était le produit des relations familiales. Et c'était une idée nouvelle dans le monde ; les gens n'avaient jamais pensé à ça ³⁶».

³⁶ Wittezaele J.-J., Garcia T, op.cit.,p.165

Il est vrai que Bateson n'aura jamais été un thérapeute mais assurément un chercheur en quête d'une démarche de généralisation de ses élaborations théoriques du monde vivant.

« Ainsi, de façon caractéristique, Bateson aura généralement tendance à sélectionner un petit nombre de faits à partir desquels il tente de dégager certains principes organisateurs, certaines lois générales. Une des stratégies d'analyse qu'il privilégie est l'abduction. » [69]

S'agissant d'un raisonnement par abduction, « notre compréhension – notre description intérieure – des événements, des choses ou des séquences vivantes est facilitée par notre recherche alentour d'autres faits similaires ». [14]

À l'origine, C.S. Pierce définit l'abduction comme « une certaine capacité de l'esprit à deviner l'hypothèse qu'il faut soumettre à l'expérience, laissant de côté sans les examiner la vaste majorité des hypothèses possibles ». [59]

En suivant des inférences abductives, il en résulte des construits théoriques plus ajustés des observations que Bateson tente en dernier ressort d'évaluer le potentiel de généralisation à d'autres disciplines.

C'est en ce sens que sa pensée s'organise en plusieurs types de raisonnement et de fait, « il était en dernière analyse indifférent d'étudier les mœurs des Iatmul de Nouvelle-Guinée, la schizophrénie ou la technique d'apprentissage des dauphins, parce que les mêmes types de structures formelles pouvaient être observés dans des corpus de données différentes³⁷».

Néanmoins, au-delà de leur domaine de connaissance respectif, ces deux maîtres à penser se caractérisent par leur rapport privilégié aux concepts opérationnels à savoir, leur capacité d'observer les données à partir d'un type de raisonnement toujours plus complexe.

³⁷ Pauzé R, op.cit.,p.57

Il en va d'ailleurs de même pour ce qui est de leurs projets d'équipe ; ils sont restés fidèles à l'objet premier de leur quête : l'*anorexie* pour Selvini Palazzoli, et *toujours appréhender le potentiel de généralisation des lois qui peuvent relier différents éléments entre eux en quelque situation, tout en incluant l'observateur* pour Bateson.

1.4.1 – Contexte d'émergence du projet Bateson à Palo Alto

Au sortir du cycle des conférences de la Fondation Macy en 1946, portant sur la mise au point d'une science du contrôle « la cybernétique », Bateson entrevoit les perspectives pour une théorie interactionnelle de la communication. Cela consisterait en l'articulation des principes de la cybernétique à la communication humaine dans l'optique de faire converger différentes disciplines des sciences naturelles en une nouvelle « science de la communication ».

En d'autres termes, la mise en œuvre d'un « nouveau cadre de référence conceptuel pour l'investigation scientifique des sciences de la vie ³⁸».

À la faveur des aspects formels de la cybernétique, de sa formation en anthropologie, en biologie et de son approche systémique de la communication en psychothérapie publiée en 1951, il s'agit dorénavant d'entreprendre une étude du comportement humain (et de ses pathologies) à partir de ces nouvelles prémisses de la science.

Reste à préciser qu'il s'en fallait de peu pour que l'histoire du projet à Palo Alto tournât court.

³⁸ Wittezaele J.-J., Garcia T, op.cit.,p.54

En font foi les circonstances d'alors, « les idées de Bateson sont à mille lieues des préoccupations des praticiens qui, pour la plupart, ne comprennent rien aux folles théories de cet anthropologue marginal. Aux psychiatres qui lui parlent de pulsions, d'inconscient, de traumatismes infantiles, il répond niveaux logiques, paradoxes, cybernétique. L'écart est démesuré, son discours est incompréhensible. Sans l'appui inopiné d'un personnage influent dans la Fondation Rockefeller, il est fort à parier qu'aucun organisme n'aurait osé financer un projet intitulé : *L'étude du rôle des paradoxes de l'abstraction dans la communication... !*³⁹»

En 1955 on assiste au point d'orgue de cette nouvelle conception des sciences humaines, s'agissant de considérer la maladie mentale comme un trouble de la communication et dans le même temps, une implication thérapeutique.

La théorie de la *double contrainte*, que nous détaillons plus loin, renforcera tout à la fois la postérité des concepts opérationnels du projet Bateson, l'état de crise du groupe concernant la publication de l'article princeps et les malentendus suscités dans la profession.

Contre toute attente, on « reprochait aux thérapeutes familiaux d'avoir rendu les familles responsables du malheur de l'un d'entre eux, d'avoir causé de nombreux problèmes relationnels entre les enfants et leurs parents, et vilipendait la théorie qui, alors qu'elle n'avait jamais pu recevoir de vérification expérimentale, étaient à l'origine de ces abus thérapeutiques⁴⁰».

³⁹ Ibid.,p.133

⁴⁰ Ibid.,p.184

Cette théorie avait rendu « un important mauvais service ⁴¹ » aux schizophrènes et à leurs familles.

Dès lors, « il est temps que les familles des patients schizophrènes exigent (...) l'honnêteté de la profession psychiatrique et l'abandon des hypothèses qui n'ont conduit à aucun traitement utile ⁴² ».

Quoi qu'il en soit, l'histoire retiendra la *double contrainte* au titre d'hypothèse de travail et c'est bien la systémique au sens large qui aura gagné en crédibilité par le projet Bateson.

Mais avant de revenir particulièrement à la *double contrainte*, soulignons la singularité du groupe mis en place par Bateson en 1953 : John Weakland ingénieur chimiste et anthropologue, Jay Haley étudiant en communication sociale sur des films de fiction, William Fry étudiant en psychiatrie, puis remplacé par Donald Don Jackson psychiatre doté d'une formation psychanalytique.

À ce moment, la schizophrénie est le trouble majeur pour la psychiatrie. En contexte de contrainte budgétaire, l'équipe se résigne à travailler dans le domaine de la communication chez les schizophrènes et pour cause, elle reçoit les subventions d'une institution privée, la Macy Fondation.

C'est au Veterans Administration Hospital de Palo Alto qu'ils relèvent la confusion des types logiques dans le discours des schizophrènes. Aussi bien, « la recherche démarre sur deux généralisations : le fait que les schizophrènes ont des difficultés à discriminer entre *réalité* et

⁴¹ Ibid.,p.184

⁴² Ibid.,p.184

fantasme, et le fait qu'ils ont des difficultés à utiliser des signaux non verbaux ou implicites ⁴³».

Déjà en 1956, alors que Jackson et Haley s'emploient à publier le premier article commun du groupe intitulé *Vers une théorie de la schizophrénie*, Bateson s'arc-boute à la prudence pour ce qui est de la publication de telles données peu formelles. [11]

À ce titre, les témoignages s'accordent à dire qu'il n'était pas question de véritable thérapie avec la famille mais simplement d'observation de la communication du patient dans son milieu familial.

« Bateson considérait plus la thérapie comme un « échange d'idées » avec un malade que comme le désir de produire un changement volontaire. ⁴⁴»

Mais tout naturellement, la souffrance qui étreignait les membres de la famille les incita à identifier la nature des interactions et les perspectives thérapeutiques.

Dans ce contexte, le premier article met en place les préalables à l'apprentissage d'évitement dans les circonstances de *double contrainte* :

- *Deux personnes ou plus.*

D'une manière générale, la relation dite de double contrainte n'implique ni *tyran* ni *victime*, mais la combinatoire de deux *tyrans-victimes*.

- *Une expérience répétitive.*

⁴³ Ibid.,p.159

⁴⁴ Ibid.,p.170

Au-delà de la mère, le père ou la fratrie peuvent contribuer à ce que la victime vive un thème récurrent, qui deviendrait son attente permanente.

- Une injonction négative primaire : clamée sous deux aspects « *N'agis pas de telle ou telle façon, sinon je te punirai* » ou « *Si tu ne fais ceci ou cela, je te punirai* ». Le contexte d'apprentissage concerne l'évitement et non la gratification. [11]

La punition peut être un retrait d'affection ou une expression de haine ou de colère, ou plus dévastateur encore : l'abandon vécu résultant d'un extrême désarroi parental...

- Une injonction secondaire qui entre en conflit avec la première mais à un niveau plus abstrait et qui, comme la première, est sanctionnée par des punitions ou des signaux qui mettent en péril la survie.

Elle est souvent communiquée à l'enfant ou à tel patient sur un mode non verbal : postures, ton de la voix, actes significatifs. Elle peut être associée à des propos divers : « *Ne perçois pas ceci comme une punition, Ne te soumetts pas à mon interdiction, Ne doute pas de mon amour.* » De plus, un des parents peut nier l'injonction de l'autre à un niveau plus abstrait.

- Une injonction négative tertiaire qui interdit à la victime d'échapper à la situation.

La fuite est souvent empêchée par les promesses d'un renforcement positif, comme l'amour par exemple.

- Il n'est pas nécessaire que toutes les composantes ci-dessus soient réunies, une fois que la victime a appris à structurer son monde à partir des schémas de double contrainte.

La structure de la double contrainte peut même persister sous forme d'hallucinations auditives.

Dans le même temps, « l'influence d'Erickson sera déterminante pour la suite de l'histoire de Palo Alto. En effet, plutôt que l'étude de la famille en tant que système homéostatique, c'est le processus de changement lui-même qui deviendra le cheval de bataille des membres de l'équipe Bateson à la fin du projet.

Ils éviteront désormais de confondre le modèle explicatif et le processus de changement que le modèle est censé expliquer : pour eux, il s'agira de faire en sorte que le thérapeute devienne efficace dans son rôle d'agent de changement, la théorie devenant un simple *langage*, favorisant la transmission de ces connaissances mais ne déterminant pas l'efficacité des interventions.

C'est donc dès le début que l'approche thérapeutique de Palo Alto se différenciera de l'approche classique de la thérapie familiale, pour laquelle ce sont les présupposés théoriques sur la structure familiale qui définissent la problématique à traiter.

Pour Haley et Weakland, le problème principal devient : *Comment provoquer un changement le plus rapidement possible ?*

Inutile de dire que cette position paraissait *indécente* à Bateson ⁴⁵.

« En 1958, Jackson veut absolument développer au maximum le volet thérapeutique de la nouvelle approche. Il décide de fonder un institut à cet effet.

Bateson est réticent. Les conflits vont s'exacerber entre les deux hommes.

Finalement, début 1959, le Mental Research Institute est créé ; Don Jackson en est le premier directeur mais Bateson et le reste de l'équipe continuent de travailler aux recherches sur la double contrainte. Les deux groupes, bien distincts à l'origine (...), continueront néanmoins à

⁴⁵ Wittezaele J.-J., Garcia T, op.cit.,p.173

se fréquenter au travers de réunions ou de rencontres informelles jusqu'en 1963, date du départ de Bateson pour les îles Vierges. ⁴⁶»

En dernier lieu, nous savons que Bateson ne s'est jamais véritablement intéressé à la thérapie et encore moins à la maladie mentale ; il a livré sa difficulté à poursuivre ses recherches sur la schizophrénie, parce que : « Si vous offrez votre cœur à un schizophrène, c'est comme si vous le déposiez dans une poêle à frire, il le laisse brûler à petit feu ⁴⁷».

De même, il ne fait guère de doute que sa recherche de *patterns* l'aura conduit, par succession de niveaux logiques, à la relation à notre écosystème et aux questions épistémologiques ; on doit au passage, au projet Bateson les aspects formels de la *double contrainte*.

Dans ce sens, Palo Alto aura tout autant formulé les principes systémiques qu'aura gravé la légitimité de la thérapie familiale dans le marbre. « En effet à ce moment (1956), surtout à l'Est des Etats-Unis, la thérapie familiale se pratiquait quasi dans la clandestinité. Lors de congrès, l'on n'entendait pas de communications sur cette pratique, mais rentrées à l'hôtel, autour d'un verre, quelques personnes avouaient travailler avec des familles. » [77]

1.4.2 – Le Nouveau centre pour l'étude de la famille de Mara Selvini Palazzoli à Milan.

Le suivi du devenir des patientes traitées par Mara Selvini Palazzoli et collaborateurs traduit bien là une quête inextinguible pour comprendre l'hypercomplexité de l'anorexie.

De la même manière, les *patterns* qui relient les différents composants, soit la patiente, la famille, la société, la thérapie, seront la recherche de toute une vie.

⁴⁶ Ibid.,p.179

⁴⁷ Ibid.,p.176

Au point de vue historique, « l'anorexie a donc été considérée comme une « maladie rare » jusqu'à la fin des années 1960 : c'est justement pour cette raison qu'au cours de ces années, un important éditeur américain ne se déclara pas intéressé par la traduction du livre originellement intitulé *Anoressia mentale* (Selvini Palazzoli, 1963 – traduit en anglais en 1974).

C'est en 1974 seulement que ce livre fut publié par un éditeur anglais, puis par Aronson (USA) en 1978, sous forme d'édition révisée, suite au passage de l'auteur de la psychanalyse à la thérapie familiale ». [87]

En effet, au terme de dix-sept années d'approche psychiatrique et de psychothérapie psychanalytique exclusives, elle intègre une succession de méthodes de travail d'un niveau toujours plus complexe en reconsidérant la pratique clinique en son temps.

« Le charme de la psychothérapie individuelle a graduellement cédé la place à la désillusion. Trop de temps était nécessaire à l'obtention d'un résultat, trop nombreuses les interrogations demeurant sans réponse satisfaisante. Il fallut donc trouver un instrument thérapeutique plus adéquat. ⁴⁸»

Mara Selvini fait le choix radical : « l'abandon de la psychothérapie individuelle pour expérimenter une nouvelle intuition : la thérapie familiale conjointe (...) La référence théorique reste la psychanalyse ⁴⁹».

⁴⁸ Selvini Palazzoli M, *Anorexiques et boulimiques*, op.cit.,p.19

⁴⁹ Selvini M, Mara Selvini Palazzoli. *Histoire d'une recherche*, op.cit.,p.15

Pour ce faire, elle s'intéresse aux travaux de Palo Alto et des pionniers de la thérapie familiale avant d'établir en 1967 le premier Centre pour l'étude de la famille, *Centro per lo studio della famiglia*, à Milan.

Les collaborations d'équipe se constituent avec Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin et Giuliana Prata, tous quatre médecins d'orientation psychanalytique, pour la période 1971-1978 consacrée à la *méthode paradoxale*. À la dissolution de la première équipe, le Centre déménage et nomme le Nouveau centre pour l'étude de la famille.

Puis successivement, la période avec Giuliana Prata de 1979-1985, les années 1982-1987 avec de plus jeunes collaborateurs, Stefano Cirillo, Matteo Selvini et Anna Maria Sorrentino, qui mettent au point *la méthode des prescriptions invariables* et *la méthode du dévoilement du jeu familial*. [83]

Les résultats de ces trois méthodes font l'objet d'un follow-up en 1998, voire d'une remise en question de certains postulats, sous forme d'une étude catamnastique à long terme, dont les résultats figurent dans la publication intitulée : *Anorexiques et boulimiques. Bilan d'une approche thérapeutique familiale*.

Au préalable, comme nous l'avons précisé, notre angle d'intérêt est moins de prendre appui sur le traitement de l'anorexie mentale en lui-même, que de saisir le contexte d'émergence de la pensée systémique au Centre de Milan.

Ainsi, la référence théorique reste la psychanalyse avec le passage de l'étude de l'individu à l'étude de la communication et des relations de la famille qui se présente avec un membre porteur du symptôme.

De plus, il se dégage certains aspects spécifiques : « On ne vise pas à faire du travail professionnel mais bien de la recherche. On utilise le contexte professionnel pour faire de la recherche. Les familles se trouvent engagées sur la base d'un contrat très inhabituel : pour les symptômes de l'un d'entre eux, c'est tout le groupe qui est impliqué (en contraste marqué avec la façon traditionnelle, c'est-à-dire médicale, de considérer ces symptômes). La recherche s'effectue ainsi dans un contexte thérapeutique et professionnel tout à fait particulier. Recherche et thérapie n'entreront donc jamais en contradiction ». [20]

En portant le regard sur l'évolution des protocoles du centre, on distingue la méthode paradoxale publiée en 1975 dans l'ouvrage *Paradoxe et contre-paradoxe*. [85]

Dans les années 1970 il s'agit de l'application du paradigme systémique comportant :

- « La connotation positive du comportement de chacun des membres de la famille nucléaire ;
- La reformulation paradoxale du jeu familial existant et sa prescription ;
- Les rituels familiaux ;
- La règle visant à réserver un intervalle d'un mois entre chaque séance ⁵⁰».

Parmi les raisons des échecs, les thérapeutes avancent :

- « L'absence d'espace thérapeutique individuel pour les patientes ;
- L'extrême brièveté des traitements (qui ne dépassent pas dix séances)
- La faible empathie des thérapeutes envers les parents et, en particulier, les mères ;

⁵⁰ Selvini Palazzoli M, Anorexiques et boulimiques, op.cit.,p.20

- Le caractère réducteur d'une théorie systémique appliquée au pied de la lettre (aux dépens de tout approfondissement dyadique et individuel) ⁵¹».

Dans les années 1980 l'équipe procède à l'utilisation de la méthode de la série de prescriptions invariables.

Le modèle à six stades est publié en 1988 sous le titre *Les jeux psychotiques dans la famille*.

[86]

Les importants dysfonctionnements (qualifiés d'imbroglio des affects et instigation) de la famille, dont un membre est porteur de symptôme, trouvent leur origine dans le malaise réciproque du couple parental (appelé pat parental).

« Dans ce contexte, les membres de la famille étendue, la patiente et les éventuels frères et sœurs se voyaient impliqués exclusivement lors des deux premières séances, tandis que, par la suite, le travail se fondait sur l'alliance avec les parents uniquement, qui se voyaient responsabilisés en qualité de cothérapeutes de leur fille. ⁵²»

Ensuite, le protocole invariable se voit supplanté par la méthode du dévoilement du jeu familial. L'équipe escompte l'effet de la révélation, susceptible de rattacher la souffrance de la patiente anorexique à son implication involontaire dans les problèmes non résolus de ses parents, pour provoquer une évolution thérapeutique.

Ainsi, le Nouveau centre n'a de cesse d'actualiser un instrument méthodologie, lequel aborde le premier contact téléphonique, les entretiens préliminaires et la collaboration de toute la famille.

⁵¹ Ibid.,p.22

⁵² Ibid.,p.24

C'est dire qu'à bien des égards, notre recueil de données et certaines caractéristiques de la méthodologie actuelle se feront pendants.

Aussi, de façon régulière, nous reviendrons à la pratique du Nouveau centre de Milan dans la partie discussion de notre étude.

1.4.3 – Conceptualisation systémique de la famille humaine.

En 2005, G. Salem, psychiatre, thérapeute familial et auteur principal de *L'approche thérapeutique de la famille*, actualise une conceptualisation systémique de la famille.

En cela, on lui doit la retranscription d'un type logique bien servi : « une famille normale est une famille qui n'a pas encore été évaluée par un thérapeute ⁵³».

Par conséquent, il va sans dire que le critère de normalité ou d'anormalité est obsolète en systémique.

Avant tout, le raisonnement systémique revendique les vocables *fonctionnel ou dysfonctionnel* pour définir un comportement. Avant tout, un comportement se caractérise par une finalité indissociable du contexte d'encadrement dans lequel il se produit. [93]

D'une manière générale, il existe d'autres critères qui se fondent sur un aspect particulier pour considérer soit un fonctionnement familial asymptotique, soit un fonctionnement optimal, soit un fonctionnement moyen ou encore un processus transactionnel.

On l'aura compris, un des avantages d'une conceptualisation permet peu ou prou d'étendre la compréhension de la complexité du système familial.

⁵³ Salem G, op.cit.,p.74

En premier lieu, qu'est-ce qu'une famille ?

R. Neuburger pose la définition suivante :

- « Une unité fonctionnelle donnant confort et hygiène ;
- Un lieu de communication, matrice relationnelle pour l'individu,
- Un lieu de stabilité, de pérennité, malgré ou grâce aux changements que le groupe peut opérer ;
- Un lieu de constitution de l'identité individuelle et de transmission trans-générationnelle : la filiation. » [64]

En second lieu, nous allons insister sur les niveaux de fonctionnement de la famille relativement autonomes et interdépendants.

Dans une perspective des concepts de *causalité circulaire*, *totalité et unité*, la réalité des interactions familiales compte plus que les liens biologiques qui constituent le sentiment d'appartenance commune. Il s'agit du témoin de l'identité collective propre à chaque famille et qui la distingue véritablement des autres.

On saisit bien que le comportement de quiconque dans la famille contribue à influencer l'ensemble du groupe familial dans son équilibre, puis à son tour le membre est influencé sous forme de cycle d'influence mutuelle.

C'est dire qu'au profit d'une causalité circulaire, toute définition des comportements familiaux rend l'énoncé linéaire « qui a commencé » obsolète au sein de circuits d'interactions.

Au regard du principe de non-sommativité, la redondance des modèles comportementaux (ou patterns) s'apprécie par une vision de *l'unité familiale* (considérée comme non réductible à la somme des comportements de ses membres).

D'une manière générale, tout comportement de ses membres ou toute nouvelle information externe préjudiciable à l'équilibre de *l'unité familiale* se voit opposer des feed-back négatifs pour tendre à la stabilité. En ce sens, l'homéostasie varie d'une famille à l'autre et dépend « des normes en présence, c'est-à-dire des impératifs communs respectés tacitement par tous les membres⁵⁴». De ces normes familiales découlent des règles qui encadrent les comportements des membres entre eux et à l'encontre de l'extérieur.

« L'observateur peut identifier ces règles en repérant les modèles de comportements répétitifs, ou patterns communicationnels redondants, c'est-à-dire qui deviennent prévisibles entre les membres du système familial.⁵⁵»

Cela souligne indirectement l'accord implicite entre les individus s'agissant de la définition de leur relation, et témoigne donc de leurs conventions relationnelles.

Il est à noter que la cybernétique de second ordre tient le système familial pour un système vivant autopoïétique. Autrement dit, il module en continu son organisation et ses limites spécifiques, tout en restant réceptif aux influences de la niche environnementale.

« Cette perspective autoréférentielle a tendance à considérer que les systèmes ne se laissent pas instruire de l'extérieur.⁵⁶»

⁵⁴ Salem. G, op.cit.,p.58

⁵⁵ Ibid.,p.58

⁵⁶ Ibid.,p.59

Comme on l'a déjà vu, la stabilité ne suffit pas pour survivre, d'où des crises naturelles dans le système familial pour s'adapter aux besoins de ses membres et à un degré variable aux changements de l'extérieur. Elles « représentent des contraintes utiles, dans la mesure où ils restent contrôlables et que le climat de tension ne met pas en péril les intérêts des membres de la famille (...) dans la mesure où l'entropie du système familial ne s'accroît pas trop ⁵⁷».

« On parle alors de morphogénèse pour désigner cette aptitude naturelle du système familial à évoluer avec le temps. ⁵⁸»

Ainsi, on s'accorde pour l'évolution d'une famille, ponctuée de crises naturelles et de phases de déstabilisation, qui l'incitent à reconsidérer sa tendance homéostatique.

« L'adaptation optimale d'une famille se reconnaît au fait que chacun de ses membres a la possibilité, suivant les situations, de participer de façon souple et équilibrée au processus décisionnel de la famille. Cette capacité d'adaptation optimale permet notamment au système familial de négocier de façon profitable les diverses crises ou phases de changement qui jalonnent son cycle évolutif, en favorisant la socialisation des enfants, tout en restant une ressource, un refuge et un soutien pour tous les membres. ⁵⁹»

Habituellement, les frontières signent les territoires entre la famille et l'environnement social, et entre les divers sous-systèmes internes. À savoir le sous-système conjugal, sous-système de la fratrie, sous-systèmes des genres et marqueurs territoriaux individuels.

⁵⁷ Ibid.,p.60

⁵⁸ Ibid.,p.60

⁵⁹ Ibid.,p.62

Selon son stade évolutif ou les besoins de ses membres et de l'environnement social, *l'unité familiale* filtre les échanges directs entre chacun de ses membres et l'extérieur, au moyen d'une double série de fonctions.

« Les fonctions centripètes consistent, par exemple, à protéger les membres de la famille, à les nourrir, à satisfaire leurs besoins affectifs, à leur faire profiter de la solidarité économique du système familial, à leur faciliter le repos et la possibilité d'une régression naturelle, etc. Les fonctions centrifuges consistent à préparer les enfants et les adolescents à leur émancipation future, en facilitant le développement de leurs compétences propres, en favorisant leur socialisation progressive, en fortifiant leur tolérance aux séparations, tout en permettant aux parents de renforcer leur propre autonomie affective, économique et sociale, tant sur le plan conjugal que sur le plan individuel. ⁶⁰»

Ensuite, l'organisation structurelle de l'unité familiale compose avec la différenciation des sexes et la différenciation hiérarchique par l'âge.

C'est dire qu'une différenciation optimale à l'intérieur de ces deux dimensions biologiques reflète une compétence du système familial.

Une délimitation lisible entre les identités respectives des membres de la famille, la possibilité de conflits, la tolérance à la séparation et bien d'autres facteurs traduisent le principe d'équifinalité des systèmes : « ils contribuent à maintenir les mêmes effets, soit la socialisation de la progéniture et la dispersion partielle du groupe familial, ce qui favorise le renouvellement permanent des échanges au sein des sociétés humaines, un meilleur brassage génétique de l'espèce, et des chances plus élevées de survie ⁶¹».

⁶⁰ Ibid.,p.63

⁶¹ Ibid.,p.64

Du reste, « les communications véhiculent les règles qui prescrivent et limitent les comportements individuels au sein du système familial. Elles dénotent également comment les sentiments et les affects doivent être exprimés entre les membres. Les liens affectifs représentent les forces de cohésion les plus puissantes à l'échelle de la famille nucléaire, surtout lorsque les enfants sont encore en bas âge ⁶²».

Concernant les valeurs familiales, ce concept sociologique a peu de prise sur les relations interpersonnelles dans la famille. « Le plus souvent, les valeurs sont utilisées comme un moyen tactique dans les relations interpersonnelles familiales, en vue d'imposer une règle propre au système, mais qui doit rester cachée. ⁶³»

Bien souvent « les valeurs sont utilisées par les familles pour cimenter l'assise du mythe familial. Celui-ci est défini comme un ensemble de croyances organisée et partagées par tous les membres, et qui colorent leurs rôles mutuels dans la famille, la nature de leur relation, l'image qu'ils se forment de leur identité groupale. Comme les valeurs, les mythes familiaux peuvent servir à masquer les règles relationnelles de la famille, ou à les exprimer sur un autre plan, plus idéalisé. Dans bien des cas, ces mythes s'expriment par toutes sortes de clichés, de poncifs, de routines : *chez nous, chacun est libre de faire ce qu'il veut ; dans notre famille l'harmonie règne ; etc* ⁶⁴».

Comme on l'a déjà vu, l'isomorphisme conceptuel dans les disciplines plus ou moins éloignées a suscité des modèles explicatifs pour l'étude du système familial. De la même

⁶² Ibid.,p.66

⁶³ Ibid.,p.67

⁶⁴ Ibid.,p.68

manière, les recherches sur l'évolution des systèmes ouverts a fait émerger le paradigme évolutionniste suivant : « un certain degré de constance du champ de forces exercé sur le système familial doit être maintenu quand il change et transite vers un nouvel état, c'est-à-dire quand il traverse une crise. L'encadrement affectif et éducatif apporté par le sous-système des parents au sous-système des enfants est assimilable à un tel champ de forces ⁶⁵».

« Cela ne signifie en aucune façon que le système encadrant doit rester rigide, puisque la famille, en évoluant, doit être à même d'élaborer de nouvelles règles relationnelles. Il serait plus juste de dire que le système encadrant doit varier moins vite que le système encadré. ⁶⁶»

D'un intérêt clinique manifeste, la pratique de Boszormenyi-Nagy entend saisir l'articulation des relations familiales quant à leur influence secrète sur le destin d'un individu. Ici, il faut voir le fondement éthique des relations, sous l'angle de la justice dynamique, car il assure la régulation des comportements familiaux, peut-être la plus puissante. Pour cerner cette dimension spécifique des relations familiales, il ne faut pas perdre de vue leur caractéristique existentielle, donc qui s'obtient dès la naissance de chacun. [21]

En effet, « chacun, en venant au monde, hérite – qu'il le veuille ou non – d'un patronyme, d'une situation existentielle donnée, d'une histoire et d'une réputation familiales. Il devient en même temps le dépositaire des traditions et des lois de son clan familial. Ceci engage d'emblée sa responsabilité vis-à-vis des attentes multilatérales de sa famille élargie. ⁶⁷»

⁶⁵ Ibid.,p.69

⁶⁶ Ibid.,p.69

⁶⁷ Ibid.,p.70

Comme l'indique Boszormenyi-Nagy, « le contexte familial significatif ne se restreint guère à la famille nucléaire, mais implique la famille élargie dans son ensemble (...). Or, ce contexte élargi fonctionne selon un principe de justice dynamique qui régit les obligations multilatérales de tous les membres sans exception, soit les uns vis-à-vis des autres, soit vis-à-vis de leur patrimoine commun.

La notion de loyauté illustre et définit en même temps ce type d'obligation (...) qui a d'abord un caractère éthique et existentiel. La loyauté est définie ici comme un déterminant motivationnel ayant des racines dialectiques d'essence multipersonnelle et non individuelle. Sa véritable nature réside dans l'invisible fabriqué des attentes du groupe familial, et non en une loi manifeste. Sa texture est constituée par plusieurs fibres : la consanguinité, l'impératif de sauvegarder le patrimoine et de perpétuer le lignage biologique, enfin la considération et le mérite gagnés par les membres de la famille ⁶⁸».

Ainsi en va-t-il de la notion de loyauté en vertu de laquelle chaque membre fait cas de ses obligations familiales.

Nul doute que cette conceptualisation des relations familiales affirme plus que jamais l'implication de tous les membres sans exception, dans le contexte familial significatif.

En dernier lieu, en accord avec sa théorie systémique de la personnalité, Murray Bowen discrimine deux parties dans le self de la personne :

Le self de base, renvoie à la partie du self acquise au cours des premières années du développement, et non modifiable sous la pression des relations interpersonnelles ;

⁶⁸ Ibid.,p.70

Le pseudo-self, dans cette conceptualisation représente la partie fonctionnelle du self qui est modulable par les relations interpersonnelles. [22]

Du point de vue clinique en systémie, l'individuation d'un membre est contingente de la manière dont les autres personnes de sa famille s'individuent.

Cela dénote que la capacité à la co-individuation des membres dépend étroitement des relations significatives qui comptent parmi les exigences naturelles des relations familiales.

1.5 – Référence systémique de base de la thérapie familiale

Là encore, on ne pourrait rendre compte de l'incommensurable apport des précurseurs, de pionniers de la thérapie familiale et des tendances contemporaines. Pour cela, le lecteur est invité à consulter la recension des écoles et de leurs conceptualisations au travers de notre bibliographie : 24,36,39,40,41,50.

Et sans amoindrir la rigueur et l'imagination des cliniciens, le discours sans concession de James L. Framo transporte un accent d'humilité sur l'histoire de la thérapie familiale : « en examinant l'histoire de la thérapie familiale, on remarque que toutes les approches, toutes les techniques, ont eu leur heure de gloire ; tout le monde prend alors le train en marche, jusqu'à l'arrivée de la prochaine théorie, de la prochaine technique miraculeuse. Toutes les écoles, toutes les techniques ont ainsi connu le devant de la scène. En voici une liste non exhaustive : la programmation neuro-linguistique, l'analyse transactionnelle, Satir, Bowen, les réseaux sociaux, les thérapies familiales structurale, paradoxale, multiple, stratégique, les sculptures, l'école milanaise, les concepts batesoniens, l'équipe réfléchissante, les PAIRS, la prescription invariable, les approches ericksonniennes, Maturana, et aujourd'hui les solutions positives, les

narrations, les récits, les thérapies fondées sur l'appartenance sexuelle, la culture, la diversité, les mouvements oculaires, et le constructivisme (...) Il est sûr que tous ces concepts, toutes ces techniques ont quelque valeur, et certains perdureront (...) De même en thérapie familiale : tout nouveau, tout beau (...) Il est regrettable que notre profession s'incline devant chaque idée invérifiée qui jouit d'une popularité momentanée ; et ces approches à la mode ne devraient pas prendre le pas sur la compréhension de la dynamique familiale et des principes de la pensée contextuelle et systémique ». [43]

Cependant, il n'en demeure pas moins que Nathan Ackerman est considéré comme le père de la thérapie familiale depuis sa publication en 1937 de « *La famille en tant qu'unité sociale et affective*, article dans lequel il signale l'importance des rôles familiaux et de la manière dont ceux-ci peuvent perturber les interactions des membres de la famille ⁶⁹».

« À partir de là, d'autres cliniciens vont entreprendre des études plus poussées sur les relations et le traitement des familles. C'est au début des années 60, et parallèlement aux travaux du MRI (Mental Research Institute), que vont apparaître les grands noms de la première génération des thérapeutes familiaux : Bowen, Wynne, Boszormenyi-Nagy, Lidz, Ackerman, et Whitaker, pour ne citer que les plus connus d'entre eux. ⁷⁰»

Précisons que Virginia Satir du MRI, assistante sociale de formation, assure en partie le lancement et le succès de la thérapie familiale dans le domaine du travail social, alors que le milieu de la psychiatrie semble moins acquis à ces nouvelles idées.

⁶⁹ Wittezaele J.-J, Garcia, op.cit.,p.191

⁷⁰ Ibid.,p.194

La première réunion de thérapeutes familiaux se tient en 1957 à Chicago sous l'égide de l'American Orthopsychiatric Association.

Il est à noter que plusieurs de ces noms illustrent l'histoire des principales voies thérapeutiques actuelles, qui elles-mêmes revendiquent la référence systémique de base.

C'est ainsi que toute thérapie familiale de référence systémique articule trois principes fondamentaux :

- « **La *confrontation* des membres de la famille les uns aux autres, ce qui implique le plus souvent de les réunir en présence du thérapeute ;**
- ***L'action directe sur les relations*, en détectant les patterns interactionnels dysfonctionnels, en aidant la famille à y renoncer, à en explorer et à en élaborer d'autres, mieux adaptés aux besoins et aux intérêts de tous les membres, après les avoir éprouvés avec l'aide du thérapeute ;**
- ***Le renforcement de la compétence familiale*, en l'amenant à prendre conscience de sa dimension systémique, en activant ses ressources naturelles, pour la préparer à résoudre elle-même les tâches et les problèmes auxquels elle sera confrontée ultérieurement, ceci en favorisant une distribution optimale des avantages et des atouts auprès de tous les membres ⁷¹».**

Et en dernier ressort, c'est à partir de cette référence systémique que des voies thérapeutiques vont se différencier selon le modèle théorique conceptuel et les techniques d'approche.

⁷¹ Salem G, op.cit.,p.110

Sous ces aspects, on pourrait distinguer :

- *La voie structurale* : principalement élaborée par Salvador Minuchin.

« Ainsi qu'il l'a expliqué lui-même, c'est parce qu'il a souffert étant enfant d'une certaine promiscuité familiale, où les faits et gestes de chacun semblaient épiés, que Minuchin a structuré une théorie basée sur le respect des frontières personnelles et inventé une thérapie dans laquelle il jouait le rôle d'un « parent éloigné », qui à la fois observe et veut aider les autres membres de la famille à résoudre leurs problèmes ⁷² » ;

- *La voie stratégique* : regroupe les noms de Mara Selvini, de Milton Erickson, de Haley du groupe de Palo Alto, de C. Madanes du MRI

« Ici, la thérapie de famille s'apparente à un jeu stratégique assimilable au jeu d'échecs ou à l'art militaire, en ce sens que la relation thérapeutique et les relations intrafamiliales sont considérées sous l'angle des rapports de pouvoir ⁷³ » ;

- *La voie psychanalytique* : pensée empruntée aux références systémiques et psychanalytiques avec les noms de Lidz, Laing, Helm Stierlin ;

- *La voie comportementaliste* : de même, il s'agit d'une double approche constituée des notions d'apprentissage et de comportement ;

- *La voie intergénérationnelle* : représentée par les incontournables apports d'Ivan Boszormenyi-Nagy, de Murray Bowen, et les enrichissements de Helm Stierlin, James L. Framo, Maurizio Andolfi, Giuliana Prata. « L'idée de base de l'ensemble de ces travaux

⁷² Albernhe K., Albernhe T, op.cit.,p.60

⁷³ Ibid.,p.65

est que l'étude des problèmes actuels trouve un éclairage particulier à la lumière des conflits intériorisés dans le passé, en particulier familial. ⁷⁴»

Cela signifie la transmission inconsciente et multigénérationnelle de règles, de loyautés et d'attentes à respecter.

2 – QU'EST-CE QUE LE CIRFA ?

Le Centre d'Initiative et de Recherches sur la Famille.

E-mail : cirfanancy@yahoo.fr - www.cirfa.fr

Tél :03 83 97 20 03

2.1 - Conceptualisation et organisation au CIRFA.

2.1.1 - Contexte historique du centre privé.

Le CIRFA créé à Nancy en 1998 est une association « loi 1901 », à but non lucratif, se fixant pour objectif :

- De promouvoir le développement, la recherche et la formation à l'approche systémique ;
- D'en proposer une pratique dans le cadre de consultations familiales et de couples, de médiations familiales, d'analyse des pratiques et de supervisions, de groupe de parole, de soirées-débats avec les parents, de développement de réseaux.

⁷⁴ Ibid.,p.40

Les membres fondateurs et les intervenants sont issus d'horizons professionnels divers : milieu ouvert, Institut Médico Educatif, psychiatrie infanto-juvénile et adulte, médiation familiale, conseil conjugal.

Ils possèdent des formations initiales variées : médecins, psychologues, éducateurs spécialisés, assistants de service social...

Inscrit dans ses statuts, le CIRFA dispose structurellement d'un Conseil d'Administration, d'une équipe de formateurs et de conseillers techniques.

Au plan de l'organisation, c'est la responsable pédagogique et clinique qui articule les volets consultation, formation et intervention des professionnels.

De plus, la supervision des thérapeutes familiaux, par un thérapeute systémicien extérieur, constitue une priorité pour le Centre.

2.1.2 - Notions conceptuelles et courants théoriques systémiques.

Ce qui fédère le groupe et le travail, c'est la lecture systémique sur plusieurs générations et ses applications.

Allier pratique clinique, formation et recherche demeure un souci constant.

La plupart des thérapeutes familiaux sont membres de l'European Family Therapy Association, et/ou de la Société Française de Thérapie Familiale, et/ou médiateurs familiaux se référant au code de déontologie de l'Association Pour la Médiation Familiale.

2.2 - Contexte de travail et d'enseignement du CIRFA

L'équipe composée d'une dizaine de thérapeutes consulte sur rendez-vous.

Par ailleurs, tous les thérapeutes dépendent d'un employeur principal situé dans d'autres institutions publiques.

Trois thérapeutes assurent la permanence tous les lundis de 10H30 à 12H30.

Le centre propose des thérapies familiales et de couples, des médiations familiales, des bilans de nature socio-familiale, et des groupes de paroles.

Pour cela, les familles et les couples sont reçus dans un cadre doté d'un enregistrement vidéo, de la présence du binôme cothérapeute.

Le premier contact téléphonique précise ce cadre de travail, s'enquiert du consentement des personnes pour l'enregistrement vidéo, l'intervalle de trois semaines entre les séances et le prix de la consultation.

La formation destinée aux professionnels des champs médico-psycho-social, éducatif et pédagogique concerne : la sensibilisation, la formation longue (1^{er} et 2^e cycle), le perfectionnement et l'approfondissement dans les domaines de l'approche systémique, de la thérapie familiale et de la médiation familiale (sensibilisation).

L'activité du CIRFA s'enrichit de l'organisation de journées d'études, de groupes ressources, de soirées cliniques dans le champ systémique, et de partage à l'occasion de cafés interculturels, de groupes astrologie.

3 – ETUDE DESCRIPTIVE ET RETROSPECTIVE DES APPELS TELEPHONIQUES RECUS AU CIRFA

I – MÉTHODOLOGIE

A – PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

Notre étude concerne le recueil des données pris en compte par le thérapeute familial au décours de la demande de rendez-vous au CIRFA.

En pratique ces données sont colligées sur la fiche d'appel téléphonique qui conduit à fixer le premier rendez-vous en thérapie.

Par voie de conséquence, ce sont les données de cette fiche d'appel téléphonique que nous allons analyser.

L'analyse des données a été anonymisée ; aucun nom de client ou de thérapeute n'apparaîtra et aucune information ne permettra leur reconnaissance.

1 – OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Le premier objectif consiste à décrire les caractéristiques des fiches d'appels téléphoniques.

Le second objectif est de voir s'il existe des caractéristiques particulières, retrouvées dans les circonstances du premier contact téléphonique qui pourraient expliquer les situations où nous observons une défection des clients pour la première consultation clinique.

Nous comparerons ensuite les résultats de notre étude à la revue bibliographique d'épistémologie systémique et du même sujet.

Enfin nous nous questionnerons sur l'hypothèse de l'abandon prématuré en cours de thérapie et dans un certain nombre de cas, tout de suite après le premier appel téléphonique.

2 – TYPE D'ÉTUDE ET MODALITÉS DE RECUEIL DES DONNÉES

Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective s'intéressant aux caractéristiques de la fiche d'appel téléphonique concernant les familles ou les couples.

Elle signifie de leur part soit une demande de thérapie familiale, soit de couple ou de médiation familiale.

Nous avons recueilli les données sur une période d'un an, entre le 01/01/2009 et le 31/12/2009.

En d'autres termes, seule la date du premier appel téléphonique doit s'inscrire dans la durée arrêtée de l'étude mais pour le follow-up, le devenir du suivi du recueil des données s'est prolongé jusqu'au mois de février 2010.

Nous avons initialement inclus les demandes de thérapie émanant du répondeur téléphonique ou de courriel électronique du centre, puisque chaque message recueilli a fait l'objet d'un premier contact téléphonique par un thérapeute, et ipso facto à une fiche d'appel téléphonique.

Il est à noter que des demandes de thérapie laissées sur le répondeur téléphonique demeurent inexploitable en raison de l'altération sonore des messages, numéro d'appel incomplet à notre disposition, appelant injoignable.

Par défaut, on ne peut que comptabiliser leur nombre en les considérant comme des messages exclus pour l'étude.

De même, nous avons exclu toute fiche d'appel téléphonique portant spécifiquement sur la demande de médiation familiale.

La médiation familiale recouvre le vaste champ de la gestion de conflit, de rupture de lien ou de communication, encadré par le médiateur familial, professionnel diplômé d'État.

En cela, dans la majorité des cas, la motivation au rendez-vous provient du juge des affaires familiales.

Au total, nous retiendrons donc comme critères d'inclusion des fiches :

- **demande spécifique de thérapie familiale ou de couple ;**
- **premier contact téléphonique entre le thérapeute familial et un membre de la famille inscrit entre le 01/01/2009 et le 31/12/2009.**

B – DONNÉES

Les données recueillies pour cette étude concernent :

- Des données sur la famille, le couple lors du premier contact téléphonique
 1. Qui entreprend la démarche de contacter le CIRFA ? : un des parents, le porteur du symptôme, un membre de la fratrie ou de la famille élargie.

2. Motif de la demande actuelle : problème, difficulté, symptôme, plainte.
 3. Qui viendrait au premier entretien ? : tous les membres de la famille nucléaire ou le couple.
- Des données sur le panorama des soins
 4. Qui adresse la famille, le couple ? : envoyés par un professionnel de santé, une instance-relais, une personne particulière ou à l'inverse, il s'agit d'une initiative personnelle.
 5. Consultations antérieures ou concomitantes : en libéral, en CMP ou tout autre thérapeute.
 - Données sur le CIRFA
 6. Dispose-t-on d'un précédent recueil de données au CIRFA pour la demande actuelle ?
 7. Outil de communication avec le CIRFA pour la demande : contact téléphonique, répondeur téléphonique, messagerie internet.
 8. Quels thérapeutes se chargent du recueil des données pour les fiches d'appels téléphoniques ?
 - Données sur le premier entretien, sur le follow-up
 9. Délai d'attente entre le premier appel téléphonique et le premier rendez-vous.
 10. Statut du premier rendez-vous : fixé ou excusé ou à l'inverse, non programmé par la famille, le couple.
 11. Quels cothérapeutes assistent au premier rendez-vous programmé et plus particulièrement celui qui assure le recueil des données téléphoniques : participe-t-il à l'entretien clinique ?

12. Qui vient effectivement au premier entretien : tous les membres attendus, sont-ils effectivement présents ?

13. Devenir du suivi après le premier rendez-vous fixé : état des lieux des consultations à deux mois.

II – RESULTATS

Pour l'année 2009, le Centre a recueilli 35 demandes de médiations familiales, qui ne répondent pas aux critères d'inclusion des fiches de notre étude, et 30 demandes de thérapies.

Finalement, 1 demande téléphonique reçoit instantanément l'intervention du thérapeute.

Et sur les 29 messages téléphoniques, 7 sont inexploitable en raison d'un enregistrement altéré.

Ainsi, il ne reste que 22 situations pour lesquelles les thérapeutes s'efforcent de remplir la fiche d'appel téléphonique et de programmer les rendez-vous entre deux cothérapeutes et tous les membres de la famille ou du couple.

En dernier lieu, ce sont 23 fiches téléphoniques qui constituent la base de notre analyse.

1. Qui entreprend la démarche de contacter le CIRFA ?

Nous ne faisons pas de distinction entre couple conjugal et couple parental.

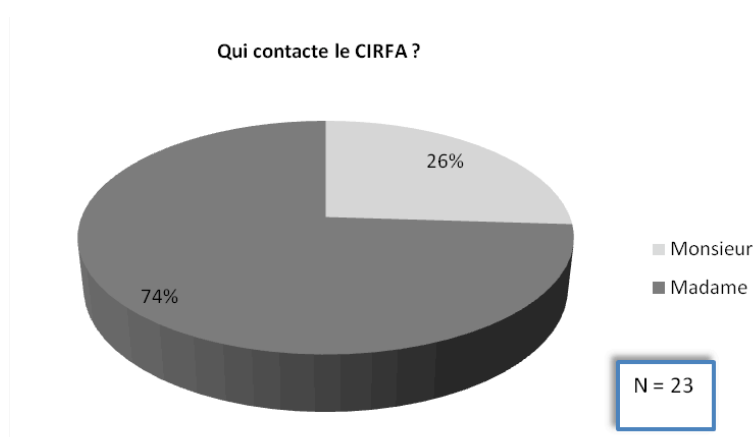
Ce dernier se caractérise par un ou plusieurs enfants tous non mariés au foyer commun.

De même, la famille au sens large considère toutes les typologies de famille : biparentale, monoparentale, recomposée, au statut marital ou autre.

Donc, sur 23 demandes de première consultation, 26% d'hommes et 74% de femmes font la démarche de contacter le CIRFA.

Concernant les 15 couples, les femmes appellent à 67% contre 33% pour les hommes.

Des 8 familles, les femmes appellent aussi majoritairement à 87% contre 13 % d'hommes.



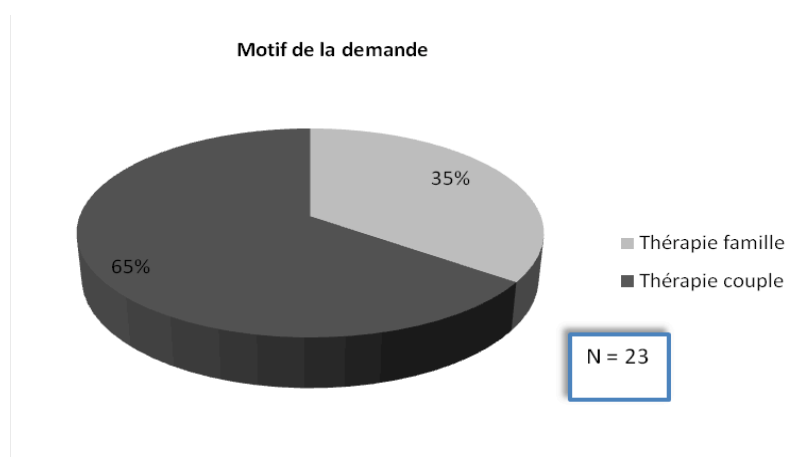
2. Motif de la demande actuelle :

Bien que toutes les demandes de thérapies de couple ne peuvent se classer dans des typologies, les motifs ciblés par les appelants ont pour objet : la crise ou le conflit de couple, les problèmes de communication et les difficultés relationnelles.

Sur les 65% de thérapies de couple, il est à noter que les parents identifient le problème au niveau du couple bien qu'ils vivent avec leurs enfants.

Pour ce qui est des 35% de thérapie familiale, le motif désigne soit directement l'enfant, soit la relation entre l'enfant et l'adulte ou la fratrie, sous forme de conflit, de problème.

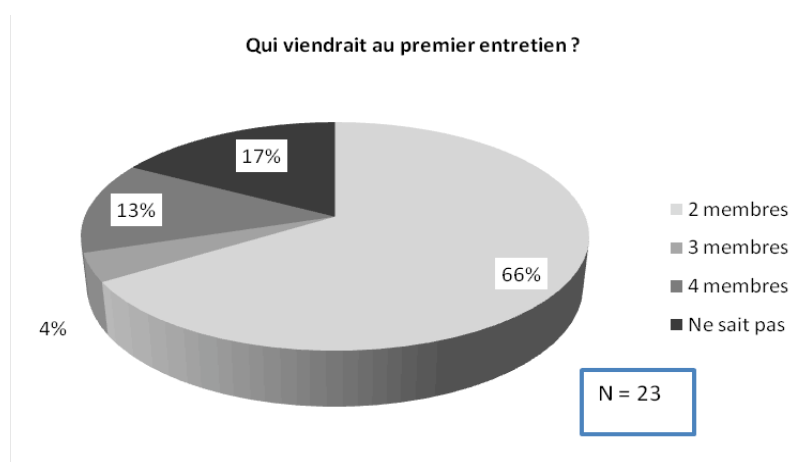
Seule une famille demande la thérapie, résultant d'un contexte de divorce et sans allégation de symptôme particulier pour l'enfant.



3. Qui viendrait au premier entretien ?

Sur 23 entretiens à programmer, 66% des appelants savent qu'ils seraient 2 membres à venir, 13% à 4 et 4% à 3.

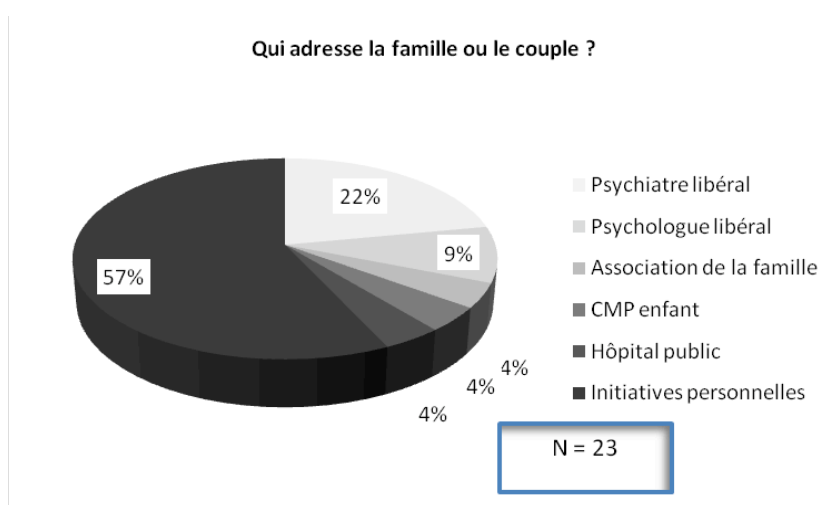
Et une configuration se profile : 17% ne peuvent se prononcer sur le nombre exact.



4. Qui adresse la famille ou le couple ?

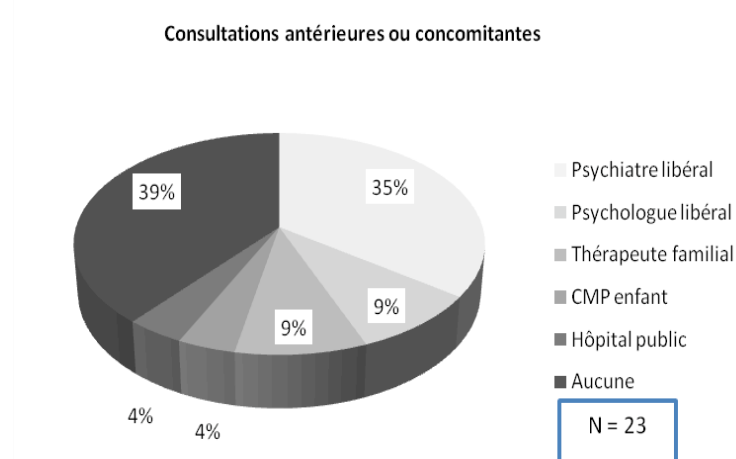
Une majorité de 57% des 23 situations indique des demandes personnelles.

Ensuite, nous observons l'initiative de psychiatres libéraux 22%, de psychologues libéraux 9%, d'association de famille 4%, de Centre Médico-Psychologique enfant 4% et enfin de l'hôpital public général 4%.



5. Consultations antérieures ou concomitantes :

En parallèle à précédemment, 39% déclarent aucune forme de consultation, 35% connaissent la démarche avec des psychiatres, des psychologues 9%, des thérapeutes de développement personnel 9%, le CMP 4% et l'hôpital public général 4%.

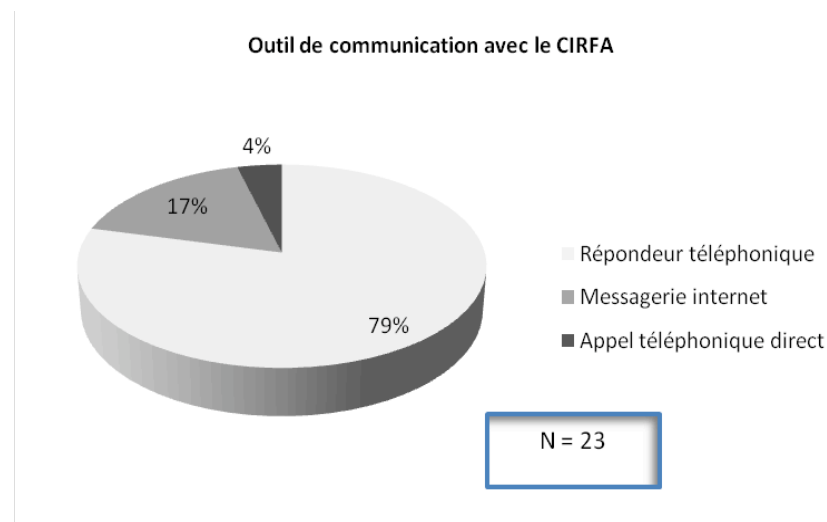


6. Dispose-t-on d'un précédent recueil de données au CIRFA pour la demande actuelle ?

Il s'agit de tout premiers clients pour le centre sur l'année 2009.

7. Outil de communication avec le CIRFA pour la demande :

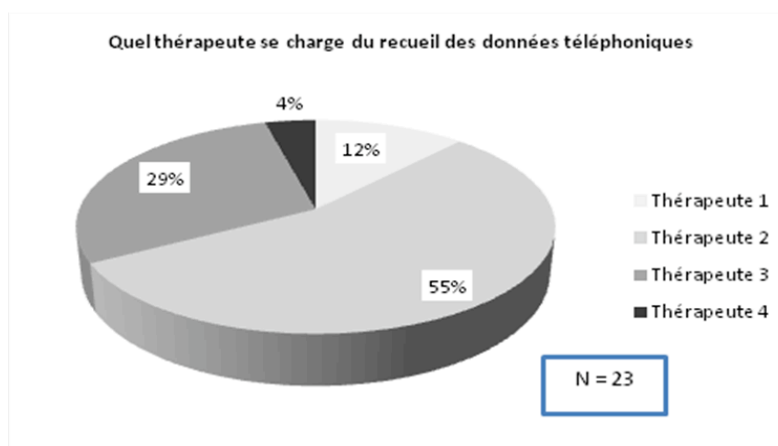
79% des demandes se concentrent sur le poste répondeur téléphonique, 17% occupent l'espace courriel du centre et 4% constituent un contact téléphonique direct avec le thérapeute.



8. Quels thérapeutes se chargent du recueil des données téléphoniques ?

Les thérapeutes, trois femmes et un homme, tous psychologues de formation, exercent depuis plus d'une dizaine d'années la systémique, et pour certains ont intégré le premier groupe de thérapeutes du Centre.

Le thérapeute 2 recueille 55% des appels, le thérapeute 3 en traite 29%, le thérapeute 1 se charge de 12% et le thérapeute 4 intervient pour 4%.



9. Délai d'attente entre le premier appel téléphonique et le premier entretien :

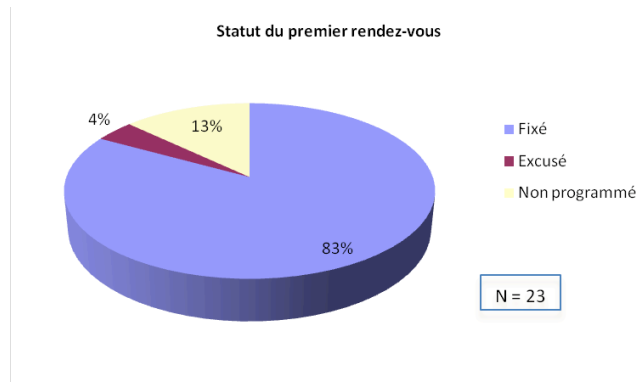
D'une manière générale, sur les 20 demandes programmées, le délai d'attente moyen se stabilise autour de 25 jours.

Les 14 thérapies de couple nécessitent en moyenne 23 jours, avec un minimum de 5 j et un maximum de 67 j.

Les 6 thérapies de familles requièrent en moyenne 29 jours, pour un minimum de 16 j et un maximum de 56 j.

Statut du premier rendez-vous :

Les résultats pour les 23 rendez-vous indiquent : 19 (83%) fixé, 1 (4%) excusé et 3 (13%) non programmé.



10. Quels cothérapeutes assistent au premier RDV programmé ?

On dénombre l'intervention de dix thérapeutes pour les vingt entretiens au centre.

Au regard de la distribution des binômes de cothérapeutes, ce sont 14 appariements nouveaux et 6 appariements où les thérapeutes travaillent déjà ensemble avec d'autres clients.

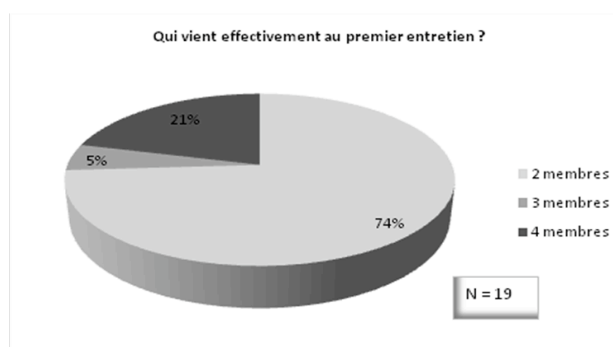
Pour trois situations, le thérapeute 2 recueille les données et se retrouve associé au premier RDV programmé. À l'identique pour le thérapeute 3 et dans les mêmes circonstances.

Dans un cas, le thérapeute 1 recueille les données et participe au premier RDV.

Il en va d'ailleurs de même pour ce qui est du thérapeute 4.

11. Qui vient effectivement au premier entretien ?

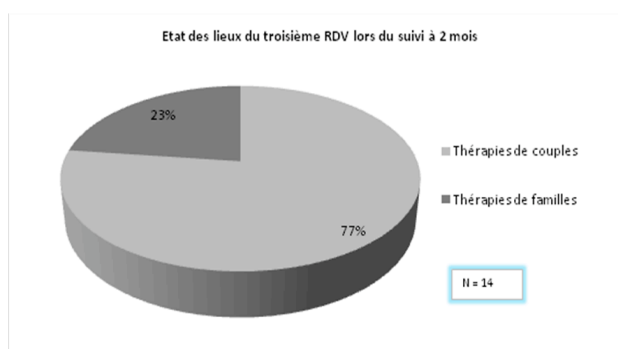
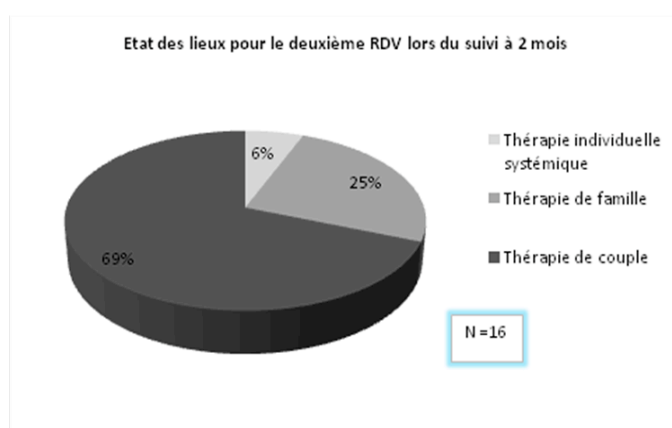
D'ores et déjà, il ne reste plus que 19 entretiens effectifs où l'on constate que 74% de clients viennent à 2, que 21% à 4 et 5% à 3.



12. Devenir du suivi après le premier RDV fixé : état des lieux des consultations à 2 mois ?

Au deuxième RDV effectif, soit pour 16 situations, les thérapies de famille occupent 25%, celles de couple 69% et l'avènement de 6% de thérapie individuelle systémique.

Lors du troisième RDV effectif, concrétisé dans 14 situations, le nombre de thérapies de famille se contracte à 23% et celui des thérapies de couple culmine à 77%.



III – DISCUSSION.

1. Qui entreprend la démarche de contacter le CIRFA ?

Dans l'étude catamnastique de Ph. Caillé, réalisée en 1984, le matériel porte sur 140 couples qui s'étaient adressés au Centre de Guidance au cours d'une période de deux ans.

L'auteur illustre l'hypothèse qu'il est difficile de faire une évaluation pratique de la demande de traitement isolée de la personne ou de l'institution qui reçoit cette demande. [26]

Selon sa répartition, 18 cas appelés « groupe expérimental » avaient téléphoné en disant « il y a un problème dans notre mariage », avaient obtenu un RDV, mais ne s'étaient pas présentés à la consultation.

Puis, 10 cas nommés « groupe report » avaient fait la même demande et qui téléphonaient la veille de la consultation en disant « nous ne venons pas, ce n'est plus nécessaire mais peut-être viendrons-nous plus tard ».

Enfin, 24 couples, pris au hasard parmi les 112, constituent le « groupe contrôle » et ont été reçus en consultation en moyenne 5 fois.

Ces 52 couples sont réexaminés par interview à leur domicile deux ans après la première prise de contact avec le Centre.

Le tableau statistique indique :

Dans le « groupe expérimental », le contact téléphonique est pris par l'un des conjoints dans 50% des cas : 35% des demandes faites par la femme et 15% par le mari.

Dans le « groupe report », le contact téléphonique est pris par l'un des conjoints dans 100% des cas : 70% par la femme et 30% par le mari.

Dans le « groupe contrôle », le contact est pris par l'un des conjoints dans 80% des cas : 50% par le mari et 30% par la femme.

Les 15 couples de notre étude se rapprochent uniquement des données du « groupe report » pour le contact téléphonique. En effet, le contact téléphonique est initié par l'un des membres dans 100% des cas, 67% par la femme et 33% par le partenaire ou le mari.

Concernant les familles dont un membre est anorexique, Mara Selvini et collaborateurs du Nouveau Centre de Milan soulignent la difficulté à travailler avec le père, dans le bilan de leur approche thérapeutique. En cela, la démarche du premier contact est généralement portée par la femme.

« Il est bien connu, par ailleurs, que de façon générale, la clientèle des psychothérapeutes regroupe essentiellement des femmes, les hommes étant moins enclins à l'introspection et à l'analyse de leurs émotions ⁷⁵».

Cependant, M. Andolfi nuance à juste titre : « En trente ans de travail avec les enfants je n'ai jamais trouvé de résistances de la part des pères, ni un refus à participer à la thérapie, simplement il fallait un temps différent et des modalités différentes de celles utilisées avec les mères et la fratrie ». [5]

2. Motif de la demande actuelle.

L'étude de P. Caillé sus-citée écarte les demandes centrées uniquement sur l'un ou l'autre des conjoints pour ne retenir que les appels où le couple se considère lui-même comme non-fonctionnel.

Pour notre part, les motifs de consultation des couples concernent également la dyade. En accord avec le paradigme systémique, nous n'avons jamais reçu un seul membre de l'entité.

⁷⁵ Selvini Palazzoli M, Anorexiques et boulimiques, op.cit.,p.143

Ainsi, illustrons notre approche du couple par la conceptualisation de R. Neuburger : « lorsqu'un couple s'adresse à lui (le thérapeute) ce ne sont pas deux personnes, deux sujets, qu'il rencontre mais *deux personnes appartenant à une même institution appelée couple*. Un des jeux irrationnels des couples, est d'attirer le thérapeute sur un terrain individuel et, ainsi, d'éviter tout risque de changement au niveau institutionnel ». [62]

Dans cette perspective, P. Caillé rend compte de cette démarche dans l'ouvrage *Un et un font trois* : « Nous communiquons assez rapidement aux conjoints l'idée que nous identifions la présence d'une troisième personne à leurs côtés, qui est « leur relation ». [27]

De plus, nous avons souligné que certains parents affichent d'entrée de jeu les problèmes de couple comme motif de la demande.

Aussi, nous convenons avec Michel Maestre que « toutes les demandes de thérapies de couple ne peuvent se confondre ni se classer dans des typologies ; cependant, il existe des contextes de demandes particuliers ». [56]

Autrement dit, la demande de couple peut intéresser plus largement que le champ de perturbations dans l'évolution du mariage, le style d'interaction du couple, l'intimité ou les attentes réciproques plus spécifiques. Il s'agit de l'influence des thèmes dysfonctionnels de la famille d'origine dans le couple ou de la naissance d'un enfant dans les premières années du mariage. Aussi, c'est le système parental qui se retrouve en compétition avec le système conjugal lorsque ce dernier manque de sécurité. [44]

E. Tilmans-Osyn traduit cette articulation formelle en ces termes : « Je suis en psychiatrie adulte, et je vois des patients qui sont, par ailleurs, des parents. Faut-il aussi aborder cet aspect de leur vie ?

Réponse : les institutions dans lesquelles nous travaillons prédéterminent les demandes des familles. En psychiatrie de l'enfant, nous n'allons pas d'emblée parler à des parents de leur

situation de couple ; c'est sur l'interaction parents-enfant que nous axons d'abord notre travail, même si ultérieurement, intervenir au niveau peut être utile. En psychiatrie adulte, c'est l'inverse : remettre en question le rôle des parents alors que le contexte institutionnel définit l'approche par rapport aux difficultés d'un individu ou du couple, (...) Aborder la relation parents-enfant peut-être aussi nécessaire ». [90]

En cela, la demande présentée n'entraîne ni réponse linéaire, ni normative et encore moins une analyse de type thérapie de couple versus thérapie de famille ; elle constitue à notre égard plus une proposition de rencontre avec le système demandeur.

M. Andolfi ajoute que le conflit conjugal peut être caché par le symptôme qui apparaît chez l'enfant. « Le symptôme a pour but de protéger l'équilibre familial, grâce au déplacement de la tension sur l'enfant, tout en signalant le déséquilibre familial existant. Ce dernier peut être abordé à condition que les adultes soient en mesure d'assumer leurs propres responsabilités, et par conséquent, de resituer le conflit au niveau générationnel du couple. » [4]

À cet effet, l'auteur noue avec l'enfant une alliance thérapeutique pour aider la famille.

« Il devient ainsi le lien privilégié pour envoyer des informations aux parents. Ce type d'intervention suscite un sentiment général d'espoir et constitue un message qui montre à l'enfant sa compétence. Il ne faut pas oublier que le contexte thérapeutique fait toucher à la vulnérabilité et au sentiment profond d'incompétence des adultes ; complimenter l'enfant et faire appel à ses ressources signifie de façon implicite qu'on reconnaît les capacités des parents pour avoir élevé un enfant compétent et sensible. ⁷⁶»

⁷⁶ Andolfi M, L'enfant consultant, op.cit.,p.104

Dans ce sens, la demande d'une famille représente avant tout une porte d'entrée dans le système familial et sera conditionnée par notre capacité à anticiper une réponse.

Quant à L. Onnis, il soutient : « En réalité la demande se définit au moment de la rencontre entre usager et opérateur : c'est dans l'espace de cette rencontre que demande et réponse prennent mutuellement forme ». [66]

Les vocables *usager* et *opérateur* sont préférés aux termes « plus traditionnels, de thérapeute et de patient dont les signifiants et attributions de rôle sont beaucoup plus déterminants ⁷⁷».

Par ailleurs, L. Corchuan avise : « Il n'existe pas d'indications de thérapie familiale, seulement des familles qui se représentent une thérapie familiale comme indiquée pour leur problème. » [33]

De la sorte, P. Caillé postule que : « La demande se modèle sur la personne à laquelle elle est adressée, le contexte et l'entourage autant qu'elle est déterminée par l'identité du demandeur ⁷⁸».

En dernier lieu, il ne faut pas perdre de vue l'aphorisme des pionniers de la thérapie familiale : Quand un enfant est perturbé, il y a toujours un problème dans le couple, même si tous les couples à problèmes ne produisent pas d'enfant perturbé.

3. Qui viendrait au premier entretien ?

Nos résultats montrent que parmi les 17% de cas, où l'appelant ne peut se prononcer sur le nombre de participants, il y a 2 familles et 1 couple qui ne programment pas de rendez-vous.

⁷⁷ Onnis L, op.cit.,p.345

⁷⁸ Caillé P, Quelques considérations sur la signification de la demande de thérapie familiale, op.cit.,p357

Contre toute attente, rapportée aux situations d'entretiens non programmés au premier contact téléphonique, 1 famille a rappelé le Centre et s'est effectivement présentée au rendez-vous programmé.

Du point de vue de Matteo Selvini, le premier entretien téléphonique avec des parents demandant de l'aide pour une pathologie d'un enfant commence par créer un contexte de collaboration pour affronter le problème. À cet effet, il demande aux deux parents ainsi que l'enfant-patient de venir au premier entretien de prise de contact et d'évaluation. S'il est vrai que l'alliance thérapeutique avec le patient est un facteur clé pour le succès de la psychothérapie, alors deux règles inflexibles doivent l'assurer : toujours convoquer le membre de la famille qui téléphone et ne jamais fixer de rendez-vous à une personne autre que le demandeur en l'absence de celui-ci.

Par ailleurs, le thérapeute accepte qu'un seul parent vienne à la consultation avec le patient ou même sans lui, en évaluant au préalable les risques de se priver de la collaboration des autres membres de la famille.

Quand le demandeur est un membre de la fratrie, il est souhaitable que les parents et le patient soit également invités au premier entretien.

Pour la situation où la demande concerne un enfant de moins de onze ans, habituellement les parents sont convoqués seuls.

Dans le cas où les parents sont hésitants au téléphone sur le format préférable pour le premier entretien, le thérapeute propose le critère suivant : « Si vous vous sentez à votre aise pour évoquer tout ce que vous considérez comme important devant vos enfants, alors amenez-les avec vous ; autrement, il est préférable que vous veniez seuls en tant que parents ». [82]

Enfin, au décours de son analyse téléphonique E. Tilmans Ostyn procède de la sorte : « je laisse le père décider qui l'accompagnera ; j'apprécierais de mon côté si tous les membres de la famille nucléaire pouvaient l'accompagner mais je ne le pose pas comme condition. Lui en tant que père connaît sa famille et sait ce qui est désirable et possible ». [91]

Et en dernier ressort, V. Satir module son approche de la manière suivante : « une fois que le thérapeute a convaincu le mari que sa présence est essentielle au processus thérapeutique et que personne d'autre ne peut parler pour lui ni prendre sa place en thérapie ou dans la vie familiale, on constate son adhésion immédiate ⁷⁹».

4. Qui adresse la famille ou le couple ?

Le Centre privé draine une clientèle auprès des professionnels libéraux de santé soit 31% de notre recueil de données.

57% des usagers consultent en première intention, dont certains ayant connu le Centre par le portail internet.

L'étude catamnétique de P. Caillé met en évidence que pour les 18 couples du « groupe expérimental », le pourcentage des cas où le contact téléphonique est pris par des personnes autres que le couple est de 50%. L'information sur l'envoyeur ne figure pas.

Pour les 10 couples du « groupe report », le pourcentage est de 0%.

Pour les 24 couples du « groupe contrôle », le pourcentage est de 20%.

Notre pourcentage de 57% aurait davantage trait au « groupe expérimental » pour ce critère.

À ce titre, la place du référent ou de l'envoyeur pour E. Tilmans Ostyn implique certaines considérations pour ne rien céder de la création de l'espace intermédiaire du thérapeute,

⁷⁹ Satir V, op.cit.,p.18

condition incontournable de toute psychothérapie familiale systémique. « Car si le consultant passe immédiatement à l'analyse de la plainte, il se pose comme la marionnette qui exécute l'ordre du référent. (...) Dès le premier entretien il est nécessaire de *triangler*, c'est-à-dire de ne se pas mettre comme exécutant du référent, mais de se créer cet espace pour soi d'abord, et pour la famille ensuite en essayant de comprendre ce que l'envoi a signifié pour la famille, ou pour un de ses membres. (...) L'idéal est d'inviter le référent à la séance, ceci afin, d'une part de permettre un échange entre la famille et le référent sur la signification de l'envoi et d'autre part de créer une alliance tant avec la famille qu'avec le référent ». [92]

5. Consultations antérieures ou concomitantes.

Sur les 23 situations de notre étude, ils sont 39% à déclarer aucune forme de soin.

Aussi, en croisant les précédentes données sur l'envoyeur, la répartition des 23 cas compose un premier groupe « initiative personnelle et sans autre consultation » de 8 cas, un deuxième groupe « initiative personnelle et avec consultation » de 5 cas, un troisième groupe « adressé en seconde intention » de 9 cas et un quatrième groupe « adressé en première intention » d'1 cas.

De là, il apparaît que le premier entretien est toujours fixé lorsqu'un professionnel de santé adresse les usagers au Centre. Dans cette perspective, on dénombre un couple pour lequel le psychiatre libéral a suggéré la thérapie au moyen d'un courrier de liaison.

Ensuite, il est à noter qu'une famille s'est adressée au Centre en connaissant l'approche systémique, sous la forme d'une précédente thérapie de couple en dehors du CIRFA.

Ce qui fait dire d'une part, qu'il semblerait que la thérapie familiale bénéficie d'un a priori favorable comme modèle de thérapie pour 17 cas ; les 8 cas du premier groupe déclarent une motivation strictement personnelle.

D'autre part, il semble que le fait de bénéficier d'une thérapie individuelle au sens large en première intention contribue à l'élaboration d'une perspective de thérapie familiale.

Cela corroborerait le fait que 83% des appelants savent indiquer au thérapeute le nombre exact de participants dès la prise du premier rendez-vous.

Du point de vue de Mara Selvini Palazzoli, le format idéal devrait : « faire alterner, d'un côté les séances familiales avec la famille au complet ou avec des sous-systèmes (spécialement les parents et la fratrie), et, de l'autre, les séances individuelles avec la patiente, qui lui redonnent le rôle de protagoniste, contrairement à la méthode de prescription invariable⁸⁰».

Dans ce sens, N. Prieur et B. Prieur indiquent les limites des thérapies familiales, de couple et des thérapies individuelles. La rencontre de situations complexes fait recourir à la prise en charge de la famille ou couple par un thérapeute et dans le même temps, à la prise en charge d'un membre de la famille ou couple par un autre thérapeute au sein de la même institution.

[71]

H . Stierlin aborde les « problèmes de la thérapie parallèle » en requérant l'accord des autres médecins ou thérapeutes avant de commencer le premier entretien familial.

⁸⁰ Selvini Palazzoli M, Anorexiques et boulimiques, op.cit..p119

« Pour favoriser cette collaboration, nous nous sommes fait une règle d'inviter, comme observateurs, les médecins ou les travailleurs sociaux qui ont envoyé nos clients et continuent à les soigner, et de fixer avec eux les étapes suivantes de la thérapie ». [46]

Ainsi, cette démarche, qui vise avant tout à prévenir les risques de contradiction entre les différentes approches, incite à redéfinir l'apport des thérapies pour les membres de la famille. Et pour cause, dans la perspective systémique ce nouveau système possède des qualités émergentes non réductibles à la somme des propriétés des thérapies.

6. Dispose-t-on d'un précédent recueil de données au CIRFA pour la demande actuelle ?

D'une manière générale, les familles et les couples de notre étude n'ont pas recouru au Centre dans les années précédant notre recherche.

7. Outil de communication avec le CIRFA pour la demande

À l'évidence 79% des demandes se concentrent sur le répondeur téléphonique et 17% de messages sur le site internet du Centre. Ce fait implique une réactivité permanente des thérapeutes pour joindre les appelants.

Comment expliquer ce flux d'appels sur les messageries ?

Pour la période de notre étude, il ne faut pas perdre de vue que le Centre a recueilli 35 demandes de médiations familiales et 30 demandes de thérapies.

En ce qui concerne les 30 thérapies, 1 demande trouve directement un thérapeute au bout du fil. Sur les 29 messages téléphoniques, 7 sont inexploitable en raison d'un enregistrement altéré.

Il reste 22 situations pour lesquelles les thérapeutes s'efforcent de remplir la fiche d'appel téléphonique et de programmer les rendez-vous entre deux cothérapeutes et tous les membres de la famille ou du couple.

Disposant d'une permanence téléphonique chaque lundi matin de 10H30 à 12H, on comprend vite que le téléphone soit prisé à ce moment-là.

L'article de P. Di Blasio, J-M. Fischer, G. Prata investit la fiche téléphonique d'une forme de pierre angulaire de la première rencontre avec la famille. [35]

Après avoir relevé les informations administratives et les renseignements biographiques de la famille nucléaire, ils poursuivent l'investigation par les autres membres vivant sous le même toit et par la composition de la famille élargie.

C'est l'élaboration d'une hypothèse de travail, sur le fonctionnement familial en lien au problème actuel, qui conduit à fixer le premier entretien avec certains membres significatifs.

Pour étonnant soit-il, en 1990 le Nuevo Centro cesse de remplir la fiche téléphonique en direct.

Matteo Selvini s'en explique : « nous avons cessé de compléter la fiche durant l'appel téléphonique au profit d'entretiens directs de prise en charge fixés par l'un des professionnels après une brève conversation téléphonique qui avait lieu durant les permanences de chacun.(...) Le premier motif d'un tel changement fut initialement très concret vu que le nombre d'informations que nous estimions utiles d'avoir avant la première séance familiale était en constante augmentation, les échanges téléphoniques destinés à remplir la fiche devenaient de plus en plus longs, ce qui engendrait un double inconvénient :

- a) la ligne téléphonique était constamment occupée ;
- b) cette opération longue était gratuite.

Nous étions en effet en train d'abandonner la logique du « harponnage » des familles avec des paradoxes ou des prescriptions invariables, et sur cette voie, il était incontestablement préférable d'utiliser l'approche personnelle directe avec un accueil plus chaleureux et une acceptation du patient.⁸¹»

8. Quels thérapeutes se chargent du recueil des données téléphoniques ?

Notre recueil de données indique 3 thérapeutes à la permanence téléphonique, et pour cause, le Centre ne dispose d'aucun secrétariat.

Tous de formation psychologue et dotés d'une solide pratique systémique, ils assurent le premier contact téléphonique et fixent le rendez-vous.

H. Stierlin considère aussi l'importance du premier contact téléphonique car dès cet instant, le mécanisme du premier entretien et la thérapie qui suivra « sont mis sur rails ».

En cela, le thérapeute prend le soin de noter les renseignements administratifs : nom, date de naissance, raisons de l'appel, date et heure du premier entretien. D'ailleurs, la secrétaire ne se voit pas confier la procédure pour éviter une conduite linéaire du recueil des données.

C'est dire que le thérapeute tente de ne pas conforter la famille dans l'idée que le symptôme porté par l'un de ses membres, généralement l'enfant, constitue l'unique motif de sa consultation.

Pour cela, il lui faut établir une relation affective significative pour amener l'interlocuteur à se sentir compris, à prendre confiance et à dépasser la gêne qu'il pourrait ressentir en demandant de l'aide.

Par la suite, « le thérapeute peut aussi, par ses interrogations, changer la vision du problème. En posant des questions sur les autres membres de la famille concernés par le problème

⁸¹ Selvini M, Techniques de prise en charge psychothérapeutique, op.cit.,p.161

envisagé, il manifeste son intérêt pour une détermination équitable de la part de responsabilité de chacun. Il peut donner à entendre à son interlocuteur que, pour lui, il n'y a pas un coupable unique, qui serait le seul responsable de la maladie d'un autre membre de la famille, ou des troubles à l'intérieur d'un couple. Enfin, il peut également apprécier la détermination dont a fait preuve son correspondant en se décidant à prendre contact, au nom de toute la famille, avec le thérapeute ou l'institution. En faisant comprendre, de cette manière, que la responsabilité n'incombe pas seulement à un membre en particulier, il peut déjà provoquer chez tous une ouverture à la problématique profonde de la famille.

En dernier ressort, le thérapeute fixe un rendez-vous pour le premier entretien, auquel tous les membres de la famille pourront participer⁸²».

De même, au Nuevo Centro, Matteo Selvini considère que le rôle filtre d'accès au cabinet des psychothérapeutes et de coordonnateur doit être assuré par un professionnel et non par la secrétaire.

En réalité, il semble que c'est le cadre institutionnel qui attribue la fonction de gérer les appels. L'article de M. Parmiggiani, secrétaire –réceptionniste dans un service de consultation conjugale, montre que son expérience d'une dizaine d'années l'a fait bénéficier de la fonction de trier les appels et d'évaluer les demandes. [68]

9. Délai d'attente entre le premier appel téléphonique et le premier entretien

H. Stierlin envisage une attente aussi courte que possible. Il avise de cela : « toute crise recèle un potentiel thérapeutique. Pour pouvoir utiliser ce potentiel, il ne faudrait pas qu'une famille attende plus d'une ou deux semaines au maximum avant son premier entretien. L'expérience

⁸² Helm S, op.cit.,p.76

nous a montré que de nombreux conflits peuvent être aisément résolus si la première intervention est rapide. ⁸³»

De la même manière Mattéo Selvini déclare : « Il vaut mieux fixer le premier entretien le plus rapidement possible. L'expérience enseigne que les rencontres proposées dans un délai de plus de dix jours après la première communication téléphonique sont très fréquemment définitivement annulées ⁸⁴». Reste à inscrire ce propos dans le contexte du fonctionnement du Nouveau centre.

10. Statut du premier rendez-vous.

Les 4% de rendez-vous non programmés partagent les caractéristiques de concerner des thérapies de famille dont l'appelant n'a su préciser le nombre de participant.

Les 2 demandes, d'1 père et d'1 mère visent le symptôme de leur enfant et 1 demande porte sur le couple.

De plus, il s'agit d'initiative personnelle de première intention pour les 3 demandes non programmées.

Est-ce à dire que le rendez-vous intervient à condition que tous les membres soient déjà préparés à parler sur les relations intrafamiliales, s'agissant des différences et des changements ?

Ces observations dispersées ne sauraient être significatives, et pour cause, 1 thérapie familiale s'est engagée avec l'incertitude de départ quant au nombre des participants.

⁸³ Helm S, op.cit.,p.82

⁸⁴ Selvini M, Techniques de prise en charge psychothérapeutique, op.cit.,p.170

11. Quels cothérapeutes assistent au premier rendez-vous programmé ?

La distribution des cothérapies préserve un équilibre de 6 binômes qui partagent déjà un type de relation en commun et encourage la variété des ajustements professionnels par les nouvelles cothérapies.

En ce sens les 20 entretiens programmés font appel pour moitié à 10 cothérapies mixtes en sachant que le groupe des thérapeutes compte 7 femmes pour 3 hommes.

J.L. Framo s'appuie sur l'expérience clinique pour conseiller la cothérapie homme et femme en vue de prévenir les distorsions liées à l'appartenance sexuelle du thérapeute.

En ce qui concerne le Nouveau centre, le phénomène d'équipe a connu de profonds remaniements comme l'indique ce passage : « La plupart des thérapeutes familiaux sont formés en travaillant avec un superviseur et un ou plusieurs étudiants derrière une glace sans tain. Toutefois, les équipes d'observation thérapeutique n'existaient pas officiellement avant que le groupe de Milan ne mette à l'épreuve la formule d'une équipe de quatre personnes. Les thérapeutes derrière l'écran devaient équilibrer les deux autres qui se trouvaient dans la salle avec la famille. La composition des couples pouvait varier de famille en famille, mais un thérapeute de chaque sexe était toujours présent, selon l'idée ancienne d'émulation (role model) de la cothérapie conjugale.

Par la suite, l'équipe de Milan se divisa en paires. Après la séparation de Boscolo et Cecchin de Selvini et Prata, l'élément bisexuel disparut ainsi que l'idée de recevoir les familles à deux dans la salle de thérapie.(...) La condition nécessaire et suffisante pour constituer une équipe thérapeutique semblait être que celle-ci puisse se conformer à l'idée de Bateson de vision

binoculaire. Du moment qu'une personne pouvait s'immerger dans la famille pendant qu'une autre observait (...) une dimension de profondeur pouvait être obtenue ⁸⁵».

12. Qui vient effectivement au premier entretien ?

Au terme de la programmation des 20 entretiens, nous observons 1 couple qui s'excuse, 1 famille qui n'a pu anticiper le nombre de participants se présente au rendez-vous avec 4 de ses membres, et 18 entretiens effectifs qui voient venir le nombre attendu de membres.

L'étude de C. Sales, L. Faiscua, F. Ortega Bevia se fixe comme objectif de dévoiler les causes de l'absence des familles à la première séance de thérapie famille. Pour cela, les dossiers d'admission à l'Unité de Jour de Psychiatrie de l'Hôpital Universitaire Macarena à Séville répertorient 65 familles entre 1995 et 1996. [76]

37 familles ne se sont pas présentées à la convocation de la première séance.

Les auteurs ont sélectionné de façon aléatoire 28 familles de dimension proche qui sont venues pour une analyse qualitative et quantitative des deux groupes.

Sur les 37 absentes : a) 19 n'ont donné aucune justification puis 7 sont venues à la deuxième convocation . b) 4 ont donné des justifications d'ordre pratique. c) 14 refusent clairement la thérapie familiale soit par manque d'intérêt soit par refus de certains membres.

Leur analyse des justifications de l'absence propose de distinguer les raisons d'ordre pratique et concret à celles qui relèvent d'un refus caractérisé à commencer un processus thérapeutique.

Par ailleurs, suivant la constatation que des familles se découvraient la capacité à résoudre leurs problèmes sans l'aide professionnelle, les auteurs émettent l'hypothèse de l'auto-solution. Cette dernière doit à G. Ausloos son passage dans le domaine thérapeutique, en

⁸⁵ Boscolo L, Le modèle milanais de thérapie familiale, op.cit.,p.36

accord avec le postulat de la compétence : « Un système ne peut se poser que des problèmes qu'il est capable de résoudre. Le corollaire étant que le système a la compétence pour résoudre le problème auquel il est confronté ». [9]

Dans notre situation, la défection du couple à la première consultation a été formalisée par un message d'excuse laconique sur le répondeur, le jour du rendez-vous.

En ce sens, nous pouvons nous reporter à l'étude de P. Caillé pour conforter une autre hypothèse.

L'auteur cerne ce qui se passe pour le « groupe report » (nous ne venons pas, ce n'est plus nécessaire mais peut-être viendrons-nous plus tard) : « C'est souvent la femme qui téléphone et l'on peut imaginer le dialogue suivant entre les conjoints : J'ai téléphoné au Centre de thérapie familiale – Ah oui ? c'est donc sérieux ? répond son mari – oui c'est sérieux. Ils se mettent alors à discuter, à parler et les choses s'arrangent ».

13 Devenir du suivi après le premier rendez-vous fixé : état des lieux des consultations à 2 mois.

Il est à noter deux changements significatifs au travers de notre recueil de données.

Dans un premier temps, il s'agit de l'émergence de thérapie individuelle systémique qui procède de l'arrêt d'une thérapie de couple.

Cette séquence se révèle si nous examinons les fiches de rendez-vous après un troisième entretien.

Dans un second temps, nous sommes amenés à nuancer l'abandon de thérapies par la situation particulière d'un changement de thérapeute en cours de suivi.

En outre, d'une manière générale les périodes de vacances perturbent l'intervalle tout relatif de 3 semaines entre les entretiens, ce qui peut se confondre avec des interruptions de thérapies dans nos résultats de follow-up à deux mois.

Quoi qu'il en soit l'abandon dans les suivis est manifeste pour l'ensemble des thérapies ; passant de N=23 à N=16 au deuxième entretien et en dernier lieu à N=14 au troisième entretien.

Mattéo Selvini avance une estimation à plus ou moins 50%, le nombre de patient qui ne va pas au-delà d'une première séance avec un psychothérapeute.

Aussi, un certain pourcentage d'abandons est de mise, de surcroît dans un contexte où et le patient ne demande pas d'aide mais est amené par le demandeur.

D'une façon générale, F. Rougeul théorise l'hypothèse de l'affiliation pour expliquer les nombreux abandons qui se situent après le premier ou le deuxième entretien. [73]

Le processus d'affiliation doit à S. Minuchin la perspective suivante : « Pour s'affilier à un système familial, le thérapeute doit accepter l'organisation et le style de la famille et s'y fonder (...) ce processus ne peut être unilatéral : tout comme le thérapeute s'accommode pour s'affilier à la famille, la famille doit en faire autant pour s'affilier au thérapeute ». [61]

D'une part, selon F. Rougeul, l'affiliation initiale constitue un processus immédiat sur un mode du tout ou rien.

D'autre part, ce processus met en évidence le rôle du patient porteur du symptôme. « L'auteur avait également constaté que les familles qui ne revenaient pas, étaient justement celles où il ne lui avait pas été possible de travailler avec le patient ». [74]

Enfin, M. Andolfi attribue les abandons au format de la thérapie familiale, s'agissant de l'adhésion disparate des membres à ce projet en commun.

« À la fin de chaque rencontre la famille peut décider de ne plus revenir car le lien de dépendance n'est pas aussi fort que dans un contexte individuel ⁸⁶».

Dès lors, quel sens clinique peut-on retirer de notre recueil de données quant aux deux demandes de thérapie familiale où le demandeur n'est pas le patient désigné et pour qui la situation reste au statu quo ?

Il s'agit de demandes formulées sans que l'appelant ne puisse préciser le nombre de participants sur la fiche téléphonique et par voie de conséquence à la prise d'un rendez-vous.

De la sorte, R. Neuburger nous invite à une exploration systémique des éléments de la demande. Pour cela, il propose d'introduire une technique, qui consiste à explorer le système au moyen de questions correspondant aux trois éléments de la demande, tout en respectant les règles de la circularité, définies par l'équipe de Mara Selvini Palazzoli. [84,88]

« La circularité constitue la capacité du thérapeute de mener son investigation en se basant sur les feed-back de la famille en réponse à l'information qu'il sollicite en termes de relations, donc en termes de différence et de changement. » [63]

Ainsi, Neuburger propose l'articulation suivante pour la demande d'aide :

Pour explorer le symptôme (témoin du conflit) : « Qui pose le plus de problème actuellement dans la famille ? »

⁸⁶ Andolfi M, Thérapie avec l'individu et thérapie avec la famille, op.cit.,p.18

Pour explorer la souffrance qui en découle : « Qui, pensez-vous, souffre le plus de la situation ? »

Enfin, pour l'allégation (qui signifie s'appuyer sur) : « Qui se montre le plus préoccupé de la situation ? »

Par la suite, en cernant les composantes de la demande, l'auteur pose l'indication d'une thérapie familiale lorsque ces critères sont partagés entre les membres de la famille.

Autrement dit, une personne porterait le symptôme, une autre aurait la notion de la souffrance ou contacterait le thérapeute.

En premier lieu, il soutient que toute demande est intransitive de sorte que le but de la thérapie familiale doit permettre l'émergence d'une demande individuée.

Dans ce sens, Neuburger encourage à dépasser le symptôme pour favoriser une exploration systémique susceptible de faire émerger une demande individuée de chaque membre de la famille.

Dans notre recueil de données, il s'agit de deux familles comparables où une première personne appelle le Centre avec la demande, une seconde personne porte un symptôme et ne demande pas d'aide, ce qui entrave le premier entretien.

Quant à la notion de la souffrance, nous ignorons sa dispersion dans ces familles.

Aussi, dans la perspective de compléter notre recueil de données, il nous paraît intéressant d'explorer la souffrance des autres membres de la famille avec la personne qui appelle.

L'effet escompté par cette exploration pourrait provoquer une autre vision du problème, une ouverture à une problématique plus pesante pour l'ensemble de la famille.

En second lieu, R. Neuburger attire notre attention sur les blocages au changement en thérapie familiale :

« La rigidité et la peur du changement sont à comprendre, non pas comme l'ennemi, la cause des troubles, mais comme le signe d'une souffrance familiale. Le refus de changement, de dépasser une phase de vie caduque, entraîne toujours une régression avec apparition de symptômes durables, qui ont une fonction homéostatique rigide ». [65]

En cela, toute tentative de désignation d'un responsable entraînerait un système de « rétroaction-régularisation », s'opposant à tout changement ressenti comme une menace pour l'ensemble du système.

Enfin, dans une perspective plus large des difficultés en thérapie familiale, P. Caillé nous rapporte que le symptôme est avancé comme explication de l'état de crise et qu'il légitime la demande d'aide :

« Il constitue la raison suffisante d'une telle relation sans qu'il soit nécessaire de révéler d'autres dangers, imaginaires ou réels, vécus comme trop menaçants pour être énoncés. Leur exposé semblerait pouvoir déclencher une avalanche ou provoquer une soudaine catastrophe. La catastrophe serait ici la disparition brutale des sentiments d'appartenance et d'identification propres au vécu familial. Les participants du groupe familial sont donc à cette période initiale très préoccupés de discuter du symptôme et s'opposent à tout essai de déplacer l'attention sur d'autres sujets et à toute tentative de redéfinir leurs difficultés ». [28]

À cela, il ajoute : « Nous avons vu que la famille a comme point de départ de présenter un symptôme, (...), et de demander au thérapeute d'accomplir une tâche délimitée consistant à éliminer le symptôme sans changer la famille. C'est ce que la famille a en vain essayé de faire jusque-là et essaye maintenant d'accomplir avec l'aide du nouveau ténor possible du groupe familial qu'ils voient dans le thérapeute ⁸⁷».

⁸⁷ Caillé P, Familles et thérapeutes, op.cit.,p.35

Est-ce à dire que l'hypothèse des abandons constatés en cours de thérapies ressortirait en partie à ces spécificités de la demande ?

En dernière analyse, aujourd'hui plus que jamais, les abandons recensés des recueils de données renvoient au regard de J.L. Framo :

« En recevant des familles, je trouve qu'il est nécessaire d'être attentif à la psychologie individuelle. Chaque individu, dans la famille, vit dans une famille différente. Je pense qu'il ne faut pas ignorer l'intrapsychique et qu'il est tout aussi important de savoir ce qui se passe à l'intérieur des gens qu'entre eux ». [43]

De la sorte, s'ensuivent trois perspectives cliniques :

1) D'une part, le système-demandeur :

Certains auteurs s'accordent à distinguer des temps différents pour les membres de la famille en thérapie. [3,6,7,8,34]

Ainsi, le recueil de données de notre étude met en évidence que les messieurs sont 33% à contacter le CIRFA, lesquels adoptent plus communément la thérapie individuelle.

Nous notons un antécédent d'expérience de thérapie de couple pour une mère qui demande actuellement une thérapie de famille, et ce, uniquement accompagnée de son enfant.

D'une manière générale, bien que certains usagers soient adressés par leur thérapeute libéral, il n'en demeure pas moins qu'ils puissent ressentir de l'ambivalence, de la gêne ou de la réserve à échanger sur leurs relations intra-familiales.

À la phase initiale, confortés par leur histoire, les membres du groupe familial expriment que le symptôme est le véritable, l'unique préoccupation à discuter.

De la même manière, en thérapie de couple, quand les conjoints présument de ce qui se passe chez l'autre, il s'agit pour un partenaire de vérifier des convictions prêtées à l'autre sans s'occuper du couple.

De la sorte, ils sont manifestement convaincus d'instaurer la thérapie au partenaire.

D'emblée, à ce moment plus que jamais, l'action directe sur les relations risque de soulever pour un temps l'opposition d'une partie de la famille, du couple.

En ce sens, V. Satir témoigne que : « L'homéostasie familiale peut être adaptée à tous les membres à certaines périodes de la vie familiale et non à d'autres, de sorte que les évènements affectent différemment les membres de la famille à des moments différents ⁸⁸».

En parallèle, il ne faut pas perdre de vue que le paradigme systémique vise à faire émerger des besoins singuliers, des attentes individuées et au préalable, la confiance se gagne avec le temps pour chacun des membres.

En conséquence de quoi, Mattéo Selvini nous livre des aspects cliniques qui obèrent l'intervention thérapeutique :

« D'une manière générale, l'efficacité du premier entretien est d'autant plus grande que le climat entre les personnes présentes (nous y compris) est moins agressif et polémique.(...) Souvent, on constate dans l'entretien préliminaire qu'il n'y a pas (ou pas encore) les conditions requises pour un travail familial, tant en raison du manque de disponibilité des membres importants de la famille, que du fait de l'existence d'une dynamique intra-familiale trop violente et accusatoire. ⁸⁹»

⁸⁸ Satir V, op.cit.,p.20

⁸⁹ Selvini M, Techniques de prise en charge psychothérapeutique d'un patient non demandeur, op.cit.,p.169

2) D'autre part, le système-répondeur :

À partir de la revue bibliographique, les pratiques pointent les limites du modèle exclusif de thérapie familiale, de couple pour des situations cliniques. Aussi, les auteurs soulignent l'intérêt du passage aux thérapies conjointes.

En atteste le point de vue de M. Andolfi : « Je ne voudrais pas conclure cet article en donnant l'impression que la thérapie familiale est le seul chemin possible, je pense, au contraire, à la nécessité des thérapies combinées et je rappelle aussi que, dans certains cas, il peut y avoir des contre-indications à la thérapie familiale ». [5]

Dans cette optique, il est à noter les recherches sur la thérapie individuelle d'orientation systémique pour anticiper la demande de temps individuel, comme en témoigne un ensemble de publications et entre autres le récent article : « *Y a-t-il une place pour la psychothérapie individuelle en systémique* ». [94]

Citée à titre d'exemple, la thérapeute E. Pancheri adopte une pratique à la croisée de l'approche psychodynamique et de l'approche systémique. Pour cela, elle s'appuie sur les notions théorico-cliniques du « Soi », emprunté au « Self » de M. Bowen [23], et de kystes émotionnels inspirés de J. Bleger. C'est l'envie de différenciation qui constitue le primum movens du client.

« La psychothérapie individuelle d'orientation systémique se déroule par spirales : on commence par l'investigation du relationnel (analyse des systèmes de vie : « avec qui vivez-vous ? » et recherche des ressources : « comment vivez-vous ? »), pour arriver au noyau du Soi intime (les peurs, les violences, l'envie de tendresse, la mise en lumière d'un ou plusieurs kystes, etc.). Plus les kystes sont chroniques, plus l'approche du Soi intime sera lente à se faire, avec la possibilité d'un travail thérapeutique par étapes, selon la force du client. » [67]

Dans le même temps, il reste à préserver les acquis contemporains de la formation du thérapeute familial et arrimer les spécificités du contexte de thérapie individuelle en systémique. [47]

3) Enfin, l'abandon est consubstantiel au follow-up :

On l'aura compris, les études achoppent sur un dénominateur commun : l'abandon prématuré des thérapies.

À la faveur de certaines circonstances, Mattéo Selvini a récupéré les motivations des abandons auprès des envoyeurs.

Et si le défaut de follow-up direct pèse dans la réalité, il nous laisse le champ d'appréhender nos expériences rapportées à l'histoire de la thérapie familiale. Ainsi, il est une ressource d'inscrire sa pratique en contrepoint de suggestions de l'un des pionniers de la thérapie familiale J.L. Framo :

- « Il n'y a que les débutants pour croire qu'on peut aider tout le monde. Il y a des quantités de raisons pour qu'une thérapie ne marche pas. Certains clients ne vont pas nous laisser le temps de travailler, il existe des situations conjugales et familiales où il ne semble pas y avoir d'issue, ou bien dans lesquelles la suppression des symptômes pourrait avoir des conséquences inacceptables. Il y a aussi des gens qui ne peuvent pas supporter d'aller bien.

On ne peut pas vouloir pour les gens plus qu'ils ne veulent eux-mêmes.(...) La thérapie est un drôle de métier. Les gens peuvent aller mieux avec une mauvaise thérapie et plus mal avec

une bonne. Il arrive que les clients s'en aillent, régressent ou encore aillent mieux pour des raisons qui n'ont aucun rapport avec la façon dont on a mené la thérapie. ⁹⁰»

- « Il nous a fallu d'abord apprendre que la famille est un système avant de pouvoir admettre qu'elle ne se comporte pas toujours comme un système. ⁹¹»

- « À mon avis, en thérapie, les gens changent quand ils y sont obligés, c'est-à-dire quand l'alternative (ne pas changer) est inacceptable. ⁹²»

⁹⁰ Framo J.L, op.cit.,p.227

⁹¹ Ibid.,p.228

⁹² Ibid.,p.229

CONCLUSION

Considérer la famille comme *unité* reste d'actualité pour les institutions qui engagent une aide de manière systémique : 2,12,13,15,16,25,29,31,37,38,48,52,53,55,60,70,72,78,80,81,89,95.

Et quels que soient les modèles théoriques et les techniques d'approches, les équipes articulent les trois principes fondamentaux sur leur lieu de pratique :

- La confrontation des membres de la famille ;
- L'action directe sur les relations ;
- Le renforcement de la compétence familiale.

À l'évidence, l'équipe du CIRFA fait siennes ces conceptualisations d'approche systémique et partage que le travail thérapeutique commence dès le premier contact téléphonique.

Cependant notre étude a montré que le mode d'entrée dans une thérapie familiale comporte des nuances à bien des égards.

D'une part, c'est dire que l'appel téléphonique constitue en soi une alerte significative à cerner une solution pour certaines familles. Nous entendons davantage l'appel comme une tentative de déposer un moment particulier de la sphère privée à l'extérieur. Cette tentative de rite officialise un événement particulier qui organiserait le temps familial. [42]

Dans cette perspective, certains appellent le thérapeute et ne programment pas le premier entretien. Ce sont aussi les circonstances de défection à un rendez-vous qui n'est pas reprogrammé, de demande d'initiative individuelle en première intention, de message laissé sur internet ou le répondeur.

Contre toute attente, une famille s'est finalement organisée pour se présenter en ordre dispersé, avec un membre en retard, à la consultation.

Néanmoins, qu'on le veuille ou non, la demande d'aide des familles, des couples souscrit déjà à une trajectoire avant l'appel téléphonique.

Ainsi, en va-t-il du caractère inhérent de l'abandon au décours de la demande d'aide.

Dans ce sens, des couples se séparent juste après le premier appel ou une partie de la famille déclare d'entrée de jeu refuser un second entretien.

De même, en témoignent les abandons à l'emporte-pièce dès les premières séances.

D'autre part, on l'aura pressenti, le contact téléphonique conditionne autant le premier entretien clinique que le suivi de la thérapie.

Dès lors comment tenter de dépasser les risques d'abandon en prenant appui sur le premier appel ?

D'une manière générale, la gestion des appels téléphoniques est confiée au thérapeute de permanence, mais pas toujours.

Pour un temps, certaines équipes ont développé la fiche téléphonique comme une stratégie pour inviter les membres de la famille élargie au moment du premier entretien.

D'autres auteurs s'accordent davantage à considérer la compétence du système familial dans sa demande d'aide et mettent l'accent sur un accueil collaborant et flexible.

On n'insistera jamais assez, la démarche d'appel constitue une étape difficile, gênante et peut être ressentie comme une honte, une culpabilisation, un sentiment d'être jugé pour certains demandeurs.

Ainsi, le premier contact vise les conditions pour que l'appelant se sente autonome et considéré dans son système. Puisse-t-il amorcer avec le thérapeute les craintes, les résistances du système à cet entretien et la notion de souffrance intra-familiale. [19]

En guise de réponse spécifique pour l'institution accueillante, P. Caillé concède :

« La demande n'est qu'un élément de prise de contact ce qu'il faut connaître est la réalité systémique, c'est-à-dire le caractère spécifique du système. Et alors seulement il sera possible de valoriser les raisons pour lesquelles le système se déclare « non système », les raisons pour lesquelles, il s'est mis en état d'assistance ⁹³».

⁹³ Caillé P, Quelques considérations sur la signification de la demande en thérapie familiale, op.cit.,p.356

BIBLIOGRAPHIE :

1. **Albernhé K., Albernhé T.** – Les thérapies familiales systémiques. 2^e éd.
Paris : Masson, 2004. 285p.
2. **Anastassiou V.** – Quinze ans de pratiques familio-systémiques en alcoologie.
Thérapie familiale. 2008, 29(2), 279-318.
3. **Andolfi M.** – La thérapie avec la famille.
Paris : ESF, 1982. 174p.
4. **Andolfi M.** – L'enfant consultant. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2001, 27(2), 99-116.
5. **Andolfi M.** – Thérapie avec l'individu et thérapie avec la famille. Thérapie familiale. 2002, 23(1), 7-20.
6. **Andolfi M., Angelo C., Nichilo Andolfi M.** – Temps et mythe en psychothérapie familiale.
Paris : ESF, 1990. 212p.
7. **Ausloos G.** – Finalités individuelles, finalités familiales : ouvrir des choix.
Thérapie familiale. 1983, 4(2), 207-219.
8. **Ausloos G.** – Individu-symptôme-famille. Thérapie familiale. 1990, 11(3), 273-279.
9. **Ausloos G.** – La compétence des familles.
Paris : Erès, 2005. 173p.
10. **Bateson G.** – Une unité sacrée.
Paris : Seuil, 1996. 461p.
11. **Bateson G., Jackson Don D., Haley J., Weakland J.** – Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science. 1956, 1, 251-264.
12. **Beaujean J., Neiryneck I., Pugin J.** – Le réseau d'échange de vignettes de savoir d'expérience : une source de développement professionnel. Thérapie familiale. 2008, 29(1), 143-153.
13. **Beauvolsk M-A.** – Le travail social auprès des familles. Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire. 2001, 7(2), 92-103.
14. **Benoit J.-C., Malarewicz J.A., Beaujean J., Colas Y., Kannas S.** – Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques.
Paris : ESF, 1988. 569p.

15. **Benoit J.-C., Roume D.** – La désaliénation systémique. Les entretiens collectifs familiaux en institution.
Paris : ESF, 1986. 197p.
16. **Benoit J.-C.** – Schizophrénies au quotidien. Approche systémique en psychiatrie publique.
Paris : Erès, 2006. 181p.
17. **Benoit J.-C.** Bateson : la genèse des thérapies familiales.
Paris : Erès, 2009. 171p.
18. **Bertalanffy von L.** – Théorie générale des systèmes.
Paris : Dunod, 1993. 308p.
19. **Blanchette L.** – L'approche systémique en santé mentale.
Montréal : Les presses de l'université de Montréal, 1999. 208p.
20. **Boscolo L., Cecchin G., Hoffman L., Penn P.** – Le modèle milanais de thérapie familiale. Théorie et pratique.
Paris : ESF, 1993. 361p.
21. **Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M.** – Invisible Loyalties : Reciprocity in Intergenerational Family Therapy. 5th éd.
Levittown : Brunner-Mazel publishers.Inc, 1984. 408p.
22. **Bowen M.** – La différenciation du soi. Les triangles et les systèmes émotifs familiaux.
Paris : ESF, 1984. 196p.
23. **Bowen M.** – Toward the differentiation of a Self in one's own family. In : À propos de la différenciation de soi à l'intérieur de sa propre famille. Thérapie familiale. 1993, 15(2), 99-148.
24. **Brown P., Bullrich S.** – Thérapie de couple et thérapie familiale aux USA. Le point sur les tendances actuelles. Thérapie familiale. 2001, 22(2), 169-186.
25. **Brunaux F., Cook-Darzens.** – La thérapie multifamiliale. Une alternative à la thérapie unifamiliale dans le traitement de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent ?. Thérapie familiale. 2008, 29(1), 87-102.
26. **Caillé P.** – Quelques considérations sur la signification de la demande en thérapie familiale. Thérapie familiale. 1984, 6(4), 349-357.
27. **Caillé P.** – Un et un font trois. Le couple d'aujourd'hui et sa thérapie.
Paris : Fabert, 2004. 168p.
28. **Caillé P.** – Familles et thérapeutes. Lecture systémique d'une interaction. 4^e éd.
Paris : ESF, 2006. 189p.

29. **Cauletin M.** – De la délégation à la médiation...Thérapie familiale. 1990, 11(4), 439-452.
30. **Chaltiel P.** – Comment poser l'indication d'une thérapie familiale. Perspectives Psy. 1998, 37(3), 188-191.
31. **Cook-Darzens S.** – Thérapie familiale de l'adolescent anorexique. Approche systémique intégrée.
Paris : Dunod, 2002. 252p.
32. **Corchuan L.** – Le protocole du premier entretien, organisateur initial de significations. Thérapie familiale. 1996, 17(4), 507-518.
33. **Corchuan L.** – Indication, demande et représentation en thérapie familiale. Thérapie familiale. 1999, 20(2), 155-161.
34. **Courtois A.** – Le temps familial, une question de rythmes ? Réflexions épistémologiques et cliniques. Thérapie familiale.
2002, 23(1), 21-34.
35. **Di Blasio P., Fischer. J.-M., Prata G.** – La fiche téléphonique. Pierre angulaire de la première rencontre avec la famille. Thérapie familiale. 1987, 8(3), 257-274.
36. **Dollé-Monglond B.** – Introduction aux thérapies familiales. Une pensée, des pratiques.
Paris : ESF, 1998. 264p.
37. **Dubost M., Grimm S.** – Les thérapies familiales en institution. Dialogue – Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille. 2004, 4, 97-109.
38. **Dumont L., Goulet R.** – Technologie et créativité dans la pratique de la thérapie familiale. (internet-téléphonie-audio-visuel). Thérapie familiale. 2001, 22(1), 51-58.
39. **Elkaïm Mony.** – Panorama des thérapies familiales.
Paris : Seuil, 1995. 630p.
40. **Elkaïm Mony.** – À quel psy se vouer ?
Paris : Seuil, 2003. 458p.
41. **Elkaïm Mony.** – Comprendre et traiter la souffrance psychique.
Paris : Seuil, 2007. 484p.
42. **Fourez B.** – Le lien dans la demande urgente et dans l'écoute téléphonique anonyme. Cahiers de psychologie clinique. 1994, 3, 127-137.
43. **Framo J.L.** – Cinquante ans de thérapie familiale : Un regard personnel sur l'histoire de la thérapie familiale. Thérapie familiale. 1998, 19(3), 201-237.

44. **Franck-Lynch B.** – Évaluation systémique du couple et objectifs du traitement. L'express, 2003, 89-99.
45. **Franklin P., Prosky P.** – L'entretien initial type. In : Techniques de base en thérapie familiale. Paris : Erès, 1994. 189p.
46. **Helm Stierlin.** – Le premier entretien familial. Théorie, pratique, exemples. Paris : Jean-Pierre Delarge, Éditions Universitaires, 1979. 248p.
47. **Gaillard J.-P.** – Compétence des psychothérapeutes et recherche en psychothérapie. Thérapie familiale. 2004, 25(4), 495-503.
48. **Garcia-Orad I., Menia A., Anglade N.** – Le palimpseste, le génogramme et le temps. Thérapie familiale. 1996, 17(4), 519-531.
49. **Glachant M.-P.** – Le premier entretien téléphonique. Revue Gestalt. 2004, 27, 157-173.
50. **Kaganski I., Lacour-Gonay C.** – Entretien avec Mony Elkaïm. « Du système au sujet ». Perspectives Psy. 1998, 37(3), 166-171.
51. **Korzybski A.** – Une carte n'est pas le territoire. 4^e éd. Paris : Éditions de l'éclat, 2007. 187p.
52. **Labaki C.** – Merci d'être venus... ou le premier entretien de travail familial dans un service d'accompagnement à l'autonomie d'adolescents. Thérapie familiale. 1997, 18(4), 323-328.
53. **Laupies V.** – L'éthique systémique telle que l'a vécue et transmise Luis Vasquez. Thérapie familiale. 2006, 27(3), 219-227.
54. **Le Goff J.-F.** – Les familles monoparentales sont-elles les oubliées des thérapies familiales ? 2006, 27(3), 285-308.
55. **Le Meur V., Joubin D., Ayrault M.-C., Garcia-Orad I., Molko M., Duval D.** – Psychose-familles-institution de l'enchevêtrement vers la désintronisation. Thérapie familiale. 2008, 29(4), 459-475.
56. **Maestre M.** – L'adieu au couple de nos vingt ans. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux. 1998, 53-63.
57. **Malarewicz J.A.** – Guide du voyageur perdu dans le dédale des relations humaines. Paris : ESF, 1992. 142p.
58. **Meynckens-Fourez M., Henriquet-Duhamel M.-C.** – L'analyse de la demande et sa grille de lecture. Paris : Erès, 2006. 220p.

59. **Miermont J.** – Inférences abductives. In : Dictionnaire des thérapies familiales. Paris : Payot et Rivages, 2001. pp 375-379.
60. **Miermont J.** – Thérapies familiales et psychiatrie. Paris : Doin, 2004. 117p.
61. **Minuchin S.** – Familles en thérapie. Paris : Erès, 2005. 286p.
62. **Neuburger R.** – L'irrationnel dans le couple et la famille. Paris : ESF, 1993. 167p.
63. **Neuburger R.** – L'autre demande. Paris : ESF, 2003. 195p.
64. **Neuburger R.** – Le mythe familial. 4^e éd. Paris : ESF, 2004. 197p.
65. **Neuburger R.** – Les rituels familiaux. Paris : Payot et Rivages, 2006. 217p.
66. **Onnis L.** – Le « système demande » : la formation de la demande d'aide selon une perspective systémique. *Thérapie familiale*. 1984, 5(4), 341-348.
67. **Pancheri E.** – Psychothérapie individuelle d'orientation systémique. *Psychothérapies*. 2003, 23(2), 113-121.
68. **Parmiggiani M.** – La prise de rendez-vous dans un service de consultation conjugale. *Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*. DIALOGUE. 2004, 4, 77-86.
69. **Pauzé R.** – Grégory Bateson, itinéraire d'un chercheur. Paris : Erès, 1996. 153p.
70. **Prata G., Raffin C.,** - L'utilisation des parents comme thérapeutes dans le traitement des enfants qui présentent des problèmes émotionnels et de croissance. *Thérapie familiale*. 1999, 20(3), 223-236.
71. **Prieur N., Prieur B.** – Autonomie et dépendance des thérapeutes dans les doubles prises en charge. *Thérapie familiale*. 2008, 29(1), 21-35.
72. **Robert P.** – Thérapie de couple et régression. *Dialogue*. *Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*. 2004, 4, 27-36.
73. **Rougeul F.** – L'affiliation initiale. Essai de théorisation. *Thérapie familiale*. 1989, 10(4), 323-339.
74. **Rougeul F.** – L'affiliation initiale en thérapie familiale systémique. *Thérapie familiale*. 2001, 10(3), 261-274.

75. **Salem G.** – L'approche thérapeutique de la famille. 4^e éd.
Paris : Masson, 2005. 219p.
76. **Sales C., Faiscua L., Ortega Bevia F.** – Mais pourquoi ne viennent-ils pas ?
Les raisons des absences en thérapie familiale. *Thérapie familiale*. 2000, 21(2), 185-210.
77. **Satir V.** – Thérapie du couple et de la famille.
Paris : Desclée de Brouwer, 1995. 251p.
78. **Schmitt G.** – Quelle est la place de la thérapie familiale en psychiatrie de l'enfant ? *Perspectives Psy*. 1998, 37(3), 184-187.
79. **Selvini M.** – Mara Selvini Palazzoli. Histoire d'une recherche. L'évolution de la thérapie familiale dans l'œuvre de Mara Selvini Palazzoli.
Paris : ESF, 1987. 226p.
80. **Selvini M.** – Troubles mentaux graves et méconnaissance de la réalité. *Thérapie familiale*. 1995, 16(2), 131-144.
81. **Selvini M.** – Secrets familiaux : quand le patient ne sait pas. *Thérapie familiale*. 1997, 18(2), 109-125.
82. **Selvini M.** – Techniques de prise en charge psychothérapeutique d'un patient non demandeur. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2005, 34(1), 159-188.
83. **Selvini M., Selvini Palazzoli M., Allegra G.** – Comment se portent les anorexiques traitées par Mara Selvini Palazzoli et ses équipes entre 1971 et 1987. *Thérapie familiale*. 2003, 24(4), 381-402.
84. **Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G.** – Hypothétisation-circularité-neutralité. *Thérapie familiale*. 1982, 3(3), 117-132.
85. **Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G.** – Paradoxe et contre-paradoxe. 5^e éd.
Paris : ESF, 1986. 153p.
86. **Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M.** – Les jeux psychotiques dans la famille.
Paris : ESF, 1990. 321p.
87. **Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M.** – Anorexiques et boulimiques. Bilan d'une approche thérapeutique familiale.
Paris : Editions Médecine et Hygiène, 2002. 223p.
88. **Seywert F.** – Le questionnement circulaire. *Thérapie familiale*. 1993, 14(1), 73-88.

89. **Tavares M., Khelifa O., Schmit G.** – Consultation et thérapie familiale en pédopsychiatrie : d'un accueil ouvert à une approche spécifique. *Thérapie familiale*. 2008, 9(3), 375-385.
90. **Tilmans-Ostyn E.** – Analyse de la demande versus analyse de la plainte. *Thérapie familiale*. 1983, 4(2), 201-205.
91. **Tilmans-Ostyn E.** – Analyse de l'enjeu de la « demande » au lieu de l'analyse de la plainte. *Thérapie familiale*. 1985, 6(3), 341-348.
92. **Tilmans-Ostyn E.** – La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande. *Thérapie familiale*. 1987, 8(3), 229-246.
93. **Vasquez L., Castella P., Andrieux L., Luco A.M., Manuel M.C.** – Niveaux de signification et communication. *Thérapie familiale*. 1991, 12(2), 135-149.
94. **Vaudan C., Tripet B., Corboz-Warnery A., Duruz N.** – Y a-t-il une place pour la psychothérapie individuelle en systémique ? *Thérapie familiale*. 2009, 30(3), 370-400.
95. **Villeneuve C., Boivin J.** – La pédopsychiatrie contemporaine et la famille. *Thérapie familiale*. 2009, 30(1), 57-69.
96. **Wampfler-Benayoun S.** – De bouche à oreilles, la demande téléphonique. *Thérapie psychomotrice et Recherches*. 2003, 133, 78-97.
97. **Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson Don D.** – Une logique de la communication.
Paris : Seuil, 1979. 280p.
98. **Wittezeale J.-J., Garcia T.** – À la recherche de l'école de Palo Alto.
Paris : Seuil, 2006. 428p.

VU

NANCY, le 2 avril 2010

Le Président de Thèse

Professeur D. SIBERTIN-BLANC

NANCY, le 6 avril 2010

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 12 avril 2010

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RESUME DE LA THESE

À partir de quel moment considère-t-on que quelqu'un est entré dans un travail de thérapie familiale systémique ?

Dans une première partie, l'auteur expose les principaux concepts de la théorie familiale systémique et constate que pour les « systémiciens » le travail thérapeutique commence dès le premier contact téléphonique. Ainsi, le recueil de données, par une fiche d'appel téléphonique, prend en compte la famille ou le couple comme *unité* et va conditionner les entretiens subséquents.

Dans cette perspective, l'auteur effectue une étude descriptive et rétrospective des premiers contacts téléphoniques reçus au CIRFA (Centre d'Initiatives et de Recherches sur la Famille) de Nancy sur une année, assortie d'un follow-up de deux mois.

L'objectif principal consiste à décrire les caractéristiques de ce recueil de données.

L'objectif secondaire est de voir s'il existe des caractéristiques particulières, retrouvées dans les circonstances du premier contact téléphonique, qui pourraient expliquer les situations où il observe une défection des clients pour la première consultation clinique.

D'une part, les résultats de cette étude montrent que pour l'année 2009, 4 thérapeutes du CIRFA réceptionnent 23 demandes de thérapie familiale systémique. Ces 23 fiches téléphoniques constituent la base de l'étude.

D'autre part, la première consultation est toujours effective lorsqu'un professionnel de santé adresse les usagers au Centre. De plus, il semble que le fait de bénéficier en première intention d'une thérapie individuelle au sens large contribue à l'élaboration d'une perspective de thérapie familiale systémique.

En dernier ressort, l'objectif secondaire de l'étude ne cerne aucune caractéristique significative. Et les deux mois de follow-up mettent en évidence la réduction à 16 puis à 14, contre les 23 thérapies initiales. Ainsi, les abandons en cours de travail thérapeutique s'expliquent pour partie par les spécificités de la demande de thérapie familiale.

TITRE EN ANGLAIS :

Modes of entry into systemic family therapy. One year's experience of the CIRFA.

THESE : MEDECINE SPECIALISEE - ANNEE 2010

MOTS CLES :

Entrée en thérapie familiale systémique / Premier contact téléphonique / Premier entretien clinique / Système familial / La fiche téléphonique

Entry into systemic family therapy / First phone contact / First clinical interview / family system / The telephone chart.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex