



Thèse

2018

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

---

Recherche de facteurs déterminant et favorisant l'alliance thérapeutique  
avec les adolescents en thérapie systémique

---

Deville, Cédric

**How to cite**

DEVILLE, Cédric. Recherche de facteurs déterminant et favorisant l'alliance thérapeutique avec les adolescents en thérapie systémique. Doctoral Thesis, 2018. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:102530

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:102530>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:102530](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:102530)



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

Section de *Médecine Clinique*  
Département de santé mentale et  
psychiatrie  
Service des Spécialités  
Psychiatriques

Thèse préparée sous la direction du Professeur Jean-Michel Aubry

---

**" Recherche de facteurs déterminant et  
favorisant l'alliance thérapeutique avec  
les adolescents en thérapie systémique "**

THESE

présentée à la Faculté de Médecine  
de l'Université de Genève  
pour obtenir le grade de Docteur en médecine  
par

**Cédric DEVILLE**

de  
Belgique

Thèse n° 10867

Genève

2017



# DOCTORAT EN MEDECINE

Thèse de :

**Cédric DEVILLE**

originaire de Belgique

Intitulée :

**Recherche de facteurs déterminant et favorisant l'alliance  
thérapeutique avec les adolescents en thérapie systémique**

La Faculté de médecine, sur le préavis du Comité directeur des thèses, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 11 janvier 2018

Thèse n° **10867**

Henri Bounameaux  
Doyen

N.B. - La thèse doit porter la déclaration précédente et remplir les conditions énumérées dans les "Informations relatives à la présentation des thèses de doctorat à l'Université de Genève".

## Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu depuis le début de ce travail.

Je remercie en particulier :

- Le Professeur Jean-Michel Aubry, chef du Département de Santé Mentale et de Psychiatrie aux Hôpitaux Universitaires de Genève, pour son aide et sa bienveillance
- La Docteure Auberjonois, médecin responsable de la Consultation pour Couples et Familles du Département de Santé Mentale et de Psychiatrie aux Hôpitaux Universitaires de Genève, pour son aide et sa collaboration précieuse dans la révision de ce travail
- Les psychothérapeutes de la Consultation pour Couples et Familles aux Hôpitaux Universitaires de Genève et notamment Manuel Tettamanti, Lydia Lombardi et Laure-Anne Büchli pour leur soutien et leur apport dans ce travail
- Les médecins et infirmiers de l'Unité Santé Jeunes des Hôpitaux Universitaires de Genève et notamment Françoise Narring, médecin responsable de l'Unité pour ses remarques et ses suggestions avisées, et Odile Cellard du Sordet, infirmière psychothérapeute systémique avec qui je ressens énormément de satisfaction à collaborer et à recevoir chaque jour des familles avec adolescents de tout horizon et aux histoires toutes aussi singulières les unes que les autres
- Ma famille et mes amis pour leur soutien et leur patience
- Mon épouse pour son soutien, sa patience, son affection et son amour
- Les familles et les adolescents que j'ai la chance de rencontrer dans le cadre de mes consultations

« La nouvelle famille doit être là maintenant. Vous ouvrez la porte de votre salle d'attente ; dans un coin, l'adolescent patient identifié est assis, bien qu'il fasse chaud, il garde son blouson, il refuse de regarder dans votre direction. Puis, de l'autre côté de la salle d'attente, lorsque les parents se lèvent pour saluer, des ombres d'embarras et de confusion passent sur leur visage ; c'est à ce moment-là que vous commencez à prendre obscurément conscience de la somme de douleur qui s'est accumulée des deux côtés du champ de bataille. Vous ressentez un désir fou de donner à chacun ce dont il a besoin, d'effacer jusqu'à la dernière cicatrice et jusqu'au dernier désespoir, vous savez que vous ne pouvez pas. Vous savez aussi que vous avez quand même quelque chose à offrir » (Gammer & Cabié, 1998, p. 86).

## Résumé

L'alliance thérapeutique est plus qu'un simple lien, elle est véritablement un outil thérapeutique. La création de cette alliance permet au(x) psychothérapeute(s) d'utiliser à bon escient alors toutes les autres techniques thérapeutiques au service de la psychothérapie.

L'alliance thérapeutique est une expression qui définit l'investissement mutuel des patients et des psychothérapeutes dans l'échange sincère permettant d'atteindre l'objectif du traitement.

Le présent travail se focalise sur la question délicate de l'engagement des adolescents car ils sont particulièrement « réticents » à s'investir en thérapie.

Nous déterminons les facteurs favorisant l'alliance thérapeutique avec les adolescents en thérapie (systémique) : en plus de la réflexivité de plus en plus étudiée comme significative dans l'alliance, sept autres pistes sont élaborées, à savoir la bonne distance et la posture du thérapeute, le vouvoiement/tutoiement de l'adolescent, la place des parents, l'écoute active, l'humour, l'(auto-)dévoilement et la multidisciplinarité.

# Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>ii</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>iv</b>
<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>viii</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>viii</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Cadre théorique</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1 Adolescence</b> .....	<b>3</b>
2.1.1 OMS et santé publique.....	3
2.1.2 Aspects sociologique, anthropologique et psychologique.....	4
2.1.3 Approches systémiques .....	9
2.1.3.1 Individuation .....	10
2.1.3.2 Différenciation.....	11
2.1.3.3 Processus de séparation.....	11
<b>2.2 Adolescence et suivi (psychothérapeutique)</b> .....	<b>12</b>
2.2.1 Représentation des soins par l'adolescent .....	13
2.2.2 Existe-t-il un profil d'adolescents réticents à la psychothérapie ? .....	14
2.2.3 Pourquoi favoriser l'accès à la psychothérapie systémique aux adolescents réticents à la thérapie ? .....	16
2.2.4 Quelles sont les spécificités de l'intervention avec des adolescents ? ....	17
<b>2.3 Alliance thérapeutique</b> .....	<b>19</b>
2.3.1 Orientation analytique ou individuelle .....	22
2.3.2 Orientation systémique : spécificités .....	23
2.3.2.1 Contexte historique et définitions .....	23
2.3.2.2 Concepts empiriques.....	24
2.3.2.3 Facteurs liés aux psychothérapeutes.....	25
2.3.2.4 Facteurs liés aux patients.....	28
2.3.2.5 Facteurs liés à l'effet placebo .....	30

2.3.2.6	Le processus thérapeutique et ses techniques en psychothérapie systémique via l'alliance thérapeutique (interface thérapeute-patient-effet placebo).....	30
2.3.2.6.1	Définition du cadre.....	32
2.3.2.6.2	Hypothétisation .....	33
2.3.2.6.3	Partialité multidirectionnelle.....	33
2.3.2.6.4	L'aspect éthique des relations.....	34
2.3.2.6.5	La composante transgénérationnelle dans le système familial.....	35
2.3.2.6.6	L'utilisation du langage métaphorique.....	36
<b>3.</b>	<b>Questions et hypothèses de recherche.....</b>	<b>38</b>
<b>4.</b>	<b>Méthodologie de recherche : revue de littérature.....</b>	<b>39</b>
<b>5.</b>	<b>Résultats de la revue de littérature .....</b>	<b>41</b>
	<b>Réponses thérapeutiques : Comment engager davantage les adolescents et leur famille dans une psychothérapie systémique via des facteurs favorisant l'alliance thérapeutique ? .....</b>	<b>41</b>
5.1	La place des parents.....	41
5.2	La place de l'écoute active .....	46
5.3	La place de la réflexivité .....	48
5.4	La place de l'humour .....	49
5.5	La place de la bonne distance et de la posture du thérapeute .....	50
5.6	La place du vouvoiement et du tutoiement .....	52
5.7	La place de l'(auto-)dévoilement.....	53
5.8	La place de la multidisciplinarité .....	56
<b>6.</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>58</b>
<b>7.</b>	<b>Une recherche en cours concernant un facteur déterminant de l'alliance thérapeutique avec l'adolescent, celui de l'utilisation de la réflexivité .....</b>	<b>63</b>
7.1	Introduction.....	63
7.2	Méthode.....	63

7.2.1	Matériel .....	63
7.2.2	Procédure .....	64
7.3	Une expérience d'alliance thérapeutique « réussie » avec une famille avec adolescents avec utilisation de la réflexivité.....	66
7.4	Une expérience d'alliance thérapeutique « manquée » avec une famille avec adolescents ayant mené à une rupture de suivi avec utilisation de la réflexivité.....	71
8.	Illustrations de facteurs déterminant et favorisant l'alliance thérapeutique avec l'adolescent.....	82
8.1	Un cas clinique d'alliance thérapeutique « réussie » avec une famille avec adolescents.....	82
8.2	Un cas clinique d'alliance thérapeutique « manquée » avec une famille avec adolescents ayant mené à une rupture de suivi .....	84
8.3	Un cas clinique d'alliance thérapeutique « réussie » avec une famille avec adolescents dans un contexte de prise en charge dans une unité multidisciplinaire pour adolescents.....	85
9.	Conclusion .....	90
	Bibliographie .....	93
	Annexe 1 Interview de réflexivité : à la 4 <sup>ème</sup> séance.....	103
	Annexe 2 SCL-90 R .....	105
	Annexe 3 Inventaire de Beck (BDI).....	108
	Annexe 4 Version patient : Echelle d'alliance aidante (version révisée Haq-II P) .....	110
	Annexe 5 Version thérapeute : Echelle d'alliance aidante (Haq-II).....	112
	Annexe 6 Family Assessment Device (FAD).....	114
	Annexe 7 Questionnaire sociodémographique .....	117

## Liste des tableaux

Tableau 1 Résultat de la famille à l'évaluation initiale .....	67
Tableau 2 Scores aux dimensions du FAD des parents .....	72
Tableau 3 Score du BDI-II des parents au temps 1 .....	73
Tableau 4 Scores-T de l'index de gravité des symptômes du SCL-90 des parents .....	73

## Liste des figures

Figure 1 L'évolution des facteurs communs avec le feed-back.....	20
Figure 2 Recherche sur ce qui est efficace en thérapie .....	21
Figure 3 Choix sémantique et choix décisionnel.....	28
Figure 4 Groupe contrôle.....	65
Figure 5 Groupe réflexivité .....	65
Figure 6 Evolution du score d'alliance pré/post entretien réflexif .....	68
Figure 7 Scores obtenus par les membres de la famille au questionnaire de l'alliance aidante .....	74
Figure 8 Scores obtenus par les thérapeutes au questionnaire de l'alliance aidante ...	75

# 1. Introduction

Considérer l'alliance thérapeutique dans le processus de soins psychothérapeutiques est primordial car c'est ce lien particulier entre les psychothérapeutes et les membres de la famille qui permettra de stimuler la motivation d'aller vers le changement et d'atteindre l'objectif thérapeutique visé, c'est-à-dire une ou des solutions. Il ne peut exister d'alliance thérapeutique sans traitement - et donc de soins – et *vice versa* : elle contribue, tout en en faisant partie, au processus de changement.

En entreprenant ce travail, nous avons constaté que la littérature abonde dans le sens de ce postulat : l'alliance thérapeutique est essentielle à une bonne prise en charge dans les soins médicaux en général et psychothérapeutiques, en particulier, et à cette visée de dissolution des problèmes, qui amènent une famille à consulter (Isebaert, Cabié & Delluci, 2015). Pourtant, peu de documents existent sur la façon d'engager cette alliance thérapeutique entre psychothérapeutes et familles avec adolescents.

Les jeunes sont particulièrement difficiles à engager en thérapie : les études portant sur les statistiques concernant l'alliance thérapeutique des psychothérapeutes avec les familles avec adolescent(s) rapportent des données se situant telles que 50 à 75% de la population jeune référée à un traitement n'initie pas ou ne termine pas l'ensemble du traitement dû au manque d'alliance thérapeutique (Kadzin, Siegel & Bass, 1990 ; Lascaux, Couteron & Phan, 2014).

Se donner comme convention d'opter pour une position créative et spontanée en psychothérapie, dans le contact avec les adolescents et leur famille, rend cette rencontre privilégiée et singulière. Faire revivre en permanence « l'adolescent dans le thérapeute » et inversement leur permet de nouer un lien investi. Ce langage « sincère » de l'adolescent et du psychothérapeute dans cette rencontre unique leur permet de laisser libre cours à leur créativité personnelle et commune au service du soin psychothérapeutique proposé.

Dans ce travail, le thème de l'adolescence est développé afin de contextualiser cette période de vie parfois difficilement compatible avec des soins appropriés (et investis par les jeunes). Le lien entre adolescence et proposition de soins, *via* l'alliance thérapeutique, est également abordé. Ceci nous permet d'ouvrir le champ à des facteurs favorisant cette alliance entre les adolescents d'une famille et les psychothérapeutes familiaux.

La revue de la littérature clinique commence à mettre en lumière, entre autres, trois grands facteurs spécifiques permettant de favoriser l'alliance thérapeutique entre les psychothérapeutes et les membres d'une famille avec adolescent(s) (voir chapitres 4.1.1, 5.2.3 et 5.2.4).

Il s'agit de :

- La place des parents
- L'écoute active
- La réflexivité

L'utilisation de l'humour ou de la surprise en psychothérapie, la place de la bonne distance et de la posture du psychothérapeute, le vouvoiement et le tutoiement face à l'adolescent sont trois thèmes peu présentés dans la littérature actuelle. Trois chapitres y sont dédiés.

Nous réservons également un chapitre à l'auto-dévoilement ; la juste position à adopter par les psychothérapeutes à ce sujet est controversée dans la littérature.

De plus, « l'impact » d'une unité multidisciplinaire paraît aussi contribuer à l'alliance thérapeutique avec le jeune que nous décrivons aussi dans un chapitre (voir chapitre 5.2.7).

Le but de ce travail est de mettre en exergue tant les facteurs favorisant l'alliance thérapeutique en général, appelés « facteurs communs », que ceux, appelés « facteurs spécifiques », liés non seulement au type de psychothérapie, ici, systémique, mais aussi à la tranche d'âge de l'adolescence. Ceci dans le but d'engager les adolescents dans des soins les plus efficaces possibles.

## **2. Cadre théorique**

### **2.1 Adolescence**

#### **2.1.1 OMS et santé publique**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) souligne que « les adolescents ne forment pas un groupe homogène mais définit les « adolescents » comme des personnes appartenant au groupe d'âge des 10–19 ans, tandis que les « jeunes gens » sont définis comme ceux appartenant au groupe d'âge des 15–24 ans. Ces deux groupes d'âges qui se recoupent constituent le groupe des « jeunes » (les 10–24 ans) » (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2015a).

L'OMS définit l'« adolescence » comme une étape plutôt qu'une période définie de la vie d'une personne. C'est un stade de développement à bien des niveaux : « apparition des caractères sexuels secondaires (puberté) puis de la maturité sexuelle et de la reproduction; développement des processus mentaux et de l'identité adulte et passage d'une dépendance socio-économique et émotionnelle totale à une indépendance relative » (OMS, 2005, repris en 2015b).

A la fin du XXème siècle, la santé publique a constitué l'un des thèmes prioritaires de l'OMS (OMS, 2001) et ce n'est qu'au début du XXIème siècle que de plus en plus de documents traitent la santé des adolescents.

Aux Etats-Unis et en Australie, un grand nombre d'études montrent les conséquences dangereuses de la non-utilisation des systèmes de soins de santé mentale (Patel, Flisher & Hetrick, 2007 ; Hickie, Fogarty, Davenport, Luscombe & Burns, 2007) et la recherche internationale s'est progressivement intéressée aux troubles psychiques de la population infanto-juvénile (Costello, Egger & Angold, 2005). Devant les besoins grandissants dans ce domaine, améliorer la santé mentale des adolescents est actuellement une priorité de nombreux programmes gouvernementaux (Hickie, Groom & McGorry, 2005).

En 2005, la Commission européenne a officialisé la promotion d'une politique efficace en faveur de la santé mentale en général (Commission Européenne, 2005).

En 2002, Ackermann-Liebrich et ses collègues ont publié une thèse sur la promotion de la santé mentale en Suisse avec l'approbation de l'ensemble de la classe politique. En France, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES, 2009) a mené de 2001 à 2004 une recherche importante explorant les modalités concrètes pour

mettre en œuvre les actions d'éducation pour la santé d'adolescents notamment. Concernant la population adolescente, cette recherche a confirmé :

- « La pertinence d'une approche globale en éducation pour la santé
- La nécessité d'aborder des problèmes existentiels généraux afin d'éveiller l'intérêt des adolescents et d'amorcer une démarche éducative, ces derniers se sentant peu concernés par les problèmes de santé tels que le conçoivent généralement les adultes et les professionnels » (INPES, 2009)

### **2.1.2 Aspects sociologique, anthropologique et psychologique**

C'est en 1904 avec Hall aux États-Unis que l'histoire de la psychologie scientifique de l'adolescence arrive et est dès lors décrite comme une « crise » émotionnelle forte. Plusieurs de ses idées restent actuelles. Par exemple, le concept d'adolescence persiste comme une étape clé dans le cours du développement humain et il paraît toujours nécessaire d'aborder cette période de vie dans une approche multidisciplinaire (Hall, 1904).

Il faut attendre les années 1970 pour écarter ce concept de « crise » adolescente, sans fondement scientifique. Les auteurs contemporains décrivent maintenant le concept de tâches développementales de l'adolescence pour clarifier les enjeux développementaux particuliers de cette période, tels que l'acceptation d'un corps sexué, l'affirmation de l'autonomie, l'établissement de relations fructueuses avec les pairs ou la construction progressive de l'identité. Le mérite de cette conception basée sur la notion de tâches est d'établir un lien entre les capacités personnelles et les exigences sociales (Claes & Lannegrand-Willems, 2014).

En 1968, Erikson estime que l'adolescence s'érige par la construction progressive de l'identité permettant l'intégrité du développement et l'intégration du futur adulte dans la société (Erikson, 1968/1972/1998). A partir des années 1970, la psychologie du développement de l'adolescence s'est donc clairement progressivement affirmée.

L'étude de l'adolescence offre aujourd'hui ce que Lerner et Steinberg (2004) appellent un « laboratoire ontogénétique naturel » permettant d'aborder des questions clés logeant au cœur de la psychologie du développement. Ces auteurs expliquent que les étapes de la croissance humaine sont universelles parce que fondamentalement inscrites dans le génome humain. Apparaît aussi une grande diversité d'une société à l'autre et à l'intérieur d'une culture car la « plasticité du développement » permet une multitude d'adaptations à des réalités communes. Cette plasticité du développement se développe très clairement à l'adolescence sur différents plans : le développement

neurologique cérébral, les relations familiales et d'amitié, mais aussi dans l'évolution des troubles intériorisés et extériorisés (Claes & Lannegrand-Willems, 2014). Les étapes de la croissance humaine sont inscrites dans un certain contexte social, élément primordial à considérer. Celui-ci détermine l'évolution adolescente au cours de l'histoire ; ce que les sociologues ont bien identifié (Claes & Lannegrand-Willems, 2014).

La sociologie de l'adolescence est aussi un phénomène récent et définit l'adolescence comme le produit de conditions et de circonstances sociales déterminées. A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, c'est avec le développement de l'enseignement secondaire que l'on peut dater la naissance d'un « âge adolescent ». Il faudra cependant attendre les années 1960 et la massification scolaire pour que l'âge adolescent devienne une adolescence pour tous (garçons et filles avec le développement de la mixité scolaire) et non réservée aux jeunes bourgeois (Comité de Concertation et de Coordination de l'Apprentissage du Bâtiment et des Travaux Publics [CCCA-BTP], 2012).

Les sociologues définissent la « jeunesse » comme l'étape du cycle de vie - dont les bornes identificatoires délimitant l'entrée et la sortie demeurent floues - où le sujet est encore dans des dépendances (civiques, résidentielles, économiques) (CCCA-BTP, 2012). Compte tenu de l'allongement des études, de l'importance du chômage et de la précarité, cet âge se prolonge facilement jusqu'à parfois 30 ans. La jeunesse est une « expérience sociale » (Dubet, 1995), une « entrée en société » (Cuin, 2011), une « entrée dans la vie » (Lapassade, 1963).

Tout comme les systémiciens, les sociologues identifient l'adolescence tel un processus d'autonomisation, voire un processus de subjectivation au sein de cette autonomisation, en parlant du passage d'enfant en tant qu' « objet » à adolescent en tant que « sujet », véritable acteur social avec une capacité subjective à poursuivre des buts à la fois personnels et collectifs (Cuin, 2011). Moisseeff explique que la puberté permet à l'enfant de passer du statut d'objet résultant des fonctions reproductrices de ses père et mère, à celui de sujet. « Les parents deviennent du même coup parents d'un enfant virtuellement parent ; les relations parents/enfants s'en trouvent foncièrement modifiées » (Moisseeff, 1998, p. 209). Les anthropologues utilisent l'expression « rite d'initiation » qui facilite ce passage et le raccourcit (Moisseeff, 1998).

Devenir un sujet implique en effet un double objectif et une double performance dont l'apprentissage s'avère très complexe (Dubet, 1995). D'une part, il y a celle de l'intégration active dans la collectivité en apprenant à contrôler l'usage des normes et

des valeurs culturelles. D'autre part, il y a celle des conduites stratégiques pour maîtriser les meilleures démarches propres à acquérir une autonomie. Ce double objectif permet donc l'acquisition de compétences sociales, par essais et erreurs. Le jeune investit des « plans d'espace » en s'éloignant peu à peu de celui de sa famille, vers le groupe des pairs, et les espaces urbains par exemple (Cuin, 2011).

Cuin parle de « double loyauté » entre famille/groupes de pairs, conformité/variance, travail/loisirs. Cette ambivalence sous forme de tension est nécessaire à la « construction d'un sujet comme un processus universel et permanent » (Cuin, 2011, p. 78). La contrainte de l'adolescent est à la fois de se comparer à ses pairs pour s'évaluer et de se situer par rapport à la norme, tout en ayant besoin de se référer à un adulte.

Fize assimile les adolescents formant avec leurs pairs « une société intermédiaire » dans la mesure où ils commencent à quitter leur famille (qualifiée de « société ») pour s'intégrer à « la grande société » où ils aspirent aller tout en la redoutant par moments (Fize, 1994).

Au niveau politique, il existe aussi une tension entre le fait d'être politiquement, économiquement et juridiquement irresponsable en partie, sans ressources identiques aux adultes alors même qu'ils sont déjà des acteurs sociaux. Les adultes, par exemple et contrairement à eux, ont le droit de vote et peuvent faire entendre ainsi leurs voix.

Aujourd'hui, la situation des adolescents est à la fois meilleure et plus difficile. Meilleure car ce groupe d'âge intermédiaire est reconnu par les familles et la société. Plus difficile aussi car les jeunes se trouvent très tôt dans un contexte de concurrence. Paradoxalement, plus de maturité est attendue des adolescents et plus d'insouciance leur est concédée (CCCA-BTP, 2012).

D'un point de vue anthropologique, il reste nécessaire de considérer l'importance du pulsionnel, déjà à l'œuvre durant l'enfance (Quentel, 2012). L'« émergence à la personne » (Gagnepain, 1990) est ce processus anthropologique de sortie de l'enfance, inaugurant un conflit psychique interne qui durera toute l'existence, s'actualisant dans un cadre social et familial précis. Ce conflit, le parent le vit donc aussi en lui et l'entrée dans l'adolescence de son fils ou de sa fille vient le raviver. Les processus qui règlent le rapport de l'adolescent et du parent demeurent les mêmes, quel que soit le contexte social et familial de l'époque. Par conséquent, le travail psychique de l'un et de l'autre renvoie aux mêmes invariants anthropologiques (Quentel, 2012).

L'anthropologie anglo-saxonne fait la distinction entre « parenthood » et « kinship ». « Parenthood » désigne les diverses fonctions (nourricière, éducative, socialisante, affective,...) que « peuvent ou doivent assumer les individus pour être considérés comme les parents d'autres individus » (Godelier, 1990, cité par Moisseeff, 1998, p. 207). En revanche, « kinship » (ou « système de parenté ») renvoie à différentes catégories de parents (cousins, oncles, nièces,...) et à la réglementation des relations que les individus entretiennent entre eux (Moisseeff, 1998).

Selon Moisseeff (1998, p. 207), « la 'parenthood' est centrée sur un ego particulier, l'enfant (...). Le 'kinship' est par contre un cadre symbolique (...) qui permet de repérer la position de tout individu au sein d'une grille relationnelle ». Le « kinship » permet de conférer à un individu son identité sociale et d'appartenir à un groupe social déterminé. La cellule familiale, composée des parents et de leurs enfants, assure une continuité entre la société globale et tout nouvel individu. Elle assure la socialisation de cet individu.

Anthropologiquement, l'individu doit donc passer deux étapes à l'adolescence. La première étape consiste en l'appropriation de l'individu par sa société tandis que la deuxième étape consiste à participer lui-même à la reproduction sociale. Cette deuxième étape autorise l'enfant à devenir lui-même parent et à assurer les responsabilités correspondantes définies par son groupe social (Moisseeff, 1998). La société permet surtout « de repérer sur un plan chronologique le moment où l'individu peut s'autonomiser de la fonction parentale 'nourricière' » (Moisseeff, 1998, p. 217).

En thérapie systémique, avec cette nouvelle définition de l'autonomisation d'un point de vue anthropologique, la difficulté majeure à laquelle doit faire face la thérapie familiale avec des adolescents est donc celle de leur autonomisation. Ces difficultés d'autonomisation amènent souvent à une crise familiale aiguë. Dans ce contexte dans lequel chacun espère l'apaisement des tensions familiales, ces difficultés peuvent être abordées plus directement et arriver plus facilement à une résolution positive. Pour y faire face, les psychothérapeutes familiaux doivent créer un contexte favorable pour clarifier cette problématique liée aux différentes générations. Nous verrons, par exemple, à l'aide de génogrammes, que la thérapie familiale propose un cadre privilégié en décrivant les divers liens parents/enfants qui se sont inscrits dans l'histoire familiale et en offrant un contexte nécessaire pour la restauration et pour la transmission de la filiation.

Moisseeff (1998) nous rappelle que le but des thérapeutes familiaux est d'aider les parents, au moment de l'adolescence de leurs enfants, à changer de place et de rôle au niveau généalogique :

- Aider les parents à quitter leur fonction nourricière à l'égard de leurs enfants
- Valoriser ce changement de place tout en les maintenant à une place de parents
- Elaborer la façon dont ils ont eux-mêmes pu assumer leur rôle de parents, à savoir les moyens qu'ils ont eus à leur portée pour être reconnus comme tels par leurs propres parents

« Ce travail consiste donc à affermir les positions parentales » (Haley, 1991, cité par Moisseeff, 1998, p. 224).

Assurés de rester l'enfant de leurs parents, les adolescents pourront alors adopter une meilleure position en assumant une place de sujets dans leur filiation et penser à devenir parents eux-mêmes, sans recourir à des conduites autodestructrices.

La vie de famille avec des adolescents peut être excitante, intense et enrichissante. Elle peut être un défi, et être la source de conflit, de stress mais aussi de grande fatigue. Citons Gammer (1998, p. 69) lorsqu'elle dit : « Les fréquents changements d'humeur des adolescents, leur lutte pour s'individualiser et se différencier de la famille et leur rapport avec leur propre sexualité contribuent à intensifier la complexité de la vie de famille. Elle représente le tremplin le plus important à partir duquel l'adolescent rentrera dans la vie adulte ».

La majorité des familles parviennent à lancer l'adolescent dans la vie adulte avec succès. Néanmoins, « le stress qu'entraîne la vie quotidienne avec un adolescent peut provoquer des crises familiales sévères. Les tentatives de suicide, les fugues, la délinquance, la psychose et l'anorexie sont les troubles les plus graves des adolescents. Les crises de moindre importance comprennent l'échec scolaire, la difficulté à se faire des amis et à les garder, la désobéissance et la mise en cause des valeurs familiales » (Gammer, 1998, p. 69). Pour tous ces troubles et cette période de vie, « l'expérience montre que la meilleure approche psychothérapeutique consiste à travailler avec les parents, la fratrie et l'adolescent » (Gammer, 1998, p. 69).

L'adolescence est donc une période « d'expérimentation naturelle » et de changements à la fois physiques, psychologiques et sociaux.

Ces changements sont une source importante de stress pouvant mener à de l'anxiété, de la tristesse ou de la colère. Ces émotions, si elles persistent - voire ne sont pas canalisées - peuvent mener à des troubles mentaux plus importants, dont la dépression et le suicide. « La santé mentale est une (...) priorité émergente de santé publique. Les problèmes de santé mentale prélèvent un tribut particulièrement lourd dans la deuxième décennie de vie. Dans le monde, le suicide est la troisième cause de décès chez les adolescents et la dépression est la première cause de maladie et de handicap (...). Sur l'ensemble des troubles mentaux, la moitié se manifeste dès l'âge de 14 ans, mais la plupart des cas passent inaperçus et ne sont pas traités, ce qui a de lourdes conséquences sur la santé mentale tout au long de la vie » (OMS, 2014, p. 4). C'est pourquoi il est primordial de prendre des mesures propices à leur bien-être en activant le réseau de personnes attentionnées de leur entourage et des professionnels si nécessaire (OMS, 2012).

La problématique de l'adolescence est caractérisée ainsi par une série de paradoxes, de conflits, d'antagonismes, où à chaque fois une conquête est possible, mais où un risque potentiel existe aussi.

### **2.1.3 Approches systémiques**

Tant au niveau individuel que familial, l'adolescence est le temps d'une adaptation à un changement majeur. Elle représente une période à la fois de dangers potentiels (essais divers de nouveautés, de prises d'indépendance, parfois « risqués » par exemple) et d'opportunités aux changements (autonomie et liberté de penser par exemple).

Sur le plan individuel, c'est une transition de rôles que le jeune assume pour devenir autonome. Ce processus dit d'autonomisation comprend trois stades : de l'individuation (l'adolescent prend conscience d'être un individu à part entière), en passant par la différenciation (un être « indépendant » de ses parents) jusqu'à la séparation (autonomies civique, financière, morale, entre autres). C'est un moment au cours duquel s'élaborent de nouveaux rôles sociaux afin qu'il devienne indépendant de sa famille d'origine en négociant de nouveaux liens.

Sur le plan familial, l'adolescence inscrit la famille dans un nouveau cycle de vie, un processus traversé par l'ensemble du système familial. S'impose à l'adolescent un lien d'appartenance à sa famille, mais aussi à son école, et à son groupe de pairs. C'est grâce notamment à ces diverses appartenances que ce processus de construction autonome peut se faire au mieux.

### 2.1.3.1 Individuation

La construction de l'identité n'est pas propre à l'adolescence mais cette période est propice à un changement identitaire intense qui correspond à une période d'introspection (Erikson, 1968/1972/1998).

Erikson considère l'identité à l'adolescence comme la concrétisation synthétisée à partir des éléments du passé, des caractéristiques du présent et des attentes du futur, dans un concept développemental et psychosocial (Erikson, 1968/1972/1998). Cette synthèse est encore synonyme de « crise » en tant que moment crucial dans le développement de l'adolescent. Ce concept théorique d'Erikson a été concrétisé par Marcia en 1966 grâce à la précision des deux mouvements en œuvre dans la construction de l'identité personnelle : l'exploration et l'engagement (Marcia, 1966). Ce n'est que dans les années 1980-1990 que le contexte est apparu comme important également dans la construction de l'identité (Grotevant, 1987 ; Côté, 1996).

Erikson parle donc de « quête d'identité » (Erikson, 1968/1972/1998) et pour qu'elle puisse se construire, il est crucial que le jeune développe et ressente un sentiment d'unité et d'intégrité du soi. Le jeune privilégie les interactions qu'il entretient avec les personnes de son entourage pour se construire et se différencier en tant qu'individu (Erikson, 1968/1972/1998).

Pour Minuchin, la famille représente une matrice d'identité à travers laquelle le vécu réalise un sentiment d'appartenance *via* l'adaptation de l'individu à la structure familiale et un sentiment d'être séparé *via* une autonomie et une ouverture aux groupes extra-familiaux (Minuchin, 1998). Plusieurs études démontrent l'influence des parents et des pairs : ces deux univers ne sont pas en opposition mais agissent en complémentarité (Claes & Lannegrand-Willems, 2014).

Les recherches de Grotevant et Cooper (1985) confirment l'idée que l'adolescent acquiert sa maturité dans le contexte de la nécessaire « tension » constructive, mutuelle et progressive de la relation parent-enfant. Ce processus de négociation permet à l'adolescent de construire son identité. C'est un processus de confirmation et de respect mutuel. Cette négociation doit être graduelle : d'une relation asymétrique d'autorité dans la petite enfance et l'enfance vers une relation de « pairs » à l'âge adulte. Cette évolution au sein de la structure familiale permet la construction de l'identité. Celle-ci se réalise donc dans le cadre de la relation parent-enfant mais aussi dans le cadre des relations dans la fratrie (Claes & Lannegrand-Willems, 2014).

### **2.1.3.2 Différenciation**

Nous nous référons ici à Bowen pour expliquer l'importance pour le jeune de se différencier adéquatement du programme émotionnel de sa famille et de s'ouvrir à des liens externes à celle-ci. Un manque de différenciation se traduirait par une dépendance ininterrompue par rapport aux parents. Bowen définit « un soi solide », ou « self » de base, sorte de noyau, fruit d'interactions au cours de l'enfance, et un « pseudo-soi », ou « pseudo-self », partie superficielle dont un des buts est d'établir les relations extrafamiliales (Bowen, 1993).

Bowen considère les troubles psychopathologiques comme des réactions démesurées à l'angoisse et il délaisse tout diagnostic psychiatrique pour se référer à son « échelle de différenciation de soi, sorte d'échelle de maturité émotionnelle » (Mainhagu, 2006). Cette échelle, de 0 (symbiose totale) à 100 (autonomie complète), permet d'estimer le degré de différenciation des individus (Mainhagu, 2006). Plus l'individu développera un « soi solide » plus il s'affirmera. Ainsi, la différenciation de l'adolescent par rapport à son milieu familial va contribuer au processus de séparation (Bowen, 1993).

### **2.1.3.3 Processus de séparation**

C'est la dernière étape du processus d'autonomisation et c'est une période stressante pour le jeune et la famille car elle impose certaines pertes pour chaque partie.

Le processus de séparation est surtout émotionnel ; distance émotive et distance physique sont toutes deux corollaires : la manière émotionnelle dont se fera la prise de distance physique aura des répercussions sur la vie privée et sociale futures du jeune (Bowen, 1993).

Pour Haley, auteur du concept du « leaving-home », il arrive parfois des échecs dans le processus de séparation s'expliquant par le fait que le jeune ne peut pas quitter le « nid familial » et donne ainsi une solution (illusoire), à toute la famille, pour la stabiliser (Haley, 1991).

Face aux adolescents en difficulté vivant au sein de la famille et dans cette période de « leaving-home », en psychothérapie systémique, il est recommandé de ne pas s'arrêter uniquement au traitement des symptômes, et ce, pour deux raisons principales. La première raison est que le symptôme du jeune peut manifester une difficulté des parents dans la transition entre la vie de famille et la vie de couple qu'il faudra faciliter (Gammer, 1998). Le couple pourra mieux se préparer à vivre seul, sans enfants. De leur côté, les

enfants pourront quitter la maison de façon constructive sans éprouver le besoin de revenir. La seconde raison est que « la famille peut saisir cette occasion pour traiter toute une série de problèmes systémiques annexes » au symptôme (Gammer & Cabié, 2008).

Si tout va pour le mieux, ce processus de séparation correspond bien à « la négociation de nouveaux liens, et non à une rupture. Le processus de séparation suppose que l'adolescent et ses parents négocient une autonomie à trois niveaux : émotionnel, financier et fonctionnel » (Gammer & Cabié, 2008).

Conclusion :

La précision théorique et empirique des différents processus (notamment d'exploration et d'engagement) dans la construction de l'identité permettent d'affiner la compréhension du fonctionnement psychologique individuel. Le contexte sociétal, caractérisé actuellement par son imprévisibilité, fait émerger de nouvelles adaptations identitaires (sous formes « mutées », oserions-nous dire). Le contexte socioculturel semble influencer le modèle des profils d'identité. Il est important de proposer des formes d'accompagnements appropriés aux besoins de chaque adolescent (par exemple, l'accompagnement d'un adolescent consommateur de cannabis et présentant des symptômes psychotiques ne sera pas le même que celui pour un adolescent consommateur de cannabis, au comportement délinquant ou pour un adolescent consommateur occasionnel de cannabis) dans le but de promouvoir son développement psychosocial (Claes & Lannegrand-Willems, 2014).

## **2.2 Adolescence et suivi (psychothérapeutique)**

L'idée de soins présuppose l'idée de prévention des risques de maladie et donc l'idée d'agir avant que celle-ci ne se développe ; d'où l'importance d'investir dans la santé et le développement des adolescents. Les comportements adoptés chez l'adolescent ont des conséquences actuelles et futures sur sa santé. Un exemple frappant est celui du tabac, comportement souvent acquis durant l'adolescence et qui entraîne un risque important de maladie, voire la mort. Non seulement investir dans la santé et le développement des adolescents permet de diminuer la morbidité et la mortalité dans ce groupe, mais permet aussi d'augmenter les chances d'accomplissement et d'intégration au sein de la société.

Sur le plan économique, cela se justifie aussi car les adolescents en pleine santé seront plus productifs une fois adultes. Prévenir et promouvoir leur santé représente non

seulement une économie sur les dépenses de santé futures, mais surtout un droit humain fondamental pour ces jeunes : la Convention de l'Organisation des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CDE) déclare que les jeunes disposent « d'un droit à la vie, au développement, au meilleur état de santé possible et aux services médicaux et de rééducation », de même que des soins préventifs (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2015).

Les obstacles pratiques à des soins adéquats, pertinents et de qualité sont liés à des difficultés pour les adolescents d'identifier leurs besoins, en termes de santé mentale notamment et du fait de leurs dépendances (civiques, financières, émotionnelles,...).

Pris dans leur processus d'autonomisation, les adolescents refusent souvent d'admettre qu'ils ont besoin de soutien, d'aide, voire de traitement. Ils ignorent souvent aussi la nature des services qui leur sont disponibles ou évitent d'y avoir recours par crainte ou encore pour des raisons de coût (Michaud & Ambresin, 2014).

L'OMS, conjointement avec l'UNICEF et le FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population) ont développé ces dernières années des services adaptés aux jeunes qui regroupent cinq domaines : des soins équitables pour tous les adolescents, l'accessibilité aux services de soins, l'acceptabilité aux adolescents de soins centrés sur le patient, la provision de soins appropriés aux besoins des adolescents, la provision de soins efficaces entraînant un impact sur les indicateurs de santé des adolescents et une amélioration de la qualité de vie (Michaud & Ambresin, 2014).

Grâce à la multidisciplinarité des cliniques spécialisées pour les adolescents, il a été possible de mieux répondre à la demande des adolescents. Il en ressort que créer des conditions d'accueil adéquates permet à la fois de faire de la prévention et de favoriser l'accès aux soins si cela s'avère nécessaire (Tylee, Haller, Graham, Churchill & Sancu, 2007).

### **2.2.1 Représentation des soins par l'adolescent**

Dans la littérature, il existe des articles faisant référence aux représentations des enfants ou des adolescents au sujet de la santé et de la maladie. Il y a peu d'études sur le plan international et presque rien sur le plan national, qui ont exploré la manière dont les enfants, les jeunes et leurs parents perçoivent leur santé psychique et/ou dans quelle mesure et à partir de quand ils définissent des difficultés personnelles et/ou familiales comme étant des troubles psychiques (Secker, Armstrong & Hill, 1999 ; Wright et al,

2005). Un article datant de 2009 mentionne le peu de connaissances à propos des facteurs qui déterminent l'identification d'un trouble mental chez les jeunes dans les soins primaires (Haller, Sancu, Sawyer & Patton, 2009).

Dans son document publié en 1998, « Listening to Children » (Armstrong et al, 1998), l'association anglaise « The Mental Health Foundation » a abordé ce sujet. Cette recherche qualitative visait à connaître les représentations des adolescents par rapport à la santé et à la maladie mentale et comment ils s'imaginaient qu'un jeune de leur âge pouvait tomber psychologiquement malade. Ils ont réalisé des interviews avec des adolescents entre 12 et 14 ans issus de la population générale et de la population clinique (jeunes avec des problèmes psychiques<sup>1</sup>). En général, les deux groupes diffèrent peu. Au sujet de comportements permettant de se sentir mieux psychologiquement, ces jeunes affirment que le fait de faire quelque chose qui plaise aux parents ou de se réconcilier après s'être disputés avec eux les aident à se sentir psychologiquement bien dans leur peau.

La famille et les amis représentent pour les jeunes de la population clinique moins un support que pour les jeunes de la population générale. Ils sont néanmoins du même avis que ces derniers en affirmant que l'hospitalisation et la médication sont des bons moyens pour les aider.

Les activités favorisant les sentiments positifs ne sont pas tout à fait les mêmes que celles des jeunes de la population générale. Ainsi, il existe chez les jeunes issus de la population clinique une sorte de désir de réaliser des activités interdites par l'autorité, comme des actes délictueux et la consommation de drogues. Pour eux, les sentiments positifs sont associés à une gratification instantanée, rapide. Ces activités interdites ne sont pas vécues comme étant des activités qui détendent, mais plutôt comme des activités qui distraient les jeunes des émotions négatives qu'ils ressentent.

### **2.2.2 Existe-t-il un profil d'adolescents réticents à la psychothérapie ?**

L'un des défis posés aux systèmes de soins est lié au statut particulier des adolescents qui sont des personnes en recherche d'autonomie car « (...) si les enfants consultent habituellement sur décision de leurs parents et si les adultes sont habituellement en

---

<sup>1</sup> Ces problèmes psychiques n'ont pas été catégorisés.

mesure de faire appel à un praticien ou à l'hôpital et de financer un tel recours, tel n'est pas le cas pour les adolescents » (Michaud & Ambresin, 2014, p. 273)

Rappelons que l'article 24 de la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant adopté en 1989 stipule « le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible de bénéficier de services médicaux et de rééducation » (UNICEF, 2015).

« La demande d'aide est, en principe, à la base de toute prise en charge thérapeutique dont elle sous-tend la démarche de libre adhésion. C'est une adresse qui suppose de ne pas se suffire à soi-même, de se reconnaître relié aux autres et ayant besoin d'eux » (Lascaux et al, 2014, p. 26). « (...) Il est bien connu que cette notion de demande du sujet est ambiguë et que l'essentiel du travail thérapeutique réside dans l'élaboration d'une demande » (Plagnol, 2000, p.121, cité par Lascaux et al, 2014, p. 26). A l'adolescence, une telle demande est difficile à formuler car l'intensité du besoin de l'autre donne le pouvoir anxiogène de le perdre s'il y a éloignement ou d'être envahi s'il y a rapprochement. Les deux facettes de cette ambivalence sont au cœur même de l'identité du sujet qui peut se trouver menacée. « L'adolescent verbalise rarement une demande d'aide, il exprime sa souffrance par un langage non verbal, un mal-être et des troubles du comportement, dont les addictions peuvent faire partie » (Lascaux et al, 2014, p. 26). Alternant entre un déni de sa souffrance et un sentiment de toute-puissance, il revendique qu'il peut se débrouiller seul. « Lui proposer de l'aide revient à attaquer son estime de soi, sa toute-puissance infantile et sa quête d'indépendance » (Lascaux et al, 2014, p. 26). «La demande de consultation est donc rarement portée par l'adolescent lui-même, ce sont les adultes qui en sont à l'origine pour 85% des mineurs reçus et 78% des 18-25 ans » (OEDT<sup>2</sup>, 2009, cité par Lascaux et al, 2014, p. 26).

Au vu de l'étude « Listening to Children » d'Armstrong et ses collègues, nous nous rendons donc compte qu'il n'existe pas à proprement parler un profil d'adolescents réticents à la psychothérapie si ce n'est le profil de « l'adolescent de la population générale » qui n'a jamais eu de contact avec les soins de santé mentale. Ce ne sont pas les adolescents ayant déjà bénéficié d'une thérapie qui sont les plus réticents aux soins mais bien ceux n'ayant jamais eu de contact avec les soins. En effet, nous avons imaginé que les adolescents symptomatiques et ayant bénéficié de soins se seraient

---

<sup>2</sup> Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

montrés plus réticents étant donné le tableau floride des symptômes ou des mauvaises expériences thérapeutiques dans le passé. En fait, les adolescents, dans leur ensemble, manifestent de la réserve face aux soins lorsqu'ils y sont confrontés pour la première fois et ceci inclut les adolescents qui en nécessitent. Ceci s'explique par l'ambivalence décrite précédemment. Ce n'est qu'une fois après traitement qu'ils se montrent moins réticents, ceci probablement en lien avec l'effet utile des soins prodigués et les besoins perçus.

Ceci dit, pour nuancer une telle étude, Cabié remarque que pour les adolescents au parcours déjà long dans les institutions, souvent ils sont sceptiques vis-à-vis des thérapies (Cabié, 2016). Après avoir tenté de répondre aux demandes qui leur sont faites, souvent ils abandonnent et le système a tendance à entretenir le symptôme. Les adolescents éprouvent peu de respect pour ce système qu'ils savent manipuler. Les adolescents ayant un tel parcours deviennent alors difficilement mobilisables. La responsabilité incombe alors aux professionnels d'inciter le changement : ils doivent pouvoir susciter la surprise et la curiosité chez l'adolescent.

En principe, parmi les adolescents qui consultent pour la première fois, les adolescents les plus réticents à la psychothérapie sont ceux qui présentent des troubles du comportement alimentaire, des troubles du comportement et ceux qui sont dépendants à une substance psychoactive (Lascaux et al, 2014). Dans ces cas, la thérapie familiale semble clairement la plus indiquée. D'après les recherches récentes, elle est, dans ces symptomatologies, l'approche la plus efficace (Cook-Darzens, 2014 ; Lascaux et al, 2014).

### **2.2.3 Pourquoi favoriser l'accès à la psychothérapie systémique aux adolescents réticents à la thérapie ?**

Une étude suggère que 15 à 20 % des adolescents répondraient aux critères diagnostiques d'un trouble psychique (Costello, Copeland & Angold, 2011). L'abus ou la dépendance à une substance serait le trouble le plus fréquent avec 12 % suivi des troubles anxieux à 11 % et des troubles de l'humeur à 6 % (Costello et al, 2011).

Sans prise en charge adéquate, les difficultés comportementales et émotionnelles des adolescents risquent de s'aggraver et de devenir chronique. La question de l'intervention psychologique est cruciale pour réduire la détresse et la souffrance de ceux-ci et pour promouvoir une trajectoire développementale harmonieuse (Zimmermann & Brodard, 2014).

La question de l'efficacité des interventions psychologiques à l'adolescence se pose alors.

Dans une revue de l'ensemble des méta-analyses disponibles, Weisz et ses collègues (2013) confirment que la psychothérapie d'enfants et d'adolescents est globalement tout aussi efficace que la psychothérapie d'adulte. Weisz, Jensen-Doss et Hawley (2006) ont mis en évidence la supériorité des traitements fondés empiriquement. En d'autres termes, cela signifie, que dans cette étude, il est démontré que 62 % des jeunes bénéficiant du traitement dit « habituel », c'est-à-dire un traitement prodigué par le médecin de première ligne avec le plus communément un traitement pharmacologique, ont de moins bons résultats en moyenne que ceux qui bénéficient d'une prise en charge psychothérapeutique spécifique (Weisz, Jensen-Doss & Hawley, 2006). Nous pourrions nous attendre aussi à ce qu'une prise en charge systémique générale ou dite « habituelle » a de moins bons résultats qu'une prise en charge systémique spécifique comme la Family-Based Treatment par exemple dans les situations de traitement de l'anorexie. Or, les études actuelles tendent à montrer la force de l'alliance thérapeutique, facteur commun à tous les traitements, comme puissant levier thérapeutique nécessaire et quasi suffisant (Isebaert et al, 2015 ; Cook-Darzens, 2014). Une étude de Norcross démontre l'efficacité des interventions psychologiques et psychothérapeutiques avec des facteurs communs plutôt que des facteurs spécifiques (Norcross, 2002) et appuie donc l'importance de l'alliance thérapeutique. Ceci vient confirmer la théorie de « l'oiseau dodo » à savoir que toutes les formes de psychothérapies examinées se valent finalement pourvu que l'alliance thérapeutique soit efficace.

Cependant, la psychothérapie familiale est bénéfique pour les adolescents réticents au vu des quatre aspects suivants :

- Les jeunes ne se sentent pas stigmatisés pendant la thérapie
- C'est le groupe qui se mobilise pour lui-même et non le jeune pour lui-même
- La créativité du groupe en thérapie est un levier thérapeutique puissant
- Les parents se sentent responsabilisés et investis pour leur(s) jeune(s), chacun se sentant loyal les uns vis-à-vis des autres sans culpabilité

#### **2.2.4 Quelles sont les spécificités de l'intervention avec des adolescents ?**

En premier lieu, rappelons que la prise en charge de l'adolescent est souvent l'initiative d'un adulte. C'est pourquoi la motivation de l'adolescent à venir en thérapie est souvent faible et les abandons très élevés (Claes & Lannegrand-Willems, 2014). Or, l'adhésion

au traitement et l'engagement d'un adolescent sont souvent considérés comme des enjeux importants dans la phase initiale de l'intervention psychothérapeutique (Zimmermann & Brodard, 2014).

Deuxièmement, les cliniciens qui travaillent avec des adolescents devraient toujours prendre en considération les informations qu'ils obtiennent du jeune mais également d'autres sources comme les parents et les enseignants. Ainsi, la considération du premier entretien avec l'analyse de la demande se fait souvent de manière contradictoire puisque le problème spécifique pour lequel le jeune a besoin d'un traitement est compris de manière différente par la triade consultant-parents-thérapeute, dans 76,8 % des cas (Hawley & Weisz, 2003).

Troisièmement, il est important de prendre en compte le contexte dans lequel s'inscrit l'adolescence puisque le jeune est dépendant et n'a pas nécessairement de prise sur son contexte familial ou sur son environnement parfois agité (Evans & Wachs, 2010).

Enfin, l'ensemble de ces éléments constitue autant de barrières qui peuvent limiter l'impact des interventions thérapeutiques avec un adolescent, d'autant plus qu'en raison des tâches développementales auxquelles l'adolescent est confronté, il peut percevoir le thérapeute comme une énième figure d'autorité qui vient entraver sa quête d'autonomie et lui imposer une manière d'être (Castro Blanco, Kovacs-North & Karver, 2010).

Nous avons vu les quatre éléments pour lesquels un adolescent est réticent à consulter. Les avantages d'une psychothérapie familiale par rapport à une psychothérapie individuelle pour un adolescent se situent aussi dans la rencontre *in vivo* entre l'adolescent et ses parents, et dans le fait que le(s) psychothérapeute(s) ne se substituent pas aux parents. La « confrontation » en présence des autres membres du système est un levier thérapeutique puissant sur les relations. La riche diversité de réponses thérapeutiques obtenues par la thérapie familiale est aussi un avantage sur la thérapie individuelle.

La question principale qui fait l'objet de ce travail est de savoir comment amorcer, engager ou renforcer la relation avec ces adolescents réticents à une psychothérapie en général, et en particulier à une thérapie familiale. Nous nous concentrons sur l'alliance thérapeutique car elle est l'expérience thérapeutique la plus examinée en recherche empirique.

Bordin décrit la définition classique de l'alliance thérapeutique selon trois composantes : une dimension émotionnelle et affective, une dimension cognitive et une dimension comportementale (Bordin, 1979). L'alliance s'inscrit donc dans une interactivité basée sur la réciprocité, la négociation et un lien affectif entre les patients et les psychothérapeutes (De Roten, 2011).

Voyons l'histoire de son apparition théorique afin d'éclairer quelque peu notre compréhension.

### **2.3 Alliance thérapeutique**

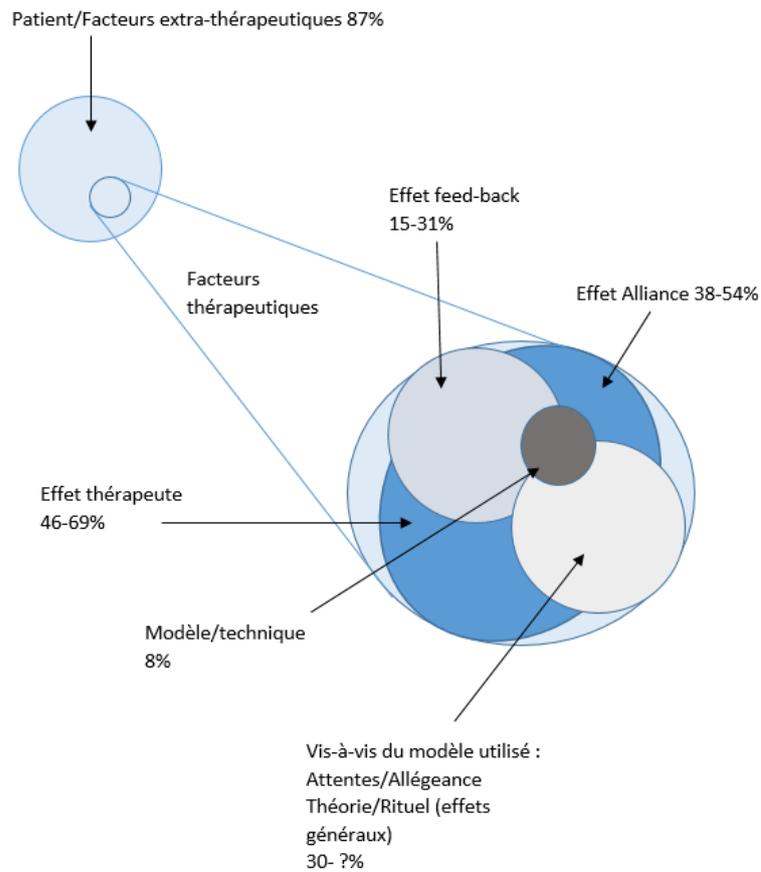
L'adolescent étant un membre à part entière de la famille, nous allons d'abord identifier les facteurs favorisant l'alliance thérapeutique en général, appelés « facteurs communs », et ceux, appelés « facteurs spécifiques », liés au type de psychothérapie, ici systémique. Ensuite, sur base des facteurs communs efficaces en famille mais insuffisants pour créer l'alliance avec l'adolescent, nous chercherons à identifier les facteurs spécifiques déterminant et favorisant l'alliance thérapeutique avec les adolescents en psychothérapie systémique.

En 1973, Frank définit quatre facteurs communs à toutes les thérapies efficaces :

- La relation est émotionnellement chargée et de confiance avec une personne aidante
- Dans un cadre de soins
- Avec un raisonnement logique et des explications plausibles sur les symptômes
- Et une participation active des patients et des psychothérapeutes

En 1986, Lambert définit quatre facteurs et leur pourcentage responsables de l'amélioration lors d'une psychothérapie : des variables extra-thérapeutiques (40 %), des facteurs relationnels (30 %), l'effet placebo (l'espoir, la confiance dans une issue heureuse) (15 %), et la technique/le modèle (15 %) (Lambert, 1986). Nous voyons ainsi que plus de 70 à 85 % revient au patient, tant dans les variables extra-thérapeutiques que dans les facteurs relationnels et l'effet placebo. La part de la variabilité du changement attribuable à la psychothérapie revient donc pour 15 % à 30%. De ces 15-30 %, Duncan nous fait remarquer en 2010 que l'effet « thérapeute » correspond à 46–69 %, que le « modèle/technique » interviendrait pour 8 %, que « les attentes ou l'allégeance » vis-à-vis du modèle utilisé et de la « théorie » correspondrait à environ 30 %, l'effet « alliance » à 38–54 % et l'effet du « feed-back » pour 15–31 % (Duncan, 2010, cité dans Isebaert et al, 2015, p. 230).

Figure 1 L'évolution des facteurs communs avec le feed-back<sup>3</sup>

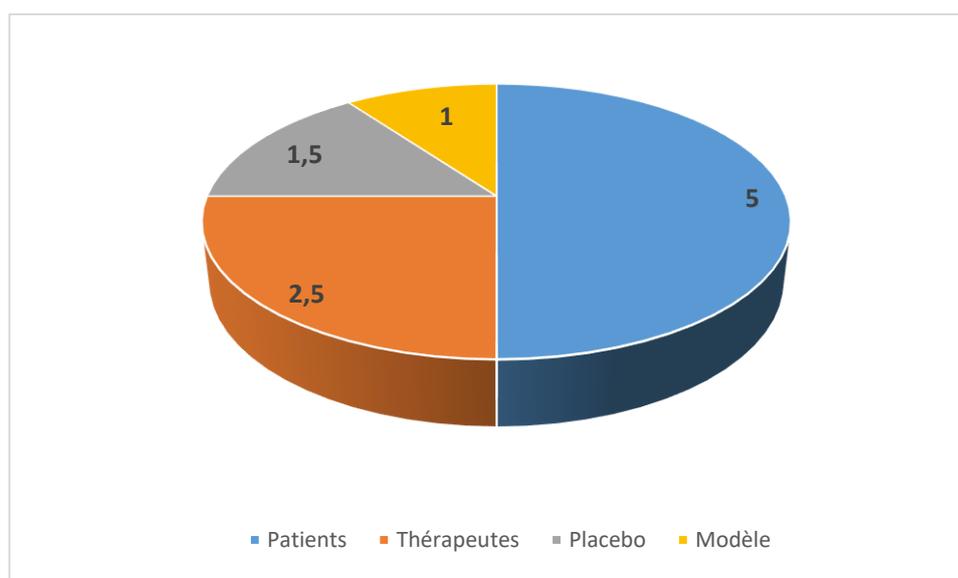


(Duncan, 2010, cité par Isebaert et al, 2015, p. 230)

---

<sup>3</sup> Cette figure est reproduite de *Alliance thérapeutique et thérapies brèves, le modèle de Bruges* (p. 230), par L. Isebaert, M.C. Cabié et H. Dellucci, 2015, Toulouse : Editions Erès. Copyright 2017 par M.C. Cabié. Reproduit avec permission.

Figure 2 Recherche sur ce qui est efficace en thérapie



(Wampold, Miller, Jérôme Frank [s.d.], cités dans Cabié, 2016, p. 10)<sup>4</sup>

D'après ces recherches, l'alliance thérapeutique est cinq à sept fois plus importante que le modèle et la technique, c'est-à-dire que l'alliance thérapeutique est cinq à sept fois plus déterminante que le modèle ou la technique psychothérapeutique utilisée. Plus de 1000 catamnèses confirment le lien entre une alliance forte et un résultat positif (Orlinsky, Ronnestad & Willutski, 2004). L'alliance thérapeutique se gagne et il ne peut y avoir de traitement psychothérapeutique sans alliance thérapeutique. Notons aussi donc qu'il existe un effet placebo qui agit à la fois sur le patient et sur le psychothérapeute.

Compte tenu de l'importance des points cités, nous y consacrerons trois chapitres spécifiques ; l'un consacré aux facteurs liés au psychothérapeute, un autre consacré aux facteurs liés au patient et, enfin, un dernier consacré aux facteurs liés à l'effet placebo.

La notion d'alliance thérapeutique, issue de la psychanalyse, s'est développée vers d'autres champs psychothérapeutiques ; voici un historique de ce concept.

---

<sup>4</sup> Cette figure est reproduite d'une communication intitulée *Approches centrées sur les compétences et familles avec adolescents difficiles* de M.C. Cabié, 2016 à Genève. Copyright 2017 par M.C. Cabié. Reproduite avec permission.

### 2.3.1 Orientation analytique ou individuelle

En 1912, Freud décrit pour la première fois l'attitude de l'analyste permettant un attachement de l'analysé à ce dernier (Freud, 2003, pp. 50-60).

Dès 1934, Sterba évoque le terme d' « ego alliance » correspondant à une identification à l'analyste favorable au travail accompli en commun. Cette alliance, conforme à la remarque de Freud, se construit à partir de ce moi raisonnable du patient (Sterba, 1934, cité par Gaudriault & Joly, 2013).

Fenichel reprend l'idée d'un « transfert rationnel » et fait remarquer que la cure analytique ne peut avoir lieu sans la coopération avec le « Moi raisonnable » du patient (Fenichel, 1941, cité par Gaudriault & Joly, 2013).

Zetzel semble être la première à avoir utilisé l'expression « alliance thérapeutique » entre l'analyste et le moi raisonnable du patient. Elle la présente comme un aspect particulier du transfert et estime que dans une analyse « réussie », le patient oscille entre des périodes où la relation est dominée par le transfert ou l'alliance, celle-ci étant un pré-requis avant d'explorer le matériel inconscient (Zetzel 1956, citée par Gaudriault & Joly, 2013).

Dans ces quatre premiers cas, l'alliance n'est que la « responsabilité » du patient envers l'analyste, expliquée par un « attachement », une « identification », un « transfert rationnel » pour Fenichel, ce dernier concept étant vu comme « l'alliance thérapeutique » pour Zetzel.

A la même époque, Rogers affirme que la relation est curative car selon lui, empathie, authenticité et chaleur humaine sont essentielles et suffisantes pour soigner le patient (Rogers, 1951, cité par Cungi, 2006). Cette nouvelle conception de l'alliance thérapeutique place le patient au centre de la thérapie avec cette fois la responsabilité du thérapeute à la créer.

Depuis les années 1970, cette notion fait l'objet de nombreuses recherches empiriques suite au succès des thérapies analytiques en Amérique du Nord. Plus récemment, depuis les années 1990, d'autres approches psychothérapeutiques, dont celle de la systémique, ont davantage étudié les composants de l'alliance thérapeutique.

## **2.3.2 Orientation systémique : spécificités**

### **2.3.2.1 Contexte historique et définitions**

Plusieurs auteurs ont tenté de définir l'alliance thérapeutique systémique. En psychothérapie systémique, nous mettons l'accent sur l'importance des relations, des interactions et du contexte avec des interventions actives et réactives spécifiques aux patients dans des conversations évolutives et co-construites entre la famille et le thérapeute.

En 1976, Luborsky exprime l'alliance thérapeutique sous la forme d'un ajustement mutuel entre thérapeutes et patients, tant sur le plan de la coordination que sur le plan d'une collaboration émotionnelle réciproque (Luborsky, 1976, cité par Büchli, 2011).

Bordin a présenté l'alliance thérapeutique selon trois dimensions en 1979 : un « consensus sur les tâches et les responsabilités » entre patients et thérapeutes, un « accord mutuel sur les buts de la thérapie et un lien personnel entre eux », qui se caractérisent par une confiance et une acceptation mutuelle. Il met l'accent sur le caractère collaboratif et bidirectionnel dans le processus d'alliance (Bordin, 1979).

En 1990, Gaston (cité par Büchli, 2011) propose un modèle multidimensionnel de l'alliance, tentant ainsi de réunir les différents facteurs de cette conception. Ce modèle se base sur quatre facteurs indépendants les uns des autres :

- L'alliance de travail (capacité du patient à travailler dans la thérapie)
- L'alliance thérapeutique (lien affectif du patient envers le thérapeute)
- La compréhension et l'engagement affectif du thérapeute pour le patient
- L'entente du patient et du thérapeute concernant les tâches spécifiques reliées au traitement ainsi que son but

L'alliance thérapeutique est décrite en 1995 par Pinsof en termes plus systémiques en la définissant comme une interaction entre deux systèmes ; celui des patients et celui des thérapeutes. Cette relation entre systèmes partage trois aspects : les pensées, les sentiments et les prédispositions de réponses que les membres des systèmes entretiennent les uns avec les autres (Pinsof, 1995). Cela signifie qu'à partir du moment où les patients se sentent en confiance avec les psychothérapeutes, les patients peuvent donner des informations sans se sentir jugés, exprimer leurs sentiments et émotions et entrer dans une logique dialogique. Selon ce modèle, il existe deux composantes critiques de l'alliance : l'investissement psychologique de chacun des systèmes dans

l'établissement de la relation, de même que leur capacité à chacun à collaborer pour qu'un changement survienne dans le processus de thérapie.

Plus récemment, en 2006, Cungi définit l'alliance thérapeutique comme relevant d'un acte naturel, présent dans tout contexte social, et ne se limitant pas au cadre thérapeutique. En effet, selon lui, lorsque deux personnes se rencontrent, quel que soit le contexte, les facteurs relationnels sont au premier plan (Cungi, 2006).

### **2.3.2.2 Concepts empiriques**

Deux concepts empiriques importants émergent de l'engouement des recherches sur l'alliance thérapeutique de ce demi-siècle passé. L'un est que l'alliance semble être un intermédiaire important dans le déroulement et la dynamique de la thérapie. L'autre que l'impact direct de l'alliance thérapeutique sur une issue positive du traitement a été étudié à maintes reprises.

En 1990 d'abord, Gaston montre que l'alliance thérapeutique influence l'efficacité des interventions du thérapeute en établissant un contact particulier au sein duquel celles-ci peuvent promouvoir un changement (Gaston, 1990). En 2000, Iwakabe et ses collègues relèvent que l'alliance thérapeutique génère des conditions primordiales à l'expression et à l'exploration d'émotions, de même qu'elle facilite l'accomplissement des tâches thérapeutiques (Iwakabe, 2000, cité par Büchli, 2011).

Plus tard en 1998, Gaston et son équipe mettent en exergue le lien entre l'alliance thérapeutique et le résultat de la thérapie par le biais de réductions des symptômes, une amélioration dans le fonctionnement interpersonnel et une plus grande satisfaction des patients (Gaston et al, 1998, cité par Büchli, 2011). Deux méta-analyses (Horvath & Symonds, 1991 ; Martin, Garske & Davis, 2000) ont mis en évidence des résultats significatifs concernant l'effet prédictif de l'alliance thérapeutique sur les résultats d'une psychothérapie. En 2002, Horvath et Bedi précisent que ce facteur prédictif est valable autant pour différents types de patients que pour différentes formes de traitements.

Quant à l'évolution de l'alliance thérapeutique durant la thérapie, Despland et ses collègues ont identifié en 2000 deux phases distinctes, correspondant chacune à un type d'alliance spécifique (type I et type II) identifié par Luborsky en 1994 (Büchli, 2011).

La première phase correspond au début du traitement et se rapporte à une alliance de « type I », moment où le patient ressent le thérapeute comme aidant et capable de le soulager. La deuxième phase se situe en milieu de traitement, période où l'alliance

thérapeutique peut être fluctuante, par moment confrontée, par moment restaurée par le travail thérapeutique. Cette phase de lutte collaborative entre patients et thérapeutes face aux problèmes des patients est celle de l'alliance dite de « type II ».

C'est à l'alliance de « type I » que le thérapeute doit veiller à porter une attention toute particulière en début de traitement, sachant que cette alliance est amenée à changer fréquemment entre la première et la quatrième séance (De Roten et al, 2004). Selon Horvath et Symonds (1991), une bonne alliance thérapeutique ne s'établit pas avant la cinquième séance, le cas échéant, il existe une nette diminution de la probabilité d'avoir un traitement efficace. Dans ce contexte, la plupart des auteurs préconisent de mesurer l'alliance thérapeutique après quelques séances, car elle serait plus prédictive des résultats et des ruptures, que les mesures prises au tout début, milieu ou fin de traitement (Horvath & Symonds, 1991).

### **2.3.2.3 Facteurs liés aux psychothérapeutes**

Selon Salem (2012), il existe quatre postures thérapeutiques :

- La posture « compagnon » où le thérapeute est compréhensif, bienveillant et empathique (concerne surtout les psychothérapies de soutien ou des thérapies rogeriennes)
- La posture « guide » où le thérapeute montre la « voie à suivre » et où le modeling est le plus significatif
- La posture « enquêteur » où le thérapeute se présente en expert
- La posture « combattant » où le thérapeute confronte le patient au bénéfice secondaire de son problème et de sa souffrance, en attaquant son inertie, son manque d'estime de soi ou d'autrui par exemple, et se faisant lorsqu'une véritable alliance thérapeutique est établie entre eux, appelée « alliance conflictuelle »

Les qualités et attitudes du psychothérapeute peuvent se résumer comme suit, presque selon une charte, tirées du livre « Alliance thérapeutique et thérapies brèves » d'Isebaert et ses collègues en 2015 (Isebaert et al, 2015) :

Le thérapeute montre de l'intérêt, de la curiosité et de l'optimisme vis-à-vis des patients qui se sentent compris. Il accepte et écoute l'histoire des patients avec respect et sans préjugé. Il montre et ressent aussi de l'empathie. Il existe en effet une empathie émotionnelle et affective directe qui permet de ressentir « de l'intérieur » ce que ressent l'autre et de lui communiquer qu'on le ressent. Ceci passe, entre autres, *via* les neurones miroirs. Le thérapeute, par l'empathie émotionnelle et affective indirecte, essaye de communiquer dans sa parole et dans son attitude ce qu'il comprend des émotions du

patient par l'écoute et par l'observation. L'empathie cognitive consiste à montrer que l'on comprend la façon de penser de l'autre et à montrer que l'on la partage quand on peut, et que même si l'on ne la partage pas, on peut la respecter. L'empathie relationnelle regroupe les précédentes, se partage dans le système et peut-être un facteur de cohésion comme de dissension (Oughourlian, 2013). Le terme d'empathie utilisé en psychothérapie est souvent restreint à la résonance avec la souffrance du client ; dans ce sens, l'empathie est centrée sur le problème et la sympathie qui y correspond serait celle centrée sur les compétences.

L'empathie permet de s'observer soi-même pour mieux observer l'autre. Ce processus bien utile pour le psychothérapeute peut néanmoins aboutir à des erreurs d'estimation de la part de ce dernier qui doit conserver un esprit critique envers ses réactions empathiques, sinon il risque de développer des contre-attitudes.

Le thérapeute montre de la sympathie, entre autres, par le non-verbal. Toute sa sympathie converge aussi vers les compétences des patients. La sympathie se base sur quatre spectres : celui de l'amitié, l'attrance, l'amour et la tendresse. Encore une fois, il faut rester critique par rapport à ses quatre spectres puisque trop de sympathie pourrait amener le psychothérapeute à transgresser le cadre et à ne pas oser confronter son patient pour combattre les parties « d'identité malade » en lui. Néanmoins, comme le disait Whitaker, un des pères fondateurs de la thérapie familiale, si un psychothérapeute ne pouvait pas aimer un patient, il valait mieux le diriger vers quelqu'un d'autre (Isebaert et al, 2015). Le thérapeute est empreint de compassion, de soucis pour les patients et de réconfort. De même, il exprime reconnaissance et gratitude aux patients.

Le thérapeute est authentique tant dans ses motivations, que dans l'expression de ses émotions, que dans les commentaires positifs et les compliments qu'il fait et qu'il module *via* son empathie. Le thérapeute est « authentiquement enthousiaste ».

Salovey et Brackett ont défini le concept d'intelligence émotionnelle, popularisé par Goleman en 2004, que doivent posséder les psychothérapeutes dans un entretien. Ce concept comprend deux dimensions ; la dimension expérientielle qui correspond à la capacité à réagir avec émotion à la réalité et à l'intégrer et la dimension stratégique qui correspond à la capacité à gérer ses émotions et à les intégrer. Nous subodorons donc l'importance pour un psychothérapeute de manier avec adresse ces deux dimensions précitées (Brackett, Mayer & Warner, 2004 ; Salovey & Mayer, 1990 ; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai, 1995).

Une autre forme d'intelligence que doivent développer les psychothérapeutes dans une séance avec les patients est une intelligence souple permettant à ces derniers de se transformer en « explorateurs d'eux-mêmes », à l'image de ce que font les psychothérapeutes envers eux. C'est ce qu'on appelle la « mêtis » (Isebaert et al, 2015). En effet, par cette intelligence souple, cette « mêtis », le psychothérapeute permet aux patients, par des questions adroites et par des suggestions indirectes, d'explorer leurs propres désirs, leurs propres forces, leurs propres ressources et compétences sans jamais leur dire ce qu'ils doivent faire. L'objectif, visé par avance, est de faire émerger, dans cette relation d'aide, le point où l'aide n'est plus nécessaire, où les patients sortent par eux-mêmes de l'emprise de leurs problèmes ou leurs symptômes (Detienne & Vernant, 1978, cités par Isebaert et al, 2015).

Afin de montrer combien le thérapeute estime le patient, les commentaires authentiquement positifs ou les compliments authentiques sur les compétences diminuent les contre-attitudes. Les compliments favorisent la créativité et la motivation des patients. Ils sont aussi une transition des problèmes vers les solutions, en créant des contextes d'approbation et de respect mutuel. Entre autres, ils renforcent l'estime de soi du patient, permettent de négocier un mandat partagé, d'explicitier la philosophie de vie du patient ou de diminuer d'éventuels sentiments négatifs chez le psychothérapeute.

Notons aussi que les compliments indirects sont plus efficaces et efficients que les compliments directs. Par exemple, la question « comment avez-vous réalisé cela ? » est plus efficiente que l'affirmation suivante « c'est extraordinaire ce que vous avez réussi à réaliser ! ». En effet la réponse du patient est dans le premier cas un compliment qu'il s'adresse à lui-même dont l'effet positif est plus puissant qu'un compliment venant de l'extérieur. Il est important que ces compliments soient authentiques et sincères puisque ces qualificatifs sont la conséquence de l'empathie du thérapeute. Il est évident qu'il ne faut pas inonder la séance de compliments au risque de perdre sa crédibilité. L'humour peut être un outil très efficace pour formuler ce type de compliment indirect (Isebaert et al, 2015).

Quant à l'humour donc, le thérapeute l'utilise à bon escient. L'humour crée un lien humain entre patients et psychothérapeutes et semble permettre une ouverture. Il est un facteur favorisant l'alliance avec les adolescents et leur famille et nous y consacrerons donc un chapitre (voir chapitre 5.2.5)

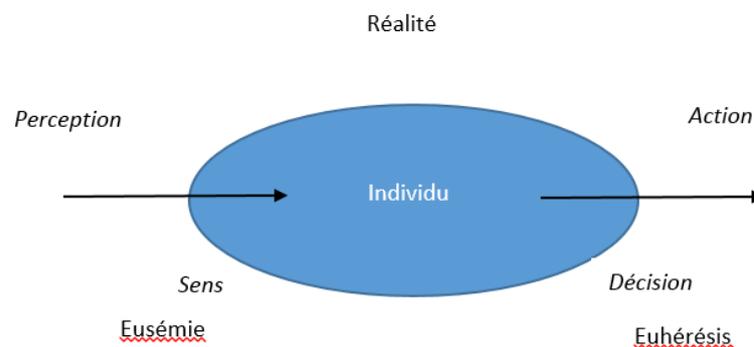
Ceci nous mène à dire que l'importance dans cette relation qui se tisse entre le psychothérapeute et son patient est de l'ordre de l'accordage affectif (Stern & Fivaz-Depeursinge, 1997). Il s'agit d'une forme d'ajustement mutuel, tout en finesse, de sorte que chacun des partenaires sent ce que l'autre sent, et même sent que l'autre sent qu'il le sent. Oserions-nous parler ici d' « accordage thérapeutique » ?

Nous voyons combien la relation ainsi créée entre le thérapeute et son patient est une relation intersubjective qui se tisse et se construit sur plusieurs niveaux.

### 2.3.2.4 Facteurs liés aux patients

Quant aux facteurs liés au patient, les psychothérapeutes doivent se demander ce que veulent les patients, quelles sont leurs ressources, quelle est leur liberté de choix. Le but de la psychothérapie systémique est de créer un contexte dans lequel les patients pourront choisir de contrôler ou d'abandonner certains symptômes. Il existe deux choix : le choix sémantique - quel sens donner aux faits -, et le choix pragmatique - quelle décision -, ces deux choix étant liés.

Figure 3 Choix sémantique et choix décisionnel



(Cabié, 2016, p. 19)<sup>5</sup>

Considérant que la santé psychique correspond à la liberté de choix, la psychothérapie doit avoir pour objectif d'élargir le spectre de ces deux choix précités. Ainsi, il est

---

<sup>5</sup> Cette figure est reproduite d'une communication intitulée *Approches centrées sur les compétences et familles avec adolescents difficiles* de M.C. Cabié, 2016 à Genève.

Copyright 2017 par M.C. Cabié. Reproduite avec permission.

nécessaire de « co-crée » avec les patients, de les amener à voir plus clairement et à avoir différentes lectures de plusieurs choix pragmatiques et sémantiques.

Le but de la psychothérapie est de transformer une habitude « pathologique », c'est-à-dire dérangeante, déclenchant une souffrance, en une nouvelle habitude concordant avec le choix existentiel du patient.

Du côté du patient, ce ne sont ni les caractéristiques socio-démographiques, ni l'âge ni le sexe (Marziali, 1984), qui seraient responsables d'une difficulté dans l'établissement initial de l'alliance thérapeutique mais plutôt les dimensions ou les traits de personnalité (notamment antisociale et borderline) plus que les différentes catégories diagnostiques ou la sévérité symptomatique des patients avant le traitement (Luborsky et al, 1985). Chez ce type de patients, la construction d'une alliance thérapeutique est quasi un but thérapeutique en soi et Beck préconise d'adopter un mode de relation plus personnel et plus attentionné en promouvant un attachement sécurisé du patient au thérapeute et en maintenant des limites (Cheval, Mirabel-Sarron, Guelfi & Rouillon, 2009). Les patients qui ont des difficultés dans les relations sociales ou dans les relations familiales avec une mauvaise qualité du lien présentent plus de difficultés pour établir une alliance (Horvath, 1994).

### **Que veulent donc les patients ?**

Les patients veulent négocier les objectifs thérapeutiques selon les objectifs existentiels et les objectifs pragmatiques alors que l'objectif est déterminé par le patient *via* l'alliance thérapeutique et la création d'un contexte dans lequel ce dernier pourra définir un objectif traitable.

Le psychothérapeute doit construire un ou plusieurs objectifs implicites ou explicites au service des patients et le/les fractionner en plusieurs. Ceux-ci devraient idéalement être réalistes et réalisables. Le caractère réaliste dépend des qualités et des compétences des patients, de la situation et des ressources et de la qualité de la relation thérapeutique. Les objectifs sont formulés en termes positifs, sont mesurables, sont décrits comme de nouvelles habitudes et peuvent changer sous forme de négociation en co-construction, en hypothétisation, en aidant les patients au changement avec son rythme propre.

### **2.3.2.5 Facteurs liés à l'effet placebo**

« Faisant l'analogie avec l'effet placebo en médecine somatique, Jérôme Frank (Frank & Frank, 1961) appela facteurs placebo 'l'espoir et l'allégeance' » (Isebaert et al, 2015, p. 211).

L'espoir tant des psychothérapeutes que des patients permet de laisser penser au système thérapeutique que les objectifs sont réalisables. Dans l'espoir, nous nous tournons vers l'avenir et la motivation au changement progresse. L'espoir est basé sur les solutions, sur le succès, sur l'accent des changements, sur la confiance et sur le processus thérapeutique.

« Si les thérapeutes et le patient sont convaincus que cette procédure thérapeutique est la meilleure pour ce patient et ce problème, les résultats seront meilleurs que s'ils ont des doutes » (Isebaert et al, 2015, p. 213). C'est ce que l'on nomme l'allégeance.

### **2.3.2.6 Le processus thérapeutique et ses techniques en psychothérapie systémique *via* l'alliance thérapeutique (interface thérapeute-patient-effet placebo)**

Par co-construction, l'alliance thérapeutique crée le processus thérapeutique et ses techniques et ces dernières créent aussi l'alliance thérapeutique à leur tour. Le cadre, l'hypothétisation, la partialité multidirectionnelle, la considération éthique relationnelle, la composante transgénérationnelle et l'utilisation du langage métaphorique sont autant de techniques et de variantes du processus thérapeutique utilisées en thérapie systémique qui permettent l'alliance thérapeutique. En effet, ces techniques permettent de travailler et d'écouter la souffrance de manière singulière pour chacun des membres de la famille. Par conséquent, cette écoute attentive crée l'alliance thérapeutique *via* le lien qui s'instaure avec des objectifs et des tâches. En même temps, l'alliance thérapeutique instaure le cadre et les techniques du processus thérapeutique car c'est grâce au lien entre thérapeutes et patients que ces techniques peuvent s'instaurer.

La thérapie systémique peut se définir comme un processus où thérapeutes et patients s'engagent sur un mode de co-construction évolutive. Ce processus thérapeutique commun suppose une alliance de travail, possible grâce à un accordage affectif, tout en faisant l'objet d'une négociation permanente de perspectives différentes.

« Chaque personne est unique. La psychothérapie devrait donc être conçue de manière à satisfaire l'originalité des besoins d'un individu, plutôt que d'ajuster la personne au lit de Procruste d'une théorie hypothétique du comportement humain » (Zeig & Gilligan

1990, cité par Cabié, 2016, p. 4). La thérapie est « une conversation au cours de laquelle le thérapeute crée un contexte » dans lequel le patient « dispose de choix, précise ses objectifs et construit ses propres solutions à partir de ses propres ressources et compétences et celles des systèmes auxquels il appartient » (Cabié, 2016, p. 5). Le thérapeute est responsable du processus thérapeutique qui met le patient en action.

Les facteurs liés à l'interaction sont encore mal connus mais il existe quelques études sur le sujet. Par exemple, il a été identifié des paramètres non verbaux de la relation tels qu'évoqués par Luborsky en 1983 (cité par Lazignac, 2002). Il s'agit du principe de similitude réunissant dix indices de ressemblance patient-thérapeute tels que : l'âge, le statut marital, le fait d'avoir des enfants, l'appartenance à une religion, la pratique religieuse, la région d'origine, l'affiliation à une institution, la « façon » de penser, l'éducation et la profession. Une idée développée à partir de cette interaction entre patients et psychothérapeutes est la reconnaissance mutuelle du savoir de l'autre. En effet, le patient, lui, possède une connaissance du vécu de sa maladie et des représentations associées à ce vécu tandis que le psychothérapeute possède une connaissance théorique de la maladie ainsi que des compétences techniques thérapeutiques (Lazignac, 2002).

Pour mieux percevoir les moments-clés de la construction de l'alliance thérapeutique, nous proposons de passer en revue les étapes du processus thérapeutique dont l'alliance thérapeutique est le ciment, tout en insistant sur le fait qu'elles ne sont pas totalement séquentielles mais sont à comprendre comme des dimensions co-constitutives. En même temps, nous insistons sur le fait qu'il n'est pas possible de travailler, en séances thérapeutiques, les aspects du cadre, de l'hypothétisation, de l'histoire transgénérationnelle de la famille et du recours au langage métaphorique si une alliance thérapeutique ne s'instaure pas alors même que ces aspects aussi créent cette alliance. Nous voyons dès lors l'importance de l'alliance thérapeutique créée *via* le processus thérapeutique et ses techniques et *vice-versa*.

En psychothérapie systémique, « il faut choisir les techniques et les outils qui seront susceptibles d'avoir un effet immédiat sur la mise en place d'une relation thérapeutique avec la famille, et sur le symptôme lui-même » (Gammer & Cabié, 2008).

A la différence, par exemple, de la psychanalyse individuelle, la thérapie familiale risque d'obtenir de bien maigres résultats si les thérapeutes n'élaborent pas à l'avance un cadre suffisamment clair. Ils doivent, à chaque étape, avoir bien en tête leur prochain objectif.

Pour éviter de perdre de vue les objectifs précis de la thérapie, il faut asseoir la pratique sur une théorie qui énonce des principes clairs, permettant de choisir ou de rejeter une technique, de savoir quand et comment l'utiliser.

Par des techniques comme la partialité multidirectionnelle, l'hypothétisation et le langage métaphorique, les psychothérapeutes parviennent à rendre cette psychothérapie utile et au service de la dissolution recherchée des problèmes.

#### 2.3.2.6.1 *Définition du cadre*

Il convient d'explorer l'analyse de la demande et de signaler que les patients doivent eux aussi permettre au thérapeute de commencer son intervention (Tilmans-Ostyn, 1987). Celle-ci se fait notamment *via* l'alliance thérapeutique (qui est, selon Bordin, le lien, la définition d'un objectif, et d'une tâche) obtenue par le cadre. Le cadre de la thérapie systémique commence par l'accueil d'une famille, d'un individu seul ou d'un réseau. En règle générale, le contexte et le processus eux-mêmes guident les propositions des thérapeutes quant au cadre et à ses éventuelles adaptations en cours de traitement (Vannotti, Onnis & Gennart, 2006). La thérapie systémique implique un travail sur soi par la confrontation intersubjective avec les autres membres en présence, en focalisant sa perception, moins sur sa propre personne que sur l'expérience intersubjective (de reconnaissance mutuelle par exemple). Le dispositif et le cadre de la thérapie systémique permettent ainsi d'aboutir à des changements intersubjectifs par cette confrontation interrelationnelle, levier thérapeutique important. Les psychothérapeutes sont donc nécessaires, efficaces et stratégiques (dans certains cas) et la voie « sincère » et spontanée est pressentie comme favorisant l'alliance thérapeutique. Un cadre thérapeutique n'empêche en rien des moments de spontanéité vécue en thérapie.

L'alliance elle-même fournit un cadre qui lui-même construit l'alliance ; il est donc un élément important de la relation thérapeutique puisqu'il la contient et lui donne sens. L'alliance thérapeutique n'est donc pas qu'une affaire de relations entre le psychothérapeute et son patient mais bien aussi entre le psychothérapeute et le cadre et entre le patient et le cadre. L'alliance thérapeutique apparaît davantage comme la conséquence d'un travail thérapeutique adéquat que comme un paramètre présent *a priori*. Ce cadre permet donc au thérapeute de définir avec subtilité le choix de ses interventions qu'il va proposer aux patients.

Dans toute intervention, le thérapeute élabore une hypothétisation et construit un processus thérapeutique tel un fil rouge le plus souvent tel que décrit ci-après.

#### 2.3.2.6.2 *Hypothétisation*

Selvini-Palazoli et ses collègues pensent nécessaire pour le thérapeute d'élaborer une hypothétisation, c'est-à-dire d'émettre très tôt dans le processus thérapeutique des hypothèses à « confronter », via l'alliance de type II, avec les patients (Selvini-Palazoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1982). Cette hypothétisation permet d'élaborer l'esquisse d'une compréhension de la souffrance que les patients manifestent, de projeter un objectif thérapeutique, et donc de permettre l'alliance thérapeutique, et d'évaluer, en fonction de celui-ci, le cheminement thérapeutique parfois mouvementé (Vannotti et al, 2006). Lors de l'hypothétisation, une hypothèse doit être formulée de telle manière qu'elle doit être utile, vraie ou fausse peu importe mais flexible, interchangeable et jetable, formulée de manière dynamique, doit susciter de l'espoir, être respectueuse et valorisante, prenant les fonctions positives du symptôme en compte, être allocentrique et circulaire et ne cherchant pas de coupable.

La technique de l'hypothétisation s'intéressant à la souffrance des patients, celle-ci constitue ainsi une composante pour renforcer l'alliance thérapeutique car les patients se sentent non seulement entendus mais également compris. C'est principalement via l'alliance de type II que peut se dérouler au mieux ce processus d'hypothétisation car c'est le moment le plus propice à la « confrontation » des idées.

#### 2.3.2.6.3 *Partialité multidirectionnelle*

C'est à Boszormenyi-Nagy et Krasner (1986) que l'on doit l'origine de ce concept désignant cette modalité d'alliance thérapeutique particulière par laquelle les thérapeutes cherchent à prendre tour à tour le parti de chacun. Leur empathie et leur effort de compréhension s'adresseront dès lors aux différents membres du système concerné. Les thérapeutes encourageront ainsi chacun à faire entendre sa position, tout en prenant en considération les implications qu'elles comportent pour les autres. C'est dans cette même idée que Guntern (1986) décrit la thérapie systémique avec comme objectif un mieux-être pour tous les membres concernés, physiquement dans la thérapie ou non, de telle sorte qu'un mieux-être pour l'un des membres ne signifie pas une perte pour un autre. Les thérapeutes sont donc attentifs tant aux aspirations propres de chacun qu'aux responsabilités qui leur reviennent en tenant compte des autres membres de son groupe d'appartenance. Ce respect du principe éthique d'équité et de réciprocité dans les échanges permet de maintenir, voire de restaurer une relation de considération mutuelle d'ordre éthique, dans le cadre d'une relation Je-Tu, développée par Buber en 1935, entre les membres d'une famille, à travers différentes générations (Buber, 1992).

Il semble dès lors que cette partialité multidirectionnelle participe à l'alliance thérapeutique en incorporant ce principe éthique d'équité et de réciprocité.

#### *2.3.2.6.4 L'aspect éthique des relations*

L'aspect éthique des relations est une dimension importante puisqu'elle prend « l'autre », l'interlocuteur, en considération tout en sachant qu'une confrontation saine et respectueuse au service de la psychothérapie doit être possible. Une fois de plus, vu que « l'autre » se sent « entendu » et écouté, le lien est facilité, les objectifs thérapeutiques plus abordables et la psychothérapie possible, favorisant ainsi aussi l'alliance thérapeutique. Ce principe éthique permet la considération de « l'autre », d'autrui. Sans cette considération, il n'y a pas d'alliance thérapeutique.

Au sein d'une thérapie systémique, il est capital de penser à éclairer et travailler cette dimension éthique des relations. Restaurer, par la pragmatique des échanges, un lien de confiance entre les différents membres d'une famille est dès lors un but en soi.

Il est capital de conserver une capacité à ne pas savoir, c'est-à-dire à être curieux de la compréhension et de l'histoire de l'autre, dans un souci de dialogue véritable. Pour aider au mieux son patient, le psychothérapeute coopère avec lui sans résistance avec les rétroactions du système qui lui sont offertes, en métacommuniquant éventuellement sur leur relation thérapeutique. Dans le respect des objectifs du patient, qui doivent être motivationnels et utiles, le thérapeute peut solliciter son patient pour l'aider en faisant confiance aux capacités de ce dernier (Cabié, 2016).

L'alliance thérapeutique est donc bidirectionnelle. Celle-ci se crée, se maintient et se joue entre les patients d'un côté et les thérapeutes de l'autre. De ce système thérapeutique de « seconde cybernétique », où les thérapeutes se font aussi « observateurs » et font partie intégrante du système, émerge leur renoncement de prétendre contrôler à eux seuls le cours du traitement et à en programmer les résultats. Cela se conçoit parallèlement avec une valorisation plus forte de l'autonomie et de la créativité des individus ou des systèmes interpersonnels. Cette co-construction de situations cliniques et de leur évolution attribue aux thérapeutes de nouvelles responsabilités éthiques (Doherty, 1995).

Une alliance thérapeutique solidement établie n'empêche en rien les nécessaires confrontations avec les patients consultants, dans l'esprit d'une responsabilité commune entre thérapeutes et patients, comme dans les cas de maltraitance par exemple.

Cette perspective éthique implique des aptitudes indispensables pour les thérapeutes face à la souffrance des patients, à la mobilisation de leurs ressources et compétences, dans une position de désaccord éventuel face à la « confrontation » de l'effet « bénéfique » ou « nocif » de leurs actes ou de leurs choix. Un désaccord est donc aussi possible grâce à l'alliance thérapeutique qui garantit un cadre respectueux.

#### *2.3.2.6.5 La composante transgénérationnelle dans le système familial*

Des auteurs tels que Boszormenyi-Nagy et Selvini-Palazzoli pensent indispensable d'avoir une perspective trigénérationnelle pour comprendre le contexte et la souffrance dans lesquels s'inscrit un symptôme. Le travail thérapeutique se déroule donc sur un axe à la fois synchronique et diachronique (Selvini-Palazzoli et al, 1988).

Le génogramme et la chronologie de l'histoire familiale sont tous deux de très bons outils pour établir une alliance thérapeutique avec différents membres de la famille : pour construire le génogramme, on ne se contente donc pas de rassembler des informations factuelles au sujet par exemple des naissances, des décès et des mariages ; des questions sur les valeurs, les croyances, les traditions, les mythes et les règles permettent de mieux comprendre ce que l'on appelle « le roman familial ».

Ainsi, la souffrance vécue par chaque membre d'une famille, souvent cachée et méconnue des autres membres, se voit dévoilée et mise à jour, permettant par exemple à la génération des enfants de mieux comprendre celle de leurs parents et par là, de mieux souder le groupe familial.

Consacrer autant de temps à la famille d'origine de chaque parent ainsi qu'à la famille en traitement fait savoir aux membres de la famille que nous nous intéressons à eux aussi en tant qu'individus (issus d'une histoire familiale) et non pas seulement en tant que membres de sa famille actuelle. Cela s'avère aussi utile pour établir une alliance thérapeutique avec un membre de la famille avec lequel nous avons du mal à nous affilier (Gammer & Cabié, 1998).

Une telle utilisation du génogramme peut être considérée tant comme une technique soulignant le vécu intrapsychique qu'une technique systémique. Cette technique valide donc les affects et permet un rapprochement pour une meilleure alliance thérapeutique avec les parents et les enfants (Gammer & Cabié, 1998). Cet intérêt pour l'histoire transgénérationnelle du système familial, à travers l'intérêt que l'on porte pour l'ensemble des membres de la famille, leur montre que, non seulement les

psychothérapeutes s'intéressent à leur histoire, mais aussi aux autres membres, même s'ils sont absents ou décédés.

#### 2.3.2.6.6 *L'utilisation du langage métaphorique*

Le recours au langage métaphorique permet de s'allier aux patients et montre que nous nous intéressons à leur histoire, à leur souffrance et aux solutions centrées sur leurs ressources et leurs compétences. Nous avons vu dans « Facteurs liés aux psychothérapeutes » (voir 2.3.2.3) que l'intérêt porté par les psychothérapeutes pour les ressources et les compétences des familles amène celles-ci à plus de motivation pour un changement.

Le langage métaphorique est un langage se situant à la frontière de la pensée digitale (sémantique, analytique, logique) et de la pensée analogique (sensorielle, imaginative, symbolique) (Lotman 1980, cité par Onnis, 2015). La métaphore permet la jonction entre ces deux langages. C'est justement parce que le symptôme se situe aussi à cette jonction que la métaphore est ce lien qui permet aux thérapeutes d'appréhender la souffrance familiale et d'approcher leur situation non pas centrée sur les déficits mais sur les ressources et les compétences de leur groupe. Dès lors, tout élément métaphorique « représenté » sur la « scène thérapeutique » devient singulier et les thérapeutes peuvent alors travailler ses potentielles ouvertures vers de nouveaux horizons futurs tout en respectant son caractère d'allusion (Onnis, 2006). C'est précisément ce « jeu métaphorique » singulier qui active la liberté créative de la famille et du thérapeute, en ouvrant un champ où ce jeu peut s'exprimer (Onnis, 2006). Cette dimension esthétique, de par cette créativité, toujours dans un but thérapeutique précis, se conforme à une éthique qui est l'agir de façon à déployer le nombre des choix possibles (Von Foerster, 1991). La technique de l'utilisation du langage métaphorique peut se faire par exemple *via* les sculptures familiales, le conte systémique ou d'autres « objets flottants », selon l'expression de Caillé (Caillé & Rey, 1994).

Nous venons ainsi de parcourir l'historique de l'apparition du concept d'alliance thérapeutique, ses différentes définitions et son but de même que l'engagement dans un processus thérapeutique menant à la dissolution des problèmes, à une meilleure reconnaissance intersubjective et à un réajustement interrelationnel sur le mode d'un accordage affectif entre membres du système notamment.

Différentes définitions de l'alliance thérapeutique « systémique » ont été proposées notamment par Luborsky, Bordin, Gaston et Pinsof, comme susmentionnées.

Cependant, peu d'études décrivent la *façon* d'engager et de permettre cette alliance thérapeutique avec les adolescents. Quelques-unes se sont, cependant, intéressées à cet aspect de la question. Il en ressort des pistes intéressantes qui méritent d'être approfondies, notamment concernant l'alliance thérapeutique entre psychothérapeutes et membres d'une famille avec adolescent(s).

### 3. Questions et hypothèses de recherche

Notre postulat de base est que l'adolescent est pris dans un paradoxe entre dépendance et indépendance à ses parents. Ce paradoxe est une entrave aux soins en soi. Sachant que toute demande de soins est aussi un paradoxe puisque c'est à la fois une demande de confirmation narcissique et une demande d'aide au changement (de cet état narcissique) de quelque chose « ne convenant pas ».

La réponse thérapeutique à un enjeu paradoxal se fait *via* la métacommunication (qui est une information sur la relation). C'est sur la base de celle-ci que l'on va rechercher les facteurs déterminant et favorisant l'alliance thérapeutique avec l'adolescent.

Les facteurs (communs) en lien avec l'alliance thérapeutique avec les membres d'une même famille sont donc liés aux psychothérapeutes, aux patients, à l'effet placebo et à cette interface thérapeute-patient-effet placebo qui est le processus thérapeutique et ses techniques.

En psychothérapie systémique, le processus thérapeutique et ses techniques permettent donc l'alliance thérapeutique avec tous les membres de la famille, y compris l'adolescent. Cette alliance thérapeutique est par contre non-spécifique à l'adolescent puisque le processus thérapeutique systémique concerne tous les membres. Les techniques du processus thérapeutique sont des facteurs qui favorisent certes l'alliance thérapeutique avec l'adolescent, mais sont insuffisants.

Notre hypothèse porte sur l'existence de facteurs spécifiques favorisant l'alliance avec l'adolescent.

Deux questions essentielles se posent :

1. La question est de savoir comment mieux engager l'adolescent dans les soins psychothérapeutiques via l'alliance thérapeutique ?
2. Y a-t-il des facteurs communs et/ou spécifiques favorisant l'alliance thérapeutique avec un adolescent en thérapie systémique ?

## 4. Méthodologie de recherche : revue de littérature

Nous avons effectué une revue de la littérature des facteurs déterminant et favorisant l'alliance thérapeutique avec les adolescents en famille.

Nous avons combiné différents modes de recherche, dont l'approche par mots-clés et l'approche sources (Mesguish & Thomas, 2013, p. 149).

Ainsi, nous avons débuté une pré-recherche par des mots-clés sur texte intégral des pages web par l'intermédiaire des moteurs de recherche généralistes. Nous avons sélectionné les mots-clés suivants : alliance thérapeutique adolescence. A partir des résultats, nous avons recherché des sources fiables et pertinentes et avons sélectionné ainsi le site de Julien Fousson (Fousson, 2012), « Le Chameau psychiatrique », à partir duquel nous avons mené une approche sources et exploration (Mesguish & Thomas, 2013, p. 150), au vu de la fiabilité du site (donc exploration des liens internes et externes, consultation des bibliographies proposées). Julien Fousson est en effet psychiatre praticien hospitalier en France (Centre hospitalier J.-M. Charcot), a publié entre autre dans la revue « L'information psychiatrique » (Cairn.info, 2014). Grâce à ce repérage, nous avons identifié des sources de référence rapidement.

Parallèlement, nous avons identifié les producteurs d'information du domaine recherché (revues médicales, organismes, etc.). Des recherches ont été donc faites également sur le site de l'OMS *via* le moteur de recherche interne. Nous avons sollicité des spécialistes soit de l'adolescence soit de thérapie systémique pour obtenir des références de lectures fiables et spécialisées : Katharina Auberjonois, Françoise Narring, Catherine Chamay, Anne Meynard, Manuel Tettamanti et Dagmar Haller-Hester.

Le moteur de recherche PubMed a été utilisé pour accéder à la base de données bibliographique Medline, cette fois-ci encore *via* une recherche par mots-clés. Sur la plateforme de publication et de diffusion de revues de sciences humaines et sociales Cairn.info, nous avons effectué la même recherche (en français et dans la recherche avancée) avec les concepts suivants : alliance thérapeutique ET adol.

La recherche s'est effectuée aussi sur le moteur de recherche Google Scholar pour avoir des références.

Sur l'ensemble des articles récoltés (Cairn, Medline, etc.), notre sélection a été faite premièrement selon un critère de généralité (nous avons exclu les documents traitant de

pathologie ou sur un sujet peu pertinent). Ensuite, nous avons veillé à recueillir des articles ayant l'ensemble des concepts recherchés (**alliance thérapeutique et adolescence et thérapie familiale (ou systémique)**). Troisièmement, nous avons sélectionné les articles selon différentes combinaisons (**Alliance thérapeutique et adolescence ; Alliance thérapeutique et thérapie familiale/systémique ; Adolescence et thérapie familiale/systémique**).

## 5. Résultats de la revue de littérature

### Réponses thérapeutiques : Comment engager davantage les adolescents et leur famille dans une psychothérapie systémique *via* des facteurs favorisant l'alliance thérapeutique ?

#### 5.1 La place des parents

Faire alliance avec une famille avec adolescent(s) sans considérer la place des parents n'est pas envisageable. C'est d'une part un contre-sens étymologiquement parlant. D'autre part, la majorité des études démontrent que la place des parents est d'une importance capitale dans l'alliance thérapeutique si l'on veut l'établir aussi avec leur(s) adolescent(s) (Diamond, Hogue ; Liddle & Dakof, 1999 ; Diamond, Diamond & Liddle, 2000 ; Shelef, Diamond, Liddle & Diamond, 2005 ; Robbins et al, 2006 ; Hogue, Dauber, Stambaugh, Liddle & Cecero, 2006 ; Higham, Friedlander, Escudero & Diamond, 2012 ; De la Pena, Friedlander, Escudero & Heatherington, 2012 ; Diamond & Liddle, 2012).

Les relations entre parents et adolescents suscitent beaucoup d'intérêt en psychologie du développement d'autant plus que, comme nous suggèrent Claes et Lannegrand-Willems (2014), trois postulats en sous-tendent la réflexion :

- Les relations avec les parents connaissent d'importantes modifications durant l'adolescence
- Ces relations demeurent centrales car elles influencent la santé mentale et le bien-être des adolescents
- Et enfin puisqu'il s'agit de relations, donc d'interactions entre des personnes, chacun des membres agit l'un sur l'autre avec une certaine influence réciproque

Deux dimensions essentielles de la fonction parentale pendant l'adolescence sont la proximité affective et l'encadrement (Claes & Lannegrand-Willems, 2014).

Concernant la proximité affective, la théorie de l'attachement décrit manifestement le modèle le plus significatif mettant en valeur la stabilité des liens émotionnels. Ainsi, par exemple, l'absence de liens concrets, la négligence parentale ou la présence de conflits importants se retrouvent très souvent au sein des problèmes les plus sévères qui touchent les jeunes : délinquance, tentatives de suicide, toxicomanie (Claes & Lannegrand-Willems, 2014). Ainsi, en thérapie familiale, il est important d'amener les parents à partager ce qu'ils valorisent et apprécient, tout particulièrement chez l'adolescent, et à renvoyer des messages positifs lorsque ce dernier le mérite. Le

thérapeute constate souvent que, dans une famille, des membres se traitent les uns les autres comme si leurs relations allaient de soi. Le thérapeute peut alors aider la famille à se rendre compte qu'elle s'est crispée dans une ambiance de critique et de méfiance mutuelles. « Les adolescents qui reçoivent trop peu de chaleur et n'ont pas assez de liens positifs avec leur famille seront d'autant plus sensibles aux influences de leurs pairs » (Gammer & Cabié, 1998, p. 77). Or, en général, les parents et les enfants veulent être fiers les uns des autres, se faire plaisir, sentir qu'ils appartiennent au même groupe, se surprendre et pouvoir donner leurs opinions et leurs choix librement et mutuellement (Cabié, 2016).

En début de thérapie, lorsqu'il s'agit de thérapie familiale, on peut réaliser l'arlequin systémique en posant les questions suivantes : « quelles sont pour vous les principales qualités de votre enfant ? » et de la même façon poser la question aux enfants sur leurs parents (Cabié, 2016).

Les thérapeutes peuvent recadrer les comportements des parents en mentionnant l'intention positive qu'il y a derrière leur inquiétude, par exemple, et les comportements des adolescents en leur demandant les bonnes raisons de ceux-ci. Il est aussi important de normaliser le conflit parents-adolescents (Cabié, 2016).

En thérapie individuelle, il est important de remercier l'adolescent d'être là et de poser la question : « qu'aurait-il fait à la place de ses parents, ou de celui qui l'adresse ? » et « comment rendre ce temps de thérapie utile ? ».

Quant à l'encadrement et au contrôle parental, leur absence a pour effet de réduire le niveau de performance scolaire, de favoriser les comportements déviants et la consommation de drogue douce (Claes & Lannegrand-Willems, 2014). Il ressort également de travaux de Laursen et Collins (2009) que ce qui est déterminant dans le développement des adolescents face à l'exercice des fonctions parentales est la qualité du climat relationnel qui domine dans une famille. Ce climat est le fruit d'une construction mutuelle des parents et des adolescents.

Dans la majorité des familles dont le patient identifié est un adolescent, on observe des difficultés dans la parentalité (Gammer, 1998). D'autres d'éléments diagnostiques peuvent être également importants, mais cette difficulté est incontestablement toujours présente. Pour un parent, un adolescent est tour à tour un enfant avec une peluche dans ses bras et cette personne qui exige d'être traitée en adulte et réclame l'autorisation de

rentrer à trois heures du matin par exemple. Ce passage de la dépendance à l'indépendance déconcerte bien entendu n'importe quel parent. Les états de stress familiaux augmentent entre parents et adolescents lorsque les parents ont eux-mêmes des difficultés. Mais le défi qui se pose lorsqu'il y a un adolescent est celle du contrôle parental (Gammer, 1998).

De nombreux parents arrivent en thérapie en se sentant (ou en s'affichant) impuissants. Ils considèrent qu'ils ont perdu tout contrôle (Gammer, 1998). Le thérapeute doit alors s'attaquer à cette lutte familiale pour le pouvoir et la hiérarchie (Haley, 1979). Il s'agit de passer en revue les domaines dans lesquels les parents se sentent prêts à coopérer avec succès, et ceux dans lesquels ils en sont incapables. Les sujets tels que l'heure à laquelle les adolescents doivent rentrer à la maison, l'argent de poche, les amis, l'école, et les tâches domestiques doivent être passés en revue (Gammer, 1998). Il est primordial de ne pas se substituer aux parents mais de les aider à reprendre leur rôle parental.

Pour créer une alliance thérapeutique avec l'adolescent, il est capital que les parents comprennent le sens de « materner » un adolescent. En effet, materner implique (plus qu'une réponse aux besoins élémentaires de nourriture, d'un toit et de vêtements) un investissement en temps, en intérêts et en énergie (Gammer, 1998). Il est en même temps essentiel de montrer de la chaleur et de l'affection, et de s'amuser ensemble. L'adolescent a de nouveaux intérêts intellectuels et un nouveau style d'humour. Pour l'adolescent bousculé par l'émergence de la sexualité, il devient inapproprié par exemple de s'asseoir sur les genoux de sa mère. Il faut de même utiliser un humour et des jeux familiaux correspondant au nouvel âge de l'adolescent. Il se peut qu'un parent, ou même les deux n'aient jamais effectué cette transition. Soit les parents continuent à materner leur adolescent d'une manière inadaptée pour son âge, soit ils se détachent émotionnellement (Gammer, 1998).

La nature des conflits entre parents et adolescents sont le plus souvent jugés comme mineurs à la fois par les adolescents et les parents (Laursen & Collins 2009). Il s'agit le plus souvent de conflits de territoire plutôt que de confrontation ou de conflits de valeurs ou de fossé des générations (Claes & Lannegrand-Willems, 2014). Bank, Paterson et Reid (1996) ont démontré qu'une famille qui règle ses différents points de vue de façon contraignante pousse à la survenue de comportement agressif chez les adolescents.

Il est important que les parents guident leurs adolescents. Cela implique que la famille soit d'accord pour discuter les valeurs et convictions familiales. Souvent, ce n'est pas facile pour les parents car plus jeune, en effet, l'enfant acceptait leur point de vue sur le monde, sans question. Maintenant qu'il est adolescent, il défie, met à l'épreuve, argumente et discute. Les parents, de leur côté, lorsqu'ils entendent leurs convictions rejetées et critiquées, souvent se sentent blessés et déconsidérés. Certains même remettent en doute leurs choix de vie et de valeurs. Les échanges de points de vue entre parents et adolescents, lors des entretiens familiaux, sur les valeurs familiales, sont souvent une part importante du travail systémique (Gammer, 1998).

Lors du travail transgénérationnel avec les génogrammes, des désaccords peuvent aussi exister entre les valeurs d'origine des deux parents. Quoi qu'il en soit, cette mise en discussion sur les valeurs et convictions familiales est importante pour l'adolescent car elle lui favorisera l'émergence de convictions et valeurs propres, tout en étant loyal au mythe familial.

Un adolescent, lorsqu'il vient en thérapie, même s'il est en conflit avec ses parents, reste loyal vis-à-vis d'eux. Considérer uniquement l'avis de l'adolescent est un leurre, tout comme le fait de privilégier seulement celui des parents. Encore une fois, de nombreuses études (Diamond et al, 1999 ; Diamond et al, 2000 ; Shelef et al, 2005 ; Robbins et al, 2006 ; Hogue et al, 2006 ; Higham et al, 2012 ; De la Pena et al, 2012 ; Diamond & Liddle, 2012) démontrent que faire alliance avec les parents est capital pour faire alliance avec leur(s) adolescent(s). Ces études considèrent que plus l'alliance thérapeutique est forte avec les parents et plus il serait facile d'aboutir à une alliance thérapeutique plus rapidement avec leur(s) adolescent(s), que les interactions parents-adolescent(s) seraient moins hostiles et que la participation de l'adolescent dans le processus thérapeutique serait renforcée.

Une étude en particulier (Diamond & al, 2000) oriente le thérapeute vers cinq tâches dans l'élaboration de l'alliance thérapeutique : la première étant de « recadrer » les relations, la deuxième étant de faire alliance avec l'adolescent, la troisième consiste à faire alliance avec les parents, la quatrième de reconsolider leur lien et la cinquième, enfin, est de promouvoir leurs compétences mutuelles.

Une autre étude (Higham & al, 2012) nous oriente vers quatre éléments importants à développer lors de l'alliance et du processus thérapeutiques : que l'adolescent communique ses pensées et ses sentiments à propos du problème, du but et des tâches

lors de la thérapie, que le thérapeute valide la réticence de l'adolescent et encourage son dévoilement, que la motivation pour l'engagement thérapeutique soit discuté et que le thérapeute et/ou le parent offre à l'adolescent l'information, la clarification ou le support relatif à l'engagement thérapeutique. Nous voyons ici le lien avec les théories de Bordin, Gaston et Pinosof notamment.

Le but du soutien parental dans la thérapie est d'arriver à changer les pratiques parentales en vue de l'amélioration symptomatique de leur adolescent. Ce changement permet entre autres de juguler des symptômes d'abus de substances (Shelef et al, 2005).

L'étude de Diamond et Liddle (2012) nous rappelle que comprendre l'expérience unique de l'adolescent, favoriser son développement cognitif et émotionnel, faciliter les relations saines, investies et solidaires entre parents et adolescent(s), et aider les adolescents à fonctionner de façon plus efficace dans des contextes extra-familiaux tels que l'école et les relations avec les pairs, est le focus adéquat à une thérapie avec adolescent(s).

Rappelons que lorsque les membres d'une famille peuvent exprimer un but commun, ceux-ci parviennent à des compromis et montrent un respect mutuel dès les premières séances, ce qui encourage les thérapeutes à l'expression de davantage d'émotions et à prendre plus de risques quant aux confrontations permises par l'alliance thérapeutiques.

D'un point de vue éthique, il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble des relations intersubjectives entre membres (même absents) de tout le système. L'alliance thérapeutique n'est pas, éthiquement, qu'un « apprivoisement » des patients mais c'est grâce à elle également qu'une confrontation des points de vue est possible, tant des parents, des adolescents que des psychothérapeutes.

A travers la dimension transgénérationnelle, les adolescents prennent la mesure de l'importance de leur histoire personnelle ; ils se sentent plus impliqués et s'intéressent à leur propre évolution. La place des parents est ici prépondérante car un adolescent, quoi qu'il en soit, leur reste très loyal (spécificité des liens familiaux). Nier cette place accordée aux parents dans une thérapie individuelle mène quasi automatiquement à un échec thérapeutique.

Selon Claes et Lannegrand-Willems dans leur manuel de la psychologie de l'adolescent écrit en 2014, il est important de signaler l'influence réelle des parents sur leurs

adolescents. Des considérations importantes étayent le fait que les parents ne sont pas responsables de tous les symptômes chez leurs enfants :

- L'effet direct des pratiques parentales sur divers facteurs du développement et de la santé mentale des adolescents est finalement faiblement corrélé
- On a trop longtemps négligé l'influence de facteurs génétiques sur les dimensions de la personnalité et sur l'apparition des troubles mentaux

Ceci indique que ce qui mène à la compréhension profonde des processus en jeu dans les interactions familiales et leurs effets sur le développement des adolescents est loin d'être simple. La présence d'effets modérateurs, d'effets réciproques ou d'interactions avec d'autres sources d'influence constitue aussi une règle et pas seulement une exception.

## **5.2 La place de l'écoute active**

D'une manière générale, les études ont aussi généralement montré que la chaleur, l'intérêt, le respect, la flexibilité, l'ouverture, l'honnêteté, l'empathie, la loyauté, l'acceptation et la patience était autant de caractéristiques du psychothérapeute qui ont une influence positive sur l'alliance thérapeutique avec le jeune. De même, le fait d'encourager l'exploration chez le jeune patient, de refléter ses dires ou encore de faciliter l'expression de ses affects permet de renforcer l'alliance thérapeutique (Constantino, Castonguay, Zack & De George, 2010).

A l'inverse, le fait d'être jugeant et critique, la rigidité, la distance, la distraction, ou plus concrètement le fait de trop structurer les séances, de faire un usage inapproprié du silence sont autant d'éléments qui ont un impact négatif sur l'alliance thérapeutique avec le jeune (Claes & Lannegrand-Willems, 2014).

Dans une étude consacrée à la psychothérapie d'enfants âgés entre 7 et 13 ans<sup>6</sup>, Creed et Kendall ont montré que mettre l'enfant sous pression, être trop formel et distant envers lui, ou encore trop souligner des expériences comme une preuve d'auto-dévoilement, contribuent négativement à l'alliance thérapeutique (Creed & Kendall, 2005). Nous reviendrons sur ce dernier élément dans le chapitre 5.2.6.

---

<sup>6</sup> Pour rappel, l'OMS définit l'adolescence dans les âges de 10 à 19 ans (Cf chapitre OMS et santé publique)

Karver et ses collègues étudient plus spécifiquement la question de l'alliance thérapeutique avec les adolescents, et examinent cette question lors des quatre premières séances d'une thérapie avec des adolescents suicidaires et dépressifs (Karver et al, 2008). Ils ont pu mettre en évidence les « erreurs » du psychothérapeute concernant l'alliance thérapeutique. Par exemple, ces erreurs sont identifiées comme étant l'incapacité à reconnaître et valider des affects de l'adolescent, l'émission de critiques, le fait de trop insister sur ce qui s'est passé lors de la dernière séance (Karver et al, 2008). Ces erreurs sont délétères pour l'alliance thérapeutique avec les adolescents. Une des pistes pour renforcer l'alliance thérapeutique avec un adolescent serait basée sur l'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2013) qui est un style thérapeutique particulièrement approprié à la co-construction d'une alliance positive avec la patientèle adolescente en début de prise en charge (Naar-King & Suarez, 2011). Ce style thérapeutique provient de la thérapie cognitivo-comportementale et l'adapter quelque peu à la thérapie familiale en vue du renforcement de l'alliance avec un adolescent serait bénéfique.

La relation commence dès l'accueil : parce que l'adolescent fait montre d'une très grande sensibilité au contexte, le thérapeute veillera à ce que le cadre d'accueil puisse faciliter « la convivialité, le respect, le rappel de la confidentialité » entre le thérapeute et l'adolescent (INPES, 2009, p. 26). Un cadre favorable est un élément qui participera positivement à construire, à modifier, les représentations et l'attitude de l'adolescent vis-à-vis du thérapeute (INPES, 2009). « L'objectif est que l'adolescent se sente reçu, accueilli en tant que personne. L'accueil est à l'origine d'une relation de confiance, il sera un élément favorisant l'expression de l'adolescent » (INPES, 2009, p. 26). Dans l'écoute active est comprise « l'action » telle que regarder l'adolescent, lui donner une place, lui tendre la main par exemple en premier (INPES, 2009).

Lorsque l'adolescent est vu en famille, dès le début du premier entretien, il est important de donner une place à l'adolescent en tant qu'interlocuteur à part entière. Ce lien avec un adolescent ne peut se créer que dans un climat de confiance.

Pour rappel, des recherches sur les représentations des jeunes sur la thérapie familiale suggèrent que le rapport des thérapeutes au patient doit être chaleureux, optimiste, humoristique et impliqué (Beck et al, 2006, cité par Thompson, Bender, Lantry & Flynn, 2007). Ces aspects sont cruciaux pour qu'un traitement soit bénéfique.

Pour transformer la « résistance » et la réticence en un investissement dans le traitement, il est requis de développer une relation collaborative avec des thérapeutes qui encouragent les jeunes à trouver leurs propres solutions (Diamond et al, 1999). Des études (Diamond et al, 1999 ; Diamond & Liddle, 2012) démontrent l'intérêt de l'aspect accueillant du thérapeute, de son respect, de son temps partagé ou consacré aux jeunes, de son ouverture d'esprit. Il est souligné également l'importance de la différenciation des rôles, de la guidance, de l'identification et de la familiarité avec le thérapeute, de la confiance et de la prise de responsabilité du thérapeute vis-à-vis de l'adolescent (Martin et al, 2000).

Les études concernant l'alliance thérapeutique avec les adolescents démontrent donc l'importance de l'écoute active de ceux-ci. En effet, un adolescent qui ne se sent ni écouté ni compris est un adolescent que l'on « perd » en thérapie, menant à une interruption de soins.

### **5.3 La place de la réflexivité**

Le concept de réflexivité peut être défini comme étant « la capacité que possède l'être humain (...) de se regarder fonctionner, de regarder l'autre fonctionner en relation à soi et de regarder ce quelque chose qui se construit entre nous que l'on appelle une relation, dans un contexte, dans un mouvement » (Kuenzli-Monard, 2006, p.184).

En 1996, Howard et ses collaborateurs recommandent d'évaluer systématiquement la réponse des patients au cours de la thérapie (Howard, 1996, cité par Isebaert et al, 2015). Cette recommandation de feed-back au patient a des effets positifs. En effet, un feed-back systématique sur le cours du traitement peut permettre d'avoir de bons résultats avec bon nombre de patients pour lesquels cela n'était pas le cas jusque-là. Ce feed-back favorise l'aspect personnel de la psychothérapie et permet d'identifier les signaux d'alerte précoce pour les patients à risque d'interrompre la psychothérapie. Ce feed-back prévient donc les abandons de traitement et les résultats négatifs et améliorent ainsi nécessairement la performance des thérapeutes, offrant une solution au problème de la variabilité entre ces derniers. L'échelle d'évaluation des résultats (Outcome Rating Scale, ORS) et l'échelle d'évaluation de la séance (Session Rating Scale, SRS) sont des mesures, l'une pour évaluer les résultats et l'autre pour évaluer l'alliance thérapeutique. Ces deux échelles d'évaluation permettent donc d'évaluer les avantages ou les manques de la psychothérapie et d'améliorer les objectifs de celle-ci et de mener à terme efficacement la psychothérapie (Isebaert et al, 2015).

Les pratiques réflexives en cours de traitement permettent en général le développement de meilleures relations entre les patients et les thérapeutes, une amélioration de l'alliance thérapeutique et ce, grâce à la transparence du processus thérapeutique et à la meilleure collaboration qui en découle. Par la réflexivité, il est possible de sentir, de ressentir et d'évaluer le lien. Poser la question du lien entre psychothérapeutes et membres de la famille le renforce d'autant plus que cette question se pose, à nouveau, dans un contexte de « sincérité ».

Le puissant levier thérapeutique de la réflexivité est d'amener psychothérapeutes et patients vers un accordage affectif thérapeutique plus grand et donc une alliance thérapeutique plus grande.

Les études sur ce sujet sont encore récentes et l'analyse de quelques données de la consultation pour familles et couples aux HUG est transmise à titre informatif (voir chapitre 7).

## **5.4 La place de l'humour**

La thèse de Boulé (2012) a apporté un éclairage sur la place qu'occupe actuellement au Québec l'humour en psychothérapie et a permis d'examiner la pertinence d'une formation à son utilisation optimale par les psychologues québécois.

De façon globale, les résultats de cette thèse révèlent que l'utilisation de l'humour en thérapie est vraisemblablement un phénomène complexe évoquant des sujets de controverses ou de contradictions mais sans aucun doute digne d'intérêt à la fois pour les scientifiques et pour les cliniciens (Boulé, 2012). Ce sujet suscite curiosité et enthousiasme chez ceux-ci. Les résultats révèlent que les cliniciens ont un faible niveau de connaissance sur les théories des différents styles d'humour ou de cette technique d'intervention. Par ailleurs, les résultats de Boulé mettent en relief l'absence actuelle de formation sur l'humour en thérapie et la reconnaissance de la pertinence d'une telle formation.

La fonction pour laquelle l'humour semble le plus utilisé s'exerce à l'extérieur de la thérapie pour mieux supporter le stress lié à l'emploi (Boulé, 2012).

Comme pour le dévoilement, Boulé (2012) nous informe que ce sont les cliniciens d'orientation psychodynamique/analytique qui obtiennent les scores les plus bas quant à la perception de l'utilité et de l'utilisation de l'humour en thérapie.

L'humour doit être utilisé avec parcimonie, au moment opportun et en aucun cas contre les patients. Il doit être utile pour l'alliance thérapeutique. En aucun cas, l'humour signifie « rire de » mais bien « rire avec » (Bouaziz, 2007 ; De Bernart et Giommi, 2007 ; Goldbeter-Merinfeld, 2007 ; Nardone et Portelli, 2007). Au contraire, humour signifie rire de bon cœur, ensemble, à propos d'une situation comique, dérisoire ou surréaliste. Il souligne la nature humaine de la rencontre thérapeutique.

C'est un outil efficace pour relativiser, dédramatiser parfois et dans la plupart des cas, qui agit comme un recadrage, que le/les adolescent(s) acceptent, en général, volontiers, et donc comme un puissant levier thérapeutique.

Par un acte créatif de la part des thérapeutes, l'humour installe une ambiance spontanée, sincère et décontractée permettant, la plupart du temps, de créer plus facilement l'alliance thérapeutique. Rire en thérapie est essentiel car parents et enfant(s)/adolescent(s) s'accordent plus facilement sur un registre affectif, but également de la thérapie, car ils ressentent la relation intersubjective comme sincère et permet à chacun des membres du système d'être plus créatif et participatif vis-à-vis de ces soins proposés. L'adolescent et sa famille s'engagent véritablement dans la thérapie car ils y vivent une expérience émotionnelle correctrice, l'objectif étant aussi de (re)vivre cette expérience en famille à la maison.

L'humour permet aussi de décharger les tensions et d'exprimer parfois plus facilement ses demandes, ses attentes et ses besoins aux autres membres du système. Il est aussi une sublimation permettant de surpasser/dépasser ses souffrances et même d'accéder à une résilience familiale. L'humour est à la fois une défense et une thérapie en soi.

## **5.5 La place de la bonne distance et de la posture du thérapeute**

Il s'agit pour le thérapeute de pouvoir personnellement se positionner face à son patient. Dans le champ psychothérapeutique, le thérapeute doit être à la fois souple et constructif en matière de distance thérapeutique, et d'alliance thérapeutique, afin de gérer de façon optimale, opérationnelle, l'empathie dans son travail professionnel (Nasielski, 2012). Il doit être conscient des éléments connus comme l'identification avec le patient, ses projections sur ce dernier, ses contre-transferts, par un travail sur soi (Nasielski, 2012).

Il existe deux nécessités de base dans le métier de psychothérapeute, celle d'établir une bonne alliance thérapeutique et celle de maintenir une bonne distance thérapeutique.

D'une part, une bonne alliance thérapeutique permet un accompagnement à la fois soutenant et sécurisant (Nasielski, 2012) et, d'autre part, une bonne distance thérapeutique donne la possibilité au patient d'accorder au thérapeute la confiance lorsque celui-ci sera ressenti comme suffisamment proche, soutenant, compréhensif, informé et sécurisant (Nasielski, 2012). Ces éléments permettront ainsi de réduire la difficulté pour les patients de changer (de cadre de référence) et agiront comme un puissant levier thérapeutique. Pour se faire, le thérapeute se doit de contrer toute manœuvre à faire glisser la relation vers un engagement « personnel, sentimental ou sexuel » (Nasielski, 2012).

Les adolescents peuvent provoquer des réactions extrêmement fortes. Il y a du coup des thérapeutes qui ne « supportent » pas travailler avec les adolescents, tandis que d'autres « adorent » ça (Gammer, 1998). L'âge et l'expérience personnelle du thérapeute sont des facteurs qui influencent ses réactions (Gammer, 1998).

Les jeunes thérapeutes font souvent alliance avec les adolescents contre les parents. Ils parviennent parfois vite à la conclusion que l'adolescent est devenu victime de parents indifférents et/ou incompetents (Gammer, 1998). « Il arrive souvent qu'un jeune thérapeute, qui vient lui-même d'établir sa propre identité professionnelle, ait encore quelques problèmes non résolus, concernant son image de lui-même, sa sexualité, et sa séparation d'avec sa propre famille d'origine. Il peut en résulter des réactions de contre-transfert exagérément négatives à l'encontre des parents » (Gammer, 1998, p. 85).

Un autre mode fréquent de contre-transfert apparaît quand le thérapeute se substitue aux parents pour déterminer qui est le meilleur parent. Cela place l'adolescent au sein d'un important conflit de loyauté. S'il veut rester loyal à ses deux parents, il est alors obligé de mettre le thérapeute en échec (Benoît & Roume, 1986). Par contre, « des thérapeutes qui, eux-mêmes, ont ou ont eu des enfants adolescents, peuvent aisément trop s'identifier aux parents. Ayant déjà fait l'expérience de la frustration et de l'impuissance, ils peuvent transmettre aux parents ce sens de 'l'impossibilité' de vivre des adolescents. Le patient identifié est de ce fait subtilement critiqué, et d'autant plus rejeté » (Gammer, 1998, p. 85).

Le thérapeute doit donc veiller à ses propres résonances, c'est-à-dire ce qu'il a vécu avec sa propre famille et qui résonne en lui lorsqu'il est au contact d'une famille en

psychothérapie car c'est ce qui lui permettra de marquer la bonne distance avec l'adolescent et les parents.

## **5.6 La place du vouvoiement et du tutoiement**

Le vouvoiement avec un adolescent marque à la fois la distance mais n'empêche pas un lien fort de s'établir, dans sa grande diversité. Par cette attitude relationnelle, le vouvoiement peut être l'occasion de manifester l'émergence de l'adulte chez l'adolescent, ce qui n'enlève rien à toute l'empathie chaleureuse dont peut faire preuve le thérapeute (INPES, 2009). « Quand l'adolescent n'est pas connu, il est opportun de commencer l'entretien par un vouvoiement puis, si besoin, de poser la question du tutoiement » (INPES, 2009, p. 30).

Par ailleurs, si l'enfant connu depuis un certain temps est auparavant tutoyé et que l'on passe à son vouvoiement, nous interrompons une habitude et il ne faut pas qu'il le comprenne comme une rupture de lien (INPES, 2009). Utiliser le tutoiement ou le vouvoiement dans la relation n'est jamais anodin. Cette question ne se pose que très rarement dans le sens adolescent/professionnel de santé, l'adolescent reconnaissant l'autorité de l'adulte et du professionnel (INPES, 2009). En revanche, dans le sens professionnel/adolescent, aucune règle n'existe dans l'utilisation du « tu » ou du « vous ». Le « tu » implique une certaine proximité nécessitant une attitude de respect afin que ce tutoiement soit considéré comme bienveillant (INPES, 2009). Dans le cas contraire, l'adolescent pourra percevoir ce tutoiement comme intrusif, familier, voire infantilisant. Le « vous » témoigne du respect pour l'adolescent mais considéré comme obstacle à la communication s'il exprime une mise à distance, une défense, ou pire, de l'indifférence par rapport à l'adolescent (INPES, 2009). Quoi qu'il en soit, le sens utilisé, que ce soit le tutoiement ou le vouvoiement, n'est pas neutre et le thérapeute doit être à l'aise avec celui qu'il a décidé d'adopter. Son sens sera influencé par l'attitude du thérapeute vis-à-vis de l'adolescent qui est également à l'écoute du regard, des mots et des gestes du thérapeute. Tout est une question de « manière d'être » avec l'adolescent (INPES, 2009).

De toute façon, que l'on vouvoie ou tutoie le patient adolescent, c'est le nommer et par là-même lui permettre de prendre place et d'exister, face au thérapeute.

« L'un des problèmes qui se pose à chaque individu au moment de son accession à une identité adulte, est de quitter l'état d'enfance tout en restant l'enfant de ses parents » (Gammer & Cabié, 1998, p. 206). Ainsi, vouvoyer un adolescent est utile dans bien des

situations mais le tutoyer parfois aussi. Si, parmi les deux co-thérapeutes, l'un utilise le vouvoiement et l'autre le tutoiement, alors cette technique peut représenter un puissant levier thérapeutique. En effet, cette différence peut marquer le mouvement naturel de l'adolescent tendant au besoin d'autonomie d'une part et au besoin de dépendance à ses parents d'autre part. Le vouvoiement permet de le rendre plus responsable tandis que le tutoyer permet de le placer dans cette position « d'enfant de ses parents ». Cette utilisation du « tu » par un thérapeute et du « vous » par l'autre thérapeute permet aussi à l'adolescent de se positionner tel un futur adulte en devenir, avec les questionnements que cela pose, comme développé dans les points théoriques. Il est indispensable de penser l'adolescent comme participant aux règles communes instaurées par ses parents à la maison. C'est pour cela que le tutoiement est important car il est clairement identifié comme l'enfant de ses parents. Mais c'est aussi pour cela que le vouvoiement l'est tout autant car l'adolescent est mis clairement dans une position responsable de la bonne « autorité » qu'il accorde à ses parents. De même, vouvoyer un adolescent, en présence d'autres enfants plus jeunes de la fratrie, permet de positionner ce/ces adolescent(s) comme pouvant donner l'exemple aux suivants.

## **5.7 La place de l'(auto-)dévoilement**

La question du dévoilement des thérapeutes vis-à-vis de leurs patients a fait l'objet de nombreuses études et récemment, Holmqvist (2015) s'est interrogé sur l'utilisation de l'auto-dévoilement parmi des psychothérapeutes suédois. Il constate que le dévoilement concerne autant la description d'expériences personnelles du thérapeute que celle de l'expérience du thérapeute avec son ou ses patients en séances psychothérapeutiques, de même que l'information au patient sur le processus psychothérapeutique en cours. Les résultats de cette récente étude confirment que les psychothérapeutes d'inspiration psychodynamique utilisent moins le dévoilement que les thérapeutes des autres orientations.

Les psychothérapeutes avec moins d'expérience professionnelle et les jeunes thérapeutes utilisent plus le dévoilement que les thérapeutes avec une plus longue expérience. Il est probable que les interventions de dévoilement des thérapeutes sont encore basées sur des convictions thérapeutiques plus que sur des points théoriques clairs basés sur des recherches (Hill & Knox, 2002). Holmqvist explique que les jeunes thérapeutes sont plus ouverts au dévoilement et au fait d'informer leurs patients sur eux-mêmes. Ce serait l'indication d'une attitude de plus grande ouverture d'esprit (Holmqvist, 2015).

Ziv-Beiman a répertorié en 2013 que l'auto-dévoilement était le plus souvent utilisé chez les psychothérapeutes pour leurs patients s'ils souffraient de troubles de l'adaptation, de troubles anxieux, de troubles de l'humeur, ou de syndrome de stress post-traumatique et le moins souvent utilisé lorsque leurs patients souffraient de troubles de la personnalité, de troubles du comportement, de troubles du contrôle des impulsions ou de troubles psychotiques.

Pour le futur, il serait intéressant d'étudier le dévoilement dans des situations où les antécédents et les conséquences de celui-ci peuvent être analysés *in situ*. Réfléchir sur les ressources thérapeutiques potentielles que le dévoilement peut apporter, en plaçant le focus sur ce que le patient pourrait en retirer serait bénéfique. Il est probable que la capacité du thérapeute à se dévoiler et celle du patient à utiliser cette information provenant du dévoilement varient (Holmqvist, 2015).

L'utilisation de la compétence à ce dévoilement peut mettre en évidence la réciprocité, l'égalité, l'authenticité et la sincérité dans la relation thérapeutique et ainsi augmenter le résultat thérapeutique (Vasquez, 2007). Les Gestalt-thérapeutes vont d'ailleurs dans ce sens en se basant moins sur des techniques thérapeutiques que sur l'utilisation de leur personne de façon sincère et authentique dans un état de conscience pleinement présente, traduite par « awareness » (Blanquet, 2007 ; Crispoux, 2007 ; Mairesse, 2007).

Dans cette idée de vivre une expérience « sincère » en thérapie familiale, le levier thérapeutique pour l'ensemble du système consiste à « montrer l'exemple » en « dévoilant » ses émotions, ses ressentis, parfois en fonction de ses propres résonances, au service de l'expression des émotions des autres membres du système. Ainsi confiant, le/les adolescent(s) « imitent » le/les psychothérapeute(s) et s'expriment plus aisément en présence de leurs parents, ce qui représente, une fois de plus, un puissant levier thérapeutique.

L'(auto-)dévoilement est donc puissant à condition qu'il soit bien utilisé et que les psychothérapeutes restent aussi à leur place (ne pas déverser leur propre souffrance par exemple). De cette façon, les patients ne tendront pas à un mouvement de protection envers les psychothérapeutes. Ceci concorde avec les travaux de Salovey et Brackett sur l'intelligence émotionnelle (voir chapitre 2.3.2.3).

Le dévoilement porte tant sur les émotions et l'expression des ressentis des psychothérapeutes que sur la « procédure thérapeutique » utilisée pour arriver à engager des membres d'une famille à se comprendre. Plusieurs études (Paine et al, 2010 ; Sturges, 2012 ; Tokic & Ninoslava, 2010 ; Ziv-Beinam, 2013) vont dans ce sens, notamment aussi pour développer l'alliance thérapeutique entre psychothérapeutes et patient. En effet, le but de l'auto-dévoilement est de favoriser le lien entre le thérapeute et son patient, surtout chez l'adolescent, de permettre à ce dernier de mieux se dévoiler sur son histoire et ses émotions et de favoriser ainsi le déroulement psychothérapeutique. L'auto-dévoilement est donc ici considéré comme favorisant l'alliance thérapeutique permettant le traitement et la dissolution du problème pour lequel le patient a été amené à consulter.

Ces quatre études démontrent qu'un psychothérapeute qui s'auto-dévoile permet aux jeunes de constater l'aspect chaleureux, la considération personnalisée et le lien plus authentique ressenti par le jeune, trois aspects qui influent sur le point de vue du patient sur le psychothérapeute. Il y est également étudié qu'une psychothérapie sera plus efficace si le thérapeute se dévoile sur une histoire plus spécifique qu'une histoire générale.

Les risques associés à un auto-dévoilement du psychothérapeute au patient est de diminuer la réflexion sur ce qui a l'amener à consulter. Il va de soi que l'auto-dévoilement ne doit ni blesser ni exploiter le patient.

L'auto-dévoilement des psychothérapeutes est essentiel avec les adolescents pour trois raisons :

- Promouvoir l'auto-dévoilement de l'histoire singulière de l'adolescent
- Promouvoir son autonomie
- Promouvoir son individuation

L'auto-dévoilement des psychothérapeutes permet également un meilleur auto-dévoilement entre les parents et les adolescents (effet de modeling). Ceci mène au développement d'une réciprocité à la fois entre psychothérapeutes et patients et à la fois entre parents et adolescents.

En 2010, Tokic et Ninoslava ont étudié ce qui inhibe l'auto-dévoilement des adolescents à leurs parents : l'humeur des parents (exemple : tristesse), leur préoccupation ou leur réticence à parler, leur questionnement insistant sur la vie de leurs adolescents, leur

non-respect pour leur adolescent, leur plainte sur l'auto-dévoilement de leurs enfants, lorsque l'adolescent est rabroué par ses parents d'une manière générale. *A contrario*, les adolescents se sentiront en confiance avec leurs parents pour s'auto-dévoiler lorsqu'ils sentiront de leurs parents une relation où la confiance, la chaleur, l'attention, le respect, la confiance pouvant être gardée et le sentiment d'être compris seront au premier plan. Nous voyons là que des parents disponibles tant au niveau émotionnel que rationnel (exemple : donner un conseil par lequel le jeune se sent rassuré), encourage le jeune à s'auto-dévoiler. Les autres facteurs favorisant l'auto-dévoilement du jeune envers ses parents sont l'encouragement, l'humour, la réciprocité, l'empathie, l'attention, le respect, l'auto-dévoilement des parents eux-mêmes, la confiance, les conseils ressentis comme utiles, les réactions positives, le dialogue, la réceptivité et le fait que l'auto-dévoilement ait abouti à des résultats positifs (Tokic & Ninoslava, 2010). Les auteurs de ces études suggèrent que les psychothérapeutes travaillant avec des adolescents devraient toujours avoir à l'esprit ces derniers facteurs favorisant la relation parents-jeunes. C'est dans ce sens que l'auto-dévoilement du psychothérapeute au jeune permet à celui-ci de constater la « véracité » ou la sincérité du lien qui l'unit à son thérapeute. De plus, par effet de « mêtis », parents et adolescents vont développer une relation de confiance mutuelle favorisant la dissolution de leur problème les ayant amenés à consulter.

## **5.8 La place de la multidisciplinarité**

*Ce chapitre s'inspire essentiellement du poster<sup>7</sup> réalisé par Cédric Devillé, Céline Secretan-Waefler et Françoise Narring (2014).*

Aux HUG par exemple, l'unité multidisciplinaire appelée Unité Santé Jeunes (USJ) accueille les jeunes de 12 à 25 ans. Les premiers examens médicaux sont réalisés par les médecins généralistes, pédiatres ou internistes de l'Unité. Ce contact initial est déterminant car se crée d'emblée –idéalement- une alliance et une relation de confiance avec le jeune. Ces référents peuvent identifier une souffrance psychique pour laquelle un rendez-vous psychiatrique est nécessaire. Beaucoup de jeunes n'ont jamais

---

<sup>7</sup> Présenté en juin 2014 à Paris lors du 18<sup>ème</sup> Congrès Européen de l'International Association for Adolescent Health (IAAH)

rencontré de psychiatres et ont, la plupart du temps, des représentations encore stigmatisées de la psychiatrie.

Le rôle du référent est essentiel car il consiste aussi à désamorcer l'inquiétude liée à cette rencontre avec le psychiatre. Celui-ci accueille le jeune par son écoute active et chaleureuse, instaurant un climat de confiance favorisant une image plus juste et réaliste de la psychiatrie. Le jeune garderait ainsi une idée positive de cette rencontre cruciale expérimentée donnant la possibilité d'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique immédiat ou ultérieur si nécessaire.

A l'USJ, deux orientations théoriques coexistent ; l'approche psychanalytique et l'approche familiale systémique.

Lorsque nous recevons un jeune en soin, nous mobilisons toute notre énergie à travailler en réseau et à être créatif pour essayer d'accompagner ces jeunes au plus près de leurs besoins. Les compétences des médecins se sont étendues et les psychiatres doivent suivre (obésité, maladies chroniques, douleurs et maladies psychosomatiques).

La perception du rôle du psychiatre a évolué de manière à inclure plus souvent le psychiatre, non plus comme expert, mais comme étant à la fois dans le réseau de soins et partie prenante du travail multidisciplinaire. Leur rôle est devenu plus important dans l'accueil des parents et des familles.

Selon les référents, un avis psychiatrique devrait idéalement être demandé pour chaque situation. La décision d'adresser un jeune à un psychiatre est prise lorsqu'il présente des symptômes relatifs à la santé mentale, lorsqu'une évaluation est nécessaire, en cas de situation complexe, sociale, familiale, scolaire ou en cas d'accompagnements de courte durée autour d'un diagnostic récent de maladie chronique, d'addiction ou pour un trouble du comportement par exemple.

Le rôle de l'accueil et de l'alliance avec le jeune est d'identifier une éventuelle souffrance psychique, de désamorcer l'inquiétude du jeune par rapport à cette rencontre avec le psychiatre et de favoriser cette rencontre par des entretiens conjoints par exemple.

## 6. Discussion

La grande majorité des adolescents réalise en fait relativement bien les tâches développementales qui sillonnent la transition vers l'âge adulte et ils traversent l'adolescence sans encombre. Par contre, pour d'autres, ces cheminements vers l'âge adulte se font dans la difficulté et la souffrance (Claes & Lannegrand-Willems, 2014). Ces transitions tourmentées et douloureuses nous invitent à réfléchir à la question de la prévention et de l'intervention. Lorsque nous abordons ces questions, il est important de ne pas stigmatiser ce groupe de jeunes dans la mesure où l'adulte pourrait se faire complice d'une « entreprise morale » de contrôle social de la jeunesse. Dans nos sociétés occidentales, les jeunes générations continuent malheureusement d'être la cible d'un « acharnement » de la part de la société adulte qui a tendance à réduire les adolescents à une catégorie d'individus définis à la fois comme dangereux et en danger (France, 2008). Tout adolescent a le potentiel pour devenir un adulte intégré et épanoui. Il faut tenir compte des conditions contextuelles stimulant cet épanouissement qui semblent tout à fait prometteur (Weichold & Silbereisen, 2008). Cette nouvelle perspective nous appelle en tant qu'adultes à nous remettre en question, à nous interroger sur les environnements sociaux et affectifs qu'il s'agit de promouvoir afin que chaque individu puisse accomplir son processus d'adolescence avec succès.

En thérapie, un adolescent est rarement investi d'emblée dans les soins proposés et ce, de par l'ambivalence due à cet âge où besoin d'affirmation sous forme d'autonomie vient se confronter encore au besoin fluctuant de dépendance. En plus de cela vient s'ajouter l'étiquetage par le diagnostic de ces jeunes, les rendant également peu enclins à entrer en psychothérapie (Gagnier & Asselin, 2008). Il est effectivement inconcevable que les adolescents et leurs parents puissent être réduits à leurs symptômes. Alors même que les processus de désignation sont en quelque sorte inévitables, il est cependant primordial que l'entrée d'un adolescent dans une psychothérapie ne vienne pas amplifier sa souffrance de par cette désignation. La fonction relationnelle des symptômes peut être considérée et les psychothérapeutes se doivent de rester en dialogue avec les jeunes et leurs familles. Ceci afin de leur montrer qu'un symptôme identifié, même s'il désigne quelque chose, est utile à la psychothérapie puisqu'il va également participer, d'une certaine manière, à consolider l'alliance thérapeutique par l'objectif qui vise à atténuer ce symptôme et la souffrance qui en découle.

Toutes les psychothérapies reconnaissent l'importance de l'alliance thérapeutique car elle joue un rôle prédominant en tant que prédicteur robuste et fiable de l'efficacité thérapeutique. D'où l'intérêt de l'alliance thérapeutique concernant les adolescents.

L'alliance thérapeutique prend valeur de marqueur précoce de l'évolution des patients au sein de la psychothérapie (Horvaths & Symonds, 1991 ; Martin et al, 2000). Les qualités relationnelles du thérapeute sont bien plus importantes que ses compétences techniques pour créer cette alliance thérapeutique.

La principale question est donc : quelle thérapie pour quel adolescent avec quelle personnalité, quel mode de fonctionnement, quel désir de changement, quelle motivation pour ce changement, quelles résistances éventuelles et à quel moment ?

Pour le psychothérapeute systémique, il existe nombre de stratégies utiles afin d'ouvrir ce champ des possibilités, *via* entre autres les dix facteurs communs suivants :

- Développer un regard positif du psychothérapeute sur les patients
- Considérer les symptômes dans un contexte élargi
- Mettre en avant les aspects positifs d'une habitude symptomatique pour toute la famille
- Diminuer le sentiment de culpabilité des patients
- Susciter de l'espoir au sein de la psychothérapie et souligner l'effet primordial de leur participation à la thérapie
- Favoriser les propres décisions et responsabilités du patient
- Favoriser la causalité circulaire plutôt que celle linéaire
- Avoir une perspective allocentrique plutôt qu'égoцентриque en développant les points de vue intersubjectifs
- Développer de nouvelles visions qui complètent les anciennes
- Développer si possible plusieurs points de vue alternatifs.

C'est en tout cas l'adéquation des interventions du psychothérapeute en fonction des caractéristiques dynamiques des patients qui constitue un contexte favorable à l'établissement et au maintien d'une bonne alliance thérapeutique.

Quant aux hypothèses sur les problèmes, aux solutions et aux limitations, il est important de s'intéresser davantage aux ressources et aux compétences des patients. Les buts de la thérapie consistent à pouvoir mettre en œuvre des habitudes plus satisfaisantes pour les patients. Retenons cette triade centrée sur les solutions, à savoir :

- Qu'il est inutile de réparer ce qui n'est pas cassé

- Que si ça ne fonctionne pas, il faut essayer autre chose
- Que lorsqu'on a trouvé ce qui fonctionne, il faut continuer à le faire

Observer la dynamique familiale est primordiale en psychothérapie systémique pour associer au mieux les familles au processus thérapeutique. L'alliance thérapeutique est un outil pour faire le lien avec chacun des membres de la famille, appréhender cette dynamique et entrer dans ce processus thérapeutique. Tant l'adolescent que les parents sont des agents de leur relation dans laquelle s'inscrit souvent le symptôme du jeune. Le psychothérapeute invite les familles dans le but d'une transformation du terreau familial et d'une redistribution de la tension entre adultes et enfants permettant à ces derniers d'améliorer en profondeur leurs difficultés relationnelles et psychologiques (Andolfi, 2002). L'objectif d'une thérapie familiale est la construction de liens affectifs par ce sentiment d'appartenance à la famille que tout jeune teste à travers la structure des limites fixées par les parents et la réassurance par leur cadre. La curiosité de l'adolescent et des adultes de leur histoire est également un objectif en soi. La spécificité de la thérapie familiale consiste à favoriser la reconstruction active des liens générationnels et à permettre une prise de conscience des ruptures émotionnelles précoces qui sont à la base de la plupart des tensions dans la relation du couple et dans la relation parents-enfants. Lors d'une thérapie familiale, les thérapeutes peuvent identifier l'homéostasie familiale, le mythe familial, les rites familiaux, les rôles de chacun et les frontières existantes entre autres. Le but de l'intervention systémique est de permettre à l'adolescent et aux autres membres de la famille d'y retrouver des repères en développant leurs ressources et compétences et de vivre une expérience émotionnelle correctrice.

La question d'une formation à l'alliance thérapeutique comme technique thérapeutique a déjà été posée et investiguée par Henry et Strupp en 1994. Le problème est que la qualité de l'alliance thérapeutique, mesurée par le patient, s'est péjorée après la formation des psychothérapeutes parce qu'il a été observé une tendance des psychothérapeutes à se montrer plus actifs, plus autoritaires et plus pessimistes. La majorité des études conduites depuis lors ont confirmé l'absence de résultats positifs avec ce type de formation.

La tâche des psychothérapeutes s'avère « subtile » pour engager les adolescents réticents aux soins. Comme nous l'avons évoqué au début de ce travail, il existe d'une part des facteurs dits « communs » et d'autre part des facteurs dit « spécifiques » pour

créer une alliance thérapeutique avec chacun des membres de la famille mais insuffisants concernant les adolescents.

Les facteurs communs à toute psychothérapie pour créer l'alliance thérapeutique concernent quatre domaines : ceux liés aux psychothérapeutes, ceux liés aux patients, ceux liés à l'effet placebo et ceux liés au processus thérapeutique.

Les facteurs concernant les caractéristiques personnelles du thérapeute soulignent le fait que le thérapeute montre un engagement et un intérêt pour le patient, d'autant plus quand ce patient est un adolescent. D'autres facteurs sont importants dans la capacité du thérapeute à offrir de bonnes conditions relationnelles. Citons notamment l'absence de problèmes émotionnels et la disponibilité psychique du thérapeute, la qualité de l'écoute, l'attitude empathique à s'immerger dans le monde d'un autre, tout en restant soi, la curiosité, l'adaptabilité et la plasticité psychique du thérapeute, le mode de relation que le thérapeute entretient avec les théories à laquelle il se réfère. De plus, les facteurs liés à l'alliance thérapeutique entre patients et psychothérapeutes se déclinent selon le contexte socio-démographique tels l'âge, la religion, la culture, le sexe, entre autres.

Les facteurs liés aux patients sont les dimensions de traits de leur personnalité, plus que les différentes catégories diagnostiques ou la sévérité de leurs symptômes. Le but est de promouvoir un attachement sécurisé du patient au thérapeute en l'amenant à faire des choix pragmatiques s'il veut changer. Pour changer, le ou les patients négocient les objectifs thérapeutiques.

Les facteurs liés à l'effet placebo se réalisent entre autres selon l'espoir que les objectifs sont réalisables.

Enfin, les facteurs liés au processus thérapeutique sont les facteurs que l'on retrouve dans toutes formes de psychothérapie (cadre, techniques,...). A cela s'ajoutent les facteurs d'une psychothérapie propre, à savoir ici la systémique (techniques systémiques telles hypothétisation, partialité multidirectionnelle, dimension éthique des relations, histoire transgénérationnelle, le recours au langage métaphorique,...).

Ces facteurs communs contribuent, il est vrai, à favoriser l'alliance thérapeutique avec les adolescents. Cependant, nous l'avons vu, cela reste insuffisant. Les facteurs spécifiques favorisant l'alliance avec les adolescents rendent la thérapie encore plus efficace avec ces derniers.

Nous avons identifié huit facteurs spécifiques déterminant et favorisant l'alliance thérapeutique avec les adolescents en psychothérapie systémique : la place des parents, de l'écoute active, de la réflexivité, de l'humour, de la bonne distance et de la posture du psychothérapeute, du vouvoiement et du tutoiement des adolescents, du dévoilement et de la multidisciplinarité. Chacun de ces facteurs devrait lui-même se décliner en fonction de la singularité de la famille et des adolescents que les psychothérapeutes ont en face d'eux.

## **7. Une recherche en cours concernant un facteur déterminant de l'alliance thérapeutique avec l'adolescent, celui de l'utilisation de la réflexivité**

Ce chapitre illustre un exemple de recherche sur la réflexivité en cours à la consultation pour familles et couples des HUG, recherche concernant l'alliance thérapeutique facilitée ou non par cette réflexivité.

### **7.1 Introduction**

Dans une recherche clinique randomisée, inspirée des travaux de recherche de Tom Andersen (1997), en cours depuis 2008 à la Consultation psychothérapeutique pour Familles et Couples du Service des Spécialités Psychiatriques du Département de Santé Mentale et de Psychiatrie des HUG, il est exploré le processus thérapeutique entre les psychothérapeutes et la famille (ou le couple) portant spécifiquement sur cette relation contextuelle évolutive. Cette étude clinique vise à vérifier de quelle manière la réflexivité utilisée dans les entretiens psychothérapeutiques augmentent cette alliance thérapeutique car les psychothérapeutes affinent les interventions aux séances suivantes. Ils concourent ainsi à l'amélioration du processus psychothérapeutique et à l'amélioration de l'issue du traitement sur les symptômes.

Toutes les familles auront été évaluées en pré- et post-thérapie sur leur status psychique (SCL-90 et Beck dépression, anxiété) ainsi que sur la qualité de leur relation (DAS/FAD). De plus, et cela pour la plupart des séances, les psychothérapeutes et les patients auront répondu à un auto-questionnaire d'alliance thérapeutique (Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis & Cohen, 1983 ; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien & Auerbac, 1985). C'est sur une base volontaire que les patients auront accepté préalablement à la thérapie de participer à cette recherche clinique et le suivi habituel aura été garanti indépendamment de leur participation à l'étude.

### **7.2 Méthode**

#### **7.2.1 Matériel**

Mesure qualitative : l'interview (voir annexe 1)

Un interviewer neutre interroge à la quatrième séance collectivement les co-thérapeutes et les patients lors d'un entretien. Dans un premier temps, chaque thérapeute répond et les patients écoutent sans intervenir.

Dans un second temps, il pose aux patients d'autres questions. Les thérapeutes écoutent les réponses sans intervenir.

Dans un troisième temps, patients et thérapeutes sont invités à échanger brièvement entre eux leurs impressions sur la thérapie et ses apports pour les uns et les autres.

#### Mesure quantitative

- SCL-90 (Derogatis & Clearly, 1977 ; Fortin, Coutu-Wakulczyk & Engelsmann, 1989) : 90 items, échelle de Lickert en 5 points
- BDI (Beck & Steer, 1984 ; Steer, Clark, Beck & Ranieri, 1999) : 21 items en 5 points
- Mesures de l'alliance thérapeutique : Alliance aidante (Luborsky et al, 1983 ; Luborsky et al, 1985). Version patient : 19 items, échelle de Lickert en 6 points et version thérapeute : 19 items, échelle de Lickert en 6 points
- Mesures relationnelles pour les familles : The McMaster Family Assessment Device (FAD) (Miller et al, 1994 ; Ridenour, Daley & Reich, 1999) : 60 items en 4 points
- Fiche de données sociodémographiques : à remplir par les patients en début de prise en charge

Pour le détail de ces échelles, voir les annexes 2, 3, 4, 5, 6 et 7.

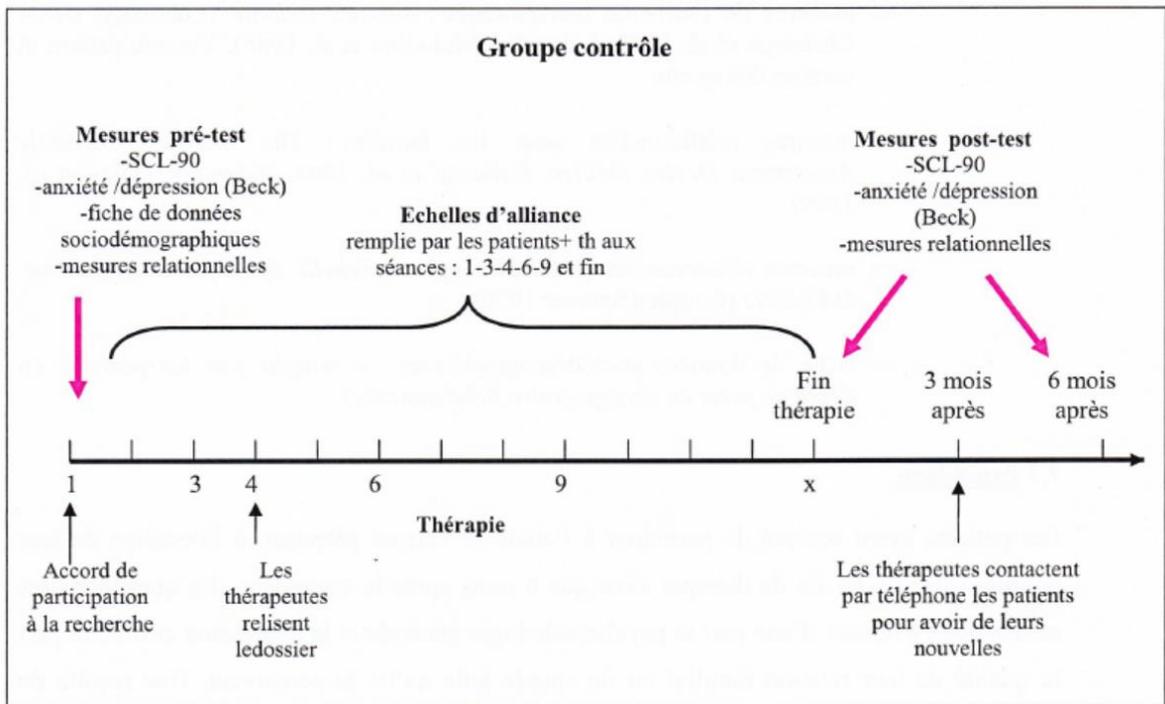
### **7.2.2 Procédure**

Les patients ayant accepté de participer à l'étude se verront proposer, à l'occasion de la première séance, en fin de thérapie ainsi que six mois après le traitement, des questionnaires standardisés évaluant, d'une part la psychopathologie générale et la dépression et, d'autre part, la qualité de leur relation familiale ou de couple telle qu'ils la perçoivent. Une récolte de données sociodémographiques sera par ailleurs faite lors de l'admission et du premier entretien, comme dans la pratique clinique usuelle, et collectée sur une fiche (voir annexe 6).

Une mesure d'alliance thérapeutique sera faite au travers de questionnaires auxquels répondent les patients et les psychothérapeutes et cela, à intervalles réguliers, à savoir après les séances 1-3-4-6-9 ainsi qu'à la dernière séance.

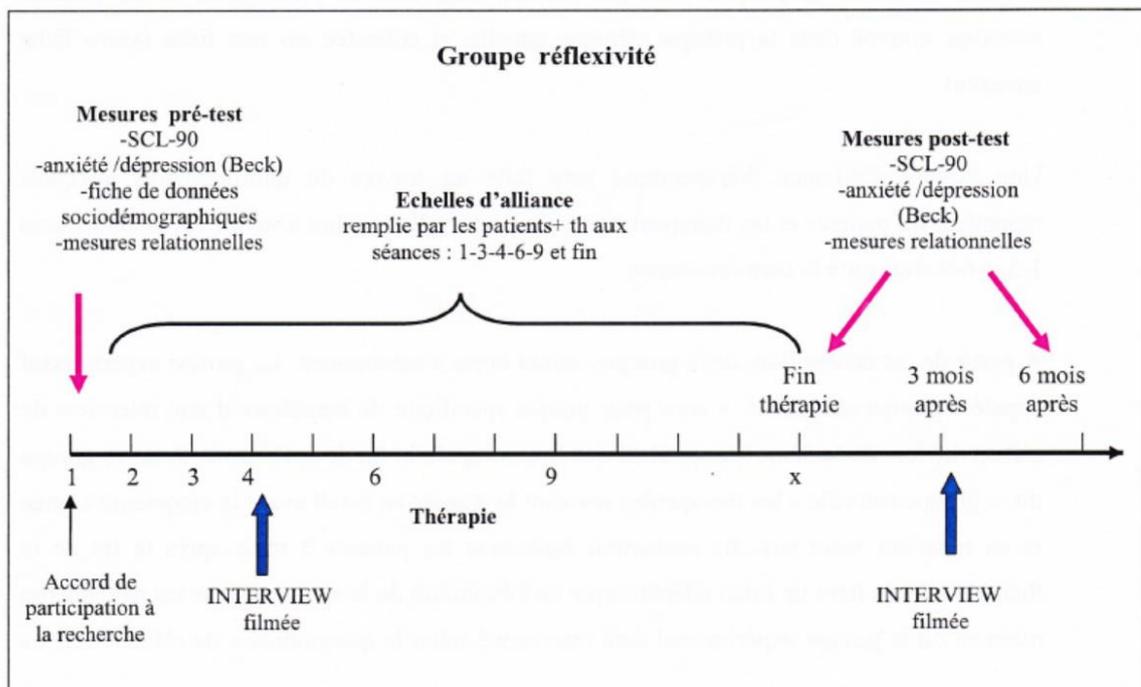
Le but de cette procédure est de permettre une comparaison entre un processus impliquant une réflexivité avec une procédure non spécifique.

Figure 4 Groupe contrôle



(Rey-Bellet & Auberjonois, 2008, p. 10)

Figure 5 Groupe réflexivité



(Rey-Bellet & Auberjonois, 2008, p. 10)

### **7.3 Une expérience d'alliance thérapeutique « réussie » avec une famille avec adolescents avec utilisation de la réflexivité**

*Cette vignette clinique est adaptée du mémoire de Master de Laure-Anne Büchli (2011).*

#### Vignette clinique

Adressée à la Consultation psychothérapeutique pour Couples et Familles des HUG par le psychiatre traitant de Monsieur, c'est lui qui contacte et téléphone pour demander de l'aide. Subissant de l'intimidation à son travail, il présente un trouble dépressif majeur. Monsieur est actuellement très peu disponible pour sa famille, en particulier pour ses jumeaux, garçons de 15 ans, issus de son deuxième mariage. Il raconte être en conflit avec son épouse et ses enfants, avec quelquefois un débordement violent de sa part sur ces derniers. Il souhaite renouer le dialogue, devenu très difficile, avec son épouse et surtout ses jumeaux.

Le couple s'est marié en 2008. Il s'agit du 3<sup>ème</sup> mariage de Monsieur et du 2<sup>ème</sup> de Madame. Les jumeaux sont les enfants issus du 2<sup>ème</sup> mariage de Monsieur. Le couple vit actuellement avec les deux garçons (20 et 24 ans) de Madame (tous deux en train de quitter le foyer familial pour étudier dans d'autres villes) et ceux de Monsieur, Marc et Joachim (noms d'emprunt), les jumeaux. Ces derniers ont des résultats scolaires moyens, ce qui inquiète beaucoup leur père, malgré une situation non catastrophique, leur passage au degré scolaire supérieur n'étant pas mis en danger. Les entretiens familiaux se feront en setting variable : Monsieur et ses fils, les fils seuls, Monsieur avec sa troisième épouse (qui vit avec les jumeaux) et à une reprise, la mère des jumeaux (vivant à Paris).

Lors de la première séance, nous apprenons que les deux adolescents testent beaucoup les limites de l'autorité du couple et sont parfois très distants avec la nouvelle épouse de leur père, ne sachant pas quoi lui dire.

À la fin de ce premier entretien, cette famille remplit les questionnaires dispensés dans le cadre de la recherche en cours dans la Consultation. Le BDI-II, SCL-90-R et le FAD sont remplis par chaque membre de la famille avec la consigne de le faire de manière individuelle, sans concertation familiale. Voilà les résultats obtenus par chaque membre

de la famille lors de cette évaluation initiale du fonctionnement familial et de la symptomatologie dépressive et psychologique (voir Tableau 1).

Tableau 1 Résultat de la famille à l'évaluation initiale

	<u>FAD</u>							BDI-II	SCL-90	
	FG	RP	COMM	ROLES	RA	IA	CC	Score total	GSI	Score-T
M.	2.50	2.40	2.00	2.00	1.83	2.71	3.22	36	2.39	80
Mme	2.50	2.00	2.00	2.50	2.17	2.86	2.63	10	0.61	63
Joachim	2.33	2.80	2.50	2.38	2.17	3.00	2.78	12.5	0.37	54
Marc	2.33	2.80	2.00	2.30	2.17	3.00	3.33	16	0.47	57

*Note.* Cinq des six dimensions du FAD, plus l'indice de fonctionnement général, sont présentés sous la forme d'abréviation : FG = fonctionnement général, RP = résolution de problème, COMM = communication, RA = responsabilité affective, IA = implication affective, et CC = contrôle du comportement. Pour le SCL-90, le GSI = indice global de sévérité des symptômes.

(Büchli, 2011, p. 28)

### Évaluation du fonctionnement familial

L'indice de fonctionnement global du FAD obtenu pour chaque membre de la famille montre, pour tous, une évaluation du fonctionnement familial dite « problématique ». En effet, le score seuil étant de 2.00, nous constatons que tous les membres de la famille ont des scores supérieurs, allant de 2.33 à 2.50 (cf. Tableau 1).

Lorsqu'on regarde les résultats obtenus pour les six dimensions de plus près (cf. Tableau 1), on peut relever que pour deux dimensions, l'implication affective et le contrôle du comportement, tous les membres de la famille ont un score dépassant la valeur seuil, ce qui signifie que le fonctionnement familial dans ces domaines est problématique. En effet, la valeur seuil pour la dimension implication affective est de 2.10, et les scores de la famille se situent bien au-delà, entre 2.71 et 3.00. Pour la dimension contrôle du comportement, le score seuil est de 1.90, et ceux de la famille se situent entre 2.63 et 3.33. Concernant la dimension réponse affective, au contraire, toute la famille se situe dans des scores inférieurs au score seuil de 2.20, scores allant de 1.83 à 2.17. Cette

dimension est donc considérée comme étant saine par et pour chacun des membres de la famille.

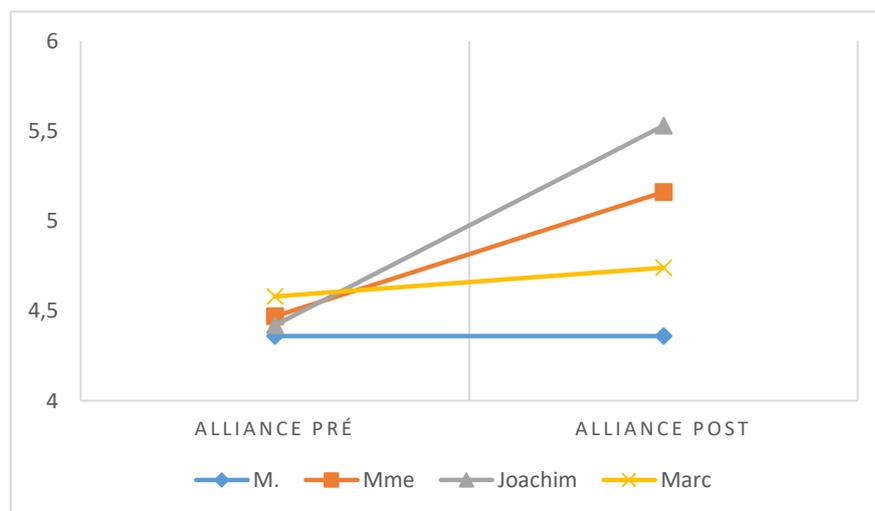
### Évaluation de la symptomatologie dépressive

Cette famille a obtenu des scores très divers au BDI-II (cf. Tableau 1). En effet, pour Madame et Joachim, les scores obtenus les situent dans l'intervalle correspondant à la limite d'un état dépressif (Mme=10, Joachim=12.5). Pour le deuxième garçon, Marc, le score obtenu (Marc=16) le place dans l'intervalle correspondant à un état dépressif léger. Pour Monsieur, le score obtenu au BDI-II révèle chez lui un état dépressif sévère (M.=36), ce qui correspond au diagnostic de trouble dépressif majeur posé par son psychiatre traitant. Concernant les résultats obtenus au SCL-90, la conversion des scores obtenus en scores-T (cf. Tableau 1) montre que les deux garçons ne présentent pas de gravité symptomatologique (Joachim=54 et Marc=57). Madame, elle, présente une gravité symptomatologique légère (Mme=63), et Monsieur, une gravité symptomatologique très importante (M.=80).

### Évolution de l'alliance thérapeutique

Lors de l'évaluation initiale de l'alliance, nous pouvons dire que les scores obtenus par cette famille au HAq-II relèvent tous d'une alliance de départ plutôt bonne, étant donné qu'ils se situent entre 4.37 et 4.58 (M.=4.37, Mme=4.47, Joachim=4.42 et Marc=4.58) et que les scores dépassant 3.5 marquent la présence d'une « bonne alliance » (voir figure 8).

Figure 6 Evolution du score d'alliance pré/post entretien réflexif



(Büchli, 2011, p. 29)

Concernant l'évolution du score d'alliance avant et après l'introduction de l'entretien réflexif, nous constatons que, pour tous les membres de la famille sauf Monsieur, le score d'alliance thérapeutique a augmenté. En effet, Madame passe d'un score de 4.47 à celui de 5.16 (+0.69), Joachim de 4.42 à 5.53 (+1.11) et Marc de 4.58 à 4.74 (+0.16). Pour Monsieur, il n'y a pas d'évolution du score étant donné qu'il reste le même entre la première évaluation et la seconde (M.=4.37).

En ce qui concerne les scores d'alliance thérapeutique entre parents et jeunes, il augmente après l'interview réflexive. En effet, l'écart de Monsieur avec Joachim passe de 0.05 à 1.16 (+1.11), et avec Marc de 0.21 à 0.37 (+0.16). Pour Madame, l'écart avec Joachim passe de 0.05 à 0.37 (+0.32), et avec Marc de 0.11 à 0.42 (+0.31).

### Réponses à deux questions de l'interview réflexive

Monsieur et ses fils sont présents lors de la séance réservée à l'entretien réflexif. Madame, absente à ce moment-là, se verra proposer de visionner la vidéo avec des thérapeutes afin qu'elle puisse prendre connaissance de ce qui a été dit et réagir si elle le souhaite. Voici, ci-dessous, la réponse aux deux questions sélectionnées (1. « Quelles sont vos impressions sur la thérapie jusqu'à présent ? » 7. « Selon vous, qu'est-ce qui vous a aidés le plus jusqu'à présent ? Et de quelle manière ? ») :

#### **1. Quelles sont vos impressions sur la thérapie jusqu'à présent ?**

**Joachim** : « Je trouve que ça aide beaucoup, parce que avant la thérapie c'était pas vraiment une bonne situation. Maintenant avec la thérapie, je trouve que ça a aidé. Le dialogue a aidé... le dialogue entre nous et les thérapeutes. Ils nous aident à dialoguer nous (la famille) ».

**Marc** : « On peut parler de sujets qu'à la maison on n'a pas envie. Ça permet d'avoir un avis extérieur de la situation ».

**Monsieur** : « Je pense qu'il y avait besoin d'une intervention médiatae intra-familiale, car on est arrivé involontairement à une situation de blocage. Je suis, pour ma part, suivi depuis plusieurs années à cause de quelque chose de douloureux qui m'est arrivé, et j'en suis pour quelque chose dans la distension du lien avec mes enfants. J'étais trop occupé à résoudre mes propres problèmes. Ici c'est un espace de dialogue ouvert. Tout n'a pas été dit, mais c'est une étape. Un certain nombre de choses sont encore indispensables, si on veut que le fil qui s'est renoué devienne plus solide ».

## **7. Selon vous, qu'est-ce qui vous a aidés le plus jusqu'à présent ? Et de quelle manière ?**

**Joachim** : « Ce qui m'a le plus aidé c'est le dialogue entre nous et les thérapeutes, parce que je trouve que s'il n'y avait pas autant de dialogue, on ne pourrait pas faire avancer les choses. C'est ce qui m'a le plus aidé ».

**Marc** : « J'ai le même avis ».

**Monsieur** : « Je n'ai pas le même avis. Ce qui m'intéresse ici, ce n'est pas le dialogue avec les thérapeutes, c'est le dialogue avec ma famille. Avant, j'ai parlé de relations médiates, parce que c'est important d'avoir une facilitation, des rebonds, des questionnements qui viennent des thérapeutes. Je crois que le vrai objectif de cette thérapie, en tout cas pour moi, est de resserrer les liens avec les membres de ma famille. Donc, ce n'est pas le dialogue avec le thérapeute qui m'a aidé, mais le début de dialogue avec eux (fils) ».

### Discussion

L'évaluation initiale de cette famille a montré que leur fonctionnement familial révèle des facettes problématiques. En effet, tous les membres obtiennent des résultats allant dans ce sens. Plus précisément, les domaines évalués comme problématiques par cette famille sont l'implication affective et le contrôle du comportement. Ceci est probablement en lien, pour l'implication affective, avec le manque de circulation des affects souligné par les parents durant les séances. Concernant le contrôle du comportement, l'évaluation porte sur les accès de colère et d'agressivité verbale et physique du père, mal vécus par la famille et par lui-même. Concernant les domaines vécus comme non problématiques, seule la communication semble réunir l'accord de toute la famille. Ceci est assez surprenant étant donné la demande initiale de la famille qui est de recouvrer une manière de communiquer plus satisfaisante. Il semble que cette famille possède néanmoins des compétences à ce niveau dans leur fonctionnement.

Pour cette famille, nous observons une bonne alliance thérapeutique. En effet, pour la question n°1 (« Quelles sont vos impressions sur la thérapie jusqu'à présent ? »), Joachim explique le bénéfice du dialogue avec les thérapeutes pour établir à leur tour un dialogue entre eux. Marc souligne l'importance du regard extérieur du professionnel. Entre les deux garçons, l'aide perçue d'une manière plus importante chez Joachim comparée à Marc pourrait expliquer l'écart d'alliance observé entre eux. Monsieur

nuance l'aide perçue : il reste des choses à faire pour renouer le lien avec ses enfants. Ceci explique son niveau d'alliance moindre que celui de ses fils car il ressent une insatisfaction quant à ses objectifs non encore atteints selon lui.

Pour la question n°7 (« Selon vous, qu'est-ce qui vous a aidés le plus jusqu'à présent ? Et de quelle manière ? »), la réponse est identique pour les jumeaux : c'est « le dialogue avec les thérapeutes » qui les a le plus aidés.

Ces résultats démontrent un lien entre l'alliance thérapeutique et le processus de réflexivité. Ceci indique l'intérêt d'inclure de manière systématique en thérapie des interventions favorisant les processus réflexifs. Favoriser l'alliance thérapeutique représente un réel intérêt pour les praticiens au vu de son pouvoir prédictif sur l'issue d'une thérapie.

#### **7.4 Une expérience d'alliance thérapeutique « manquée » avec une famille avec adolescents ayant mené à une rupture de suivi avec utilisation de la réflexivité**

*Cette vignette clinique est adaptée du mémoire de Master de Lydia Lombardi (2016).*

Cette thérapie familiale s'est conclue par une rupture de soins. Si nous ne pouvons affirmer que ce cas clinique a abouti à un échec, nous ne pouvons pas affirmer non plus qu'il s'agit d'un succès puisqu'il y a eu rupture. Nous analysons l'entretien réflexif comme peu contributif sur l'alliance thérapeutique dans cette situation-ci vu la rupture par la suite.

##### Vignette clinique

Sur recommandation du Service de Protection des Mineurs (SPMi), une thérapie familiale est demandée car la famille rencontre de nombreuses difficultés financières, dû à un chômage de longue durée et des problèmes de santé (tumeur) pour la mère.

Les parents divorcés ont eu des jumeaux : Marcel et Julie (noms d'emprunt). Au moment où la famille consulte, les jumeaux ont 14 ans. Depuis leur entrée dans un foyer il y a sept ans, Marcel est décrit par sa mère comme plus sérieux à l'école et plus mature, tandis que Julie est décrite comme plus révoltée et moins centrée sur l'école.

Après le séjour dans ce foyer, un premier retour à la maison (6 mois avant la séance) des jumeaux n'a pu se faire car les tensions entre Julie (une des jumeaux) et sa mère

n'avaient pas diminué. La thérapie familiale est demandée dans le but d'une meilleure préparation de retour du foyer au domicile.

Les parents ont divorcé « à l'amiable » il y a 11 ans. Le père, peu présent dans la vie de ses enfants en raison de son travail, s'était étonné du placement de ceux-ci. Quant à la mère, elle paraît sur-impliquée dans son rôle alors qu'elle s'est sentie culpabilisée dans le contexte de son divorce. Elle a tendance à gâter ses enfants et à manquer d'autorité. En raison de sa maladie, plusieurs fois hospitalisée, elle est épuisée.

Lors des deux premières séances, seuls les parents ont été invités.

Nous présentons ci-dessous les résultats obtenus par le père et la mère (ceux des enfants manquants car absents aux temps 1) aux questionnaires FAD, BDI-II et SCL-90 en début de thérapie (temps 1). Malheureusement, nous ne possédons pas leurs données en « fin de thérapie » (temps 6) ni celles des enfants (rupture de suivi). Nous présentons ensuite les résultats de l'alliance thérapeutique par la famille et par les thérapeutes (HAq-II) et les réponses données par la famille à l'interview réflexive.

#### Évaluation du fonctionnement familial

Nous remarquons ici (voir tableau 2) un fonctionnement « sain » dans la dimension des rôles pour les deux parents ainsi que dans la dimension de résolution de problèmes pour le père et d'implication affective pour la mère. Les autres dimensions, (communication, réponse affective, contrôle comportemental et le fonctionnement général) sont décrits comme problématiques au vu des scores obtenus par les parents au temps 1.

Tableau 2 Scores aux dimensions du FAD des parents

Temps 1	Résol. de problème	Comm.	Rôles	Réponse affective	Impl. affective	Contrôle cmptmental	Fctmt général
Père	1.40	3.00	2.13	2.60	2.86	2.50	2.17
Mère	3.60	3.00	2.25	2.50	2.14	2.33	2.42

(Lombardi, 2016, p. 24)

#### Evaluations de la symptomatologie dépressive et psychologique

Ce tableau (voir tableau 3) met en évidence une symptomatologie dépressive légère chez la mère. Quant au père, il ne présente pas de symptomatologie dépressive, son

score étant inférieur à 10. Les scores obtenus à l'index de gravité des symptômes du SCL-90 (voir tableau 4) ne montrent pas de gravité symptomatologique pour Monsieur et une gravité symptomatologie légère pour Madame. Ces scores (BDI-II et SCL-90) correspondent à l'épuisement de Madame. En effet, celle-ci est confrontée à de nombreux éléments de stress : chômage, tumeur, placement en foyer de ses enfants et licenciement suite à son état dépressif.

Tableau 3 Score du BDI-II des parents au temps 1

	Temps 1
Père	5
Mère	12

(Lombardi, 2016, p. 24)

Tableau 4 Scores-T de l'index de gravité des symptômes du SCL-90 des parents

	Temps 1
Père	30
Mère	67

(Lombardi, 2016, p. 24)

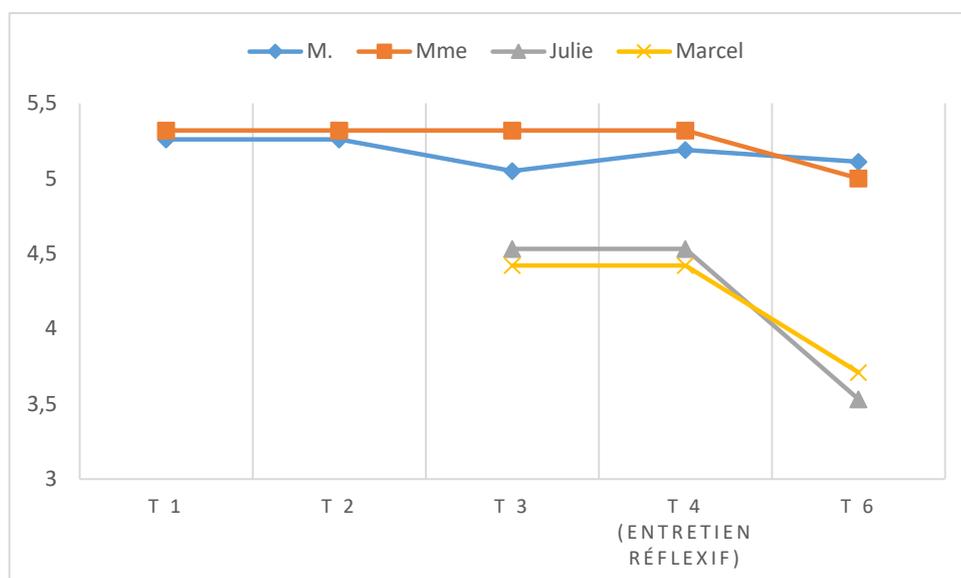
### Evaluation de l'alliance thérapeutique

#### *Par la famille*

Nous observons chez les parents à chaque temps de mesure (1, 2, 3, 4, 6), des scores qui décrivent une bonne alliance puisqu'ils ont un score supérieur au seuil de 3.5 (voir figure 9). Ils restent constants, ne variant qu'entre 5 et 5.32. Lors des quatre premières mesures, le score de la mère reste à 5.32 et est de 5 en fin de thérapie (- 0.32). Le père obtient un score de 5.26, à la première séance ainsi qu'à la deuxième. A la troisième séance, son score est 5.05 (- 0.21), 5.19 à la quatrième séance (+ 0.14) et enfin, 5.11

au temps 6 (- 0.08). Nous observons aussi que l'entretien réflexif n'a pas eu d'effet majeur sur l'alliance puisque chez le père il n'augmente que de 0.14, suite à l'interview et reste similaire chez la mère. Chez les adolescents, notons qu'ils n'étaient pas présents lors des deux premières séances où l'alliance s'était déjà établie avec les parents. Nous n'avons donc pas d'évaluation initiale les concernant. En observant donc les scores des temps 3, 4 et 6, nous remarquons des scores inférieurs à ceux de leurs parents et cela à chacun des trois temps de mesure (3, 4 et 6). Les scores des parents varient entre 5 et 5.32, tandis que les scores des enfants varient entre 3.53 et 4.53. Contrairement à notre hypothèse, l'alliance n'évolue pas chez les adolescents suite à l'entretien réflexif. Effectivement, au quatrième temps, chacun obtient le même score qu'avant l'entretien (temps 3). Marcel garde le score de 4.42 et Julie de 4.53. En fin de thérapie, achevée sur une rupture de soins, nous observons une diminution de l'alliance thérapeutique. Julie montre un score de 3.53 (- 1.00) et Marcel de 3.71 (-0.71). Selon le seuil, ces scores décrivent toutefois encore une « bonne » alliance entre les jumeaux et les thérapeutes.

Figure 7 Scores obtenus par les membres de la famille au questionnaire de l'alliance aidante

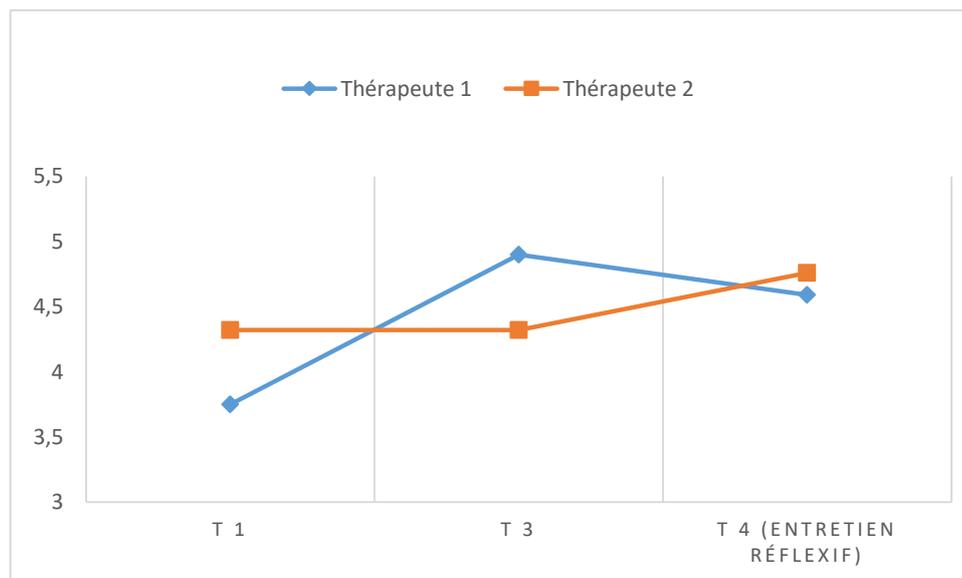


#### *Par les thérapeutes*

Les scores obtenus au questionnaire sur l'alliance montrent une « bonne » alliance au temps 1, 3 et 4 puisqu'ils sont supérieurs au seuil de 3.5 (voir figure 10). Notons également une évolution différente des scores d'alliance entre les deux thérapeutes.

Chez le premier thérapeute, le score augmente significativement (+1.15) pour redescendre légèrement (- 0,31). Le deuxième thérapeute voit ses scores fluctuer nettement moins et sont constants entre les trois temps (1, 3, 4). En effet, ils restent similaires entre le temps 1 et 3 (4.32) et augmentent de 0.42 au quatrième temps. Ainsi, suite à l'interview réflexive, le score d'alliance augmente chez le thérapeute 2 et diminue chez le thérapeute 1. Malheureusement, nous n'avons pas les données suite à la rupture de soins.

Figure 8 Scores obtenus par les thérapeutes au questionnaire de l'alliance aidante



### Réponses à deux questions de l'interview réflexive

Voici les réponses des membres de la famille aux deux questions retenues à l'entretien réflexif, soit 1. « Quelles sont vos impressions sur la thérapie jusqu'à présent ? » et 7. « Selon vous, qu'est-ce qui vous a aidés le plus jusqu'à présent et de quelle manière ? ». Tous étaient présents lors de l'interview. L'intérêt ici est d'amener une analyse qualitative en complément à l'analyse quantitative précédemment faite. En effet, l'interview réflexive permet également de profiter de la richesse des réponses amenées par chacun, afin d'approfondir notre réflexion sur la problématique de l'alliance thérapeutique et de pouvoir mettre cela en pratique dans notre clinique.

**Interviewer : 1. « Quelles sont vos impressions sur la thérapie jusqu'à présent ? »**

**Madame :** « Disons, que mes impressions générales, elles sont plutôt bonnes. C'est vrai que j'ai quand même du plaisir à venir, j'ai du plaisir à partager des choses ici ... Ouais,

par rapport à quand, à quel moment c'est intervenu, c'était un moment où Julie, elle revenait à la maison. C'était un moment où il y avait déjà tellement de difficultés, où au début en tout cas, j'avais le sentiment que c'était juste un petit peu trop, parce qu'il y avait déjà tellement d'éléments dans notre vie, justement le retour de Julie et puis, le sentiment de... Ouais, que ça va trop vite, qu'on n'a pas eu le temps de digérer un évènement qu'on avait déjà un nouveau. Donc voilà, je dirais que le moment n'était pas vraiment... Voilà. Ce n'était pas un moment... je sens mieux maintenant, de participer maintenant où les choses, elles sont un peu plus stables, Julie est vraiment à la maison. Donc maintenant, j'ai un peu plus de recul par rapport à cette année au foyer, donc voilà. Maintenant, on prend aussi toutes les, enfin nous, Julie, moi et mon ex-mari, on reprend, on commence un petit peu à reprendre un rythme, donc voilà. »

**Interviewer** : « Alors, je voulais vous demander sur le « c'était trop ». C'était de venir ici au début de la thérapie avec tout ce qui se passait et les choses pas stabilisées ? »

**Madame** : « Bah, surtout de parler, de parler, de parler, de parler, d'essayer de trouver des solutions, poser un cadre, imaginer des choses. C'était beaucoup, beaucoup, beaucoup. Moi, ça me paraissait beaucoup, parce que déjà, ça me brassait déjà beaucoup dans ma tête, dans mes émotions, donc c'était juste trop brasser encore un peu plus, donc voilà. Mais ce n'est pas négatif ! Du tout. Comment je dirais... C'est vrai que je n'ai pas eu le sentiment d'avoir vraiment un fil conducteur. Donc voilà, un peu, moi c'est mon sentiment, alors je me trompe peut-être aussi. Après, c'est vrai qu'on est beaucoup de personnes, donc on doit tous se présenter, donc déjà on perd beaucoup de temps... Bah, disons, on n'a pas vraiment posé un cadre par rapport à la thérapie, qu'est-ce que chacun vient prendre, chercher. Là, on est un peu plus dans : « tout le monde apprend à se connaître ». Maintenant, je commencerai gentiment d'avoir besoin d'un..., voir où je vais, parce que voilà (...). En fait, ce n'était pas vraiment au départ une demande de nous, puisque c'est le SPMI qui a demandé à ce qu'on fasse une thérapie familiale, qui nous a demandé de prendre contact... »

**Monsieur** : « Oui, impression générale ? Moi, c'était simplement de pouvoir avoir un territoire neutre avec une personne professionnelle, un regard neuf qui se posait aussi sur nous. Étant donné qu'il y avait des carences, des manques. En ce qui me concerne, il y avait aussi, je sortais d'une, comment dirais-je, une espèce de remise à zéro des compteurs avec les enfants, qui m'ont clairement exprimé leurs sentiments et ça, c'était quelque chose de nouveau, donc ça m'a donné une volonté d'avoir une transparence, aussi entre nous, aussi vis-à-vis de nous, enfin, vis-à-vis de moi. Quelle position j'ai là

dedans ? Donc, c'est la recherche que j'ai eu, et c'est le sentiment, c'est pour ça d'ailleurs que j'y reviens, c'est le sentiment que j'ai eu. Alors c'est vrai qu'on n'a pas défini de lignes directrices, mais ça a quand même dénoué pas mal de choses. Et puis, le fait peut-être qu'il y n'ait pas justement d'objectifs, vraiment d'objectifs, et ben, malgré tout, il me semble que certains, on les atteint comme ça, parce que de l'autre côté on est aussi d'accord de se remettre en question. »

**Interviewer** : « Ok. Qui veut poursuivre ? »

**Monsieur** : « Pas tous en même temps. »

**Julie** : « On est obligé de parler ? » (Petits rires)

**Interviewer** : « On n'est jamais obligé de parler, mais c'est bien si vous donnez aussi votre impression. »

**Julie** : « Bah, au début, je suis venue à cette thérapie, on a rien demandé, parce que bon, on était obligé de venir. Je trouve franchement que c'est, pour moi c'est fatigant, parce que bah voilà, on parle beaucoup, tout ça...Et je n'aime pas trop parler, tout ça...Je trouve c'est un peu fatigant, mais sinon, ouais c'est bien. Comme ça on améliore les problèmes et tout. Mais franchement, moi je n'ai rien demandé donc, pfff, bah on est obligé de venir, donc en même temps, ce n'est pas, on n'est pas super content d'y aller, moi je ne suis pas, enfin voilà, ce n'est pas moi qui ait demandé. C'est un peu comme une obligation. »

**Interviewer** : « Mais j'ai quand même entendu, il y avait un bien. »

**Julie** : « Ouais, ouais ! »

**Interviewer** : « Il y a quoi derrière le bien ? »

**Julie** : « Bah on règle les problèmes. »

**Interviewer** : « On règle les problèmes. D'accord. »

**Marcel** : « Moi aussi, enfin, je trouve ça un peu fatigant. Ben, des fois, j'ai envie de dormir, mais sinon, c'est bien. Enfin, voilà quoi. »

**Interviewer** : « Je vais poser un peu la même question. Qu'est-ce qui est bien ? »

**Marcel** : « Euh, ben...Bah, qu'on parle en famille, tout ça, tout problème, tout ça. »

**Interviewer: 7.** « Selon vous, qu'est-ce qui vous a aidés le plus jusqu'à présent et de quelle manière ? »

**Monsieur:** « Il y a certains non-dits, je pense, qui sont sortis. Pas forcément ici mais ça a été la conséquence. Ça a été un déclencheur, un dénouement. Il y a pu aussi ressortir des ressentiments mais de manière posée. »

**Madame :** « Moi, ça m'a beaucoup aidée à prendre du recul dans la situation que je vis moi... D'être moins dans l'affectif... »

**Monsieur :** « Dans l'émotif. »

**Madame :** « Dans l'émotif. Pouvoir poser un peu les choses. »

**Interviewer :** « D'accord. Est-ce que vous voulez dire quelque chose ? Qu'est-ce qui vous a aidés, de quelle manière ? Le plus aidés ? »

**Julie :** « Non moi j'ai rien à dire. Parce que... Bah peut-être ce qui nous a aidés c'est que... Il y a eu des réactions qui se sont dites et peut-être ça a... Peut-être ça a changé la manière de voir les choses. Il y a peut-être certaines personnes qui ne s'attendaient pas à ça et voilà. Il y a eu des réactions qui se sont dites. Il y a eu des « non ». Il y a eu... Voilà. Donc peut-être que le fait qu'on se dise franchement les choses ça a peut-être aidé. »

**Interviewer :** « Non ? »

**Marcel :** « Non. »

### Discussion

Au vu des résultats obtenus au questionnaire évaluant l'alliance (HAq-II), nous n'observons pas d'amélioration de l'alliance thérapeutique chez les adolescents suite à l'interview réflexive, contrairement à ce que nous avons postulé. En effet, dans cette famille, le score ne bouge pas suite à l'entretien réflexif (4.42 pour Marcel et 4.53 pour Julie). En fin de thérapie, le score diminue nettement (3.71 pour Marcel et 3.53 pour Julie).

Ces scores mettent en évidence une différence nette entre les scores des parents et ceux des adolescents. Le score des parents reste constant, ne varie que très faiblement et est très haut (5 à 5.32 pour Monsieur et Madame). L'alliance avec les parents constitue

un élément important dans l'établissement de l'alliance avec les adolescents car ils permettent de soutenir le processus thérapeutique (Lascaux et al, 2014).

Cet entretien réflexif amène une plus-value à ces scores car il permet d'ajouter une dimension qualitative au contenu. Il est donc intéressant d'examiner les réponses données lors de cette interview.

Les adolescents de cette famille expriment bien leur réticence à venir en thérapie. Une raison est sûrement le fait que Julie et Marcel ont été contraints de venir en thérapie par le service de protection des mineurs. Les parents n'ont pas fait cette demande de thérapie non plus, d'où l'importance de l'analyse de la demande développée par Ostyn-Tilmans.

A la question « Qu'est-ce qui vous a aidés le plus jusqu'à présent et de quelle manière », le discours des adolescents est pauvre et met en évidence leur ambivalence. Ils montrent qu'ils n'ont pas envie d'être là tout en étant présents à la séance.

Les scores des thérapeutes de cette famille fluctuent entre eux deux aux temps 1, 3 et 4. Précisément, lors de la quatrième séance durant laquelle l'entretien réflexif a eu lieu, le score du premier thérapeute est plus faible qu'à la séance précédente et celui du deuxième thérapeute est plus élevé. Cette fluctuation entre eux reflète notre réalité clinique : il peut être plus difficile d'établir une alliance thérapeutique dans des situations adressées par le SPMi.

En vue d'un renforcement de l'alliance thérapeutique avec les adolescents, retenons différents éléments.

Signalons l'importance de la présence de chacun en thérapie. L'absence d'un participant (patient ou thérapeute) a comme conséquence un entretien moins réflexif quant à l'alliance thérapeutique. Dû au setting parfois variable, les entretiens ont lieu soit avec les parents soit avec la fratrie. Quel est l'effet de l'absence du deuxième thérapeute lors du premier entretien ? A plusieurs reprises, ils l'ont jugée « regrettable ».

La vigilance s'impose quant à l'effet de désirabilité sociale qui, dans l'analyse des résultats, a pu influencer les scores de l'alliance. En effet, l'interview réflexive a lieu dans un cadre particulier dans lequel les réponses des membres de la famille sont exprimées en présence des thérapeutes et *vice versa*. Ainsi, il se pourrait que certains éléments restent « non dévoilés » par les uns et par les autres.

Concernant l'étude clinique sur la réflexivité en cours à la consultation pour Familles et Couples des HUG, plusieurs aspects peuvent être discutés d'un point de vue méthodologique dans l'optique de relativiser les résultats obtenus ou dans la perspective d'une amélioration pour une future étude.

Premièrement, concernant la mesure de l'alliance thérapeutique, il aurait été intéressant d'étudier l'évolution de l'alliance thérapeutique avec une mesure après chaque entretien, ceci en regard des travaux de De Roten (2000) qui montrent des variations parfois importantes de l'alliance durant la thérapie, ceci particulièrement lors des premières séances. Le paradigme de recherche utilisée par la Consultation ne le prévoyant pas, et les enfants et parents n'étant pas systématiquement présents lors de tous les entretiens, ceci n'a pas pu être fait dans le cadre de ce travail. En effet, les personnes convoquées pouvaient varier selon l'objectif thérapeutique et réunir toute une famille peut représenter des difficultés organisationnelles. Cette caractéristique propre au travail thérapeutique avec les familles est à prendre en considération dans les recherches portant sur cette population, car elle représente une difficulté importante dans la récolte de données. Ceci a d'ailleurs été le cas pour la sélection des familles dans le cadre de ce travail. En effet, trouver des suivis avec les questionnaires effectués à toutes les sessions nécessaires à la problématique (pour au moins un jeune et au moins un des parents) et un entretien réflexif filmé avec la présence du même jeune et du même parent n'a pas été chose facile.

Deuxièmement, pour une raison de temps, il n'a pas été possible de refaire une évaluation (avec le BDI-II, le SCL-90-R et le FAD) après l'introduction de l'entretien réflexif, le dispositif de la recherche de la Consultation prévoyant ceci à la fin du traitement (durée indéterminée). Il aurait été intéressant de mettre en lien l'augmentation de l'alliance thérapeutique après l'entretien avec une amélioration de l'état général des membres de la famille et du fonctionnement familial. En effet, Gaston et ses collègues en 1998 montrent l'existence d'une association entre une bonne alliance thérapeutique et la réduction des symptômes chez les patients.

Pour terminer, il nous semble important de souligner la présence de trois biais certainement impliqués dans les résultats obtenus dans ce travail sur l'amélioration de l'alliance thérapeutique après l'introduction de techniques réflexives.

Tout d'abord, la plupart des patients venant pour un suivi familial, et c'est le cas pour au moins un membre de chaque famille présentée dans ce travail, ont eu ou ont toujours

un suivi médical en parallèle à celui de la Consultation (comme par exemple, des séances ponctuelles chez un psychiatre en individuel). Il est finalement difficile de savoir si l'amélioration de l'alliance est bien due au processus réflexif ou si elle est liée au travail déjà fait ou effectué en parallèle avec un autre professionnel.

Ensuite, les familles recrutées pour ce travail ont toutes deux des alliances de départ considérées comme bonnes. On peut se poser la question de ce qui se serait passé avec des familles ayant des alliances de départ basses. Aurait-on observé une augmentation comparable ? Auberjonois et ses collègues (2011) montrent que l'entretien réflexif a un impact positif sur les familles avec une alliance basse de départ, mais il serait intéressant d'en observer l'évolution, en comparaison avec des familles avec une bonne alliance de départ.

Finalement, les réponses données par les patients lors de l'entretien réflexif lors de l'évaluation de l'alliance thérapeutique peuvent faire l'objet d'un questionnement sur la présence d'un biais de désirabilité sociale. En effet, le dispositif de l'entretien réflexif n'est pas innocent. Oser s'exprimer sur des désaccords ou des ressentis négatifs concernant la thérapie devant les professionnels, de surcroît en l'exprimant à une tierce personne, n'est pas évident pour tout le monde et peut provoquer une sensation d'inconfort. Concernant les réponses données à l'échelle d'alliance thérapeutique (HAq-II), il se peut aussi que le patient imagine les réponses qui feraient plaisir à ses thérapeutes et qu'il n'ose pas prendre le risque de les froisser (ceci malgré la consigne de départ mentionnant que le thérapeute n'a pas accès aux données utilisées dans la recherche). Une réflexion sur la réelle « liberté d'expression » des patients doit faire partie de la lecture des résultats obtenus. Ceci nous amène automatiquement vers une autre réflexion concernant l'élaboration d'instruments de mesures de l'évaluation de l'alliance thérapeutique moins sensibles au biais de désirabilité sociale.

## **8. Illustrations de facteurs déterminant et favorisant l'alliance thérapeutique avec l'adolescent**

Nous avons répertorié quelques traitements psychothérapeutiques systémiques familiaux en co-thérapie où les thérapeutes se sont davantage mis dans une position « d'experts », guidant plus le processus thérapeutique, sans utiliser cette fois « l'outil » de réflexivité. Nous avons alors tenté d'identifier, en fonction de notre pratique du métier de psychothérapeute familial et sur la base de la littérature, ce qui pouvait favoriser l'alliance thérapeutique avec le ou les adolescents et sa ou leur famille, sans utilisation du processus réflexif donc.

Par exemple, selon les thérapeutes, ceux-ci accordaient plus ou moins d'importance à la place de la bonne distance du thérapeute vis-à-vis des patients, au vouvoiement ou tutoiement des adolescents, à la place des parents, à l'humour, à l'auto-dévoilement, à la place de l'écoute active ou à la fonction du symptôme ou son effet stigmatisant au sein de la famille.

Par trois exemples cliniques, nous tentons de repérer les composants qui ont concouru à une bonne ou mauvaise alliance thérapeutique avec ces familles avec adolescents sans pour autant avoir utilisé dans ces cas-ci le processus de réflexivité.

### **8.1 Un cas clinique d'alliance thérapeutique « réussie » avec une famille avec adolescents**

#### Vignette clinique

Il s'agit de prendre en charge cette famille monoparentale composée de la mère, divorcée depuis trois ans, et des trois enfants, en thérapie. Le motif de consultation porte sur Quentin, l'aîné de 15 ans qui se dispute violemment avec le cadet Michel de 10 ans. Sophie est la sœur aînée de 16 ans. La mère est très méticuleuse sur la façon dont se font les différentes tâches à la maison. Son idéal de famille serait une entente et un soutien quasi parfaits entre frères et sœur. Au cours de la thérapie familiale, la mère apprend qu'elle souffre d'une tumeur. A ce moment-là, alors que la famille s'était plus ou moins accordée, nous assistons à un feedback rétroactif amenant un nouvel état instable d'équilibre au sein de la famille.

Cette famille pourrait être décrite comme étant de type désengagé à modalité moyennement structurée, chacun pensant beaucoup « pour soi » avec un sentiment d'appartenance moyenne et des rôles relativement peu riches dans la mesure où chacun

est peu différencié les uns des autres et la place de chacun est floue. La cohésion est assez faible. Le mouvement relationnel est à caractère plutôt centrifuge dans le sens où les compétences de chacun sont mises en avant pour une émancipation future.

Notre hypothèse est que la famille métacomunique peu ou mal au sein du système, s'arrêtant à la parole prononcée sans tenir compte de la dimension contextuelle (affects de l'interlocuteur, humour, ironie ou décalage circonstanciel par exemple).

### Discussion

Plusieurs techniques peuvent favoriser le changement lors d'une thérapie systémique : parmi ces techniques, celle de la métacommunication, permettant aux différents membres du système de se comprendre autrement et d'interagir différemment. Ils connaîtront alors une expérience correctrice, au cours de la thérapie, induisant un comportement nouveau et différent leur permettant de traverser le changement créé par la crise.

Les thérapeutes ont eu recours à la métacommunication en « auto-dévoilant » leurs résonances (chacun d'entre eux étant sensibles à la question de la maladie néoplasique de cette mère et de son soutien par ses enfants) permettant aux membres de cette famille de davantage se souder, se sentant compris. Cette métacommunication (une technique aussi de recadrage à signification ouverte, pour valider les affects et les besoins de chacun) a transformé le contexte faisant émerger un positionnement autre de chacun des membres vis-à-vis de Quentin, patient « identifié » ou « désigné ». Ceci leur a fait vivre une expérience émotionnelle correctrice au sein de la thérapie et leur a permis de sortir d'une logique quelque peu incongrue, due à la confusion des niveaux de communication qui se doublait d'une difficulté chez eux à métacommuniquer empêchant la dissolution du problème.

Nous avons validé la place de la mère tout en considérant celle de ses enfants. Un thérapeute a utilisé le tutoiement des adolescents et l'autre leur vouvoiement. Ceci permet une technique de distance et de posture particulière de chaque thérapeute vis-à-vis des adolescents permettant de les engager mieux sur la voie du changement vers une dissolution du problème favorable à chacun des membres de la famille.

## **8.2 Un cas clinique d'alliance thérapeutique « manquée » avec une famille avec adolescents ayant mené à une rupture de suivi**

### Vignette clinique

Adressée à la Consultation pour Couples et Familles des HUG par le médecin traitant de la famille, celle-ci consulte surtout à la demande des parents pour les quatre membres de cette famille qui souffrent chacun individuellement. Selon les parents, c'est Alizée, l'aînée, qui porte le symptôme et qui « fait le plus de bruit » en se rebellant fréquemment contre toute la famille.

Depuis quelques mois, la famille nucléaire composée de ses quatre membres : père, mère et leurs deux filles, Alizée, 21 ans et Manon, 19 ans, souffrent de cette situation où ils décrivent une très mauvaise ambiance à la maison, où personne ne s'écoute, ne dialogue et où « la guerre est déclarée entre chacun ». La mère explique qu'il y a eu de nombreux mots blessants dans le passé et que chacun est meurtri et rancunier.

Dans cette thérapie, les psychothérapeutes ont adopté une attitude plus stratégique afin d'essayer de s'écarter de la désignation ouverte sur l'aînée et de permettre de travailler sur « les dettes et les mérites » (concept de Boszormenyi-Nagy) de chacun en fonction de leurs blessures et des non-dits au sein de cette famille.

Lors des deux premiers entretiens d'évaluation, nous constatons que la fratrie est divisée, de même que le couple conjugal et parental. Nous observons clairement deux groupes de coalition entre Alizée et son père et Manon et sa mère. Leur objectif commun dans cette thérapie est de pouvoir retrouver un équilibre familial avec une entente globale. Pour se faire, les psychothérapeutes choisissent l'approche structurale pour tenter de ramener une entente père-mère et entre sœurs. Nous voulons permettre une frontière entre parents et enfants de nouveau plus claire.

Au troisième entretien, il est difficile de changer leur paradigme de pensée, à savoir qu'Alizée est la cause de leurs soucis. Les thérapeutes ont l'impression de pouvoir faire alliance avec cette jeune mais que la contrepartie est de perdre alors la confiance des parents qui ne se sentent ni entendus ni écoutés.

La famille ne viendra pas au quatrième entretien proposé et la mère, que nous avons au téléphone, explique que, ne se sentant ni entendue ni comprise, la famille ne souhaite plus revenir.

## Discussion

Cette thérapie familiale, adressée par le médecin de famille, est focalisée sur la demande des parents. L'erreur première des psychothérapeutes est sans doute de ne pas s'être alliés avec les parents et de ne pas avoir assez considéré leurs attentes et interrogations quant aux symptômes de leur fille aînée. En effet, par réflexe de ne pas focaliser sur le symptôme, les psychothérapeutes sont probablement passés à côté de l'alliance avec les parents et, par conséquent, le groupe familial. Nous nous sommes peut-être précipités dans ce « réflexe systémique » de ne pas focaliser sur le symptôme alors qu'il était important de le considérer.

En adoptant une attitude plus « experte », en ce sens, stratégique, sans dévoilement, la famille s'est peut-être sentie dans une relation vécue moins sincère avec les thérapeutes.

Alizée, avec qui les thérapeutes ont pu faire alliance, s'est du coup retrouvée encore plus opposée à son groupe, même si elle avait son père comme allié. Celui-ci, tiraillé entre elle et son épouse, n'a pu se rallier à notre intervention par loyauté à la dynamique de groupe familial. Le système s'est probablement senti « coincé » par notre intervention, les poussant trop vite au changement. Ceci, insupportable pour eux, les a incités à quitter la thérapie.

### **8.3 Un cas clinique d'alliance thérapeutique « réussie » avec une famille avec adolescents dans un contexte de prise en charge dans une unité multidisciplinaire pour adolescents**

*Cette vignette clinique est tirée de l'article « Pas sans ma famille ! L'importance de l'entourage en médecine de premier recours avec des jeunes » de la Revue Médicale Suisse, écrit par Cédric Devillé et Françoise Narring (2016).*

#### Vignette clinique

Alicia est suivie à l'Unité Santé Jeunes, un centre multidisciplinaire pour adolescents aux HUG. Depuis qu'elle a 12 ans, son médecin traitant est la pédiatre de l'Unité. A l'âge de 17 ans, en 2012, Alicia a commencé à développer une symptomatologie de boulimie avec un manque d'estime de soi, s'intensifiant en 2014. Elle a deux frères, Mattia et Luca, respectivement de deux et trois ans plus jeunes qu'elle, suivis eux par une pédiatre spécialiste de l'obésité à l'Unité Santé Jeunes. Ils ont commencé à présenter une symptomatologie d'obésité vers leurs 15 et 16 ans (en 2012), avec un indice de masse

corporelle de 32 en 2014, accompagnée de légers troubles du comportement (perturbation et agitation en classe) et de décrochage scolaire en 2014. Après discussion en équipe à l'Unité Santé Jeunes, nous décidons de prendre cette famille en thérapie familiale pour les symptômes psychosomatiques que les trois jeunes présentent.

Il s'agit d'une famille monoparentale dont la mère vit avec ses trois jeunes. Madame est âgée de 40 ans, séparée du père des trois enfants en 2012 et divorcée depuis 2013. La séparation a été difficile car vécue dans un contexte de violence physique du père sur la mère, celle-ci ayant quitté son mari dans des conditions d'urgence. Suite à cette séparation, la mère a eu la garde et l'autorité parentales exclusives, le père n'ayant plus de droit de visite sur les enfants, ceux-ci l'ayant refusé, appuyés par leur mère.

Pour initier cette thérapie familiale, décision fut prise de réunir la pédiatre et l'infirmière responsables, dans l'Unité, du programme de soin Contrepoids où sont inscrits les frères depuis 2013, et les deux co-thérapeutes familiaux, dont un psychiatre. Les différents professionnels réunis permettaient en effet d'appréhender dans toute sa complexité la famille et d'avoir une vision globale et unifiée des enjeux.

Lors du premier entretien, alors que les garçons ont décidé de ne pas venir car réticents à des entretiens en présence d'un psychiatre, nous avons discuté avec la mère et sa fille de 20 ans, Alicia. Ce premier entretien, en plus de quelques détails d'anamnèse, nous a permis de créer une alliance avec la mère et sa fille ; le plus difficile étant de faire alliance avec la mère réfractaire au monde de la psychiatrie avec lequel elle n'avait jusqu'alors jamais eu de contact.

Alicia nous expliquera au deuxième entretien devoir s'occuper en permanence de sa mère, raison de son stress, de son manque d'estime de soi et de sa boulimie.

Au troisième entretien, nous réitérons la demande d'inviter les frères pour aider, dans cette thérapie, chaque membre à trouver sa place et mieux se porter.

Au quatrième entretien, ils viennent, encore réticents mais quelque peu curieux de « voir » comment cela se passe en séance car témoins de changements dans les relations entre eux à la maison. Par exemple, ils expliquent « sentir leur mère un peu moins stressée et stressante ». A la fin de ce quatrième entretien, tous les quatre ont bien adhéré au cadre que nous leur avons proposé et ce, probablement parce qu'ils ont découvert qu'une thérapie n'est pas que « psychiatrique » dans le sens formel. Ils ont en effet été surpris de la manière avec laquelle ils ont pu rire entre eux et avec les

thérapeutes et s'exprimer ouvertement devant leur mère. Ils se sont donc sentis entendus et soulagés.

Le cinquième entretien réunit la fratrie uniquement avec la pédiatre, l'infirmière et les deux co-thérapeutes. Les jeunes expliquent plus précisément leur préoccupation concernant la problématique d'alcool de leur mère et abordent le sujet de leur père. Après discussion, ils décident de reprendre contact avec lui.

Au sixième entretien, après cinq mois de traitement, il est question d'évoquer le problème d'alcool de la mère avec les enfants, ses conséquences sur eux ainsi que de reconnaître leur parentification. La mère, au terme de cet entretien, accepte un suivi individuel pour un sevrage à l'alcool, les frères s'engagent à poursuivre les séances d'éducation thérapeutique au programme « Contrepoids » et à se rendre chez leur pédiatre spécialiste de l'obésité, et la jeune Alicia s'engage à poursuivre son suivi psychothérapeutique individuel et son suivi chez son médecin traitant.

Ainsi, par un jeu de réciprocité, le suivi familial a contribué à une meilleure prise en charge des suivis individuels de chacun et ceux-ci ont eux-mêmes, parallèlement, contribué à une meilleure alliance thérapeutique dans le suivi familial. Nous voyons donc clairement le cercle vertueux illustré par cette convergence des suivis individuels et familial.

A la fin de cette thérapie, la mère ne boit plus, les deux frères ont un poids au percentile 75 et vont commencer un nouvel apprentissage. Alicia dit se sentir mieux et a débuté un apprentissage comme puéricultrice, ayant arrêté ses études d'infirmière, considérant que ces études-là étaient davantage destinées à s'occuper de sa propre mère. Les trois enfants ont par ailleurs repris contact avec leur père.

### Discussion

Les jeunes sont en pleine mutation et particulièrement réceptifs, flexibles et prompts au processus de changement. Il est donc essentiel pour les différents professionnels, pédiatres, infirmières et médecins référents d'établir une relation telle qu'un lien thérapeutique solide puisse s'installer. Par un accueil sincère du jeune par l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire, ce dernier sera dans un environnement favorable à la création d'une alliance thérapeutique. Il pourra par là-même adhérer à l'idée d'une première rencontre éventuelle avec un psychiatre et se défaire de ses appréhensions liées à sa vision stigmatisée de la psychiatrie.

Un « travail » doit également se faire avec le jeune pour le préparer à la rencontre familiale et lui donner une place incitant son entourage à se mobiliser pour lui. Malgré la possible ambivalence face à cette rencontre familiale, redoutée parfois par les parents et parfois par le jeune, ils l'acceptent souvent. Inviter l'entourage dans le but d'une « transformation du terreau familial et d'une redistribution de la tension entre adultes et enfants » (Andolfi, 2002) permet à ces derniers d'améliorer leurs difficultés relationnelles et psychosomatiques. Le jeune a tendance à s'appropriier le symptôme à tel point qu'il peut devenir le bouc émissaire de la famille et au point d'entraver, parfois, la construction de son identité personnelle (Andolfi, 2002).

« La technique n'est jamais plus efficace que son système d'application – la relation client-thérapeute » (Isebaert et al, 2015). L'attitude du thérapeute vis-à-vis de la thérapie est en effet primordiale pour l'efficacité d'un traitement. « L'acte, la façon d'administrer un traitement, le modèle/la technique appliqué est le véhicule qui amène l'allégerance et les effets placebo en sus des effets spécifiques de l'approche donnée » (Isebaert et al, 2015).

Dans la dernière vignette clinique citée, la pierre angulaire était de faire venir la mère des jeunes en entretien. En effet, sans elle, les enfants, loyaux, ne se seraient jamais déplacés ou, en tout cas, seraient probablement restés peu investis dans leurs propres soins. Par ailleurs, la symptomatologie des enfants a diminué dès que leur mère a pu elle-même prendre soin d'elle. Il est raisonnable de penser que le ou les parents motivés motivent leurs enfants. Ils donnent de cette manière aussi leur « feu vert » à un suivi individuel, évitant aux jeunes d'être bloqués dans un conflit de loyauté entre parents et soignants.

Après la reconnaissance de leur parentification, les enfants ont pu penser à eux-mêmes et renouer contact avec leur père, tout en considérant qu'ils pouvaient, dans ce nouveau contexte, être tout aussi loyaux à leur mère qu'à leur père. Nous soulignons ici l'importance de la place des parents comme levier thérapeutique puissant.

Il est très probable dans cette situation que la famille ait pu adhérer aux soins psychothérapeutiques proposés, ayant été adressée par leur pédiatre et leur infirmière, déstigmatisant ainsi déjà la porte d'entrée « psychiatrique ». Le fait que cette mère et ses jeunes consultent au sein de l'unité multidisciplinaire diminue probablement aussi cet effet stigmatisant de la consultation « psychiatrique ».

## Conclusion :

Ces différentes situations cliniques mettent à jour des facteurs (tels que la place des parents, la place de la bonne distance du thérapeute, la place de l'humour, celle parfois de l'auto-dévoilement, la place du vouvoiement et du tutoiement des jeunes, la place de la réflexivité, la place de la multidisciplinarité) permettant de favoriser l'alliance thérapeutique entre les psychothérapeutes et les membres d'une famille avec adolescent(s). Ces facteurs sont de bonnes réponses thérapeutiques pour « déjouer » les résistances à cette alliance thérapeutique.

## 9. Conclusion

L'alliance thérapeutique augmente indéniablement la motivation à tenter les réaménagements nécessaires pour oser des changements réellement significatifs.

Une alliance thérapeutique bien établie entre le système familial et les psychothérapeutes permet d'atteindre plus souvent les objectifs, ce qui coïncide avec la dissolution du problème pour lequel il y avait une demande de départ et signifie donc, *in fine*, la fin du traitement.

S'agissant de rechercher des facteurs favorisant ou déterminant l'alliance thérapeutique avec les adolescents en thérapie systémique, nous pouvons dégager tant des facteurs communs que spécifiques.

Les facteurs communs déterminant et favorisant l'alliance thérapeutique avec les adolescents est à intégrer dans l'interface thérapeutes-patients-effet placebo.

Les facteurs favorisant l'alliance thérapeutique spécifiquement avec les adolescents (en thérapie systémique particulièrement) sont donc :

- 1- la place cruciale accordée aux parents
- 2- l'écoute active
- 3- la réflexivité
- 4- l'humour
- 5- la posture et la bonne distance du psychothérapeute
- 6- l'utilisation du vouvoiement et du tutoiement avec l'adolescent
- 7- l'(auto-)dévoilement
- 8- la place de la multidisciplinarité

Ces facteurs spécifiques pour engager les adolescents en thérapie créent l'alliance thérapeutique avec les adolescents en thérapie systémique, tout en gardant à l'œil que chaque contexte est singulier.

De plus, il est important de souligner que la thérapie systémique crée en soi des facteurs favorisant l'alliance thérapeutique avec les adolescents de par sa spécificité prenant

systématiquement les parents en compte, les adolescents par l'écoute active interactionnelle et le côté déstigmatisant.

Ce présent travail rend compte de l'importance d'une bonne alliance thérapeutique instaurée entre le système familial et les psychothérapeutes. En effet, il est primordial de considérer qu'une alliance thérapeutique avec uniquement le ou les adolescents est impossible dans un système thérapeutique impliquant une famille avec adolescent(s).

Ainsi, nous avons vu, en théorie et en pratique, que considérer exclusivement le/les adolescent(s) peut, dans certains cas, ne pas favoriser, voire péjorer, l'alliance thérapeutique pour le système familial entier.

Cette considération établie, nous avons mis en lumière des facteurs pouvant amener le système familial et thérapeutique à faire mieux alliance.

Concernant ces facteurs évoqués, nous estimons que l'utilisation du psychothérapeute de sa propre personne dans l'écoute active est plus efficace et sincère qu'une position d'expert. De fait, les facteurs susmentionnés correspondent davantage à des facteurs en lien avec une façon d'être sincère et spontanée plutôt qu'une façon d'être exclusivement dans des stratégies thérapeutiques.

Un plan thérapeutique reste nécessaire et les psychothérapeutes doivent pouvoir mener à bien ce plan, l'idée psychothérapeutique étant plus co-constructive que stratégique. En effet, l'adhésion au traitement et le ou les objectifs atteints, non seulement de l'adolescent mais aussi de sa famille, permettent une expérience positive du vécu en thérapie. En termes de prévention pour la santé mentale des adolescents, ceci est primordial puisque, nous l'avons vu, un adolescent convenablement soigné et confiant dans les soins proposés, adhère plus facilement aux soins futurs. S'il est bien soigné, il sera un adulte intégré dans la société avec aussi une diminution de ses coûts de santé futurs.

En conclusion de nos hypothèses sur l'alliance thérapeutique, nous retenons que le thérapeute est l'expert pour la méthode et le processus thérapeutique tandis que les patients sont les experts de leur histoire et, par l'alliance thérapeutique, une motivation à changer renforcée et les objectifs pour lesquels ils sollicitent les thérapeutes sont davantage réalisables.

Il est bien entendu que les facteurs évoqués dans ce mémoire sont des pistes. La sincérité, la spontanéité et la créativité du thérapeute lui permettent au fond de saisir et de repérer d'autres facteurs favorables à la création de l'alliance thérapeutique.

Les perspectives de recherche sur l'alliance thérapeutique avec les adolescents et leur famille sont évidemment très prometteuses et restent à approfondir.

## Bibliographie

- Ackermann-Liebrich, U., Paccaud, F., Gutzwiller, F. & Stutz Steger T. (2002). *Buts pour la santé en Suisse: la santé pour tous au 21ème siècle*. Suisse : Société suisse de la santé publique (OMS Europe).
- Andersen, T. (1987). The Reflecting Team : Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- Andersen, T. (1997). Researching Client-Therapist Relationships : A Collaborative Study for Informing Therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 16(2), 125-133.
- Andolfi, M. (2002). Thérapie avec l'individu et thérapie avec la famille. *Thérapie Familiale*, 23, 7-20.
- Armstrong, C., Hill, M. & Secker, J. (1998). *Listening to Children*. Glasgow : University of Glasgow, The Mental Health Foundation (Study for the Centre for the Child and Society).
- Auberjonois, K., Tettamanti, M., De Vincenzi, A., Bischoff, M., Reverdin, B., Charmillot, A., Favez, N. & Rey-Bellet, P. (2011). Les méthodes réflexives en psychothérapie systémique : entre recherche et clinique. *Thérapie Familiale*, 32 (3), 349-362.
- Baillargeon, P., Pinsof, W.M. & Leduc, A. (2005a). Modèle systémique de l'alliance thérapeutique. *Revue européenne de psychologie appliquée/Review of Applied Psychology*, 55, 3, 137-143.
- Baillargeon, P., Pinsof, W.M. & Leduc, A. (2005b). L'alliance thérapeutique : la création et la progression du lien. *Revue européenne de psychologie appliquée/Review of Applied Psychology*, 55, 4, 225-234.
- Bank, L., Patterson, G.R. & Reid, J.B. (1996). Negative sibling interaction patterns as predictors of later adjustment problems in adolescent and young adult males. In G. Brody (Ed.), *Advances in applied developmental psychology: Sibling relationships : their causes and consequences* (pp. 197-229). Norwood : Ablex Publishing.
- Bantman, P. (2000). Therapeutic alliance with the family ? *Soins. Psychiatrie*, 206, 7-10.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *J Clin Psychol*, 40 (6), 1365-1367.
- Benoît, J.C. & Roume, D. (1986). La désaliénation systémique. Les entretiens collectifs familiaux en institution. [France] : ESF Editeur.
- Bethea, A.R., Acostam, M.C. & Haller, D.L. (2007). Patient Versus Therapist Alliance : Whose Perception Matters ? *Journal of substance abuse treatment*, 35(2), 174-183.
- Blanquet, E. (2007). La question du dévoilement et son entente en Gestalt-thérapie. *Gestalt*, 33, 43-54.
- Bordin, E. (1979). The generalisability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Krasner, B.R. (1986). *Between give and take. A clinical guide to contextual therapy*. New York : Brunner & Mazel.
- Bouaziz, I. (2007). Rire ou ne pas rire, là n'est pas la question : humour et paradoxe en psychothérapie. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* : 39, 73-81.

- Boulé, C. (2012). *Perception et utilisation de l'humour en thérapie chez les psychologues québécois*. (Thèse présentée à la Faculté des Lettres et Sciences Humaines comme exigence partielle du doctorat en Psychologie Clinique). Université de Sherbrooke.
- Bowen, M. (1993). A propos de la différenciation de soi à l'intérieur de sa propre famille. *Thérapie Familiale*, 15 (2), 99-148.
- Brackett, M.A., Mayer, J.D. & Warner, R.M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387–1402.
- Buber, M. (1935/1992). *Je et Tu*. Paris : Aubier-Montaigne.
- Büchli, L.A. (2011). *L'alliance thérapeutique dans le travail avec les familles : impact du processus de réflexivité*. (Mémoire de Master en études avancées en évaluation et intervention psychologiques). Université de Genève.
- Cabié, MC. (2016, novembre). *Approches centrées sur les compétences et familles avec adolescents difficiles*. Communication présentée à l'Institut de la Famille à Genève, Genève.
- Caillé, P. & Rey, Y. (1994). *Les objets flottants au-delà de la parole en thérapie systémique*. Paris : ESF.
- Cairn.info (2014). Publications de Julien Fousson diffusées sur Cairn.info ou sur un portail partenaire. Repéré à <https://www.cairn.info/publications-de-Fousson-%20Julien--98278.htm>
- Castro-Blanco, D., Kovacs-North, K. & Karver, M.S. (2010). Introduction : The problem of engaging high-risk adolescents in treatment. In D. Castro-Blanco & M.S. Karver (Eds.), *Elusive alliance. Treatment engagement strategies with high-risk adolescents* (pp. 3-19). S.I. : American Psychological Association.
- CCCA-BTP. (2012). Approche sociologique. Repéré à <http://www.vademecum-animateur-ccca-btp.fr/docs/AT-JA-31-6-l-ado-approche-sociologique.pdf>.
- Cheval, S., Mirabel-Sarron, C., Guelfi, J.D. & Rouillon, F. (2009). L'alliance thérapeutique avec les patients limite en thérapie cognitivo-comportementale. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 347-354.
- Claes, M. & Lannegrand-Willems, L. (sld). (2014). *La psychologie de l'adolescence*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Commission Européenne. 2005. *Livre Vert, Améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union Européenne*. Bruxelles : Communauté européenne.
- Constantino, M.J., Castonguay, L.G., Zack, S. & De George, J. (2010). Engagement in psychotherapy : Factors contributing to the facilitation, demise, and restoration of the therapeutic alliance. In D. Castro-Blanco & M.S. Carver (Eds.), *Elusive alliance : Treatment engagement strategies with high-risk adolescents* (pp. 199-209). S.I. : American Psychological Association.
- Cook-Darzens, S. (2014). *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse : Erès.
- Costello, E.J., Copeland, W. & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults ? *J Child Psychol Psychiatry*, 52 (10), 1015-1025.

- Costello, E.J., Egger, H. & Angold, A. (2005). 10-year research update review : the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders : I. Methods and public health burden. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (10), 972-986.
- Côté, J.E. (1996). Sociological perspectives on identity formation : The culture–identity link and identity capital. *Journal of Adolescence*, 19, 417–428.
- Creed, T.A. & Kendall, P.C. (2005). Empirically supported therapist relationship-building behavior within a cognitive–behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 498-505.
- Crispoux, I. (2007). Dévoilement, résonance et construction du réel. *Gestalt*, 33, 141-152.
- Cuin, C.H. (2011). Esquisse d'une théorie sociologique de l'adolescence. *Revue européenne des sciences sociales*, 49 (2), 71-92.
- Cungi, C. (2006). *L'alliance thérapeutique*. Paris : Retz.
- De Bernart, R. & Giommi, D. (2007). L'humour comme interlude bizarre. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 39, 9-16.
- De la Pena, C.M, Friedlander, M.L., Escudero, V. & Heatherington, L. (2012). How do therapists ally with adolescents in family therapy ? An examination of relational control communication in early sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 59 (3), 339-351.
- Derogatis, L.R. & Cleary, P.A. (1977). Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. *Br J Soc Clin Psychol*, 16 (4), 347-356.
- De Roten, Y. (2000). Processus de co-construction de l'alliance thérapeutique. *Psychothérapies*, 20 (4), 243-248.
- De Roten, Y. (2011). L'alliance thérapeutique est-elle la clé du changement ? In E. Collot (Ed.), *L'alliance thérapeutique : fondements et mise en œuvre* (pp. 4-16). Paris : Dunod.
- De Roten, Y., Fisher, M., Drapeau, M., Beretta, V., Kramer, U., Favrem N. & Despland, J.N. (2004). Is one assessment enough ? Patterns of early alliance development and outcome. *Clin. Psychol. Psychother*, 11/5, 324-331.
- Devillé, C. & Narring, F. (2016). Pas sans ma famille ! L'importance de l'entourage en médecine de premier recours avec des jeunes. *Revue médicale Suisse*, 12, 1141-1143.
- Devillé, C., Secretan-Waefler, C. & Narring, F. (2014). Indications, évaluations et activité du psychiatre au sein d'une unité multidisciplinaire pour adolescents, à l'Unité Santé Jeunes à Genève. Poster présenté au 18<sup>ème</sup> Congrès Européen de l'International Association for Adolescent Health (IAAH) à Paris-Bobigny en juin 2014.
- Diamond, G.M., Diamond, G.S. & Liddle, H.A. (2000). The therapist-parent alliance in family-based therapy for adolescents. *JCLP/In Session : Psychotherapy in Practice*, 56 (8), 1037-1050.
- Diamond, G.M., Hogue, A., Liddle, H.A. & Dakof, G.A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in therapy : a process study. *Psychotherapy*, 36 (4), 355-368.
- Diamond, G.M. & Liddle, H.A. (2012). From alienation to collaboration : three techniques for building alliances with adolescents in family therapy. In : T.S., Nelson & T.S., Trepper (Eds). *101 more interventions in family therapy* (pp. 87-95). New-York : Routledge.

- Doherty, W.J. (1995). *Soul searching. Why psychotherapy must promote moral responsibility*. New York : Basic Books.
- Dubet, F. (1995). *Sociologie de l'expérience*. Paris : Seuil.
- Duncan, B. (2010). *On becoming a better therapist*. Washington DC : American Psychological Association.
- Erikson E. Adolescence et crise. La quête de l'identité. France : Champs Flammarion Sciences ; 1998.
- Evans, G.W. & Wachs, T.D. (2010). *Chaos and its influence on children's development : An ecological perspective*. Washington DC: American Psychological Association.
- Fize, M. (1994). *Le Peuple adolescent*. Paris : Julliard.
- Fortin, M.F., Coutu-Wakulczyk, G. & Engelsmann, F. (1989). Contribution to the validation of the SCL-90 in French-speaking women. *Health Care Women Int.* 10 (1), 27-41.
- France, A. (2008). Risk factor analysis and the youth question. *Journal of Youth Studies*, 11 , Iss. 1.
- Frank, J. (1973). *Persuasion and Healing : A Comparative Study of Psychotherapy* (2<sup>nd</sup> ed.). Baltimore MD : Johns Hopkins.
- Frank, J. & Frank, J. (1961). *Persuasion and Healing*. Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Freud, S. (2003). *La technique psychanalytique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Gagnepain, J. (1990). *Du vouloir dire : traité d'épistémologie des sciences humaines. Vol 1 : Du signe, de l'outil*. Paris : Livre et Communication.
- Gagnier, JP. & Asselin, P. (2008). Adolescence, famille et désignation. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 40, 169-182.
- Gammer, C. (1998). Les adolescents et la thérapie familiale selon le modèle par phases. In C. Gammer & M.C. Cabié. *L'adolescence, crise familiale. Thérapie familiale par phases* (pp. 69-86). Ramonville Saint-Agne : Édition Erès.
- Gammer, C. & Cabié, M.C. (1998). *L'adolescence, crise familiale. Thérapie familiale par phases*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Gammer, C. & Cabié, M.C. (2008). L'adolescence, crise familiale. Thérapie familiale par phases. Repéré à l'URL <http://www.systemique.be/spip/spip.php?article371>
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychtherapy : Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27 (2), 143-153.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L.G. & Gagnon, R. (1998). Alliance, techniques, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 190-209.
- Gaudriault, P. & Joly, V. (2013). *Construire la relation thérapeutique (Prévenir l'abandon précoce, définir les enjeux du processus thérapeutique)*. Paris : Dunod.
- Godelier, M. (1990). Inceste, parenté, pouvoir. *Psychanalystes*, 36, 33–51.
- Goldbeter-Merinfeld, E. (2007). Humour ? Surprise ? Est-ce sérieux en psychothérapie ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* : 39, 57-72.

- Grotevant, H. (1987). Toward a process model of identity formation. *Journal of Adolescent Research*, 2, 203–222.
- Grotevant, H.D. & Cooper, C.R. (1985). Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence. *Child Development*, 56 (2), 415-428.
- Guntern, G. (1986). Eco-anthropologie systémique : une nouvelle image de l'homme. *Thérapie familiale*, 7 (1), 15-40.
- Haley, J. (1979). *Nouvelles stratégies en psychothérapie*. Paris : Delarge.
- Haley, J. (1991). *Leaving Home : quand le jeune adulte quitte sa famille*. Paris : ESF.
- Hall, G.S. (1904). *Adolescence : its psychology, and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education* (Vol. 1). New York : D. Appleton and Company.
- Haller, D.M, Sancj, L.A, Sawyer, S.M & Patton, G.C. (2009). The identification of young people's emotional distress : a study in primary care. *British Journal of General Practice*, 59 (560), 61-70.
- Hawley, K.M & Weisz, J.R. (2003). Child, parent, and therapist (dis)agreement in target problems in outpatient therapy : The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 62-70.
- Hickie, I.B, Fogarty, A.S, Davenport, T.A., Luscombe, G.M. & Burns, J. (2007). Responding to experiences of young people with common mental health problems attending Australian general practices. *The Medical Journal of Australia*, 187 (7 Suppl), 47-52.
- Hickie, I.B., Groom, G. & McGorry, P. (2005). Australian mental health reform : time for real outcomes. *The Medical Journal of Australia*, 182, 401-406.
- Higham, J.E., Friedlander, M.L., Escudero, V. & Diamond, G. (2012). Engaging reluctant adolescents in family therapy : an exploratory study of in-session processes of change. *Journal of Family Therapy*, 34, 24-52.
- Hill, C.E. & Knox, S. (2002). Self-disclosure. In J.C. Norcross (Eds), *Psychotherapy Relationships That Work : Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 255-265). New York : Oxford University Press.
- Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L.F., Liddle, H.A. & Cecero, J.J. (2006). Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescents behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (1), 121-129.
- Holmqvist, R. (2015). The use of self-disclosure among Swedish psychotherapists. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 17 (1), 80-98.
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. In A. Horvath & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance : Theory, research and practice* (pp. 259-286). New York : Wiley.
- Horvath, A.O. & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Eds), *Psychotherapy Relationships That Work : Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 37-69). New York : Oxford University Press.
- Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J. Couns. Psychol*, 38, 2, 139-149.

- INPES. (2009). Entre nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Repéré à l'URL <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf>.
- Isebaert, L., Cabié, M.C. & Dellucci, H. (2015). *Alliance thérapeutique et thérapies brèves. Le modèle de Bruges*. Toulouse : Editions Erès.
- Karver, M.S., Shirk, S., Handelsman, J., Fields, S., Gudmundsen, G., McMakin, D. & Crisp, H. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16 (1), 15-28.
- Kazdin, A.E., Siegel, T.C. & Bass, D. (1990). Drawing on clinical practice to inform research on child and adolescent psychotherapy : survey of practitioners. *Professional Psychology : Research and Practice*, 21, 189-198.
- Kuenzli-Monard, F. (2006). Comment inviter la réflexivité en thérapie : la pensée pratique du psychothérapeute. *Thérapie Familiale*, 27, 181-191.
- Lambert, M.J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In J.C. Norcross (Eds), *Handbook of Eclectic Psychotherapy* (pp. 436-462). New York : Brunner/Mazel.
- Lapassade, G. (1963). *L'entrée dans la vie. Essai sur l'inachèvement de l'homme*. [S.l.] : Minuit.
- Lascaux M, Couteron J-P, Phan O. (2014). Processus d'accompagnement et d'alliance pour le changement thérapeutique (P.A.A.C.T.). Paris : Fédération d'Addiction (Rapport de la Fédération d'Addiction).
- Laursen, B. & Collins, W.A. (2009). Parent-child relationships during adolescence. In R.M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 3-42). New York : John Wiley and Sons.
- Lazignac, C. (2002). *Qu'en est-il de l'alliance thérapeutique en situation transculturelle ? : à propos d'une étude exploratoire réalisée aux urgences psychiatriques de Nancy*. (Thèse). Université Henri-Poincaré-Nancy 1.
- Lerner, R.M. & Steinberg, L. (2004). The scientific study of adolescent development. In R.M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology* (pp.1-12). New York : John Wiley and Sons.
- Lombardi, L. (2016). *Effet de la réflexivité sur l'alliance thérapeutique avec les adolescents : Etude de deux cas*. (Mémoire de Master en études avancées en évaluation et intervention psychologiques). Université de Genève.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M. & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy. A counting signs vs. a global rating method. *J Nerv Ment Dis*, 171 (8), 480-491.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P. & Auerbach, A. (1985). Therapist Success and Its Determinants. *Arch Gen Psychiatry*, 42 (6), 602-611.
- Mairesse, Y. (2007). Enjeux et risques du dévoilement. *Gestalt*, 33, 95-108.
- Mainhagu (2006). Bowen Murray. Repéré à <http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines/20-Citer-selon-les-normes-de-l-APA?tab=108>
- Marcia, J.E. (1966). Développement and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.

- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables : A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), 438-450.
- Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance scales : Similarities, differences and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 417-423.
- Mesguish, V. & Thomas, A. (2013). *Net recherche 2013 : surveiller le web et trouver l'information utile*. Bruxelles : DeBoeck.
- Michaud, P.A., Alvin, P., Deschamps, J.P., Frappier, J.Y., Marcelli, D. & Tursz, A. (1997). *La santé des adolescents. Approches, soins, préventions*. Lausanne : Editions Payot Lausanne.
- Michaud, P.A. & Ambresin, A.E. (2014). The health of adolescents around a world in transition. *Georgian Med News*, 230 (5), 54-59.
- Miller, I.W., Kabacoff, R.I., Epstein, N.B., Bishop, D.S., Keitner, G.I., Baldwin, L.M. & Van der Spuy, H.I.J. (1994). The Development of a Clinical Rating Scale the McMaster Model of Family Functioning. *Family Process*, 33, 53-69.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. S.I : Guilford.
- Minuchin, S. (1998). *Familles en thérapie*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Moisseeff, M. (1998). Enjeux anthropologiques de la thérapie familiale avec les adolescents. In C. Gammer & M.C Cabié (Eds), *L'adolescence, crise familiale. Thérapie familiale par phases* (pp. 205–227). Ramonville Saint-Agne : Édition Erès.
- Naar-King, S. & Suarez, M. (2011). *Motivational interviewing with adolescents and young adults*. S.I. : Guilford Press.
- Nardone, G. & Portelli, C. (2007). L'usage de l'humour et d'autres actes créatifs comme véhicule de changement en thérapie stratégique brève. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 39, 83-92.
- Nasielski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*, 144, 12-40.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work : Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford : Oxford University Press.
- OMS. (1999). *Santé et développement de l'adolescent : pour une programmation efficace*. Genève : Organisation mondiale de la santé (Série de Rapports Techniques 886).
- OMS. (2001). Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Repéré à l'URL [www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf).
- OMS. (2005). Programme d'Orientation sur la Santé des Adolescents destiné aux prestataires de Soins de santé. Repéré à l'URL [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9241591269/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591269/fr/)
- OMS. (2012). *Guide pratique pour les soins aux adolescents. Un outil de référence destiné aux agents de santé de premier niveau*. Genève : Organisation Mondiale de la santé.
- OMS. (2015a). La santé pour les adolescents du monde. Repéré à l'URL [http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO\\_FWC\\_MCA\\_14.05\\_fre.pdf](http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_fre.pdf).

- OMS. (2015b). Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Santé de l'adolescent. Repéré à l'URL [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/fr/+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=ch](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=ch).
- Onnis, L. (2006). Le langage métaphorique et non verbal en psychothérapie systémique. Repéré à l'URL [http://www.systemique.be/spip/IMG/article\\_PDF/article\\_a152.pdf](http://www.systemique.be/spip/IMG/article_PDF/article_a152.pdf). (4 mai 2015).
- Onnis, L. (2015). Appartenance et identité à la lumière des mythes familiaux : Implications thérapeutiques dans l'anorexie et boulimie de l'adolescence. *Thérapie familiale*, 36, 13-28.
- Onnis, L., Bernardini, M., Romano, C. & Veglia, A. (2008). Le double visage de la lune. La crise de l'adolescence selon une perspective systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 40 (1), 45-58.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H. & Willutski, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.) *Handbook of psychotherapy and behaviour change (5<sup>th</sup> Ed.)*. New York : John Wiley and Sons.
- Oughourlian, J.M. (2013). *Notre troisième cerveau*. Paris : Ed. Albin Michel.
- Paine, A.L., Veach, P., MacFarlane, I.M., Thomas, B., Ahrens, M. & LeRoy, B.S. (2010). What would you do if you were me ? Effects of counselor self-disclosure versus non-disclosure in a hypothetical genetic counseling session. *Journal of Genetic Counseling*, 19 (6), 570-584.
- Patel, V., Flisher, A. & Hetrick, S. (2007). Adolescent health 3 : mental health of young people : a global public health challenge. *Lancet*, 369, 1302-1313.
- Pinsof, W.M. (1995). *Integrative Problem-centered Therapy*. S.l. : Basic Books.
- Plagnol, A. (2000). *Rencontre psycho-thérapeutique et paradoxes*. Évolution psychiatrique, 65 (1), 117-126.
- Quentel, J.C. (2012). *Une approche anthropologique de l'adolescence*. Dialogue, 198, 9-18.
- Rey-Bellet, P., Auberjonois, K. (sous la direction de) (2008). *Projet de recherche sur une pratique réflexive en thérapie de couple et de famille. Version 1 du 14.07.2008*. Document inédit.
- Ridenour, T.A., Daley, J. & Reich, W. (1999). Factor Analyses of the Family Assessment Device. *Family Process*, 38, 497-510.
- Robbins, M.S., Liddle, H.A., Dakof, G.A., Turner, C.W., Alexander, J.F. & Kogan, S.M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional family therapy. *Journal of Family Psychology*, 20 (1), 108-116.
- Salem, G. (2012). *Le combat thérapeutique*. (2<sup>ème</sup> éd. revue et augmentée). Paris : Ed. Armand Colin.
- Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C. & Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington DC: American Psychological Association.

- Secker, J., Armstrong, C. & Hill, M. (1999). Young people's understanding of mental illness. *Health Education Research*, 14 (6).
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1982). Hypothétisation - Circularité - Neutralité. Guide pour celui qui conduit la séance. *Thérapie Familiale*, 3, 117-132.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A.M. (1988). *Les jeux psychotiques dans la famille*. Paris : ESF.
- Shelef, K., Diamond, G.M., Liddle, H.A. & Diamond, G.S. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 689-698.
- Spapen, P., Angelidis, T., Antoniali, V. & Van Gerwen, K. (2010). La thérapie familiale multidimensionnelle des adolescent(e)s dépendants du cannabis. Une nouvelle approche systémique en Europe dans le cadre d'une recherche plurinationale. *Thérapie Familiale*, 31, 117-132.
- Steer, R.A., Clark, D.A., Beck, A.T. & Ranieri, W.F. (1999). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: the BDI-II versus the BDI-IA. *Behav Res Ther.*, 37 (2), 183-90.
- Stern, D.N. & Fivaz-Depeursinge, E. (1997). Construction du réel et affect. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 18, 77-85.
- Sturges, J.W. (2012). Use of therapist self-disclosure and self-involving statements. *The Behavior Therapist*, 35 (5), 90-93.
- Thompson, S.J., Bender, K., Lantry, J. & Flynn, P.M. (2007). Treatment engagement : building therapeutic alliance in home-based treatment with adolescents and their families. *Contemp Fam Ther*, 29, 39-55.
- Tilmans-Ostyn, E. (1987). La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande. *Thérapie familiale*, 8 (3), 229-246.
- Tokic, A. & Ninoslava, P. (2010). Parental behaviors related to adolescents' self-disclosure: adolescents' views. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2 (28), 201-220.
- Tylee, A., Haller, D.M., Graham, T., Churchill, R. & Sanci, L.A. (2007). Youth-friendly primary-care services: do they make a difference? *The Lancet*, 369, 1565-73.
- UNICEF. (2015). Qui sommes-nous ? Repéré à l'URL <http://www.unicef.ch/fr/qui-nous-sommes/droit-de-l-enfant/convention-relative-aux-droits-de-lenfant>
- Vannotti, M., Onnis, L. & Gennart, M. (2006). Thérapie d'orientation systémique. Repéré à l'URL <http://www.systemique.be/spip/spip.php?article141&lang=fr>
- Vasquez, M.J.T. (2007). Sometimes a taco is just a taco. *Professional Psychology : Research and Practice*, 38, 406-408.
- Von Foerster, H. (1991). Ethique et cybernétique de second ordre. In Y. Rey et B. Prieur (Eds), *Systèmes, éthique, perspectives en thérapie familiale*. Paris : ESF.
- Weichold, K. & Silberseisen, R.K. (2008). Pubertät und psychosoziale Anpassung [Puberty and psychosocial adaptation]. In R.K. Silbereisen & M. Hasselhorn (Eds.), *Enzyklopädie Psychologie* (pp. 3-53). Göttingen : Hogrefe.

Weisz, J.R., Jensen-Doss, A. & Hawley, K.M. (2006). Evidence based youth psychotherapies versus usual clinical care : A meta analysis of direct comparison. *American Psychologist*, 61, 671-689.

Weisz, J.R., Yi Ng, M., Rutt, C., Lau, N. & Masland, S. (2013). Psychotherapy for children and adolescents. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 541-586). S.I. : Wiley.

Wright, A., Harris, M.G., Wiggers, J.H., Jorm, A.F., Cotton, S.M., Harrigan, S.M., Hurworth, R.E. & McGorry, P.D. (2005). Recognition of depression and psychosis by young Australians and their beliefs about treatment. *The Medical Journal of Australia*, 183, 18-23.

Zimmermann, G. & Brodard, F. (2014). La prévention et l'intervention psychologique auprès des adolescents. In M. Claes & L. Lannegrand-Willems L. (Eds.) *La Psychologie de l'adolescence* (pp. 357-379). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Ziv-Beiman, S. (2013). Therapist self-disclosure as an integrative intervention. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23 (1), 59–74.

## Annexe 1 Interview de réflexivité : à la 4<sup>ème</sup> séance

Couple/Famille : ..... Le .....

Thérapeutes : .....

Interviewer : .....

### **Consigne**

#### Présentation

Bonjour, je me présente : je m'appelle..... Je suis là aujourd'hui dans un cadre de recherche sur l'efficacité des thérapies.

La séance d'aujourd'hui sera consacrée à une interview qui consiste en une série de questions qui me permettront de recueillir les impressions de chacun sur le déroulement de cette thérapie. Je commencerai par questionner vos thérapeutes et je vous demanderai d'écouter leur réponse sans intervenir, puis je vous interviewerai à votre tour, et ils écouteront vos réponses également. A la fin de la séance, je vous laisserai quelques minutes pour que vous puissiez échanger plus librement avant de clore l'entretien.

Pour moi, ce qui est très important, c'est que chacun puisse exprimer aussi librement que possible son avis et son vécu sur ce qu'il vit dans cette thérapie. Je m'intéresserai moins aux contenus de vos discussions qu'à comment vous les percevez. S'il y a des choses plus difficiles que vous avez pu vivre ou ressentir ici, je vous encourage également à les exprimer car c'est précisément un très bon moyen pour les corriger et en faire quelque chose dans la suite de la thérapie. De cette manière, les thérapeutes et vous-mêmes pourrez réfléchir ensemble encore plus efficacement à comment vous pourriez avancer dans ce travail.

Si vous êtes prêts, je vais commencer à poser des questions aux thérapeutes. Je précise que celui qui souhaite répondre prend la parole. Mais vous êtes bien sûr tous deux invités à vous exprimer si vous le voulez et d'autant plus si vous avez des avis différents.

#### **Questions aux thérapeutes**

1. Quelles sont vos impressions sur la thérapie jusqu'à présent ?
2. Quelles sont les évolutions que vous avez remarquées depuis le début de la thérapie ?

3. Selon vous, qu'est-ce qui a le plus aidé vos clients ? Et pensez-vous qu'ils sont du même avis ?
4. Selon vous, y-a-t-il des sujets que vos clients auraient aimé aborder et n'ont pas pu le faire jusqu'à présent ?
5. Y-a-t-il des choses auxquelles vous avez pensé au cours de ces séances, que vous n'avez pas mentionnées, et qui pourraient être utiles pour la thérapie ?
6. Y-a-t-il des moments au cours desquels vous vous êtes senti en difficulté avec cette thérapie ? Et si oui, comment avez-vous dépassé cela ?
7. Qu'avez-vous appris de M/Mme ..... /de la famille..... ?

→ C'est la fin des questions pour les thérapeutes, merci.

### **Questions aux clients**

1. Quelles sont vos impressions sur la thérapie jusqu'à présent ?
2. Quelles sont les évolutions que vous avez remarquées depuis le début de la thérapie ?
3. Y-a-t-il eu des moments particulièrement marquants pour vous au cours de ces entretiens ?
4. Etant donné le temps qui a été imparti, pensez-vous que vous avez bien utilisé la thérapie ?
5. Avez-vous déjà eu le sentiment de ne pas avoir été entendus par les thérapeutes ?
6. Est-ce qu'il y a des sujets que vous n'avez pas abordés ? (Vous n'êtes pas obligés de les préciser, vous pouvez répondre par oui ou par non)
7. Selon vous, qu'est-ce qui vous a aidé le plus jusqu'à présent ? Et de quelle manière ?
8. Est-ce que le fait d'avoir deux thérapeutes a, selon vous, un effet sur votre thérapie ?

→ Voilà, c'était la dernière question.

## Annexe 2 SCL-90 R

Optimisation du traitement ambulatoire ou hospitalier de patients souffrant d'un trouble psychique dépressif / JADE-4.2005/Mer

# LA SYMPTOM CHECK-LIST SCL-90 R

L.R.DEROGATIS, 1977

Traduction française : J.D. GUELFlet J.-F. DREYFUS, 1984

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

SEXE \_\_\_\_\_ AGÉ \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

### INSTRUCTIONS

Vous trouverez ci-dessous une liste de phrases décrivant des problèmes et des symptômes que l'on peut éprouver. Nous vous demandons de lire attentivement chaque phrase. Pour chacune de ces phrases, vous devez cocher à l'aide d'une croix, une, et une seule, des cinq cases qui se trouvent à droite, c'est à dire celle qui donne la meilleure description de ce qui vous a ennuyé ou préoccupé au cours de la semaine qui vient de s'écouler, y compris aujourd'hui.

Suivant que le symptôme est très important, important, moyen ou relativement léger, vous mettez la croix à *OUI extrêmement*, *OUI beaucoup*, *OUI moyennement*, *OUI un peu*. Si vous estimez que vous ne pourriez pas prononcer la phrase qui constitue la proposition, vous mettez une croix à *NON, pas du tout*.

Répondez à toutes les questions sans exceptions, ne passez pas trop de temps à répondre, c'est votre première impression qui est importante.

0 = NON pas du tout                      3 = OUI beaucoup  
1 = OUI un peu                              4 = OUI extrêmement  
2 = OUI moyennement

		0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
1	J'ai des maux de tête	<input type="checkbox"/>	10	Je suis ennuyé(e) par ma négligence et mon manque de soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2	Je me sens nerveux (se) et /ou je sens comme un tremblement intérieur	<input type="checkbox"/>	11	Je suis facilement contrarié(e) ou irrité(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3	J'ai des pensées, des mots ou des idées que je ne voudrais pas avoir et qui ne veulent pas quitter mon esprit	<input type="checkbox"/>	12	J'ai des douleurs au cœur ou dans ma poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4	J'ai des tendances à m'évanouir ou des vertiges	<input type="checkbox"/>	13	Je suis pris (e) de peur dans les espaces découverts ou dans la rue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5	J'ai perdu le goût et le plaisir que j'éprouvais pour les choses sexuelles	<input type="checkbox"/>	14	Je me sens sans énergie ou ralenti (e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6	J'ai l'impression d'être critique à l'égard des autres	<input type="checkbox"/>	15	Je pense en finir avec la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7	J'ai l'idée que quelqu'un d'autre peut contrôler mes pensées	<input type="checkbox"/>	16	J'entends des voix que les autres n'entendent pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8	J'ai le sentiment que les autres sont responsables de la plupart de mes troubles	<input type="checkbox"/>	17	J'ai des tremblements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9	J'ai des difficultés à me rappeler des choses	<input type="checkbox"/>	18	J'ai l'impression qu'on ne peut pas avoir confiance dans la plupart des gens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	19	J'ai un mauvais appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Case report form

Recherche de facteurs déterminant et favorisant l'alliance thérapeutique avec les adolescents en psychothérapie systémique

0 = non pas du tout                      3 = oui beaucoup  
 1 = oui un peu                            4 = oui extrêmement  
 2 = oui moyennement

	0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
20	<input type="checkbox"/>	41	<input type="checkbox"/>								
21	<input type="checkbox"/>	42	<input type="checkbox"/>								
22	<input type="checkbox"/>	43	<input type="checkbox"/>								
23	<input type="checkbox"/>	44	<input type="checkbox"/>								
24	<input type="checkbox"/>	45	<input type="checkbox"/>								
25	<input type="checkbox"/>	46	<input type="checkbox"/>								
26	<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>								
27	<input type="checkbox"/>	48	<input type="checkbox"/>								
28	<input type="checkbox"/>	49	<input type="checkbox"/>								
29	<input type="checkbox"/>	50	<input type="checkbox"/>								
30	<input type="checkbox"/>	51	<input type="checkbox"/>								
31	<input type="checkbox"/>	52	<input type="checkbox"/>								
32	<input type="checkbox"/>	53	<input type="checkbox"/>								
33	<input type="checkbox"/>	54	<input type="checkbox"/>								
34	<input type="checkbox"/>	55	<input type="checkbox"/>								
35	<input type="checkbox"/>	56	<input type="checkbox"/>								
36	<input type="checkbox"/>	57	<input type="checkbox"/>								
37	<input type="checkbox"/>	58	<input type="checkbox"/>								
38	<input type="checkbox"/>	59	<input type="checkbox"/>								
39	<input type="checkbox"/>	60	<input type="checkbox"/>								
40	<input type="checkbox"/>	61	<input type="checkbox"/>								

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

Case report form

0 = non pas du tout  
 1 = oui un peu  
 2 = oui moyennement  
 3 = oui beaucoup  
 4 = oui extrêmement

	0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
62	<input type="checkbox"/>	83	<input type="checkbox"/>								
Il me vient des pensées qui ne sont pas les miennes						Je pense que les gens profiteraient de moi si je les laissais faire					
63	<input type="checkbox"/>	84	<input type="checkbox"/>								
J'ai envie de battre, de blesser ou de faire du mal aux gens						J'ai des pensées liées au sexe qui me préoccupent beaucoup					
64	<input type="checkbox"/>	85	<input type="checkbox"/>								
Je me réveille tôt le matin						Je pense que je devrais être puni(e) pour mes péchés					
65	<input type="checkbox"/>	86	<input type="checkbox"/>								
Je dois recommencer certains actes tels que toucher, compter, nettoyer						J'ai le sentiment d'être contraint(e) à faire des choses					
66	<input type="checkbox"/>	87	<input type="checkbox"/>								
Mon sommeil est agité ou troublé						Je pense que mon corps est atteint de quelque chose de grave					
67	<input type="checkbox"/>	88	<input type="checkbox"/>								
J'ai des envies de mettre en pièces ou de casser des objets						Je ne me sens jamais proche de quelqu'un					
68	<input type="checkbox"/>	89	<input type="checkbox"/>								
J'ai des idées ou des croyances que les autres ne partagent pas						Je me sens coupable					
69	<input type="checkbox"/>	90	<input type="checkbox"/>								
Je me sens très gêné(e) vis-à-vis des autres						Je pense que quelque chose va mal dans mon esprit					
70	<input type="checkbox"/>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>				
Je me sens mal à l'aise dans la foule Par exemple dans les magasins ou au cinéma											
71	<input type="checkbox"/>										
Tout représente un effet pour moi											
72	<input type="checkbox"/>										
J'ai des bouffées de terreur ou de panique											
73	<input type="checkbox"/>										
Je suis mal à l'aise si je dois manger ou boire en public											
74	<input type="checkbox"/>										
Je me dispute fréquemment											
75	<input type="checkbox"/>										
Je me sens nerveux(se) quand on me laisse seul(e)											
76	<input type="checkbox"/>										
J'ai l'impression que les autres n'apprécient pas à sa juste valeur ce que je fais											
77	<input type="checkbox"/>										
Je me sens seul(e), même quand je suis avec d'autres gens											
78	<input type="checkbox"/>										
Je me sens si énervé(e) que je ne peux pas rester assis(e)											
79	<input type="checkbox"/>										
Je me sens bon(ne) à rien											
80	<input type="checkbox"/>										
J'ai l'impression que des choses familières sont étranges ou n'ont pas l'air réelles											
81	<input type="checkbox"/>										
Je crie ou je lance des objets											
82	<input type="checkbox"/>										
J'ai peur de m'évanouir en public											
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>						

Case report form

## Annexe 3 Inventaire de Beck (BDI)

### INVENTAIRE DE BECK (BDI)

*Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis entourez la lettre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des sept derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, encerclez chacun d'eux. Veuillez vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.*

1.
  - a Je ne me sens pas triste.
  - b Je me sens triste.
  - c Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir.
  - d Je suis si triste que je ne peux le supporter.
  
2.
  - a Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir.
  - b Je me sens découragé par l'avenir.
  - c J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie.
  - d J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer.
  
3.
  - a Je ne me considère pas comme un(e) raté(e).
  - b J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échec que le commun des mortels.
  - c Quand je pense à mon passé, je ne peux voir que des échecs.
  - d J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie.
  
4.
  - a Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant.
  - b Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant.
  - c Je ne retire plus la satisfaction de quoi que ce soit.
  - d Tout me rend insatisfait et m'ennuie.
  
5.
  - a Je ne me sens pas particulièrement coupable.
  - b Je me sens coupable une bonne partie du temps.
  - c Je me sens coupable la plupart du temps.
  - d Je me sens continuellement coupable.
  
6.
  - a Je n'ai pas l'impression d'être puni(e)
  - b J'ai l'impression que je pourrais être puni(e).
  - c Je m'attends à être puni(e).
  - d J'ai l'impression d'être puni(e).
  
7.
  - a Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) par moi-même.
  - b Je suis déçu(e) par moi-même.
  - c Je suis dégoûté(e) de moi.
  - d Je me hais.
  
8.
  - a Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque.
  - b Je suis critique vis-à-vis de mes faiblesses ou de mes erreurs.
  - c Je me blâme tout le temps tout le temps pour mes erreurs.
  - d Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent.
  
9.
  - a Je ne pense aucunement à me suicider.
  
  - b J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes.
  - c J'aimerais me suicider.
  - d J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion.
  
10.
  - a Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire.
  - b Je pleure plus qu'avant.
  - c Je pleure continuellement, maintenant.
  - d Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable.

11. **a** Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant qu'auparavant.  
**b** Je suis agacé(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'auparavant.  
**c** Je suis continuellement irrité(e).  
**d** Je ne suis plus du tout irrité(e) par les choses qui m'irritaient auparavant.
12. **a** Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres.  
**b** Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois.  
**c** J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens :  
**d** J'ai perdu tout intérêt pour les gens.
13. **a** Je prends des décisions aussi facilement qu'avant.  
**b** Je remets de décisions beaucoup plus qu'auparavant :  
**c** J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant.  
**d** Je ne peux plus prendre de décisions.
14. **a** Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant.  
**b** J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant(e).  
**c** J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents de mon apparence qui me rendent peu attrayant(e).  
**d** J'ai l'impression d'être laid(e).
15. **a** Je travaille aussi facilement qu'avant.  
**b** Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose.  
**c** Je dois faire un très grand effort pour faire quoi ce soit.  
**d** Je ne peux faire aucun travail.
16. **a** Je dors aussi bien que d'habitude.  
**b** Je ne dors pas aussi bien qu'avant.  
**c** Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir.  
**d** Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir.
17. **a** Je ne suis pas plus fatigué(e) qu'à l'accoutumé.  
**b** Je me fatigue plus facilement qu'auparavant.  
**c** Je me fatigue pour un rien.  
**d** Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
18. **a** Mon appétit est aussi bon que d'habitude.  
**b** Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était.  
**c** Mon appétit a beaucoup diminué.  
**d** Je n'ai plus d'appétit du tout.
19. **a** Je n'ai pas perdu beaucoup de poids dernièrement.  
**b** J'ai perdu plus de 2 kilos.  
**c** J'ai perdu plus de 4 kilos.  
**d** J'ai perdu plus de 7 kilos.  
 Je suis présentement un régime. Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_
20. **a** Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude.  
**b** Je suis préoccupé(e) par des problèmes de santé comme les douleurs, les maux d'estomac ou la constipation.  
**c** Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose.  
**d** Je suis tellement préoccupé(e) par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose.
21. **a** Je n'ai remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe.  
**b** J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant.  
**c** J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels.  
**d** J'ai perdu tout désir sexuel.

## Annexe 4 Version patient : Echelle d'alliance aidante (version révisée Haq-II P)

### ÉCHELLE D'ALLIANCE AIDANTE Version révisée HAq-II P

#### INSTRUCTIONS

Il s'agit de différentes manières de se sentir et de se comporter par rapport à une autre personne - son thérapeute. Pensez attentivement à votre relation avec votre thérapeute, et notez ensuite chaque énoncé en fonction de votre degré d'accord ou de désaccord. *Merci de répondre à tous les énoncés.*

	1 = pas du tout d'accord 2 = pas d'accord 3 = plutôt pas d'accord  plutôt d'accord = 4 d'accord = 5 tout à fait d'accord = 6					
1. Je sens que je peux compter sur le thérapeute.	1	2	3	4	5	6
2. Je sens que le thérapeute me comprend.	1	2	3	4	5	6
3. Je sens que le thérapeute veut que j'atteigne mes objectifs.	1	2	3	4	5	6
4. Par moments, je n'ai pas confiance dans le point de vue du thérapeute.	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je travaille avec le thérapeute dans un effort commun.	1	2	3	4	5	6
6. Je crois que nous avons des idées semblables sur la nature de mes problèmes.	1	2	3	4	5	6
7. En général, je respecte l'avis du thérapeute à mon sujet.	1	2	3	4	5	6
8. Les méthodes thérapeutiques utilisées ne conviennent pas bien à mes besoins.	1	2	3	4	5	6

	1 = pas du tout d'accord 2 = pas d'accord ... 3 = plutôt pas d'accord  plutôt d'accord = 4 d'accord = 5 tout à fait d'accord = 6					
9. J'aime bien mon thérapeute en tant que personne.	1	2	3	4	5	6
10. Dans la plupart des séances, nous trouvons une manière de travailler ensemble sur mes problèmes.	1	2	3	4	5	6
11. Le thérapeute établit un type de relation avec moi qui freine l'avancement de la thérapie.	1	2	3	4	5	6
12. Une bonne relation s'est formée avec mon thérapeute.	1	2	3	4	5	6
13. Le thérapeute me semble être expérimenté pour aider les gens.	1	2	3	4	5	6
14. J'aimerais vraiment arriver à résoudre mes problèmes.	1	2	3	4	5	6
15. Nous avons des échanges constructifs.	1	2	3	4	5	6
16. Nous avons parfois des échanges peu fructueux.	1	2	3	4	5	6
17. De temps en temps, nous évoquons simultanément les mêmes événements importants de mon passé.	1	2	3	4	5	6
18. Je crois que le thérapeute m'aime bien en tant que personne.	1	2	3	4	5	6
19. Par moments, le thérapeute paraît distant.	1	2	3	4	5	6

© L. Luborsky, J. P. Barber, University of Pennsylvania Medical School, 1996  
 Traduction française: Yves de Roten & Michael Stigler, Institut Universitaire de Psychothérapie, Université de Lausanne, 2001

## Annexe 5 Version thérapeute : Echelle d'alliance aidante (Haq-II)

### Questionnaire "HELPING ALLIANCE"

HAQ-II / Version Thérapeute  
L.Luborsky, J.P.Barber, L.Siquefand, S.Johnson  
Adaptation française: M.Stigler 1997

INSTRUCTION: Il s'agit là de différentes manières de se sentir ou se comporter par rapport à une autre personne - le thérapeute. Pensez attentivement à votre relation avec votre patient(e), et cochez ensuite chaque ligne en fonction de votre accord ou désaccord. Veuillez bien vérifier que vous avez coché un chiffre dans chaque ligne, sans exception.

1 = pas du tout d'accord                      4 = plutôt d'accord  
2 = pas d'accord                              5 = assez d'accord  
3 = plutôt pas d'accord                      6 = tout à fait d'accord

1. Le(a) patient(e) sent qu'il(elle) peut compter sur moi.  

Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	Tout à fait d'accord
----------------------	---	---	---	---	---	---	----------------------
  
2. Il/elle sent que je le/la comprends.  

Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	Tout à fait d'accord
----------------------	---	---	---	---	---	---	----------------------
  
3. Le(a) patient(e) sent que je veux qu'il(elle) réalise ses objectifs.  

Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	Tout à fait d'accord
----------------------	---	---	---	---	---	---	----------------------
  
4. Par moments, le(la) patient(e) reste sceptique face à mon point de vue.  

Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	Tout à fait d'accord
----------------------	---	---	---	---	---	---	----------------------
  
5. Le(a) patient(e) sent qu'il(elle) travaille avec moi dans un effort commun.  

Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	Tout à fait d'accord
----------------------	---	---	---	---	---	---	----------------------
  
6. Je crois que nous avons des idées semblables sur la nature de ses problèmes.  

Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	Tout à fait d'accord
----------------------	---	---	---	---	---	---	----------------------
  
7. En général, le(a) patient(e) respecte mon avis à son sujet.  

Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	Tout à fait d'accord
----------------------	---	---	---	---	---	---	----------------------
  
8. Le(a) patient(e) croit que les méthodes thérapeutiques utilisées ne conviennent pas bien à ses besoins.  

Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	Tout à fait d'accord
----------------------	---	---	---	---	---	---	----------------------

9. Le(a) patient(e) m'aime bien en tant que personne.  
 Pas du tout d'accord 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 Tout à fait d'accord
10. Dans la plupart des séances, nous trouvons une manière de travailler en commun sur ses problèmes.  
 Pas du tout d'accord 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 Tout à fait d'accord
11. Le(a) patient(e) estime que j'établis un type de relation avec lui/elle qui freine l'avancement de la thérapie.  
 Pas du tout d'accord 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 Tout à fait d'accord
12. Le(a) patient(e) estime qu'une bonne relation s'est développée avec moi.  
 Pas du tout d'accord 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 Tout à fait d'accord
13. Le(a) patient(e) pense que j'ai de l'expérience pour aider les gens.  
 Pas du tout d'accord 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 Tout à fait d'accord
14. J'aimerais vraiment que le(a) patient(e) arrive à résoudre ses problèmes.  
 Pas du tout d'accord 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 Tout à fait d'accord
15. Nous avons des échanges constructifs.  
 Pas du tout d'accord 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 Tout à fait d'accord
16. Nous avons parfois des échanges peu fructueux.  
 Pas du tout d'accord 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 Tout à fait d'accord
17. Parfois, nous tombons simultanément sur les mêmes événements importants de son passé  
 Pas du tout d'accord 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 Tout à fait d'accord
18. Le(a) patient(e) croit que je l'aime bien en tant que personne.  
 Pas du tout d'accord 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 Tout à fait d'accord
19. Par moments, le(a) patient(e) me considère comme distant.  
 Pas du tout d'accord 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 Tout à fait d'accord

## Annexe 6 Family Assessment Device (FAD)

### CONSIGNES POUR REMPLIR LE FAMILY ASSESSMENT DEVICE

1. Chaque membre de la famille de plus de 12 ans devrait remplir un questionnaire.
2. Répondez en fonction de comment vous sentez que votre famille a fonctionné lors des 12 derniers mois .
3. Répondez sans vous concerter avec d'autres membres de votre famille.
4. Nous sommes intéressés à avoir votre point de vue personnel sur votre famille.

### FAMILY ASSESSMENT DEVICE

Version 3

Narhan B. Epstein, M.D.--Lawrence M. Baldwin, Ph.D.--Duane S. Bishop, M.D.  
The Brown University/Butler Hospital Family Research Program  
Butler Hospital  
345 Blackstone Boulevard  
Providence, Rhode Island 02906

Date de passation: \_\_\_\_\_

Rôle familial: \_\_\_\_\_

Numéro de code de la famille / nom de la famille: \_\_\_\_\_

#### INSTRUCTIONS:

Ce document contient un ensemble d'affirmations concernant les familles. Lisez s'il vous plaît ces affirmations attentivement, et évaluez à quel point elles correspondent à votre famille. Votre réponse doit refléter la façon dont vous voyez votre famille.

Pour chaque affirmation il y a quatre 4 réponses possibles:

**Tout-à-fait d'accord (1)** Cochez 1 si vous sentez que l'affirmation décrit très précisément votre famille.

**D'accord (2)** Cochez 2 si vous sentez que l'affirmation décrit votre famille en majeure partie.

**Pas d'accord (3)** Cochez 3 si vous sentez que l'affirmation ne décrit pas votre famille en majeure partie.

**Absolument pas d'accord (4)** Cochez 4 si vous sentez que l'affirmation ne décrit pas du tout votre famille

Ces quatre réponses apparaissent sous chaque affirmation selon le format suivant:

41. Nous ne sommes pas satisfaits à moins que tout soit parfait.

\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4

L'espace prévu pour évaluer les affirmations se présente comme dans l'exemple ci-dessus. Pour chaque affirmation, il y a une ligne de ce type pour la réponse. Ne vous occupez pas de la ligne tout à droite sur la feuille, elle est à usage interne uniquement.

30. Chacun de nous a des devoirs et des responsabilités particulières.  
 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
31. Il y a beaucoup de mauvais sentiments dans la famille.  
 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
32. Il y a des règles concernant la violence envers les autres.  
 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
33. Nous nous impliquons les uns avec les autres uniquement quand quelque chose nous intéresse.  
 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
34. Il y a peu de temps pour se consacrer aux intérêts personnels.  
 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
35. Souvent nous ne disons pas ce que nous pensons.  
 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
36. Nous nous sentons acceptés pour ce que nous sommes.  
 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
37. Nous montrons de l'intérêt les uns pour les autres quand nous pouvons en retirer quelque chose personnellement.  
 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
38. Nous résolvons la plupart des soucis émotionnels qui apparaissent.  
 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
39. La tendresse est secondaire dans notre famille.  
 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
40. Nous discutons de la répartition des tâches ménagères.  
 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
41. Prendre des décisions est problématique dans notre famille.  
 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
42. Les membres de notre famille ne montrent d'intérêt les uns pour les autres que quand ils peuvent en obtenir quelque chose.  
 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
43. Nous sommes francs les uns avec les autres.  
 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
44. Nous ne nous tenons à aucune règle ou exigence.  
 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
45. Si on demande à quelqu'un de faire quelque chose, il faut le lui rappeler

4

- \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
46. Nous sommes capables de prendre des décisions sur la façon de résoudre les problèmes.  
\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
47. Si les règles ne sont pas suivies, nous ne savons pas à quoi nous attendre.  
\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
48. Tout est permis dans notre famille.  
\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
49. Nous exprimons de la tendresse.  
\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
50. Nous affrontons les problèmes qui impliquent des sentiments.  
\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
51. Nous ne nous entendons pas très bien ensemble.  
\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
52. Nous ne nous parlons pas quand nous sommes en colère.  
\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
53. Nous sommes en général mécontents des tâches familiales qui nous ont été attribuées.  
\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
54. Même si cela part d'une bonne intention, nous nous mêlons trop de la vie des uns et des autres.  
\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
55. Il y a des règles relatives aux situations dangereuses.  
\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
56. Nous nous confions les uns aux autres.  
\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
57. Nous pleurons ouvertement.  
\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
58. Nous n'avons pas de moyens de transport adéquats.  
\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
59. Quand nous n'aimons pas ce que quelqu'un a fait, nous le lui disons.  
\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
60. Nous essayons d'envisager différentes manières de résoudre les problèmes.  
\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

## Annexe 7 Questionnaire sociodémographique

QUESTIONNAIRE SOCIODEMOGRAPHIQUE	
Code du patient.....	[ ]
Date de l'évaluation.....	[ ] [ ] [ ] [ ]
Sexe (1=masculin, 2=féminin).....	[ ]
Age (années).....	[ ]
Etat-civil.....	[ ]
1 = célibataire 2 = marié 3 = veuf 4 = divorcé 99 = sans information	
Pays d'origine.....	[ ]
0 = Suisse 1 = Europe 2 = Moyen Orient 3 = Asie 4 = Afrique 5 = Amérique du Sud 6 = Amérique centrale 7 = Amérique du Nord 8 = autre/mixte, préciser..... 99 = sans information	
Langue maternelle.....	[ ]
0 = français 1 = anglais 2 = allemand 3 = italien 4 = espagnol 5 = portugais 6 = arabe 7 = africaine 8 = asiatique 9 = autre/mixte, préciser..... 99 = sans information	
Logement principal.....	[ ]
1 = appartement, maison, studio 2 = hôtel, pension, armée du salut 3 = foyer thérapeutique ou structure protégée 4 = autre (sans domicile fixe, squat...), préciser..... 99 = sans information	
Cohabitation.....	[ ]
1 = vit seul(e) 2 = conjoint/partenaire et/ou enfant(s) 3 = père/mère, frère(s)/sœur(s), ou famille élargie 4 = amis, copains ou groupe 5 = autres résidents 6 = autre, préciser..... 99 = sans information	

Scolarité (plus haut niveau de scolarité ou de formation professionnelle atteint) ..... [ ]

- 1 = aucune scolarité menée à terme
- 2 = scolarité obligatoire
- 3 = apprentissage ou école professionnelle
- 4 = école secondaire supérieure (maturité)
- 5 = haute école professionnelle ou spécialisée
- 6 = université, haute école
- 99 = sans information

Nombre d'années de formation ..... [ ]

Niveau professionnel (dernière profession exercée) ..... [ ]

- 1 = profession libérale, industriel, banquier, grand commerçant
- 2 = cadre supérieur (directeur, ingénieur, fondé de pouvoir)
- 3 = enseignant, universitaire (à l'exclusion des catégories 1 et 2)
- 4 = technicien, chef de service, assistant social, infirmier
- 5 = petit indépendant, artisan, commerçant
- 6 = employé de bureau qualifié\*
- 7 = employé de bureau non qualifié
- 8 = employé de service qualifié (vendeur, sommelier...)\*
- 9 = employé de service non qualifié
- 10 = ouvrier qualifié (maçon, menuisier, chauffeur...)\*
- 11 = ouvrier non qualifié, manoeuvre
- 99 = sans information
- \* qualifié = détenteur d'un certificat de capacité délivré à la fin de la formation

Occupation (plusieurs réponses possibles)

- occupation lucrative à temps partiel
- occupation lucrative à plein temps
- sans emploi ou chômeur
- travaux ménagers dans son propre ménage
- en formation (école, apprentissage, études)
- programme de réhabilitation
- AVS, AI ou autre rente
- atelier ou emploi protégé
- Inconnue

Autres renseignements (s'il y a lieu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....