



HAL
open science

Thérapie familiale de l'adolescent suicidant, perspectives théoriques et cliniques : à partir de 2 thérapies

Laëtitia Fontaine

► To cite this version:

Laëtitia Fontaine. Thérapie familiale de l'adolescent suicidant, perspectives théoriques et cliniques : à partir de 2 thérapies. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01910251

HAL Id: dumas-01910251

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01910251v1>

Submitted on 31 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N° 61

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Thérapie familiale de l'adolescent suicidant, perspectives théoriques
et cliniques : à partir de 2 thérapies

Présentée et soutenue publiquement
le 30 avril 2018

Par

Laëtitia FONTAINE

Née le 24 décembre 1989 à Gonesse (95)

Dirigée par Mme Le Docteur Marie-Christine Beauconsin, Psychiatre

Jury :

M. Le Professeur Thierry Baubet, PU-PH.....Président

M. Le Professeur Jean-Marc Baleyte, PU-PH

Mme Le Docteur Dalila Rezzoug, MCU-PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Thierry Baubet, qui me fait l'honneur de présider mon jury de thèse, je vous en remercie sincèrement.

A Madame le Docteur Dalila Rezzoug et à Monsieur le Professeur Jean-Marc Baleyte, qui me font également l'honneur de juger mon travail.

A Madame le Docteur Marie-Christine Beauconsin, qui a accepté de diriger ce travail et m'a accueillie au sein d'un service formidable. Merci pour ton savoir et ta grande bienveillance.

Au Docteur Rosilio et au Docteur Ernouf, les deux autres directeurs de ce travail. Vous avez été parfaits, un immense merci.

Merci à toutes celles et ceux qui ont apporté leur contribution à l'élaboration de ce travail, votre aide a été précieuse.

A mon grand-père Mario, et ma grand-mère Antonetta.

A mes parents, Silvana et Jean-Marc, merci pour votre soutien sans faille depuis toujours, et à ma sœur Julie ; il y a tant de définitions de la notion de famille.

A mon père, Gilbert.

A Assunta, Luciana et Louis.

A Marlène, pour ton aide et ton soutien inconditionnels, pour tout ce que l'on partage.

A Ludo, merci d'être là depuis toujours ou presque, que de chemin parcouru.

A Rémi, pour toutes ces années d'aventures et d'analyse de la(nos) vie(s).

A Thomas, merci pour ta science du baby-foot et du ping-pong, et tout le reste.

A Anaëlle, tu remplis tellement de fonctions que tu peux être citée plusieurs fois, merci surtout d'être une amie exceptionnelle.

A Maila, pour ton accent ! Mais pas seulement.

A Laura, de co-interne de choc à amie indispensable, merci pour ton soutien constant.

A Aurore, pour les listes de 3, par exemple TCA, carlins et cocktails.

A Christine, merci pour cette découverte en douceur de la psychiatrie et pour cette belle amitié née ensuite.

A toute l'équipe du « Clos », merci pour ces soirées inoubliables, et en particulier à Marie-Christine, Imen, Imane, Thibaut, Anaëlle, Rafael, Louise et Laure.

Aux équipes exceptionnelles de dévouement et de bienveillance que j'ai eu la chance de rencontrer pendant mon internat, et dont certains sont devenus des amis précieux. Merci en particulier à Lucie, et ses compétences en PS4, et à l'ensemble de l'équipe « Les TCA-bonjour ». Merci également aux supers cocooneuses de la Pomme. Une pensée particulière enfin pour les belles rencontres au CPOA.

A tous les médecins rencontrés pendant mes études, ou bien avant, qui m'ont transmis leurs connaissances, tant sur le plan clinique qu'humain, et leur passion pour leur métier.

Aux patients, et à leurs familles.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Au commencement était la relation et la nécessité de la définir.

Jay Haley

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	9
INTRODUCTION	10
PREMIERE PARTIE.....	12
CHAPITRE 1 : EPIDEMIOLOGIE.....	13
1.1. En France.....	13
1.2. Aux Etats-Unis	13
1.4. Les tentatives de suicide	14
2.1. H.A.S	15
2.2. Rapport de l'OMS.....	15
CHAPITRE 3 : REVUE DE LA LITTERATURE	16
3.1. Introduction	16
3.2. Etudes montrant un impact des interventions familiales	17
3.3. Etudes montrant des résultats partagés selon les critères d'évaluation.....	20
3.4. Etude ne montrant pas d'efficacité supérieure des interventions familiales	21
4.1. Définitions et principaux concepts théoriques.....	27
4.1.1. Théorie générale des systèmes	28
4.1.2. Théorie de la communication.....	29
4.1.3. Théories cybernétiques	31
4.1.4. La communication circulaire	32
4.1.5. Le feedback et l'homéostasie	33
4.1.6. Le cycle vital	34
4.1.7. Le patient désigné	34
4.1.8. Les types de transactions familiales	35
4.1.9. La dette/les loyautés.....	35
4.1.10. Le mythe familial.....	36
4.1.11. La triangulation	37
4.2. Historique	37
CHAPITRE 5 : MODALITES DE TRAVAIL.....	40
5.1. Le dispositif	40
5.2. Co-thérapie	40
CHAPITRE 6 : INTERVENTIONS THERAPEUTIQUES.....	41

6.1. L'affiliation	41
6.2. La connotation positive.....	42
6.3. Les prescriptions	42
6.4. Les provocations	43
6.5. Les variations du setting (travail en sous-systèmes)	44
DEUXIEME PARTIE	45
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION ET CONTEXTE.....	46
2.1 Johanna.....	47
2.1.1. Antécédents	47
2.1.2. Eléments biographiques.....	47
2.1.4. Examen clinique initial	48
2.2.1. Antécédents	50
2.2.2. Eléments biographiques.....	50
2.2.4. Examen clinique initial	51
2.2.5. Déroulement de l'hospitalisation.....	52
3.1. La famille de Johanna.....	53
3.1.1 Présentation	53
3.1.3. La thérapie imposée	54
3.1.4. Le joker.....	55
3.1.5. Le style familial	57
3.1.6. La fonction du symptôme.....	57
3.1.8. La désaffiliation	60
3.2. La famille de Florian	61
3.2.1. Présentation	61
3.2.2. Génogramme	62
3.2.3. La qualité de la communication	62
3.2.5. Les objectifs de la thérapie familiale	65
3.2.7. Père + enfants	67
3.2.9. La réconciliation avec François.....	68
3.2.10. Cristiano	69
3.2.11. Homéostasie, autonomisation, faut-il choisir ?.....	70
3.2.12. La synchronisation émotionnelle	71
3.2.13. Le retour à l'homéostasie.....	73
3.2.14. Le bilan	74

3.3. Séances de feedback.....	75
3.3.1. Introduction et concept.....	75
3.3.2. Famille de Johanna.....	76
3.3.3. Famille de Florian.....	76
TROISIEME PARTIE	81
CHAPITRE 1 : MISE EN PARALLELE.....	82
1.1. Circularité du symptôme.....	82
1.2. Échec de la triangulation.....	83
1.4. Illusion de l'autonomisation	85
1.5. Homéostasie familiale et lutte contre le changement	86
CONCLUSION.....	91
BIBLIOGRAPHIE	94
ANNEXES	101

ABREVIATIONS

TS : Tentative de suicide

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire

HAS : Haute Autorité de Santé

TDAH : Trouble déficit de l'attention avec hyperactivité

EPS : Etablissement public de santé

Th : Thérapeute

INTRODUCTION

Par leur fréquence (40 000 TS chaque année) et leur gravité (14% des décès chez les moins de 24 ans)⁽⁷²⁾, les idées et gestes suicidaires chez les adolescents font partie de la clinique du quotidien en psychiatrie. La prévention de la suicidalité à l'adolescence définie par la Stratégie nationale de prévention du suicide en France, comme l'ensemble des idéations suicidaires, tentatives de suicide et suicides accomplis, constitue donc un véritable enjeu de santé publique^(66, 72).

Concernant justement les facteurs de risque pouvant expliquer les comportements suicidaires à l'adolescence, une interaction entre des facteurs biologiques, cognitifs, psychopathologiques et environnementaux semble être l'explication la plus holistique. Une pathologie mentale sous-jacente doit bien sûr systématiquement être recherchée, identifiée et traitée en priorité, mais elle ne serait présente que dans 20 à 30% des TS^(48, 61). Dans les autres cas, selon différentes études, la TS est sous-tendue par des situations de conflit ou de rupture, dont les relations familiales sont grandes pourvoyeuses⁽⁷³⁾. Selon Chérif⁽²¹⁾ par exemple, un conflit parental a constitué un facteur déclenchant de la TS dans 53,6% des cas. Deux études, conduites en 2013 et 2014, respectivement par Consoli et al.⁽²³⁾ et Donath et al.⁽²⁶⁾, sur d'importantes cohortes d'adolescents (31429 et 44610) en population générale montrent une corrélation certaine entre risque suicidaire et conflits familiaux avec les parents, en particulier lorsqu'un sentiment de rejet est éprouvé par l'adolescent.

En parallèle, les familles semblent être souvent disponibles pour être intégrées à la prise en charge de la crise psychiatrique, comme le montre l'étude conduite par Ampélas et al.⁽²⁾ au sein de l'équipe du groupe ERIC en 2005. Elle montrait en effet un haut niveau de satisfaction, tant de la part des patients (86% de satisfaction) que de leurs proches (94%) sur

la participation de la famille aux entretiens médicaux de crise réalisés en ambulatoire de façon rapprochée.

Les thérapies familiales sont un ensemble d'approches psychothérapeutiques, qui ont pour but de favoriser les échanges entre les membres d'une famille. La thérapie familiale systémique, née aux Etats-Unis à Palo Alto dans les années 1950, représente un des principaux courants conceptuels et fait référence à la notion de système défini comme « un ensemble d'objets, et les relations entre ces objets et leurs attributs »⁽⁷⁷⁾. Initialement destinée aux familles de patients psychotiques, ses indications se sont progressivement élargies à de larges champs de la psychiatrie, notamment dans les pathologies de l'enfant et de l'adolescent.

Les relations familiales constituant donc un facteur de risque important dans la suicidalité à l'adolescence⁽⁵¹⁾, il devrait s'agir d'un levier thérapeutique intéressant à mobiliser pour réduire les risques de passages à l'acte et/ou de récurrence suicidaire^(28, 31, 32).

Après un bref rappel épidémiologique concernant la suicidalité à l'adolescence, nous allons donc dans ce travail nous intéresser aux principaux concepts théoriques systémiques éclairant le fonctionnement de la famille adolescente. Nous tenterons ensuite de mettre en évidence la supériorité des prises en charge incluant la famille par rapport aux prises en charge habituelles à travers une revue de la littérature, puis nous illustrerons et discuterons notre propos par un travail clinique sur l'étude de deux processus thérapeutiques familiaux dans leur intégralité.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE 1 : EPIDEMIOLOGIE

1.1. En France

En 2010, en France, 10 509 personnes sont décédées par suicide. Malgré la déclaration obligatoire publiée chaque année par l'INSERM, ce chiffre serait même sous-estimé de 20%. Concernant les adolescents et jeunes adultes (12 - 24 ans), il s'agirait de la seconde cause de mortalité, juste derrière les accidents de la voie publique. En effet, 650 jeunes de moins de 24 ans se suicident chaque année en France, soit 14% des décès à cet âge, et 40 000 d'entre eux font une tentative de suicide (TS)^(48, 61). Les suicides effectifs sont majoritairement précédés de tentatives de suicide (TS) et/ou d'idéations et de menaces suicidaires (dans 46,7% des cas dans l'année précédant le geste) et 30% des jeunes ayant effectué au moins une tentative de suicide dans leur vie récidivent⁽²¹⁾. L'existence d'une TS antérieure est le premier facteur de risque de récurrence, et le taux de récurrence augmente plus le suicidant est jeune.

1.2. Aux Etats-Unis

La situation est assez similaire aux Etats-Unis. En effet, d'après l'American Academy of Pediatrics⁽²²⁾, le suicide était en 2000 la troisième cause de mortalité chez les 15 – 19 ans aux Etats-Unis. En 1997, il y aurait eu 4186 décès par suicide parmi les 15 – 24 ans et il s'agirait d'un chiffre qui a connu une augmentation de près de 300% entre 1950 et 1990.

A noter que l'usage des armes à feu y est beaucoup plus répandu, et serait en cause dans plus de 67% des suicides.

1.3. Dans le monde

D'après le rapport de l'OMS de 2014⁽⁶⁵⁾ sur la prévention du suicide, on estime à 804 000 le nombre de suicides survenus dans le monde en 2012. Toutefois, ce chiffre est très probablement sous-estimé en raison d'un tabou, voire d'un caractère illégal, dans certains pays autour du suicide. Concernant l'âge, les taux de suicide les plus élevés sont enregistrés chez les personnes de plus de 70 ans ; ainsi que chez les 15 – 29 ans où il représente la seconde cause de mortalité.

1.4. Les tentatives de suicide

Bien plus difficiles à quantifier que les suicides effectifs, on retrouve deux méthodes principales pour obtenir des données sur ce sujet : l'autodéclaration des comportements suicidaires dans les enquêtes, et les données hospitalières sur les tentatives de suicide médicalement traitées.

Concernant l'autodéclaration, la plupart des rapports disponibles concernent les personnes âgées de 18 ans ou plus. Toutefois, l'enquête Baromètre Santé 2010, relevait que la tranche des 15 – 19 ans était celle qui déclarait le plus de TS au cours des douze derniers mois en France.

Les données hospitalières sont quant à elles très variables et biaisées par plusieurs facteurs, notamment la gravité des comportements suicidaires (nécessitant une prise en charge somatique, ou non) ; à titre d'exemple extrahospitalier, le réseau Sentinelles (qui regroupe environ 2% des médecins généralistes français) recensait en 2011 une incidence de 28 738 cas sur la population française.

CHAPITRE 2 : RECOMMANDATIONS ACTUELLES DE PRISE EN CHARGE

2.1. H.A.S

La Haute Autorité de Santé a publié en 1998 un texte des recommandations de prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide⁽⁶⁶⁾.

Il y est précisé que tout adolescent suicidant doit être accueilli dans un service d'urgence où il bénéficiera d'une évaluation à la fois somatique, psychiatrique et sociale par une équipe pluridisciplinaire. L'examen psychologique doit être réalisé par un psychiatre et comporter obligatoirement une rencontre avec les parents et/ou l'entourage proche.

Après la période de soins aux urgences, la prise en charge peut être hospitalière ou ambulatoire. Au moment où ces recommandations ont été émises, il n'existait pas d'étude comparant ces deux modalités et permettant d'établir une supériorité. Il est toutefois précisé que malgré une grande disparité des moyens de prise en charge des adolescents en France, la famille doit être associée au projet autant que possible⁽⁴²⁾.

2.2. Rapport de l'OMS

Actuellement, dans le monde, vingt-huit pays seraient dotés d'une stratégie nationale de prévention du suicide.

Les grands axes de prise en charge et de prévention qui s'en dégagent sont les suivants :

- Restreindre l'accès aux moyens de suicide les plus courants (pesticides, armes à feu, certains médicaments)
- Incorporer la prévention du suicide comme composante essentielle dans les services de soins de santé et en favoriser l'accès

- Dépister et prendre en charge à un stade précoce les troubles mentaux et les troubles liés à l'usage de l'alcool
- ***Impliquer les communautés et les familles en les intégrant au suivi et en leur proposant un soutien dédié***

Par ailleurs, il y est souligné que si le risque de comportement suicidaire augmente en cas de conflit relationnel, à l'inverse, cultiver et entretenir des relations étroites et de qualité avec des proches augmenterait la résilience individuelle et constituerait un facteur de protection contre le risque suicidaire.

CHAPITRE 3 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

3.1. Introduction

L'ensemble de ces données épidémiologiques tendant à montrer que les relations familiales pourraient être un levier thérapeutique intéressant à mobiliser pour réduire les risques de passages à l'acte et/ou de récurrence suicidaire à l'adolescence, nous avons tenté d'évaluer objectivement la supériorité des prises en charge incluant la famille par rapport aux prises en charge habituelles. Pour cela, nous avons effectué une revue de la littérature des différentes modalités de prise en charge familiale (entretiens familiaux aux urgences, visites à domicile...) proposées dans ces situations cliniques fréquentes et graves.

Cette revue de la littérature a été conduite à partir des bases de données PubMed et EMBASE en utilisant les associations de mots clés « adolescent » + « thérapie familiale » et « adolescents suicidaires » + « thérapie », en anglais sur PubMed et en français sur EMBASE. Les bibliographies des articles pertinents ont par la suite été étudiées à la

recherche d'autres travaux intéressants n'apparaissant pas initialement dans les moteurs de recherche. La recherche retrouvait initialement cinq-cent-quatre-vingt deux articles. Seuls dix-sept articles publiés entre 1998 et 2015 ont finalement été retenus pour leur pertinence. Parmi ces dix-sept articles, quatorze sont des études évaluant l'impact sur différentes dimensions symptomatiques d'interventions familiales, une est une observation clinique et deux décrivent simplement le protocole d'études en cours. Ils sont en langue française et anglaise, originaires de différents pays, principalement anglo-saxons.

Malgré une sélection importante, il est d'emblée important de noter que les articles retenus se démarquent par la grande diversité des types d'intervention, des populations cibles et des critères d'évaluation. Cependant, nous allons tenter de les présenter selon l'organisation suivante: seront listées les études ayant montré un impact des interventions familiales, puis celles concluant à des résultats partagés et enfin celles n'ayant pas montré de différence par rapport à une prise en charge standard. Nous reviendrons dans la discussion sur les protocoles d'études en cours.

3.2. Etudes montrant un impact des interventions familiales

Six études, réalisées entre 1999 et 2015, montrent des résultats probants sur la récurrence des comportements suicidaires (tentatives de suicide ou idées de suicide). Toutes ont été réalisées sur des populations d'adolescents pris en charge pour des idéations ou comportements suicidaires (n compris entre 35 et 162), cinq d'entre elles étaient des essais contrôlés randomisés. Tous les critères cliniques d'évaluation étaient mesurés par des échelles, les plus fréquemment employées étaient la Beck Depression Inventory (BDI) et la Depression Intensity Scale Circles (DISC) mais de nombreuses autres étaient utilisées. La thérapie multisystémique, évaluée dans plusieurs de ces études, a été mise au point dans la

fin des années 1970 aux Etats-Unis, initialement pour des adolescents présentant des troubles des conduites et des addictions⁽⁴⁵⁾. Il s'agit d'une prise en charge familiale ciblée sur des objectifs définis au départ, d'orientation systémique, brève et intensive (plusieurs séances par semaine sur maximum cinq mois).

La première de ces études, conduite par Henggeler et al.^(39, 41) en 1999 étudiait les bénéfices d'une prise en charge uniquement familiale en thérapie multisystémique en ambulatoire, versus hospitalisation seule, sur une population randomisée d'adolescents présentant des idéations auto ou hétéro agressives. Des bénéfices étaient observés sur les symptômes psychiatriques évalués par la Brief Symptom Inventory (BSI), le fonctionnement familial et scolaire.

L'étude conduite par Huey et al. en 2004^(40, 54) incluait uniquement des patients éligibles à une hospitalisation en urgence pour idéations suicidaires, et évaluait l'efficacité seule d'un protocole de thérapie multifamiliale en ambulatoire sur un an en alternative à l'hospitalisation initialement indiquée. Moins de comportements suicidaires étaient observés dans le groupe ayant bénéficié de la prise en charge familiale, mais il n'y avait pas de différence sur les symptômes dépressifs mesurés au BSI.

De même dans l'étude conduite en 2010 par Diamond et al.⁽²⁵⁾, dans laquelle le protocole appliqué était une thérapie familiale brève basée sur l'attachement avec un suivi ultérieur sur six mois, les idées suicidaires disparaissaient dans 87% des cas (versus 51,7% des cas dans le groupe contrôle bénéficiant d'une prise en charge standard) mais il n'y avait pas non plus de changement observé concernant les symptômes dépressifs à la DISC.

Plus récemment, en 2013, l'étude menée par Pineda et al.⁽⁶³⁾ a évalué l'efficacité sur six mois d'une prise en charge familiale très brève avec quatre entretiens de deux heures associée à la prise en charge usuelle versus prise en charge usuelle seule, et montrait une amélioration

significative de la suicidalité, mesurée par hétéro-questionnaire (Ask Suicide Screening Questions ASQ-R), de la symptomatologie psychiatrique et du fonctionnement familial. A noter que dans cette étude, tous les adolescents présentaient dès le début de la prise en charge les critères cliniques d'un épisode dépressif majeur (EDM).

Rosenbaum-Asarnow et al.⁽⁷³⁾ ont conduit en 2015 une étude expérimentale sur six mois également, sans groupe contrôle, du protocole SAFETY (entretiens familiaux en trois phases prévues sur douze semaines, démarrant aux urgences, et intégrant la famille et l'environnement social de l'adolescent), basé sur une prise en charge familiale d'orientation cognitivo-comportementale, qui a montré une amélioration des idées suicidaires, des symptômes dépressifs des adolescents (DISC) et de leurs parents, et du fonctionnement social des patients au terme du suivi, par rapport au début de la prise en charge.

Enfin, dans l'étude menée par Anastasia et al.⁽³⁾ en 2015, comparant prise en charge usuelle ambulatoire et prise en charge usuelle avec adjonction d'entretiens familiaux, montrait de meilleurs résultats de la prise en charge familiale intensive brève sur la suicidalité et les symptômes dépressifs au BDI.

En 2015, Har⁽³⁵⁾ s'intéressait à partir d'un cas clinique à la thérapie dyadique (adolescent et un seul parent) centrée sur les émotions, approche intégrative basée sur des concepts systémiques et attachementistes. L'observation clinique portait ensuite sur une adolescente suivie pour un trouble déficit de l'attention avec hyperactivité et un trouble de la personnalité de type borderline avec des mises en danger répétées, dont des comportements suicidaires. Sa mère et elle ont bénéficié pendant trois mois d'une prise en charge familiale selon ce modèle parallèlement à un traitement individuel, avec une diminution des troubles du comportement de l'adolescente et une amélioration des

relations avec sa mère.

3.3. Etudes montrant des résultats partagés selon les critères d'évaluation

La première étude comparative randomisée conduite en 1998 par Harrington et al.^(36, 54) évaluait un protocole incluant une intervention spécialisée à domicile avec cinq entretiens familiaux dirigés, chez une population d'adolescents ayant commis une tentative de suicide par empoisonnement (n=162). Les résultats montrent une différence significative avec le groupe contrôle dans un sous-groupe qui ne présentait pas de critère d'épisode dépressif majeur, chez lequel moins d'idées suicidaires étaient retrouvées. Il n'y avait en revanche pas de différence avec le groupe témoin dans le groupe total.

En 2011, l'étude menée par Asarnow et al.⁽⁹⁾, également contrôlée randomisée, portait sur un protocole de thérapie familiale d'orientation cognitivo-comportementale suivi d'une évaluation deux mois après l'intervention. Une meilleure adhésion aux soins proposés en ambulatoire (92% de rendez-vous honorés, versus 76%) et un nombre plus important de psychothérapies entamées (76% versus 49%) étaient notés, mais il n'y avait pas de différence concernant la suicidalité ou le fonctionnement global.

Celle conduite par Rotheram-Borus et al.^(54, 74) en 2000 sur 140 adolescentes (de sexe féminin exclusivement) admises aux urgences après une tentative de suicide, toutes accompagnées de leurs mères, évaluait l'impact sur dix-huit mois d'un protocole incluant une formation spécifique des soignants, la visualisation d'un film et des entretiens familiaux dirigés. Aucune différence sur les comportements ou idéations suicidaires n'était retrouvée mais on notait moins de symptômes dépressifs chez les adolescentes et leurs mères ayant bénéficié du protocole, ainsi qu'une meilleure adhésion aux soins (81% du suivi mené à terme, versus 61%).

Le protocole « Rapid-response » étudié par Greenfield et al.⁽³³⁾ en 2002 comportait une prise de contact immédiate aux urgences avec la famille et un travail spécifique autour de la crise et de la communication. Après six mois, il n’y avait pas de différence observée sur la suicidalité ou le fonctionnement global mais il y avait significativement moins d’hospitalisations: 11% initialement (versus 40%) et 18% à six mois (versus 43%).

3.4. Etude ne montrant pas d’efficacité supérieure des interventions familiales

Enfin, l’étude menée par Schpigel et al.⁽⁷¹⁾ en 2012, sans groupe contrôle, évaluait sur neuf mois l’efficacité d’un protocole de douze semaines de thérapie dyadique mère-enfant basée sur l’attachement et ne montrait qu’une différence non statistiquement significative des symptômes dépressifs et des idées suicidaires par rapport au début du suivi.

Source	Population	Stratégie/Intervention	Résultats
Donath et al., 2014	Adolescents recrutés dans différentes écoles, population générale, n=44610	Questionnaire évaluant la prévalence de la suicidalité et les facteurs prédictifs potentiels dans la famille.	Corrélation entre suicidalité et 3 facteurs: affection des 2 parents dans l'enfance et autorité de la mère à l'adolescence, autorité parentale (facteur protecteur) et sentiment de rejet/négligence.
Rosenbaum Asarnow et al., 2015	Adolescents ayant fait une TS, 11 à 17 ans, n=35	Etude expérimentale: protocole SAFETY incluant une intervention familiale orientée TCC avec entretiens individuels et familiaux. Evaluation sur 6 mois de la suicidalité, dépression ado+parents, et fonctionnement social ado.	Amélioration observée sur tous les critères, diminution notamment des idées suicidaires à 3 mois.
Diamond et al., 2010	Adolescents suicidaires, 12 à 17 ans, n=66	2 groupes randomisés: PEC standard VS PEC familiale basée sur l'attachement avec entretiens individuels et familiaux. Suivi sur 6 mois. Evaluation par échelles de la suicidalité et des symptômes psychiatriques (SSI et DISC).	Améliorations concernant les idées suicidaires: disparition dans 87% des cas VS 51,7%. Pas de différence concernant les symptômes dépressifs.
Asarnow et al., 2011	Adolescents suicidaires ou suicidants, 10 à 18 ans, n=181	2 groupes randomisés: PEC standard VS PEC spécifique avec TCC basée sur la famille. Suivi à 2 mois. Evaluation de la poursuite du suivi en ambulatoire, de la suicidalité et de la dépression (échelles)	Meilleure adhésion aux soins en ambulatoire (92% VS 76%), plus de PEC psychothérapeutique (76 VS 49%) Pas de différence concernant la suicidalité ou le fonctionnement global.
Harrington et al., 1998	Adolescents ayant commis une TS par empoisonnement, n=162 (12-16 ans)	2 groupes randomisés: PEC standard VS PEC standard+intervention spécialisée à domicile avec 5 entretiens familiaux dirigés. Evaluation par questionnaires des idées suicidaires, de la dépression et de la satisfaction des parents	Pas de différence sur risque suicidaire et dépression, sauf sur un sous-groupe sans EDM: moins d'idées suicidaires. Meilleure satisfaction des parents dans le groupe avec intervention.
Greenfield et al., 2002	Adolescents PEC aux urgences pour une TS, 12 à 17 ans, n=286	2 groupes, assignation aléatoire: « Rapid-response » avec prise de contact immédiate avec la famille pour PEC ambulatoire, travail spécifique autour de la crise et de la communication VS groupe contrôle, PEC standard. Evaluation sur 6 mois (DISC, SSBBS, IFS)	Pas de différence sur le niveau de suicidalité ni le fonctionnement global. Moins d'hospitalisations dans le groupe rapid-response: 11% initialement (VS 40%) et 18% à 6 mois (VS 43%)
Henggeier, 1999	Adolescents avec idéations auto ou hétéro agressives	2 groupes: thérapie multisystémique en ambulatoire VS hospitalisation seule. Evaluation par échelles (BSI)	73% d'hospitalisations en moins Bénéfices sur les symptômes dépressifs, le fonctionnement social et scolaire
Rotheram-Borus et al., 2000	Adolescentes admises aux urgences après une TS, 12 à 18 ans, n=140; + leurs mères	2 groupes (non randomisés): PEC standard aux urgences VS protocole spécifique incluant soignants formés, visualisation d'un film, entretien familial. Evaluation sur 18 mois par échelles (Hamilton, HASS, DISC et FACES) de la dépression, du risque suicidaire et des symptômes maternels	Pas de différence sur les comportements ou idéations suicidaires. Moins de dépression (fig 2A) chez les adolescentes, et leurs mères. Meilleure adhésion aux soins, 81% du suivi complété, VS 61%.
Har, 2015	Observation clinique	Thérapie dyadique (1 parent +adolescent) centrée sur les émotions Approche intégrative systémique+ TF basée sur l'attachement+TF centrée sur les émotions	
Ampélas et al., 2005	81 familles (162 personnes)	Prise en charge ambulatoire de crise: au moins 2 entretiens médicaux familiaux +/- VAD Evaluation par autoquestionnaire de satisfaction	Satisfaction globale sur le fait d'associer les proches aux entretiens médicaux (entretiens familiaux: 86% des patients satisfaits, 94% des proches)
Huey et al., 2004	Echantillon patients éligibles à une hospitalisation en urgence pour idéation auto ou hétéro agressive, n=156 (10-17 ans)	2 groupes randomisés: protocole thérapie multisystémique à domicile VS hospitalisation, évaluation à 24h, 4 mois et 1 an par échelles parents +adolescents (dépression et risque suicidaire)	Moins de comportements suicidaires dans le groupe MST, pas de différence sur la dépression et les idées suicidaires
Consoil et al., 2013	Cohorte adolescents recrutés à la JAPD (17 ans), n=31429	Echelle évaluation dépression (ADRS) +question idéation suicidaire +ensemble de questions sur relations familiales (échelle Likert)	Risque suicidaire et/ou dépression plus élevés après ajustement lorsque des conflits familiaux avec les parents sont retrouvés
Pineda et al., 2013	Adolescents suicidaires, présentant tous les critères DSM d'un EDM	2 groupes: prise en charge familiale brève (4 entretiens de 2h)+ PEC usuelle VS PEC usuelle seule. Evaluation sur 6 mois par questionnaire (ASQ-R)	Amélioration significative de la suicidalité, des symptômes psychiatriques et du fonctionnement social
Anastasia et al., 2015	Adolescents suicidaires	2 groupes: PEC usuelle ambulatoire + prise en charge familiale brève intensive VS PEC usuelle ambulatoire seule. Evaluation par échelles (BDI).	Amélioration significative de la suicidalité et des symptômes dépressifs.
Shpigel et al., 2012	Adolescents suicidaires et leurs mères	Protocole de 12 semaines de thérapie familiale mère enfant abusée sur l'attachement, sans groupe contrôle. Evaluation sur 9 mois.	Différence non statistiquement significative sur les symptômes dépressifs et les idées suicidaires.

Tableau des résultats

3.5. Discussion

Une majorité d'études (16 sur 17) trouvent donc des résultats encourageants, positifs ou mitigés, ce qui semble confirmer l'hypothèse de départ. Cependant, ces résultats font émerger trois points de discussion principaux.

- la mise en évidence d'un phénotype de patient suicidaire ne présentant pas d'EDM pour lesquels l'adjonction d'interventions familiales au traitement usuel est particulièrement pertinente
- l'intérêt d'une prise en charge familiale sur le nombre d'hospitalisations et l'adhésion aux soins, même lorsque les résultats ne montrent pas de différence sur le plan clinique
- les limites des différentes études et les perspectives de travaux futurs seront abordées.

Concernant tout d'abord le bénéfice des interventions familiales sur les idéations et comportements suicidaires, ainsi que sur les symptômes dépressifs, les résultats sont partagés mais il semblerait que les études montrant les meilleurs résultats sont celles portant sur des populations d'adolescents pris en charge aux urgences pour des crises suicidaires mais qui ne répondent pas aux critères de dépression définis par le DSM. Une hypothèse pouvant expliquer ceci se situe possiblement dans la spécificité de la clinique de la crise suicidaire à l'adolescence. En effet, il conviendrait de distinguer la crise suicidaire associée à une pathologie psychiatrique sous-jacente de la crise suicidaire sous-tendue par des facteurs relationnels et des situations de conflit. Lorsque la crise suicidaire est une complication par exemple d'un épisode dépressif majeur, il est bien sûr évident que l'adolescent doit bénéficier en plus d'une prise en charge médicale et d'un traitement selon les recommandations prévues à cet effet. Il est cependant intéressant de noter que, selon différentes études, une pathologie mentale associée n'est retrouvée que dans 20 à 50% des

TS en population adolescente. En revanche, lorsque la crise suicidaire est associée à une perturbation des relations intrafamiliales, situation fréquente avec un conflit comme facteur déclenchant, la prise en charge familiale trouve alors tout son intérêt, ce qui explique probablement les résultats positifs observés.

Il reste par ailleurs intéressant de noter que même lorsqu'aucun impact n'est observé sur les comportements suicidaires et les symptômes psychiatriques, le fait d'associer la famille à la prise en charge diminue dans la totalité des cas le nombre d'hospitalisations, ce qui présente un intérêt en termes économiques également, et favorise l'adhésion aux soins par la suite. Or, chez les adolescents, la poursuite des soins après la crise suicidaire, notamment le suivi psychothérapeutique⁽⁴⁵⁾, constitue un facteur prédictif positif majeur dans la prévention des récidives⁽⁶⁶⁾.

Cette revue de la littérature met en revanche de nouveau en lumière les difficultés d'évaluation des psychothérapies⁽⁷⁵⁾ de manière générale, comme on le note dans le rapport de l'INSERM en 2004⁽³⁰⁾, où seules les thérapies cognitivo-comportementales ont pu faire la preuve de leur efficacité. Concernant les prises en charge familiales étudiées dans cette revue, les outils d'évaluation à disposition sont assez restreints, basés sur des échelles cliniques qui ne peuvent s'affranchir totalement de la subjectivité de l'examineur. Leur validité en population adolescente pose également question, l'échelle BDI par exemple n'ayant pas été particulièrement conçue pour les adolescents et reste assez peu spécifique. Les caractéristiques singulières de la dépression à l'adolescence questionnent donc sur leur application possible à cette population. Concernant les études retenues ici, pour la plupart monocentriques, les populations étudiées diffèrent par leur nombre et leurs caractéristiques

démographiques (aucune ne semble être d'ailleurs un facteur prédictif positif), créant de probables biais de sélection et questionnant la validité externe des résultats. Cette grande disparité entre les populations et les protocoles étudiés rend la comparaison entre les articles difficile. L'étude de Rotheram-Borus par exemple porte exclusivement sur une population de sexe féminin, celle de Harrington ne s'intéresse qu'aux tentatives de suicide par empoisonnement et celle de Shpigel n'évalue les entretiens dyadiques que chez des mères célibataires. Les méthodologies également sont assez peu uniformisées, tous les protocoles de prises en charge familiale évalués sont fondés sur des bases théoriques diverses (attachementistes, cognitivo-comportementales); aucune ne semble d'ailleurs montrer de supériorité par rapport aux autres, puisque sur les six études montrant des résultats nettement positifs, on retrouve un protocole d'orientation cognitivo-comportementale, un autre attachementiste et un autre basé sur la thérapie multisystémique à domicile, mais aucun article ne compare des approches familiales différentes entre elles. Les protocoles étudiés font appel à des intervenants différents (psychiatres, psychologues, soignants) et le nombre d'interventions varie beaucoup. En effet, dans le protocole de Greenfield par exemple, l'intervention est centrée sur la crise, aux urgences uniquement, tandis que celui de Pineda comporte quatre entretiens familiaux de deux heures, et celui de Shpigel évalue un protocole de thérapie familiale sur douze semaines. Le contexte diffère donc aussi, principalement entre des prises en charge proposées aux urgences et un travail effectué au domicile en ambulatoire. Les durées de suivi varient également de deux mois à dix-huit mois, bien que la plupart soient de six mois. A noter que les prises en charge les plus protocolisées semblent être celles donnant les meilleurs résultats, comme celles proposées dans les études récentes de Pineda et Anastasia. Enfin, la faible puissance des différentes études, notamment celles montrant un

résultat positif, doit cependant être prise en compte puisque les populations étudiées étaient restreintes (moins de 50 patients).

Les résultats encourageants retrouvés dans la grande majorité des études et les différentes limites soulignées ci-dessus font émerger la nécessité de travaux futurs plus rigoureux. A ce titre, nous avons relevé deux protocoles en cours, dont l'ensemble des résultats ne sont pas encore connus:

En 2012, Wharff et al.⁽⁸²⁾ publiaient les résultats préliminaires d'une étude pilote sur une population de 67 adolescents suicidaires ayant reçu aux urgences un entretien familial basé sur la crise, comparés à un groupe contrôle de 150 patients. Le critère étudié dans cette étude pilote était le nombre d'hospitalisations, qui était significativement moins important: 36% versus 55%. Les résultats à venir concerneront la suicidalité et les symptômes dépressifs.

Le protocole débuté par Wright-Hughes et al.⁽⁸⁵⁾ en 2015 s'intéressait à une population plus importante de 832 adolescents pris en charge pour au moins deux épisodes d'automutilations, randomisés en deux groupes dont l'un bénéficierait d'un protocole spécifique de thérapie familiale (protocole SHIFT de huit séances en six mois) et l'autre d'une prise en charge standard. Le critère d'évaluation principal proposé est la récurrence d'automutilations, les critères secondaires étant la suicidalité, les symptômes dépressifs et le coût. Les résultats n'ont pas encore été publiés à ce jour.

CHAPITRE 4 : THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE

4.1. Définitions et principaux concepts théoriques

En premier lieu, la définition la plus large du concept physique de système est la suivante : un ensemble d'éléments concrets ou idéalisés interagissant entre eux selon certains principes ou règles⁽¹³⁾.

Les thérapies familiales regroupent un vaste champ des psychothérapies, que nous ne pourrions aborder dans leur intégralité dans ce travail.

La thérapie systémique est en grande partie indissociable des thérapies familiales car elle en constitue le courant conceptuel principal. Elle fait référence à la notion de système, définie par le groupe de Palo Alto dans les années 1940 comme « un ensemble d'objets, et les relations entre ces objets et leurs attributs »⁽⁷⁷⁾. Autrement dit, si on applique cette analogie à l'individu, il s'agit de l'intégrer dans une interrelation d'influence mutuelle avec son environnement. Selon Watzlawick^(80, 81), la famille est « un système en interaction continue et durable où les membres sont des personnes en communication avec d'autres personnes ».

Le mouvement des thérapies systémiques ayant été influencé par de multiples variantes et évolutions, il est difficile de donner une définition précise et exhaustive de la thérapie familiale systémique. Toutefois, Von Sydow⁽⁷⁹⁾ propose la suivante : « une forme de thérapie qui conçoit le comportement et tout particulièrement les symptômes mentaux dans le contexte de systèmes sociaux dans lesquels les gens vivent, se centrant sur les interactions

et les relations interpersonnelles, les constructions sociales de la réalité, et la causalité récursive entre les symptômes et les interactions ». Plus simplement, Miermont⁽⁵⁰⁾ les définit ainsi : « Au sens strict, les thérapies familiales correspondent à des traitements psychothérapeutiques et/ou sociothérapeutiques de la famille présentant des difficultés liées à un ou plusieurs patients reconnus socialement comme malades ».

Plusieurs concepts clés en constituent la base théorique. Nous allons tenter, de manière non exhaustive, de les lister ci-dessous.

4.1.1. Théorie générale des systèmes

La théorie générale des systèmes, proposée par le biologiste canadien Ludwig von Bertalanffy⁽⁷⁷⁾ en 1945 (mais publiée uniquement en 1968 du fait des controverses suscitées), apporte plusieurs idées fondamentales sur les propriétés générales d'un système ouvert (en échange permanent d'énergie et d'informations avec l'environnement):

- Organisation hiérarchique en sous-systèmes et sur-systèmes (par exemple le sous-système conjugal, le sous-système constitué par la fratrie...)
- Totalité et non-sommativité: un élément ne peut être compris que comme un élément en interaction dans un système tout entier ; qui lui-même est quelque chose de plus que la somme des éléments qui le composent. Par exemple, dans le couple $1 + 1 = 3$: les deux personnes et la relation.
- Autorégulation et feedbacks : les systèmes ouverts possèdent des mécanismes de régulation qui permettent d'obtenir un état stable même si l'environnement change, c'est le principe d'homéostasie. Cette autorégulation est faite de mécanismes rétroactifs, c'est à dire que les comportements d'un élément du système influencent

ceux des autres éléments, qui en retour l'influencent aussi. Ces feedback peuvent être positifs, dans le sens où ils amplifient la différence de comportements ; ou négatifs, ils l'atténuent.

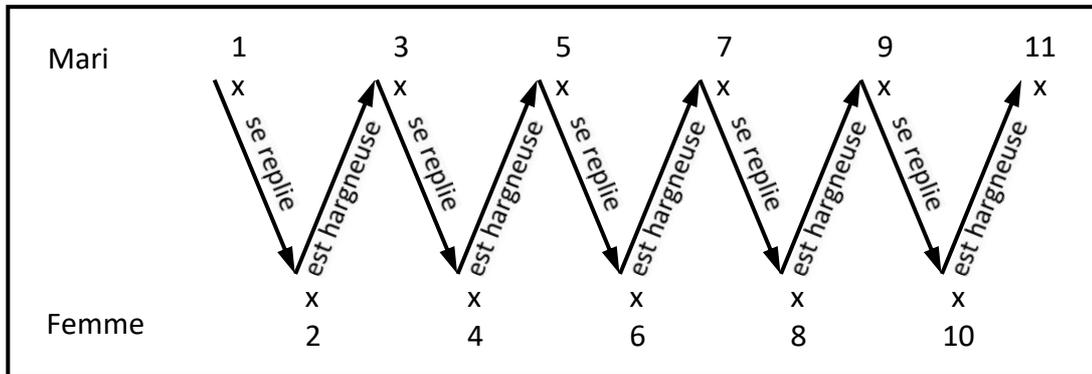
- Equifinalité : le système ayant une structure propre, des causes initiales différentes peuvent conduire au même état final, car ce résultat dépend de la structure plus que de la cause.

4.1.2. Théorie de la communication

La théorie de la communication a été développée dans l'ouvrage Une logique de la communication⁽⁸⁰⁾, écrit par Watzlawick, Jackson et Beavin au sein de l'École de Palo Alto et publié en 1967. Il s'agit d'un livre clé, très dense, qui a permis de faire connaître les théories et thérapies systémiques. Les cinq principaux axiomes de la communication y sont abordés et détaillés :

- L'impossibilité de ne pas communiquer : tout comportement a valeur de message, on ne peut pas ne pas communiquer.
- Le contenu et la relation : lorsqu'un message est transmis entre deux personnes, il comporte deux niveaux : l'information qu'il contient et cherche à délivrer (le contenu) et les caractéristiques de l'interaction entre l'émetteur et le receveur, la manière dont l'information est transmise et reçue est un reflet de la relation qui les lie. Ces deux aspects de la communication sont définis tels que la relation englobe le contenu, et crée un niveau supplémentaire de communication : une métacommunication. La relation apporte donc des informations supplémentaires sur l'interaction qui relie les individus, en plus du contenu.
- La ponctuation de la séquence des faits : la lecture de la relation entre deux individus

dépend de la ponctuation des séquences de communication entre eux. Leur communication ne consiste pas en une interaction isolée et finie mais en une interaction de type oscillatoire et circulaire, non linéaire, qui peut se poursuivre à l'infini.



Exemple de séquence des faits

Pour les individus pris dans l'échange, le désaccord sur la manière de le ponctuer est à l'origine de très nombreux conflits. Par exemple, dans le cas d'un couple où le mari est alcoolodépendant et la femme crie ; le mari dira « je bois parce qu'elle crie », l'épouse « je crie parce qu'il boit ».

- La communication digitale et analogique : le langage digital correspond à la syntaxe, aux mots utilisés pour nommer les choses tandis que le langage analogique comprend pratiquement toute communication non verbale. Il est important de noter leur complémentarité et l'importance de leur congruence dans la qualité de la communication
- Les interactions symétriques et complémentaires : tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence. Lorsque l'interaction est symétrique, les individus adoptent un comportement en miroir, définissant leur relation comme une relation d'égalité. C'est le type d'interaction utilisé par exemple dans des contextes de discussion, de négociation où

l'opinion et les idées de chacun sont à faire valoir équitablement. Par exemple, au sein d'une équipe de travail, sans rapports hiérarchiques entre ses membres, ce serait le type d'interaction à privilégier pour obtenir la meilleure qualité de communication. A l'inverse, lorsque l'interaction est complémentaire, le comportement d'un des individus complète celui de l'autre (l'un en position « haute » et l'autre en position « basse »). Cela crée une relation où la répartition des places est fonction de rôles très différenciés. Par exemple, l'interaction complémentaire est « physiologique » dans les rapports hiérarchiques professionnels, ou même entre un parent et son enfant. Aucun de ces types d'interaction n'est meilleur que l'autre, ils doivent être adaptés à la relation, le principal danger étant plutôt qu'un type d'interaction ne reste figé et exclusif.

4.1.3. Théories cybernétiques

La théorie de la première cybernétique, a été développée initialement pendant la Seconde Guerre Mondiale par Wiener⁽⁸⁴⁾ et des ingénieurs à partir de la rétroaction des tirs aériens. Il s'agissait au départ d'étudier comment des systèmes mécaniques pouvaient maintenir leur équilibre malgré des changements dans leur environnement, c'est une approche phénoménologique qui tend à comprendre comment un système peut s'éloigner de son point d'équilibre pour arriver à un autre état d'équilibre en utilisant des ressources qui lui sont propres. Ce concept d'autorégulation a ensuite été étendu aux systèmes humains, dont la famille fait partie. Les mécanismes à l'origine de cette régulation sont de type rétroactifs : l'effet rétroagit sur la cause qui l'a créé, c'est le feedback. Cette première vague cybernétique suppose que l'observateur, ou le thérapeute dans le cadre d'une thérapie familiale, observe le système de l'extérieur sans interagir avec lui.

Elle a été complétée par la cybernétique de second ordre par Von Foerster⁽⁷⁸⁾ à la fin des années 1970 afin d'y intégrer le thérapeute. En effet, pour lui, il est impossible d'observer un système sans interagir, l'observation constituant en elle-même une interaction. L'observateur (ou le thérapeute) est donc englobé dans un système plus vaste, cela ayant des conséquences directes sur sa position dans le processus thérapeutique. C'est cette cybernétique de second ordre qui a fait émerger la nécessité d'une supervision en direct en thérapie familiale systémique car le thérapeute en présence de la famille ne peut pas choisir d'être extérieur au système.

4.1.4. La communication circulaire

Toutes les parties de l'organisme constituent un cercle. Chaque partie est donc à la fois commencement et fin. Hippocrate

Une grande partie du paradigme de la pensée systémique s'y retrouve. En effet, depuis Descartes, la recherche scientifique se base sur un postulat de causalité unidirectionnelle : un phénomène peut être expliqué par une cause, ou plutôt un enchaînement de causalités linéaires, aussi complexe soit-il.

Or, pour des systèmes à rétroactions tels que définis dans les théories cybernétiques, ces chaînes causales linéaires n'ont pas de sens. Ainsi, dans la logique systémique, la communication dans la famille ne répond pas à l'idée qu'un événement A est premier et qu'un événement B serait déterminé par l'existence de A, car cela reviendrait à choisir un point de départ arbitraire qui romprait la continuité du cercle.

Dans *Une Logique de la Communication*⁽⁸⁰⁾, les auteurs choisissent l'exemple suivant pour illustrer cette propriété :

« La communication entre les membres d'une famille est-elle pathologique parce que l'un

d'eux est psychotique, ou bien l'un des membres de la famille est-il psychotique parce que la communication est pathologique ? »

4.1.5. Le feedback et l'homéostasie

Une autre des propriétés fondamentales des systèmes circulaires est celle de la rétroaction, ou feedback. L'analyse globale des éléments en présence dans ce type de système, et de leurs interactions ont fait émerger le concept suivant : l'action d'un élément A vers un élément B entraîne en retour une réponse, ou rétroaction (feedback) de B vers A ; ces deux éléments forment alors une boucle de rétroaction. Pour reprendre l'exemple du thermostat, un radiateur électrique, qui possède une résistance et un thermostat : l'augmentation de la chaleur dans la résistance entraîne une coupure du thermostat, qui provoque elle-même une baisse de la température, qui entraîne à son tour une réouverture du thermostat, etc.

Ces boucles de rétroaction peuvent être de deux types : positives ou négatives. Une rétroaction positive va dans le sens de l'amplification, c'est à dire que les réactions de l'élément B vont venir renforcer l'attitude de l'élément A; il s'agit donc d'un feedback générateur de changement.

A l'inverse, le feedback négatif, dont il est le plus souvent question lorsqu'il s'agit de la famille, conduit à la régulation, l'atténuation : les réactions de l'élément B conduisent A à se corriger. Transposé à la famille, le feedback négatif a pour conséquence le maintien de la stabilité dans la relation et d'une forme d'équilibre nommée homéostasie.

Le concept d'homéostasie familiale a été introduit par Don Jackson⁽⁴³⁾. Il s'agit d'une approche de la famille par le biais de théories de la communication circulaire : Don Jackson avait observé de manière empirique que si les symptômes d'un malade s'amélioraient, cela pouvait avoir des répercussions négatives sur le reste de la famille. Il a donc ainsi conclu que

l'ensemble des comportements des individus, y compris la maladie du patient, étaient des mécanismes homéostatiques ; c'est à dire ayant pour but de ramener le système à un état d'équilibre.

4.1.6. Le cycle vital

La notion de cycle vital de la famille et son approche développementale est d'abord un concept de sociologie développé dans les années 50 par Duvall^(18, 19). Initialement, le cycle de vie familiale était divisé en huit stades reliés à des évènements marquants : le mariage, la naissance du premier enfant, l'adolescence, le départ des enfants, la retraite et le décès. Ils ont ensuite été actualisés et complexifiés à mesure que de profonds changements sociétaux se sont opérés dans les décennies suivantes.

C'est Jay Haley⁽³⁴⁾ qui a étendu l'utilisation de cette notion dans le contexte de la thérapie familiale, en reliant les comportements symptomatiques d'un de ses membres aux difficultés de la famille à passer d'un stade développemental à un autre.

4.1.7. Le patient désigné

Le porteur du ou des symptômes est appelé le patient désigné. C'est lui, ou elle, qui constitue au départ le problème de la famille. Pourtant, dans la logique systémique, ses symptômes sont considérés comme utiles car ils constituent un puissant mécanisme autocorrectif, ils sont le moyen trouvé par la famille pour continuer à fonctionner et à maintenir un état d'homéostasie. Les symptômes du patient ne sont plus alors uniquement ceux d'une pathologie psychiatrique propre, mais aussi ceux du dysfonctionnement familial. A l'extrême, la fonction homéostatique du symptôme va jusqu'à l'arrêt du temps, une forme de glaciation que l'on observe par exemple dans les familles avec un patient psychotique

adulte toujours aux prises avec des enjeux d'autonomisation.

Ainsi, dans une logique circulaire, la famille désigne le patient comme le problème, mais lui aussi s'inscrit dans ce rôle de garant de l'homéostasie, de manière logique et volontaire.

4.1.8. Les types de transactions familiales

L'approche structurale développée initialement par Minuchin^(52, 53) s'est intéressée au concept de frontières dans la famille, c'est à dire les règles qui définissent qui participe aux transactions familiales, et surtout comment.

Ces frontières participent au bon fonctionnement familial car elles sont garantes du maintien de l'autonomie, des fonctions de chaque sous-système et de la différenciation de chacun des membres. Les frontières les plus claires possibles participent à l'équilibre familial.

Les deux extrêmes sont l'enchevêtrement et le désengagement. Ces deux termes font référence à un style transactionnel, un type d'interactions préférentielles. Les familles enchevêtrées ont des frontières diffuses, les interactions sont chaotiques et les membres sont peu différenciés, rendant l'autonomisation précaire. A l'inverse, les familles désengagées fonctionnent avec des frontières trop rigides : le sentiment d'appartenance est fragile, la communication difficile et les fonctions de protection mutuelles peu assurées.

Il existe bien sûr toute une variété de transactions familiales entre ces deux modes, le but de la thérapie familiale était d'assouplir ces frontières et de les rendre adaptables en fonction des événements.

4.1.9. La dette/les loyautés

Dans son approche contextuelle, Bozsormenyi-Nagy^(14, 27, 37, 49) a développé les concepts de

dette et de loyauté. Au delà du sens commun du terme, il s'agit au sein de la famille d'une loyauté inconditionnelle, non choisie et « existentielle » : « tout être humain est introduit au monde par ses parents ». Ainsi définie, la loyauté crée une forme de dette infinie pour l'enfant, et par extension l'adolescent : « Chacun est donc porteur d'une dette d'existence envers ses parents qui résulte du fait même de la naissance et de la bienveillance prodiguée ».

Inscrits dans une conception triangulaire entre parents et enfant (ou adolescent), la dette et la loyauté ont fait développer à Boszormenyi-Nagy le concept de parentification : il s'agit d'une exacerbation de la loyauté envers un parent lorsque l'enfant lui manifeste un soutien particulier, avec comme conséquence à l'inverse une augmentation de la dette envers l'autre parent. C'est le conflit de loyauté.

4.1.10. Le mythe familial

Voici la définition de la famille donnée par Neuburger^(58, 59):

« Une famille est une unité fonctionnelle donnant confort et hygiène, un lieu de communication : matrice relationnelle pour l'individu, un lieu de stabilité malgré ou grâce aux changements que le groupe peut opérer et un lieu de constitution pour l'identité individuelle et de transmission transgénérationnelle (la filiation) ».

Cet ensemble ainsi défini est unifié par un mythe familial qui répond aux caractéristiques suivantes : il s'agit des croyances et des valeurs partagées par ses membres, qui régissent les caractéristiques et les comportements du groupe. Ces croyances donnent à la famille son identité et sa personnalité, et la différencient du monde extérieur.

En revanche, le mythe peut poser problème à la famille lorsqu'il est trop présent, où il constitue un frein à l'autonomisation ; ou lorsqu'il est peu construit et ne constitue pas ainsi

un socle suffisamment sécurisant.

4.1.11. La triangulation

Selon M. Bowen^(17, 24), la dyade ne peut être une forme de relation stable et tout accroissement de l'angoisse en son sein provoque une tension qui va inciter les deux individus à rechercher une tierce personne : c'est le processus de triangulation ; or un triangle est plus stable qu'une dyade.

Appliqué à l'adolescent et au couple parental, une coalition entre un enfant et un parent viendrait ainsi camoufler un conflit conjugal sous-jacent. Pour pouvoir se dégager de cette position, l'adolescent peut alors masquer ce conflit par des symptômes et devient ainsi le garant de l'unité du couple parental.

Ce concept est étroitement lié à celui de parentification, illustré ainsi par Boszormenyi-Nagy⁽¹⁴⁾:

« De la même façon que je recrée mes attitudes passées à l'égard de mon père dans ma relation avec mon fils, je deviens virtuellement à la fois père et fils. Ainsi, d'une certaine manière, mon enfant qui a fait de moi un parent, peut aussi faire de moi un enfant. »

Il s'agit donc d'une distorsion de la relation parent enfant, qui place l'adolescent dans un rôle parentifié, non compatible avec un développement normal à son âge.

4.2. Historique

Les thérapies familiales systémiques sont nées aux Etats-Unis dans les années 1940⁽⁶⁴⁾, dans un contexte où un certain nombre de psychiatres, insatisfaits de la pratique psychanalytique dans la prise en charge des psychoses, se sont lancés dans des innovations thérapeutiques incluant les familles des patients.

Nathan Ackerman⁽¹⁾ en est le précurseur puisque, dès 1937, alors qu'il est psychanalyste de formation, il rompt avec la tradition en étant le premier à travailler avec les familles des patients et à passer d'une observation dyadique à une observation triadique.

Les travaux de Gregory Bateson⁽¹¹⁾, anthropologue (1904 – 1980) et du groupe qu'il formera au sien du Veteran Hospital de Palo Alto vont ensuite fournir le socle commun des thérapies systémiques. Ils publient notamment en 1956 un article clé, Vers une théorie de la schizophrénie, qui introduit le concept fondamental de double-bind. La double-contrainte est définie comme un trouble de la communication entre deux personnes en relation étroite et complémentaire, où deux messages contradictoires sont émis par la personne en position haute, de telle façon qu'il est impossible de métacommuniquer dessus.

Par la suite, le mouvement des thérapies systémiques s'étoffe dans les années 1960 autour de ses pionniers, auxquels vient notamment s'ajouter Jay Haley, et la revue Family Process est fondée en 1961. Les premiers centres de formation ouvrent dans les années 1970 et s'exportent en Europe, notamment en Italie, à Milan avec l'école de Mara Selvini-Palazzoli. Les influences théoriques sont alors de plus en plus nombreuses et les différentes approches multigénérationnelles, structurales, stratégiques, expérientielles et contextuelles apparaissent à cette époque; puis s'élargissent à la fin des années 1980 aux approches narratives et brèves⁽²⁹⁾.

La thérapie familiale systémique s'est donc construite à partir d'une mosaïque d'influences multiples, ayant pour point commun des praticiens qui ont laissé une place de choix à la pratique expérientielle, directement auprès des familles.

4.3. Indications de la thérapie familiale

Initialement nées pour approfondir la compréhension et la prise en charge des patients atteints de schizophrénies, les thérapies familiales systémiques ont vu leurs indications s'élargir au fil des années⁽²⁰⁾.

A l'adolescence notamment, certaines études^(44, 60, 62) ont montré l'intérêt des thérapies systémiques dans la prise en charge des pathologies psychiques les plus fréquentes à cette période de la vie : troubles des conduites, troubles du comportement alimentaire, entrée dans la schizophrénie.

Indépendamment de la pathologie, l'amélioration des relations familiales, cruciales autour de la question de l'autonomisation à l'adolescence, semble être un facteur de bon pronostic et d'adhésion aux soins.

Chez l'enfant, les thérapies systémiques seraient indiquées et efficaces dans la prise en charge des troubles anxieux, du TDAH et des maladies physiques chroniques. Chez l'adulte, en plus des troubles psychotiques, d'autres études ont montré l'intérêt de la thérapie familiale dans le champ des addictions et des troubles de l'humeur.

Au-delà des indications diagnostiques, l'utilisation de la thérapie familiale apparaît surtout pertinente lors des changements du cycle vital de la famille, qui engendrent des crises naturelles propices aux expressions symptomatiques. Ces moments nécessitent des réaménagements, des renégociations qui peuvent s'avérer particulièrement difficiles, notamment dans les familles à transactions rigides.

Par ailleurs, au-delà des indications, la thérapie familiale soulève parfois la question de la demande de la famille et de ses membres. Selon Neuburger^(46, 56, 57), une demande d'aide comprend trois niveaux : le symptôme, la souffrance et l'allégation (c'est à dire la demande d'aide telle qu'énoncée). Pour lui, si ces trois niveaux sont portés par différents membres du

système, cela signe l'indication de thérapie familiale plutôt qu'individuelle.

CHAPITRE 5 : MODALITES DE TRAVAIL

5.1. Le dispositif

En prenant en compte les bases théoriques énoncées ci-dessus, notamment les théories cybernétiques, un dispositif particulier est utilisé par les thérapeutes familiaux systémiciens pour travailler au mieux.

Les familles sont reçues dans une salle équipée d'une glace sans tain, derrière laquelle une équipe d'un ou plusieurs thérapeutes familiaux se trouvent et peuvent interagir par téléphone avec le ou les thérapeutes présents avec la famille, permettant ainsi une supervision en direct. Les séances durent en moyenne une heure, au cours de laquelle le ou les thérapeutes font une ou plusieurs pauses pour échanger avec l'équipe de supervision. Par ailleurs, les séances sont enregistrées et filmées, avec l'accord de la famille afin de pouvoir les réviser et travailler à distance sur leur contenu, en particulier sur la communication analogique.

5.2. Co-thérapie

L'approche systémique a rapidement introduit la co-thérapie dans la palette de ses outils. L'équipe dirigée par Mara Selvini-Palazzoli⁽⁶⁸⁾ à Milan a été parmi les premières à théoriser les modalités de travail des équipes de thérapie familiale dans Paradoxe et contre-paradoxe, où l'utilisation d'un couple hétérosexuel de thérapeutes est préconisée. Un thérapeute pourrait selon elle toutefois travailler seul, à la condition qu'il soit expérimenté et bénéficie

de la présence d'une équipe de supervision. Le travail à deux co-thérapeutes permet une affiliation différente avec chacun des membres de la famille, chacun des thérapeutes pouvant occuper une position particulière et interchangeable à divers moments du processus thérapeutique. Pour Augustus Napier et Carl Whitaker^(55, 83), la thérapie familiale serait même une expérience parentale symbolique et la co-thérapie en serait un des instruments de base. La position de chacun des thérapeutes est complémentaire et flexible, ce qui permet le meilleur ajustement possible aux interactions proposées par la famille. C'est également une forme de supervision interne directe.

CHAPITRE 6 : INTERVENTIONS THERAPEUTIQUES

6.1. L'affiliation

La première forme d'intervention thérapeutique qui peut être mise en place est constituée des méthodes mises en place par les thérapeutes pour former un système thérapeutique avec la famille : ce sont les opérations d'affiliation ou de joining. Elles sont le préalable à toute autre forme d'intervention thérapeutique.

Minuchin⁽⁵³⁾ a décrit ce processus comme suit :

« L'expression s'affilier s'emploie pour souligner les actes du thérapeute qui ont directement comme but de se relier aux membres de la famille ou au système familial. L'expression s'accommoder est utilisée pour mettre l'accent sur l'adaptation de sa propre personne qu'opère le thérapeute pour atteindre l'affiliation. Pour s'affilier à un système familial, le thérapeute doit accepter l'organisation et le style de la famille et s'y fondre. »

Minuchin insiste sur l'aspect fondamental de ce processus, car toutes les tentatives de transformation du système familial initiées par le thérapeute en dépendront. Ainsi, même si la plupart du temps l'affiliation est en partie mise en œuvre de façon inconsciente, y ajouter un aspect délibéré est en soi thérapeutique. Pour Bouley et Boszormenyi-Nagy^(14, 15, 16), il s'agit de mettre en place une partialité multidirectionnelle : c'est à dire que le thérapeute s'affilie alternativement avec chacun des membres du système, en tenant compte des souffrances de chacun.

6.2. La connotation positive

L'équipe de thérapie familiale de Milan, dirigée par Mara Selvini-Palazzoli^(68, 69) a décrit dans l'ouvrage *Paradoxe et contre-paradoxe* plusieurs types d'interventions thérapeutiques fréquemment utilisées en thérapie familiale.

La connotation positive est une intervention thérapeutique paradoxale que l'on peut définir ainsi : il s'agit pour les thérapeutes d'accepter volontairement et de recommander le maintien des règles et du fonctionnement de la famille, notamment les symptômes du patient désigné et les comportements en réaction des autres membres de la famille. C'est une métacommunication qui suit de manière paradoxale la tendance homéostatique de la famille, alors que la famille démarre en général la thérapie avec une volonté affichée de changement.

6.3. Les prescriptions

Un autre outil fondamental utilisé par Selvini⁽⁷⁰⁾ est celui des prescriptions thérapeutiques, et ce dès la première séance. Les objectifs de cette intervention thérapeutique sont définis ainsi :

« 1) délimiter le contexte comme thérapeutique

2) provoquer dans la famille une rétroaction qui nous éclairera sur la disponibilité et la motivation à un éventuel traitement

3) délimiter un champ d'observation

4) structurer et discipliner la séance suivante »

Cette prescription peut prendre différentes formes, mais il s'agit toujours d'assigner à la famille, ou à certains de ses membres, une tâche à accomplir d'ici la séance suivante, à la manière d'une ordonnance. Ce sont ensuite les rétroactions amenées par le système avec lesquelles le thérapeute pourra travailler.

Par exemple, dans le cas d'une famille où le silence est symptomatique, il pourrait s'agir de leur prescrire de rester à table 10 minutes en silence chaque soir en observant les réactions de chacun, et de recueillir leur feedback à la séance suivante.

6.4. Les provocations

Le concept de provocation thérapeutique est des principaux outils utilisés par l'école de Rome de M. Andolfi^(4, 5, 6, 8). En voici la définition qu'il donne :

« Un comportement, verbal ou non, le plus souvent intentionnel, de défi à l'égard du système, avec lequel une sorte d'épreuve de force est engagée pour modifier ses règles de fonctionnement. »

Andolfi insiste en revanche sur la nécessité de ne pas confondre provoquer et agresser, il s'agit d'une provocation thérapeutique qui doit donc être accompagnée d'une action de soutien et ne peut être utilisée que dans un contexte où l'affiliation est suffisante. Par ailleurs, les provocations thérapeutiques sont étroitement liées à la structure triangulaire, elles doivent impliquer le thérapeute, la personne qu'il provoque apparemment et un

troisième élément du système. In fine, que la provocation soit acceptée par le système ou qu'elle déclenche une résistance, son but est de transmettre de l'information et d'induire du changement en amplifiant le contenu émotionnel.

6.5. Les variations du setting (travail en sous-systèmes)

L'approche structuraliste développée notamment par Minuchin⁽⁵³⁾ s'intéresse tout particulièrement à la délimitation des frontières individuelles et entre les sous-systèmes au sein des familles. Pour cela, il utilise des opérations de restructuration, justifiées par ces principes :

« Pour fonctionner sainement une famille doit protéger l'intégrité tant du système global que l'autonomie fonctionnelle de ses parties. Chaque membre de la famille et chaque sous-système familial doit négocier aussi bien l'autonomie que l'interdépendance de son territoire psychologique. (...) Quand les frontières autour d'un sous-système sont renforcées, le fonctionnement de ce sous-système s'accroît. »

Ainsi, il peut être utile d'utiliser en cours de thérapie des variations du setting, c'est à dire de proposer des séances uniquement avec certains sous-systèmes : la fratrie, le couple par exemple afin de travailler sur le couple parental même dans le cas de parents séparés, où le couple conjugal n'existe plus. A l'inverse, il peut également être pertinent d'acter cette séparation et de travailler avec chacun des parents alternativement.

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION ET CONTEXTE

L'unité d'hospitalisation pour adolescents l'Escale accueille à temps plein quatre adolescents pour évaluation diagnostique et thérapeutique de premiers épisodes psychiatriques aigus et post aigus. Ils y sont hospitalisés pour une durée moyenne de trois semaines en service libre. Dès le début de l'hospitalisation, les parents sont étroitement associés à la prise en charge et régulièrement reçus en entretiens familiaux. Les visites sont autorisées sauf exception, les patients rentrent en permission chez eux les week-ends.

L'unité est rattachée au secteur adulte 93G02 de l'hôpital Ville Evrard, au sein duquel se trouve également une unité de thérapie familiale par Didier Destal dans les années 1980.

Ces deux unités travaillent en étroite collaboration et à chaque fois que cela est possible et indiqué, les familles des adolescents hospitalisés à l'Escale sont adressées en entretiens familiaux, souvent alors que l'adolescent est toujours hospitalisé. Un soignant de l'Escale accompagne alors la famille et assiste aux séances de thérapie familiale. L'interne de l'unité est également invité à participer au processus thérapeutique, en tant que co-thérapeute. C'est dans ce contexte que j'ai pris part aux thérapies des familles de Johanna et de Florian.

A ces différents aspects, dans le contexte des thérapies des familles de Johanna et Florian, un souci de continuité des soins et de transmission des informations entre les deux unités (hospitalisation et thérapie familiale) est venu s'ajouter et a été facilité par la modalité de co-thérapie mise en place.

CHAPITRE 2 : CAS CLINIQUES

2.1 Johanna

Johanna est âgée de 17 ans lorsqu'elle est hospitalisée pour la première fois au sein de l'Unité pour adolescents l'Escale (EPS Ville Evrard, Aubervilliers) en janvier 2016.

Elle est adressée par son psychiatre traitant pour évaluation diagnostique et thérapeutique suite à une TS par IMV après de multiples menaces auto agressives.

2.1.1. Antécédents

Johanna n'a pas d'antécédents médicaux ni psychiatriques notables, en dehors d'un suivi au CMP depuis environ neuf mois au moment de l'hospitalisation. Elle n'a jamais reçu de traitement médicamenteux.

Il n'y a pas d'antécédents familiaux particuliers.

2.1.2. Eléments biographiques

La famille de Johanna est originaire d'Haïti, puis a vécu en Guadeloupe avant de venir s'installer en Métropole.

Johanna est la deuxième d'une fratrie de quatre, elle a également une demi-sœur aînée du côté de sa mère. Elle vit chez ses parents, avec l'ensemble de ses frères et sœurs. Sa demi-sœur, et sa petite fille de 3 ans, s'est également récemment installée au domicile familial.

Sur le plan scolaire, Johanna est en terminale ES et n'a jamais redoublé.

2.1.3. Histoire des troubles

Johanna a initialement été adressée à son psychiatre par l'assistante sociale de son lycée et son médecin traitant après avoir formulé des menaces suicidaires à plusieurs reprises.

Depuis environ un an, ses résultats scolaires ont chuté et les absences se sont multipliées.

En parallèle, Johanna a rapidement mis en avant des conflits familiaux pesants pour elle, notamment autour du retour de sa demi-sœur aînée.

Au cours de son suivi, les idées auto agressives se font de plus en plus fréquentes et se soldent par une TS par IMV, pour laquelle une simple surveillance médicale aura été suffisante. Néanmoins, après plusieurs rencontres avec les parents de Johanna, une hospitalisation est envisagée et finalement acceptée par l'ensemble de la famille et Johanna le 12/01/2016.

2.1.4. Examen clinique initial

Johanna est une adolescente assez réservée mais plutôt de bon contact. Sa présentation est soignée et adaptée à son âge. Son discours est clair et cohérent, adapté à la situation. On ne retrouve à priori pas d'éléments dissociatifs ni de syndrome délirant. Elle évoque en revanche une symptomatologie de la lignée dépressive, avec tristesse de l'humeur et idées suicidaires, repli, perte d'appétit, anxiété, troubles du sommeil et difficultés de concentration.

Reçues en entretien de pré-admission avec elle, sa mère et sa sœur aînée confirment les troubles et font d'emblée le lien avec la dynamique et la conflictualité familiale.

2.1.5. Déroulement de l'hospitalisation

A son arrivée sur l'unité d'hospitalisation, Johanna investit rapidement le cadre des soins et participe volontiers à l'ensemble des activités thérapeutiques.

Toutefois, après de premiers entretiens individuels bien investis, Johanna se montre rapidement de plus en plus fermée et réduit son discours autour de son mal-être et de propos auto agressifs inquiétants sans manifester pour autant de velléités de passage à l'acte. A l'inverse, son comportement sur l'unité et l'évaluation psychologique ne montrent aucun élément en faveur d'un véritable substrat dépressif.

Johanna accepte néanmoins de reconnaître une grande crainte autour du passage à l'âge adulte et de l'autonomisation qui en découle. Elle fait également le lien entre ses difficultés et son sentiment de solitude au sein de sa famille, qui a été considérablement renforcé à l'arrivée de sa demi-sœur au domicile familial, que celle-ci a pourtant finalement quitté au moment de l'hospitalisation de Johanna.

Dans ce contexte, une thérapie familiale est donc rapidement proposée à la famille, et entamée pendant l'hospitalisation de Johanna à partir du 21/01/2016 à raison d'une séance par semaine initialement.

Le peu d'éléments cliniques en faveur d'un épisode dépressif majeur caractérisé conduisent à la sortie de Johanna le 19/02/2016 sans indication à un traitement antidépresseur. La prise en charge psychothérapeutique est en revanche renforcée et le prochain RDV de thérapie familiale prévu le 25/02/2016.

2.2. Florian

Florian est hospitalisé à l'Escale le 07/12/2015 pour évaluation diagnostique et thérapeutique suite à des mises en danger répétées et des conduites à risque équivalents suicidaires.

Il est âgé de 17 ans au moment de cette hospitalisation, où il est adressé par sa psychiatre traitante.

2.2.1. Antécédents

Florian n'a pas d'antécédents psychiatriques particuliers, il n'a jamais été hospitalisé. Il est suivi depuis février 2015, initialement pour des crises d'anxiété puis rapidement associées à des conduites de mises en danger.

Il consomme régulièrement du cannabis et est passé plusieurs fois aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë.

Sur le plan familial, son grand-père maternel serait atteint de troubles schizophréniques.

2.2.2. Eléments biographiques

Florian est l'aîné d'une fratrie de trois, il a un frère et une sœur de 14 ans (jumeaux). Leurs parents ont divorcé lorsque Florian avait 8 ans. L'ensemble de la fratrie vit chez la mère depuis le divorce, avec son nouveau compagnon qui les a rejoints depuis environ un an. Ils voient leur père un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires.

Florian a brièvement vécu chez son père entre avril et juillet 2015, avant de revenir chez sa mère.

Le père de son côté a refait sa vie et a deux autres enfants, de 8 et 7 ans.

Sur le plan scolaire, Florian est en terminale ES et n'a jamais redoublé.

2.2.3. Histoire des troubles

Les symptômes de Florian sont progressivement apparus depuis environ trois ans, suite à la séparation entre sa mère et son précédent compagnon, très investi par Florian. Il se montrait initialement impulsif, frappait régulièrement dans les murs, puis des symptômes anxieux à type d'attaques de paniques au lycée sont venus s'ajouter au tableau clinique depuis environ un an.

En parallèle, Florian a débuté une consommation régulière d'alcool et de cannabis.

Ses parents le conduisent donc dans ce contexte à débiter un suivi, au cours duquel un traitement par RISPERIDONE à visée anti impulsive lui sera proposé mais refusé.

Deux mois avant son hospitalisation, à la Toussaint 2015 passée chez ses grands-parents paternels, Florian absorbe une quantité importante d'alcool et d'hypnotiques, se filme sur son téléphone tenant des propos suicidaires et est victime d'une chute de près de trois mètres. Son frère découvre la vidéo sur son téléphone le lendemain et Florian est conduit aux urgences mais ne sera pas hospitalisé.

Il multiplie ensuite les épisodes de consommation d'alcool et de médicaments, faisant poser l'indication d'hospitalisation par sa psychiatre.

2.2.4. Examen clinique initial

Florian est reçu en entretien de pré-admission en compagnie de ses deux parents. Il se montre de très bon contact, souriant. Son discours est riche, cohérent et adapté. Il évoque sans réticence ses troubles même s'il banalise beaucoup ses mises en danger et refuse de reconnaître l'intentionnalité suicidaire.

On ne retrouve pas d'éléments dissociatifs ni délirants, ni de symptômes thymiques francs.

Florian manifeste toutefois une certaine anxiété et impulsivité au moment de la visite de l'unité d'hospitalisation, qui le conduit à quitter brièvement l'hôpital et frapper dans un panneau.

Ses parents expriment leur inquiétude et mettent également en avant d'importants conflits entre Florian et ses frères et sœurs.

2.2.5. Déroulement de l'hospitalisation

Malgré sa réticence initiale, Florian accepte finalement l'hospitalisation et se montre dès son admission de très bon contact, participant activement aux ateliers thérapeutiques et investissant les entretiens individuels. Il se montre capable d'une bonne élaboration, d'une grande finesse d'observation et d'analyse du système familial, tout en étant aux prises avec des problématiques très adolescentes.

Au sein de l'unité, Florian respecte le cadre sans difficultés et ne manifeste aucun trouble du comportement. L'ensemble de l'évaluation clinique ne retrouve aucune symptomatologie d'allure psychotique, thymique ou limite. Il n'y a dans ce contexte pas d'indication à introduire un traitement psychotrope.

L'escalade de mises en danger et de conduites auto agressives ayant motivé l'hospitalisation semble être en lien avec des difficultés relationnelles avec ses parents et sa fratrie.

Une thérapie familiale est donc proposée et rapidement acceptée par l'ensemble de la famille, qui semble prête à s'y engager.

Florian sortira d'hospitalisation à sa demande le 05/01/2016, juste après son premier RDV de thérapie familiale.

CHAPITRE 3 : PROCESSUS THERAPEUTIQUES

3.1. La famille de Johanna

3.1.1 Présentation

La famille reçue en thérapie est composée des parents, Marie-Lucie et Williamson et de l'ensemble de la fratrie issue des deux parents : Rachel 21 ans, Johanna 17 ans, et Georgie et Georgina, jumeaux, âgés de 14 ans.

Ils sont d'origine haïtienne, en France depuis 2004 (2003 pour le père).

Marie-Lucie a également une fille plus âgée, Natacha qui a 26 ans et est issue d'une aventure alors qu'elle était âgée de 16 ans en Haïti. Natacha a elle-même une fille de 3 ans, Noémie. Natacha et Noémie sont venues s'installer au domicile familial deux ans auparavant, initialement pour des soins pour Noémie (malformation des deux mains) qui devaient durer une quinzaine de jours puis sont restées. Elles ne participeront pas à la thérapie.

Marie-Lucie travaille comme auxiliaire de vie dans une maison de retraite et Williamson en tant qu'agent de service chez TF1. Rachel a interrompu ses études pour le moment, après une première année de licence de cinéma, et cherche un emploi. Johanna est au lycée, et les jumeaux au collège.

père, Williamson, est également particulière, il ne participe que très peu et les thérapeutes ne l'y encouragent pas, entrant dans le schéma du système familial.

En fin de séance, les conflits dans la fratrie commencent à être abordés :

Rachel : « ça me fait mal de la voir comme ça, je me dis que c'est de ma faute car je me suis trop rapprochée de Natacha »

Williamson : « elles ne se parlent pas quand Natacha vient, sinon elles sont toujours ensemble. Quand Natacha est venue ça été la catastrophe »

Cette problématique sera ré-abordée au cours des séances suivantes, et on apprendra par Johanna que Natacha et sa fille ont quitté le domicile familial au lendemain de son hospitalisation à l'Escale.

La proposition des thérapeutes en fin de séance est la suivante :

« Nous avons bien compris que vous n'étiez pas si intéressés que ça par la thérapie familiale. Ce que je sais, c'est que quand une jeune fille de cet âge va mal, la famille, et surtout quand elle est nombreuse, est toujours une ressource. Nous allons donc continuer la thérapie au moins le temps de la durée de l'hospitalisation de Johanna. ».

La famille accepte, le processus d'affiliation est alors à peine entamé.

3.1.4. Le joker

Lors de la deuxième séance, Rachel est absente. Les thérapeutes soulignent alors l'importance cruciale de la présence de tous à chacune des séances, qui ne pourra donc avoir lieu. C'est l'occasion de donner les règles du jeu à la famille, de signifier l'engagement des thérapeutes vis à vis de chacun, ce qui est en soi thérapeutique⁽⁵⁵⁾.

A partir de la troisième séance, Johanna occupe d'elle-même une place particulière dans la salle : un fauteuil un peu à distance, entre les thérapeutes et la famille, tournée vers eux.

Dans un premier temps, l'histoire de la naissance de Natacha en Haïti est abordée avec la mère. Marie-Lucie était âgée de 16 ans et n'a jamais pu aborder cet épisode douloureux, seul Williamson connaît les circonstances exactes de cette maternité. Elle explique avoir dû confier sa fille à sa propre mère alors qu'elle partait pour la Guadeloupe rejoindre sa sœur. Elle y a ensuite rencontré Williamson, leurs enfants y sont tous nés. Natacha les a ensuite rejoints en Guadeloupe, un an avant le départ de l'ensemble de la famille pour la métropole, où elle ne les a pas suivis. Il s'agissait alors de la deuxième séparation entre Natacha et Marie-Lucie, qu'elle évoque avec une émotion contenue mais réelle. C'est l'occasion pour les thérapeutes de lui manifester une forme de soutien affectif, ce qui permet de débiter le processus d'affiliation avec Marie-Lucie. C'est aussi le début d'éclaircissement d'un imbroglio : on passe d'une problématique relationnelle entre Johanna et Natacha, à une problématique entre Marie-Lucie et Natacha.

Marie-Lucie a ensuite accueilli chez eux Natacha et sa fille Noémie, et dit ne pas comprendre les raisons de son départ au moment de l'hospitalisation de Johanna. Afin de faire circuler la communication, Rachel est invitée à apporter son point de vue : en effet, Natacha est partie à cause des conflits avec Johanna mais sort un « joker » lorsqu'on lui demande si elle peut en dire plus. Johanna non plus ne souhaite pas dévoiler la nature de ses conflits avec sa demi-sœur. Les thérapeutes vont alors continuer à explorer l'influence du problème sur chacun, sans en dévoiler le contenu (le joker).

En fin de séance, les thérapeutes peuvent alors tester la première hypothèse et marquer l'alliance entre Johanna et sa mère, qui gardent pour elles leurs problèmes :

« Garder pour soi et se débrouiller chacun avec ses problèmes j'ai l'impression que tu n'es pas la seule à faire ça dans la famille, les chiens ne font pas des chats si tu vois ce que je veux dire ».

3.1.5. Le style familial

De nouveau, c'est Marie-Lucie qui exprime le plus d'émotions, cette fois devant le refus de communiquer de sa fille Johanna, qui ne parle jamais de ses idées suicidaires malgré sa sortie imminente de l'hôpital.

Johanna : « Je n'ai rien à leur dire, je n'ai rien à dire à qui que ce soit. Ça ne sert à rien de parler, c'est ce que vous dites tous. La première fois que le Dr Ernouf a parlé de thérapie familiale, vous avez dit que ça ne servirait à rien ».

Les thérapeutes vont alors utiliser la connotation positive du symptôme :

« Elle se montre très loyale à votre égard, elle fait tout pour que ça ne serve à rien ».

L'opposition et le mutisme de Johanna sont considérés comme une marque de loyauté envers sa famille.

Johanna explique alors comment elle a utilisé le silence comme une arme par le passé, alors qu'elle était victime de harcèlement scolaire. Les thérapeutes font alors circuler la question de l'utilisation du silence dans la famille, qui est partagée par tous ; c'est le style familial : chacun se débrouille seul cela fait partie du mythe familial. Rachel par exemple aurait pu occuper la place de Johanna, elle aussi a connu une période difficile en 4^{ème} mais elle a été sensible à la préoccupation de sa mère à ce moment là, et est retournée en cours.

3.1.6. La fonction du symptôme

Lors de la séance suivante, la cinquième à ce stade de la thérapie, le silence contrôle à nouveau toutes les interactions. C'est alors l'occasion pour les thérapeutes de tenter

d'intégrer un peu plus Williamson au processus thérapeutique, alors qu'il était resté très périphérique jusque là.

Williamson : « Je ne parle pas beaucoup sauf quand je suis énervé. J'écoute ce qui se dit mais je ne réagis pas vraiment sauf si c'est grave. »

Les thérapeutes ré-affilient Johanna et son père, autour de la question du silence, qu'ils utilisent de la même manière alors que c'est Johanna qui concentre toute l'inquiétude de la famille.

Nous constatons aussi au cours de cette séance la grande tolérance de la famille aux émotions fortes : ils sont impassibles alors qu'un patient très agité de l'hôpital fait énormément de bruit et perturbe la séance, et le restent tout autant lorsque Georgie évoque lui aussi avoir eu des idées suicidaires.

Toutefois, cette forme d'indifférence n'est pas synonyme d'absence de souffrance, comme le montrent les symptômes de Johanna qui semble tout porter. Les thérapeutes vont alors proposer une redéfinition plus systémique et circulaire de la souffrance dans la famille :

« C'est comme si tu portais seule la souffrance des autres, lourde tâche. C'est beau d'être dans cette position sacrificielle pour toute la famille, mais il faut en redistribuer. »

Johanna résiste dans un premier temps, et manifeste son refus de poursuivre la thérapie, illustrant ainsi la fonction homéostatique de ses symptômes et luttant contre toute possibilité de changement.

Après un long débat montrant toute la difficulté de faire changer une famille à transaction rigide, ses parents se positionnent en faveur d'une poursuite de la thérapie. Ils sont alors dans une thérapie volontaire.

3.1.7. L'amélioration

Après cette décision difficile à la fin de la dernière séance, la famille se présente ensuite dans des dispositions tout autres. Johanna a changé de coiffure, elle a repris les cours et passe plus de temps avec le reste de la famille, notamment avec sa sœur Rachel. Tous sont d'accord pour confirmer les progrès.

Les thérapeutes restent alors dans une position neutre, laissant la famille s'appropriier le changement. C'est ensuite l'occasion de bifurquer sur un autre thème : Natacha, qui ne leur rend plus visite. Seule Rachel a gardé quelques contacts avec elle. La relation entre Marie-Lucie et sa fille aînée est alors explorée, et apparaît comme très symétrique et conflictuelle.

Marie-Lucie : « Je suis énervée, Natacha me fait toujours des reproches, c'est une question de jalousie parce que les enfants sont avec nous et pas elle. On n'a jamais pu en parler. »

Rachel explique alors comment elle a tenté d'aider sa mère à parler de cette relation, prenant une fonction de médiatrice. Elle souligne à travers cette interaction entre Marie-Lucie et Natacha à quel point la communication peut se bloquer dans la famille, et tous peuvent se montrer campés sur leurs positions. Johanna intervient alors spontanément en adoptant une fonction de protection envers sa mère.

Johanna : « Je ne suis pas prête de revenir vers elle, je suis toujours en colère. Je lui en veux aussi de son attitude par rapport à ma mère. »

Cette séance aura donc été l'occasion d'explorer de nouveau l'imbroglio : du conflit apparent entre Johanna et Natacha, on tombe alors sur un conflit entre Natacha et sa mère.

L'ensemble de la fratrie intervient alors pour souligner à quel point il peut parfois être difficile de se confier à leurs parents. Georgie parle à ses amis, Georgina à son chat. Williamson explique alors que cela est peut-être dû aux confidences que Marie-Lucie fait régulièrement hors du système familial, à des amies.

Les fonctions de chacun au sein de la famille sont ainsi clarifiées, et leur seront restituées avec une connotation positive :

« Il y a deux catégories : ceux qui parlent, Georgina et Marie-Lucie, et ceux qui se taisent, Williamson, Georgie et Johanna. Rachel fait le médiateur entre ces deux groupes. Les rôles sont bien répartis entre Rachel, le pigeon voyageur, et Johanna qui éponge les colères de tout le monde ».

3.1.8. La désaffiliation

Après cette sixième séance clé, la famille se rendra alors très difficile à joindre et ils manqueront plusieurs rendez-vous.

Finalement, après une interruption d'un peu plus de trois mois de la thérapie, ils reviendront en septembre 2016.

Johanna redouble sa terminale, et a intégré un soin études. D'emblée, la communication apparaît de nouveau en grande partie bloquée, à l'image du tout début du processus thérapeutique. L'ensemble des membres de la famille s'accordent sur un laconique « ça va », puis se montrent très silencieux. Les parents ont repris une position très périphérique, laissant Johanna exposer sa situation et maîtriser les échanges.

La question des objectifs à fixer si la thérapie se poursuit va donc de nouveau être soulevée à ce stade. Seule Rachel va alors souligner que tous les problèmes de la famille ne sont probablement pas réglés, mais elle préférera aller dans le sens de la préservation du nouvel état d'homéostasie atteint et ne pas prendre la responsabilité d'aborder de nouvelles problématiques.

Johanna partage en fait le point de vue de sa sœur mais souligne à quel point il est difficile de mobiliser tout le monde pour participer aux séances.

Un dernier rendez-vous sera finalement fixé.

3.1.9. Fin de la thérapie

Johanna se présentera seule à cette dernière séance. Elle est alors brièvement reçue par les thérapeutes.

Johanna : « Je suis fatiguée mais ça va. À la maison, tout le monde se parle. J'ai toujours quelques inquiétudes mais je ne sais pas s'ils voudront reprendre la thérapie familiale ».

Pour conclure, les thérapeutes utilisent alors une prescription de la rechute⁽⁷⁰⁾ : le seul moyen de reprendre le processus et d'induire de nouveaux changements serait qu'elle, ou un autre membre de la fratrie, soit de nouveau symptomatique.

3.2. La famille de Florian

3.2.1. Présentation

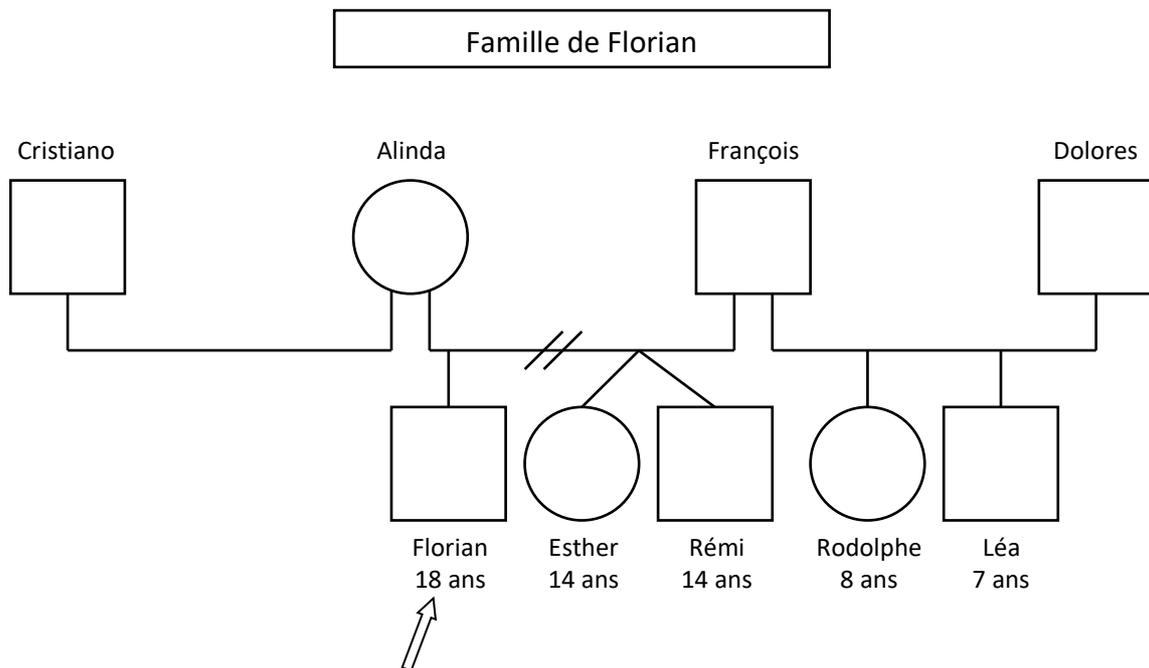
La famille réunie autour de Florian et présente au cours de cette thérapie sera composée de Alinda, sa mère, François, son père et Rémi et Esther, son frère et sa sœur, jumeaux âgés de 14 ans.

Les parents de Florian ont divorcé alors que celui-ci était âgé de 8 ans, et ont chacun refait leur vie. Alinda travaille comme employée de banque, et vit avec Cristiano et les trois enfants issus de son mariage avec François. François lui travaille dans l'assistance automobile et vit avec Dolores, avec qui il a eu deux autres enfants, Rodolphe et Léa, âgés de 8 et 7 ans.

Depuis le divorce, les trois enfants ont toujours vécu chez leur mère, passant un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires chez leur père. Seul Florian a brièvement été vivre chez son père entre avril et juillet 2016, avant de revenir chez sa mère.

Rémi et Esther sont tous les deux scolarisés en troisième, Florian est en terminale ES.

3.2.2. Génogramme



3.2.3. La qualité de la communication

La première séance a lieu après un mois d'hospitalisation à l'Escale pour Florian. Au cours de cette hospitalisation, c'est lui-même qui a évoqué l'intérêt d'entamer une thérapie familiale, faisant d'emblée un certain lien entre ses propres troubles et des difficultés de communication dans la famille.

Florian : « Il y a un sérieux souci de communication entre nous trois, et aussi avec mon frère et ma sœur. Je suis très curieux d'entendre leur version. »

Dans ce contexte, Florian occupe d'emblée une position centrale, dans la pièce et dans les échanges. L'ensemble de la famille s'accorde à dire à ce stade que ce sont les troubles de Florian, et notamment l'épisode d'équivalent suicidaire de la Toussaint 2016, qui les ont conduits en thérapie familiale.

Deux thèmes seront alors successivement abordés par sa sœur Esther, d'emblée très participante : le divorce et la rivalité pour la place « d'homme de la maison », et la loyauté de Florian vis à vis de sa famille.

Les thérapeutes apprennent alors que le divorce des parents a été difficile pour Florian, qui a rapidement investi le nouveau mari de sa mère, Luc, qui faisait figure d'autorité et avec qui ils ont vécu pendant sept ans. L'arrivée de Cristiano, son compagnon actuel, a été source de tensions et de conflits avec Florian. C'est à ce moment que ses troubles ont débuté, par des crises d'angoisse. Esther avance alors l'hypothèse que Florian a un problème avec l'autorité et les limites, se dit très inquiète pour lui notamment depuis qu'il s'est mis en danger sans sembler en avoir conscience. Elle explique également que les seules choses qui semblent lui tenir à cœur sont le dessin et ses amis.

Malgré cette volonté de la famille de sur-désigner Florian dans sa position de patient, les parents soulignent toutefois que c'est au moment de l'épisode de la Toussaint que la communication a repris entre eux, autour des troubles et des soins pour Florian. Ceci illustre à quel point le moment de la crise est une possibilité d'ouverture du système, de mobilisation ; d'où l'intérêt d'enclencher la thérapie rapidement car par la suite le système se referme très vite.

Tout au long de cette séance, les thérapeutes interviendront assez peu, laissant la famille s'engager progressivement dans le processus thérapeutique. Ils se montrent en effet participants et volubiles. Toutefois, la question d'une affiliation aussi rapide fait poser celle de non-dits implicites de protection mutuelle, altérant la qualité de la communication.

L'équipe de supervision soulève d'ores et déjà la pertinence de ce setting, avec les deux parents ; la même configuration sera néanmoins proposée pour la prochaine séance.

3.2.4. Le porteur du symptôme

Cette séance a lieu après la sortie de Florian de l'hôpital. Bien qu'il n'occupe pas le même siège, il centralise toutes les interactions en début de séance. Les thérapeutes apprennent par exemple que depuis l'événement de la Toussaint, Florian n'est pas retourné chez son père. C'est lui qui a pris cette décision, sans que ses parents ne se concertent.

Florian exprime alors une volonté de différenciation avec son père, auquel il souhaite ne pas vouloir ressembler.

Florian : « Je ne veux pas le voir parce qu'il y a des traits chez lui que je ne veux pas avoir. Depuis que je suis petit on me dit que je ressemble beaucoup à mon père. »

Ce paradoxe, bien qu'appuyé par les thérapeutes qui soulignent que Florian pense pouvoir se différencier en ne le voyant pas, ne fait que très peu réagir François. Il s'agit d'un point sur lequel les thérapeutes insistent car en systémie, on ne peut se séparer qu'en se rassemblant pour faire ensemble le travail de différenciation afin de pouvoir s'autonomiser^(12, 76).

Rémi et Esther interviennent alors pour aborder les conflits et les relations dans la fratrie, en soulignant tous les deux que le changement est lié à l'éloignement de Florian, ce qui contribue encore à le renforcer dans sa position de patient désigné.

L'intervention de la supervision entraîne alors une bifurcation vers le thème de la séparation des parents. Il apparaît alors d'emblée que la famille est bien moins à l'aise lorsqu'il faut évoquer d'autres sujets que les troubles de Florian. C'est François qui va revenir sur les détails de leur séparation, suite à sa rencontre avec Dolores. D'emblée, il a été à distance du quotidien de ses trois enfants.

C'est Rémi qui le premier a été symptomatique, et a brièvement vu un psychologue alors qu'il était en CE1. Néanmoins cela n'a pas suffi à établir une communication durable entre

Alinda et François, qui semble n'exister en tant que couple parental que depuis le début des troubles de Florian.

Cette difficulté de communication entre les parents illustre à quel point les symptômes de Florian contrôlent les interactions dans la famille et lui sont nécessaires.

3.2.5. Les objectifs de la thérapie familiale

Th : « Quels sont les sujets que vous avez envie d'aborder ? »

Il s'agit ici de demander à la famille de s'impliquer dans le processus thérapeutique, d'en définir les objectifs et d'être les vecteurs du changement⁽¹⁰⁾.

Les réponses obtenues sont multiples mais floues, et Florian persiste à s'auto désigner :

Florian : « Je ne suis pas là pour les relations, je suis là pour entendre ce qu'on a à me dire ».

Chacun, à commencer par Esther, fait en revanche part de son souhait : améliorer la relation avec Florian.

Rémi explique ensuite comment les alliances dans la fratrie ont tourné, Florian et Esther étaient au départ très proches, puis Florian et lui-même. A présent, c'est Rémi et Esther qui sont les plus proches, Florian s'étant mis à l'écart. Alinda a bien identifié cette problématique, et se place dans une position de médiateur, à la fois centrale et dans une pseudo neutralité.

De son côté, François a lui aussi beaucoup de mal à établir des objectifs clairs pour la thérapie familiale.

Devant ces difficultés exprimées par l'ensemble de la famille, les thérapeutes vont alors décider d'un changement de setting afin de pouvoir travailler avec les différents sous-systèmes : Alinda et les enfants d'un côté, François et les enfants de l'autre, une séance sur deux.

3.2.6. Mère + enfants

Cette séance est donc la première en présence uniquement de Alinda et des trois enfants ; Cristiano, le compagnon d'Alinda, bien que convié, n'a pas souhaité venir. Rémi commence alors à évoquer les conflits le concernant, ce que les thérapeutes recadrent rapidement car il est impossible d'évoquer en séance une problématique qui concerne quelqu'un qui n'est pas là.

Le thème bifurque alors sur les possibilités de travail entre les quatre membres de la famille présents.

Depuis la dernière séance, où Rémi a exprimé la nostalgie de la relation d'avant avec son frère, ils semblent avoir retrouvé une certaine complicité. Les échanges sont plus fluides entre Rémi et Florian, la communication circule beaucoup mieux.

Avec Esther, les conflits s'atténuent mais elle tient à ce stade à le maintenir dans sa position de patient désigné. Par ailleurs, Alinda garde sa fonction de « pompier », de médiateur entre eux, malgré des craintes difficiles à caractériser sur ce qu'il pourrait advenir. Voici l'explication relationnelle qu'Esther donne à la situation :

Esther : « En fait moi je cherche Florian parce que maman le protège trop. Je cherche à ce qu'elle s'aperçoive qu'il a un problème. Maman ne le voit pas, il faut que je donne l'alerte, que je la fasse réagir. »

Th : « Est ce que tu crois que ton frère est toujours malade ? »

Esther : « Il va un peu mieux, il est avec ses potes... Mais il est toujours malade. »

Florian intervient alors à ce moment, et explique avoir interrompu son suivi individuel depuis trois mois, n'en ressentant plus le besoin. Il va alors tenir un discours paradoxal, à la fois banalisant et alertant :

Florian : « J'ai dit non pour le suivi, sincèrement c'est inutile. Je n'ai plus de crises d'angoisses, ma vie me convient. Je comprends qu'ils s'inquiètent mais en même temps ils ne m'écoutent pas. Je sais ce que j'ai dans

la tête, pas de problème. Oui, je me suis mis en danger mais il ne s'est rien passé. Et puis si j'étais mort, ça serait fini. »

Florian maintient ainsi l'attention exclusive de tous, particulièrement de sa mère.

3.2.7. Père + enfants

Il s'agit cette fois de la première séance en présence de François et des trois enfants.

En début de séance, Florian centralise toujours la communication et distribue la parole, notamment lorsque les problèmes de couple de son père sont abordés.

Les thérapeutes tentent alors de revenir à un mode de communication circulaire en soulignant la fonction des symptômes de Florian : rétablir la communication entre Alinda et François, maintenir un co parentage que Florian va tester aussitôt par un refus. En effet, malgré ce constat, Florian conserve son pouvoir de dire non, notamment lorsqu'il a décidé de ne plus aller chez son père :

Florian : « Je n'ai pas d'explication, j'avais envie de revenir chez ma mère, je le fais. On m'a laissé le choix, je l'ai pris. »

Le reste de la séance sera principalement consacré au travail sur la relation entre François et Florian. Aidé par son frère Rémi, Florian fait le récit d'épisodes de manifestations bruyantes de colère de François qui l'ont marqué et ont pu lui faire peur, sentiment partagé par Esther. Cela permet à Florian d'établir des liens avec sa volonté de se différencier de son père et son refus de le voir. Rémi, Florian et Esther se montrent également unis et complices face aux problèmes posés par leurs parents.

Les conséquences comportementales de la non communication permettent ainsi à la famille, et notamment à la fratrie, de faire l'apprentissage de la communication émotionnelle.

3.2.8. Les figures paternelles

Il s'agit de la sixième séance, qui correspond à la moitié du processus thérapeutique.

Elle a de nouveau lieu en présence du sous-système mère et enfants. Cristiano, bien que convié de nouveau, n'a pas souhaité venir mais ne s'y oppose pas pour la séance suivante. Florian, très au fait de la situation entre sa mère et son beau-père, précise que celui-ci est en cours de sevrage, sa mère ayant menacé de le quitter s'il ne prenait pas en charge son alcoolodépendance. Toutefois, Florian réfute tout lien entre les troubles de Cristiano et les conflits qui les opposent.

Florian revient ensuite longuement sur la période où ils ont vécu avec Luc, le second mari de sa mère. Bien que tentant de ne pas disqualifier sa mère, il explique à quel point Luc a été une figure paternelle importante pour lui. Rémi exprime son désaccord sur le tableau idéal dressé par son frère, et les thérapeutes reviennent à cette occasion sur la période du divorce où c'était lui qui était symptomatique et a dû consulter un psychologue. C'était alors lui, Rémi, qui concentrait l'attention de leur mère. Le symptôme peut donc se déplacer dans la fratrie et confère un certain pouvoir, mais l'enjeu de l'autonomisation lorsque les symptômes s'expriment au moment de l'adolescence semble renforcer la difficulté à y renoncer.

3.2.9. La réconciliation avec François

Cette séance a lieu une quinzaine de jours avant que Florian ne passe son bac, en présence des trois enfants et de leur père.

Florian vient de passer trois semaines chez ses grands-parents paternels, selon son propre choix. Compte-tenu des difficultés traversées dans son couple, François a donc passé les trois derniers week-ends chez ses parents avec Rémi, Esther et Florian. François explique en

effet qu'il n'est plus dans une dynamique de séparation avec sa compagne, mais il a décidé pour le moment de voir ses trois aînés en dehors de son domicile. Esther souligne alors que c'est au moment où ils ont appris les difficultés que traversaient leur père que Florian s'est de nouveau rapproché du sous-système père/enfants.

François explique en effet à la faveur d'une soirée passée tous les quatre à quel point ses enfants, particulièrement Florian, se sont montrés soutenant avec lui pendant cette période de crise conjugale.

Toutefois, en fin de séance, la tendance homéostatique reprend le dessus lors de cet échange avec Esther :

Th : « Tu es toujours inquiète pour Florian ? »

Esther : « Non je suis rassurée, mais je pense qu'il est encore malade. J'ai retrouvé 60% de mon frère. Et j'ai peur de devenir comme lui. »

Florian : « Chez nous c'est une vraie hantise de ne pas devenir les autres... »

Esther : « Comme il va mieux, j'ai peur que ma mère ne s'occupe plus de lui. »

3.2.10. Cristiano

Cristiano a finalement accepté de venir, cette séance a donc lieu avec lui, Alinda et les trois enfants.

Les conflits entre Cristiano et Florian, évoqués au cours de son hospitalisation, pourront être enfin abordés directement. Pour Alinda et Florian, les choses sont améliorées. Du point de vue de Cristiano, il s'agit entre eux de divergences d'opinions qui ne changeront pas, d'une incompatibilité. En revanche, aucun d'entre eux n'évoque d'épisodes de violence, comme Florian avait pu le faire en entretien individuel au cours de son hospitalisation.

Pour Cristiano, le lien a été plus facile à établir avec les jumeaux, en raison de leur âge. Il tient toutefois à rester en dehors des conflits entre Alinda et ses enfants, position qui semble être celle de toute la famille.

Cristiano : « Certains ne me demandent pas mon avis. »

Esther : « Je comprends qu'il se sente absent de l'autorité de la famille, les règles sont fixées par maman, qui seulement ensuite lui demande. »

Florian questionne ensuite la rivalité entre Luc et Cristiano, bien qu'il n'y ait pour lui pas de comparaison possible. C'est alors l'occasion de commencer à aborder la période de la séparation entre Alinda et Luc. Du point de vue des enfants, elle a été déprimée, ils expliquent s'être sentis lâchés. Florian souligne à quel point il a eu le sentiment de manquer de cadre et de limites, se sentant dans une position parentifiée. Cette période semble donc avoir été celle de confusion des places, de frontières générationnelles plus floues, et correspond au début des troubles de Florian.

3.2.11. Homéostasie, autonomisation, faut-il choisir ?

Cette neuvième séance, qui a lieu à la rentrée 2016, correspond à la troisième avec le sous-système père et enfants.

Le début de séance est l'occasion de faire le point sur la situation de chacun :

- Florian n'a pas eu son bac, et a finalement choisi de redoubler, après avoir un temps évoqué la possibilité de travailler
- Rémi et Esther ont eux obtenu de brillants résultats au brevet des collèges
- François a débuté un suivi individuel, condition fixée par Dolores pour reconstruire leur couple

Florian a finalement passé les vacances d'été avec eux, après avoir initialement formulé le souhait de partir de son côté.

L'atmosphère globale est plus détendue, tous les quatre se montrent plus souriants. Florian est plus calme, et semble plus disposé à écouter les autres.

Les thérapeutes proposent donc rapidement une pause afin de redéfinir d'éventuels autres objectifs à travailler dans cette configuration.

Esther : « Je voudrais que Florian soit plus à l'écoute de ce qu'on a à lui dire, qu'il comprenne notre inquiétude et qu'il pense autrement. Qu'il prenne un chemin plus familial »

François : « Je voudrais revoir Florian dans le trio et dans la famille, il trouve toujours une parade pour répondre ce que les autres veulent entendre pour les rassurer et clore le débat. »

Au moment où les enjeux de l'autonomisation sont cruciaux pour Florian, le système familial essaie de le ramener vers lui, faisant la balance entre appartenance et autonomie.

Les thérapeutes tentent alors de ré-affilier Florian avec son père, en faisant le lien avec sa propre adolescence dont les enfants ne savent presque rien. François explique avoir grandi avec des parents très stricts, qu'il a déçus en ne faisant pas d'études puis en divorçant d'Alinda. Florian montre ainsi une forme de loyauté, en ne faisant pas mieux que son père à ce stade.

3.2.12. La synchronisation émotionnelle

Initialement, lors de cette nouvelle séance mère et enfants, Cristiano aurait dû être également présent.

Alinda explique donc dès le début de la séance qu'elle a pris la décision de se séparer de son compagnon, suite à une rechute de son trouble lié à l'usage de l'alcool. Cristiano a donc quitté le domicile familial quinze jours auparavant.

Alinda explique avoir beaucoup pleuré, et pensait voir ses enfants plus tristes. En réalité, ils n'expriment pas de manque et Florian et Esther livrent d'abord un discours rationnel et désaffectivé.

Esther : « Il ne me manque pas, même si c'est pas pour autant que je l'aimais pas. Je garde contact avec sa fille. »

Florian : « Je savais depuis le départ que ça allait mal finir, mais maintenant je suis habitué à dire au revoir aux gens, je m'en fous. »

Florian réaffirme ainsi sa loyauté et tente de partager un contenu émotionnel.

C'est Rémi qui, le premier, va attaquer sa mère :

Rémi : « Elle n'aurait pas dû accepter qu'il fasse ça devant ses gosses, elle nous a exposés à un mec qui boit pendant deux ans alors que ça aurait dû durer un mois. Depuis mai, tu nous as dit une trentaine de fois que ça serait fini. Mais j'étais comme maman, j'étais dans l'illusion. »

Florian adopte alors une position paternelle :

Florian : « Je lui ai dit t'attends quoi ? Que ton troisième enfant pète les plombs pour le virer ? »

Les trois enfants s'accordent alors à dire qu'Alinda sollicite et a besoin de leur avis.

Les thérapeutes décident alors d'insister sur le thème de l'alcoolodépendance, afin d'encourager chacun des membres de la famille à mettre plus de mots sur ce qu'ils ont vécu.

Florian se repliait dans sa chambre, Rémi explique que Cristiano était très différent du rôle décrit lors de la dernière séance lorsqu'il buvait, qu'il pouvait se montrer très autoritaire.

Esther se montre moins attaquante mais souligne elle aussi la passivité de sa mère.

Esther : « Elle voyait qu'il buvait elle faisait rien... »

Alors que les trois enfants font le récit de scènes de Cristiano alcoolisé, Alinda se montre finalement très émue et quitte la salle de thérapie. C'est Florian qui ira la chercher immédiatement.

A leur retour, il reprend un rôle de parentification auprès de sa mère.

Florian : « Pour être amoureuse, il faut que ça soit quelqu'un de bien ».

Alinda : « C'est dur d'entendre ça, je regrette de ne pas avoir agi avant. »

L'ensemble de la fratrie refait alors bloc autour d'Alinda.

Esther : « Moi je ne t'en veux pas tu sais »

Florian : « On ne t'en veut pas »

Rémi : « Non, c'est mon point de vue actuel dont j'ai parlé mais c'était pas forcément le même face à la situation. »

Th : « On peut en vouloir à quelqu'un sans que cela ne signifie rupture ».

L'accordage émotionnel retrouvé entre Alinda et ses enfants lors de cette séance apparaît essentiel, crucial au cours de la thérapie. En effet, pour beaucoup de systémiciens, notamment Bouley^(15, 47, 67), le moment de synchronisation émotionnelle est le moment thérapeutique principal, le plus fécond.

3.2.13. Le retour à l'homéostasie

La séance suivante, initialement prévue dans la configuration père et enfants n'aura pas lieu en raison de l'absence de Florian, qui a prévenu son père une heure avant qu'il ne viendrait pas, expliquant ne pas y voir d'intérêt.

C'est donc de nouveau avec Alinda, Rémi, Esther et Florian que la séance suivante aura lieu.

L'ensemble de la famille rapporte une amélioration globale, et chacun semble avoir retrouvé sa fonction initiale.

Florian, de nouveau un peu provocateur, explique avoir passé son BAFA et repris les cours. Il n'a plus fait de crise d'angoisse et n'a plus eu de comportement équivalent suicidaire.

Rémi passe peu de temps à la maison, beaucoup au sport, mais retrouve son frère tous les soirs à partir de 21h et partage des moments avec lui.

Esther, de son côté, reconnaît les progrès mais se montre un peu plus nuancée :

Esther : « Je crois que j'ai un truc contre Florian que j'arrive pas à enlever. »

Alinda explique elle ne plus avoir à l'encontre de Florian qu'une « *inquiétude normale de parent* », ne plus rien craindre pour sa santé psychique et prend de nouveau sa défense lors des conflits qui l'opposent à sa sœur.

Florian renforce cette fonction de protection mutuelle avec sa mère, en prenant position en faveur d'un arrêt de la thérapie familiale, uniquement dans cette configuration qu'il ne juge plus utile.

Florian : « On fonctionne à peu près bien ».

Esther n'étant pas tout à fait d'accord, et Rémi insistant sur l'intérêt de continuer avec leur père, une dernière séance à cinq est proposée par les thérapeutes.

3.2.14. Le bilan

Cette séance en présence des deux parents et des trois enfants a donc lieu en décembre 2016, environ un an après le début de la thérapie.

Florian formule finalement le souhait d'interrompre définitivement la thérapie familiale. Il va bien, ne présente plus aucun symptôme et a retrouvé en partie une relation satisfaisante avec son père de son point de vue.

François et Alinda s'accordent à reconnaître l'amélioration, en revanche la communication entre eux semble s'être à nouveau grippée :

François : « *Je communique très peu avec Alinda, je pense que c'est un problème. Elle ne m'a jamais fait confiance par rapport à l'éducation des enfants. Florian va bien, mais on n'aborde pas les sujets sensibles, je n'ai pas le quotidien.* »

Th : « *Le problème actuellement il est avec Florian ou avec Alinda ?* »

François ne répond pas à cette question que de manière analogique, se montrant très surpris et restant silencieux.

Le retour à l'homéostasie s'est donc opéré en parallèle de l'amélioration symptomatique de Florian.

Comme le soulignent les thérapeutes, un travail plus spécifique sur le sous-système formé par le couple parental semble être la proposition la plus pertinente à ce stade. La famille peut également choisir d'accepter le nouvel état d'homéostasie atteint et d'interrompre la thérapie.

Esther : « *Est ce qu'on peut prendre la décision pour eux ?* »

3.3. Séances de feedback

3.3.1. Introduction et concept

Un an et demi après la fin de chacune des thérapies familiales, nous proposons à chacune des familles une séance de feedback afin d'échanger sur l'expérience vécue par chacun au cours de ces processus thérapeutiques. Il ne s'agit pas d'obtenir des résultats statistiques ou quantitatifs, mais plutôt d'une évaluation qualitative, comme l'explique Andolfi⁽⁷⁾ dans la Thérapie racontée par les familles :

« Nous avons dégagé des idées nées de la rencontre singulière entre personnes sensées être compétentes (c'est à dire nous) et personnes qui, ayant perdu la compétence (c'est à dire les familles) s'adressent à nous pour se la réapproprier. (...) Le clivage stéréotypé entre celui qui

possède la compétence et celui qui ne la possède pas sera radicalement mis en question grâce à l'idée d'une compétence se situant sur une « troisième planète », lieu intermédiaire où les uns (les thérapeutes) et les autres (les familles) peuvent accéder, à condition de se débarrasser des faux rôles et des étiquettes non authentiques. »

3.3.2. Famille de Johanna

Initialement, une séance de feedback en présentiel avait été organisée, finalement annulée par la famille.

Après de nombreux RDV téléphoniques manqués, c'est finalement uniquement Johanna qui acceptera de faire ce retour contrasté sur son expérience de la thérapie familiale :

« Je crois que ça n'a eu aucune utilité, parce que ma famille ne s'y mettait pas à fond, ils ne sont pas très thérapeute... Mais c'est vrai qu'il y a eu des changements, ça se passait mieux à la maison. Par exemple, j'ai pu reparler avec Rachel ».

Concernant le dispositif et l'engagement de chacun, Johanna pense en revanche qu'un travail en sous-système aurait pu être bénéfique et libérer la parole des uns et des autres.

Dans ce contexte, elle n'envisagerait pas de reprendre une thérapie familiale mais le conseillerait volontiers à d'autres familles, sous réserve d'une vraie volonté de s'y investir.

3.3.3. Famille de Florian

Contactés par téléphone pour leur proposer une séance de feedback, la famille préférera que ce retour d'expérience ait lieu sous forme d'entretiens téléphoniques individuels. Tous se seront en revanche montrés participants et enthousiastes.

La mère Alinda rapporte un vécu le plus souvent douloureux des séances, où elle a parfois eu le sentiment que les enfants faisaient bloc face à elle. Elle a en revanche trouvé le setting en

sous-systèmes pertinent d'emblée et reconnaît cependant avoir « *entendu des choses qui n'auraient pas été dites autrement* », « *on ne se comprenait pas* ». Alinda relie ce vécu particulièrement difficile à la séance qui a suivi sa séparation avec Cristiano, où la charge émotionnelle a été extrêmement intense pour elle. S'il lui est difficile d'établir un lien formel entre l'amélioration des troubles de Florian et la thérapie familiale, elle qualifie toutefois l'épisode de « *période de crise* » et pourrait avoir de nouveau se tourner vers le dispositif de thérapie familiale si cela s'avérait nécessaire, mais en dernier recours. En fin d'entretien, Alinda tient particulièrement à insister sur sa position concernant le couple parental :

Alinda : « Je n'ai pas envie d'impliquer plus François, je ne voulais pas le voir. Ça fait douze ans que je suis seule, je ne veux pas de son avis. »

A son tour, Esther juge que la thérapie familiale leur a permis de se dire « *des choses qu'on ne s'était pas dites* ». Si elle est convaincue de l'utilité pour l'ensemble de la famille, elle ne cible pas particulièrement son frère Florian pour qui, selon elle, les choses se sont améliorées récemment, bien après la fin de la thérapie. Elle rapporte même avoir eu de son côté de brefs moments d'inquiétude le concernant au printemps et à la rentrée 2017. Toutefois, elle n'a jamais craint qu'il ne fasse à nouveau un geste suicidaire. Esther note en revanche un changement lié à la thérapie dans la relation avec leur père, « *on s'est rapprochés, on a eu des discussions* », ce qu'elle relie au setting divisé. Elle n'a pas un souvenir particulièrement marquant du processus, mais en revanche se souvient avec humour des pauses prises par les thérapeutes où l'ensemble de la famille, particulièrement son père, profitait du relâchement pour échanger des plaisanteries.

De son côté, son frère jumeau Rémi a un avis beaucoup plus tranché sur la thérapie familiale :

Rémi : « Je pense que ça a été très utile, j'y croyais vraiment. Il y a eu des résultats très rapides sur l'amélioration de ma relation avec Florian. Je pense que ça a aussi contribué à régler les problèmes de Florian, même s'il n'y avait pas que ça. »

Concernant le setting et l'engagement de chacun, voici ce qu'il rapporte :

Rémi : « C'était logique pour parler ouvertement. D'un autre côté c'était bizarre, finalement je trouve que c'était plus une « thérapie de foyer » qu'une thérapie familiale. Tout le monde s'est engagé, sauf Cristiano lorsqu'il est venu. Mais on s'est recentrés sur notre famille nucléaire, et c'est mieux pour nous. Et Esther, qui était là pour tout balancer sur Florian plutôt que pour aider ».

Au vu de son expérience, Rémi affirme qu'il s'agirait d'un mode de thérapie auquel il recourrait sans hésiter, bien qu'il ait trouvé le dispositif à la fois ludique et curieux.

Quant à François, il rapporte un vécu global personnel très positif de la thérapie, « j'ai adoré ces rendez-vous ». S'il n'identifie pas d'impact direct sur les symptômes de Florian, il dit en revanche avoir trouvé le processus très utile principalement pour l'ensemble de la fratrie, pour leur relation et pour permettre à Rémi et Esther de s'exprimer sur les troubles de leur frère. A ce sujet, voici son point de vue :

« Cela leur a donné la possibilité d'entendre à défaut de comprendre Florian. Et ça a montré à Florian que son comportement avait une incidence sur tout le monde. Nous avons revisité une mémoire commune avec une perception individuelle différente. »

François attribue également à la thérapie familiale l'amélioration spécifique de la relation entre Rémi et Esther. Il est en revanche plus circonspect sur l'implication de Florian tout au long du processus, mais confirme lui aussi qu'à l'heure actuelle il va très bien.

Concernant le couple parental, François semble très au fait des échanges qui ont eu lieu lors des séances avec Alinda, bien qu'il ait trouvé le setting pertinent :

« La thérapie familiale porte bien son nom, ça n'a pas été fait pour Florian mais pour la famille. Mais quand on est parent, je ne trouve pas ça tendre. Je ne pense pas que toutes les vérités soient bonnes à dire. Par rapport à Alinda, il y a eu beaucoup de choses difficiles, concernant Luc et Cristiano. »

François explique en revanche être tout à fait prêt à recourir de nouveau à la thérapie familiale si cela s'avérait nécessaire.

Enfin, Florian rapporte lui un vécu plus contrasté :

Florian : « Ça a créé un dialogue, mais je pense qu'il aurait fini par arriver de toute façon. »

Il partage en revanche le point de vue de sa sœur concernant l'amélioration des relations avec son père.

Florian rapporte ensuite un point de vue intéressant sur sa fonction de patient désigné :

Florian : « Le débat était très centré sur moi, ils n'ont pas compris que c'était pas moi le problème mais le déclencheur. Tout le monde s'est impliqué quand c'était moi le problème, beaucoup moins quand vous avez essayé de faire circuler d'autres choses. ».

S'il dit avoir été de nouveau pris dans des situations relationnelles difficiles, il n'a jamais eu de nouvelles idées suicidaires ou équivalentes.

Interrogé sur le setting, Florian rapporte un point de vue totalement différent de celui de sa mère :

Florian : « C'était logique mais contre-productif. Le principal du dialogue aurait dû avoir lieu entre eux deux, mais ils voulaient pas. Pour que la thérapie familiale aboutisse vraiment, il aurait fallu aller au bout de cette idée. »

Florian confirme également avoir interrompu tout suivi individuel, par choix. Ainsi, à titre personnel il ne souhaiterait pas recourir de nouveau à la thérapie familiale, mais le recommanderait volontiers à d'autres personnes. Tout au long de cet entretien, Florian se montrera particulièrement calme, prenant le soin de construire ses réponses et concluant ainsi : « *Je vais très bien* ».

L'ensemble de la famille s'accorde à dire qu'il n'y plus aucun risque suicidaire concernant Florian à l'heure actuelle, il n'est plus au cœur des inquiétudes de chacun.

TROISIEME PARTIE

CHAPITRE 1 : MISE EN PARALLELE

A l'issue des deux processus thérapeutiques, plusieurs observations émergent et permettent de formuler des hypothèses sur le fonctionnement familial et ses liens avec la psychopathologie présentée par Johanna et Florian.

1.1. Circularité du symptôme

Malgré des styles très différents et des enjeux relationnels peu comparables, un point commun émerge au sein des deux fratries : le symptôme circule entre les membres de la fratrie, le patient désigné aurait pu être un autre enfant que Johanna ou Florian.

En effet, dans la famille de Johanna, Rachel a été déscolarisée quelques semaines au collège, tandis que Georgie rapporte avoir eu des idées suicidaires lui aussi. Dans la famille de Florian, c'est Rémi qui a été suivi par un psychologue au moment du divorce de ses parents et refusait lui aussi d'aller chez son père. En revanche, pour aucun des trois, à la différence de Johanna et Florian, les symptômes ne semblent s'être installés durablement. L'intervention de tiers (sa mère pour Rachel, ses amis pour Georgie et le psychologue pour Rémi) peut expliquer en partie cette amélioration. Ces moments symptomatiques des membres de la fratrie n'ont pas permis au système de s'apaiser; dans la mesure où l'ancrage d'un symptôme fonctionne sur un mode d'essais/erreurs, la famille fait plusieurs expériences symptomatiques auxquelles le système ne répond pas.

Il se peut également que le symptôme du patient désigné soit plus utile à certains moments du cycle vital de la famille : nous faisons l'hypothèse qu'à l'adolescence, à l'âge de Florian et Johanna, où les enjeux d'autonomisation et de triangulation viennent s'y greffer et renforcer cette fonction, le symptôme freine le processus d'autonomisation, d'autant plus lorsqu'il

s'agit d'un symptôme suicidaire, et il devient alors plus difficile pour le patient porteur du symptôme de s'en dégager.

En pratique, ce point soulève l'importance du travail avec la fratrie. En effet, lorsqu'un adolescent va mal, s'il apparaît assez intuitif en pratique clinique de recevoir ses parents, dans un cadre de thérapie familiale ou non, cela l'est beaucoup moins pour les frères et sœurs. Or, en plus d'une participation très active, ils apportent beaucoup d'informations sur le fonctionnement global du système familial. Cette observation se retrouve d'ailleurs dans les constats formulés notamment par François et l'ensemble de la fratrie de Florian lors de la séance de feedback.

Les thérapeutes peuvent s'appuyer sur les membres de la fratrie comme ils le feraient sur des co-thérapeutes. De plus, à partir de leur propre expérience, les frères et sœurs ayant présenté un symptôme transitoirement peuvent apporter des solutions de dégagement au patient désigné. Ils sont aussi un éclairage sur la partie saine du système, sur la capacité d'interaction des parents avec un enfant non symptomatique.

1.2. Échec de la triangulation

La mise en parallèle des deux familles est également intéressante concernant la position occupée par Williamson et François.

Tout au long de la thérapie de la famille de Johanna, Williamson interviendra très peu, et refusera de s'impliquer dans les conflits qui ne le concernent pas directement. Il s'agit d'ailleurs d'une position renforcée par les thérapeutes, qui sont pris dans la logique du système, malgré des interventions régulières de l'équipe de supervision les incitant à faire participer Williamson.

Dans la famille de Florian, la configuration est différente en raison du setting et de la séparation du couple parental bien avant le début des soins. Toutefois, rapidement les séances avec François se révèlent moins riches et sont désinvesties par Florian. François semble conscient de cette problématique, et souligne à plusieurs reprises qu'il se sent mis à l'écart.

A l'inverse, Marie-Lucie et Alinda occupent une place centrale. D'un conflit qui oppose en apparence Johanna et sa demi-sœur Natacha, on découvre qu'il s'agit en fait d'un conflit entre Natacha et Marie-Lucie, envers qui Johanna se montre en conséquence très loyale. La même proximité est retrouvée entre Florian et sa mère Alinda, qu'il protège lorsque son frère Rémi la met en difficulté, et qu'elle défend lorsque c'est Esther qui se montre attaquante envers Florian.

Ainsi, l'alliance forte entre la mère et l'adolescent symptomatique peut être interprétée comme un échec de la triangulation, laissant l'adolescent dans une position de parentification. Florian le souligne d'ailleurs avec justesse lors de la séance de feedback, en expliquant pourquoi le setting choisi en thérapie était probablement une erreur pour l'aider à se dégager de cette position.

D'ailleurs au cours des entretiens de feedback, il est intéressant de noter comment Florian souligne l'intérêt du travail avec les parents, à l'inverse de sa mère Alinda qui se montre très réticente. Il s'agit en effet pour l'adolescent de se dégager du triangle, idéalement de laisser cette place au thérapeute. Néanmoins cette articulation et ce travail avec le sous-système parental doit s'effectuer au bon moment, une fois le processus d'affiliation suffisamment avancé, au risque sinon de s'exposer à une grande résistance de la famille.

1.3. Étapes du cycle vital et changement des alliances

L'émergence des symptômes pour Johanna et Florian peut également être mise en lien avec la perte, ou le remaniement, d'un lien sécurisant : Luc pour Florian, et Rachel pour Johanna.

Un divorce, ou une séparation, sont des événements banals du cycle vital des familles modernes. Ces événements sont toujours à la source d'un moment de crise, dont l'issue peut être plus ou moins difficile pour la famille. C'est ce qui a très probablement eu lieu dans la famille de Florian au moment du départ de Luc, et bien qu'ayant tous été affectés, c'est Florian qui a alors endossé le rôle de patient désigné, afin de permettre à la famille d'évoluer vers un nouvel état d'homéostasie.

Concernant Johanna, il ne s'agit pas réellement d'une rupture, mais d'un remaniement des alliances dans la fratrie, qu'elle a vécu à son détriment. Paralysée par la loyauté envers sa mère et l'animosité obligatoire envers Natacha, nous faisons l'hypothèse que Johanna n'a pas pu trouver sa place dans la famille réorganisée par l'alliance nouvellement formée entre Rachel et Natacha. Le déséquilibre induit par ces remaniements correspond là aussi à l'émergence des symptômes chez Johanna.

Le travail sur ces moments de crises permet de remettre dans une perspective circulaire l'émergence de symptômes à première vue individuels.

1.4. Illusion de l'autonomisation

Comme tous les adolescents, Johanna et Florian sont confrontés à d'importants enjeux d'autonomisation, de leur âge. Celle-ci est entravée par les moments de crise résultant du cycle vital que nous avons cités auparavant.

Johanna souligne à plusieurs reprises que sa famille ne peut ni la comprendre ni l'aider, qu'elle se sent seule et qu'en conséquence elle refuse de leur parler. L'opposition de Florian

est moins active, mais il a choisi de vivre au sous-sol de sa maison et montre une volonté manifeste de passer du temps à l'extérieur.

Dans leur essai d'autonomisation impossible, ces deux adolescents ont donc adopté une position de refus de communiquer dans une tentative pathologique de s'extraire du système familial.

Cette tentative désespérée aboutit à la formation d'un compromis inefficace entre leur volonté d'autonomisation et l'impossibilité due aux loyautés familiales, à leur sentiment d'appartenance. Ce moment concerne tous les membres de la famille adolescente⁽¹⁶⁾. Or, l'aboutissement de l'individuation des enfants est une des missions principales de la famille et donc un terrain propice aux crises comme les ont vécues Florian et Johanna lorsque cette tâche ne peut pas être accomplie.

1.5. Homéostasie familiale et lutte contre le changement

Il est très difficile de parler de succès ou d'échec pour un processus psychothérapeutique⁽³⁸⁾. De même, la fin d'une thérapie n'est pas aisée à envisager, autant pour les thérapeutes que pour les familles ou les patients.

Concernant Johanna et Florian, d'un point de vue strictement individuel, si l'on se focalise sur leur symptomatologie de départ, l'amélioration est notable entre le début et la fin de la thérapie : notamment, aucune récurrence suicidaire n'aura été observée.

Parler d'amélioration concernant le fonctionnement global de la famille est bien moins objectivable, de même qu'établir des liens directs avec l'état psychique des deux adolescents. Imaginer que la thérapie familiale a un but prédéterminé revient à attribuer aux thérapeutes l'intention de changement, alors que c'est la famille qui, avec ses propres

ressources et propriétés évoquées en première partie, va changer pour évoluer vers un nouvel état d'homéostasie.

A plusieurs reprises au cours des deux thérapies, on constate ainsi la tendance globale très forte au retour à l'homéostasie :

- Lorsque les thérapeutes pointent à Johanna que ses symptômes ont une fonction pour l'ensemble de la famille, elle manifeste son souhait d'arrêter la thérapie
- La famille de Johanna se désaffilie très rapidement après la sixième séance, où le constat d'amélioration avait été partagé par tous
- Dès lors que les relations s'améliorent avec François, Florian dit ne plus voir d'intérêt à cette configuration en séance
- Lorsque c'est Alinda qui est en difficulté face au niveau émotionnel induit par le discours des enfants concernant Cristiano, Florian reprend sa position très loyale et parentifiée vis à vis d'elle
- Une fois les troubles de Florian apaisés, la communication au sein du couple parental se bloque de nouveau
- Esther et François insistent pour ramener Florian au sein du système, le rapprocher de la famille, dès lors que ce dernier va mieux.

Par ailleurs, ce mouvement de fermeture du système et de lutte contre le changement est de manière globale observable de façon quasi constante dans le déroulé de chaque séance, où la communication se grippe de nouveau à la fin. Ce retour à l'homéostasie est d'ailleurs bien illustré par les éléments de feedback de la famille de Johanna, rapportés par l'adolescente.

1.6. Intérêt du traitement par psychothérapie familiale de la suicidalité

Ces deux thérapies familiales permettent donc de proposer une lecture familiale de l'expression symptomatique de la suicidalité chez Johanna et Florian.

En effet, pour rappel, au cours de leurs hospitalisations respectives, les évaluations effectuées ne montreront pour aucun des deux adolescents d'autres critères en faveur d'un épisode dépressif majeur. Le passage à l'acte suicidaire ne serait donc pas pour eux un symptôme lié à une dépression sévère, mais plutôt une arme relationnelle, un message interpersonnel adressé aux dysfonctionnements familiaux. Ainsi, la difficulté pour un adolescent de verbaliser son mal-être ou d'aborder les conflits relationnels intrafamiliaux fait de la perspective du passage à l'acte suicidaire une solution de communication extrême et paradoxale, beaucoup plus analogique que digitale. Le pouvoir donné à l'adolescent par la gravité de ces symptômes provoque dans la famille une grande mise en tension et un moment de crise propice au changement, dès lors qu'il est accompagné et soutenu. Tout l'enjeu pour les thérapeutes familiaux est alors dans un premier temps de rétablir une communication circulaire au sein du système, afin ensuite de permettre à l'adolescent de se dégager progressivement de sa position de patient désigné et parentifié, et à la famille de l'accompagner sereinement vers un processus d'autonomisation.

Ce sont pour ces raisons que le choix du traitement pour Florian et Johanna s'est porté sur la thérapie familiale exclusive, sans traitement psychotrope antidépresseur associé. Ainsi, les résultats obtenus lors de ces deux thérapies viennent renforcer en pratique clinique l'intérêt entrevu par la revue de la littérature et les théories systémiques.

CHAPITRE 2 : LIMITES ET PERSPECTIVES

Nous avons choisi dans ce travail de nous intéresser à l'ensemble du processus thérapeutique de deux familles afin d'en dégager de la manière la plus détaillée possible les axes de réflexion que peut amener le travail avec les familles dans la prise en charge des adolescents suicidants. Il s'agit donc d'un angle de vue exclusivement clinique et limité à des observations empiriques, dont les résultats ne peuvent être comparés à ceux d'une étude quantitative et menée sur un plus large échantillon. Les conclusions tirées sont également biaisées par le regard des thérapeutes, d'autant plus que l'une des deux co-thérapeutes était impliquée dans la prise en charge individuelle de chacun des deux adolescents lors de leur hospitalisation. Plus largement, cette réflexion sur deux cas cliniques soulève une nouvelle fois toute la difficulté d'évaluer l'efficacité des psychothérapies, en raison notamment de nombreux biais et de l'impossibilité de travailler en aveugle.

Par ailleurs, concernant plus spécifiquement la famille de Johanna, un biais est introduit dès le départ puisqu'il s'agit d'une thérapie, sinon réellement imposée, mais très largement conseillée à plusieurs reprises par les différents psychiatres impliqués dans la prise en charge individuelle de Johanna. Il ne s'agit donc pas d'une démarche pleinement volontaire pour la famille, ce qui n'est pas habituel pour une prise en charge psychothérapeutique et doit faire en partie relativiser les résultats obtenus, bien que notables. Il aura d'ailleurs été beaucoup plus difficile d'organiser le feedback avec cette famille qu'avec celle de Florian.

Si Florian fait rapidement le choix d'interrompre tout suivi individuel après son hospitalisation et en fait part aux thérapeutes familiaux, la situation est différente pour Johanna. En effet, elle reprendra dès sa sortie d'hospitalisation son suivi individuel avec son psychiatre traitant, auquel une psychothérapie individuelle sera également adjointe. Il est

donc difficile d'attribuer exclusivement à la thérapie familiale les résultats obtenus sur l'état clinique de Johanna, de même pour l'amélioration des relations au sein de la famille puisque ses parents continueront à être reçus régulièrement en entretiens familiaux par son psychiatre.

Au-delà de ces limites méthodologiques, plusieurs perspectives de travail peuvent être dégagées.

Par ailleurs, au début des deux processus thérapeutiques, les deux adolescents sont hospitalisés. Or, l'équipe de thérapie familiale fait délibérément le choix de recevoir un seul système avec l'adolescent, sa famille, alors même qu'il est au cœur d'un autre système au quotidien, celui formé par l'équipe soignante et l'institution. De même, une partie des difficultés de Johanna et Florian avait été identifiée par leurs équipes scolaires, ce qui constitue un autre système auquel ils appartiennent. Tel qu'illustré dans notre revue de la littérature, les différentes études portant sur une prise en charge psychothérapeutique des autres systèmes que la famille ont montré des résultats encourageants. Ainsi, il aurait pu être intéressant de les intégrer à ce travail, afin d'éviter une forme de restriction induite par le choix du système familial exclusif.

Enfin, un aspect fondamental concernant la famille de Johanna n'a pas pu être abordé. En effet, les deux parents sont originaires et ont vécu en Haïti, pays avec lequel ils ont gardé d'importants liens puisque Williamson notamment s'y rend tous les ans pendant plusieurs semaines. L'ensemble de la famille parle d'ailleurs le créole haïtien, en plus du français et il n'aura pas été possible d'organiser une séance avec un interprète. Il existe donc une perspective et une lecture transculturelle de la symptomatologie de Johanna et du fonctionnement familial qui n'ont pas pu être explorées. A ce titre, un travail en ethnopsychiatrie aurait très certainement pu apporter d'autres éclairages.

CONCLUSION

CONCLUSION

La prise en charge de la suicidalité à l'adolescence soulève de nombreuses questions épistémologiques, diagnostiques et thérapeutiques. Nous avons tenté dans ce travail d'y apporter l'éclairage d'une grille de lecture systémique, plaçant la famille au cœur du dispositif.

Ainsi, d'un diagnostic individuel de passage à l'acte suicidaire chez l'adolescent, nous passons progressivement à celui d'un dysfonctionnement partagé par l'ensemble du système familial.

Le suicide ou la tentative de suicide de l'adolescent devient alors le symptôme d'une famille qui a du mal à maintenir une communication efficace et circulaire à un moment crucial de son cycle vital où elle doit faire face à des enjeux d'autonomisation, de triangulation et de parentification cristallisés par un climat relationnel spécifique de l'adolescence.

En complément des éléments d'objectivité apportés par la revue de la littérature, les thérapies des familles de Johanna et Florian apportent une illustration clinique de la possibilité de changement face à la crise. Aidées par les thérapeutes et les outils spécifiques du travail systémique, mais surtout à leur manière et avec leurs propres ressources, ces deux familles ont montré toute leur capacité à trouver de nouvelles solutions et ajustements relationnels pour permettre à leurs adolescents d'aller mieux.

Par ailleurs, d'un point de vue plus pragmatique et médico-économique, l'intérêt d'intégrer les familles dans la prise en charge de la suicidalité à l'adolescence est bien réel dans la mesure où elles pourraient constituer une alternative à des hospitalisations plus longues et coûteuses ou des traitements médicamenteux non dénués d'effets secondaires.

L'ensemble de ces réflexions n'exclut bien sûr pas d'autres types de prises en charge psychothérapeutiques, notamment individuelles, mais soulève également la question de l'intérêt d'un travail familial dans le cadre d'autres pathologies mentales de l'adolescent ou non, telles que les troubles du comportement alimentaire ou les addictions, mettant en jeu le processus d'autonomisation et la fonction du symptôme au sein du système familial.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Ackerman, N. The unity of the family. *Archives of Pediatrics*. 1938 ; 55: 51–62.
2. Ampélas JF, Robin M, Caria A et al. Evaluation de la satisfaction des patients et de leurs proches vis-à-vis d'une prise en charge de crise ambulatoire par un service mobile d'urgence et de post-urgence psychiatrique. *L'Encéphale*. 2005; 31: 127–41.
3. Anastasia T, Humphries-Wadsworth T, Pepper C et al. Family centered brief intensive treatment: a pilot study of an outpatient treatment for acute suicidal ideation. *Suicide Life Threat Behav*. 2015; 45: 78-83.
4. Andolfi M., Menghi P., Nicolo AM et al. L'interaction dans les systèmes rigides. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 1979 ; 1 : 2-20.
5. Andolfi M, Angelo C, De Nichilo-Andolfi M. (1990). *Temps et mythe en psychothérapie familiale*. Issy-les-Moulineaux, France : ESF éditeur.
6. Andolfi M. (1993). *La forteresse familiale*. Paris, France : Dunod.
7. Andolfi M., Angelo C., Atena PD. (2008). *La thérapie racontée par les familles*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
8. Andolfi M, Mascellani A. (2013). *Histoires d'adolescence*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
9. Asarnow JR, Baraff L, Berk M et al. Effects of an emergency department mental health intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment: a randomized controlled trial. *Psychiatry Serv*. 2011; 62: 1303-1309.
10. Ausloos G. (2016). *La Compétence des familles*. (2è ed.). Toulouse, France : Erès.
11. Bateson G., Jackson D., Haley J. et al. A note on the double bind. *Family Process*. 1962 ; 3 : 154-161.
12. Beaucousin MC. (2000). *Processus d'autonomisation à l'adolescence : la conception systémique*. (Thèse Doctorat Médecine). Université Paris Val-de-Marne.
13. Benoit JC, Malarewicz JA, Beaujean J et al. (1988). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Issy-les-Moulineaux, France : ESF éditeur.
14. Boszormenyi-Nagy I., Spark GM. (1973). *Invisible loyalties. Reciprocity in intergenerational family therapy*. Hagerstown, USA : Harper and Row.
15. Bouley JC. Le chaos déterministe : une imagerie pour les relations familiales à l'adolescence. *Psychologie médicale*. 1994 ; 9 : 907-910.
16. Bouley JC, Chaltiel P, Destal D et al. (2006). *La Famille adolescente*. Toulouse, France : Erès.

17. Bowen M. (1996). *La différenciation du soi, les triangles et systèmes émotifs familiaux*. Issy-les-Moulineaux, France : ESF éditeur.
18. Bradley MF, Pauzé R. Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches développementales et apparition de l'anorexie à l'adolescence. *Thérapie familiale*. 2008 ; 29 : 335-353.
19. Cabie MC. L'adolescence, une étape du cycle familial existentiel. *Nervure*. 1995 ; 4 : 48-51.
20. Chaltiel P. Comment poser l'indication d'une thérapie familiale. *Perspectives Psy*. 1998 ; 37 : 188-191.
21. Chérif L, Ayedi H, Sahnoun F et al. Psychopathologie des tentatives de suicide chez les adolescents. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2012; 60: 454-460.
22. Committee on adolescence (dir). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*. 2000 ; 105 : 871-874.
23. Consoli A, Peyre H, Speranza M et al. Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2013; 7:8.
24. Cornud S. (2011). *La triangulation comme modérateur du processus de séparation à l'adolescence à travers une lecture systémique*. (Mémoire pour le DES de Psychiatrie). Université Rouen.
25. Diamond G, Wintersteen M, Brown G et al. Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010; 49: 122-131.
26. Donath C, Graessel E, Baier D et al. Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? *BMC Pediatrics* 2014; 14-113.
27. Ducomun-Nagy C. (2006). *Ces loyautés qui nous libèrent*. Paris, France : JC Lattès.
28. Duriez N. (2017). A la rencontre des familles de suicidants. (Mémoire inédit).
29. Elkaïm M. (1995). *Panorama des thérapies familiales*. Paris, France : Seuil.
30. Evaluation des psychothérapies. *Rapport de l'INSERM*. 2004.
31. Grasset C. (2013). *Recours aux thérapies familiales dans la prise en charge des adolescents suicidants, enquête sur deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de Seine Saint Denis*. (Mémoire pour le DES de Psychiatrie). Université Paris Diderot.
32. Grasset C. (2013). *Intérêt des thérapies familiales systémiques dans la prise en charge de l'adolescent suicidant*. (Thèse Doctorat Médecine). Université Paris Diderot.

33. Greenfield B, Larson C, Hechtman L et al. A rapid-response outpatient model for reducing hospitalisation rate among suicidal adolescents. *Psychiatric Serv.* 2002. Vol 53: No 12.
34. Haley J. (1991). *Leaving home, quand le jeune adulte quitte sa famille.* Issy-les-Moulineaux, France : ESF éditeur.
35. Har A. La thérapie dyadique parent-adolescent centrée sur les émotions. *Neuropsychiatry Enfance Adolescence.* 2015. 63: 524-532.
36. Harrington R, Kerfoot M, Dyer E et al. Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry.* 1998. 37(5): 512-518.
37. Heireman M. (1989). *Du côté de chez soi.* Issy-les-Moulineaux, France : ESF éditeur.
38. Hendrick S. Problématique et méthodologie de l'évaluation des psychothérapies. *Thérapie familiale.* 2009 ; 30 : 147-165.
39. Henggeler S, Rowland M, Randall J et al. Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalisation of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry.* 1999; 33:11.
40. Henggeler S. Multisystemic therapy: clinical foundations on research outcomes. *Psychosocial Intervention.* 2012. Vol 21: 181-193.
41. Huey S, Henggeler S, Rowland M et al. Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry.* 2004; 43:2.
42. INPES. (2001). Prévention primaire du suicide chez les jeunes. Repéré à : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/508.pdf>
43. Jackson D. The question of family homeostasis. *Psychiatric Q.* 1957 ; 3 : 79-90.
44. Jouanne C, Phan O, Corcos M. Comparaison de l'efficacité de la multidimensional family therapy (MDFT) versus le treatment as usual (TAU) dans le traitement de l'abus et de la dépendance au cannabis chez l'adolescent: présentation du protocole INCANT. *Annales médico-psychologiques.* 2010; 168: 487-494.
45. Lamas C, Corcos M, Jeammet P. Psychothérapies à l'adolescence. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie.* 2007; 37-217-A-10.
46. Maestre M. De la psychothérapie familiale à l'entretien familial systémique. De la demande intrafamiliale à la demande d'un tiers professionnel extérieur. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux.* 2011 ; 46 : 19-32.

47. Magny-Lecoy P., Sallustrau JF., Lemistre M. et al. Les moments intenses en thérapie familiale. *Généralisations*. 1995 ; 2 : 43-48.
48. Marcel D, Humeau M. Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie*. 2006; 37-216-H-10.
49. Michard P. (2017). *La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
50. Miermont J. (1987). *Dictionnaire des thérapies familiales*. Paris, France : Payot.
51. Miermont J. Thérapies en couple et en famille. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie*. 2005; 37-819-F-10.
52. Minuchin S. Retelling, reimagining and re-searching : a continuing conversation. *Journal of marital and family therapy*. 1999 ; 25 : 9-14.
53. Minuchin S. (2013). *Familles en thérapie*. (2è ed.). Toulouse, France : Erès.
54. Mirkovic B, Belloncle V, Rousseau C et al. 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*. 2014; 62: 33-46.
55. Napier A, Whitaker C. (1980). *Le Creuset familial*. Paris, France : Robert Laffont.
56. Neuburger R. Aspects de la demande, la demande en psychanalyse et en thérapie familiale. *Thérapie Familiale*. 1990 ; 1 : 133-144.
57. Neuburger R. (2003). *L'autre demande*. Paris, France : Payot.
58. Neuburger R. (2005). *Le mythe familial*. Issy-les-Moulineaux, France : ESF éditeur.
59. Onnis L., Laurent M., Benedetti P. et al. Le mythe familial. *Thérapie familiale*. 1995 ; 16 : 331-349.
60. Pauzé R., Touchette L., Joly J. Evolution des familles impliquées dans le programme crise-ado-famille. *Thérapie Familiale*. 2007 ; 28 : 45-62.
61. Périssé D. Conduites suicidaires à l'adolescence. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Traité de médecine Akos*. 2009. 7-0352.
62. Peyre H, Hatteea H, Rivollier F et al. Tentatives de suicide chez les adolescents français de 17 ans: données de l'étude ESCAPAD 2008. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014; 62: 22-27.

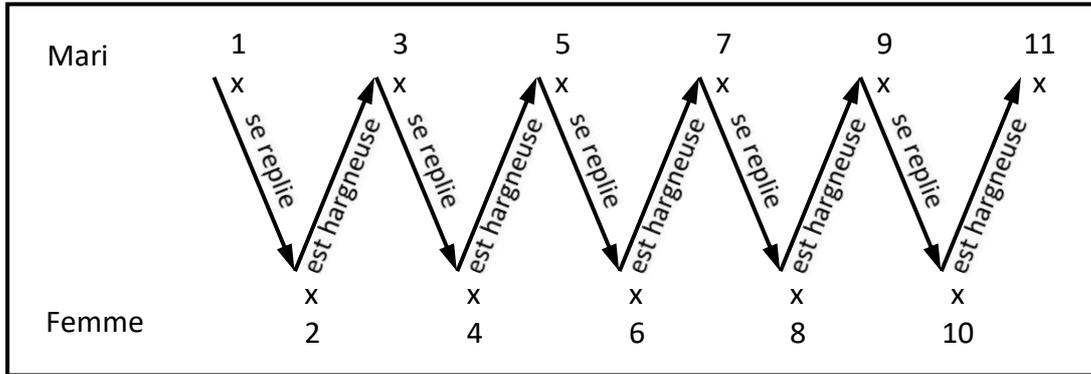
63. Pineda J, Dadds M. family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013; 52: 851-62.
64. Pommepuy N. Thérapies systémiques. *EMC - Psychiatrie* 2017;14(4):1-15 [Article 37-820-B-40].
65. Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial. Rapport de l'OMS. 2014.
66. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Le trouble de la personnalité limite. *Texte des recommandations ANAES*. 1998.
67. Rougeul F. (2003). *Familles en crise. Approche systémique des relations humaines*. Genève, Suisse : Médecine et Hygiène.
68. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G et al. (1975). *Paradoxe et contre-paradoxe*. Issy-les-Moulineaux, France : ESF éditeur.
69. Selvini-Palazzoli M. Hypothétisation, circularité, neutralité. *Thérapie Familiale*. 1982 ; 3 : 117-132.
70. Selvini-Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M et al. (1990). *Les jeux psychotiques dans la famille*. Issy-les-Moulineaux, France : ESF éditeur.
71. Shpigel M, Diamond GM, Diamond GS. Changes in parenting behaviors, attachment, depressive symptoms, and suicidal ideation in attachment-based family therapy for depressive and suicidal adolescents. *J Marital Fam Ther*. 2012; 1: 271-83.
72. Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000/2005. www.social-sante.gouv.fr.
73. Rosenbaum Asarnow J, Berk M, Hughes J et al. The SAFETY program: a treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015. 44: 194-203.
74. Rotheram-Borus M, Piacentini J, Cantwell C et al. The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. 68: 1081-1093.
75. Thurin JM. Evaluation des effets des psychothérapies. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie*. 2009. 37-802-A-10.
76. Villien P., Roi JF., Reiter M. et al. Séparation-individuation et approche systémique. *Psychologie médicale*. 1993 ; 25 :1066-1068.
77. Von Bertalanffy L. (1969). *General systems theory: Foundations, Development, Applications*. New York, USA : George Braziller.
78. Von Foerster H. (1982). *Observing systems*. New York, USA : Intersystems publications.

79. Von Sydow K., Retzlaff R., Beher S. et al. The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders : a systematic review of 47 RCT. *Family Process*. 2013 ; 52 : 576-618.
80. Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris, France : Seuil.
81. Watzlawick P., Weakland J., Fisch R. (1975). *Changements, paradoxes et psychothérapie*. Paris, France : Seuil.
82. Wharff E, Ginnis K, Ross A. Family-based crisis intervention with suicidal adolescents in the emergency room: a pilot study. *Soc Work*. 2012; 57:43-133.
83. Whitaker C. De la théorie comme gêne pour le travail clinique. *Résonances*. 1996 ; 9 : 38-45.
84. Wiener N. (2013). *Cybernetics : or the control and communication in the animal and the machine*. Eastford, USA : Martino Fine Books.
85. Wright-Hughes A, Graham E, Farrin A et al. Self-harm intervention: family therapy (SHIFT), a study protocol for a randomized controlled trial of family therapy versus treatment as usual for young people seen after a second or subsequent episode of self-harm. *Trials*. 2015; 16:501.

ANNEXES

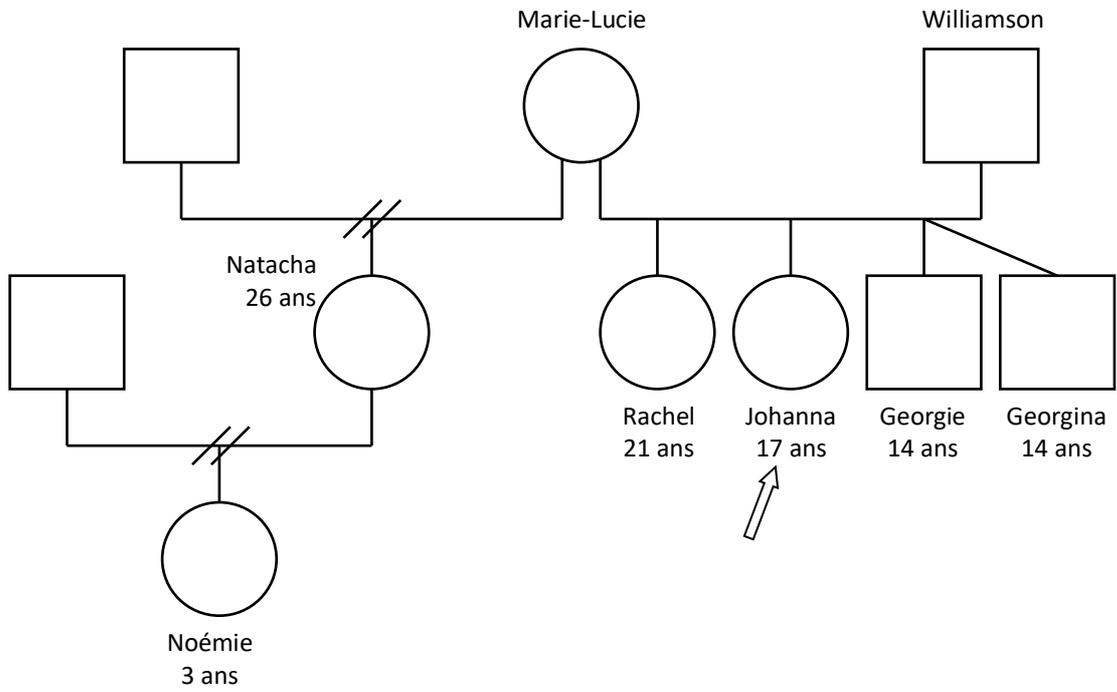
Source	Population	Stratégie/Intervention	Résultats
Donath et al., 2014	Adolescents recrutés dans différentes écoles, population générale, n=44610	Questionnaire évaluant la prévalence de la suicidalité et les facteurs prédictifs potentiels dans la famille.	Corrélation entre suicidalité et 3 facteurs: affection des 2 parents dans l'enfance et autorité de la mère à l'adolescence, autorité parentale (facteur protecteur) et sentiment de rejet/négligence.
Rosenbaum Asarnow et al., 2015	Adolescents ayant fait une TS, 11 à 17 ans, n=35	Etude expérimentale: protocole SAFETY incluant une intervention familiale orientée TCC avec entretiens individuels et familiaux. Evaluation sur 6 mois de la suicidalité, dépression ado+parents, et fonctionnement social ado.	Amélioration observée sur tous les critères, diminution notamment des idées suicidaires à 3 mois.
Diamond et al., 2010	Adolescents suicidaires, 12 à 17 ans, n=66	2 groupes randomisés: PEC standard VS thérapie familiale basée sur l'attachement avec entretiens individuels et familiaux. Suivi sur 6 mois. Réévaluation par échelles de la suicidalité et des symptômes psychiatriques (SSI et DISC).	Améliorations concernant les idées suicidaires: disparition dans 87% des cas VS 51,7%. Pas de différence concernant les symptômes dépressifs.
Asarnow et al., 2011	Adolescents suicidaires ou suicidants, 10 à 18 ans, n=181	2 groupes randomisés: PEC standard VS PEC spécifique avec TCC basée sur la famille. Suivi à 2 mois. Evaluation de la poursuite du suivi en ambulatoire, de la suicidalité et de la dépression (échelles)	Meilleure adhésion aux soins en ambulatoire (92% VS 76%), plus de PEC psychothérapeutique (76 VS 49%) Pas de différence concernant la suicidalité ou le fonctionnement global.
Harrington et al., 1998	Adolescents ayant commis une TS par empoisonnement, n=162 (12-16 ans)	2 groupes randomisés: PEC standard VS PEC standard+intervention spécialisée à domicile avec 5 entretiens familiaux dirigés. Evaluation par questionnaires des idées suicidaires, de la dépression et de la satisfaction des parents	Pas de différence sur risque suicidaire et dépression, sauf sur un sous-groupe sans EDM: moins d'idées suicidaires. Meilleure satisfaction des parents dans le groupe avec intervention.
Greenfield et al., 2002	Adolescents PEC aux urgences pour une TS, 12 à 17 ans, n=286	2 groupes, assignation aléatoire: « Rapid-response » avec prise de contact immédiate avec la famille pour PEC ambulatoire, travail spécifique autour de la crise et de la communication VS groupe contrôle, PEC standard. Evaluation sur 6 mois (DISC, SSBS, IFS)	Pas de différence sur le niveau de suicidalité ni le fonctionnement global. Moins d'hospitalisations dans le groupe rapid-response: 11% initialement (VS 40%) et 18% à 6 mois (VS 43%)
Henggeler, 1999	Adolescents avec idéations auto ou hétéro agressives	2 groupes: thérapie multisystémique en ambulatoire VS hospitalisation seule. Evaluation par échelles (BSI)	73% d'hospitalisations en moins Bénéfices sur les symptômes dépressifs, le fonctionnement social et scolaire
Rotheram-Borus et al., 2000	Adolescentes admises aux urgences après une TS, 12 à 18 ans, n=140; + leurs mères	2 groupes (non randomisés): PEC standard aux urgences VS protocole spécifique incluant soignants formés, visualisation d'un film, entretien familial. Evaluation sur 18 mois par échelles (Hamilton, HASS, DISC et FACES) de la dépression, du risque suicidaire et des symptômes maternels	Pas de différence sur les comportements ou idéations suicidaires. Moins de dépression (fig 2A) chez les adolescentes, et leurs mères. Meilleure adhésion aux soins, 81% du suivi completé, VS 61%.
Har, 2015	Observation clinique	Thérapie dyadique (1 parent +adolescent) centrée sur les émotions Approche intégrative systémique+ TF basée sur l'attachement+TF centrée sur les émotions	
Ampélas et al., 2005	81 familles (162 personnes)	Prise en charge ambulatoire de crise: au moins 2 entretiens médicaux familiaux +/- VAD Evaluation par autoquestionnaire de satisfaction	Satisfaction globale sur le fait d'associer les proches aux entretiens médicaux (entretiens familiaux: 86% des patients satisfaits, 94% des proches)
Huey et al., 2004	Echantillon patients éligibles à une hospitalisation en urgence pour idéation auto ou hétéro agressive, n=156 (10-17 ans)	2 groupes randomisés: protocole thérapie multisystémique à domicile VS hospitalisation, évaluation à 24h, 4 mois et 1 an par échelles parents +adolescents (dépression et risque suicidaire)	Moins de comportements suicidaires dans le groupe MST, pas de différence sur la dépression et les idées suicidaires
Consoil et al., 2013	Cohorte adolescents recrutés à la JAPD (17 ans), n=31429	Echelle évaluation dépression (ADRS) +question idéation suicidaire +ensemble de questions sur relations familiales (échelle Likert)	Risque suicidaire et/ou dépression plus élevés après ajustement lorsque des conflits familiaux avec les parents sont retrouvés
Pineda et al., 2013	Adolescents suicidaires, présentant tous les critères DSM d'un EDM	2 groupes: prise en charge familiale brève (4 entretiens de 2h)+ PEC usuelle VS PEC usuelle seule. Evaluation sur 6 mois par questionnaire (ASQ-R)	Amélioration significative de la suicidalité, des symptômes psychiatriques et du fonctionnement social
Anastasia et al., 2015	Adolescents suicidaires	2 groupes: PEC usuelle ambulatoire + prise en charge familiale brève intensive VS PEC usuelle ambulatoire seule. Evaluation par échelles (BDI).	Amélioration significative de la suicidalité et des symptômes dépressifs.
Shpigel et al., 2012	Adolescents suicidaires et leurs mères	Protocole de 12 semaines de thérapie familiale mère enfant abusée sur l'attachement, sans groupe contrôle. Evaluation sur 9 mois.	Différence non statistiquement significative sur les symptômes dépressifs et les idées suicidaires.

Tableau des résultats

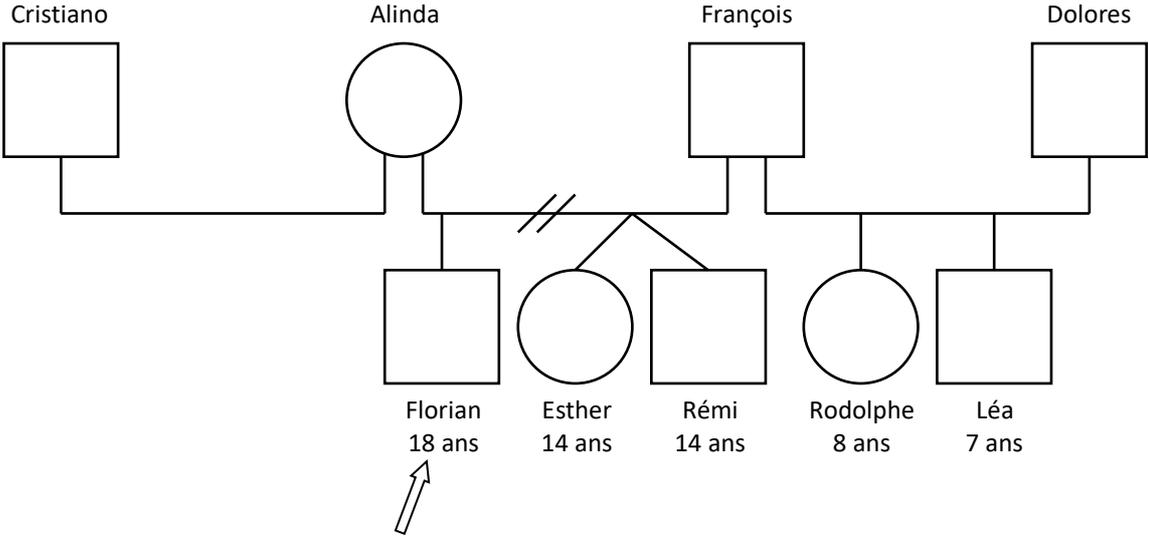


Exemple de séquence des faits

Famille de Johanna



Famille de Florian



RESUME

Thérapie familiale de l'adolescent suicidant, perspectives théoriques et cliniques : à partir de 2 thérapies.

La suicidalité à l'adolescence (idéations suicidaires, tentatives de suicide, suicides accomplis) constitue en France un enjeu de santé publique majeur, dont la prise en charge est essentielle pour la prévention des récurrences. Dans plus de la moitié des cas, des relations familiales conflictuelles sont rapportées, ce qui fait émerger l'intuition d'inclure la famille dans la prise en charge.

Cette hypothèse semble se confirmer au travers des résultats d'une revue de la littérature effectuée sur les différentes modalités de prise en charge familiale. Par ailleurs, les différents concepts théoriques et outils utilisés en thérapie familiale systémique apportent un éclairage intéressant sur le fonctionnement de la famille adolescente. L'étude qualitative réalisée dans ce travail sur l'intégralité des processus thérapeutiques des familles de deux adolescents ayant eu des conduites suicidaires se propose d'y apporter une illustration clinique.

La mise en perspective des aspects théoriques et cliniques permet de passer d'un diagnostic individuel de passage à l'acte suicidaire chez un adolescent à celui d'un dysfonctionnement partagé par l'ensemble du système familial. Les processus thérapeutiques illustrent la possibilité de changement de la famille au service de l'amélioration symptomatique de leurs adolescents. En complément d'une prise en charge individuelle, la thérapie familiale systémique semble donc constituer un levier thérapeutique intéressant et efficace, ainsi qu'une alternative éventuelle aux traitements psychotropes, dans la prise en charge de la suicidalité à l'adolescence.

Mots clés : Adolescence ; Suicidalité ; Famille ; Thérapie systémique

Family therapy of suicidal teenager, theoretical and clinical perspectives : from 2 therapies.

Suicidality in adolescence (suicidal ideation, suicide attempts, effective suicides) is a major public health issue in France, whose management is essential for the prevention of recidivism. In more than half of the cases, conflicts in family relationships are reported, which gives rise to the intuition of including the family in care.

This hypothesis seems to be confirmed through the results of a review of the literature on the different methods of family care. In addition, the different theoretical concepts and tools used in systemic family therapy provide interesting insights into the functioning of the adolescent family. The qualitative study carried out in this work on the completeness of the therapeutic processes of the families of two teenagers having had suicidal behaviors proposes to bring a clinical illustration of it.

Putting the theoretical and clinical aspects into perspective makes it possible to go from an individual diagnosis of suicidal behavior to that of a dysfunction shared by the entire family system. The therapeutic processes illustrate the possibility of change of the family in the service of the symptomatic improvement of their adolescents. In addition to individual management, systemic family therapy thus seems to be an interesting and effective therapeutic lever, as well as a possible alternative to psychotropic treatments, in the management of suicidality in adolescence.

Key words : Adolescence ; Suicidality ; Family ; Systemic therapy

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06