

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE PSYCHIATRIE (décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 24 novembre 2014 à Poitiers
par **Madame Mathilde Favreau**

Mise en place d'un dispositif d'entretiens familiaux systémiques au cours de l'hospitalisation d'adolescents dans le service de pédopsychiatrie du centre hospitalier de Poitiers.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Membres : Monsieur le Professeur Jean Louis SENON
Monsieur le Professeur Guillaume LEVARD

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Louise BIRABEN
Monsieur le Docteur Damien MALLET



Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie – radiothérapie (**en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014**)
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement 2 ans à compter de janvier 2014**)
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL,

De m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury, de m'avoir permis de réaliser ce travail dans son service et pour la qualité de son enseignement.

A Monsieur le Professeur Jean Louis SENON,

De m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail, pour la qualité de son enseignement et pour sa bienveillance tout au long de mon internat.

A Monsieur le Professeur Guillaume LEVARD,

De m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury et de l'intérêt qu'il a bien voulu porter à ce travail.

A Madame le Docteur Louise BIRABEN,

D'avoir accepté de diriger ce travail, pour sa présence, ses conseils et ses encouragements, qui m'ont permis d'avancer tout au long de celui-ci.

A Monsieur le Docteur Damien MALLET,

D'avoir accepté de diriger ce travail, pour sa disponibilité, ses conseils et sa gentillesse tout au long de celui-ci et pendant mes années d'internat.

A toute l'équipe médicale et paramédicale du pavillon Tony Lainé,

Pour m'avoir permis de mettre en place ce projet dans leurs murs et de m'avoir encouragée et soutenue tout au long de celui-ci. Je remercie particulièrement Blandine et Marina, pour leur participation aux entretiens, et leur investissement. Je remercie également Stéphanie et Chantal pour leur patience et leur gentillesse face à mes difficultés d'organisation.

Aux familles que j'ai rencontrées lors de ce travail,

Pour m'avoir permis d'utiliser nos rencontres dans le cadre de ce travail de thèse.

A Monsieur Philippe COGNY et au Centre Ressource Autisme,

Pour le prêt du matériel vidéo et l'encodage des enregistrements.

A Madame le Docteur Isabelle ROBERT,

De m'avoir confirmée dans mon choix de devenir pédopsychiatre, grâce à ce que j'ai pu voir de sa pratique qui est un exemple pour moi, de m'accorder sa confiance en m'acceptant dans son service et de m'avoir permis de terminer ce travail dans les temps.

A Monsieur le Docteur Louis TANDONNET,

De m'avoir donné le goût de la pédopsychiatrie et du travail avec les familles, et surtout de m'avoir permis de « m'autoriser à penser ».

A mes amis de Bordeaux, de Poitiers et d'ailleurs,

Pour tout ce qu'ils m'ont apporté de soutien, de réconfort et de rire, durant toutes ces années.

Je remercie en particulier la plus ancienne et la plus chère, Judith, notamment pour sa présence le jour la soutenance.

A ma famille (et presque famille),

A ma très chère cousine, Marie-Sophie,

Pour ses précieux conseils qui m'ont permis de débiter cette thèse, son accueil et son amitié.

A Tartie,

Pour ses encouragements et son intérêt pour mon travail.

A mes parents,

Pour leur soutien inconditionnel depuis toujours et pour l'exemple qu'ils m'ont donné.

Un remerciement particulier à ma mère pour les nombreuses heures de soutien logistique et de relecture au cours de ce travail.

A mon très cher Guillaume,

De m'avoir supportée et permis de prendre du recul tout au long de ce travail, par son soutien, ses encouragements et ses conseils éclairés, mais aussi et surtout pour tout le reste.

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION.....</u>	8
---------------------------------	----------

<u>L'APPROCHE SYSTEMIQUE DE LA FAMILLE.....</u>	10
--	-----------

I. L'APPROCHE SYSTEMIQUE.....	10
A. LA PREMIERE CYBERNETIQUE.....	10
B. LA THEORIE DES SYSTEMES.....	11
1) Propriétés des systèmes.....	11
2) Principes fondamentaux du fonctionnement des systèmes et leur application à la famille.....	12
C. LA THEORIE DE LA COMMUNICATION.....	14
D. LA SECONDE CYBERNETIQUE.....	17
II. LE SYSTEME FAMILIAL EN CRISE ET LE PATIENT « DESIGNE ».....	18

<u>L'ADOLESCENCE DU POINT DE VUE SYSTEMIQUE.....</u>	21
---	-----------

I. L'ADOLESCENCE : UNE ETAPE CRITIQUE DU CYCLE VITAL DE LA FAMILLE.....	23
II. LA FAMILLE ADOLESCENTE : (RE)ORGANISATION, TACHES, ENJEUX.....	25
III. LA FAMILLE ADOLESCENTE EN DIFFICULTE : L'APPROCHE SYSTEMIQUE DU SYMPTOME CHEZ L'ADOLESCENT.....	29
IV. QUELQUES SPECIFICITES DE LA PRATIQUE DE LA THERAPIE SYSTEMIQUE AVEC LES FAMILLES ADOLESCENTES....	33

PRATIQUE D'ENTRETIEN FAMILIAUX SYSTEMIQUES AU COURS DE L'HOSPITALISATION

<u>D'ADOLESCENTS.....</u>	37
----------------------------------	-----------

A. L'HOSPITALISATION D'UN POINT DE VUE SYSTEMIQUE.....	37
B. INTERETS D'ENTRETIENS FAMILIAUX SYSTEMIQUES LORS DE L'HOSPITALISATION D'ADOLESCENTS.....	39

<u>MATERIEL ET METHODE.....</u>	42
--	-----------

I. OBJECTIFS.....	42
II. CONTEXTE.....	42
III. ORGANISATION ET MISE EN PLACE DU DISPOSITIF.....	43
IV. POPULATION.....	46
A. CRITERES D'INCLUSION.....	46

B. CRITERES DE NON INCLUSION	46
V. CRITERES D’EVALUATION	47

RESULTATS..... 49

I. NOMBRE D’HOSPITALISATIONS, D’INDICATIONS, DE FAMILLES CONTACTEES ET DE REFUS.	49
II. ANALYSE CLINIQUE ET ACCUEIL DE L’EQUIPE MEDICALE ET PARAMEDICALE.	50
A. CAS CLINIQUES	50
1) Romain et sa mère.	50
2) Mathieu, sa mère, son compagnon et son colocataire.....	64
3) Valentin, sa mère et son frère Pierre.....	81
4) Laura, ses parents et sa sœur Julie.	95
B. ACCUEIL DE L’EQUIPE MEDICALE ET PARAMEDICALE.	104

DISCUSSION107

I. INTERETS DE LA MISE EN PLACE DE CE DISPOSITIF D’ENTRETIENS FAMILIAUX SYSTEMIQUES AU COURS DE L’HOSPITALISATION D’ADOLESCENTS.....	107
A. LES FAMILLES	107
B. L’EQUIPE SOIGNANTE.	109
C. L’ENREGISTREMENT DES ENTRETIENS.....	109
II. LIMITES DU DISPOSITIF ET DE SON EVALUATION.....	110
A. LES LIMITES DE L’ORGANISATION ET DE L’EVALUATION.....	110
B. LES REFUS ET LA QUESTION DE LA DEMANDE.	112
C. LA QUESTION DU RELAIS ET DE L’AFFILIATION.	113

CONCLUSION.....116

ANNEXES.....117

REFERENCES.....124

RESUME129

SERMENT130

Introduction

De mai à septembre 2014, nous avons mis en place un dispositif d'entretiens familiaux systémiques au moment de l'hospitalisation d'adolescents dans le service hospitalo-universitaire de pédopsychiatrie du centre hospitalier de Poitiers.

Les objectifs de la mise en place de ce dispositif étaient :

- d'accompagner la famille dans ce moment particulier qu'est l'hospitalisation d'un de leur membre,
- d'utiliser les ressources familiales pour aider l'adolescent, de proposer un espace de parole pour la famille, permettant d'entamer une réflexion plus centrée sur la famille,
- d'utiliser la crise familiale provoquée par les troubles ou l'hospitalisation de l'adolescent, et l'ébauche de changement qu'elle enclenche pour entamer un travail familial,
- de réintroduire le symptôme présenté par l'adolescent dans le contexte familial, de favoriser la communication intrafamiliale,
- de faire une place à la souffrance de chacun dans la famille, pour qu'elle ne reste pas centrée sur l'adolescent,
- de faire expérimenter à la famille un dispositif de consultation familiale et de proposer, à terme, une orientation en thérapie familiale, si la famille a trouvé un intérêt à ce travail systémique, en complément de la thérapie individuelle.

Le but de cette démarche était également d'aborder sous d'autres aspects les troubles de l'adolescent au cours de l'hospitalisation, en élargissant le contexte dans lequel évoluent ces troubles. L'idée n'est pas de remettre en questions ou de remplacer les autres abords (à savoir, hospitalisation, psychothérapie individuelle et prescription médicamenteuse) mais plus de les compléter par une autre approche de l'adolescent, de ses troubles et de sa famille.

Dans un premier temps nous ferons un bref point théorique sur l'approche systémique de la famille. Nous aborderons plus particulièrement la famille adolescente (Destal et al., 2006) , étape critique du cycle vital de la famille durant laquelle un réaménagement des règles et des relations intrafamiliales est nécessaire pour permettre à l'adolescent d'entamer un mouvement d'autonomisation serein. Dans ce sens, nous verrons ensuite en quoi il est intéressant d'aborder les troubles psychiques de l'adolescent d'un point de vue systémique et en quoi une prise en charge familiale peut être utile au moment de l'hospitalisation d'un adolescent.

Dans la deuxième partie de ce travail, nous développerons les étapes de mise en place de ce dispositif, à savoir son organisation, le recrutement des familles et les liens faits avec l'institution. Nous développerons également la méthode que nous avons choisie pour l'évaluer, à savoir une étude de cas des familles rencontrées dans le cadre de ce dispositif, basée sur l'analyse d'enregistrements vidéo des entretiens.

Dans une troisième partie, nous évoquerons les rencontres avec quatre familles ainsi que les observations et les hypothèses que nous avons faites concernant leur fonctionnement familial. Nous rapporterons également l'avis des familles rencontrées et des équipes médicale et paramédicale sur le dispositif et son utilité.

Enfin nous aborderons les intérêts et les limites du dispositif, en nous questionnant sur son organisation, sur l'investissement des équipes médicales et paramédicales dans ce projet, sur le refus de certaines familles, sur ses effets immédiats concernant le fonctionnement familial et concernant à plus long terme un éventuel relais vers une unité de thérapie familiale.

L'approche systémique de la famille

La thérapie familiale systémique est apparue dans les années cinquante aux États-Unis à partir d'une dizaine de foyers différents. Elle s'est par la suite développée en Europe et en Amérique latine. Les initiateurs de ce mouvement se caractérisent par la diversité de leur formation d'origine et de leurs domaines de recherche. Sociologues, ethnologues, physiciens, mathématiciens, psychothérapeutes se sont intéressés au mode de fonctionnement des systèmes (système cellulaire, informatique, familial...) et ont élaboré un modèle fondé sur une dynamique circulaire, en rompant ainsi une pensée dite mécaniste, linéaire, de cause à effet, incompatible avec certaines de leurs observations. (Beaucousin, 2000)

Ces différentes écoles s'intéressaient toutes à resituer le comportement symptomatique de l'individu dans son contexte naturel, notamment la famille, et à comprendre le sens de ce comportement en tenant compte de ce contexte. L'application de la théorie des systèmes aux systèmes humains a alors permis de comprendre la famille comme un tout plus vaste que la somme de ses parties (ses membres) avec son organisation propre, un système participant à une hiérarchie de systèmes impliqués dans des échanges constants et relevant de mouvements de causalité circulaire. (Cook-Darzens, 2005)

I. L'approche systémique.

La théorie systémique est un amalgame de la théorie des systèmes, de la cybernétique et de la théorie de la communication. Cette théorie est en quelque sorte un « tronc commun » de toutes les variantes de thérapies de familles. (Salem, 2009)

A. La première cybernétique

Durant la seconde guerre mondiale, Wiener, travaillant sur le problème de l'efficacité des tirs de canons antiaériens, utilise la notion de feed-back ou rétroaction. Ainsi, pour contrôler une action orientée vers un but, la circulation des informations doit former une boucle fermée dans laquelle la machine évalue les effets de ses actions et corrige son comportement futur en utilisant les performances passées. Ainsi la causalité dite linéaire n'est plus pertinente puisque tout effet rétroagit sur sa cause et d'une certaine manière devient cause à son tour. Ainsi naît le principe de causalité circulaire, au sein de laquelle la notion de cause et d'effet perdent de leur intérêt au profit de l'analyse de la structure des interactions. (Rougeul, 2012)

B. La théorie des systèmes

1) Propriétés des systèmes

Il y a soixante ans, à la suite de la rencontre entre Von Bertalanffy, Boulding, Rapoport et Ralph Gerard, une société consacrée à la recherche dans le domaine de la théorie des systèmes a été fondée. L'objectif était de favoriser l'élaboration de théories applicables à plusieurs secteurs de la connaissance, pour mettre en évidence leurs isomorphismes conceptuels et pour faciliter les échanges entre spécialistes (von Bertalanffy, 2012).

Le mot système vient du grec, *sustéma*, qui signifie « assemblage, composition ». Salem nous donne sa définition la plus commune en citant Miller (1978) : un ensemble d'éléments en interaction dynamique, l'état de chacun de ces éléments étant déterminé par l'état de chacun des autres éléments.

Tout système baigne dans un environnement donné avec lequel il entretient (système ouvert) ou n'entretient pas (système fermé) des échanges (inputs ou outputs). (Salem, 2009)

Le système et son environnement constituent un écosystème qui comprend, par ailleurs un espace intermédiaire qui est le lieu de ces échanges ; on l'appelle interface.

Tous les systèmes vivants sont ouverts : la cellule, l'appareil circulatoire, un organisme végétal ou animal, une famille, une société, et ceci quel que soit leur degré de complexité.

Un système se compose souvent de sous-systèmes. Le système « corps humain » est constitué de différents sous-systèmes comme les tissus, les organes, eux-mêmes constitués d'autres sous-systèmes, les cellules etc. un système familial comprend : le sous-système « famille d'origine » (la génération grand parentale), le sous-système « famille nucléaire » (les parents et les enfants), mais aussi le sous-système « famille élargie » (oncles, tantes, cousins, etc.).

2) Principes fondamentaux du fonctionnement des systèmes et leur application à la famille. (von Bertalanffy, 2012 ; Rougeul,2012)

Le principe de totalité

Un système est un tout qui n'est pas décomposable en éléments. En effet la décomposition impliquerait que l'on ne tienne compte que des éléments et non de leur interaction. Le système familial est un complexe d'éléments en interaction qu'il faut appréhender dans sa globalité, c'est-à-dire au niveau de son fonctionnement relationnel global.

Le principe de non-sommativité

Un système n'est pas réductible à la somme de ses éléments, il possède des qualités émergentes. Il peut fonctionner indépendamment des éléments qui le constituent et son comportement est en grande partie imprévisible.

Le principe d'autorégulation

Un système ouvert possède des mécanismes qui lui permettent de maintenir un état stable si l'environnement change ; pour les organismes vivants, on parle d'homéostasie. L'autorégulation des systèmes vivants doit aussi leur permettre de changer les règles de fonctionnement si l'environnement se modifie. Les mécanismes qui permettent cette autorégulation sont de type rétroactifs, d'où le lien étroit entre la théorie des systèmes et la cybernétique. On distingue deux types de feed-back :

- le feedback négatif a pour effet de corriger l'action des facteurs internes ou externes qui pourraient modifier l'équilibre (on peut citer l'exemple des régulations physiologiques comme la température centrale, le maintien des constantes biologiques, qui sont à base de feed-back négatif). La rétroaction négative tend à conserver un état stable et assure l'homéostasie du système.
- le feedback positif accentue l'effet des facteurs perturbateurs et donc tend à déstabiliser le système. Lorsque les tensions ainsi créées sont trop fortes le système va changer d'état stable. Les capacités évolutives du système reposent sur les feed-back positifs.

Un système évolue donc d'état stable en état stable sous la double pression de l'environnement et de son cycle vital.

L'autorégulation des systèmes familiaux est d'une grande complexité. Elle doit allier la stabilité, nécessaire à la poursuite d'objectifs à long terme, au changement qui s'impose du fait de l'action de crises naturelles (étapes du cycle vital) ou accidentelles (chômage, émigration, guerre...)

La stabilité est assurée par les mécanismes de rétroaction négative. Dans la famille, on décrit des règles familiales, c'est-à-dire des principes qui assurent le fonctionnement de la famille conformément à une norme. Elles sont sous-tendues et découlent de ce qu'on appelle le mythe familial. Le mythe familial est un ensemble de croyances partagées par chaque membre de la famille, il donne à la famille son identité, il est l'image que la famille se donne d'elle-même.

Le changement est le fait des mécanismes de rétroaction positive. En tant que système, toute la famille a potentiellement la capacité de changer les anciennes règles quand elles ne sont plus adaptées. Par exemple les tensions provoquées par les revendications des adolescents vont mettre la famille en crise et contraindre les parents à changer de type de relation avec les enfants qui deviennent de jeunes adultes.

Permanence et changement sont donc aussi nécessaires l'un que l'autre à la survie du système familial.

Le principe d'équifinalité

Un même but peut être atteint par des conditions initiales différentes et des voies différentes. Un état stable ne dépend pas des conditions initiales mais des paramètres du système.

Ce principe conditionne la manière d'aborder le problème. L'importance de l'histoire se trouve relativisée au profit de la structure d'interaction actuelle. On s'intéresse plus au fonctionnement actuel plutôt qu'à la recherche de la cause des troubles dans la famille. Si l'histoire familiale est utilisée en séance, ce n'est pas dans une perspective causale.

Ce principe influe également sur la délimitation du système familial. On considère le système « opératoire », comme celui constitué autour du « patient désigné » dans l'ici et maintenant : c'est-à-dire pas forcément toute la famille (certaines personnes de la famille étant parfois très périphériques) et pas uniquement la famille (une assistante sociale, un médecin

généraliste, un éducateur, des amis, peuvent être considérés comme faisant partie du système familial).

C. La théorie de la communication

(Watzlawick et al., 1979 ; Salem, 2009)

Les canaux de communication.

En latin *communicare* signifie : mettre en commun, être en relation. Les théories modernes de la communication considèrent celle-ci comme un acte, dont l'information est le produit. La communication est définie comme un système de comportement intégré, qui a pour effet d'ajuster, de calibrer, de rendre possibles les relations humaines. Elle constitue en quelque sorte la substance de toute interaction.

La théorie de la communication a pour tâche de définir des unités de communication, de les relier, d'identifier leur organisation en catégories, de mesurer leur congruence et leurs effets, etc. Ceci revient également à situer ces unités dans le contexte général de la communication, dont il est capital de tenir compte : le lieu, l'heure, les circonstances, les conventions préétablies sur la relation entre les divers participants à la communication, etc.

On distingue deux grandes catégories de communication : la communication digitale et la communication analogique.

Le mot « digit » provient de l'informatique. Il désigne une unité d'information dans le système de calcul binaire des ordinateurs. Ces calculateurs digitaux traduisent les données par des nombres, selon un rapport purement arbitraire et conventionnel. On appelle donc communication digitale toute forme de la communication assujettie à un code strictement conventionnel, comme le langage verbal avec son lexique, sa syntaxe ou encore le langage mathématique. (*Tableau 1*)

La communication analogique se réfère à un rapport naturel entre la chose et le signe dont on se sert pour la désigner. En informatique, les calculateurs analogiques utilisent des grandeurs discrètes et positives, analogues aux données, c'est-à-dire ayant un rapport de ressemblance avec les données. La communication analogique est donc moins abstraite que la communication digitale, elle est plus proche de la réalité. Elle recouvre tout le registre du non-verbal et paraverbal. (*Tableau 1*)

Le langage digital est très élaboré et flexible et permet d'ordonner le message de manière logique mais est moins approprié pour exprimer ce qui se passe sur le plan émotionnel, affectif et subjectif, dans la relation entre les locuteurs.

Le langage analogique y parvient mieux (un haussement d'épaule, un sursaut, une mine défaite...) mais il ne peut développer une séquence de message logique, il ne dispose pas de marqueurs permettant d'exprimer l'alternative (ou bien), la condition (si ... alors), la discrimination ou des concepts trop abstraits. Il n'a pas non plus d'indices clairs permettant de désigner le passé, le présent ou l'avenir.

Compte tenu de cette distinction, il est défini plusieurs canaux de communication.

<i>Communication</i>	<i>Canal</i>	<i>Exemple</i>	<i>Support</i>
digitale	verbal	parole	phonétique
		écriture	graphique
analogique	paraverbal	morse	sonore
		braille	optique
analogique	non verbal	etc.	tactile
			etc.
analogique	paraverbal	soupirs	vocal
		grognements	(timbre, intensité, etc.)
analogique	non verbal	modulations	
		sanglots	
analogique	non verbal	rires	
		etc.	
analogique	non verbal	mimiques	kinésique
		gestes	
analogique	non verbal	postures	
		rythmes	
analogique	non verbal	orientation du corps	
		odeurs	
analogique	non verbal	etc.	

Tableau 1. Les canaux de communication et leurs catégories. (Salem, 2009)

Ces canaux se combinent les uns aux autres au fil de la communication, pour former une sorte de faisceau plus ou moins congruent. La notion de congruence désigne le degré de concordance entre les unités de chaque canal avec celles des autres canaux. En effet pour que la qualité de la communication soit optimale, il faut que la combinaison des canaux soit cohérente.

Quand la congruence est faible ou nulle, il n'y a pas forcément une perte d'information, mais il y a un brouillage de l'information ou encore une surcharge sous formes de doubles messages.

Le système de communication

Quand deux personnes échangent des informations, elles fonctionnent toutes les deux à la fois comme émetteur et récepteur de messages digitaux et analogiques. Leurs messages s'influencent réciproquement en permanence par le jeu des boucles de rétroaction ou feedback. Cette interaction se complexifie encore avec le contexte de leur relation. Celui-ci se définit par le lieu, l'heure, les circonstances de leur rencontre, les conventions implicites qui définissent leur relation, la présence d'un tiers, le contexte culturel, le contexte individuel, etc.

Ainsi le système de communication est un modèle dynamique et circulaire, fait de feedback mutuels.

Une axiomatique de la communication

En se fondant sur la théorie des systèmes et la théorie de la communication, Watzlawick et al. ont proposé une série d'axiomes utilisables dans les relations humaines.

Le premier axiome est qu'il est impossible de ne pas communiquer. Tout comportement a valeur de message. Il n'existe pas de non-comportement.

Le deuxième axiome est que toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et est ainsi une métacommunication. La métacommunication signifie le fait de communiquer sur la communication. Le contenu du message serait plutôt la partie verbale du message. L'aspect de relation désigne la manière dont doit être entendu le message, il renseigne sur la nature de la relation entre les deux interlocuteurs.

Le troisième axiome est que la nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires. La ponctuation des faits est la manière dont les partenaires se livrent mutuellement leur interprétation et leur définition de l'interaction qui se déroule entre eux. Par exemple « si je dis ça ou fais ça c'est parce que toi tu as fait ça ».

Le quatrième axiome distingue la communication digitale et la communication analogique, comme nous l'avons vu plus haut.

Le cinquième axiome est que tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence. Il s'agit de deux types de stratégies interactionnelles. L'interaction symétrique vise l'égalité des partenaires, ils adoptent un comportement en miroir et le risque est l'escalade symétrique. L'interaction complémentaire vise à intensifier la différence entre les deux partenaires, le comportement de l'un est complémentaire de celui de l'autre ; le risque est alors la complémentarité rigide. Pour que la communication soit fonctionnelle, il faut qu'elle soit souple, et qu'elle ne se fige pas dans un seul type d'échange.

D. La seconde cybernétique

Dans les perspectives plus récentes de la seconde cybernétique, le thérapeute ne perçoit pas la famille comme un « objet » extérieur, mais crée un nouveau système où chaque participant prend une position d'observant-observé. (Miermont, 2005)

En effet, tandis que la première cybernétique s'était intéressée à la description du système observé, la seconde s'est préoccupée du système observant. Elle est donc une cybernétique de la cybernétique, née principalement des travaux de Maturana et Varela, de ceux de von Foerster, ainsi que de ceux de Keeney. Elle a grandement intéressé les thérapeutes familiaux systémiciens car elle les incitait à davantage de modestie professionnelle ; elle les a convaincus en effet que leur observation, que certains avaient pu croire neutre, était en fait participante, c'est-à-dire qu'elle 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. De plus, aucune observation n'est absolue : ce que l'on voit n'est qu'une toute petite fraction du système à observer : d'où la théorie selon laquelle toute observation n'est que relative au point de vue de l'observateur. De plus même la petite parcelle qu'observe l'observateur (et qu'il modifie en observant) n'est pas entièrement analysable par l'observateur : ce dernier délaisse des quantités phénoménales d'information, car ce qu'il observe, il ne peut le voir qu'à travers sa propre grille de lecture, personnelle, conditionnée par son histoire, son vécu, son instrument de mesure, etc. Ainsi, il déforme ce qu'il voit, n'en voit qu'une partie, et ne voit que ce qu'il est habitué à voir. (Albernhe et Albernhe, 2014)

Autrement dit, dès le début de l'entretien, se met en place une interrelation entre les différents protagonistes telle qu'aucun d'entre eux, ni même le thérapeute, ne peut véritablement prendre du recul sur ce qu'il vit, puisque chacun co-construit au fur et à mesure les éléments de la réalité. (Albernhe et Albernhe, 2014)

C'est pourquoi, avoir l'ambition d'être à la fois participant et observateur est une utopie, d'où le recours à des procédés de supervision (glace sans tain) ou d'analyse rétrospective (enregistrement vidéo). Il s'agit ici du paradoxe autoréférentiel, c'est-à-dire le fait d'énoncer un discours sur une réalité qui se construit par le fait même de ce discours. (Albernhe et Albernhe, 2014)

L'autoréférence témoigne du fait que ce que nous observons dépend de ce que nous sommes capables d'observer. Autrement dit les propriétés intrinsèques de l'observateur interfèrent avec les éléments observés et il n'existe pas d'observation neutre. (Albernhe et Albernhe, 2014)

Elkaïm (2001) nous rappelle qu'il est essentiel d'être conscient de ce phénomène absolument fondamental dans la relation d'entretien familial et surtout d'utiliser ses propres autoréférences dans un but thérapeutique : dans son approche ce que ressent le thérapeute renvoie non seulement à son histoire personnelle, mais aussi au système où ce sentiment émerge ; ainsi le sens et la fonction de ce vécu deviennent des outils d'analyse et d'intervention au service même du système thérapeutique, qu'Elkaim appelle résonance. (Albernhe et Albernhe, 2014)

II. Le système familial en crise et le patient « désigné ».

La famille est donc considérée comme une unité systémique.

La famille est considérée comme un système actif en transformation constante, un organisme complexe qui au cours du temps se modifie afin d'assurer la continuité et la croissance psychosociale de ses membres. Ce processus, dans son double aspect de continuité et de croissance permet à la fois le développement de la famille comme « ensemble » et permet la différenciation des individus. (Andolfi, 1993)

Une unité systémique se constitue dans un processus d'interaction entre les individus qui la composent ; dans ce processus chacun fait l'expérience de ce qui, dans la relation, est autorisé et de ce qui ne l'est pas. Cette unité systémique est réglée par des schèmes relationnels, c'est-à-dire des règles de comportement qui la caractérisent et qui peuvent se modifier et s'adapter quand se transforment les besoins de chaque individu et du groupe dans sa totalité. La faculté de varier ces modalités permet à chacun de faire l'expérience de nouveaux aspects de lui-même. Cette multiplicité d'aspects est le miroir du degré de différenciation qu'il a acquis à l'intérieur de sa propre famille. (Andolfi, 1993)

Cycles de vie

La famille traverse des moments de crise au cours desquels se modifient les statuts et les rôles de chaque membre. La structuration du couple, la naissance des enfants, la crise d'adolescence, la maladie, la vieillesse des grands-parents impliquent la transformation des fonctions complémentaires assurées par chaque partenaire familial. (Miermont, 2005)

Chaque étape se caractérise par une forme d'organisation relationnelle qui peut être considérée comme un état stable du système. Le passage d'une étape à l'autre, ou d'un état stable à l'autre, suppose une crise au cours de laquelle s'opère une modification des relations imposée par l'évolution des individus. Ces crises sont des moments de fragilité propices à l'apparition de symptômes qui pourront se cristalliser sur le patient désigné. (Rougeul, 2012)

Il arrive que les mécanismes de rétroaction négative soient très puissants et qu'une famille n'arrive pas à changer de fonctionnement. Dans ce cas les tensions augmentent et vont être absorbées par l'apparition de symptômes. (Rougeul, 2012)

Le rôle de patient désigné est très souvent l'expression individualisée d'une crise que le système familial est en train de traverser. Cette crise correspond presque invariablement à une phase de transition du système. En effet, les familles en train de transiter vers un nouveau stade de développement semblent courir davantage le risque de produire des symptômes chez un ou plusieurs membres, d'autant plus si elles sont exposées en même temps à des pressions inattendues. Le comportement symptomatique du patient semble alors obéir à une double norme, chacune appartenant à un niveau logique différent. D'un côté, le comportement symptomatique est l'expression de la crise. Il équivaut à une fluctuation qui déstabilise le système et catalyse la transition vers un nouvel équilibre. D'un autre côté, ce même comportement symptomatique fonctionne comme un mécanisme homéostatique, qui a pour effet de conserver l'équilibre antérieur du système (Fivaz-Depeursing et al. 1980 ; Salem, 2009)

Andolfi (2013) fait l'hypothèse qu'à l'occasion d'événements particulièrement critiques de la vie familiale ou individuelle, le système peut être sollicité à réagir à travers des émotions intenses et à travers des tensions familiales importantes. De ce fait chaque membre de la famille sera amené à assumer des rôles et des fonctions spécifiquement liés à la place de chacun et à la constellation mythique propres au système. Il s'avère que ces rôles ces fonctions peuvent perdurer dans le temps bien au-delà du moment critique.

La fonction du thérapeute consiste surtout à introduire plus de complexité et à augmenter les possibilités de choix pour aider la famille à se détacher de la vision unique et stéréotypée qu'elle a de sa propre réalité. Le thérapeute redonne alors à la famille l'exploitation de ses

compétences. Il s'agit ici de prendre en compte la complexité et la continuité qu'il y a entre sujet et trame relationnelle. (Destal et al., 2006)

Autrement dit et de manière globale, la thérapie familiale cherche à agir sur les interactions entre le patient et son environnement familial par la rencontre, en sa présence, des personnes qui interagissent avec lui dans la réalité quotidienne, non pour chercher des « responsables » ou des « coupables » du côté des proches ou de la famille restreinte ou élargie, mais pour trouver à ce niveau des ressorts évolutifs et des ressources décisionnelles. (Miermont, 2005)

L'adolescence du point de vue systémique

L'adolescence est le moment à la fois de transformations biologiques et corporelles et d'une réorganisation psychique interne du sujet. (Schmit, 2013)

En effet, l'adolescent vit des transformations corporelles (généralisation de son corps), le développement de son fonctionnement intellectuel (acquisition et maniement plus aisé des abstractions), des changements sur le plan social (importance des pairs, des modes) avec les tentations et les dérives possibles. (Goldbeter-Merinfeld, 2008a)

Il est également classique de considérer qu'à l'adolescence, l'enfant entre dans une période de transition qui doit lui permettre de quitter progressivement un état de dépendance infantile pour accéder à une plus grande autonomie affective et sociale (Habets, 2011)

Déjà Peter Blos (1971), en reprenant les travaux de Margaret Mahler sur la distinction du Soi – non Soi durant la petite enfance, observait au moment de l'adolescence, une deuxième étape vers l'individuation, menant à terme à la séparation et à la constitution du sens de l'identité.

Françoise Dolto (1988), de son côté, avait souligné tout le paradoxe de l'adolescence, en notant que, l'individualité ne peut se réaliser que dans la relation et que le sujet ne peut exister au-delà d'une reconnaissance réciproque avec un autre que soi.

En effet, le mouvement maturatif qui s'opère à l'adolescence ne peut se concevoir comme un développement individuel isolé et complètement autonome. Il se fait nécessairement dans le réseau des relations familiales de l'adolescent. (Schmit, 2013)

Notons également que, selon le Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques (Benoit et al., 1988), l'adolescence est un processus de maturation qui donne à l'individu la possibilité d'acquérir l'ensemble des éléments lui permettant de s'autonomiser par rapport à sa famille d'origine.

Ces processus d'individuation et d'autonomisation de l'adolescent impliquent nécessairement un remodelage de tout le système familial. Cette renégociation des liens, nécessaire au bon fonctionnement familial, intéresse tous les individus de la famille, et en ce sens, paraît une étape propice à une approche systémique (Beaucousin, 2000)

Au sein de la cellule familiale, cette évolution se réalise via des négociations entre l'adolescent et ses parents qui visent, à terme, la modification des modes relationnels entre eux. Ces échanges entre générations, qui peuvent être plus ou moins conflictuels, consistent

en de progressifs réajustements dans la dialectique dépendance-indépendance en fonction d'une part, des potentialités et des demandes de l'adolescent, et d'autre part, de la possibilité pour ses parents d'accéder à ces demandes de changement. Dans le cadre de ce processus, la distance entre l'adolescent et ses parents augmente progressivement en parallèle avec un investissement de plus en plus important par l'adolescent du groupe de pairs. (Habets, 2011)

Ainsi, l'adolescence représente la première étape importante où le rapport dynamique entre appartenir et se séparer semble pencher vers cette deuxième option. (Andolfi, 2013)

L'adolescent pose ainsi d'une manière nouvelle la question des rapports entre les nécessités de l'appartenance familiale et les besoins personnels. Son évolution personnelle implique que son inscription au sens de la famille évolue. D'un côté l'adolescent vise à acquérir plus d'autonomie sur le plan personnel, d'un autre, comme tous les autres membres de la famille, il reste intéressé à la survie et à l'intégrité de celle-ci. (Schmit, 2013)

La réussite du travail de séparation permet une redéfinition des relations intrafamiliales : les parents reconnaissent que leur enfant est devenu adulte, celui-ci accepte de se comporter en adulte et de renoncer aux avantages de la dépendance infantile. L'échec de ce travail peut en revanche, aboutir soit à une rupture radicale de l'adolescent avec ses parents, soit au maintien coûte que coûte, d'une relation de mutuelle dépendance infantile entre enfants et parents, voire au maintien d'une relation chaotique soumise à un choix impossible entre ces deux impasses. Cet échec concourt souvent à l'éclosion d'une psychopathologie, plus ou moins durable chez le sujet adolescent. Le travail sur ces situations difficiles implique donc de considérer la crise vécue par l'adolescent lui-même, la crise vécue, en résonance, par ses parents, mais aussi la spécificité du fonctionnement familial au sein duquel sont vécues ces crises. (Schmit, 2013)

C'est en ce sens que l'adolescence est qualifiée d'étape critique du cycle vital de la famille ; et nous allons voir en quoi, avant de nous intéresser au concept de famille adolescente et aux enjeux que cela implique.

Nous évoquerons ensuite les difficultés que la famille peut rencontrer à ce stade de son cycle vital et enfin quelques spécificités de la pratique de la thérapie familiale avec les familles adolescentes.

I. L'adolescence : une étape critique du cycle vital de la famille

Dans un premier temps il nous semble essentiel de développer ce que les systémiciens entendent par cycle vital de la famille et crise ou processus critique.

Le concept de cycle vital, est utilisé par de nombreux systémiciens et désigne l'évolution du groupe familial, évolution qui passe par les moments suivants : formation du couple, mariage, naissances et éducation des enfants, départ des enfants, retraite, vieillesse (Andolfi, 1993).

Au cours de l'évolution, à travers un échange de comportements-informations, chaque individu acquiert une identité spécifique et des fonctions particulières, qui elles-mêmes se modifient dans le temps. Ces fonctions, que les membres du système ont tacitement négociées, permettent l'adaptation au milieu et conditionnent le déroulement de la vie relationnelle. La modification des fonctions de l'un des membres implique la transformation simultanée des fonctions complémentaires assumées par les autres ; elle caractérise le processus de croissance de l'individu et la continuelle réorganisation du système familial au cours de son cycle vital. (Andolfi, 1993)

L'adolescence est l'illustration la plus représentative de ce qui se passe au sein du système lors du passage d'une étape du cycle vital de la famille, c'est à dire d'un mode de fonctionnement à un autre, ce qui nécessite une modification des finalités du système et une adaptation structurelle. (Beaucousin, 2000)

En effet, la famille doit, elle aussi, avoir la capacité de se transformer, être apte à mettre en crise son organisation habituelle des rôles, des fonctions et des relations, pour en assumer une nouvelle, plus fonctionnelle ; il est nécessaire qu'elle sache mener un processus évolutif et une transition analogues et parallèles à ceux dans lequel s'est engagé l'adolescent. (Onnis et al., 2008)

C'est en ce sens que cette étape peut être qualifiée de crise.

En effet, la crise constitue un processus. C'est un état instable qui appelle un autre état : étymologiquement Crisis signifie jugement, choix, décision. (Rougeul, 2012)

Pour Luigi Onnis, l'essence de la crise est constituée par une indétermination des résultats et la potentialité multiple de ses développements. Pour lui c'est un carrefour, un croisement, ou encore un nœud à partir duquel s'ouvrent plusieurs voies : la continuation du chemin qu'on avait pris antérieurement, celle la régression, de la stase, de la maladie, ou alors celle de la

croissance, du bien-être et de la santé. La crise est donc à la fois un phénomène de désagrégation d'un ordre préexistant et à la fois un moment de croissance. (Rougeul, 2012)

Le terme « crise » désigne un bouleversement qui implique qu'il faut décider du choix de nouvelles approches non expérimentées jusque-là pour y répondre. (Goldbeter-Merinfeld, 2008b)

La crise serait donc un moment d'instabilité où s'ouvre une bifurcation vers d'autres états stables, impossibles à prévoir auparavant. (Rougeul, 2012)

L'adolescence est donc une crise individuelle qui s'accompagne d'une crise familiale. La crise d'adolescence concerne simultanément l'adolescent avec ses processus internes de changement, les parents confrontés à ce que représente pour eux l'évolution de leur enfant et la famille dans son ensemble, qui est contrainte à un réaménagement de son organisation. Dans toute famille, l'adolescence nécessite un remaniement en profondeur de la structure organisationnelle et des rôles assumés par chacun. En ce sens, il s'agit d'une crise évolutive sans doute indispensable pour parvenir à une plus grande autonomie à l'âge adulte. (Goldbeter-Merinfeld, 2008a, b) (Schmit, 2013)

Il est naturel que la famille traverse périodiquement des crises ou phases de déstabilisation qui l'incitent à remanier son réglage homéostatique en s'adaptant aux nouveaux besoins de ses membres et aux exigences de l'environnement. Elle le fait en donnant des feedbacks positifs aux comportements nouveaux qui remettent en question les règles habituelles. Cela signifie donc qu'elle est en train de modifier son système autorégulateur, qu'elle est en train d'amorcer un changement. (Salem, 2009)

L'adaptation optimale d'une famille se reconnaît lorsqu'elle négocie de façon profitable ces diverses crises ou phases de changement, en favorisant la socialisation des enfants, tout en restant une ressource, une protection, un refuge et un soutien pour tous les membres (Salem, 2009). Car c'est en effet à l'intérieur de la famille que l'enfant amasse le capital de confiance en soi, de solidité et d'expériences qui lui permettront de s'aventurer dans les relations extérieures (Beaucousin, 2000). L'adolescent a besoin de temps, d'espace et de sécurité pour développer son identité d'adolescent, ainsi que d'un soutien émotionnel et matériel (financier) (Goldbeter-Merinfeld, 2008a).

Comme le pointe Ackerman (1980), de tous les événements naturels qui surviennent au cours du cycle de vie des familles, l'émergence de l'adolescence est celui qui permet de tester le mieux la flexibilité de l'organisation familiale, confrontant la famille aux oscillations d'intensité de l'implication de l'adolescent dans ses relations intrafamiliales et extrafamiliales.

Les éléments qui peuvent être considérés comme prédictifs de la capacité de la famille à tolérer cette crise, et à accéder à l'état d'équilibre suivant sont liés à la structure et au fonctionnement du système ; à savoir : les frontières de la famille avec l'extérieur, les frontières entre les membres de la famille nucléaire, la hiérarchie entre les sous-systèmes (parents/adolescent), les finalités du système et des sous-systèmes. (Beaucousin, 2000)

Divers facteurs, qui renvoient à l'expérience passée et présente de la famille et de ses membres pris individuellement, exercent une influence sur le processus de transformation. Des niveaux d'interactions différents sont simultanément présents dans la famille : le couple, la famille nucléaire, la famille élargie, et les liens que chaque individu noue à l'extérieur. (Andolfi, 1993)

II. La famille adolescente : (ré)organisation, tâches, enjeux

Destal et al. (2006) parlent de « famille adolescente », car pour eux, l'atmosphère, la dynamique, les interactions et les enjeux sont très spécifiques à cette phase du cycle vital de la famille. Les interactions, les enjeux de la famille adolescente présentent une réelle spécificité, aussi bien dans l'axe vertical parents – enfants que dans l'axe horizontal du lien d'alliance conjugal et dans celui du lien fraternel. En général, on dit que la famille adolescente débute à l'entrée de l'aîné dans l'adolescence et se termine avec le départ de la maison du benjamin (Beaucousin, 2000).

Selon Fleck (1980) et Destal et al. (2006), voici les enjeux et les tâches auxquels est confrontée la famille lors de cette étape de son cycle vital :

- processus d'autonomisation de l'adolescent et de ses parents,
- régulation des échanges entre l'intimité familiale et les sociotopes extérieurs des enfants
- encadrement et respect de la quête d'identité et d'indépendance des enfants,
- délimitation claire des frontières interindividuelles
- renforcement des limites intergénérationnelles et de l'alliance parentale
- remaniements du pacte fondamental du couple parental,
- intégration progressive des enfants au processus décisionnel familial,

- tolérance au conflit,
- mécanismes de protection mutuelle.

Pour rappel le sociotope est la place occupée dans un groupe social donné et détermine une fonction pour chacun de ses membres. (Destal et al., 2006)

Dès la petite enfance, se construit une circulation entre plusieurs sociotopes. Ils exercent des influences sur chaque membre de la famille. L'articulation entre expérience acquise dans les sociotopes extérieurs et expérience acquise dans la famille est très importante. L'enfant puis l'adolescent compare les apprentissages acquis dans les sociotopes extérieurs aux apprentissages familiaux et réciproquement, il teste la validité respective des nouvelles informations. (Destal et al., 2006)

La famille qui entre dans l'étape adolescente de son cycle de vie, devrait être à même de convertir une organisation plutôt centripète (centrée sur les enfants) en une organisation centrifuge (Combrinck et Graham, 1985): les adolescents privilégient les activités extérieures avec leurs pairs, et le couple parental est amené à élargir sa vie sociale. L'adolescent est un agent privilégié des changements familiaux portant sur la relation de la famille avec l'extérieur (Schmit, 2013).

L'ouverture vers l'extérieur sera facilitée ou entravée selon le degré de perméabilité des frontières du système vis-à-vis de l'extérieur. On peut ainsi évaluer le degré de nucléarisation de la famille en fonction de la résistance qu'elle déploie face aux inputs provoqués par l'adolescent. (Beaucousin, 2000)

Pour se différencier, chaque individu doit, dans ses échanges avec l'extérieur, délimiter et accroître un espace personnel ; c'est ainsi qu'il définit son identité. Cette identité ne peut s'enrichir que si l'individu, sans perdre pour autant le sens de sa continuité, expérimente et apprend de nouvelles modalités relationnelles qui lui permettent de varier les fonctions qu'il assume dans les différents sous-systèmes auxquels il appartient, avec des personnes différentes, à des moments différents de son évolution. À l'adolescence ces sous-systèmes sont représentés, de manière générale par la famille, le groupe de pairs, le lieu de la scolarité, etc... (Andolfi, 1993)

La modification de l'espace personnel d'un adolescent au sein de sa famille (lorsqu'il découvre à l'extérieur de nouvelles fonctions) implique inévitablement une modification des espaces et des relations émotionnelles au sein du couple parental, de la fratrie et une modification des relations de chacun des parents avec sa propre famille d'origine. Ainsi pour

analyser le processus d'autonomisation d'un adolescent il faut tenir compte de ses répercussions sur la famille nucléaire et sur la famille élargie. (Andolfi, 1993)

Couple parental / couple conjugal

Du fait de l'éveil de sa sexualité et de sa sortie d'une position d'enfant, l'adolescent peut paradoxalement éprouver, de manière transitoire ou durable, un regain d'intérêt pour ce couple et se croire investi de diverses missions le concernant : le faire évoluer, le soigner, le protéger, le séparer... Il est alors très important que les réponses du couple parental aillent dans le sens de l'affirmation de la différence des générations et de la délimitation du couple comme un sous-système ayant sa logique propre. (Schmit, 2013)

Il faut donc que les frontières systémiques entre les deux systèmes générationnels soient définies pour empêcher les intrusions parentales dans les espaces physiques ou psycho-émotionnels de l'adolescent, et dans l'autre sens, pour éviter celles du jeune dans la dyade conjugale, afin de réduire tout obstacle au processus d'individuation en cours ; toutefois en même temps, ces frontières doivent être suffisamment perméables pour ne pas compromettre le besoin concomitant de l'adolescent de « continuer à appartenir ». (Onnis et al., 2008)

Lors de cette étape, les parents sont amenés à interagir l'un avec l'autre et à élaborer la séparation des enfants adolescents ; d'un côté, ils doivent renoncer à leur rôle gratifiant de parents protecteurs et « tout-puissants » qui caractérisaient la phase précédente du cycle de vie, celle de l'enfance ; ils ont à accepter de se confronter à un enfant qui de plus en plus, et souvent sur un mode conflictuel, se définit comme « autre que soi » ; d'un autre côté, ils doivent renégocier leur relation de couple en mettant au premier plan les investissements émotionnels plutôt que cognitifs, en se situant plus au niveau conjugal que parental. Ils ont donc à retrouver et construire de nouveaux équilibres de couple qui permettent à l'adolescent de s'éloigner sans s'en sentir coupable, et de revenir sans se vivre comme exclu. (Onnis et al., 2008)

Les adolescents peuvent s'engager dans un processus d'autonomisation en s'appuyant alternativement sur chaque parent, tout en s'opposant dans le même temps à l'autre, dans un mécanisme d'affrontement-coopération. L'efficacité de ce jeu d'interaction relationnelle dépendra en grande partie du mode de relation conjugale. Elle nécessite que la dyade parentale soit différenciée, si celle-ci est trop fusionnelle elle ne permet pas à l'adolescent de recourir à ce mécanisme. Dans ces cas-là l'adolescent peut être amené à : affronter la dyade parentale unie ce qui peut amener une accusation violente des parents, ne rien faire plutôt que de s'opposer aux parents en menaçant le couple, ou accepter voire instaurer une alliance rigide avec l'un des parents contre l'autre (alliance qui peut être secrète ou manifeste). Cet affrontement des parents par l'adolescent, se fera en fonction de ce qu'il sait du pacte parental,

de ce qu'il a pu observer lors de son enfance, de ce qui est toléré ou non par le système familial. (Beaucousin, 2000 ; Destal et al., 2006)

De plus, Berman et Napier (2000) soulignent que l'adolescence a lieu durant la phase du milieu de vie de la famille (Midlife Family), période où les âges des parents varient en moyenne de 40 à 65 ans. À ce moment-là, ces derniers sont confrontés au vieillissement, au passage du temps, et tentent donc à reconsidérer leur vie et leur futur. Ils se réévaluent en tant que parents et font aussi le point sur leur mariage : des vécus précédemment insatisfaisants au niveau du couple, peuvent devenir insupportables. (Goldbeter-Merinfeld, 2008b)

Les parents font aussi face au défi difficile de devoir relâcher les règles et d'accorder aux adolescents un contrôle approprié sur leur vie, en établissant des limites raisonnables pour un jeune dont le jugement est encore fragile et dont l'expérience de la vie et de ses complexités est insuffisante. (Goldbeter-Merinfeld, 2008a)

De plus les seules références servant de modèles ou au contraire de contre-modèles sont souvent les vécus des parents en ce qui concerne leur propre adolescence, la famille qu'ils avaient à cette époque-là, et la façon dont ils ont acquis leur autonomie vis-à-vis de leurs familles d'origine. Cela ne constitue pas toujours des repères solides et peut parfois les mettre en grande difficulté. (Goldbeter-Merinfeld, 2008a, Beaucousin, 2000)

Fratrie

En ce qui concerne la fratrie, l'adolescence entraîne divers mouvements : mise à distance des relations fraternelles du sujet qui se tourne plus vers l'extérieur, identifications parentales de l'adolescent à l'égard de frères et sœurs plus jeunes, rivalité accrue à l'égard de l'aîné, revendication d'un traitement spécifique de la part des parents...(Schmit, 2013)

Les réactions de la fratrie oscillent entre une défense des différenciations antérieurement acquises et l'acceptation, plus ou moins ambivalente de nouvelles définitions. L'adolescence d'un sujet peut activer les enjeux habituels de la rivalité fraternelle structurée autour du paradoxe suivant : les membres d'une fratrie doivent être à la fois tous pareils, pour apaiser la jalousie et l'envie, et tous différents car l'absence de différence exacerbe la rivalité. (Schmit, 2013)

Grands-parents

L'adolescence marque l'émergence d'une nouvelle génération affirmant une identité générationnelle propre, différente des générations précédentes, celle des parents mais aussi celle des grands-parents. Elle doit trouver sa place propre dans la continuité des mythes familiaux. L'adolescent a tendance à utiliser dans ce but sa relation aux grands-parents :

dépositaires de la mémoire familiale, ils ont aussi l'avantage d'être des adultes moins impliqués que les parents dans les conflits de développement vécus par l'adolescent. (Schmit, 2013)

Au total, au moment de l'adolescence, les renégociations peuvent aboutir à de nouvelles règles qui permettent d'abaisser les tensions ; soit définitivement, si les modifications sont structurales et adéquates, soit transitoirement, si les changements sont inadaptés. (Beaucousin, 2000)

Dans certaines conditions, il arrive que cette crise ne puisse être résolue, voire reconnue comme telle et que la famille, bloquée dans son évolution, se retrouve prisonnière de relations très paradoxales, génératrices de symptômes pour l'adolescent ou d'autres membres de la famille (Schmit, 2013).

III. La famille adolescente en difficulté : l'approche systémique du symptôme chez l'adolescent.

Cette période de la vie représente une menace potentielle pour la cohésion du groupe familial et le maintien du mythe familial qui l'organise. (Marcelli et Braconnier, 2008)

L'adolescence d'un enfant est ainsi influencée par les représentations que la famille se fait de l'environnement : elle le vit habituellement à la fois comme nécessaire à des échanges enrichissants et comme présentant un certain danger pour l'équilibre familial. Il faut noter que les représentations de la famille concernant l'environnement sont étroitement liées au contenu des mythes familiaux et aux significations héritées des générations précédentes. Ainsi, l'adolescent se trouve volontiers au centre de la tension entre la fidélité à l'histoire et à la culture familiales et l'ouverture sur l'extérieur. (Schmit, 2013)

Il peut arriver que certains adolescents sacrifient leur propre évolution à leur attachement indéfectible à leur famille. Ceci peut arriver, par exemple, lorsque de petites remises en cause du fonctionnement familial de la part de l'adolescent semblent attaquer trop directement les éléments centraux du mythe familial et débouchent sur des périodes de stagnation, parfois organisées autour de symptômes présentés par l'adolescent. (Schmit, 2013)

La crise familiale se manifeste d'autant plus qu'une modification en profondeur du fonctionnement familial et que le repositionnement des membres de la famille n'ont pu se négocier. Le risque existe aussi que des stratégies d'évitement de la crise apparaissent, dans lesquelles peuvent s'inscrire les symptômes divers présentés par les adolescents ; ils

permettent à la famille d'arrêter le temps en la maintenant dans un fonctionnement fondé sur l'inquiétude et la surprotection : le système familial se présente alors comme fixé à une étape plus « jeune » (l'enfance) que celle à laquelle son stade de développement pourrait correspondre. (Goldbeter-Merinfeld, 2008a)

Au moment de l'adolescence la famille s'expose au risque de sacrifier le diachronique au synchronique, comme si tout pouvait se jouer dans l'ici et maintenant au détriment de l'historicité. (Destal et al., 2006)

Dans ce carrefour du cycle vital familial, les membres de la famille sont brutalement coupés du passé. Ils cherchent leur identité relationnelle dans les règles du jeu familial. S'il s'avère que l'identité de chacun se réduit à être contenue dans les règles et les stratégies interactives, ou encore dans l'exigence de loyauté à l'appartenance familiale, tous les mouvements annonciateurs de l'autonomisation ou du départ d'un des membres de la famille font courir à chacun des autres le risque de la disparition d'une partie de sa propre identité et la négation de l'identité des autres. (Destal et al., 2006)

Pour Andolfi, devant le risque d'une transformation que le système dans son ensemble pressent comme traumatique, une direction possible consiste à faire en sorte qu'un des membres, à travers un comportement symptomatique, contienne le stress. (Andolfi, 1993)

Andolfi distingue deux catégories de famille : les familles à risque, et les familles à désignation rigide. (Andolfi, 1993)

Dans les familles à risque, la désignation est une réponse provisoire. Le comportement symptomatique du membre désigné focalise la tension, dans un moment où la stabilité du groupe est mise en danger. La famille assigne au patient une fonction provisoire qui préserve la stabilité et la cohésion du système. Ainsi la tension est déplacée de la trame relationnelle à l'une des mailles du réseau. Le « patient » serait prêt à sacrifier une partie de son autonomie afin d'accomplir, dans son comportement symptomatique, cette tâche qui consiste à concentrer sur soi les difficultés interactives de la famille. (Andolfi, 1993)

Dans ces familles à risque, ce type de désignation demeure fluide et peut au cours du cycle vital de la famille se déplacer d'une personne à l'autre ; la symptomatologie peut même se transformer. Cela permet aux membres du système d'expérimenter une alternance des fonctions, dans la réversibilité du rapport normalité/pathologie. Cependant, si ce type de désignation, réversible et temporaire, ne suffit pas à assurer des règles structurales qui satisfassent la famille, il peut se transformer en un mécanisme rigide. L'identité du patient

désigné, tout comme l'identité des autres membres de la famille, sont progressivement remplacées par des fonctions répétitives, et hautement prévisibles.

Dans les familles à désignation rigide, d'une part, l'espace personnel de chacun se réduit et, en quelque sorte se « gèle » : les fonctions deviennent hyperfonctionnelles (fonctions et identités tendent alors à coïncider) ; d'autre part, le temps s'immobilise, l'évolution de la famille s'arrête. Une solution, qui, à une certaine époque, était adéquate, sera rigide appliquée dans d'autres phases du cycle vital de la famille. Il se produit alors une progressive cristallisation, non seulement de la fonction symptomatique assumée par le patient désigné mais encore des fonctions solidaires (fonctions normalité) assumés par les autres membres du groupe. Cette rigidité imprénera aussi les rapports avec l'extérieur dont l'influence sera filtrée et utilisée exclusivement pour le maintien des équilibres. (Andolfi, 1993)

Les problèmes présentés par les adolescents en difficulté – l'anorexie, la toxicomanie, la chute des résultats scolaires voire l'échec scolaire soudain, les tentatives de suicide, la fugue, la délinquance, la violence – peuvent donc être compris comme des rétroactions amenant le système familial à « se calmer », à se réorganiser selon un mode déjà expérimenté et donc plus sécurisant car connu, semblable à celui d'un « système-à-enfant(s) » (et non d'un « système-à-adolescent(s) »). Mais, le prix à payer pour ce maintien du « familial », cette sécurisation, est la souffrance et un arrêt dans un temps « anachronique »... En effet, ce type de problème peut entraîner, par exemple, les parents à resserrer leur surveillance et encadrement au lieu de libéraliser l'éducation en offrant au jeune plus d'espaces de responsabilité et d'autonomie. (Goldbeter-Merinfeld, 2008a)

Haley (1991) et Madanes (1981) observent également que souvent, les symptômes qui apparaissent chez l'adolescent réunissent les parents en les amenant à communiquer au travers et à propos de l'adolescent « patient désigné ». De son côté l'adolescent ne se désengage pas de la famille. Il arrive que la famille ainsi restabilisée sur une base triangulaire, se maintienne dans cet état de manière prolongée, indépendamment des âges biologiques : le temps s'arrête. (Goldbeter-Merinfeld, 2008a)

Dans cette configuration triangulaire, l'adolescent va, soit rester équidistant des parents, soit s'impliquer de manière privilégiée avec l'un d'eux, devenir un médiateur essentiel, le trait d'union ou le véhicule des flux émotionnels. (Onnis et al., 2008)

Enfin, J.P. Rabreau (1983) s'est intéressé aux liens transgénérationnels dysfonctionnels qui peuvent entraver l'évolution de l'adolescent. Il distingue les « hyperstructurations verticales » où la rigidité des règles familiales, émanant d'instances mythiques ancestrales, laisse peu de place aux jeux conflictuels maturatifs de l'adolescence, et les « astructurations

familiales » où les frontières intergénérationnelles sont rendues confuses par un enchevêtrement familial au sein duquel des processus fusionnels ne permettent guère l'individuation. (Schmit, 2013)

Les fonctions du symptôme

Le symptôme présenté par l'adolescent peut prendre plusieurs fonctions dans le système familial.

Pour Andolfi (1993), le comportement symptomatique a une double signification : élément au service de la cohésion, il est aussi dans les contraintes qu'il impose à tous, un signal de malaise et de souffrance. Dans cette tentative de « geler » les processus de sens opposé (tendance à la conservation et rupture des équilibres acquis), le symptôme peut être interprété comme une métaphore de l'instabilité, comme un signal de la fragilité du système.

Pour Onnis (2008), si le symptôme exprime le mal-être de l'adolescent et son besoin de changement, il permet également la stabilisation des équilibres dysfonctionnels du système familial. (Onnis et al., 2008)

Par son comportement anormal, l'adolescent introduit de l'ordre et un certain degré d'entente dans un système où il n'en existait que peu ou pas du tout (Haley, 1991). Le symptôme a alors une fonction régulatrice, atténuant momentanément la tension familiale.

Dans les troubles de l'adolescence, on constate souvent que tout se passe comme si, dans la logique du système familial, l'adolescent ne pouvait se permettre de quitter sa famille. Les symptômes sont alors des éléments de communication qui perturbent l'identité de l'adolescent et retardent ou bloquent l'évolution de la famille vers un stade ultérieur de son cycle de vie ; il prend alors une fonction homéostatique et une fonction de communication. (Goldbeter-Merinfeld, 2008a)

Le symptôme de l'adolescent en crise peut être aussi parfois une métaphore ou une parodie d'un thème tabou, secret ou conflictuel, enterré au plus profond de la famille (par exemple : la violence délinquante de l'adolescent dont les parents vivent une relation conjugale manifestement violente ou « agressive-gelée », fugues du jeune alors qu'un parent prépare son départ ou a une double vie, toxicomanie dans un milieu où les dépendances de tous ordres sont pesantes, tentatives de suicide dans une famille où les conflits sont tus mais où le silence et la tension sont lourds). (Goldbeter-Merinfeld, 2008a)

IV. Quelques spécificités de la pratique de la thérapie systémique avec les familles adolescentes.

Le cadre conceptuel d'une approche systémique conduit à observer le comportement de l'adolescent dans son milieu familial d'appartenance pour en explorer les sens parfois obscures et élaborer des stratégies de prise en charge. (Onnis et al., 2008)

Il permet également de mettre en corrélation différents niveaux systémiques – l'individu adolescent, son noyau familial, le milieu social extérieur – et de rechercher les influences circulaires et réciproques. (Onnis et al., 2008)

Le travail avec les familles est tout d'abord axé sur les interactions, permet d'aborder les enjeux propres à cette période de vie, tels que la question de l'autonomisation de l'adolescent. Que cette séparation impossible soit une impasse qui génère des symptômes ou que les troubles psychiques de l'adolescent annihilent toute possibilité d'autonomisation, cette question est centrale et suscite beaucoup d'angoisse dans la famille. (Beaucousin, 2000)

Selon Andolfi, une bonne partie du travail de la thérapie familiale avec adolescent consiste à aider les parents à tolérer l'anxiété, la peur, l'incertitude et surtout le sentiment d'incompétence face à un enfant qui « n'est plus le même ». (Andolfi et al., 2013)

Pour lui, la maladie et les troubles psychologiques et relationnels de l'adolescent, ne sont plus uniquement source de souffrance mais deviennent des « ponts de connaissance » et une occasion de retrouver le sentiment d'appartenance avec ses valeurs de solidarité et de soutien réciproque. (Andolfi et al., 2013)

Grâce à l'aide du thérapeute, les adolescents permettent aux parents de se remémorer des étapes de leur adolescence et des difficultés rencontrées avec leurs familles d'origine respectives. Ce voyage vers le passé ouvre une vision plus réaliste et bienveillante des problèmes actuels mais avant tout favorise une alliance affective parent/enfant. (Andolfi et al., 2013)

Andolfi considère l'adolescent comme un expert autodidacte de sa famille car il a « étudié » ses parents pendant toute sa vie, a observé leurs relations, qui sont le résultat de la rencontre entre deux histoires familiales. S'il ne connaît pas les détails des événements, il a néanmoins saisi le produit relationnel, le sens, pour la famille, de ces événements. Andolfi pense que l'adolescent est le dépositaire de l'histoire familiale. Le thérapeute s'attellera donc à restituer une voix à l'adolescent, à chercher la compétence relationnelle de celui-ci, sans se focaliser

sur ses symptômes ou sur le contrôle des effets de ces troubles du comportement. (Andolfi et al., 2013)

Pour Haley (1991) et Minuchin (1994), la thérapie avec ce type de famille consiste en une restructuration et une rééquilibration des hiérarchies infrafamiliales au sein des systèmes dysfonctionnels, en rétablissant les frontières intergénérationnelles et en replaçant les parents en position d'autorité.

La tâche des thérapeutes consiste souvent à consolider la frontière autour du couple et à tenter de résoudre le conflit conjugal. Lors de cette prise en charge du sous-système parental, l'adolescent devra laisser sa place et sa fonction de triangulation aux thérapeutes, ce qui lui offrira ainsi l'opportunité de conquérir son propre espace. (Beaucousin, 2000)

Haley commence par exemple par redéfinir le problème de telle façon que la famille puisse le traiter et le résoudre elle-même. Cette responsabilisation peut concerner les droits accordés à l'adolescent en termes de décision et d'intimité. Elle a pour but la résolution, entre les parents, des contradictions qui les empêchent de diriger la famille. La discussion sur les règles est un moyen de communiquer entre eux au sujet de l'enfant qui a un problème et de résoudre leurs contradictions. Tandis qu'ils commencent à communiquer directement, l'adolescent est libéré du rôle de vecteur de leurs communications. (Haley, 1991)

Exemples d'outils thérapeutiques particulièrement utiles lors de la thérapie des familles adolescentes.

Un des outils et peut-être le premier est la crise en elle-même. Le thérapeute devra la tolérer, voire tenter de l'amplifier afin que le système puisse aboutir à un nouvel état d'équilibre adéquat. (Beaucousin, 2000)

A l'adolescence la communication analogique prévaut sur la communication verbale, le recours à la métaphore et l'utilisation du langage « comme si » se montrent donc très opérants en permettant de détourner les défenses verbales du jeune. (Andolfi et al., 2013)

Au cours des thérapies familiales auprès d'adolescents la construction des métaphores et l'utilisation d'un langage « comme si » peuvent se montrer particulièrement utiles. L'utilisation de métaphores en thérapie permet de créer une image des émotions, des comportements et des relations au sein du système familial. Elles se construisent avec la famille pour exprimer les rôles respectifs. Ce sont des symboles qui contiennent souvent des sentiments cachés et qui font apparaître des contenus et des dynamiques relationnelles qui peuvent difficilement s'exprimer de façon explicite. Le langage « comme si » permet d'élargir la réalité de la famille

en l'invitant à penser de façon indirecte et figurée dans le but de sortir de la logique formelle du langage. (Andolfi et al., 2013)

Le génogramme ou historiogramme est un outil thérapeutique particulièrement intéressant pour la compréhension du symptôme chez les adolescents. Il permet d'établir une chronologie de la vie familiale et ainsi de mettre en évidence les différentes phases du cycle vital et les perturbations qui ont pu apparaître aux périodes de passage précédentes de la maturation familiale. Le génogramme n'est pas seulement un recueil de données biographiques, c'est aussi une manière d'aborder la question des croyances et des mythes familiaux et ainsi de mieux cerner le sens que peut prendre le symptôme au sein de la famille. (Beaucousin, 2000)

Ce travail permet à l'adolescent de mieux se situer dans la généalogie et d'aborder le vécu d'adolescents de ses parents et comment ils ont négocié leur propre autonomie vis-à-vis de leurs familles d'origine. Les parents de leur côté sont amenés lors de ce récit à osciller entre la position d'enfant de leurs parents et celle de parents de leur enfant, ce qui permet de se projeter dans les différents aspects de leur identité. (Beaucousin, 2000)

L'évocation des événements de la vie familiale permet à la famille de retrouver des liens d'appartenance, et remet son histoire en mouvement par la circulation de l'information et de l'émotion que cela produit. De son côté l'adolescent peut s'assurer de l'appartenance au système et en même temps prendre conscience de sa singularité au sein de ce système. C'est en ce sens que cet outil thérapeutique peut être utile au processus d'autonomisation et d'individuation de l'adolescent. (Beaucousin, 2000)

Le génogramme peut permettre de mettre en évidence les frontières, les alliances au sein de la famille élargie ainsi que les mécanismes tels que la parentification ou les conflits de loyauté.

A côté de la thérapie familiale au sens strict, il existe une pratique d'entretiens familiaux systémiques, qui serait complémentaire à une prise en charge individuelle d'un adolescent présentant des troubles psychiques. En effet, lorsqu'un adolescent présente des troubles psychiques, les soignants peuvent être confrontés aux difficultés d'adhésion à un projet thérapeutique individuel. On constate que la capacité d'élaboration, nécessaire au travail psychothérapeutique, n'est pas envisageable si l'adolescent perçoit cette démarche comme déloyale vis-à-vis de la famille. Il peut être utile alors de débiter une prise en charge avec la famille avant de pouvoir envisager un travail individuel. Ce premier temps permet en effet d'obtenir l'accord et le soutien des parents sans lesquels aucun projet n'est possible. Les entretiens familiaux permettent aussi d'évaluer les difficultés des autres membres de la famille et éventuellement de les orienter vers une prise en charge individuelle, ou de couple pour les

parents. Ceci peut avoir pour effet de rassurer l'adolescent et ainsi d'entamer un processus de différenciation entre les individus du système, étape nécessaire à l'individuation. (Beaucousin, 2000)

À ce niveau, l'approche systémique permet d'apporter des pistes de travail supplémentaires. Aider un adolescent à développer une pensée réflexive et ses capacités de mentalisation, oblige à l'impliquer dans un travail relationnel, tant dans la sphère privée que dans la sphère familiale et sociale. La relation constitue alors une matrice au cœur de laquelle le travail de distinction soi – autres, d'autonomisation de l'adolescent vis-à-vis de ses parents par exemple, devra s'explorer et se valider au sein de la communication familiale avec les parents. L'absence de mise en commun peut annuler le travail effectué par les adolescents en psychothérapie individuelle. Il semble donc intéressant d'envisager de mettre en acte et de valider en famille cette compétence développée en thérapie individuelle, dans le but d'aboutir à un processus d'intériorisation et à un maintien de cette compétence. Le travail familial permet d'aborder en séance la question de l'autonomisation comme une transformation de l'adolescent en étroite relation avec le reste du système familial. Ainsi la transformation est perçue dans sa complexité systémique. (Har et Roche Rabreau, 2012)

Pratique d'entretien familiaux systémiques au cours de l'hospitalisation d'adolescents

A. L'hospitalisation d'un point de vue systémique

Dans certains cas, l'intensité des symptômes, l'inaccessibilité de l'adolescent et l'impuissance parentale imposent une hospitalisation en milieu psychiatrique. Or, comme nous l'avons vu ces détresses adolescentes sont intriquées avec une détresse familiale et sont indissociables d'elle. (Destal et al., 2006)

Les symptômes d'un adolescent qui par leur gravité, leur répétition ou leur association entre eux nécessitent une hospitalisation, témoignent d'un appel à l'aide et d'une souffrance qui n'auraient pas reçu jusqu'alors une réponse familiale contenantante, structurante ou apaisante. (Destal et al., 2006)

En général, la décision d'hospitalisation prise par les parents, est vécue comme un échec, une remise en question de leurs compétences parentales. Elle représente souvent pour eux l'ultime solution après des tentatives de gestion (parfois inadaptées) des difficultés de leur adolescent. (Beaucousin, 2000)

En effet, la famille a déjà tenté de développer des solutions autocuratives, qui ont échoué et ont parfois été critiquées par le monde extérieur, par les services sociaux, les soignants, le monde scolaire ou l'entourage. (Vacher, 2012)

Lorsque l'institution accepte le transfert de responsabilités que signe cette hospitalisation – désignation de l'adolescent, le risque est de confirmer les parents dans leur sentiment d'incompétence et l'adolescent dans son sentiment de solitude et d'être étranger au monde familial.

En général, le milieu hospitalier suit un protocole qui tend à isoler l'adolescent dans le but de le protéger de toute forme de stress, de l'éloigner des facteurs anxigènes et de symboliser une séparation. La famille, déjà bouleversée et souvent culpabilisée, est initialement complètement coupée de la prise en charge de l'adolescent. Cette prise en charge tend à éviter l'implication de la famille, avec la crainte que cela représente un facteur de stress compte tenu de la présence des tensions relationnelles. Pour Andolfi et al. (2013) ce type de prise en charge réduit les ressources thérapeutiques possibles. De son côté la famille aura tendance à minimiser les difficultés et les actes posés par l'adolescent et fera comme si rien ne s'était

passé. Les parents culpabilisés s'empresseront de réabsorber la crise pour se défendre de toute remise en question personnelle et relationnelle. (Andolfi et al., 2013)

En effet, le recours à l'institution psychiatrique peut contribuer à la stabilisation de la situation, comme solution de la crise, avec un allègement temporaire de la souffrance familiale. Cependant l'adolescent ne devient pas pour autant indépendant et autonome sur le plan économique, il reste dans un état de dépendance. (Haley, 1991)

L'hospitalisation et la séparation qui en découle permettent, dans un premier temps, l'ouverture du système et autorisent l'introduction d'éléments extérieurs (l'équipe soignante) au sein du système. Cette ouverture peut alors être considérée comme le facteur d'un possible changement. En général, les forces homéostatiques du système familial tendent vers une fermeture rapide une fois que la sédation des symptômes est obtenue, ce qui empêche toute modification organisationnelle. Le risque est alors que la famille se rigidifie et stigmatise la conduite symptomatique de l'adolescent, ce qui lui permet de faire l'économie d'une maturation et la fige un stade antérieur de son cycle vital. (Beaucousin, 2000)

Pour que les opportunités de changement se concrétisent, il semble intéressant d'empêcher la famille d'utiliser l'hospitalisation comme un moyen d'évincer temporairement l'adolescent perturbateur, ou comme une solution magique aux difficultés familiales liées à son comportement, et permettant ainsi de faire décroître les tensions au sein du système. Il pourrait y avoir alors un risque d'hospitalisations à répétition, qui engagerait alors l'adolescent dans une « carrière psychiatrique ». (Beaucousin, 2000)

Si la situation de crise, par son organisation désordonnée voire chaotique offre des opportunités alternatives à l'organisation familiale initiale, la situation de post-crise, elle, est souvent caractérisée par la peur de la rechute, une attente et une méfiance anxieuse paralysante pour les changements interactifs, relationnels et individuels. (Destal et al., 2006)

Après la sortie, le risque est que le système se referme et qu'il n'y ait pas eu de changement ou d'amorce de changement dans le système familial, du fait de l'apaisement des tensions en lien avec l'hospitalisation. On observe alors une phase de rémission avec pseudo-pacification des forces contraires de changement et d'homéostasie au profit de l'homéostasie. Le risque est un retour à l'état antérieur, une rigidification du système et une stigmatisation de la conduite symptomatique de l'adolescent à plus long terme. (Beaucousin, 2000 ; Destal et al., 2006))

Pour Destal et al. (2006), si l'hospitalisation est souvent nécessaire, il est dommageable de la justifier en partie par la mise à l'écart du patient hors de la charge émotionnelle familiale.

En effet selon eux, l'adolescent va retrouver dès le retour à la maison cette même expression émotionnelle inchangée qui colorait les interactions antérieures et qui intervenait comme facteur de décompensation. Ainsi si l'on considère que les interactions qui définissent les fonctions de chacun, y compris celle du patient désigné, ont un impact sur les caractéristiques de la crise, la qualité de la poursuite du traitement, la consistance de l'amélioration, il semble essentiel de se donner les moyens d'agir sur ce facteur de comorbidité en période de crise, lorsque les mécanismes à l'œuvre sont les plus visibles et les plus actifs. (Destal et al., 2006)

B. Intérêts d'entretiens familiaux systémiques lors de l'hospitalisation d'adolescents.

Les entretiens familiaux systémiques sont pratiqués dans des services de psychiatrie de l'adulte (Juhel et al., 2012 ; Anglada et al., 2014), de l'adolescent (Andolfi et al., 2013 ; Destal et al., 2006 ; Habets, 2011 ; Har et Roche-Rabreau, 2010, 2012 ; Hoffman et al., 2014), de l'enfant (Murat et al., 2013).

Lors des hospitalisations d'adolescents en particulier, ces entretiens peuvent être proposés à la suite d'une crise suicidaire (Har et Roche-Rabreau, 2010, 2012 ; Andolfi et al. 2013), ou dans un contexte d'épisode psychotique aigu (Destal et al., 2006).

Ils sont également proposés dans des services de pédiatrie, aux familles d'adolescents suicidants ou présentant une anorexie mentale ou encore d'adolescents atteints d'une maladie organique chronique (Vacher, 2012).

Ces entretiens se déroulent en général dès les premiers jours d'hospitalisation et leur rythme peut être hebdomadaire voire bihebdomadaire (Destal et al., 2006), ou mensuel voire bimensuel (Har et Roche-Rabreau, 2012 ; Vacher, 2012).

Il est observé que les familles ayant bénéficié d'une approche systémique au moment de l'hospitalisation, améliorent la qualité de leur communication analogique, qui devient alors plus axée sur la bienveillance et le soutien, que ce soit à l'égard du patient, ou que ce soit entre les membres de la famille. (Destal et al., 2006).

Sur d'importantes cohortes de familles, les résultats montrent qu'il y a une différence significative concernant l'amélioration symptomatique, la compliance au traitement, l'intervalle entre les rechutes et l'intensité des rechutes, entre les patients suivis en thérapie familiale dès l'hospitalisation et ceux qui n'ont bénéficié que du traitement médicamenteux et d'une approche thérapeutique individuelle (Destal et al., 2006).

Dans la plupart des services, ces entretiens permettent d'entamer une prise en charge en thérapie familiale en complément de la thérapie individuelle. Parfois cet engagement n'est pas possible pour les familles, et parfois le cadre institutionnel de l'intervention ne le permet pas. Mais même s'ils ne conduisent pas toujours à une prise en charge en thérapie familiale, ces entretiens familiaux systémiques peuvent avoir un intérêt au cours de l'hospitalisation.

Pour Destal et al. (2006) la pratique de ce type d'entretiens est une tentative de créer un lien de complémentarité entre une hospitalisation extrêmement désignante et une approche systémique familiale d'adolescent en souffrance.

En effet, au moment de l'hospitalisation particulièrement désignante, la demande n'est pas familiale. La famille n'est pas en quête d'exploration : elle vient demander aux professionnels de soigner son malade et d'être soulagée de son inquiétude pour recommencer à vivre « normalement », « comme avant » (Vacher, 2012).

Il paraît fondamental que la création du système thérapeutique s'organise au sein même de la période de crise et non pas à distance. Toute situation de crise peut se définir comme le creuset où les forces vitales émotionnelles des confrontations dans la famille sont actives ; le système familial est alors en phase de production positive. (Destal et al., 2006)

Pour Andolfi, le moment de la crise qu'est l'hospitalisation, lorsque la famille est bouleversée, offre les meilleures conditions pour obtenir une collaboration du système familial alors que cela est beaucoup plus difficile en temps normal. (Andolfi et al., 2013)

Andolfi et al. (2013) se sont particulièrement intéressés à cette pratique lors de l'hospitalisation d'adolescents après une tentative de suicide. Pour eux, la crise familiale qui s'ensuit peut être vue avec un regard positif qui permet d'élargir le champ d'observation sans s'arrêter à un acte qui témoignerait de la présence d'un trouble mental de l'adolescent. Si la tentative de suicide a une dimension individuelle et peut être considérée comme une réponse à une condition existentielle insupportable, sa dimension interpersonnelle et la signification relationnelle du geste ne doivent pas être sous-estimées. Une tentative de suicide à une valeur profonde au sein des rapports affectifs d'où l'intérêt de travailler avec tout le groupe familial. Un tel geste remet en question les certitudes d'une famille et ses modèles habituels de communication. Les séances familiales ont alors pour but d'éloigner la peur du suicide et de poser les bases d'un sentiment de sécurité familiale, tout en aidant la famille à ressentir la souffrance familiale qui se cache derrière la souffrance individuelle.

De manière générale et particulièrement pendant l'hospitalisation le travail systémique va dans le sens d'une dé-désignation au sein du système familial et d'une requalification

parentale. La famille se sentant plus compétente pourra prendre part aux soins ce qui permet une meilleure adhésion de l'adolescent. En effet, la relation de confiance et la cohérence ainsi établies participent à l'apaisement de l'adolescent désigné. Prendre en charge la famille permet de diminuer toute l'influence de la peur et l'ambivalence des parents quant à la prise en charge et au traitement proposés à l'adolescent, ce qui permet une meilleure compliance de celui-ci (Destal et al., 2006).

Pour qu'un tel travail puisse être entamé avec la famille, il faut pouvoir s'affilier avec le système familial. Ceci ne peut se faire qu'en prenant en compte leur plainte et en évaluant le niveau de leur demande. Pour Destal et al. (2006), il est alors nécessaire :

- de recueillir et de prendre en compte de façon minutieuse et attentionnée les demandes et les inquiétudes des parents en présence de l'adolescent,
- d'élaborer une réflexion commune sur la hiérarchisation des difficultés à résoudre,
- de donner des explications simples et compréhensibles sur les différentes possibilités thérapeutiques et leurs mises en œuvre,
- de définir de façon rigoureuse la composition du système familial et la participation des proches de l'adolescent aux entretiens.

Ainsi ce travail va permettre de réunir les proches de l'adolescent autour de lui pour des échanges sur les relations, les affects, la hiérarchie familiale, la répartition des fonctions, celle du pouvoir et les nouvelles définitions interactives. (Destal et al., 2006)

Andolfi (2013) et Vacher (2012), notent également que, tant au niveau des troubles somatiques que psychiatriques, la fratrie est souvent « oubliée », peu écoutée dans sa propre souffrance, lorsqu'un des enfants est malade. L'intérêt de ces entretiens est aussi qu'ils puissent se sentir entendus et pris en compte. Ces entretiens sont l'occasion de s'intéresser aux fragilités et pathologies cachées de « l'enfant sain », qui pouvait jusque-là se sentir exclu. De plus, la fratrie est souvent une ressource thérapeutique précieuse, à la fois en apportant son point de vue sur la situation et à la fois en aidant les thérapeutes à redessiner les frontières générationnelles et à renforcer la complicité fraternelle. Il arrive ainsi à Andolfi, de convoquer seulement le sous-système fraternel en séance.

Enfin, même s'il ne s'agit pas de thérapie familiale à proprement parler, ces entretiens permettent aux familles d'expérimenter un dispositif thérapeutique nouveau, de s'en emparer, de se questionner sur leur dysfonctionnement, de découvrir des alternatives relationnelles et émotionnelles, voire d'amorcer des possibilités de changement, (Vacher, 2012).

Matériel et méthode

I. Objectifs

L'objectif du travail de cette thèse est d'évaluer l'intérêt de la mise en place d'un dispositif d'entretiens familiaux systémiques au cours de l'hospitalisation d'adolescents dans un service de pédopsychiatrie.

Les objectifs de la mise en place de ce dispositif d'entretien familiaux sont les suivants :

- Accompagner la famille dans ce moment particulier qu'est l'hospitalisation d'un de leur membre.
- Utiliser les ressources familiales pour aider l'adolescent, et tenter de restaurer le sentiment de compétence familiale.
- Proposer un espace de parole pour la famille, dégagé des enjeux de l'hospitalisation, permettant d'entamer une réflexion plus centrée sur la famille.
- Utiliser la crise familiale provoquée par les troubles ou l'hospitalisation de l'adolescent, et l'ébauche de changement qu'elle enclenche pour amorcer un travail familial.
- Réintroduire le symptôme présenté par l'adolescent dans le contexte familial, dans l'histoire familiale.
- Favoriser la communication intrafamiliale et la circulation de l'information.
- Amener la famille à se questionner sur son fonctionnement, sur les relations intrafamiliales, sur les rôles et fonctions de chacun.
- Faire une place à la souffrance de chacun dans la famille, pour qu'elle ne reste pas centrée sur l'adolescent.
- Faire expérimenter à la famille un dispositif de consultation familiale.
- Proposer, à terme, une orientation en thérapie familiale, si la famille a trouvé un intérêt à ce travail systémique, en complément de la thérapie individuelle.

II. Contexte

Ce dispositif a été mis en place dans le service d'hospitalisation pour adolescent du secteur hospitalo-universitaire de pédopsychiatrie du centre hospitalier Henri Laborit à Poitiers.

Dans ce centre hospitalier, il existe une unité de thérapie familiale systémique. Les familles qui y consultent sont en général orientées par le psychiatre du patient « désigné ». Cette unité intersectorielle est située dans le centre de consultation médico-psychologique du secteur universitaire de psychiatrie adulte.

Auparavant, deux pédopsychiatres et thérapeutes familiaux qui travaillaient dans les deux unités avaient tenté de mettre en place des entretiens familiaux au cours de l'hospitalisation des adolescents, mais ceux-ci n'avaient pu être formalisés précisément et maintenus dans le temps. Après le départ de ces deux pédopsychiatres de Poitiers, adresser des familles adolescentes se faisait moins facilement vers l'unité de thérapie familiale, les indications actuelles venant essentiellement des secteurs de psychiatrie adulte.

Actuellement, des entretiens familiaux sont proposés dans le service d'hospitalisation pour adolescent, sous deux formes : entretiens médicaux et visites « médiatisées ».

Les visites médiatisées sont un temps institutionnel formalisé, faisant partie du cadre de l'hospitalisation. Il s'agit de la première rencontre entre l'adolescent et sa famille (au moins un parent), après une semaine de séparation, systématique lors de toute hospitalisation dans le pavillon. Ces entretiens sont médiatisés par un soignant de l'unité. Ils permettent une reprise de contact avec la famille, dans un cadre sécurisant et contenant mais ils permettent également un temps d'observation des relations familiales. Ce temps fait partie de l'hospitalisation et il peut y être question du cadre ou de l'organisation de l'hospitalisation (courriers, appels,...)

III. Organisation et mise en place du dispositif

Ce dispositif a été mis en place dans le service hospitalo-universitaire du centre hospitalier de Poitiers, après l'accord du Professeur Gicquel, chef de service et chef de pôle ; ainsi que l'accord du Docteur Biraben, médecin responsable de l'unité de thérapie familiale du centre hospitalier de Poitiers.

Ce projet s'est déroulé de mai à septembre 2014. Il a nécessité un mois de mise en place, mois au cours duquel nous avons rencontré les médecins, la cadre et l'équipe paramédicale du service pour présenter et mettre au point l'organisation de ces entretiens.

Dès le mois de mai, des feuilles d'information à destination des soignants (*Annexe 1*) ont été affichées dans les bureaux des unités, le secrétariat, la salle de pause, le bureau des internes.

Lors de la réalisation de ce dispositif, nous avons effectué des entretiens familiaux systémiques :

- après validation de l'indication par le médecin référent de l'adolescent,
- à partir de la deuxième semaine d'hospitalisation de l'adolescent,
- à un rythme hebdomadaire,
- les mercredis après-midis sur trois créneaux horaires définis,
- au nombre minimum de deux et au nombre maximum de trois,
- en présence d'un soignant, selon leur volonté et leur disponibilité, avec de préférence un seul soignant par famille rencontrée,
- comprenant un temps formalisé à la fin du dernier entretien où les questions suivantes étaient posées à chaque membre de la famille : « Avez-vous trouvé un intérêt à ces entretiens ? » et « Pensez-vous poursuivre ce travail en consultant en thérapie familiale ? », avec la remise des coordonnées à la fin du dernier entretien de l'unité de thérapie familiale du centre hospitalier de Poitiers,
- filmés.

Ces entretiens familiaux étaient qualifiés de systémiques, car nous n'avons pas rencontré les adolescents individuellement ; notre patient était le système familial dans son ensemble.

Ces entretiens ont été pratiqués à partir de la deuxième semaine d'hospitalisation. Dans une logique systémique, il aurait probablement fallu, recevoir les familles en entretien avec l'adolescent dès la première semaine d'hospitalisation, mais dans le service où ce travail a été effectué, les conditions habituelles d'hospitalisation exigeaient une séparation d'une semaine où l'adolescent n'avait pas de contact avec sa famille, dans un but d'observation et de rupture avec l'environnement.

Le nombre d'entretiens a été limité à trois, pour ne pas qu'il y ait de confusion avec une thérapie familiale et ainsi ne pas interférer avec un éventuel travail ultérieur en thérapie familiale. Ces entretiens ne se sont déroulés que durant l'hospitalisation. Nous avons décidé de ne pas recevoir les familles en ambulatoire, encore une fois pour ne pas interférer avec une éventuelle décision de travail familial en thérapie familiale. Il nous a également semblé important que ces entretiens soient au nombre minimum de deux, pour que ce travail puisse être expérimenté d'une manière similaire à un dispositif de travail familial au long cours, avec l'idée qu'il s'agit de consultations familiales régulières, et non d'une simple prise d'information ou d'avis auprès de la famille.

Contrairement aux entretiens familiaux préexistants dans le service cités plus haut, ceux que nous avons réalisés, se situent plus en périphérie et en complémentarité du soin, en aucun

cas nous n'avons interféré dans les décisions thérapeutiques et nous ne recevions que des familles d'adolescent pour lesquelles l'indication des entretiens avait été validée par le médecin référent.

Pour permettre une étude systémique plus approfondie de ces temps, les entretiens ont été filmés, avec autorisation signée des représentants légaux des familles (*Annexe 3*) et des participants majeurs.

La participation d'un membre de l'équipe soignante nous semblait essentielle pour éviter le clivage dans la prise en charge du patient et de sa famille. Ainsi le soignant pourrait faire le lien avec l'unité d'hospitalisation, en partageant son vécu de ces entretiens avec le reste de l'équipe mais aussi en faisant part, au cours des entretiens, des ressentis de l'équipe et des observations faites au cours de l'hospitalisation. La présence d'un soignant nous semblait également utile pour qu'il puisse être garant du cadre de l'hospitalisation, afin que nous n'ayons pas besoin d'en discuter si les familles le questionnaient.

Il semblait important de définir un temps fixe et stable pour la réalisation de ces entretiens, pour qu'ils soient repérables par les soignants, les adolescents et les familles, et ainsi permettre un plus grand investissement. Etant interne avec des obligations de présence en stage au moment de ce travail, ces entretiens ne pouvaient se dérouler que lors de notre demi-journée de formation. Les samedis et dimanches, auraient probablement permis une plus grande disponibilité des familles mais n'étaient pas envisageables compte tenu du trop faible effectif de personnel soignant présent sur le pavillon. De plus les weekends sont les temps privilégiés pour la réalisation des visites médiatisées. Il ne fallait pas qu'il puisse y avoir d'ambiguïté et que ces entretiens soient confondus avec les visites médiatisées.

Du fait de notre emploi du temps, il n'a pas été possible d'organiser un temps de retour au cours des synthèses cliniques, ce qui aurait probablement permis un meilleur échange avec l'ensemble des soignants du pavillon. Ce retour a donc été fait de manière informelle, lors de temps institutionnels interstitiels, après les entretiens, soit avec l'infirmière qui y participait lorsque c'était le cas, soit dans le bureau de l'unité où était hospitalisé l'adolescent avec les soignants présents. Concernant les retours auprès de l'équipe médicale, celle-ci s'est également faite de manière informelle et selon sa disponibilité.

Les familles ont été informées de l'existence de ce dispositif, par une feuille d'information qui leur était remise au moment de l'entrée de l'adolescent dans le pavillon, expliquant le projet en cours. (*Annexe 4*)

Après la validation de l'indication par le médecin référent, nous avons joint les familles par téléphone au cours de la première semaine d'hospitalisation, avec l'idée d'organiser le premier entretien dès la deuxième semaine. Ces appels ont été réalisés selon une trame définie (Annexe 3).

IV. Population.

A. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Hospitalisations initialement prévue comme comprise entre deux semaines et six semaines.
- Indication validée par le médecin référent de l'adolescent.

Un temps d'hospitalisation suffisamment long était nécessaire pour mettre en place ces entretiens après la semaine de séparation, telle qu'elle est formalisée dans cette institution. Il devait aussi être suffisamment court pour que la famille puisse expérimenter à nouveau le fonctionnement familial quotidien dans les suites de la pratique de ces entretiens et puisse si elle était intéressée s'adresser à l'unité de thérapie familiale, ce qui n'est possible qu'en ambulatoire.

Pour qu'il puisse y avoir deux entretiens au minimum, il était nécessaire de recruter des familles dont l'adolescent était hospitalisé pour une durée supérieure à deux semaines.

B. Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- Hospitalisation d'emblée prévue pour un temps long (plusieurs mois)
- Familles d'adolescents placés en foyer ou en famille d'accueil, ou en cours de placement.

Il ne nous a pas semblé opportun de pratiquer ce type d'entretien pouvant déboucher sur une consultation à l'unité de thérapie familiale en ambulatoire, au cours d'hospitalisations prévues initialement longues.

Ceci ne remet pas en question l'indication d'une thérapie familiale mais la pratique d'entretiens familiaux initiaux aurait perdu de son intérêt à distance d'un retour dans la famille et d'un éprouvé du fonctionnement familial et des relations intrafamiliales après ces entretiens. Ils perdent également de leur intérêt à distance d'une possibilité de consultation en thérapie familiale, seulement possible en ambulatoire à Poitiers actuellement. En effet, la pratique de trois entretiens au cours des hospitalisations plus longues ne nous semblait pas envisageable puisque la demande en thérapie familiale n'aurait pu se faire que plusieurs mois après la réalisation de ces entretiens.

Nous avons également choisi de ne pas inclure les adolescents pris en charge par l'aide sociale à l'enfance. Non qu'il n'y ait pas d'intérêt au travail sur les relations familiales, voire à un travail systémique sur les relations entre famille et institutions, mais ce type de réflexion n'appartient pas au cadre que nous nous sommes fixé, car il ne semble pas envisageable de limiter cette prise en charge à la situation aiguë et il n'existe pas, à notre connaissance, d'endroit de relais pour la poursuite de ce travail systémique à plus long terme, dans la région.

V. Critères d'évaluation

L'intérêt de ce dispositif a été évalué cliniquement et de manière qualitative, par :

- l'analyse des cas cliniques des familles rencontrées, basée sur les échanges avec les infirmières qui ont participé aux entretiens, l'échange avec les soignants de l'équipe médicale et paramédicale prenant en charge l'adolescent ainsi que sur le visionnage des enregistrements des entretiens a posteriori ;
- deux questions posées aux familles au terme des entretiens, à savoir, « Avez-vous trouvé un intérêt à ces entretiens ? » et « Seriez-vous intéressés par la poursuite de ce travail familial, en thérapie familiale ? »
- le retour fait par l'équipe médicale et paramédicale.

De manière très succincte, nous nous sommes également intéressés, aux données quantitatives, à savoir :

- le nombre d'hospitalisation de plus de deux semaines durant le temps de la mise en place du dispositif,
- le nombre d'indications pour la participation à ces entretiens
- le nombre de familles contactées
- le nombre de refus des familles jointes par téléphone

- le nombre de familles ayant consulté en thérapie familiale par la suite.

Résultats

I. Nombre d'hospitalisations, d'indications, de familles contactées et de refus.

	Nombres
Hospitalisations d'au moins deux semaines entre le 15 mai et le 7 septembre 2014	18 (nombre établi avec le DIM)
Indications médicales à la participation aux entretiens	12
Familles contactées par téléphone	10
Familles non contactées	2
Familles contactées ayant refusé	6
Familles venues en entretien	4
Consultation en thérapie familiale	0

Tableau 1. Tableau récapitulatif des résultats – DIM : Département de l'information médicale

Trois hospitalisations concernaient des adolescents placés ou en cours de placement.

Trois familles n'ont pas reçu d'indication médicale à la pratique de ces entretiens.

Deux familles n'ont pas été contactées par téléphone malgré l'indication médicale. L'une d'elle n'a jamais répondu à nos appels, malgré deux messages laissés sur le répondeur. Il s'agissait d'une famille composée d'une adolescente, de sa mère et de sa petite sœur. L'hospitalisation avait été faite en urgence suite à une crise clastique au domicile, avec violences physiques entre la mère et l'adolescente. L'équipe soignante avait également de grandes difficultés à entrer en contact avec la mère. Pour l'autre famille, j'avais été amenée à rencontrer le père individuellement lors de son hospitalisation, dans un secteur de psychiatrie adulte, au décours d'une tentative de suicide, alors que j'étais de garde ; de plus, il s'agissait d'une famille qui avait déjà consulté à l'unité de thérapie familiale de Poitiers, et pour laquelle j'avais assisté à une séance derrière la glace sans tain.

Pour quatre familles jointes par téléphone, la raison du refus avancée était une indisponibilité aux horaires proposés pour les entretiens. Une mère a exprimé son inconfort quant au fait d'être filmée. Un père a refusé les entretiens, car pour lui la famille, qui se

composait de la sœur et de la belle-mère de l'adolescent, n'était pas prête à être à nouveau en contact avec l'adolescent qu'ils qualifiaient de violent. Il est apparu ensuite qu'il s'agissait probablement d'un contexte de négligences, voire de maltraitances au domicile.

Au moment où nous rédigeons ce travail, aucune famille rencontrée ne s'est adressée à l'unité de thérapie familiale.

II. Analyse clinique et accueil de l'équipe médicale et paramédicale.

A. Cas cliniques

Nous allons présenter ici, les quatre familles rencontrées au cours de ces entretiens.

Aucun écrit ne peut rendre compte de l'expression émotionnelle qui existe au cours de ce type d'entretien. Nous allons tout de même tenter de retranscrire ce qui a pu être exprimé par ces quatre familles au cours des entretiens, et l'analyse que nous avons pu en faire à partir des échanges avec les soignants au décours des entretiens et après visionnage des entretiens a posteriori.

Il s'agit d'une retranscription partielle et inévitablement subjective de ces entretiens. Nous avons choisi les passages qui nous semblaient les plus représentatifs de ce qu'il s'est passé lors de ces rencontres. Les citations seront signalées en italique et entre guillemets.

1) Romain et sa mère.

Romain est un adolescent de 13 ans, scolarisé en 5^{ème}. Il a été hospitalisé en urgence après avoir tenu des propos menaçants en classe et présenté des éléments du registre psychotique (trouble du contact, bizarreries du comportement). Brutalement, pendant un cours, Romain a répété de manière automatique « *les inégalités vont être réparées, prenez garde* ». Il semble que ce comportement faisait suite à des consignes qu'il aurait reçu des Anonymous (groupe d'activistes se manifestant majoritairement sur internet), d'après ce qu'il a expliqué plus tard. Le directeur de l'école alerté par la situation, a décidé d'envoyer Romain aux urgences pédiatriques pour qu'il rencontre un pédopsychiatre. Une fois aux urgences, Romain explique au pédopsychiatre qui le rencontre qu'il aurait également projeté

de faire du mal à ses camarades dans le bus scolaire qu'il prend tous les jours. Tout ceci semblait évoluer sur fond de symptomatologie dépressive, associée à quelques éléments du registre psychotique. Au vu du risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif il a été décidé une hospitalisation en urgence.

Romain vit seul avec sa mère. Son père ne l'a pas reconnu et n'est pas en contact avec eux actuellement. D'après la mère de Romain, il est impossible de savoir où il est, ni de le joindre. Il est originaire du Maghreb, et pourrait y vivre à nouveau.

La mère de Romain est coordinatrice dans un ESAT (établissement et service d'aide par le travail), et est donc sensibilisée au monde de la psychiatrie. Dès le contact téléphonique, elle nous dit connaître l'approche systémique, et que la psychologue avec qui elle travaille, elle-même formée à l'approche systémique lui aurait dit que « *La pratique d'un génogramme serait utile à Romain pour travailler les secrets de famille* ».

Les débuts de l'hospitalisation de Romain, ont été particulièrement difficiles. Aux urgences, Romain s'est agité au moment de la décision d'hospitalisation et une sédation médicamenteuse a été nécessaire. L'état de désorganisation de Romain au début de l'hospitalisation a nécessité un maintien en chambre de soins intensifs, isolée du reste du service pendant trois jours. Au moment où nous le rencontrons, Romain est pris en charge dans l'unité d'hospitalisation, et présente un comportement très régressif, ayant par exemple des difficultés à utiliser ses couverts à table. Il est très passif, voire apragmatique.

Les entretiens se sont limités à deux puisque le deuxième se déroulait la veille de sa sortie d'hospitalisation.

Premier entretien

La présence d'un soignant n'est pas possible lors du premier entretien, du fait d'un nombre insuffisant de soignants sur le pavillon. Pour signifier l'absence d'un soignant, qui serait probablement là pour l'entretien suivant une chaise vide avait été laissée dans la salle d'entretien.

D'emblée, avant même d'entrer dans la salle d'entretien, la mère manifeste toute son angoisse en interpellant Romain « *Mais qu'est-ce que tu fais en chaussons ? On dirait un chronique !* »

Au début de l'entretien, la mère se présente comme une interprète pour son fils, s'inquiétant de savoir si son fils comprend bien tout ce que nous sommes en train de lui

expliquer sur le déroulement des entretiens, comme s'il ne pouvait pas le comprendre directement lui-même ; s'inquiétant, alors qu'elle est en train de signer les autorisations de filmer « *T'as entendu Romain ? ... Tu entends ? Parce que moi je sais, elle m'a déjà expliqué donc c'est pour toi l'explication* », elle finit par lui répéter les informations, comme on l'expliquerait à un enfant. Il nous semble pourtant que Romain a bien entendu et compris.

Nous abordons très rapidement les raisons de l'hospitalisation de Romain. Romain nous dit d'emblée avoir suivi les consignes données par Anonymous, sans trop savoir quel en était le but. La mère nous dit qu'il a répété ces menaces en classe, d'abord à ses camarades qui lui auraient alors lancé le défi de le répéter devant le professeur ce que Romain a fait « *de manière automatique* ». Le professeur se serait alors inquiété et aurait appelé le principal. Celui-ci, également très inquiet face au comportement de Romain a appelé sa mère pour l'informer qu'ils souhaitaient que Romain aille aux urgences - « *sans lui demander !* », tient à nous préciser Romain - en lui disant : « *On a pris rendez-vous aux urgences pédiatriques, il faut que vous l'emmeniez pour voir ce qu'il a !* ».

Romain et sa mère semblent alors tous deux persuadés, que les raisons de l'hospitalisation se résument à cette seule phrase répétée par Romain.

Romain et sa mère, presque en chœur : « *Oui juste cette phrase !* »

La mère ajoute : « *Il n'était ni agressif physiquement, ni verbalement.* »

Nous lui demandons alors ce qu'elle a pensé de l'état de son fils lorsqu'elle l'a retrouvé aux urgences, elle nous répond : « *complètement normal, complètement dans la réalité, un discours très sensé* ».

Romain rétorque en pleurs : « *Explique ça au docteur !* »

A plusieurs reprises au cours de l'entretien, Romain tente de convaincre sa mère de le faire sortir ce qui la met en grande difficulté, sur le plan émotionnel. Elle semble vivre très difficilement sa décision de « *le faire interné* », et être en difficulté pour maintenir cette décision. Elle évoque un fort sentiment de culpabilité. Elle ajoute, traduisant ainsi son vécu traumatique « *Il est entré en psychiatrie dans un secteur fermé ... inconscient sur un brancard ... Le ciel vous tombe sur la tête* ». Elle évoque également le traitement pris par Romain, et l'associe avec les connaissances qu'elle a : « *le rispéridal... un antipsychotique... une pathologie... dans la tête* ». On ressent là tout l'écho que cela peut avoir pour elle qui travaille avec des patients psychiatriques chroniques.

Avec cette hospitalisation, la mère se retrouve entre la vision qu'elle a de son fils « *un adolescent* » et toutes les représentations qu'elle a de la psychiatrie du fait de sa profession, dans laquelle elle côtoie des patients présentant un lourd handicap mental.

De son côté, Romain qualifie son hospitalisation avec violence, « *enfermé comme un animal ... pourtant il n'y a aucune charge contre moi...* »

Cette hospitalisation est vécue violemment par les deux et ce d'autant plus qu'ils ne semblent pas y mettre de sens.

En réponse à notre étonnement et notre questionnement sur le fait que Romain ne soit hospitalisé que pour une phrase, la mère nous fait alors part de la rencontre avec le pédopsychiatre aux urgences, à qui Romain a expliqué qu'il avait « *des ennemis qui l'avaient menacé et que de toute façon il se ferait justice* », elle ajoute « *on n'a pas trop su d'ailleurs... qui étaient les ennemis* »

Au cours de cet entretien la mère peut tout de même dire à Romain qu'elle le trouve « déprimé ». Effectivement Romain pleure quasiment tout au long de l'entretien.

En partant de ce que Romain nous montre pendant l'entretien, c'est-à-dire un adolescent effondré sur le plan thymique, nous pouvons réfléchir ensemble sur son mal-être. Il peut lui-même dire à certains moments qu'il était « *mal dans sa peau* ».

Lorsque nous la questionnons sur ce mal être, la mère propose des liens qu'elle a fait et évoque la mort du chat de Romain il y a un mois, période où il dit avoir rejoint les Anonymous. Avec notre accompagnement, elle propose donc des explications, exprimant spontanément que ce serait plutôt à Romain de le faire. Il semble que les propositions et les réflexions faites par la mère à ce sujet aient permis à Romain de s'exprimer.

Romain : « *C'est pas pour ça maman !* »

La mère envahit alors l'espace de parole, n'entend pas, nous donne l'impression lors du visionnage de ne pas vouloir entendre, en tout cas elle ne réagit pas à ce que dit Romain. Elle continue « *est ce que c'est un deuil de trop ?* » évoque le décès de la grand-mère maternelle de Romain. Romain insiste « *Non ! ... c'est pas pour ça !* », « *Rappelle-toi, il y 5 - 6 ans !* »

Nous même sommes pris dans le discours de la mère, nous avons des difficultés à entendre ce que Romain répète pourtant avec insistance, nous retrouvant à questionner la mère sur le chat, son âge, d'où il venait, etc... A ce moment, le système lutte activement contre ce que Romain essaie de dire et nous sommes à l'évidence pris dedans.

L'analyse des vidéos nous a permis de repérer ce moment, où personne, ni la mère, ni nous, ne réagit, en donnant l'impression d'éviter le sujet que Romain tente d'amener.

Nous finissons par entendre Romain et le questionner.

Romain se tournant vers sa mère : « il y a 5-6 ans, rappelle-toi »

La mère, nous fixant, lui tournant presque le dos, répétant : « Il y a eu sa grand-mère... »

Romain la coupe, insiste.

La mère « ... il y a l'absence de son père qui est très importante pour lui. »

Romain : « Il y a 5-6 ans, à partir de ce mois-ci... »

La mère, se retourne brutalement vers lui, et d'abord fermement « je ne vois pas » puis s'agaçant, « Quoi ? Tu parles de quoi ? Sois clair ! »

Romain : « Il y a 5-6 ans, il y a quelqu'un qui est passé ! »

La mère sur un ton agressif : « Quoi, tu parles de ton père ? »

Romain, en articulant avec peine, s'effondre en larmes : « Je voulais des réponses... je veux des réponses. »

La mère se tourne à nouveau vers nous : « Voilà ! Donc je pense... », donnant l'impression de vouloir passer à autre chose.

Nous tentons de nous arrêter sur ce moment : « Qu'est-ce que tu dis Romain ? »

La mère, d'un ton vif : « Il veut des réponses ! »

Et nous d'insister : « tu veux des réponses ? »

La mère se retourne finalement vers Romain, et d'un ton sec : « Tu veux des réponses à quelles questions Romain ? »

Romain, effondré : « Pourquoi il est parti ? »

La mère : « Cette réponse là je ne peux pas te la donner, il n'y a que lui qui peut te la donner. »

Romain, d'un ton lancinant : « Il est où ? »

La mère : « Je ne sais pas... c'est pour ça que tu t'es inscrit sur Anonymus, pour le chercher ? »

Romain : « *Oui ! ... Ils sont partout ils doivent bien avoir les réponses !* »

La mère, tentant à nouveau de clore le sujet, et de contenir son émotion par un discours intellectualisé, tend un mouchoir à Romain, sans le regarder : « *Enfin bon voilà, il y a des deuils symboliques, il y a des deuils réels ...* »

A notre tour, nous insistons et nous questionnons la mère sur le père de Romain, ce qui semble venir soutenir Romain et l'apaiser.

La mère peut finalement se rappeler précisément de son passage de trois jours chez eux lorsque Romain était âgé de 6 ans et demi. C'est un homme qu'elle qualifie de très instable avec qui elle a eu une relation discontinue pendant plusieurs années et de qui elle était très amoureuse. Elle le qualifie de pervers narcissique et nous dit avoir beaucoup souffert de cette relation. Elle évoque plusieurs années d'analyse pour faire le deuil de cette relation dont elle était complètement dépendante. « *Il claquait des doigts et j'accourais immédiatement* ». Au moment de la grossesse, après hésitation il aurait décidé de ne pas s'impliquer et il n'a pas reconnu Romain. « *C'était un choix de ma part, compte tenu de ses difficultés, c'est quelqu'un de trop instable et j'avais pas envie que son mode de fonctionnement fasse souffrir l'enfant à venir* » ; elle ajoute que ce choix l'arrangeait aussi. Son discours est teinté d'ambivalence concernant cet homme ; elle évoque tout l'espoir et la déception qu'elle a eus dans cette relation « *j'espérais être l'élue* ».

Romain se détend, s'apaise, est très attentif à ce que raconte sa mère de son histoire familiale, de ses origines.

La mère explique n'avoir jamais pu le contacter et ne pas savoir où il est, ne pas savoir s'il est « *en France, pas en France, où il vit, de quoi il vit* ».

Il y a quelques années il a rappelé et a demandé à rencontrer son fils. La mère, à nouveau de manière très ambivalente, nous explique qu'elle ne l'empêchera jamais de voir son fils et donc ne s'y est pas opposée. Il a alors séjourné quelques jours chez eux.

Romain évoque ses souvenirs de cette époque « *Il était là... il m'avait promis de rester* », il s'effondre à nouveau.

La mère et le fils échangent alors sur leur ressenti et leur souffrance concernant leur relation avec cet homme, ce qui d'après la mère n'est pas possible habituellement car « *Romain refuse d'en parler* »,

Nous questionnons Romain : « *Tu as souvent de la peine comme ça quand tu y penses ?* »

Romain : « *Non... généralement j'y pense pas ou quand j'y pense je m'enferme dans des trucs que j'aime bien et après ça passe vite ... ici, quand j'en parle, la douleur, elle reste, il n'y a pas vraiment moyen de l'effacer* »

La mère, semble entendre de manière un peu plus apaisée la souffrance de son fils : « *...Il faut peut-être sentir la douleur pour travailler dessus. Faire semblant que ça n'existe pas, ça tient un moment, la preuve que ça ne tient pas, ça craque, c'est bien pour ça que tu es ici !* »

En évoquant le fait d'avoir choisi d'élever Romain seule, la mère parle à nouveau de la grand-mère de Romain. Là encore, elle signifie qu'il s'agit d'un sujet que Romain ne veut pas aborder, ce qu'il confirme.

La grand-mère maternelle a eu une place très importante dans cette famille : en effet au moment de sa retraite, lorsque Romain avait 3 ans, elle est venue vivre avec eux. Le grand-père de Romain était décédé plusieurs années auparavant. La grand-mère de Romain s'est beaucoup occupée de lui et assurait le quotidien, lorsque la mère travaillait. Cette grand-mère est décédée il y a 3 ans des suites d'un cancer, et la mère de Romain l'a prise en charge jusqu'à son décès à son domicile. Une grande émotion est présente chez Romain et chez sa mère à ce moment de l'entretien.

Nous abordons alors le fait qu'il y ait des sujets qu'ils ne puissent pas aborder entre eux, et leur demandons qui en décide.

La mère évoque alors les réactions violentes de Romain qui se mettrait en colère lorsqu'elle aborde le sujet de son père ou du décès de sa grand-mère. « *je ne voulais pas le mettre trop en difficulté... je lui ai toujours proposé d'en parler à l'extérieur... je lui ai dit qu'il y a des psychologues, je ne suis pas la mieux placée pour tout comprendre.* »

Romain d'un ton ferme, cherchant à regarder sa mère droit dans les yeux : « *Si. ... Si.* »

Elle, à ce moment, est tournée vers nous et lui tourne à nouveau presque le dos, elle nous explique qu'à son avis, Romain est en colère contre elle, « *je lui dis, tu peux en parler à quelqu'un, tu peux être en colère contre moi...* »

Le consultant : « Vous pensez qu'il est en colère contre vous ? »

La mère, très émue, balbutie : « *Oui je pense, oui, bien sûr, normal ! ... d'une part, par rapport à la culp..., par rapport au choix que j'ai pu faire par rapport à son père* ».

Romain s'effondre à nouveau.

La mère n'est plus vraiment claire : « ... que je n'ai pas donné assez de temps... », « j'ai peur que Romain me reproche que son père n'ait pas été assez associé à son éducation...pourtant j'ai essayé mais on ne peut pas associer les gens s'ils n'ont pas envie. »

A ce moment ce n'est clairement pas de la colère que Romain exprime et la mère semble plus nous parler de son sentiment de culpabilité et de sa difficulté à aborder le sujet, alors que Romain semble lui dire qu'il veut en parler avec elle et non avec quelqu'un d'autre.

Il s'agit d'un passage de l'entretien très chargé en émotion et il semble qu'il ne soit pas possible de le prolonger, ils changent tous les deux de sujets, évoquent à nouveau l'hospitalisation.

Nous questionnons alors la mère sur d'éventuelles inquiétudes qu'elle aurait pu avoir avant l'hospitalisation. Elle décrit un quotidien tout à fait banal, sans aucune inquiétude particulière. Elle n'avait aucune idée du lien de Romain aux Anonymous.

Jusqu'à cet entretien, Romain avait expliqué son intérêt pour les Anonymous par le fait qu'il partageait leurs idées concernant les inégalités, les injustices sociales, etc... La mère explique ne pas avoir trouvé ça étrange, « il est sensibilisé à tout ça, on regarde les actualités, il pose des questions »

Maintenant, elle envisage que la recherche de son père est « la vraie raison ». Elle explique ne pas être étonnée, elle savait que Romain « aurait ces questions un jour » et l'envie de voir son père mais elle ne l'avait pas envisagé sous cette forme.

Le consultant : « A votre avis qu'est ce qui fait qu'il est passé par là plutôt que de vous demander, à vous ? »

La mère : « plutôt que de me demander à moi ?... moi je n'ai pas les réponses. »

Elle évoque alors la vision idéalisée que Romain a de son père « le peu de temps où il l'a vu, c'était super magique, il jouait avec lui, il faisait des tas de trucs, il lui a fait plein de promesses... comme quoi effectivement il lui achèterait des cadeaux, il le prendrait à Noël »

Puis d'une voix tremblante, le discours envahi par des tics de langage, nous montrant ainsi tout le bouleversement qu'elle ressent : « je savais, d'une certaine façon, pour bien le connaître maintenant, que ce serait du flan... mais j'avais toujours l'espoir qu'à un moment donné, justement, par rapport à un enfant... le sien en tout cas, il serait effectivement, en tout cas, en mesure de respecter certains engagements... au moins de faire face... ce qu'il n'a pas fait ».

La mère nous dit alors qu'elle voyait que Romain était « en colère qu'il n'ait pas assumé son rôle ... mais la souffrance à ce point-là, je ne l'imaginais pas, je ne pensais pas que c'était

si douloureux... » et elle ajoute les larmes aux yeux *« j'ai eu l'impression de tout faire pour que ça ne soit pas douloureux... »*. A ce moment, Romain qui se montrait détendu dans son fauteuil et donnait l'impression d'écouter d'une oreille distraite, se retourne vers sa mère et se montre particulièrement attentif, semblant inquiet.

Nous évoquons alors le désir de la mère d'épargner Romain de toute souffrance, elle s'effondre. Romain se lève et la prend dans ses bras.

Il nous paraît alors important, à ce moment, de leur formuler qu'il nous semble qu'ils se essaient de se protéger mutuellement, en évitant certains sujets, pour ne pas prendre le risque de se faire du mal, voire pour tenter d'éviter la moindre souffrance à l'autre, ce qui n'est pas toujours possible, en particulier dans leur histoire.

La mère peut dire en fin d'entretien *« je ne peux pas palier à tout... »*

Romain : *« Non. ... Malheureusement »*

La mère : *« ... Superman c'est que dans les films ! »*

Second entretien

Le second entretien a eu lieu en présence d'une infirmière, formée en thérapie familiale systémique. Nous avons pris un temps avant ce deuxième entretien pour faire un point sur le déroulement du premier entretien.

Romain est plus enjoué, il sort le lendemain. La tonalité de ce début d'entretien est joyeuse. On note une certaine exaltation chez lui, qui semble faire écho chez la mère. Les rires de la mère semblent toutefois plus tendus.

Lors de la permission Romain avait évoqué son désir de retourner au collège, ce que son médecin aurait accepté.

La mère se montre alors très tendue, elle rit fort se retourne vers nous l'air étonné, elle évoque le traitement *« il était vachement dans le gaz, son traitement l'assommait »*.

Au sujet du traitement Romain évoque des troubles du sommeil qu'il aurait eu avant l'hospitalisation, la mère dit ne pas avoir remarqué à part les nuits du dimanche au lundi qui étaient plus compliquées pour Romain, la veille de la reprise du collège.

Nous le questionnons alors à ce sujet.

Romain, d'un ton expéditif : « *En fait on m'embête, mais c'est rien, c'est des abrutis, les abrutis méritent pas de vivre ! Suivant !* »

Nous insistons.

Romain : « *J'étais embêté par des gens dans le car, ils s'amusaient à m'énerver. ... Ils s'amuse à m'insulter, à me provoquer, je garde mon calme. ... Au pire s'ils me font vraiment chier je les menace ... Je les menace mais je le fais pas... un jour j'ai dit que je leur lesterais les pieds et que je les balancerai au fond du lac, je l'ai pas fait, ils marchent encore !* »

La mère nous explique alors que depuis la sixième, Romain subit des « *insultes racistes ... sale arabe, retourne dans ton pays ... et pas que des élèves, on lui a demandé plusieurs fois au self s'il faisait ramadan ou pas ramadan* ». Lors de ces explications elle se montre particulièrement tendue, et nous explique avoir dû intervenir auprès du directeur.

Nous pouvons alors imaginer avec quelle violence peuvent être accueillis ces propos les renvoyant aux origines du père et donc à son départ, ce qui est déjà un sujet très douloureux et quasiment inabordable pour eux.

Un peu plus tard dans l'entretien, il est à nouveau évoqué l'hospitalisation et Romain fait part d'un sentiment de trahison concernant le choix de sa mère de l'hospitaliser et la peine qui y est associée.

La mère peut alors lui expliquer que son but était de le protéger, elle lui dit ne pas avoir voulu le laisser « *dans cet état sans rien faire... c'est comme si je ne m'étais pas intéressée à toi et aux problèmes que tu avais ... j'ai pensé que c'était la meilleure solution* ».

Elle se retourne vers nous : « *S'il a dit ça à un pédopsychiatre (qu'il voulait faire du mal à ses camarades dans le bus) c'est bien que consciemment ou inconsciemment il cherchait de l'aide ... il est intelligent il sait ce que c'est qu'un pédopsychiatre ... c'était d'une certaine façon un appel à l'aide* »

A ce moment, Romain est très attentif, n'interrompt pas sa mère comme il pouvait le faire à d'autres moments de l'entretien.

Pouvant s'adresser directement à Romain, la voix pleine de larmes, elle poursuit : « *Romain, c'est pas par hasard si tu as dit ça ce jour-là, à cette personne-là ... quand on est parent on n'est pas tout puissant et on ne peut pas tout régler, et mon rôle c'est aussi de passer la main quand je ne suis plus en capacité de gérer* »

Ce que la mère a pu verbaliser à son fils à ce moment nous semble essentiel. Elle se réapproprie la décision d'hospitalisation et l'explique à son fils.

L'infirmière : « *Tu as eu l'impression que maman a eu peur ?* »

Romain, se tournant vers sa mère, montrant qu'il a compris ce qu'elle lui disait : « *non... j'ai eu l'impression que tu prenais soin de moi.* »

La mère : « *Je pense qu'il y a des choses qui le tracassais et dont il ne parlait pas* », nous donnant l'impression de reconnaître un peu plus clairement les difficultés de son fils.

L'infirmière : « *Peut-être que toi aussi tu protèges ta maman ?* »

Romain : « *mmmh* », semblant acquiescer.

L'infirmière : « *Quand ?* »

Romain : « *Quand je me sens mal, j'ai pas envie de lui en parler pour pas lui faire plus de problèmes.... peur que ça lui fasse beaucoup de peine.* » explicitant ainsi ouvertement ses difficultés, son mal-être et le fait qu'il ne s'autorise pas à en parler à sa mère.

La mère : « *il y a des sujets dont il ne veut pas qu'on parle parce que c'est douloureux.* »

Elle explique qu'elle savait qu'il fallait que Romain parle de tout ça avec quelqu'un d'autre qu'avec elle. Pourtant il semble évident qu'il n'y a qu'auprès d'elle que Romain pourra avoir certaines réponses à ses interrogations.

Il nous paraît alors important de leur dire ce que nous avons ressenti à ce sujet. Romain ne nous a pas montré au cours de ces entretiens qu'il ne voulait pas en parler, mais plutôt l'inverse ; et qu'il existe peut-être des lieux où cela est possible, avec l'idée que même si nous pensons qu'un accompagnement par des soignants est nécessaire pour Romain, nous pensons que la participation de la mère est essentielle.

La mère : « *Ici avec vous c'est différent que nous deux ensemble, où on sent bien que pour lui c'est compliqué, et que souvent, ça peut le mettre en colère* ». A ce moment, elle est bouleversée au bord des larmes

Au cours de ce dernier entretien, la mère nous fait part d'une discussion qu'ils ont eue ensemble, lors de la permission au domicile le weekend entre les deux entretiens ; elle-même disait que « *ça (l')avait brassée mais que c'était intéressant* », puis elle nous rapporte les propos de Romain qui lui aussi avait trouvé cet entretien intéressant.

A la fin du dernier entretien, Romain nous a fait part de l'intérêt qu'il a trouvé à ces entretiens : « *L'intérêt de voir maman et de parler des sujets qui me font mal.* »

La mère peut se réapproprier la souffrance exprimée au cours des entretiens disant qu'il s'agissait de « *sujets sensibles, encore douloureux ...la culpabilité de l'hospitalisation et son père* » « *ça permet de voilà !* » faisant un signe semblant dire ça permet de réfléchir.

« *Le fait qu'il y ait un tiers, ça permet à Romain de verbaliser des choses qu'il n'aurait pas verbalisé si on était que tous les deux et aussi d'entendre des choses qu'il n'aurait pas entendu si on avait été que tous les deux* ». Elle exprime cela en faisant des mouvements circulaires avec ses mains.

On pourrait reprendre ce qu'en dit la mère de Romain en termes systémiques, en disant que ces entretiens ont permis de faire circuler l'information, avec l'idée de les accompagner dans l'expression de « l'information pertinente », celle qui part de la famille pour y revenir.

Nous lui demandons si le sujet du père de Romain avait déjà été abordé à la maison. La mère évoque alors le fait que Romain était très réactif sur le sujet et disait ne pas vouloir « *entendre parler de cet abruti* »

L'infirmière : « *Et quand vous en parliez, vous en parliez avec vos émotions ou en femme...* »

La mère : « *En éducatrice ! En éducatrice dans son rôle d'éducatrice !* »

L'infirmière en même temps que la mère : « *...en mère forte ? ... ah carrément ! Pas en maman forte mais en éducatrice !* »

La mère : « *Je plaisante !* »

Même sur le ton de la plaisanterie, la mère nous fait part, semble-t-il, de sa difficulté à faire une place aux émotions et aux ressentis, lorsque les sujets abordés sont « *sensibles* » ou « *douloureux* », prenant alors une position très professionnelle, ce qui risque de se renforcer étant donné les troubles présentés par Romain.

A notre question sur une éventuelle poursuite de travail en thérapie familiale :

Romain : « *Oui je suis libre la semaine prochaine !* ».

Nous expliquons alors que ce serait un autre lieu avec d'autres thérapeutes, que les séances sont généralement mensuelles et se déroulent le lundi après-midi.

La mère, tout en nous disant qu'elle serait intéressée, avance déjà des problèmes d'indisponibilité. Il ne semble pas possible pour le moment d'envisager un tel travail.

A notre connaissance et au moment de la rédaction de ce travail, Romain et sa mère n'ont pas pris contact auprès de l'unité de thérapie familiale.

Au total

Ces entretiens ont accompagné Romain et sa mère dans l'expression de leurs ressentis. Ils ont permis de les reconnecter à leurs émotions actuelles (traumatisme de l'hospitalisation) et celles en lien avec leur histoire familiale ; leurs propres émotions mais aussi celles de l'autre.

Il a été important d'aborder avec eux l'incompréhension et le vécu traumatique de cette hospitalisation, pour entamer un travail de réappropriation de cet évènement dont aucun des deux ne semblait en comprendre le sens. L'objectif était qu'ils puissent se réapproprier individuellement et au sein de l'histoire familiale cette hospitalisation vécue comme un traumatisme.

En effet lors du premier entretien, la mère semble très en difficulté pour maintenir cette hospitalisation, et Romain passe une grande partie de l'entretien à essayer de convaincre sa mère de le faire sortir.

La mère donnait l'impression de faire comme le médecin le lui demandait mais sans vraiment en comprendre le sens, puisqu'elle-même n'avait aucune inquiétude pour son fils.

On comprend ainsi toutes les difficultés que Romain peut avoir à investir les soins et l'hospitalisation. Ni lui, ni sa mère ne semblent comprendre cette hospitalisation. Or comment investir des soins et une prise en charge en psychiatrie, si pour eux tout est normal ?

Avant cette hospitalisation la mère ne voyait aucun problème. Avant cette hospitalisation, Romain était « normal », maintenant il a des « troubles psychiatriques », qui font d'autant plus écho chez sa mère qu'elle travaille dans un ESAT.

Les échanges au cours de ces entretiens ont permis de ramener les éléments de réalité qui ont conduit à cette hospitalisation. Ils semblent avoir permis à la mère de faire le lien avec des inquiétudes qu'elle avait avant, comme le mal-être de son fils dont elle se doutait.

Ainsi au second entretien la mère a pu expliquer à Romain qu'elle a décidé cette hospitalisation parce qu'elle était inquiète pour lui. Elle prend position plus clairement par rapport aux soins. La mère a pu se réapproprier son choix d'hospitaliser son fils, et ainsi lui exposer clairement les raisons de ses inquiétudes.

Romain a alors pu s'autoriser à partager son mal-être et ses questionnements. Et de manière circulaire, ceci a probablement permis à la mère d'aborder ses propres ressentis, notamment concernant le père de Romain.

Lors de ces entretiens, ils ont pu évoquer le sujet du père qui était un sujet tabou entre eux.

Jusqu'à-là, la mère supposait qu'il se posait des questions mais qu'il refusait d'aborder le sujet, évoquant sa colère à l'encontre de son père.

Romain, de son côté, exprimait de la colère et disait ne rien vouloir en savoir.

On peut se demander si, face à sa mère qui voulait lui éviter toute souffrance sous peine de ressentir une grande culpabilité qu'elle essaie d'évincer, Romain peut s'autoriser à exprimer ses questionnements, sa douleur en lien avec l'abandon de son père. Il est sans doute plus simple pour les deux que Romain exprime de la colère et du rejet vis-à-vis de son père ; ce que la mère accepte, en n'insistant pas pour aborder le sujet.

Ils se protègent ainsi tous les deux de leur douleur. Les deux tentent de se protéger mutuellement, d'épargner cette souffrance à l'autre en évitant le sujet. En abordant ce point d'une manière circulaire, on peut faire l'hypothèse que l'un et l'autre ne s'autorisent pas à aborder le sujet et n'autorisent pas l'autre à le faire, dans un mécanisme de protection mutuelle.

La fonction de protection est utile au sein des familles mais lorsque celle-ci est poussée jusqu'à la surprotection, elle peut devenir délétère en cloisonnant chacun dans sa souffrance.

Pourtant les faits sont là et les questions de Romain aussi, surtout à ce moment de sa vie où, pour pouvoir se séparer, il faut d'abord appartenir.

En effet, l'évènement déclenchant cette hospitalisation prend un sens tout autre grâce à ces entretiens. Au moment de l'adolescence, c'est toute la question de son appartenance et de ses origines familiales que vient questionner Romain, en rejoignant les Anonymous pour chercher son père.

C'est en ce sens, que nous avons tenté de faire ressentir à la mère que le travail que doit faire Romain sur ces questions ne pourra pas se faire sans elle. Il nous l'a dit, elle a les réponses.

Enfin, il nous semble aussi intéressant de relever qu'au cours des entretiens nous avons pu observer que les représentations qu'a la mère de la psychiatrie, du fait de sa profession, dans laquelle elle côtoie des patients psychiatriques lourdement handicapés, font naître chez

elle une angoisse importante. Elle tente de la contenir avec difficultés, en employant des termes techniques lorsqu'elle évoque les difficultés de son fils. Lors de ces entretiens nous avons tenté de la faire parler de ses ressentis, de lui permettre de se décoller de ce discours intellectualisé, qui semble être utilisé à des fins rassurantes mais dont le risque est de figer Romain dans une fonction de patient psychiatrique et sa mère dans une fonction d'éducatrice, où elle a l'illusion d'une objectivité et d'une rationalité qui lui permettent de s'isoler de ses émotions.

Pour conclure nous pensons que ces entretiens ont permis à Romain et à sa mère d'expérimenter la possibilité d'aborder ces sujets douloureux sans que tout ne s'effondre ; et que, même s'ils s'effondrent sur le moment, ils peuvent se récupérer et, à distance, en tirer un intérêt. Ils ont ainsi appris qu'il peut exister un lieu où toute la douleur et les non-dits peuvent venir s'exprimer sans devenir trop menaçants pour le quotidien.

2) Mathieu, sa mère, son compagnon et son colocataire.

Mathieu est un adolescent âgé de 13 ans, qui a l'air beaucoup plus jeune que son âge. Il se présente comme un petit garçon, avec une voix aigüe qui n'a pas commencé à muer. Il a été hospitalisé pour réadaptation de son traitement médicamenteux, prescrit un mois auparavant pour des pensées obsessionnelles envahissantes associées à une symptomatologie dépressive.

Les parents de Mathieu sont divorcés depuis 2005, lorsque Mathieu avait 3 ans. Le père et les deux sœurs de Mathieu, âgées de 22 et 25 ans, vivent dans la région de Besançon, d'où Mathieu et sa mère sont originaires et d'où ils sont partis en 2007 pour venir s'installer dans le Poitou-Charentes.

Les relations sont conflictuelles entre les parents de Mathieu. Les contacts entre Mathieu et son père sont assez restreints. Mathieu serait allé en vacances chez son père pendant trois semaines au total ces deux dernières années.

Dans le service Mathieu est un adolescent sollicitant beaucoup l'adulte, très soucieux de toujours « bien faire », « bien penser », posant des questions répétitives et demandant à être rassuré de façon quasi-permanente dans ce sens.

Lors de l'appel téléphonique proposant les entretiens, la mère n'est pas difficile à convaincre. Elle propose d'amener son colocataire actuel et ex-compagnon, Patrick, et son

compagnon actuel, Alain, qui ne vit pas avec eux mais avec qui elle est en couple depuis plus de deux ans. Dès cet appel, la maman nous fait part de la difficulté de chacun à trouver sa place dans ce fonctionnement, donnant une impression de confusion. Elle demande leur participation dans l'idée de faire comprendre à l'un qu'il « *cocoone trop Mathieu* » et qu'il n'est « *que le coloc'* » et à l'autre qu'il est « *trop sec avec Mathieu* ».

Même si les conditions de participation aux entretiens étaient de recevoir la famille vivant sous le même toit, au vu de la description de la mère et malgré l'atypicité de la situation, il nous a semblé évident que ces deux hommes faisaient partie du système familial dans lequel Mathieu évolue et avec lequel il interagit.

Nous avons pu rencontrer Mathieu et sa « famille » à trois reprises au cours de l'hospitalisation. L'adaptation du cadre des entretiens a été nécessaire, quant au choix des personnes reçues, mais également pour d'autres raisons. En effet, Le deuxième entretien n'a pu être filmé, car la caméra n'était pas disponible. Le dernier entretien s'est déroulé sans le colocataire, qui n'a pas pu se libérer et sans l'infirmière qui avait participé aux deux premiers entretiens car elle était en repos ce jour-là.

Premier entretien

Le choix des places assises nous semble intéressant. Mathieu est assis entre sa mère et le compagnon. Le colocataire est assis à côté du compagnon. De droite à gauche, nous avons la mère, Mathieu, le compagnon et le colocataire.

D'emblée le compagnon prend la parole pour expliquer qui est qui.

Après le temps de signature des autorisations de filmer, la mère reprend la parole pour nous expliquer « *le pourquoi du comment* », elle nous dit d'emblée que ces entretiens lui semblent très importants, qu'avec le médecin « *vingt minutes c'est trop court pour tout expliquer* ».

Elle commence à retracer « *le commencement* », dans un long monologue, difficile à interrompre, qui finalement tourne autour de sa propre histoire Elle nous explique que le divorce « *s'est très très mal passé* » ; elle se positionne en victime face au père de Mathieu, à ses filles et à sa propre mère qui ne l'aurait pas soutenue lors de ce divorce. A l'entendre tous étaient contre elle. « *Mes filles ne voulaient pas me voir... son père ne voulait pas le voir* (en parlant de Mathieu)».

Elle explique alors avoir décidé de partir et avoir postulé dans le Poitou-Charentes où elle a retrouvé Patrick (le colocataire) avec qui elle avait une liaison depuis 2006. Elle évoque alors des difficultés relationnelles dans son nouveau lieu de travail.

Nous tentons de la questionner sur le choix, de prendre Mathieu avec elle et de laisser les filles avec le père. Le discours est confus, elle parle à nouveau de son sentiment d'isolement par rapport au reste de la famille, « *le père venait prendre Mathieu puis le ramenait au bout d'une heure disant que c'était trop dur pour lui, les filles ne voulaient pas venir me voir... ça a été très très dur, j'ai décidé de partir* » puis revient sur ses difficultés dans son travail.

Mathieu semble s'ennuyer, s'agite sur son fauteuil, lève les yeux au ciel, il souffle ; nous le relevons, il explique alors : « *J'en ai marre d'entendre tout le temps ça !* »

Mère : « *Ouais je sais qu'il en a marre.* » et tente de reprendre son monologue.

Nous questionnons Mathieu, il dit alors « *parce que c'est énervant ... on en parle tout le temps* »

On peut alors imaginer que c'est le discours officiel, expliqué en détail à tous les intervenants qui s'intéressent à l'histoire familiale. On peut même imaginer la mère se plaignant auprès de Mathieu de ce qu'il se passe avec le reste de la famille.

Ils abordent alors la relation entre Patrick (le colocataire) et Mathieu.

La mère : « *Patrick a toujours été là, j'ai toute confiance.* »

Le compagnon : « *Quand Mathieu a besoin et qu'on ne peut pas, Patrick est toujours là.* »

La mère évoque les deux années où elle travaillait à une heure de trajet de leur habitation, et où Patrick s'est beaucoup occupé de Mathieu, l'accompagnait et allait le chercher à l'école.

La mère : « *On n'est pas ensemble mais...* »

Le compagnon : « *C'est un ami de confiance.* »

Mathieu et sa mère sont ensuite allés vivre dans les Deux-Sèvres, puis sont revenus vivre dans la Vienne, lorsqu'elle s'est mise en couple avec Alain (le compagnon).

Elle explique alors s'être mise en colocation avec Patrick : « *Je fréquentais Alain, on a voulu se mettre ensemble mais avec Mathieu ça ne s'est pas bien passé.* »

Alain (le compagnon) reprend la parole et explique que cela s'est décidé pour des raisons pratiques. Comme il vit dans une commune située à 30 km de Poitiers, cela aurait été plus compliqué d'aller au collège pour Mathieu et au travail pour sa mère.

La mère : « *Et surtout j'ai Patrick !* »

Alain continue : « *... parce que je suis propriétaire, j'aurais été locataire, j'aurais pu...* »

La mère : « *Donc j'ai toujours Patrick qui s'occupe de Mathieu C'est depuis qu'ils se sont beaucoup rapprochés.* »

Patrick (le colocataire) : « *On est encore beaucoup plus lié que ça n'a été avec Mathieu.* »

Alain (le compagnon) entame une liste de ce que Patrick fait pour Mathieu : « *Patrick est l'aide au devoir...* »

La mère regardant Patrick avec insistance, en faisant un signe de rapprochement : « *Beaucoup trop...* » ... Nous comprenons qu'elle veut dire beaucoup trop liés.

Patrick : « *Oui peut-être que je m'impose par rapport à Mathieu... beaucoup trop... on passe beaucoup de temps ensemble, je suis peut-être envahissant... mais Mathieu aime bien passer du temps avec moi, je l'aide pour les devoirs...* »

Alain : « *Par exemple en anglais, comme c'est un anglophone...* »

Nous relevons alors que cela fait des années que Patrick fait partie de la vie de Mathieu, ce que tout le monde confirme.

Patrick : « *Je l'ai connu, il avait 5 ans.* »

La mère : « *Il l'a toujours aidé.* »

Patrick : « *Je connais Mathieu depuis 8 ans... on est très complice.* »

Mathieu nous montre un large sourire, lors de ces échanges. Nous le questionnons sur sa relation à Patrick : « *C'est un peu comme un oncle.* »

Tout le monde précise qu'il le présente comme cela à l'extérieur pour éviter les questions. La mère précise également qu'ils ont demandé à Mathieu s'il était d'accord pour la colocation et l'encourage à nous le dire. Lorsque Mathieu avait onze ans, il a donc été mis en position de décider avec qui sa mère allait vivre et actuellement il est la raison avancée par la mère pour maintenir son choix.

Mathieu : « *La colocation ça va, mais ça serait bien si je pouvais faire plus de choses.* »

Le consultant : « *Plus de libertés ? Comme quoi par exemple ?* »

Mathieu hésite, réfléchit.

La mère essaie de lui souffler : « *Quand tu manges par exemple...* »

Alain (le compagnon), en même temps : « *Au niveau de tes devoirs, il y a peut-être... de toute façon même que t'as l'aide à la maison, vu ce que tu ramènes comme notes (qui sont bonnes apparemment), tu pourrais travailler tout seul à la maison.* »

Patrick (le colocataire), au même moment fait des mouvements avec un bras, comme s'il allait dire quelque chose, il finit par ajouter : « *Il a besoin de présence pour les devoirs.* »

La mère aborde alors le ressenti qu'elle a eu lors des rendez-vous sur le pavillon, où elle a compris qu'on lui disait qu'elle était trop « *maman poule* », elle ajoute d'un ton irrité « *je ne suis pas la seule, Patrick il l'étouffe aussi quoi !* »

Alain : « *C'est vrai que vu la présence de sa mère...* »

La mère : « *Donc il ne vit pas trop son adolescence, puisqu'il est toujours entouré de nous.* »

Mathieu ne peut pas vraiment prendre la parole, malgré plusieurs tentatives.

La mère, par exemple : « *Tais-toi, Alain parle.* »

Alain a l'air de se justifier, semble vouloir montrer qu'il s'entend bien avec Mathieu, qu'ils ont une certaine complicité, en expliquant par exemple, qu'une fois « *Mathieu s'est confié* » à lui, ou encore qu'ils font du bricolage ensemble.

Mathieu passe tout son temps avec les adultes semble-t-il.

Ensuite, est abordé le fait que Mathieu confiait ses idées obsédantes à Patrick (le colocataire). Patrick semble exprimer une grande culpabilité dans le fait d'avoir écouté Mathieu et de ne pas avoir eu de « *solution* » à lui donner. Il semble culpabiliser de ne pas s'être assez inquiété : il lui disait « *T'inquiète pas, ça va aller* ». Avec notre accompagnement, il peut également exprimer l'anxiété importante que lui-même ressentait durant ces moments où Mathieu lui parlait de ses idées obsédantes.

Nous abordons alors le lien affectif apparemment intense entre Patrick et Mathieu. Patrick, lui-même, ajoutant que cette affection a probablement influencée ses réactions face aux confidences de Mathieu.

La mère : « *C'est un très grand lien et puis il a fait beaucoup pour Mathieu... Mathieu il le sait ce qu'il a fait Patrick... déjà si Mathieu est aussi bon à l'école...* »

Mathieu : « *C'est grâce à lui !* »

Patrick et Alain ajoutent que Mathieu a surtout de bonnes capacités.

La mère ajoute qu'elle-même, ne voyant plus ses filles, a « *tout reporté sur Mathieu et Patrick c'est pareil...* »

La mère décrit alors comment Patrick et elle ont toujours été « *aux petits soins* » pour Mathieu. Alain en aurait d'ailleurs été choqué à son arrivée. Alain aurait « *une autre méthode* ».

Mathieu, au sujet des difficultés relationnelles avec Alain : « *Mais maintenant c'est bon ça va* »

Ils évoquent ensemble des moments de tension entre Alain et Mathieu, qui semblent en fait exacerbés par la participation de la mère, « *après je me disputais avec Alain parce que je disais c'est mon fils* ». Mais sur le moment elle n'arrivait pas à se positionner. En effet elle nous explique comment elle donnait des coups de pied sous la table en disant « *chut* » à Mathieu, et parfois donnait des coups de pied aux deux sous la table : « *il fallait que je protège mon fils, j'ai pas honte de le dire !* »

La mère explique alors son choix de ne pas vivre avec Alain par le fait qu'elle trouvait Alain trop strict avec Mathieu. « *quand j'ai vu qu'il était comme ça (faisant un geste sec), que ça passait pas avec Mathieu, en fait j'ai cassé (de nouveau un geste sec), j'ai pas voulu aller vivre avec lui ... c'est que je voulais garder mon fils à moi... c'est le côté maman qui a parlé, pas le côté femme... je préférais prendre mon fils avec moi.* »

« *En fait sa façon de voir les choses était différente de la mienne... leur disputes sans arrêt... en vacance c'était un cauchemar... je ne voulais pas que mon fils vive ça !* »

Mathieu se montre particulièrement angoissé et mal à l'aise à ce moment, il nous donne l'impression d'être oppressé.

Nous apprendrons plus tard au cours de l'entretien que la mère et Alain avaient rompu à ce moment-là.

Nous relevons à deux reprises au cours de cette explication qu'elle nous dit vouloir garder son fils pour elle. « *Ben oui...* »

Le consultant : « *Est-ce qu'alors c'était le risque de ne plus l'avoir qu'à vous ?* »

La mère s'assombrissant immédiatement : « *Non parce que je ne voulais pas qu'il le dispute sans cesse, parce que déjà c'est pas son père ...non ça n'a rien à voir avec ça... c'est que je ne voulais pas qu'il donne des règles différentes des miennes alors que c'était mon fils !* » appuyant lourdement sur le « *mon* » de « *mon fils* ».

D'après l'explication des autres participants, il n'est pas vraiment question de disputes incessantes, plutôt de quelques accrochages, mais qui semblent vécus très difficilement par la mère ; elle ne les tolère pas.

La mère : « ... *c'était pas possible, j'ai préféré gardé Mathieu, je me suis dit, il vivra comme on a toujours fait jusqu'à présent.* »

L'infirmière : « *Ça t'as rassuré toi Mathieu ?* »

Mathieu, assez peu concerné finalement, se tournant vers Alain : « *Oui ça ! Mais surtout, Alain il le sait, j'aime pas trop sa maison, en fait j'aime pas trop la campagne, je préfère la ville* »

Alain évoque la scolarité de Mathieu, disant que c'est la priorité.

La mère : « ... *C'est parce que j'ai dit, de toute manière, je ne serai pas avec Alain tant que mon fils ne sera pas grand. Ils le savent.* »

Alain : « *Ça on le sait !* »

Dans le discours de la mère, il s'agit de la seule raison pour ne pas emménager avec Alain. Il nous semble que cette responsabilité est bien lourde à porter pour Mathieu. Si ce système se stabilise ainsi, il va être particulièrement difficile pour Mathieu de s'en différencier et de s'en séparer. Tout comme il paraît très difficile pour Alain d'y prendre une place.

Mathieu demande si « *samedi ce sera relax ?* » au sujet de la visite médiatisée prévue avec sa mère, nous montrant ainsi qu'il est probablement traversé par d'intenses émotions au cours de cet entretien.

Patrick : « *C'est qu'il entend toujours la même chose.* »

L'infirmière : « *De quoi tu voudrais qu'on parle Mathieu ? ... pour profiter que tout le monde soit là !* »

Après quelques hésitations coupées par Alain et l'insistance de l'infirmière, Mathieu pourra finalement dire : « *Et aussi j'aime pas quand ils disent que je suis un gamin !* »

Les adultes nous expliquent alors que Patrick l'amène jusqu'à la porte du centre où il pratique le ping-pong. La mère émet l'hypothèse que Patrick fait peut-être cela pour la rassurer. Il semble en effet qu'il respecte des consignes implicites.

On apprend aussi que Patrick appelle Mathieu tous les matins pour voir s'il est bien réveillé. La mère l'avait demandé une fois parce qu'elle était absente, mais Mathieu nous dit

qu'il le demande à Patrick, en expliquant qu'il a peur de ne pas entendre ses alarmes, du fait de ses « TOC » (troubles obsessionnels compulsifs).

Alain rapporte le fait que la mère prépare le sac d'école de Mathieu tous les soirs. A l'époque où Mathieu commençait à avoir des questions répétitives du type « *Maman, tu crois que je peux me laver les dents ?* », sa mère lui a alors fait un tableau avec des consignes « *Mathieu, tu dois choisir tes habits tout seul – Mathieu, tu dois faire ton sac...* » et écrit au-dessus « *Je serai toujours là pour toi* ». Lorsque nous la questionnons là-dessus, la mère se sent attaquée : « *On ne va pas me reprocher d'être là pour mon fils ! ... C'est vrai qu'on l'a beaucoup entouré d'amour ... mais on ne va pas nous reprocher ça !* »

Nous abordons le fait que selon notre ressenti malgré les difficultés relationnelles initiales et les règles différentes, Alain et Mathieu ont l'air de bien s'entendre aujourd'hui.

Là, Mathieu essaie d'intervenir. Tout le monde s'interrompt.

Mathieu, en montrant sa mère : « *Mais aussi, là, c'est qu'on n'a pas tout dit sur la famille, par exemple, mes sœurs, elles ne lui parlent plus* », comme s'il se saisissait du fait d'avoir enfin la parole pour exprimer ce qui le préoccupe plus que les disputes avec Alain.

La mère : « *Ouais, elles me font du chantage..* »

Mathieu : « *Et aussi ma mamie par exemple, elle voulait se suicider, des trucs comme ça...* »

Il évoque ensuite des pensées suicidaires envahissantes qu'il a eu il y a quelques mois et qu'il met en lien avec sa grand-mère. « *... quand je voulais me suicider, à cause de ma mamie* »

Il semble qu'il y ait eu une mésentente des parents au sujet de la garde de Mathieu à laquelle les sœurs auraient été mêlées. Il s'agit de l'épisode du chantage dont parle la mère, où les sœurs l'auraient menacée de ne plus la voir si elle n'acceptait pas de laisser Mathieu voir son père.

Nous tentons de soulever que lors de cet épisode son père voulait le voir. La mère nous rétorque « *Non, c'est des manigances !* » expliquant que le père n'avait voulu le voir uniquement car Mathieu était déjà à Besançon, alors que ce n'était « *pas prévu* ». Nous supposons a posteriori que Mathieu et sa mère s'y étaient rendus pour rendre visite à la grand-mère qui allait mal.

A ce moment de l'entretien, tout se mélange et nous nous laissons happer par le système. Nous n'arrivons pas à nous arrêter sur les éléments concernant la grand-mère évoqués par

Mathieu quelques minutes auparavant, qui semblent pourtant essentiels et qui émergent grâce à Mathieu après cinquante minutes d'entretien.

L'infirmière parvient tout de même à questionner Mathieu sur ce qui a été dit du reste de la famille : « *Et toi t'en as pensé quoi de tout ça ?* »

Mathieu : « *Là ça va être la première fois que je vais le dire... mais tout le temps, j'ai l'impression que c'est une petite gueuerre... des manigancements, on dirait qu'ils ont fait une alliance* » se tournant vers sa mère, gêné. Mathieu fait là, une analyse très fine de ce qu'il doit se passer dans les rapports familiaux.

Mathieu « *J'ai l'impression qu'ils veulent s'enfoncer... maman et papa* » puis regarde sa mère, gêné : « *... enfin je sais pas si toi tu le veux ?* »

La mère, soutenue par Alain : « *C'est vrai que je n'ai pas été tendre, comme il l'a été avec moi !* »

Mathieu à sa mère, très inquiet brutalement : « *Ça te gêne si je dis ça ? Parce qu'après je ne veux pas...* »

La mère : « *Mais non, tu sais il faut parler.* »

Mathieu : « *Parce qu'après j'ai peur que tu stresses et tu sais je m'imagine des trucs !* »

Alain : « *C'est que Mathieu il est très protecteur vis-à-vis de sa maman.* »

Il semble en effet évident que Mathieu prend toutes les précautions pour ne pas blesser sa mère.

Il évoque ensuite le fait que sa mère lui a toujours dit que son père « *raconte plein de trucs* » à ses sœurs, ce qu'il ponctue en disant « *Tu me l'as toujours dit mais je ne sais pas si c'est vrai.* » ce qui nous fait penser aux perpétuels doutes de Mathieu sur le fait de « bien faire ou bien penser », évoqués plus haut.

La mère nous explique alors, que le reste de la famille dit du mal d'elle devant Mathieu et que dans ces cas-là Mathieu l'appelle pour lui dire. On voit à quel point Mathieu est pris dans ce conflit de loyauté.

On ne peut s'empêcher à ce moment de faire le lien avec les troubles de Mathieu, et notamment avec ses questions répétitives pour vérifier s'il fait bien, s'il pense bien. On peut imaginer qu'il entend au moins deux discours opposés, ce qui peut faire écho à sa quête de vérité ou de justesse.

Mathieu semble prendre réellement part à ces conflits, même si la mère s'en défend. Lorsque celle-ci raconte des anecdotes expliquant à quel point le père de Mathieu ne se comporte pas comme il faudrait, il y a plusieurs moments dans l'entretien où Mathieu l'interrompt et demande de raconter lui-même l'histoire.

Au moment où nous terminons l'entretien, Mathieu ajoute que la grand-mère maternelle, dans ce contexte de « *gueguerre* », est parfois du côté de la mère et parfois du côté du père de Mathieu.

La mère conclut en disant que « *c'est bien qu'on puisse en parler parce que Mathieu le subit* », avant d'ajouter une énième anecdote dévalorisant le père et sa volonté de voir Mathieu.

A la fin de cet entretien, nous avons la sensation qu'il était difficile pour Mathieu de prendre la parole face à ces trois adultes, et que d'un autre côté lorsqu'il y arrive tout le monde se tait et porte une attention bienveillante, mais une attention à laquelle on pourrait s'attendre avec un petit enfant, ce qui tend à atténuer la considération que l'on pourrait avoir pour son propos.

Deuxième entretien (non filmé)

Les citations de ce deuxième entretien ont été notées à la sortie de l'entretien, selon nos souvenirs.

Lors de ce deuxième entretien, il n'est pas possible de faire une place à la parole de Mathieu. On sent qu'il ne peut pas exprimer ses émotions.

Il est abordé les idées obsédantes de Mathieu ; par exemple celles-ci peuvent concerner le fait de « toucher » une fille. Il doit vérifier auprès des autres que ce n'est pas arrivé. Ces idées sont associées à une culpabilité intense. Mathieu explique sa crainte d'être puni, d'aller en prison. On peut alors penser que le fait de grandir, de devenir un adolescent, de s'intéresser à la sexualité, est vécu de manière très anxieuse et culpabilisée par Mathieu.

On observe aussi que Mathieu ne peut pas exprimer ses émotions. Lorsque Mathieu exprime son mal-être, une contradiction ou une demande de plus de liberté, sa mère se sent attaquée. Elle peut lui dire « *Si tu n'es pas bien, va chez ton père !* », montrant sa difficulté à tolérer le conflit, voire simplement tolérer les tentatives de différenciation de son fils ; ce qu'elle nie en disant « On ne lui en veut pas ! »

Cet entretien laisse apparaître à nouveau nettement le conflit de loyauté dans lequel est pris Mathieu.

Nous avons du mal à envisager qu'il puisse sortir de cette place d'enfant et avoir une place d'adolescent dans la famille.

Dans cet entretien, les adultes se montrent eux-mêmes en quête de « bonnes réponses » à donner à Mathieu concernant ses idées et ses questions répétitives. Ils sont peu enclins à écouter et à se questionner sur les revendications et le désir de prise d'autonomie de Mathieu.

Cet entretien est particulièrement éprouvant pour Mathieu et au début du troisième entretien, il nous demande si cela va être aussi dur que la fois précédente.

Troisième entretien

A ce dernier entretien, Patrick (le colocataire) n'est pas là. Mathieu n'est plus assis entre sa mère et son compagnon. Les deux adultes sont assis d'un côté et Mathieu de l'autre.

Mathieu : « *Est-ce qu'on pourra faire une séance un peu plus cool ?* »

La mère : « *Tiens ! C'est ce qu'il a dit et moi aussi !* » montrant son compagnon.

Mathieu : « *Vu que demain c'est ma sortie, je voudrais pas trop stresser avant, enfin peut-être que c'est bien aussi que je fasse une séance où je travaille bien encore ?...* »

Nous validons alors l'intensité des échanges lors du précédent entretien.

La mère : « *Je l'ai trouvé enrichissante* »

Mathieu : « *On a parlé des choses qui fâchent...* »

La mère : « *... un travail aussi bien pour Mathieu que pour moi, ou les gens qui m'entourent.... Il fallait ça pour que Mathieu sorte, pas guéri, parce qu'il ne sera pas guéri demain mais qu'il puisse aller mieux et rentrer avec moins de pensées...* »

Mathieu : « *... un bien-être.* »

La mère : « *... Même moi, comprendre qu'il faut que je ne sois pas trop trop sur lui... Je dis pas que je vais faire des miracles...* » Le ton est léger, tout le monde rit.

La mère continue : « *C'était très important...* »

Mathieu l'interrompt, lui fait remarquer qu'elle a la chair de poule.

La mère : « *C'est l'émotion...* »

Elle évoque alors le retour de permission dimanche : Mathieu a pu lui dire à que ce n'était pas à elle de faire son sac. La mère en est très contente, et se rend compte qu'elle aussi doit

travailler à ce niveau-là, « *Je vais pas encore faire tout bien... c'est les habitudes mais...* » faisant un geste de mouvement en avant.

Elle évoque également les difficultés de séparation lors de la première semaine d'hospitalisation de Mathieu, qui ont pu s'apaiser par la suite.

Mathieu : « *Faut que tu te détaches..* »

Il est ensuite abordé les semaines que Mathieu doit passer chez son père cet été.

Mathieu : « *Elle me met la pression....* »

La mère : « *Mathieu n'a pas envie d'y aller* »

La mère a à nouveau un discours dévalorisant sur le père, suggérant qu'il ne voudrait pas vraiment voir son fils.

Mathieu s'impatiente, s'agite sur sa chaise, a des mouvements incoordonnés, pousse la table basse avec ses pieds dans un mouvement de tension importante.

Alain tirant la table de son côté : « *Tu laisses la table !* »

Mathieu demande de l'aide auprès de nous : « *Elle est obligée de le dire devant moi ? Elle a dit qu'elle ne le faisait pas... et puis j'aime pas comme Alain il réagit !* »

Alain : « *J'ai pas réagi...* »

Mathieu tente d'exprimer son inquiétude sur la réaction de sa mère lorsqu'il reviendra de chez son père. Il n'arrive pas à le formuler clairement. Il peut seulement lui dire : « *T'as une tête bizarre* », relevant ainsi que malgré les consignes verbales qui sont « *Tu vas chez ton père quand tu veux* », la communication non verbale, sa mimique en l'occurrence, montre le contraire ou en tout cas que ce n'est pas si simple. La mère prend très mal cette remarque de Mathieu.

Très clairement Mathieu nous exprime son inconfort, son malaise face à cette situation de conflit de loyauté. Dès que sa mère, soutenue par Alain explique que son père se comporte mal, Mathieu se montre tendu, anxieux, s'agite ; il jette littéralement ses jambes en l'air. Il tente de verbaliser ce malaise. Nous-même ne parvenons pas à le soutenir dans sa tentative d'expression de ses ressentis ; nous sommes happés par le système et n'arrivons pas à nous en dégager.

C'est au visionnage que cela nous a paru clair. Lors de l'entretien nous ne semblons pas saisir où Mathieu veut en venir, nous le voyons s'agiter mais nous ne parvenons pas à y prêter attention. La discussion tourne autour des règles, du fait que Mathieu n'est « *qu'un adolescent, que les adultes décident encore pour lui* ». Noyée dans le système nous ne parvenons pas à donner une place et une parole à Mathieu.

La mère a un discours peu cohérent, expliquant tout faire pour Mathieu et à quel point cela l'épuise et dans le même temps se tourne vers Mathieu « *C'est pas ta faute, c'est pas ton problème.* »

Mathieu est très tendu, il finit par quasiment crier : « *Elle décharge tout sur moi !* »

Toute tentative d'opposition, de contradiction de Mathieu est vécue comme une attaque par la mère et stoppée nette par Alain, sans aucune prise en compte des ressentis de Mathieu.

Alain : « *Avec tout ce que tu fais, qu'il ne t'embête pas sur...* »

Mathieu est agité, il semble très en colère : « *Je l'embête pas ! Je peux parler aussi !* »

C'est seulement à ce moment-là, après une demi-heure d'entretien, lorsqu'interpellée par la mère et Alain sur le type de conduite à tenir que nous pourrions leur fournir face à la réaction que vient d'avoir Mathieu, que nous arrivons à prendre en compte ce que dit Mathieu. Nous ne comprenons pas vraiment ce qu'il se passe mais nous pouvons dire : « *S'il le dit comme ça c'est qu'il le ressent comme ça.* »

S'enclenche alors une réflexion sur les ressentis de la mère et du fils lorsqu'ils sont en désaccord.

Plus tard dans l'entretien, la mère peut dire qu'elle en fait tellement pour faire plaisir à Mathieu qu'elle ne tolère pas lorsqu'il n'est pas d'accord avec ce qu'elle propose.

La place d'Alain est également abordée car, même si la mère dit qu'il n'a pas son mot à dire, il le dit quand même.

Un moment est particulièrement intéressant, quand Alain peut dire à Mathieu : « *Oui mais t'inquiète pas, je t'aime quand même !* »

Mathieu : « *Tu m'aimes quand même ?* »

Alain : « *Si je te dis tout ça c'est pour te faire grandir ?* »

Mathieu : « *Oui mais ça me fait un mal-être.* »

Nous demandons alors si l'autorisation de la mère ne rendrait pas les consignes d'Alain plus tolérables pour Mathieu.

Alain rapporte le fait que ça s'est bien passé chez lui le weekend dernier.

Mathieu : « *Oui mais c'est pas ça ! C'est les réflexions !* »

Lors du visionnage nous envisageons qu'il peut s'agir des réflexions sèches que fait Alain dès que Mathieu s'oppose ou des réflexions qu'Alain fait sur son père.

Il est alors abordé la répartition des tâches décisionnelles dans la famille. La fin d'entretien est d'ailleurs plus apaisée. Dans les échanges, les adultes peuvent se positionner de manière plus claire face à Mathieu tout en prenant un peu plus en compte sa position d'adolescent. A notre avis, ce ne sont pas des éléments qui sont apparus grâce aux entretiens, mais que les entretiens ont pu renforcer et faire ressentir, voire expliciter par la famille.

La question est aussi de savoir comment Mathieu peut exprimer son ressenti sans attaquer sa mère, qui fait tout pour le satisfaire jusqu'à l'épuisement et de ce fait ne supporte plus aucune contradiction ; et comment Alain peut-il se positionner fermement avec l'autorisation de la mère, ce qui éviterait peut-être les excès.

A la question sur l'intérêt de ce type d'entretien, Mathieu répond : « *Heu oui... oui mais après le truc c'est que j'arrive pas trop à retenir... ça fait comme si il s'était rien passé... mais oui je trouvais ça bien parce que c'était un endroit où je pouvais dire les choses... comme Alain il m'énerve... voilà... sans que ça... voilà...* »

Le consultant : « *Sans que ça quoi ?* »

Mathieu : « *Ben peut-être que si c'était pas comme ça... à la maison ça aurait claqué... et aussi on avance, même si je me rappelle pas trop de trucs... le fait qu'on se dise les choses... après... et si moi je retiens pas les trucs peut-être que maman et Alain, ils...* »

Il est alors interrompu par sa mère et Alain que nous stoppons immédiatement pour redonner la parole à Mathieu, en lui précisant que l'important ce n'est pas forcément ce que l'on retient mais peut-être ce que l'on ressent.

Mathieu : « *Même si je me souviens pas ça va avancer tout seul non ?* »

Il nous demande ensuite ce qu'il doit retenir de l'entretien, ce qu'il avait déjà fait au précédent. Nous lui répondons à nouveau que nous ne pouvons pas le savoir pour lui.

La mère : « *De tout manière, ce dont on a parlé c'est ce qu'il se passe ; on est conscient qu'il y a des petits soucis, des choses à améliorer, mais je pense que Mathieu, il faut qu'il*

sache que, même si demain il y a la même chose qui se reproduit, une fois qu'on a échangé et qu'on n'est pas forcément d'accord, il faut qu'il avance... même moi la première, il ne faut pas qu'on s'arrête là. On a le droit d'être différent, on a le droit d'avoir ses propres mots... »

Mathieu : « Je ne comprend pas. »

La mère : « Par exemple, si tu dis que Alain t'énerve, que moi je te regarde de travers, c'est sur le moment, en fait il faut te dire que c'est pas ça qui va enlever le fait que je t'aime... ça je t'aimerai toujours, je veux que tu le saches... et ce n'est pas parce qu'on est en désaccord pour tel ou tel point ou que tu n'es pas d'accord avec Alain pour tel ou tel point, que c'est pas bénéfique ; c'est sur le moment ! ... Il faut que tu te dises, que même si on n'est pas d'accord, comme c'était le cas tout à l'heure, tu vas avancer quand même. T'iras voir tes copains ou autres et tu reviendras voir Alain : "tiens on va faire la jardinière", ou moi : "tiens on va faire des crêpes"... »

Le consultant : « Même si on n'est pas d'accord, on s'aime quand même ? »

La mère : « Voilà ! »

Nous la questionnons sur l'intérêt, pour elle en particulier, de ces entretiens.

La mère : « Utiles non, pas forcément une utilité puisqu'on le connaît le problème, c'est parfois même un peu soulant de le revivre puisqu'on le connaît. (Rappelons qu'elle disait l'inverse au début de l'entretien.) Le problème va pas se résoudre du jour au lendemain, on le vit en permanence... Si on n'est pas d'accord sur un point, la vie elle ne tourne pas qu'autour de ça, il y a d'autres moments qui sont agréables... Après c'est à nous de relativiser, mais c'est plus facile à dire qu'à faire. »

Mathieu : « ... T'as dit quoi déjà ? ... relativiser, heu... »

La mère : « C'est-à-dire que si Alain ou moi on t'énerve sur le moment, ça va passer et il y aura d'autres moments qui seront positifs derrière. »

La mère explique tout ceci à Mathieu avec beaucoup d'application. Il nous semble, tout du moins nous espérons qu'à ce moment-là elle se l'explique un peu aussi à elle-même.

Si la mère nous dit qu'elle ne trouve pas d'utilité aux entretiens, on ne peut pas s'empêcher de penser que ce qu'elle formule là, elle n'aurait peut-être pas eu l'occasion de le formuler, ce qui pourtant nous semble essentiel, à ce stade du cycle vital de la famille où la différenciation de Mathieu passe nécessairement par l'opposition. Et au vu des réactions de la mère au désaccord de Mathieu on peut se demander si tout cela était si évident pour elle.

Alain : « *Moi c'était surtout pour faire avancer Mathieu... de toute façon, moi la séance je l'ai accepté, je voulais aussi intervenir un petit peu dans la ? de Mathieu* (nous n'avons pas compris le mot qu'il a utilisé, le discours était hésitant), *et puis je voulais donner ma version, par rapport à ce que je vois depuis plus de deux ans que je suis avec eux, pour qu'on avance tous ensemble et je pense qu'on va y arriver !* »

Nous leur remettons ensuite les coordonnées de l'unité de thérapie familiale, en leur demandant s'ils souhaiteraient poursuivre ce travail.

Mathieu semble très intéressé, se lève pour voir le carton mais s'inquiète de « *devoir tout réexpliquer* ».

La mère et son compagnon : « *Si c'est bien pour Mathieu* », mais ne semblent pas s'en saisir pour eux.

Alain pourra toutefois à la fin réexpliquer à Mathieu l'intérêt de « *mieux se comprendre pour mieux vivre ensemble* », ce qui nous montre qu'il en aura compris un certain intérêt. Il lui explique également que cela n'est pas obligatoire et qu'ils peuvent se laisser le temps de réfléchir.

Au total

Ces entretiens ont été particulièrement éprouvants à faire, à visionner et à retranscrire, au vu de l'abondance des informations amenées et la difficulté à y trouver un fil conducteur. Les participants parlaient très souvent en même temps, sans s'écouter. Il a été très difficile, voire impossible de suivre un fil au cours des entretiens. Nous espérons que ce texte aura tout de même un peu rendu compte de ce qu'il se passait dans leur « *petit groupe* » (terme utilisé par Alain au cours des entretiens « *notre petit groupe* »).

Nous étions face à une famille à transactions chaotiques (Ausloos, 1995 ; *Annexe 5*) semble-t-il, où les événements se succèdent sans prendre sens, les relations et les positions sont mal définies.

Les transactions sont particulièrement chaotiques et nous avons le sentiment d'être noyés dans l'entretien, de ne pas arriver à garder le fil de notre pensée et de la conversation, on peut alors imaginer l'ampleur que ces sensations peuvent prendre pour les membres du système pour qui tout ceci a en plus une résonance émotionnelle intense.

Au milieu des multiples problématiques amenées, il n'a évidemment pas été possible de s'arrêter sur toutes, nous avons tenté, non sans mal, de nous arrêter sur celles qui concernait

la position de chacun dans ce « *petit groupe* », le mouvement de différenciation de Mathieu et plus succinctement les conflits de loyauté avec la famille d'origine de Mathieu.

Concernant les positions de chacun, le colocataire, à qui la mère veut expliquer qu'il n'est que colocataire, est tout de même quelqu'un qui s'est occupé de Mathieu pendant huit ans et à qui il est très attaché.

La mère est en grande difficulté pour se positionner vis-à-vis de son fils et de son compagnon. Elle nous donne également l'impression d'avoir des difficultés à accepter la place que peuvent prendre Patrick et Alain auprès de Mathieu, lorsqu'elle explique à Patrick qu'il n'est que le colocataire et à Alain qu'il n'a pas son mot à dire, alors que nous avons vu que Patrick est bien plus que le colocataire et Alain a son mot à dire.

En effet même si la mère tente de dire le contraire, il nous semble clair que le compagnon a son mot à dire, ce qu'il fait. Nous remarquons également que la mère a décidé de le faire venir aux entretiens, ce qui de fait, témoigne de la place qu'il prend dans la vie de Mathieu et valide ainsi qu'il a son mot à dire.

Enfin, Mathieu amène à de nombreuses reprises son désir de plus d'autonomie, que les adultes autour de lui ont des difficultés à entendre, ce qui est littéralement notre cas au cours des entretiens. Lorsque ses tentatives de différenciation sont finalement entendues elles sont tout de suite connotées négativement par le « groupe ».

Mathieu est à la fois maintenu dans une position infantile qui ne lui permet pas de grandir et de se différencier, et à la fois aux prises avec des décisions (celle de la colocation par exemple) et des conflits (entre ses parents) d'adultes. Tout doit être excessivement confus pour lui et on imagine bien qu'il ne sache pas trop où se situer là-dedans. Ceci nous fait penser à son besoin de toujours vérifier s'il pense bien : comment savoir dans une telle confusion où tellement d'informations différentes, voire parfois paradoxales se côtoient ?

De plus, on peut imaginer d'un point de vue systémique que Mathieu trouve aussi un intérêt à maintenir cette position centrale dans le système de leur « *petit groupe* » tel qu'il est organisé. On peut imaginer qu'il apprécie le fait que sa mère et Patrick soient « *aux petits soins* » pour lui. Au niveau de sa famille d'origine aussi, il semble tirer un certain bénéfice de cette position centrale ; à un moment dans le deuxième entretien, il nous donnait l'impression de choisir chez qui il allait passer ses vacances selon quel type de vacances organisait le père ou la mère.

La question de la réintroduction du temps repris par la mère en fin d'entretien, lorsqu'elle dit que lorsqu'il y a des moments difficiles il faut penser aux bons qu'il y a eu et qui viendront, nous fait penser que ces entretiens ont tout de même eu un intérêt.

Enfin, on peut noter qu'il n'a pas été vraiment possible de questionner le discours officiel concernant l'histoire familiale.

Le dispositif tel qu'il a été mis en place pour Mathieu permettait de questionner l'ici et maintenant mais nous avons le sentiment que les questionnements de l'organisation et du fonctionnement de ce « petit groupe » ont limité l'abord des ressentis concernant la famille d'origine de Mathieu et en lien avec des problématiques du couple parental et de la problématique transgénérationnelle. Ceux-ci auraient probablement être plus présents lors des entretiens si nous avions décidé de ne recevoir que Mathieu et sa mère.

3) Valentin, sa mère et son frère Pierre.

Valentin est âgé de 14 ans. Il s'agit d'une hospitalisation programmée, pour une durée de trois semaines au mois d'août, dans le but de mettre en place des soins en hôpital de jour dès la rentrée scolaire, dans un contexte de déscolarisation ayant débuté il y a plus d'un an (avril 2013), alors que Valentin était scolarisé en 5^{ème}. Il avait déjà été hospitalisé en Juin 2013 dans ce contexte. En septembre 2013, Valentin est tout de même rentré en 4^{ème}. Une nouvelle hospitalisation avait été proposée en octobre 2013, mais Valentin avait finalement refusé de venir au moment de l'entrée. Des temps d'hôpital de jour avaient été proposés l'hiver dernier mais l'adhésion n'avait pas été suffisante, Valentin ne s'y était rendu que deux fois. Cette fois-ci Valentin était décidé. La question d'une addiction aux jeux vidéo en ligne a également été évoquée lors du suivi.

La mère est aide-soignante dans un hôpital de la région. Valentin vit avec elle et son frère Pierre âgé de 18 ans, qui est en internat depuis 3 ans et va partir à Roubaix pour ses études à la prochaine rentrée scolaire. Le père s'est suicidé il y a 2 ans, quelque temps après la séparation du couple et le départ de la mère et des enfants de la maison familiale.

Dans le service, Valentin reste énigmatique pour l'équipe soignante, qui a des difficultés à le penser et ne sait plus quoi lui proposer. Lors des entretiens individuels il est quasi-mutique, répond souvent « *je sais pas* » ou encore « *je me rappelle pas* » ; il n'apporte aucun élément d'anxiété, aucune émotion et ne semble pas se saisir de ces temps d'élaboration proposés.

Son comportement avec ses pairs est très lisse, Valentin ne fait pas de vague, il se colle au mouvement du groupe, sans prise d'initiative personnelle. Il ne parle pas de lui.

Deux entretiens familiaux ont eu lieu lors de cette hospitalisation, ils se déroulent en présence de Valentin, sa mère, son frère et une infirmière de l'unité où il est hospitalisé.

Premier entretien

Depuis la sixième, Valentin présentait des maux de ventre le matin, qui parfois l'empêchaient d'aller au collège, ceux-ci se sont atténués durant l'année de sixième. En cinquième, il avait toujours mal au ventre mais il arrivait à supporter et à aller en classe. Ces maux de ventre se manifestaient dès le réveil. Il pouvait arriver que Valentin vomisse avant de partir ou sur le trajet pour aller prendre le bus.

C'est la mère qui nous raconte tout ceci. Lorsque nous interrogeons Valentin ou que sa mère vérifie auprès de lui ce qu'elle dit, nous obtenons un « *je sais pas* ».

La mère se questionne alors sur un lien avec le décès du père en janvier 2013. Celui-ci s'est suicidé peu après leur séparation. Il s'est pendu dans la maison familiale le jour prévu du déménagement. La mère et ses parents l'ont retrouvé au moment où ils venaient prendre ses affaires.

Dès le moment où la mère aborde cet événement avec beaucoup d'émotion, semblant aller vers un ressenti de culpabilité, Pierre la coupe et énumère toutes les raisons qui ont mené selon lui à ce suicide. Il est tendu, agacé : « *Non mais faut aller plus loin... il avait un problème avec l'alcool, il a perdu son frère, il a perdu son emploi, il avait un projet qui ne s'est pas réalisé... ensuite ben voilà... tu t'es séparée et on a déménagé... enfin voilà c'est un ensemble...* », des raisons qui semblent presque logiques, coupant ainsi court à toute expression émotionnelle. Il nous donne l'impression de vouloir rassurer et protéger sa mère, de lui épargner tout sentiment de culpabilité, voire de ne pas autoriser le système à évoquer le sujet.

La mère l'écoute, et ponctuée de « *oui, oui* » qu'elle semble vouloir convaincre.

Au vu de cette énumération, que nous n'avions pas retenue dans son ensemble sur le moment, nous tentons de nous arrêter sur une des raisons et de la questionner. Nous demandons quels étaient les problèmes du père avec l'alcool.

Nous apprenons alors que le père était « *agressif* », violent verbalement et parfois physiquement avec la mère. A partir de 15 ans, Pierre exprime clairement avoir pris la défense

de sa mère à plusieurs reprises. L'implication de ses enfants dans les violences conjugales semble avoir décidé la mère à se séparer. Elle est partie chez sa mère avec ses enfants, ce que le père a mal supporté. Elle nous explique alors l'avoir retrouvé pendu le jour où elle venait chercher ses affaires avec sa famille.

Au cours de ces premiers échanges, Valentin a les larmes aux yeux, lorsque sa mère et son frère parlent de son père, même s'il semble vouloir le dissimuler, feignant une indifférence à ce qui est dit.

Le consultant : « *Vous y repensez beaucoup ? C'est quelque chose qui entre vous trois peut se discuter ?* »

La mère : « *On n'en parle pas entre nous.* »

Pierre : « *Moi, perso je suis passé à autre chose...* », à demi-voix se tournant vers sa mère
« *Je ne vais pas me prendre la tête... mais c'est vrai ?* »

La mère : « *Oui, oui* »

Pierre : « *On vit...* »

Le consultant : « *Vous disiez, vous vivez ...* »

Pierre : « *Ben voilà, j'essaye d'avancer... je laisse place à mes études, je vais pas me ronger parce qu'il a fait une connerie... ça me concerne pas... ah si en partie, mais je vais pas...* »

Il évoque tout de même des moments de colère mais nous dit se contrôler tout seul et passer à autre chose.

En le questionnant sur ses études, Pierre nous apprend qu'il part à Roubaix dans quelques semaines. La mère évoque alors, en laissant transparaître une certaine anxiété, les nombreux changements actuels, le départ de Pierre, leur déménagement. La mère vient d'acheter une maison après avoir vendu la maison où ils vivaient tous les quatre.

Nous reformulons : « *la famille continue à avancer, en mettant tout ça de côté... ça vous rattrape parfois ?* »

La mère évoque vaguement des difficultés qu'elle a eues, disant que maintenant ça va mieux et ramène immédiatement « les petits soucis de Valentin », comme le principal problème ; donnant l'impression qu'à part ça tout va bien.

Les symptômes présentés par Valentin nous donnent la sensation de laisser tout le monde assez indifférent. Le frère pourra l'exprimer clairement « *Je t'aime bien mais chacun ses soucis ... je ne vais pas me ronger parce que Valentin n'arrive pas à aller à l'école* »; la mère si elle nous dit au niveau verbal être très inquiète, nous semble paradoxalement assez apaisée au plan analogique.

Le problème de Valentin est décrit comme « *un blocage* ».

La mère : « *On voyait bien qu'il était bloqué qu'il ne pouvait pas passer le pas.* », reprenant des propos de Valentin, « *de toute manière, je sais pas, j'y arrive pas, je sais pas pourquoi* »

Il semble qu'à la maison tout va bien, il y a « *juste ce souci d'école* ».

La mère nous décrit par exemple, des matins où Valentin peut rester 20 minutes sous la douche sans bouger sans se laver. « *On voit qu'il y a quelque chose qui le bloque* ».

Nous demandons alors si ce quelque chose l'empêche de sortir de la maison ou juste d'aller à l'école. Valentin nous répond « *je sais pas* » et préfère écouter sa mère en parler.

Valentin sort rarement de la maison, et jamais seul, toujours accompagné de sa mère pour faire des courses ou de son cousin. La mère tente d'expliquer qu'il ne sort pas seul par le fait que le coin est mal desservi en transport en commun. Il semble que cela n'ait pourtant pas limité les sorties de Pierre au même âge et Valentin ne demande jamais à sa mère d'aller chez des amis ou d'en inviter.

La mère évoque le fait que Valentin soit un peu exclu de son groupe d'amis depuis qu'il ne va plus au collège. Mais il semble qu'avant non plus, il ne voyait pas ses amis à l'extérieur du collège.

Le consultant : « *Et ça te manque de ne plus voir tes copains ?* »

Valentin : « *Ben ouais c'est sûr je voudrais bien les voir mais bon...* »

Le consultant : « *Mais bon quoi ?* »

Valentin : « *Je sais pas...* »

Le consultant : « *En fait t'as pas trop envie de voir des gens.* »

Valentin : « *Ben si mais je sais pas comment faire.* »

Le consultant : « *Et qu'est-ce que tu fais de tes journées ?* »

Valentin : « *Je regarde la télé...* »

Pierre intervient : « *C'est très simple, il joue à la console... ses amis... en fait c'est qu'il communique par la console, il joue en ligne, du coup il parle avec mon cousin avec qui il est très proche et puis ils jouent ensemble ... c'est vrai qu'il n'y a pas de contact physique* »

Nous apprenons alors que ce cousin est un des deux fils du frère du père de Valentin et Pierre, qui est également décédé deux ans avant d'une crise cardiaque. Ils sont tous les deux proches de leurs cousins, l'un est de l'âge de Pierre, ils ont les mêmes amis et l'autre est de l'âge de Valentin et ils sont très proches. Les quatre ont toujours été proches, le père de Valentin et Pierre les amenait souvent chez son frère lorsqu'ils étaient plus jeunes.

Au fil de la discussion, Valentin peut finalement nous dire clairement qu'il joue aux jeux vidéo pour communiquer avec ses amis. Il nous explique ne pas y trouver d'autre intérêt que celui d'être en contact avec ses pairs, « *les jeux, c'est devenu lassant, je joue juste pour jouer avec eux* ». Il s'agit de jeux de guerre pour lesquels il ne semble pas avoir grand intérêt, Valentin nous explique qu'il y joue parce que c'est ce type de jeux qui intéresse ses amis. Nous requalifions alors les jeux de Valentin comme « *un moyen de garder un contact avec ses copains, avec l'extérieur* ». Ce que toute la famille valide d'un hochement de tête.

Pierre donne son ressenti sur les symptômes de Valentin, il nous explique qu'au début cela l'énervait, qu'il n'y croyait pas. Pour lui, c'était juste « *la flemme d'aller à l'école* », il simulait pour ne pas aller au collège.

Nous le questionnons pour savoir s'ils en ont déjà discuté ensemble.

Pierre : « *On parle pas ...* »

Nous les questionnons sur leur relation, sur leur proximité.

Pierre : « *comme deux frères... on n'a pas des conversations... on se confie pas, parce que moi je suis pas comme ça, je garde tout pour moi* », ce que la mère valide.

L'infirmière : « *Et Valentin, il garde tout pour lui ?* »

Valentin : « *Ben je vais pas... je dis pas... je dis pas les choses comme ça* »

Ils nous expliquent que chez eux, ils parlent du quotidien, pas de ce qui est difficile, ou de ce qui peut les faire souffrir. Nous leur demandons si cela a toujours été le cas dans leur famille. La mère nous dit ne s'être jamais posé la question, « *quand tout va bien...* ».

Le consultant : « *Et tout allait bien jusqu'à quand ?* »

Pierre se figeant brutalement puis reprenant : « Ben ! ... 'fin jusqu'à quand... jusqu'aux décès !... ben de tout le monde... de tout le monde », et d'un geste faisant mine de tout balayer avec son bras.

Le consultant : « *Jusqu'au décès de tout le monde.* »

La mère : « *Oui...* »

Pierre : « *Il y a eu une vague là, ils sont tous tch'... pffff* »

La mère nous explique alors que « *ça a commencé* » avec son père qui est décédé il y a 5 ans, d'un cancer qui l'a emporté en 6 mois. La mère évoque son père avec beaucoup d'émotion, les larmes viennent.

Le consultant : « *ça semble encore très présent ?* »

La mère, dans un souffle : « *Oui.* »

Le consultant : « *c'est pour ça qu'on en parle pas ?* »

Pierre : « *je ne ressens pas le besoin d'en parler, j'encaisse... je sais que ma mère c'est différent, elle a besoin d'en parler mais je suis pas là pour en parler... j'aime pas ça* »

Nous lui demandons alors : « *ça vous embête qu'on en parle maintenant ?* »

Pierre : « *Non, ben non...(regardant Valentin en souriant), parce qu'il faut le faire !* »

Nous avons alors l'impression, que la mère et Valentin se détendent instantanément, ils rient presque.

Nous questionnons alors la mère sur son besoin d'en parler ou non.

Elle nous dit alors en parler et être suivie de son côté par une « *infirmière-psychologue* », depuis le décès de son mari, mais qu'avec ses enfants il n'est pas possible d'en parler. La mère nous dit pourtant pleurer facilement mais dans ces cas-là Pierre lui dit d'arrêter, il ne supporte pas de la voir pleurer. Quand c'est tout de même le cas, elle sort pour aller pleurer dehors, et le reste du temps elle se cache. Nous comprenons qu'elle pleure encore fréquemment et qu'elle est probablement encore très déprimée.

L'infirmière, à Pierre : « *... J'ai l'impression que tu protèges beaucoup ta maman...* »

Pierre : « *Peut-être... je me protège moi aussi... j'aime pas tout ça...* »

Le consultant : « *Pourquoi ? Parce que ça serait trop dur d'y repenser ?* »

Pierre : « *Peut-être, je sais pas... je me suis forgé une petite armure...* »

Le consultant : « *Et ça va, elle marche bien ou il y a des moments où ça vous rattrape ?* »

Pierre : « *Ouais, si, si, ça me rattrape.* » La mère hoche la tête.

Le consultant : « *Et en général, c'est...* »

Pierre : « *Explosif !* » La mère continue à hocher la tête.

Le consultant : « *C'est-à-dire ?* »

Pierre : « *Explosif... non mais je pleure pas... je... je... je te laisse parler* », se tournant vers sa mère.

La mère : « *Ouais... Il se met en colère...* »

Pierre : « *...facilement.* »

La mère : « *Il a changé de caractère... parce qu'il était tout mignon ... il est devenu un petit peu... dès que ça va pas il s'énerve... c'est cette colère intérieure qui ressort... enfin je vois ça comme ça, je suis pas... (faisant un signe de tête vers nous) ... Il garde tout et quand ça va pas, il explose.* »

Pierre : « *quand il y a plein de choses qui vont pas, j'encaisse, j'encaisse et au bout d'un moment je pète un câble.* »

Pierre a d'ailleurs depuis un an un punching ball dans sa chambre pour s'en servir dans ces moments-là.

Nous questionnons alors Valentin : « *Il est entre les deux, Valentin* » nous répond-il. Nous lui demandons alors si lui aussi repense à tout ça. Il parvient alors à dire qu'il repense beaucoup au décès de son père, souvent le soir, se posant beaucoup de questions sur ce qu'il s'est passé.

Au moment de la prise de rendez-vous pour la semaine suivante il nous semble que la mère attend l'autorisation de Pierre pour accepter. Et au moment où il accepte, la mère et Valentin se détendent.

Après le premier entretien, les soignants de l'unité et les internes nous ont fait part de leur sensation que Valentin était plus mobilisable en entretien individuel, plus dans l'échange avec les soignants. Ils ont également remarqué qu'il avait bien repéré ce temps puisqu'il avait bien retenu l'horaire et donné l'impression d'avoir envie de s'y rendre.

Second entretien

Il s'agit du dernier entretien, car la mère ne sera pas disponible la semaine suivante, du fait de son travail.

La mère remarque d'emblée qu'ils prennent les mêmes places assises dans la salle d'entretien ; celles-ci correspondent d'ailleurs à celles qu'ils prennent habituellement, où elle est assise entre ses fils.

A propos du dernier entretien, la mère peut nous dire spontanément « *j'ai trouvé que c'était bien parce que ça a permis qu'on s'écoute... que chacun dise ce qu'il ressent... ça, on l'avait encore jamais vraiment fait... ça a permis que Pierre puisse parler et Valentin aussi... c'était positif... comme ça, nous trois, on parle pas... c'est vrai aussi que vous amenez la question... c'est vrai qu'à la maison on parle du quotidien, mais pas forcément de ça, pas forcément de ce qu'on ressent... c'était positif.* »

Ici la mère exprime de manière assez claire l'utilité que nous voulions donner à ces entretiens : accompagner les familles à aborder leurs ressentis, leurs émotions, dans un cadre plus sécurisant, accompagnées de soignants, permettant une communication différente.

Lors de ce premier entretien ils ont appris sur les ressentis des autres et sur les leurs, ressentis qu'ils avaient mais dont ils ne réalisaient pas à quel point ils les partageaient. Ils nous donnaient l'impression que chacun restait muré dans sa souffrance, ne la partageant pas pour ne pas inquiéter et ne voulant pas voir celle des autres pour ne pas ressentir la leur.

D'emblée, lors de ce second entretien, la mère et Pierre abordent le suicide du père, nous montrant qu'ils ont trouvé un lieu pour en parler. Il n'est plus question de la déscolarisation de Valentin, ils viennent parler de la famille.

La mère nous redit qu'avant ils n'en avaient jamais parlé, ils n'avaient « *jamais parlé du pourquoi, du comment* », (questions que Valentin nous disait se poser à la fin du dernier entretien), ajoutant « *ils savent... enfin ils s'en doutent... mais on n'en a jamais parlé* »

Nous abordons alors la question du pourquoi.

Pierre : « *Il nous a pas non plus... enfin voilà c'est comme ça... je sais pas... il nous a pas non plus dit que ça n'allait pas bien...* »

La mère : « *que ça allait si mal tu veux dire...* »

Le consultant à Pierre : « *Vous auriez aimé qu'il vous en parle ?* »

Pierre : « *ça aurait peut-être pu éviter mais bon après... ça aurait peut-être rien changé. Il n'était pas comme ça non plus, tu vois (à sa mère), il parlait pas non plus...* »

La mère : « *Il gardait tous ses problèmes pour lui.* »

La mère aborde alors le grand mal-être du père, et nous explique qu'il refusait de consulter pour en parler. Il parlait avec elle des difficultés à son travail. Pour elle, il aurait dû être aidé au moment du décès de son frère et il n'a jamais voulu. Elle explique l'avoir soutenu pendant plusieurs années, lui avoir également conseillé de consulter pour arrêter de boire. Elle semble avoir pris soin de son mari pendant plusieurs années.

Au vu des difficultés qu'ils ont à en parler ensemble, nous leur demandons s'ils en discutent avec d'autres personnes. La mère et Pierre nous regardent l'air interloqué.

Valentin, seul : « *Avec mamie...* »

Valentin est très proche de sa grand-mère maternelle selon la mère. On apprend alors que depuis que Valentin ne va pas au collège, sa grand-mère vient souvent lui tenir compagnie, « *le cocooner, pour ne pas qu'il soit tout seul ... elle s'inquiète* », ou plus fréquemment que la mère le dépose chez la grand-mère en allant travailler et le récupère au retour. « *pas tout le temps, c'est quand il est d'accord* »

Valentin : « *Mamie, elle aime bien raconter, elle parle plus...* »

La mère : « *Ah oui ! Mamie elle parle beaucoup !...* »

Pour nous, Valentin exprime clairement qu'il va chez sa grand-mère, pour parler, pour obtenir des informations sur l'histoire familiale et peut-être des réponses aux questions qu'il se pose.

Nous abordons la relation entre la mère et sa propre mère. Elles sont très proches et ne peuvent pas passer plus de deux jours sans s'appeler ou sans s'inquiéter l'une de l'autre. La mère passe devant chez sa mère au retour de son travail et s'arrête souvent. « *...et puis comme elle aussi, elle est toute seule, je m'inquiète aussi pour elle* » se reprend « *je m'inquiète... enfin voir si ça va quoi* ».

Il nous semble alors qu'il est sans doute plus rassurant pour elle, qui s'inquiète beaucoup de la solitude de ses proches, de rassembler Valentin et sa mère lorsqu'elle va travailler ; cela lui permet peut-être d'être moins inquiète pour eux.

La mère continue : « *Ça c'est moi, je suis toujours inquiète, de nature.* »

Elle évoque avec Pierre le fait qu'elle le laisse sortir comme il veut mais qu'elle a toujours besoin qu'il lui envoie un message pour dire qu'il est bien arrivé.

La mère : « *Valentin ça fera pareil, enfin Valentin il sort pas pour l'instant donc ça va !* » sur le ton de la plaisanterie. Elle parle des sorties le soir. Pour ce qui est de la journée elle nous dit qu'elle serait moins inquiète si Valentin était au collège avec du monde. Elle est plus inquiète qu'il soit seul à la maison. Elle se rappelle du moment où Pierre est parti en internat, où Valentin restait parfois seul jusqu'à 22h, du fait de ses horaires de travail, alors qu'il était âgé de 11 ans, ce qui l'inquiétait beaucoup. Elle nous parle d'un « *chamboulement* » pour Valentin, Valentin lui, dit ne pas s'en souvenir.

La mère revient sur son anxiété, nous expliquant que lorsqu'ils étaient petits elle était toujours très inquiète.

Actuellement Valentin ne lui demande pas de choses qui l'inquiètent.

En fin d'entretien il est abordé le retour de Valentin au collège pour la rentrée. Si cela ne fonctionne pas, il est envisagé une hospitalisation au long cours avec une rescolarisation depuis l'unité d'hospitalisation et à plus long terme une prise en charge dans un foyer thérapeutique.

La mère : « *J'ai pu rien faire pour qu'il aille à l'école* », on voit bien tout le travail qu'il y aurait à faire avec cette mère, pour qu'elle se sente à nouveau compétente.

La mère peut dire que « *maintenant il veut ... il est d'accord pour se faire aider* ». Il y a quelques mois, il refusait de se rendre aux consultations avec le pédopsychiatre. La mère nous dit avoir beaucoup appréhendé qu'il refuse à nouveau cette hospitalisation.

Toute la famille montre une grande passivité par rapport à la déscolarisation et aux soins.

La mère : « *Il fallait qu'il comprenne qu'il avait besoin d'aide.* »

Nous tentons de leur proposer l'hypothèse selon laquelle Valentin est encore un membre de la famille pour qui la mère doit lutter afin qu'il se fasse soigner. Mais elle semble ne pas comprendre ce que nous sommes en train de lui dire.

Au cours de cet entretien, on constate que Valentin parle beaucoup plus, il amène de la légèreté et de l'humour à certains moments de l'entretien.

A la fin de l'entretien, nous demandons : « *Toi Valentin, est ce que tu as trouvé un intérêt à ces entretiens ?* », et en le disant nous le regrettons déjà, car nous avons pu constater que

Valentin avait plutôt tendance à s'appuyer sur ce qui était dit par sa famille pour s'exprimer, et dans le cas contraire avancer plutôt son « *je sais pas* ». Finalement Valentin nous étonne.

Valentin : « *Ben ouais... Ecouter... et parler après...* »

Le consultant : « *Ecouter ?* »

Valentin : « *Ecouter ce qu'ils pouvaient dire sur moi, sur l'école et ce qu'ils pouvaient ressentir et tout !* »

Le consultant : « *Et c'est quelque chose que tu aimerais continuer ce travail en famille ?* »

Valentin : « *Ben ouais* »

Le consultant : « *Et vous Madame ? Vous y avez trouvé un intérêt ?* »

La mère : « *Oui, ça permet de s'écouter comme dit Valentin. C'est dommage qu'on ne puisse pas venir la semaine prochaine... mais c'est vrai que quand on se retrouve chez soi, dans sa maison, on ne prend pas le temps. Là c'est qu'on nous a un peu obligés ... On est dans le quotidien...* »

Valentin : « *On fait nos trucs...* »

Mère : « *On est chacun dans son petit coin et on parle pas.* »

Le consultant : « *Et vous seriez intéressée à continuer... à faire un travail en thérapie familiale ?* »

La mère : « *Ben ouais, moi je pense que ça ne peut être que positif... et je pense que pour Valentin, ça peut lui apporter des choses... tout ce qu'on peut faire je pense que c'est important à faire.* »

Consultant : « *Et vous Pierre ?... Ça peut être non !* ».

Sur le moment nous avions plutôt le sentiment d'une réticence et peut-être d'un ennui chez Pierre lors de ces entretiens, ce n'est qu'après cette réponse et lors du visionnage, que nous avons saisi tout l'intérêt qu'il y avait porté.

Pierre : « *Si, si, même le fait de parler, parce que moi je parle pas du coup... j'ai jamais parlé à quelqu'un de quoi que ce soit... même pour moi c'était bien* »

Le consultant : « *Vous avez trouvé intéressant de pouvoir parler...* »

Pierre : « *Oui un intérêt personnel.* »

Le consultant : « *Et vous seriez intéressé de poursuivre...* »

Pierre : « *Je suis pas contre mais après pour les disponibilités, ça va pas être évident.* », évoquant alors son départ pour Roubaix.

A la fin de l'entretien, l'infirmière a également pu retransmettre à tous ce qu'elle a ressenti lors de ces entretiens. Elle nous dit avoir vu une évolution entre les deux entretiens. Pour elle, et comme il nous l'a dit, lors du premier entretien Valentin a plus écouté, alors que lors du deuxième, il a plus osé parler. Elle a noté également que « *ça circule mieux* » entre les membres de la famille lors du deuxième entretien. Elle leur dit aussi que leur intérêt s'était vu lors des entretiens et qu'ils étaient tous très à l'écoute les uns des autres, très attentifs.

Des échanges avec les soignants du pavillon et l'interne qui suivait Valentin, nous informent que Valentin et sa mère leur ont exprimé leur impossibilité d'aller consulter en thérapie familiale sans Pierre.

Au total

Cette famille s'est bien saisie du dispositif. On peut le voir au fait que le deuxième entretien démarre par les questions que nous avons laissées en suspens la fois précédente « *le pourquoi du comment* ». Il est également beaucoup plus fluide, comme si le premier entretien avait libéré leur parole, autorisé la circulation, comme s'ils avaient trouvé un lieu assez sécurisant pour aborder leur souffrance.

Notre sentiment au sortir des deux entretiens est d'avoir dû lutter contre cette règle du silence entre eux. Les deux entretiens sont parsemés de longs moments de silence qui sont systématiquement rompus par les consultants. Nous avons ressenti une lourdeur, une chape de plomb qui pèse sur les entretiens et sur cette famille. Tout semble figé, paralysé. Ils semblent s'observer en chien de faïence, guettant et évitant l'expression de la souffrance des autres, et donc la leur.

Lors du premier entretien nous avons eu l'impression que Pierre avait stoppé net l'expression du sentiment de culpabilité de la mère, peut-être aussi pour éviter le sien, ce qu'il a pu nous exprimer ensuite. Au cours du deuxième entretien cet abord est possible. Des questions telles que « pourquoi ? » et « est ce qu'on aurait pu l'empêcher ? » peuvent être posées.

A plusieurs reprises lors de ces entretiens nous avons l'impression que Pierre est celui qui autorise ou n'autorise pas la parole. Et lorsqu'il l'autorise, Valentin et sa mère se détendent immédiatement.

Lors du second entretien, Pierre se montre d'ailleurs un peu plus en retrait, plus détendu, comme s'il avait pu abaisser son niveau de vigilance, semblant autoriser les autres à parler. Lors de ce deuxième entretien tous se laissent plus aller. Il y a des moments de complicité et de rire. Valentin participe plus au niveau non verbal et parle plus et plus de lui, employant moins le « je sais pas ». La mère semble moins figée, moins triste. On imagine que le premier entretien leur a peut-être permis de voir qu'il est possible d'exprimer et de partager ses ressentis sans s'effondrer ou sans « exploser ».

Pierre qui, d'emblée, nous expliquait ne pas vouloir « *se prendre la tête* » a finalement trouvé un intérêt personnel à ces entretiens, et au-delà du travail familial, il aura pu expérimenter, voire dédramatiser le fait de « parler à quelqu'un ».

Concernant Valentin, nous avons vraiment eu l'impression qu'il s'est aussi saisi du dispositif. Il a commencé par écouter très attentivement ce qu'il se disait. Ensuite, nous avons ensuite pu constater qu'il pouvait s'appuyer sur ce qui avait été dit par sa mère et son frère pour parler un peu de lui et mettre des mots sur ses ressentis, ce qui semblait quasi-impossible jusque-là.

Concernant ses symptômes, à plusieurs reprises au cours des entretiens, nous avons eu l'impression qu'ils laissaient indifférents les membres de sa famille. La mère, qui se décrit comme très anxieuse et peut l'être au cours des entretiens pour d'autres sujets, ne l'est pas du tout lorsqu'elle parle des difficultés de Valentin. Pierre, lui, reconnaît volontiers ne pas vraiment s'en soucier.

C'est en ce sens qu'au niveau systémique, on peut penser que tout le monde s'accommode de ce symptôme, ne s'en inquiète pas vraiment et, en allant plus loin on peut se demander en quoi il est utile à la famille.

Cette déscolarisation se présente comme un arrêt quasi brutal des mouvements d'ouverture vers l'extérieur. Valentin est « *bloqué* » à la maison, il ne peut pas sortir. Actuellement, il n'a quasiment plus d'échange avec l'extérieur, excepté via sa mère, son cousin ou les jeux vidéo.

Qu'est ce qui empêche cet adolescent de pouvoir entamer un mouvement de différenciation et de séparation de sa famille ?

Plusieurs hypothèses sont envisageables, en voici deux.

Dans cette famille, les deux enfants arrivent à un âge où l'un se sépare physiquement et l'autre doit entamer le processus de différenciation et de séparation. Au moment où son frère

atteint la majorité et se sépare de la famille en partant vivre à des centaines de kilomètres, on peut imaginer qu'il soit alors nécessaire que Valentin reste avec sa mère, qui semble très déprimée.

Que va-t-il se passer lorsque cette mère déprimée va se retrouver seule ? Qui va prendre soin d'elle ?

Tout ceci dans une famille où il ne faut pas laisser les autres seuls – par exemple la mère lorsqu'elle va travailler dépose Valentin chez la grand-mère pour ne pas qu'ils soient seuls- et lorsque cela arrive, l'expérience de la famille montre qu'au moment où on laisse un membre de la famille tout seul, il se suicide. En effet, dans l'histoire familiale, l'évènement particulièrement traumatique qu'est le suicide du père fait suite au départ de la maison familiale des autres membres de la famille.

Ainsi Valentin prendrait une fonction de « gardien » pour tout le système. Pierre peut partir, Valentin reste à la maison.

On peut aussi se demander si Valentin n'a pas pris la place de patient désigné qu'avait son père. Pendant plusieurs années la mère a pris soin de son mari, soins qu'elle a dû abandonner parce qu'ils étaient trop coûteux pour elle et ses enfants, avec les conséquences dramatiques que l'on connaît et l'intense culpabilité qui y est liée.

Valentin devient un nouveau « malade » dont la mère doit prendre soin.

Dans un travail à plus long terme on pourrait questionner la fonction de soignante de cette mère, qui se retrouve toujours dans cette position de devoir prendre soin de quelqu'un. Dans son travail d'aide-soignante, avec son fils actuellement, pour qui finalement elle arrive à passer la main et avec son mari, qui s'est suicidé quand elle a décidé d'arrêter de prendre soin de lui... Une piste de travail pourrait être de questionner la composante transgénérationnelle, en cherchant auprès de qui elle aurait pu déjà jouer cette fonction dans sa famille d'origine. Il s'agirait aussi de l'aider à retrouver l'individu derrière la fonction.

Il a finalement été impossible pour Valentin et sa mère d'aller consulter à l'unité de thérapie familiale, une fois Pierre parti de la maison. On peut émettre plusieurs hypothèses.

Pierre semblait être celui qui autorisait ou interdisait officiellement la parole dans la famille (officiellement, car d'un point de vue systémique tous les trois participent à cette autorisation ou interdiction formulée par Pierre) ; après son départ il n'est pas possible pour Valentin et sa mère d'envisager ce temps sans lui

On peut également se demander si le changement que ce travail apporterait ne serait pas trop menaçant pour la famille. Une fois Pierre parti, qui prendra soin de la mère ou de qui prendra soin la mère, si ce n'est Valentin.

4) Laura, ses parents et sa sœur Julie.

Laura est une adolescente âgée de 14 ans, hospitalisée dans un contexte de déscolarisation depuis avril 2014 alors qu'elle était scolarisée en 4^{ème}. Elle doit rentrer en 3^{ème} en septembre. Cette hospitalisation était programmée dans l'idée de poursuivre les soins en hôpital de jour à la sortie. Les difficultés pour se rendre au collège ont débuté quelques mois auparavant et sont mises en lien avec un mal-être, un repli sur soi, des éléments du registre dépressif qui feraient suite à la séparation de ses parents.

Elle vit chez sa mère, avec sa sœur Julie âgée de 19 ans. Julie a eu son bac cette année et doit passer le concours de la gendarmerie en septembre.

Les parents ont divorcé il y a environ deux ans et demi.

Ils vivent dans la même ville. Il semble que le père ait une compagne mais ceci ne paraît pas clair pour le reste de la famille. Elles diront ne pas savoir et semblent ne pas oser demander.

Les soignants qui suivent Laura ont déjà émis l'hypothèse qu'elle aurait des bénéfices secondaires à présenter de tels troubles et notamment celui de faire venir son père. Par exemple lorsque Laura refuse de se lever le matin, il arrive que la mère appelle le père au secours, pour qu'il vienne la lever.

Nous joignons la mère de Laura par téléphone, pour privilégier les personnes vivant sous le même toit. Au vu des éléments que nous avons sur l'intervention assez fréquente du père dans leur vie, nous avons laissé le choix à la mère de le faire venir ou pas.

Au premier entretien la mère et la sœur viennent seules, en expliquant que le père est au courant, qu'il ne peut pas venir cette fois-ci mais qu'il viendra peut-être la fois suivante. Une infirmière de l'unité où est hospitalisée Laura est présente aux deux entretiens.

Premier entretien

Dès les premières minutes du premier entretien lorsque nous questionnons sur les raisons de l'hospitalisation de Laura, la mère prend la parole et, d'emblée, aborde sa séparation du

père et nous explique que le mal-être de Laura a débuté car elle n'acceptait pas cette séparation.

La mère évoque la période de séparation des parents qu'elle met en lien avec le mal-être de Laura : c'est une période qui a duré un an, où la mère et les filles vivaient encore dans la maison familiale et le père faisait des allers retours entre « *chez sa maîtresse* » et leur maison. A cette époque la mère se décrit comme très déprimée ce qui, à son avis, a eu des répercussions sur ses filles. Elle espérait, que finalement, son mari la choisisse.

Julie confirme ce qu'évoque sa mère, et explique la position très délicate dans laquelle les filles étaient puisqu'elles voyaient leur mère pleurer en permanence, et parfois leur père venait les chercher pour aller au restaurant où ils retrouvaient son amie (« *sa maitresse* ») et le fils de celle-ci.

C'est finalement la mère qui aurait pris la décision de divorcer en janvier 2012, nous expliquant : « *Sinon j'y serais encore à attendre !* »

Julie dit également qu'elle n'aimera jamais Chantal, ce qui est effectivement compréhensible au vu du conflit de loyauté auquel les filles sont confrontées.

Il semble que le père ne voit pas ses filles de manière régulière. Julie étant majeure elle nous dit aller le voir quand elle veut. Concernant Laura, un jugement définit les visites chez le père un weekend sur deux et la moitié des vacances scolaires, ce qu'il ne respecte pas. La mère nous explique qu'il vient parfois la chercher l'emmène une heure au restaurant ou ailleurs et la ramène. Elle se réjouit d'ailleurs que l'hospitalisation puisse cadrer le temps chez le père et la mère, puis qu'il est prévu que Laura aille un jour chez sa mère et un jour chez son père pour le weekend de permission.

Il semble par contre qu'il appelle Laura tous les jours « *pour dire rien du tout* », nous dit-elle, et « *trop* » selon Julie, Laura nous dit qu'il arrive qu'elle ne lui réponde pas.

Laura nous dit avoir affiché une photo d'elles trois dans sa chambre dans le service, et se retourne vers sa mère : « d'ailleurs il faut que j'en prenne une avec papa »

La mère immédiatement ; « *ça serait mieux... mmm* » hochant la tête.

Nous : « *Pourquoi ?* »

Laura : « *Parce que c'est pas équitable !* », nous signifiant ainsi, le conflit de loyauté dans lequel elle est prise.

Une grande partie de l'entretien est dédiée aux symptômes de Laura.

Laura : « *C'était une mauvaise période* ».

La mère nous explique que Laura avait perdu tous ses repères, elle ne se plaisait pas dans la nouvelle maison. Elle restait enfermée toute la journée dans sa chambre, dans le noir, ne voulait plus sortir.

Laura pouvait rester enfermée des semaines entières sans sortir, passait l'essentiel de son temps dans sa chambre, refusant les propositions de sortie de sa mère. Les seules sorties étaient celles avec sa sœur, quand de temps en temps Laura lui demandait de sortir. Julie l'amenait alors se balader en voiture.

La mère nous raconte que Laura l'appelle parfois à son travail pour lui demander où est son jean, en général rangé dans l'armoire. Laura nous explique que parfois le simple fait d'avoir sa mère au téléphone lui permet de voir le jean sans que sa mère lui dise où il se trouve ; ce que Julie ponctue d'un ton moqueur « *à ton âge tu pourrais trouver tes habits toute seule* », relevant ainsi tout l'aspect régressif de cette situation.

Elles nous décrivent alors les matins où Laura refusait de se lever et d'aller au collège. La mère nous dit qu'elle lui « *arrachait* » son téléphone et « *arrachait* » la box internet et qu'elle les amenait à son travail. A ce moment Laura et Julie pouffent de rire.

Elle lui rendait le soir en rentrant, elle exprime toute la lassitude qu'elle ressent en lien avec les conflits que cela entraînait.

La mère nous fait part de son sentiment d'échec face aux difficultés de Laura, disant « *il fallait un encadrement médical, moi je ne trouvais plus les mots* »

Au moment de terminer l'entretien, Laura se rend compte que sa montre avance. Elle tend le bras vers sa mère, qui lui enlève la montre, la règle à l'heure. Nous nous inquiétons alors de savoir si Laura sait le faire seule et il est évident que oui ; mais « *Maman est là !* » nous dit-elle presque en chœur avec Julie.

Dans ce premier entretien, le discours est resté très factuel et il a été difficile d'aborder les ressentis. Au niveau de leur fonctionnement, il est apparu tout le côté régressif des comportements de Laura, peu adaptés pour une adolescente de son âge, comportement entretenus par la mère qui y participe.

Il a aussi été question à plusieurs reprises du père et des reproches qui lui étaient faits, ainsi que du lien que la mère fait entre leur séparation et le mal-être de Laura. Nous les invitons donc à faire venir le père au prochain entretien, en leur signifiant que nous avons passé

beaucoup de temps à en parler et qu'il serait peut-être intéressant de pouvoir en parler avec lui.

Second entretien

Lors de ce second entretien le père est présent. Il semble intéressant de noter que Laura est assise entre sa mère et son père. Julie est assise à côté du père, en face de la mère.

Nous abordons lors de cet entretien les moments où le père est venu quelques fois lever Laura « *de force* » suite à des SMS de la mère l'informant que Laura refusait de se lever.

Nous apprenons alors que ces jours-là, lorsque Laura ne se rendait pas au collège, le père allait la chercher et l'emmenait avec lui à son travail sur les chantiers.

Il semble que dans la famille, les grands-parents maternels soient les seuls qui arrivent encore à accompagner Laura au collège. Laura : « *Avec eux j'ai pas le choix ... je les crains* ». Laura aurait d'ailleurs promis à son grand-père d'avoir son brevet cette année.

A cette occasion, elle peut d'ailleurs nous dire ne pas craindre sa mère du tout et son père « *moins qu'avant* ».

Une fois, le grand-père l'avait amenée au collège et elle avait appelé son père pour qu'il vienne la chercher, ce qu'il avait fait.

En ce sens, on peut se demander à quel point le comportement des parents, en tout cas ce que Laura en ressent, ne serait pas un facteur d'entretien du trouble.

Le père suppose que cet épisode a pu créer des tensions mais n'en sait pas plus ; la mère n'en dit pas plus non plus, et malgré nos questions, il n'est pas possible d'aller plus loin sur ce sujet.

Quand les parents commencent à échanger, à être en désaccord, les filles prennent le relais de la conversation, envahissent l'espace de parole et se chamaillent comme deux petites filles. Quand les parents sont réunis, Julie reprend une position de petite fille, qu'elle n'a pas lorsqu'elles sont toutes les trois. Elles se disputent alors pour des choses sans grande importance. À ce moment, elles nous donnent l'impression d'éviter aux parents de monter le ton et de se fâcher.

Une séquence est assez représentative de ce que nous avançons lorsqu'ils évoquent le fait que Laura ne prend pas soin des ordinateurs que son père lui donne.

Le père : « *c'est le quatrième ordinateur* »

La mère, droit dans les yeux, d'un ton agacé voire agressif : « *T'es bien bête de lui en racheter..* »

Les filles prennent immédiatement le relais, en se chamaillant pour savoir laquelle prend le plus soin des ordinateurs et celle qui a eu le mieux quand le père en a rapporté deux, etc... ce qui finit par faire rire les parents.

La mère intervient : « *Julie t'es trop gentille...* »

La mère nous donne l'impression d'encourager systématiquement ce petit jeu familial, en renforçant ainsi la rivalité entre les sœurs, ce qui permet de changer de sujet, d'éviter le conflit.

Ce moment de l'entretien est intéressant pour la famille car il permet à Julie d'exprimer s'être parfois sacrifiée pour Laura. Le ton est celui de l'humour, elle parle de dessert et d'ordinateur mais on sent que ce sentiment est plus profond, ce que nous tentons de lui faire remarquer, afin de prendre en compte sa position dans le système familial.

Laura ajoute même : « *Ouais, mais tu le fais parce que t'as peur que je me mette en colère !* »

Tout le monde dans la famille semble craindre les colères de Laura. Julie nous explique accepter beaucoup de choses pour éviter que Laura ne se mette en colère. Laura est décrite comme une sorte de tyran à la maison.

Par exemple, Julie invite plus souvent des amis quand Laura n'est pas là, parce que Laura n'aime pas trop ça, « *Ils font trop de bruit* ». Laura explique alors avoir dit à sa sœur « *Quand le chat n'est pas là, les souris dansent !* »

Nous filons alors la métaphore, en nous appuyant sur des éléments que la mère et les filles avaient abordés au précédent entretien. Elles avaient parlé de l'arrivée d'un nouveau chat à la maison durant l'hospitalisation de Laura, ce qui les rendait toutes les trois très heureuses et particulièrement les filles. Le précédent chat était mort durant « *l'année noire* », comme elles avaient qualifié l'année de séparation des parents avant leur divorce. Elles n'avaient pas eu d'autre chat depuis et semblaient toutes les trois encore tristes en en parlant, en particulier Laura. Lors du précédent entretien, elles avaient évoqué « le vide » laissé par ce chat, Laura nous disant, « *ça faisait une présence* ». La mort du chat était clairement associée à un période extrêmement difficile pour la famille, comme si le chat représentait la famille unie et sa mort la séparation.

Nous filons donc la métaphore et sur le ton de l'humour, nous leur demandons si Laura était devenue le chat de la maison, par sa présence permanente, comme celle du chat qui

semblait représenter l'idée de la famille avant « *l'année noire* ». La mère et les filles adhèrent à cette idée.

Le consultant : « *C'est bon maintenant il y en a un autre...* »

La mère ajoute : « *Maintenant tu vas pouvoir sortir et faire ce qu'il faut !* »

Laura : « *Je vais pouvoir libérer ma place !* »

Au cours de l'entretien, le père évoque des anecdotes sur Laura quand elle était plus jeune, ce à quoi le reste de la famille participe bien volontiers, des anecdotes du temps où ils étaient encore « *à la grande maison* », comme l'appellent les filles.

Ils en reviennent toujours aux « *colères de Laura* ».

Une fois, à l'âge de 8 ans, alors qu'ils l'avaient contrariée, elle est partie seule avec son vélo chez ses grands-parents. Il semble qu'à l'époque la communication était déjà compliquée entre les parents, puisque le père était parti la chercher partout dans la ville en moto, alors que la mère ne savait même pas que Laura était partie.

Une autre fois Laura avait bloqué l'iPhone de son père, (en 2010, juste avant ou pendant la période de séparation des parents) Laura , « *j'avais même peur de ta réaction à l'époque, que tu me tapes... ou que tu m'engueules...* », « *Surtout que t'étais pas fin ce jour-là ... je crois même que t'étais déjà en colère* ».

Julie évoque aussi le soir où Laura a découvert qu'elle fumait.

Laura : « *J'étais encore en colère ce jour-là, alors j'ai pris ma couette sur mon dos et j'étais sortie dehors pour coucher dehors* » (collant à sa fonction de fille colérique)

La mère : « *C'était encore un de ces soirs très mouvementés !* »

Le consultant : « *A la grande maison ? Vous étiez là Monsieur ?* »

La mère immédiatement : « *Non c'était un soir où on était toutes les trois !* » avec un regard lourd de sens.

La mère : « *Mais il y en a eu plein des soirs compliqués... je me souviens pas de tous* »

Ce soir-là, la mère aurait également jeté le portable de Laura par la fenêtre.

Tout semble confus, il n'est pas possible ni pour la mère ni pour Laura de se rappeler pourquoi. On comprend que ces soirs-là n'étaient pas rares et on imagine bien l'état de tension qu'il pouvait y avoir alors dans la « *grande maison* ».

Au moment de questionner le père pour savoir comment cela se passait les soirs où il était là, le père : « *si... elle pouvait être chiante...* », soutenu par toute la famille pour ramener la conversation sur Laura, en évitant soigneusement d'aborder le sujet.

Ils abordent alors la petite enfance de Laura où « *déjà elle ne rangeait pas ses playmobils* »... La mère la menaçait avec un sac poubelle et là elle rangeait.

Laura : « *Ah ça, le sac poubelle je craignais* »

Nous en revenons alors au fait que Laura nous a dit craindre le grand-père maternel actuellement mais personne d'autre. Le père réagit alors, semblant un peu piqué par cette réflexion, en expliquant que dans ces conditions, « *On va changer d'attitude, on va être un peu plus dur avec toi, si tu nous crains pas* ».

Nous le questionnons alors sur ce qu'il entend par « *dur* » et si le problème est là à son avis.

Le père : « *Non parce que je me connais, si je vais au bout de ma colère ça tombe !* »

Le consultant : « *C'est-à-dire ?* »

Le père : « *Je lui tire les cheveux...* »

Laura : « *Tu me fais saigner le nez aussi !* »

Le père lève les yeux au ciel, sous entendant que Laura exagère : « *En fait j'essaie de pas aller au bout de...* »

Avec notre aide le père peut verbaliser ses difficultés à « *maîtriser* » sa colère, et sa crainte d'être violent. Les filles et la mère sont très attentives à ce moment.

Le père : « *Je ne l'ai pas traumatisée, étant jeune... à part elle, que j'ai enfermée une fois dans le garage* » montrant Julie, un jour qu'elle ne voulait pas se coucher pour « *attendre le père Noel !* » ajoute-t-elle.

Le père : « *Enfin je ne suis pas du genre à leur mettre des coups de ceinturon !* »

Nous questionnons les moments de colère du père ces derniers mois. Il peut expliquer les fois où Laura bloquait la porte de sa chambre avec son lit ou son bureau, ce qui mettait ses deux parents très en colère.

L'infirmière : « *Tu vas la chercher cette colère Laura !?* », Laura pouffe de rire, dans sa main.

Laura : « *Mais c'est fini maintenant !* »

Nous leur formulons le fait que, ce que nous avons pu voir c'est qu'ils ont tous beaucoup souffert ces derniers mois.

La mère : « *C'est pour ça qu'il fallait une issue de sortie qu'on vienne à mon secours ... on a déjà le quotidien c'est pas non plus... il y a des fois c'est pas terrible, mais quand il y a des choses qui viennent se greffer en plus !* » On entend alors aussi des éléments dépressifs persistants chez elle, que l'on suspectait mais qui n'ont pu être abordés au cours des entretiens.

Le père : « *C'est du passé ça maintenant.* »

La mère précise tout de même qu'elle va garder « *la boule au ventre* » le matin en se levant encore quelques mois, avec à chaque fois le doute que Laura se lève et aille au collège.

Pour terminer l'entretien nous leur demandons s'ils ont trouvé un intérêt à ces entretiens.

La mère : « *Oui ... d'échanger et puis ça permet de faire participer un petit peu tout le monde, c'est agréable...* »

Le consultant : « *Agréable ?* »

La mère : « *Parce que, ça permet d'échanger... Julie est venue, forcément puisqu'elle vit sous le même toit... tout le monde entend la même chose. C'est bien aussi d'échanger comme ça avec des tierces personnes bien sûr parce qu'on n'a pas les mêmes discussions si on était toutes les trois plutôt qu'accompagnées.* »

Sur une consultation en thérapie familiale, la mère : « *Pourquoi pas, j'y ai pas réfléchi mais pourquoi pas.* »

Concernant les entretiens, Laura ne sait pas trop quoi en dire. Elle nous dit y avoir trouvé une utilité, d'un ton qui semble assez décidé mais ne peut en dire plus.

Et sur la thérapie familiale, Laura : « *Je ne sais pas... enfin ça pourrait être bien, on pourrait essayer... faire un petit point de temps en temps...* » se tournant vers sa mère puis son père d'un air interrogatif.

Nous interrogeons ensuite le père.

Le père : « *C'est pas désagréable ... ça permet que chacun s'exprime, et puis vous vous êtes là pour animer le débat. A la moindre chose, vous plongez et vous essayez d'aller jusqu'au bout des petites réflexions qu'on peut avoir.* »

Le consultant : « *Et c'est ennuyeux ça ?* »

Le père : « *Nous on dit quelque chose qui est anodin à nos yeux et vous.. tac ! ... Vous lâchez pas. »*

Nous lui faisons remarquer que ce qu'il nous dit et nous mime nous fait penser à une torpille.

Le père : « *Non, mais ça permet de se remémorer des choses, qui nous font rire maintenant mais qui à l'époque étaient beaucoup plus dérangeantes. »*

Et concernant la thérapie familiale, le père : « *Oui pourquoi pas !* », semblant assez peu convaincu.

Julie : « *Idem !* » Il n'est pas possible pour Julie d'en dire plus à ce moment. Il nous semble que de sa place de petite fille modèle qu'elle semble avoir repris en présence de ses deux parents, elle ne peut pas exprimer sa propre pensée.

Le père reprend la parole : « *Si on n'a pas envie d'épiloguer sur certaine chose qu'on dit vous vous êtes là pour dire, oh ben non hop faut... ffff... (sous-entendu : il faut y aller, il faut en parler) ...et on peut pas faire autrement... enfin on joue le jeu !* »

Au total

L'entretien avec le père a permis d'aborder la problématique familiale, ce qui n'avait pas été possible à l'entretien précédent.

Ce second entretien nous a semblé plus constructif. Nous avons eu l'impression d'échanges d'émotions et d'informations entre les membres de la famille ; avec quelques moments où chacun peut aborder ses émotions, notamment le père sa colère et sa violence, et la mère sa colère et sa tristesse.

Dans le discours officiel, toute la colère, l'agressivité et la violence de la famille sont portées par Laura. Les colères de Laura, son agressivité quand on lui « arrache » le téléphone et internet, la violence pour la lever le matin... On essaie de nous montrer que c'est elle qui est agressive, colérique et violente, c'est d'ailleurs là que sont visibles ces émotions dans la famille, au premier abord.

Pourtant lors des entretiens, on note bien toute la violence, l'agressivité et la colère, présentes dans le couple parental (bien qu'il semble que cela concerne aussi le couple conjugal), qu'ils tentent d'ailleurs de dissimuler, ce qu'ils arrivent difficilement à faire au niveau verbal. En effet, ils ne s'adressent pas directement la parole, ou très rarement ; le père dit par exemple « *On m'envoie des SMS* » en parlant de la mère, il ne peut pas s'adresser à elle. Au

niveau de la communication analogique, ils n'y parviennent pas du tout, ils s'évitent du regard ou à l'inverse se jettent des regards noirs et lorsqu'ils s'adressent l'un à l'autre leur ton est tendu, agacé et dans ce cas, l'échange est rapidement interrompu par les filles.

Laura semble le vecteur de leur communication et plus particulièrement de leur agressivité et de leur colère. Elle donne d'ailleurs l'impression d'être agie par ces émotions, sans vraiment savoir d'où elles viennent. On pourrait dire que dans la famille, Laura prend la fonction de vecteur de la communication et de la colère.

Nous avons trouvé intéressant que les autres membres de la famille puissent aborder leur sentiment de colère, ce qui nous semble une première étape pour décaler Laura de sa position de tyran et de « celle qui est toujours en colère », en somme de sa fonction. A un moment même Laura a pu dire que son père était en colère avant qu'elle ne casse son Iphone... suggérant qu'elle n'était pas la seule à l'être et que ses parents pouvaient être en colère sans qu'elle en soit la cause.

En effet, les parents ont pu évoquer leur propre colère même s'ils se limitaient à celle qui est adressée à Laura. Il n'est pas encore possible d'aborder celle qu'ils ont l'un envers l'autre. Nous avons pu d'ailleurs observer à quel point tout le système s'est mis d'accord pour ne pas l'aborder.

Ces liens teintés d'agressivité et d'anxiété ne sont pas sécurisants et ne permettent pas à Laura de faire des allers retours sereins vers l'extérieur de la famille. Les troubles de Laura l'empêchent de grandir et de s'ouvrir à l'extérieur, en même temps qu'ils maintiennent une communication nécessaire entre ses parents ; elle ne peut pas abandonner son poste.

Lorsque Laura hésite à donner son avis sur l'intérêt de ces entretiens et sur son désir de consulter en thérapie familiale, elle nous donne l'impression d'avoir envie de laisser sa fonction de communication à un thérapeute mais sait qu'elle ne peut le faire sans que les parents soient décidés à communiquer autrement que par elle, ce qui actuellement est bien trop menaçant pour tout le monde semble-t-il. Ce type de prise de relais serait à travailler au long cours avec cette famille.

B. Accueil de l'équipe médicale et paramédicale.

Les deux médecins responsables du pavillon nous ont manifesté leur intérêt pour ce travail, en nous le formulant directement, et pour l'un d'entre eux en acceptant d'être un de

nos directeurs de thèse, mais également en prenant de leur temps pour échanger avec nous sur les indications.

Les deux infirmières qui ont participé aux entretiens se sont montrées particulièrement intéressées. Si l'une d'elles était formée en thérapie familiale systémique, l'autre s'est montrée tout aussi intéressée. Elles l'ont démontré au cours des entretiens en y participant activement et au décours, lors des temps d'échanges sur ce que nous avons ressenti et compris de ces entretiens et du fonctionnement de ces familles.

Elles ont également fait le lien entre les entretiens et les unités, en plus des temps de retour que nous effectuons auprès des soignants après les entretiens.

Elles nous ont également fait part du fait que ces entretiens apportaient des éléments complémentaires utiles à la réflexion sur la prise en charge globale de l'adolescent. Nous avons en effet été informés, par les infirmières, les internes et le psychologue que ces entretiens avaient été discutés lors des temps d'échange autour des patients hospitalisés, à savoir au moment des transmissions lors des relèves entre les équipes, ainsi que lors des temps de synthèse clinique.

De plus, tous les soignants du service que nous avons rencontrés durant ces quatre mois et avec lesquels nous avons discuté du dispositif, nous ont exprimé tout l'intérêt qu'ils y trouvaient ainsi que leur désir que celui-ci puisse perdurer.

Au cours des temps de retour dans les unités d'hospitalisation après les entretiens, les soignants présents se sont montrés très intéressés par ce que nous avons à leur transmettre sur le déroulement des séances.

Les internes du pavillon nous ont également fait part de leur intérêt (en demandant systématiquement un retour sur les entretiens) et de l'investissement qu'ils avaient ressenti de la part des équipes soignantes.

A posteriori, nous avons également rencontré le psychologue de l'unité de façon informelle. Celui-ci, qui n'était pas présent dans le service au moment des entretiens, est venu spontanément nous voir pour nous parler de l'intérêt et de l'investissement qu'il avait pu noter chez l'équipe soignante. En effet, ces entretiens avaient été évoqués lors des temps de synthèses cliniques, par les infirmières y ayant participé mais aussi par d'autres soignants.

Celui-ci nous a également fait part de sa volonté de reprendre cette idée d'entretiens familiaux, en montant une consultation familiale dans le service ; lui-même, étant formé en thérapie familiale psychanalytique. Il devrait commencer dans un avenir proche ces entretiens

avec une des infirmières qui a participé au dispositif, elle-même formée en thérapie familiale systémique.

Du fait de son inscription à plus long terme dans le service, cette consultation familiale pourra être proposée à des familles dont les adolescents sont hospitalisés au long cours, notamment les adolescents présentant des troubles du comportement alimentaire, ou les adolescents présentant des troubles psychotiques sévères.

Au moment de la rédaction de cet écrit, le projet naissant, il n'est pas encore clairement défini s'il est envisagé un partenariat avec l'unité de thérapie familiale actuellement en place dans l'établissement.

Discussion

I. Intérêts de la mise en place de ce dispositif d'entretiens familiaux systémiques au cours de l'hospitalisation d'adolescents.

A. Les familles

Ces entretiens ont dans l'ensemble permis une nouvelle communication dans ces familles ; une communication qu'ils n'avaient encore jamais expérimentée. En effet, toutes ces familles nous ont dit que ces entretiens leur avaient permis d'aborder des sujets dont ils ne parlaient pas habituellement, que cela concerne le partage des ressentis et des émotions, l'histoire familiale.

Grâce à la contenance du lieu et l'accompagnement des soignants, il a pu être abordé des sujets jusque-là tabous dans ces familles, apportant à chaque fois un soulagement à l'ensemble des membres de la famille, qu'il ait pu être communiqué sur le plan digital ou analogique (relâchement des tensions physiques, intérêt plus marqué pour ce qui est dit...).

Ces entretiens leur ont permis d'aborder les problématiques familiales actuelles (place de chacun, réorganisation des liens et des règles, conflits) et historiques (origines, événements traumatiques, membres de la famille absents, décédés) et de partager leurs ressentis à ce sujet.

Pour une famille, celle de Romain, ces entretiens ont quasiment fait office de débriefing, tant le vécu traumatique, en lien avec cette hospitalisation et avec les troubles de Romain, était présent lors du premier entretien notamment. Il semble que ces entretiens auront servi à ce qu'ils se réapproprient le sens de cette hospitalisation, en leur permettant de la lier au mal-être antérieur de Romain, aux inquiétudes de sa mère mais aussi en donnant du sens au comportement de Romain.

Nous avons pu constater qu'au cours de ces entretiens, toutes les familles ont montré des moments où tous étaient très attentifs à ce que chacun apportait de ses ressentis ou de ses pensées. Ces moments ont été plus ou moins longs selon les familles, mais il semble qu'elles ont toutes pu expérimenter ces temps d'écoute et de partage de leurs émotions.

Ces entretiens n'ont pas permis de dégager l'adolescent de sa place centrale de patient désigné, ce qui ne peut être envisagé que lors d'un travail au long cours. Ils semblent avoir tout de même permis de redistribuer la souffrance dans la famille, en les amenant à ressentir et partager la souffrance de chacun de ses membres. Ainsi la souffrance et les difficultés ne sont plus le seul lot de l'adolescent.

Au cours de ces entretiens, les adolescents nous ont donné l'impression de s'appuyer sur les ressentis exprimés par leur famille pour exprimer les leurs. Peut-être se sentaient-ils de ce fait autorisés à le faire ; on peut imaginer que le fait de constater les ressentis des autres leur a permis de mieux appréhender et comprendre les leurs et ainsi de parvenir à les formuler.

Nous avons eu l'impression que le temps de l'hospitalisation offrait réellement un contexte propice au partage émotionnel, comme si nous pouvions nous appuyer sur le bain émotionnel particulièrement agité qu'est celui de la crise, pour faire émerger plus rapidement ce partage.

Au-delà de l'analyse systémique des situations ce qui ressort de l'ensemble de ces entretiens, c'est qu'ils ont permis de « *parler de ce qui fait mal... des choses qui fâchent...* ». Au-delà de tout abord théorique, ils ont eu l'utilité d'offrir un espace de parole à des familles, qui semblaient ne pas pouvoir échanger sur ces sujets-là.

Certains entretiens ont également permis d'aborder la problématique de la différenciation, l'acceptation de la conflictualité, ainsi que la réorganisation des liens affectifs et les ressentis, qui y sont liés, notamment avec la famille de Mathieu.

Ils ont également permis de réintroduire les symptômes présentés par l'adolescent dans le contexte familial : on pense à Romain et sa quête des origines, à Laura et sa colère.

En effet les symptômes de l'adolescent peuvent à la fois être pris dans le fonctionnement familial, faire écho à des problématiques anciennes, s'inscrivant alors dans la composante transgénérationnelle et en même temps s'inscrire dans l'ici et maintenant, avec un réaménagement difficile des règles intrafamiliales au moment de l'adolescence ou de l'émergence de troubles psychiatriques entravant nécessairement la communication intrafamiliale.

L'intérêt est également de leur faire connaître l'existence de lieux où ils peuvent aborder ces questions, les lieux « protégés » où la crainte « d'exploser », de « s'effondrer » pourrait être atténuée et où il serait alors possible de les aborder.

Au-delà de la problématique individuelle de l'adolescent, ces entretiens ont révélé systématiquement une problématique familiale sous-jacente. Loin de nous l'idée de faire un

lien de causalité linéaire entre ces deux problématiques. Il semble tout de même opportun de proposer ce type d'entretien à des familles en souffrance.

Au vu des problématiques soulevées lors des entretiens, les quatre familles rencontrées au travers de ce dispositif, pourraient tirer bénéfice d'un travail familial à plus long terme.

Au moment de la rédaction de ce travail, aucune famille n'a pris contact avec l'unité de thérapie familiale, mais on peut espérer que ces entretiens aient eu une utilité propre et que le cheminement d'une demande de thérapie familiale puisse se faire à plus long terme.

B. L'équipe soignante.

Les soignants du pavillon se sont saisis de ce dispositif malgré la courte durée de sa mise en place. Ils l'ont montré en venant en entretien pour deux d'entre eux et en permettant à ces deux de s'y rendre pour les autres. Les infirmières ayant participé à ces entretiens ont également rapporté auprès des autres soignants, lors de temps informels mais également lors des temps de transmissions et de synthèse clinique, des éléments de ces entretiens, tels que des informations sur le fonctionnement familial et l'écho que celui-ci pouvait avoir sur la problématique de l'adolescent. Ces éléments ont ainsi permis de décaler la vision de l'équipe sur l'adolescent, en complétant les observations faites dans les unités d'hospitalisation. En effet, voir certaines problématiques familiales se dégager lors de ces entretiens, a permis de voir autrement les adolescents. C'est toute la question du contexte qui apparaît là. Certains comportements des adolescents prenaient tout leur sens au sein des échanges familiaux.

L'un des signes les plus représentatifs de l'intérêt porté à ce dispositif par l'équipe médicale et paramédicale, est le projet de mise en place d'une consultation familiale dans le service prochainement.

C. L'enregistrement des entretiens.

De notre côté, en plus de ce que nous venons de voir, nous avons mesuré tout l'intérêt de filmer les entretiens. Nous avons constaté un réel décalage entre notre vécu et notre ressenti au cours et au décours des entretiens et lors du visionnage. Ces temps de visionnage nous ont permis d'observer plus finement la communication analogique, de préciser des éléments qui restaient flous au sortir des entretiens, d'approfondir notre analyse en découvrant des

moments-clefs auxquels nous n'avons pas prêté attention sur le moment et ainsi d'enrichir nos hypothèses de départ.

II. Limites du dispositif et de son évaluation.

A. Les limites de l'organisation et de l'évaluation

L'absence d'un co-consultant en séance ou derrière une glace sans tain a certainement limité le travail lors des entretiens. Sa présence, à l'instar de celle d'un cothérapeute en thérapie, aurait probablement limité les moments où nous étions pris voire noyés dans le système. Lors des visionnages, nous avons été particulièrement interpellés par le fait de voir à quel point nous pouvions être pris dans le fonctionnement du système. Nous nous sommes rendu compte que nous occultions totalement sur le moment des éléments qui nous ont pourtant parus essentiels au moment du visionnage. Nous imaginons que l'intervention d'un co-consultant aurait ainsi permis une meilleure réactivité à ce qu'il se passait.

L'analyse des entretiens n'a pu être faite que par nous-même avec toute la subjectivité inhérente à celle-ci, mais aussi à la relation créée avec ces familles et à nos résonances personnelles, dont nous ne connaissons ni ne connaissons sans doute jamais l'ampleur et que nous ne savons pas encore utiliser à bon escient du fait de notre courte expérience en la matière.

Si toute idée d'objectivité doit être abandonnée d'emblée, un dispositif intégrant un superviseur et évidemment une expérience plus longue de travail auprès des familles aurait probablement permis de limiter les dérives subjectives de notre analyse et de la compléter.

Au vu du décalage entre notre vécu lors des entretiens et lors du visionnage, nous ne pouvons en effet que regretter l'absence d'une supervision lors de ce travail.

Cependant, étant donné le caractère ponctuel de ce dispositif et l'absence de toute velléité thérapeutique, le fait que nous puissions parfois être pris dans le système, a probablement permis de rester au plus près de ce que le système familial pouvait tolérer, sans que notre intervention ne soit vécue de manière trop intrusive ou menaçante.

La durée de l'étude est trop faible pour permettre un recul suffisant quant à la pratique de tels entretiens. Une durée plus longue de cette étude aurait permis un recrutement plus

conséquent du nombre de familles, et ainsi une interprétation plus large de l'intérêt d'un tel dispositif.

Nous pouvons également penser qu'une durée plus longue aurait permis de mieux évaluer les éventuelles prises de contact des familles avec l'unité de thérapie familiale.

Il serait intéressant de joindre par téléphone les familles rencontrées plusieurs mois après les entretiens pour leur demander un retour d'expérience. Même si nous les dirigeons vers l'unité de thérapie familiale, nous avons parfois eu l'impression d'avoir soulevé des éléments primordiaux de leur histoire familiale desquels ils auront à se débrouiller seuls. Un travail, envisagé d'emblée au long cours, aurait été plus satisfaisant.

De plus, du fait du faible effectif de familles rencontrées, l'interprétation des résultats reste cantonnée à une étude de cas et ne peut bénéficier d'une analyse statistique qui aurait permis d'en préciser et d'en généraliser les conclusions.

D'autre part, bien que les soignants du service, et en particulier les infirmières ayant participé aux entretiens, se soient fait le relais de ce qui avait pu être observé au cours des entretiens, il aurait été probablement plus intéressant que nous participions directement aux temps de synthèse clinique du service. Ceci aurait permis des échanges directs avec les soignants que nous n'avons pu rencontrer lors de notre temps de présence dans l'unité et notamment les psychologues de l'unité.

Enfin, les critères de non inclusion ont éliminé d'emblée des populations particulièrement intéressantes d'un point de vue familial et systémique : les adolescents présentant des troubles du comportement alimentaire, les adolescents présentant des troubles psychotiques sévères ou encore les adolescents placés à l'aide sociale à l'enfance ou en cours de placement. L'approche familiale est particulièrement intéressante avec ces populations dont on sait toute la difficulté de leur prise en charge et toutes les impasses que l'on peut rencontrer. Historiquement les familles de patient présentant une schizophrénie ont été les premières familles à intéresser les thérapeutes familiaux systémiques (Bateson, L'équipe de Palo Alto, Haley, Selvini –Palazzoli entre autres), étant donné la communication particulièrement perturbée qu'on peut y trouver. Les familles de patients présentant une anorexie mentale ont également été très étudiées par les thérapeutes familiaux (Selvini- Palazzoli, Minuchin entre autres). Dans le cadre de placement à l'aide sociale à l'enfance, plusieurs systèmes et institutions cohabitent et ont parfois de grandes difficultés à communiquer et à se décaler de leurs fonctions respectives. Par exemple, Cirillo (2007) s'est particulièrement intéressés à cette question. Il peut dans ce cas être intéressant de recevoir les différents systèmes en séances.

Grâce à son inscription à plus long terme dans le service, cette consultation familiale pourra être proposée à des familles dont les adolescents sont hospitalisés au long cours, notamment ces adolescents présentant des troubles du comportement alimentaire ou de troubles psychotiques sévères. En effet, l'inscription à plus long terme d'une consultation familiale sur le pavillon pourra certainement rendre plus envisageable cette pratique.

B. Les refus et la question de la demande.

Ce travail de thèse nous a amené à la démarche particulière d'aller recruter des patients sans laisser de place à un cheminement de leur part qui les auraient amenés à faire eux-mêmes la démarche de la demande de soin familial.

Ces entretiens n'étant pas une des conditions de l'hospitalisation, cela a également limité les recrutements. La participation aux entretiens n'étant pas une condition d'hospitalisation et laissée au choix de la famille a limité le nombre de familles rencontrées.

Certaines familles ayant refusé de participer aux entretiens voire refusé nos appels, nous semblent être des familles pour lesquelles la problématique semblait hautement familiale (crise clastique entre mère et fille, lourde histoire familiale chez un père dont le ton était particulièrement irrité au téléphone...). Ceci nous a donné l'impression que le simple fait d'envisager la possibilité d'un questionnement familial venait les menacer.

Le fait de ne pas faire partie des conditions d'hospitalisation et de laisser le choix aux familles de participer ou non à ces entretiens, a probablement permis de recruter des familles pour lesquelles un questionnement familial était déjà présent, puisqu'en acceptant ces entretiens elles ont montré qu'elles se sentaient concernées par l'hospitalisation et les troubles de l'adolescent ; de plus, elles ne ressentaient probablement pas ces entretiens comme trop menaçants.

On peut imaginer qu'avec une obligation systématique de participer à ces entretiens, nous prendrions le risque de faire venir des familles pour lesquelles le questionnement familial n'est pas envisageable et de nous retrouver dans des situations délicates.

Nous avons d'ailleurs l'exemple de la famille que nous avons joint et qui avait refusé, et pour laquelle il a été découvert par la suite une situation de maltraitance. Un travail de placement de l'adolescent avait été débuté dans le service. Avec le recul, nous avons été soulagés que le père ait refusé les entretiens : rencontrer les familles maltraitantes dans un

contexte ponctuel, avec un cadre limité (puisqu'il ne s'agissait pas d'un temps institutionnalisé au long cours) n'aurait pas été approprié voire délétère pour l'adolescent.

La présence de maltraitance active est une contre-indication à la pratique de la thérapie familiale sous sa forme habituelle. En effet, recevoir d'emblée ce type de famille dans son ensemble, risque de renforcer massivement la dynamique maltraitante. La séance en elle-même devient une violence supplémentaire. Le travail ne peut être envisagé qu'au long cours et ne peut être initié qu'en recevant les sous-systèmes séparément ; on ne confronte pas les agresseurs et les victimes. (Sadlier, 2014).

C. La question du relais et de l'affiliation.

L'objectif de ce dispositif était également de sensibiliser les familles à une approche globale, de dédramatiser ce type d'entretiens familiaux, leur permettant peut-être de faire la démarche d'une inscription à plus long terme dans ce type de travail.

Aucune famille n'a pris contact avec l'unité de thérapie familiale au moment où nous rédigeons ce travail.

Nous avons eu l'impression que deux familles sur les quatre rencontrées (celle de Valentin et celle de Romain) auraient poursuivi un travail à plus long terme, s'il n'avait pas fallu changer de lieu et de thérapeute.

Des études ont montré, que le thérapeute en lui-même et plus précisément la relation thérapeutique qui se crée entre lui et son patient est un élément plus important dans l'évaluation de l'efficacité d'une psychothérapie que la technique en elle-même. Une méta-analyse qui rassemble plusieurs études comparant l'efficacité des différentes techniques de psychothérapie dans la prise en charge des adolescents suicidants, ne semble pas montrer d'efficacité supérieure de l'une d'entre elle. Dans une des études (Donaldson et al., 2005) comparant la thérapie cognitive et comportementale et la thérapie de soutien, les capacités de résolution des problèmes sont améliorées de façon similaire dans les deux groupes. Il est intéressant de noter que dans cet essai les mêmes thérapeutes étaient formés aux deux pratiques. Les auteurs émettent l'hypothèse selon laquelle la qualité de la relation et les qualités propres des thérapeutes ont permis d'obtenir des résultats similaires. Cela semble conforter l'idée selon laquelle la technique de psychothérapie spécifique ne participe que pour une faible proportion à l'efficacité de la thérapie par rapport aux facteurs associés aux patients et aux thérapeutes. (Mirkovic et al.2014)

Notre projet n'ayant aucune velléité thérapeutique, mais plutôt celle de l'expérimentation par les familles d'un type de prise en charge, ce qui nous intéresse particulièrement dans ces données, c'est tout l'impact que peut avoir la relation entre le thérapeute et les patients.

On peut alors imaginer que l'expérimentation d'un type de travail, que nous évaluons ici, est en grande partie liée à l'accroche entre la famille et le consultant. C'est dans la relation créée avec le consultant que les familles expérimentaient les entretiens familiaux. Ainsi, envisager un relais sans envisager la relation créée ne semble finalement pas suffisant.

Après lui avoir présenté notre démarche, le Docteur Beaucousin, formatrice à l'Association Parisienne de Recherche et de Travail avec les Familles, a partagé avec nous ses conseils et son expérience issus de sa pratique dans une unité d'hospitalisation de crise pour jeunes adultes, dans laquelle sont pratiqués des entretiens familiaux systémiques hebdomadaires tout au long de l'hospitalisation.

Comme nous avons pu le constater, le relais en thérapie familiale est très difficilement envisageable de la manière dont nous l'avons formalisé dans ce projet. En effet l'accroche se fait dans la relation, l'affiliation ou « joining » (Minuchin, 1998) et le relais vers un autre thérapeute et de plus dans un autre lieu paraît difficilement envisageable pour les familles, même s'il n'a pu être évalué correctement du fait du manque de recul dans le temps.

Dans son expérience, dans son service du Clos Benard, où des entretiens familiaux systémiques se pratiquent de manière hebdomadaire et systématique, le relais en unité de thérapie familiale est également très compliqué, alors que cette unité se trouve à l'étage inférieur. Pour parer à cette difficulté, ils tentent de pratiquer d'emblée les entretiens familiaux durant l'hospitalisation dans la salle de thérapie familiale, avec le thérapeute qui poursuivra la thérapie.

Dans notre situation, avec notamment l'éloignement géographique entre l'unité d'hospitalisation et l'unité de thérapie familiale, M.C. Beaucousin nous a conseillé ce qu'ils sont parfois amenés à faire dans son service lorsque la première solution n'est pas réalisable : le thérapeute ou le soignant de l'unité qui pratique les entretiens familiaux initiaux lors de l'hospitalisation accompagne littéralement la famille en thérapie familiale puisqu'il se rend avec eux à la première séance. De la même façon qu'il est important, dans l'orientation systémique d'aider la famille à ressentir et à expérimenter sur le plan analogique son fonctionnement, ses émotions, ses relations, voire son changement, au lieu de les intellectualiser ; le relais vers une autre équipe peut être envisagé comme un accompagnement physique vers le nouveau thérapeute et le nouveau lieu.

Il serait donc intéressant d'évaluer si un accompagnement de la famille à la première séance de thérapie familiale pourrait permettre d'obtenir un meilleur taux d'adressage en thérapie.

Conclusion

Le but de ce travail était de formaliser un temps où peut être accueillie la famille et où peut-être questionnée la problématique familiale au cours de l'hospitalisation d'un adolescent. Le but était également de compléter le soin individuel en psychiatrie de l'adolescent, d'accueillir les inquiétudes, les questions et la souffrance des autres membres de la famille et d'expérimenter un travail familial, voire de le poursuivre à plus long terme lorsque la famille y trouve un intérêt.

Lors de ce travail nous avons rencontré quatre familles, pour lesquelles il est apparu systématiquement une problématique familiale sous-jacente. L'ensemble de ces familles s'est saisi du dispositif : certaines pour se réapproprier les raisons de l'hospitalisation, d'autres pour métacommuniquer sur leurs règles de fonctionnement et leurs relations, d'autres encore pour aborder des sujets habituellement tabous et partager leurs ressentis et leurs souffrances les concernant. L'équipe du service s'est, elle aussi, saisie du dispositif en échangeant largement avec nous sur la clinique présentée par ces adolescents et leur famille. Il semble d'ailleurs qu'un projet de mise en place d'une consultation familiale émerge dans le service, à la suite de ce travail.

Au terme de ce travail, bien que nous ayons trouvé un réel intérêt à ce dispositif dans l'ici et maintenant, en terme de communication intrafamiliale et de complémentarité dans le soin global de l'adolescent lors de l'hospitalisation, nous pensons que l'amélioration de ce dispositif pourrait passer par le développement d'une dynamique de prise en charge à plus long terme. Ceci pourrait s'envisager par une inscription dans le temps de ce type de dispositif dans le service d'hospitalisation (comme ce serait le cas avec la consultation familiale) ou par un accompagnement physique de la demande auprès du service de thérapie familiale.

Enfin nous souhaitons préciser que le choix de l'outil systémique vient du fait que nous y soyons formés, mais pour nous, l'intérêt essentiel de ce travail résidait dans l'approche familiale. En effet, que ce soit devant un comportement qui semble intriqué ou faire écho au fonctionnement familial, que ce soit lors d'une hospitalisation en urgence dans un contexte de crise ou que ce soit lors de l'apparition d'une maladie chronique, il nous semble nécessaire que la famille dans son ensemble puisse être entendue et accompagnée dans la réalisation de ses compétences ; et ce d'autant plus quand elle traverse une des étapes critiques de son cycle vital qu'est l'adolescence.

Annexes

Annexe 1 : Feuille de présentation du dispositif aux soignants, affichée dans les unités d'hospitalisation.

Réalisation d'entretiens familiaux systémiques au cours de l'hospitalisation d'adolescents à Tony Lainé, dans le cadre d'un travail de thèse de médecine

Brève présentation de l'approche systémique :

L'approche systémique permet de ne pas se limiter aux troubles présentés par l'un ou l'autre des membres d'une famille mais de s'intéresser au fonctionnement familial dans son ensemble. La famille est envisagée comme un système dont chaque membre influence et est influencé par les autres de manière circulaire et non linéaire. L'hypothèse principale est que les troubles exprimés par l'un des membres de la famille témoignent d'un dysfonctionnement de tout le système et que l'amélioration individuelle n'est possible que si le système évolue dans son ensemble.

Au moment de l'adolescence, étape critique du cycle de la vie familiale, les problématiques d'appartenance et d'individuation au sein de la famille s'exacerbent et peuvent donner lieu à un important stress familial, faisant écho à des problématiques familiales souvent bien plus anciennes. Dans ces moments de stress familial, les attitudes de chacun peuvent se figer dans le but de préserver l'unité familiale aux dépens de l'individuation des différents membres de la famille. Le symptôme ou les troubles de l'adolescent peuvent être considérés comme l'une de ces attitudes « figées » et comme un condensé de ce stress familial.

Il est alors intéressant pour la famille de réfléchir à son fonctionnement, à son histoire, aux relations intrafamiliales, aux rôles et fonctions occupés par chacun dans la famille.

Ici il ne s'agit pas de débiter une thérapie familiale visant à insuffler et à accompagner le changement de ce fonctionnement familial, mais peut-être seulement de sensibiliser la famille à la réflexion familiale et d'aborder les troubles de l'adolescent sous un angle familial, en complément de la prise en charge individuelle.

Objectifs :

Les objectifs de ces entretiens sont:

- La prise en charge du système familial dans son ensemble, sans « a priori » individuel,
- L'accompagnement de la famille dans ce moment particulier qu'est l'hospitalisation d'un de ses membres,
- Utiliser les ressources familiales pour soutenir l'adolescent hospitalisé,
- Favoriser la communication intrafamiliale,
- Tenter d'amener la famille à se questionner sur son fonctionnement, sur les relations intrafamiliales, sur les rôles et fonctions de chacun,
- Proposer, à terme, une orientation en thérapie familiale, si la famille a trouvé un intérêt à ce travail systémique, en complément de la thérapie individuelle.

Les objectifs du travail de thèse sont:

- L'observation clinique du système familial dans ce contexte aigu d'hospitalisation d'un de ses membres, en particulier au moment de l'adolescence, étape critique du cycle de la vie familiale,
- Dégager des intérêts ou des difficultés à la réalisation de ce type d'entretien au cours d'une hospitalisation.

Organisation pratique des entretiens :

Ces entretiens s'adresseraient aux familles des adolescents avec des indications d'hospitalisations « courtes » (même si la durée d'hospitalisation n'est pas fixe...), concernant plutôt les hospitalisations de « crise », crise suicidaire, crise clastique, crise du processus adolescent...

Les entretiens concerneraient le noyau familial dans son ensemble, c'est-à-dire les personnes prenant part à la vie familiale de l'adolescent, dans les cas les plus « classiques » ce sont les parents et la fratrie mais cela peut varier. Pour ce travail nous choisirons donc de faire venir toutes les personnes « vivant sous le même toit » que l'adolescent.

Dans la mesure du possible les entretiens se dérouleraient :

- De manière hebdomadaire, avec un nombre limité de 3 entretiens (dans le but de ne pas « empiéter » sur un éventuel engagement ultérieur en thérapie familiale),
- Dans un délai de début juin à fin septembre,
- Les mercredis après-midi sur trois créneaux d'une heure (14h, 15h et 16h),

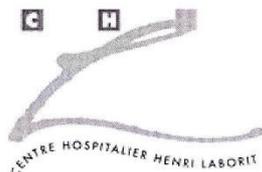
- Dans la salle des familles du pavillon (ou une autre salle pouvant accueillir tous les participants aux entretiens).
- Avec un soignant de l'équipe de Tony Lainé pour permettre autant que possible une continuité dans les soins et éviter le clivage entre ce travail et l'hospitalisation de l'adolescent. Dans le meilleur des cas, il pourrait s'agir d'un petit nombre de soignants « repérés » qui seraient intéressés par la pratique de ce type d'entretien.

Enfin, ces entretiens seront filmés pour permettre une analyse systémique plus approfondie, au cours d'un temps de visionnage ultérieur.

Pour toute question, vous pouvez me contacter par mail : mathilde.favreau@ch-poitiers.fr

Mathilde Favreau, interne en 4^{ème} année de DES de psychiatrie

Annexe 2. Feuille d'information remise aux familles lors de l'entrée d'un adolescent en hospitalisation.



Madame, Monsieur,

Veillez prendre connaissance des informations suivantes

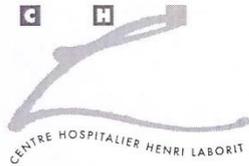
Actuellement, une interne en pédopsychiatrie, formée en thérapie familiale réalise un travail de thèse sur l'intérêt des entretiens familiaux dans les premières semaines d'hospitalisation d'un adolescent.

Il est donc possible que vous soyez contacté(s) par téléphone par cette interne, dans la semaine suivant le début de l'hospitalisation de votre enfant, pour participer à ces entretiens.

Annexe 3. Trame des informations données aux familles lors de l'appel téléphonique.

- Présentation : interne en pédopsychiatrie, formée en thérapie familiale.
- Pratique d'entretiens familiaux dans les premières semaines d'hospitalisation d'un adolescent, en ce moment sur le pavillon d'hospitalisation.
- Entretiens réalisés avec toute la famille, la présence de toute la famille vivant sous le même toit obligatoire.
- Participation aux entretiens d'un soignant de l'équipe de Tony Lainé, selon leur disponibilité.
- Entretiens filmés : pour éviter la prise de note et pour permettre un temps d'analyse ultérieur et éventuellement un temps de supervision auprès de thérapeutes familiaux.
- Entretiens susceptibles d'être utilisés dans le cadre d'un travail de thèse de médecine sur l'intérêt de ce type d'entretiens, dans ce cas, les données seront rendues anonymes.
- Vidéos soumises au secret professionnel au même titre que le dossier médical, effacées dès la fin du travail de thèse, ou à leur demande à n'importe quel moment.
- Objectifs des entretiens : parler tous ensemble de l'hospitalisation et des raisons de celle-ci, évoquer tous ensemble les difficultés de l'adolescent, de l'éventuel retentissement sur la famille, réfléchir en famille à tout ceci et voir comment aider l'adolescent tous ensemble, et voir si la famille est intéressée par un travail familial à plus long terme.

Annexe 4. Feuille d'autorisation de filmer à remplir par les familles participant aux entretiens.



CENTRE HOSPITALIER Henri LABORIT
SERVICE UNIVERSITAIRE de PSYCHIATRIE DE L'ENFANT et de l'ADOLESCENT
Pôle E – Chef de Pôle : Pr Ludovic GICQUEL

Clinique de l'Adolescence

Professeur Ludovic GICQUEL

Pavillon T. Lainé

AUTORISATION DE FILMER

Je soussigné(e).....déclare autoriser Mme Mathilde FAVREAU, interne de pédopsychiatrie au pavillon Tony Lainé du Centre Hospitalier Laborit de Poitiers, à effectuer des enregistrements vidéo des entretiens familiaux.

Ces enregistrements ne pourront être utilisés que dans le cadre d'un travail de thèse avec supervision auprès d'un thérapeute familial.

Sur simple demande de ma part, tous les enregistrements originaux seront détruits et/ou effacés, ainsi que les éventuelles copies (dans la mesure du possible pour les copies conservées).

Fait en double exemplaire, leà.....

Mention manuscrite « lu et approuvé »

Nom et signature des intéressés :

Nom et signature de l'interne :

-
-
-
-

Annexe 5. Familles à transactions rigides et familles à transactions chaotiques (Ausloos, 1995).

<i>Familles à transactions rigides</i>	<i>Familles à transactions chaotiques</i>
<i>Perception du temps</i>	
<p>Temps arrêté (passé et présent confondus sans futur envisageable)</p> <p>Pas d'informations nouvelles (arrêt du processus évolutif et homéostasie réduite au non changement)</p> <p>Mémoire inutilisable</p> <p>Le pouvoir est dans le jeu symétrique ; les paradoxes figent, les contraires s'annulent, les velléités de changement s'enlisent dans l'immobilisme.</p>	<p>Temps évènementiel (sans passé ni futur ; seulement le temps immédiat)</p> <p>Surcharge d'informations (emballement du processus évolutif, homéostasie réduite aux changements mais non durables)</p> <p>Pas de mise en mémoire</p> <p>Le pouvoir est dans le jeu évènementiel. Les prises de pouvoir successives empêchent tout changement du fait du mouvement incessant.</p>
<i>Perception du thérapeute</i>	
<p>Oublie le contenu des séances et le sens lui échappe.</p> <p>A tendance à faire des séances trop longues avec l'illusion de recueillir des informations supplémentaires.</p> <p>Se sent confus.</p>	<p>Ne se souvient que d'une succession d'évènements sans cohérence apparente.</p> <p>Se laisse embarquer dans des séances chaotiques et désordonnées d'où il ne tire aucune information.</p> <p>Se sent débordé.</p>
<i>Conséquences thérapeutiques</i>	
<p>Mobiliser le temps en suscitant la crise pour sortir de la rigidité.</p> <p>Respecter les craintes de changement, quitte à prendre une attitude paradoxale de non-changement.</p> <p>Définir la relation pour sortir des relations figées symétriques.</p> <p>Donner un futur (projet) pour rendre accessible le passé.</p> <p>Mener l'entretien de façon souple pour que circulent les informations.</p>	<p>Freiner le temps en introduisant la durée pour sortir du chaos.</p> <p>Provoquer des changements restreints mais durables pour introduire la permanence.</p> <p>Préciser le contrat thérapeutique pour sortir de l'agir évènementiel.</p> <p>Rendre un passé (historicité) pour permettre un futur dans la durée.</p> <p>Mener l'entretien de façon ferme pour que les informations soient retenues.</p>

Références

- Ackerman N.J. 1980 : The Family with Adolescents. In Carter E.A. & McGoldrick M. (eds) : The Family Life Cycle. A framework for family therapy. p. 147-169, Gardner Press, New York
- In Goldbeter-Merinfeld, É., 2008a. Temps individuels et temps familial aux différents âges de la vie. *Thérapie Familiale* Vol. 28, 329–347. doi:10.3917/TF.074.0329
- Albernehe, K., Albernehe, T., 2014. Les thérapies familiales systémiques, Édition : 4e édition. ed. Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux.
- Andolfi, 1993. La forteresse familiale / un modèle de clinique relationnelle. Dunod, Paris.
- Andolfi, M., Angelo, C., D'Atena, P., Macciocchi, A., 2008. La thérapie racontée par les familles : Un regard rétrospectif selon le modèle transgénérationnel. De Boeck, Bruxelles.
- Andolfi, M., Mascellani, A., Macciocchi, A., 2013. Histoires d'adolescences: Expériences de thérapie familiale, Édition : 1. ed. De Boeck Supérieur.
- Anglada, E., Goffinet, S., Ghysse, B., n.d. Mythomanie et thérapie familiale : étude de cas d'un adolescent mythomane. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. doi:10.1016/j.neurenf.2014.02.003
- Ausloos, G., 1995. La compétence des familles. Temps, chaos, processus. Eres, Ramonville Saint-Agne.
- Beaucousin, M.C., Destal, D., 2000. Processus d'autonomisation à l'adolescence: la conception systémique (DES Psychiatrie). [s.n.], [S.l.].
- Beaucousin M.C., Pommeypuy N., 2013- 2014. Training 1 et 2. Association Parisienne de Recherche et de Travail avec les Familles.
- Benoit, J.C., Malarewicz, J.A., Beaujan, J., 1988. Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques. ESF. In Beaucousin, M.C., Destal, D., 2000. Processus d'autonomisation à l'adolescence: la conception systémique (DES Psychiatrie). [s.n.], [S.l.].
- Berman E., Napier A.Y. 2000. The Midlife Family : Dealing with Adolescents, Young Adults, and the Marriage in Transition. In Nichols W.C., Pace- Nichols M.A., Becvar D.S. & Napier A.Y. : Handbook of Family Development and Intervention. John Wiley & Sons, New York. In Goldbeter-Merinfeld, É., 2008b. Adolescence : de la crise individuelle à la crise des générations. *Cahiers critiques de thérapie familiale* 40, 13–26. doi:10.3917/CTF.040.0013
- Bertalanffy von, L., 2012. Théorie générale des systèmes. Dunod, Paris. In Rougeul, F., 2012. Familles en crise : Approche systémique des relations humaines, Thérapies contextuelle et narratives des familles en crise, Édition : édition revue et augmentée. ed. Georg Editeur, Genève.

- Blos, P., 1997. Adolescence et second processus d'individuation *In* Beaucousin, M.C., Destal, D., 2000. Processus d'autonomisation à l'adolescence: la conception systémique (DES Psychiatrie). [s.n.], [S.I.].
- Bonnaire, C., Bastard, N., Couteron, J.-P., Har, A., Phan, O., n.d. La thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT) : quelles influences, quelles spécificités ? *L'Encéphale*. doi:10.1016/j.encep.2013.04.018
- Bowen, M., Big, N., Mainhagu, P., 1984. La Différenciation du soi : Les triangles et les systèmes émotifs familiaux. Éditions E.S.F., Paris.
- Cirillo, S., 2012. Autonomie et dépendance : deux termes qui s'opposent ? *Thérapie Familiale* Vol. 33, 137–149. doi:10.3917/ff.122.0137
- Cirillo, S., Mugnier, J.-P., Blasio, P.D., Alimonti, G., 2007. Mauvais parents : Comment leur venir en aide. Editions Fabert, Paris.
- Combrinck-Graham, L., 1985. A Developmental Model for Family Systems. *Family Process* 24, 139–150. doi:10.1111/j.1545-5300.1985.00139.x *In* Goldbeter-Merinfeld, É., 2008a. Temps individuels et temps familial aux différents âges de la vie. *Thérapie Familiale* Vol. 28, 329–347. doi:10.3917/ff.074.0329
- Cook-Darzens, S., 2005. La thérapie familiale : de la multiplicité à l'intégration. *Pratiques Psychologiques* 11, 169–183. doi:10.1016/j.prps.2005.04.002
- Courtois, A., 2003. Le thérapeute d'adolescents, un « passeur de temps » : un apport systémique et anthropologique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 51, 62–69. doi:10.1016/S0222-9617(03)00015-1
- Delage, M., 2012. La Recomposition Familiale : Quand les adolescents s'en mêlent. *Cahiers critiques de thérapie familiale* 47, 79–93. doi:10.3917/ctf.047.0079
- Destal, D., Rougeul, F., Bouley, J.-C., 2006. La famille adolescente : Conversations thérapeutiques. Erès, Ramonville Saint-Agne.
- Dolto, F., 2003. La Cause des adolescents. Pocket, Paris. *In* Onnis, L., Bernardini, M., Romano, C., Veglia, A., 2008. Le double visage de la lune. *Cahiers critiques de thérapie familiale* 40, 45–58. doi:10.3917/ctf.040.0045
- Donaldson, D., Spirito, A., Esposito-Smythers, C., 2005. Treatment for Adolescents Following a Suicide Attempt: Results of a Pilot Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44, 113–120. doi:10.1097/00004583-200502000-00003 *In* Mirkovic, B., Belloncle, V., Rousseau, C., Knafo, A., Guilé, J.-M., Gérardin, P., 2014. Stratégies de prévention du suicide et des conduites suicidaires à l'adolescence : revue systématique de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 62, 33–46. doi:10.1016/j.neurenf.2013.11.008

- Elkaïm, M., 2001. Si tu m'aimes, ne m'aime pas : pourquoi ne m'aimes-tu pas, toi qui prétends m'aimer ? : approche systémique et psychothérapie. Seuil.
- Ferrari, P., Bonnot, O., 2012. Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Médecine Sciences Publications, Paris.
- Fivaz-Depeursing, E., Fivaz, R., Kaufmann, L., 1980. Symptôme et thérapie: un modèle systémique. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux : organe officiel de l'Institut d'études de la famille et des systèmes humains. In Salem, G., 2009. L'approche thérapeutique de la famille, Édition : 5e édition. ed. Elsevier Masson, Paris.
- Fleck, S., Quinlan, D., Jalali, B., Rosenheck, R., 1988. Family assessment. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 23, 137–144. doi:10.1007/BF01794779 In Salem, G., 2009. L'approche thérapeutique de la famille, Édition : 5e édition. ed. Elsevier Masson, Paris.
- Framo, J.L., 1991. Family-Of-Origin Therapy: An Intergenerational Approach. Routledge, New York. In Andolfi, M., Mascellani, A., Macciocchi, A., 2013. Histoires d'adolescences: Expériences de thérapie familiale, Édition : 1. ed. De Boeck Supérieur.
- Goldbeter-Merinfeld, É., 2008a. Temps individuels et temps familial aux différents âges de la vie. Thérapie Familiale Vol. 28, 329–347. doi:10.3917/ff.074.0329
- Goldbeter-Merinfeld, É., 2008b. Adolescence : de la crise individuelle à la crise des générations. Cahiers critiques de thérapie familiale 40, 13–26. doi:10.3917/ctf.040.0013
- Goldsztein, S., Duret, I., 2013. Des héritages familiaux au sentiment d'existence chez l'adolescent suicidant. Thérapie Familiale Vol. 34, 301–315. doi:10.3917/ff.132.0301
- Habets, I., 2011. Adolescence : quand les revendications à l'autonomie dénoncent un manque d'appartenance. Thérapie Familiale Vol. 32, 479–492. doi:10.3917/ff.114.0479
- Haley, J., 1991. Leaving home: quand le jeune adulte quitte sa famille. ESF Editeur.
- Har, A., Roche-Rabreau, D., 2010. Vers une approche intégrative et multi-systémique de l'adolescent suicidant et de sa famille. Thérapie Familiale Vol. 31, 133–149. doi:10.3917/ff.102.0133
- Har, A., Roche-Rabreau, D., 2012. Psychothérapie de l'adolescent avec l'aide de sa famille. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 60, 540–545. doi:10.1016/j.neurenf.2012.07.005
- Hoffman, D., Piccinin, B., Servais, L., 2014. Spécificités du travail relationnel avec les systèmes familiaux d'adolescents hospitalisés présentant des troubles psychiatriques sévères et des troubles sévères du comportement judiciairisés. Thérapie Familiale Vol. 35, 55–69. doi:10.3917/ff.141.0055

- Juhel, A., Teillet, T.P., Chemin, A., Welkenhuyzen, I., Roblin, R., 2012. Introduire un travail systémique au sein d'un service de psychiatrie : un paradoxe ? *Thérapie Familiale* Vol. 33, 183–200. doi:10.3917/TF.123.0183
- Madanes, C., 1981. *Strategic Family Therapy*. San Francisco, CA : Jossey Bass. *In* Goldbeter-Merinfeld, É., 2008a. Temps individuels et temps familial aux différents âges de la vie. *Thérapie Familiale* Vol. 28, 329–347. doi:10.3917/TF.074.0329
- Marcelli, D., Braconnier, A., 2008. *Adolescence et psychopathologie*. Elsevier Masson.
- Mauriac, F., Depraz, N., 2008. Les « hiérarchies fonctionnelles » dans le travail avec les adolescents sur ERIC. *Cahiers critiques de thérapie familiale* 40, 153–168. doi:10.3917/CTF.040.0153
- Micucci, J.A., 1998. *The adolescent in family therapy: Breaking the cycle of conflict and control, The Guilford family therapy series*. Guilford Press, New York, NY, US. *In* Goldbeter-Merinfeld, É., 2008a. Temps individuels et temps familial aux différents âges de la vie. *Thérapie Familiale* Vol. 28, 329–347. doi:10.3917/TF.074.0329
- Miermont, J., 2005a. *Thérapies en couple et en famille*. EMC - Psychiatrie 2, 145–168. doi:10.1016/j.emcps.2004.12.001
- Miller, J.G., 1978. *Living Systems*. McGraw Hill Higher Education, New York. *In* Salem, G., 2009. *L'approche thérapeutique de la famille*, Édition : 5e édition. ed. Elsevier Masson, Paris.
- Minuchin, S., 1998. *Familles en thérapie*. Eres, Ramonville Saint-Agne.
- Mirkovic, B., Belloncle, V., Rousseau, C., Knafo, A., Guilé, J.-M., Gérardin, P., 2014. Stratégies de prévention du suicide et des conduites suicidaires à l'adolescence : revue systématique de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 62, 33–46. doi:10.1016/j.neurenf.2013.11.008
- Murat, L., Van Ypersele, D., Kaisin, P., Van Cutsem, C., Lebrun, T., 2014. Quel cadre de travail avec les familles quand des sous-systèmes s'excluent ? *Thérapie Familiale* Vol. 34, 473–493. doi:10.3917/TF.134.0473
- Onnis, L., Bernardini, M., Romano, C., Veglia, A., 2008. Le double visage de la lune. *Cahiers critiques de thérapie familiale* 40, 45–58. doi:10.3917/CTF.040.0045
- Parsons, T., 1955. *Éléments pour une sociologie de l'action*. Plon, Paris, *In* Salem, G., 2009. *L'approche thérapeutique de la famille*, Édition : 5e édition. ed. Elsevier Masson, Paris.
- Rabreau, J. P. 1983. L'autorité parentale fonctionnelle et dysfonctionnelle. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 31(7), 339-343. *In* Schmit, G., 2013. *Adolescence et relations familiales*, in: *Traité Européen de Psychiatrie et de Psychopathologie de L'enfant et de L'adolescent*. Médecine Sciences Publications.

- Rougeul, F., 2012. Familles en crise : Approche systémique des relations humaines, Thérapies contextuelle et narratives des familles en crise, Édition : édition revue et augmentée. ed. Georg Editeur, Genève.
- Sadler K. (2014), Module psychotrauma, Deuxième année de Training, Association Parisienne de Recherche et de Travail avec les familles.
- Salem, G., 2009. L'approche thérapeutique de la famille, Édition : 5e édition. ed. Elsevier Masson, Paris.
- Schmit, G., 2013. Adolescence et relations familiales, in: Traité Européen de Psychiatrie et de Psychopathologie de L'enfant et de L'adolescent. Médecine Sciences Publications.
- Selvini-Palazzoli, M., 1992. Paradoxe et contre-paradoxe : un nouveau mode thérapeutique face aux familles à transaction schizophrénique. ESF Editeur, Paris.
- Stierlin, H., 1981. Separating Parents and Adolescents: Individuation in the Family. Jason Aronson.
In Schmit, G., 2013. Adolescence et relations familiales, in: Traité Européen de Psychiatrie et de Psychopathologie de L'enfant et de L'adolescent. Médecine Sciences Publications.
- Vacher, C., 2012. «Le panier à problèmes». *Thérapie Familiale* Vol. 33, 247–262.
doi:10.3917/TF.123.0247
- Watzlawick, P., Beavin Helmick, J., Jackson, D.-D., 1979. Une logique de la communication. Seuil, Paris.

Résumé

Contexte : De mai à septembre 2014, nous avons mis en place un dispositif d'entretiens familiaux systémiques au moment de l'hospitalisation d'adolescents dans le service hospitalo-universitaire de pédopsychiatrie du centre hospitalier de Poitiers.

Objectifs : L'objectif de ce travail était l'évaluation de l'intérêt d'un tel dispositif auprès des familles et de l'équipe soignante du service.

Matériel et méthode : Le dispositif consistait en la réalisation d'entretiens familiaux systémiques hebdomadaires limités au nombre de trois, lors d'hospitalisations ne dépassant pas six semaines. L'évaluation de l'intérêt de ce dispositif a été faite directement auprès des familles que nous avons rencontrées, auprès des soignants puis par le biais d'une étude de cas.

Résultats : Nous avons rencontré quatre familles, pour lesquelles il est apparu systématiquement une problématique familiale sous-jacente. L'ensemble de ces familles s'est saisi du dispositif : certaines pour se réapproprier les raisons de l'hospitalisation, d'autres pour métacommuniquer sur leur règles de fonctionnement et leur relation, d'autres encore pour aborder des sujets habituellement tabous et partager leurs ressentis et leurs souffrances les concernant.

Conclusion : Au-delà de l'orientation théorique, l'intérêt essentiel de ce travail réside dans l'approche familiale. En effet dans tout soin psychiatrique, il nous semble nécessaire que la famille dans son ensemble puisse être entendue et prise en charge ; et ce d'autant plus, quand elle traverse une des étapes critiques de son cycle vital qu'est l'adolescence.

Mots clés : Adolescence – Hospitalisation – Entretiens familiaux – Systémie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

