

CLAUDE VILLENEUVE

L'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE

Le pouvoir thérapeutique de la famille



Extrait de **Les Presses de l'Université de Montréal**

L'intervention en santé mentale

Le pouvoir thérapeutique de la famille

Page laissée blanche

CLAUDE VILLENEUVE

L'intervention en santé mentale

Le pouvoir thérapeutique de la famille

Les Presses de l'Université de Montréal

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada
Villeneuve, Claude, 1939-
L'intervention en santé mentale : le pouvoir thérapeutique de la famille
Comprend des réf. bibliogr. et un index.

ISBN-10 2-7606-2008-5

ISBN-13 978-2-7606-2008-7

1. Thérapie familiale. 2. Malades mentaux - Relations familiales.
3. Psychothérapie. 4. Familles de malades mentaux. I. Titre.

RC488.5.v542 2006 616.89¹156 C2006-940222-1

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2006

Bibliothèque nationale du Québec

© Les Presses de l'Université de Montréal, 2006

Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien financier le ministère du Patrimoine canadien, le Conseil des Arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

IMPRIMÉ AU CANADA EN MARS 2006

Introduction

IL NE FAIT MAINTENANT plus aucun doute que la psychothérapie est une intervention efficace et rentable. Elle diminue, entre autres, la fréquence des recours aux services médicaux et chirurgicaux et la consommation de psychotropes. Les recherches récentes permettent d'affirmer que la psychothérapie devrait faire partie des soins essentiels au même titre que les soins médicaux de base. En ce début de millénaire, la psychothérapie fait pourtant face à des problèmes majeurs et son avenir est incertain. Cette modalité thérapeutique est à la croisée des chemins et subit des mutations importantes. La psychothérapie traditionnelle est en déclin dans la plupart des pays occidentaux et, dans certains milieux, elle est remise en question, voire menacée de disparition. Les changements drastiques dans la distribution des soins en santé mentale font en sorte qu'aujourd'hui les facteurs biologiques et socioéconomiques prédominent sur les facteurs psychosociaux.

Cette évolution influence la pratique de la psychothérapie. Par exemple, la surspécialisation qui envahit le champ de la psychothérapie mène logiquement à des interventions pointues et ciblées. Dans ses formes actuelles, la psychothérapie n'est guère disponible à ceux qui en ont le plus besoin, en particulier les individus souffrant de conditions mentales sévères, les classes défavorisées et les migrants. Cette modalité d'intervention ne peut continuer à se développer en ignorant les besoins d'une grande

partie de la population. Comment rejoindre cette population et lui offrir des services psychothérapeutiques adéquats?

Ces bouleversements forcent les praticiens à se remettre en cause et à repenser leurs pratiques. Rationaliser le psychosocial dont fait partie la psychothérapie et l'intégrer au biomédical sont un des grands défis du clinicien au seuil du *xxi*^e siècle. Pour y faire face, les psychothérapeutes auraient certainement intérêt à modifier leur pratique dans le sens d'une plus grande diversification et d'une intégration des connaissances. Les approches individuelles ne peuvent sûrement pas suffire. En fait, il faut se poser des questions sur la pertinence d'une pratique essentiellement individuelle et s'intéresser à d'autres formes d'approches. Les forces collectives, les ressources familiales, entre autres, ont souvent été ignorées ou perçues comme suspectes. La famille est généralement une ressource thérapeutique et non une source de problèmes.

La thérapie familiale est par ailleurs sous-utilisée et quelque peu marginalisée dans les milieux cliniques, principalement aux États-Unis où elle a pourtant pris naissance et s'est développée. Cette modalité thérapeutique est à un point tournant de son évolution. Il paraît donc opportun d'en analyser l'état et de répondre à certaines interrogations qu'elle pose au clinicien. Quelles sont les raisons de son impopularité? Parmi ses applications, lesquelles sont les plus susceptibles d'être retenues? Répondre à ces questions nous conduira à proposer quelques pistes d'intervention.

Nous pensons qu'il est nécessaire de mieux ancrer l'intervention familiale systémique dans le quotidien et l'expérience du clinicien. Les préjugés qui minent sa crédibilité dans les milieux cliniques devraient alors s'estomper. Notre démarche s'inscrit dans une recherche de moyens thérapeutiques alternatifs pour faire face à la diversité des problèmes que le clinicien doit affronter et à la demande croissante d'aide. Il faut, selon nous, prendre une position anti-élitiste de la psychothérapie et prôner un retour à des pratiques de base en utilisant davantage les aidants naturels et leur capacité d'entraide. Réhabiliter le travail clinique auprès de ces personnes devrait être aujourd'hui une priorité. Nous verrons que les interventions qui mettent à contribution les proches du patient sans être des thérapies familiales «pures et dures» peuvent avoir une place importante parmi les modalités psychothérapeutiques. Les soignants peuvent utiliser l'approche familiale sans être des spécialistes en la matière.

Ainsi, le travail de ceux qui ne craignent pas de rencontrer le patient et son entourage, travail difficile et complexe, devrait être davantage valorisé.

La première partie de cet ouvrage dresse un portrait des bouleversements qui secouent actuellement les systèmes de santé et affectent les familles. Dans la deuxième partie, nous présentons les abords thérapeutiques de la famille. Nous discutons d'abord de la perspective interpersonnelle. Les avantages et les limites de l'approche «interpersonnelle-systémique» de même que son intégration à l'ensemble du traitement sont également présentés. Dans la troisième partie, cette approche est appliquée à diverses situations cliniques et groupes d'âge. Dans la dernière partie, nous discutons de la formation de base qui doit permettre à tout clinicien de faire du travail familial systémique.

Ce livre s'adresse aux cliniciens quelles que soient leurs pratiques, aux soignants de première ligne qui sont les premiers à faire face aux problèmes émotionnels de même qu'aux professionnels en santé mentale et aux étudiants des diverses disciplines qui s'y rattachent (psychiatrie, psychologie, service social, sciences infirmières, autres disciplines connexes).

Page laissée blanche

PREMIÈRE PARTIE

La famille face aux bouleversements actuels

Page laissée blanche

CHAPITRE 1

La réforme de la santé

LES PROGRÈS SCIENTIFIQUES et les changements socioéconomiques ont eu une forte influence sur la famille. À des degrés divers et de manière quelque peu différente, ils suscitent des questions à son propos et modifient la façon de l'impliquer dans les interventions en santé mentale.

D'une part, les praticiens relèguent de plus en plus la famille à un rôle secondaire dans les soins cliniques. Les applications scientifiques ont ainsi conduit à la biologisation des problèmes, à la surspécialisation et au professionnalisme qui morcellent trop souvent le traitement et ignorent la famille. D'autre part, les changements sociaux et la rareté des ressources nous forcent à utiliser davantage la famille. Cette réforme revalorise paradoxalement les soins de base et un type général de pratique qui nécessite une plus grande participation de la famille. La réforme en santé mentale met l'accent sur le virage ambulatoire et redonne ainsi la charge du patient à la famille sans fournir le soutien dont les proches ont besoin pour aider l'individu malade. Les divers enjeux de cette mouvance seront maintenant abordés.

La pratique en santé mentale et la famille

Dans la foulée des changements technoscientifiques, la pratique en santé mentale a été emportée par la vague biologique comme si les problèmes émotionnels pouvaient être réduits à une quelconque condition médicale. En utilisant la médication pour le traitement symptomatique de problèmes

de toutes sortes et en mettant l'accent sur la nosographie, les courants biologiques risquent grandement d'évacuer l'importance des facteurs psychosociaux et d'ignorer les besoins des familles. Dans une étude très publicisée aux États-Unis, Zitco et son équipe (2000) rapportent que les enfants présentant des troubles sévères du comportement reçoivent une médication à un âge de plus en plus précoce, même à la période préscolaire, et parfois à des doses excessives. Ce traitement se fait souvent aux dépens d'une intervention plus globale intégrant un travail psychosocial.

Le travail auprès des familles qui vivent avec une personne souffrant d'une maladie mentale est considéré comme périphérique, tout au plus utile pour obtenir de l'information concernant le patient et pour assurer sa compliance à la prise des médicaments. Trop souvent on ne prend plus la peine d'évaluer le milieu de vie du sujet souffrant d'un trouble émotionnel. Il y a alors danger de considérer cette personne et ses symptômes comme garants du système familial qui peut pourtant avoir sa part à jouer dans le maintien ou l'exacerbation de la symptomatologie. La biologisation et la décontextualisation des soins peuvent contribuer à ignorer la complexité des problèmes et paradoxalement à empêcher les innovations psychosociales. On ne peut traiter une maladie sans tenir compte de la globalité de l'écosystème du patient. L'intégration d'un modèle psychosocial au modèle médical est nécessaire pour permettre, entre autres, d'examiner la contribution de l'entourage à la présence de certains symptômes.

Dans le même ordre d'idées, des inconvénients majeurs peuvent également survenir lorsque plusieurs membres d'une même famille reçoivent un traitement individuel sans que le système familial soit pris en considération. Benoit (1995) décrit avec beaucoup de justesse le chaos engendré par le travail individuel dans les familles multi-assistées:

La famille est contaminée par ce modèle d'assistance hétéroclite qu'elle induit elle-même, circulairement. L'inconvénient est patent: les membres de la famille, soutenus de l'extérieur, engagés dans des relations d'aide multiples et non congruentes, manquent un peu plus de contact les uns avec les autres. Ils perdent l'emploi des ressources de leurs relations réciproques. Le système familial s'empêtre, pénétré par ces influences extérieures incoordonnées. (Benoit, 1995, p. 132)

Les cultures occidentales renforcent l'utilisation des approches individuelles aux dépens de la famille tant sur le plan idéologique que sur le plan

organisationnel. La planification actuelle des soins en santé mentale reste donc dans la tradition de l'approche individuelle et néglige quelque peu la perspective familiale en ce qui concerne les soins de base et la réorganisation des services. Lorsque le patient est hospitalisé, par exemple, la famille est peu impliquée dans les soins. Le message implicite souvent transmis est que seuls les professionnels savent comment se comporter avec la personne souffrant d'une maladie mentale, ce qui peut laisser entendre que la famille joue un rôle négatif dans la maladie. Pourtant, le type de maladie psychiatrique ne peut généralement indiquer des différences significatives dans le fonctionnement familial (McFarlane, 2002). Toutes ces familles manifestent à des degrés divers des dysfonctionnements similaires, ce qui tend à prouver que ces désordres sont probablement reliés aux difficultés de vivre avec un individu souffrant d'un trouble émotionnel plutôt que d'être un facteur étiologique.

L'échec partiel des programmes communautaires institués dans les années 1970 et au début des années 1980 pour remplacer l'hôpital dans le soutien aux personnes souffrant de troubles mentaux chroniques a contribué à ce que les proches du patient redeviennent les principaux soignants. Lors du grand remous de la désinstitutionalisation, un bon nombre de malades mentaux ont, en effet, été renvoyés dans leur foyer sans les services d'aide nécessaires et sans autres ressources que la médication et l'urgence des hôpitaux. Il s'en est suivi un transfert de responsabilités. Pour les professionnels, la responsabilité des soins appartenait surtout à la famille. Ce bouleversement a donc entraîné une augmentation de la charge de travail pour les familles.

Les familles qui s'occupent d'un individu souffrant d'une maladie mentale reçoivent très peu d'aide même s'il est démontré que le travail familial est souvent plus efficace que l'intervention individuelle (voir chapitre 3). Les embûches auxquelles doivent faire face les familles qui ont à porter le fardeau des soins à donner à ces malades ont été bien explicitées par la *National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)*, une puissante organisation américaine qui se porte à la défense de ces patients et de leurs proches. Cette organisation déplore le manque d'informations reçues, le blâme que ces familles encourent quand il est question de l'étiologie de la maladie, et les pressions indues exercées pour qu'elles s'occupent davantage du malade.

Le retour à des soins qui impliquent la famille

Nous assistons actuellement à un retour du balancier. D'un système de soins fermement basé sur la science biomédicale et ancré dans la spécialisation, un mouvement vers des soins plus globaux et plus humains est amorcé. Cette tendance devrait favoriser une plus grande implication des proches dans le traitement. Dans la restructuration actuelle des services en santé mentale, un des axes prioritaires est d'accroître le rôle du médecin de famille en tant que prestataire de soins. La médecine familiale permet davantage de considérer l'écologie des relations entre les membres d'une même famille et leurs rapports à la santé et aux soins. Dans une orientation familiale des soins, la famille est conçue comme le lieu principal de la santé et de la maladie (voir McDaniel *et al.*, 1990). Cette orientation peut se rapprocher de ce que faisait le médecin de famille d'autrefois qui se rendait à domicile. Ce médecin connaissait la famille de ses patients, prenait davantage en considération les facteurs familiaux et impliquait les proches dans les soins de base.

L'approche thérapeutique impliquant uniquement le clinicien et son patient ne peut à elle seule être une solution pour les difficultés énormes reliées aux problèmes émotionnels. L'illusion de la dyade, c'est-à-dire que les soins n'impliquent que la relation du clinicien avec le patient, ne tient plus. Les approches individuelles ne pourront jamais combler les demandes de plus en plus grandes en santé mentale. Le foisonnement des ressources alternatives montre bien les limites et les faiblesses de ces traitements face, entre autres, à la chronicité des problèmes. La contribution des proches est une façon d'intégrer le travail du professionnel qui est basé sur la connaissance et l'aide non professionnelle des aidants naturels qui procurent des soins directs et du soutien.

Les traitements spécialisés sont très efficaces dans certains cas. En revanche, d'autres conditions, telles les toxicomanies et les maladies chroniques s'accompagnant de handicaps, répondent moins bien aux services du professionnel. Ces désordres sont davantage liés à des facteurs psychosociaux, le mode de vie par exemple, et requièrent davantage les soins d'aidants naturels. L'implication des proches paraît alors nécessaire pour combler les besoins émotionnels que la médication et la psychothérapie individuelle ne peuvent satisfaire.

Le professionnalisme est un demi-échec en santé mentale. L'idée utopique selon laquelle les professionnels vont par eux-mêmes régler les problèmes est remise en question. Les molécules chimiques, par exemple, sont de plus en plus efficaces et ont de moins en moins d'effets secondaires mais la pharmacothérapie peut prolonger l'illusion que le professionnel prend les problèmes en charge et que le patient et ses proches n'ont qu'à se fier à lui. À la limite, ce phénomène peut contribuer à déresponsabiliser les gens et à les rendre plus enclins à demander des services pour des problèmes que les professionnels ne sont pas en mesure de résoudre. Le retour vers la famille n'est toutefois pas facile car le psychologue a traditionnellement mis l'accent sur le changement de l'individu sans implication significative des proches pour faciliter ce changement.

La réforme et ses effets sur la psychothérapie

La psychothérapie ne peut continuer à se développer en ignorant le contexte socioculturel et économique, elle doit plutôt s'y adapter. À cet égard, les changements en cours n'ont pas que des effets négatifs sur la pratique de la psychothérapie. Alors qu'auparavant les prestations des soins étaient fournies sans qu'on ait à en démontrer les résultats et la rentabilité et sans qu'il y ait contrôle des coûts, les systèmes de santé doivent maintenant s'adapter à la période d'austérité actuelle et être soumis à des restrictions et des contrôles de qualité calqués en quelque sorte sur le modèle des entreprises.

Les psychothérapies dites plus « rentables », telles les interventions avec des buts circonscrits et des balises de temps, seront favorisées dans les services publics. Les cliniciens se limitent déjà de plus en plus à ce type d'interventions (Mackenzie, 1990). Ces thérapies, dont font généralement partie les interventions familiales, permettent de rejoindre une population plus variée et de mieux répondre aux exigences imposées par le contexte socioéconomique. Le thérapeute mise alors davantage sur les forces et la partie saine de la personnalité et présume que le patient est compétent et capable de résoudre ses problèmes avec un minimum d'aide. Il s'agit d'un principe essentiel dans les interventions familiales.

Ainsi, les approches familiales permettent d'utiliser de façon optimale les aidants naturels, ce qui semble logique dans le contexte actuel

des restrictions en santé. Ces interventions permettent une économie du temps des professionnels puisqu'une grande partie du travail est effectuée par l'entourage du patient. De plus, les interventions familiales agissent rapidement car elles activent les ressources de la famille, un système naturel, ce qui fait que les membres ont tendance à reproduire dans le quotidien ce qui s'est passé en thérapie. Un plus grand recours aux aidants naturels n'est évidemment pas une panacée pour combattre les problèmes sociaux contemporains, tels le chômage, le racisme et le manque de redistribution de la richesse mais il peut être un apport non négligeable de la base pour contrer certains malaises reliés à la modernité.

Il serait toutefois dommage que les interventions impliquant les familles ne trouvent leur justification que dans un contexte de pénurie, de rentabilité et de productivité. Nous verrons que ce n'est pas la cause première de leur utilisation. Le recours aux proches devrait agir comme une contre-force pour redonner l'envie d'avoir des relations solidaires et pleinement humaines. Les interventions impliquant la famille s'éloignent de la tradition dualiste de la médecine moderne et de la psychothérapie individuelle et s'apparentent davantage à la tradition holistique. Par ailleurs, pour le bénéfice du clinicien qui s'intéresse au travail avec la famille, il paraît important de consolider ce qui est essentiel en thérapie familiale. Ce sujet sera abordé dans les chapitres qui suivent.

DEUXIÈME PARTIE

Les approches thérapeutiques de la famille

Page laissée blanche

CHAPITRE 2

La perspective interpersonnelle-systémique

DANS L'OPTIQUE de la théorie de la complexité (Morin, 1977), le clinicien peut choisir entre divers modèles d'interprétation de la réalité clinique. La perspective systémique est l'une des perspectives développées pour comprendre les problèmes humains. Dans cette optique, la réalité ultime n'est pas l'étude de l'humain seul mais de l'humain qui forme un tout avec son environnement. Dans le présent chapitre, un bref rappel de la théorie systémique sera suivi d'une analyse détaillée de la perspective interpersonnelle, complément essentiel à la perspective systémique dans le travail clinique.

La perspective systémique

La perspective systémique transcende les frontières établies entre les disciplines et les cadres conceptuels. Avec ce changement de paradigme, on passe de la vision de Descartes, une perspective linéaire et monadique, à une vision contextuelle des ensembles, des échanges réciproques et des interdépendances essentielles à tous les phénomènes physiques, psychologiques et socioculturels. La perspective systémique est devenue indispensable pour lutter contre le morcellement de la connaissance causé par les progrès scientifiques, la spécialisation et la fermeture de l'esprit à des limites conventionnelles. On peut y voir là le travail clairvoyant de certains intellectuels, dont von Bertalanffy (1968) et Morin (1977), qui ont sensibilisé

3	Les interventions familiales systémiques	29
	La compétence des familles: une prémisses de base	29
	La diversité des interventions familiales	31
	Le processus thérapeutique	33
	Les indications	37
	L'efficacité	39
4	La sous-utilisation des interventions familiales	43
	La marginalisation et les débuts de la théorie systémique	44
	Les approches contemporaines	47
	Les difficultés d'application	52
5	L'intégration des interventions familiales	55
	Le potentiel d'intégration de la thérapie familiale	56
	Les limites de la psychothérapie individuelle	59
	L'intégration de l'individuel et du familial	60

TROISIÈME PARTIE

Les applications cliniques

6	L'entretien familial initial	67
	La pertinence d'un entretien avec la famille	68
	Les modalités de l'entretien	70
	Les attitudes du praticien	73
	Le recadrage	75
	L'utilisation de mesures du fonctionnement familial	77
7	Les situations de crise	79
	Les avantages de l'implication familiale	81
	Les modalités de l'intervention familiale	82
	Le travail familial et les crises à l'adolescence	84
	L'efficacité du travail familial	88

8 Les personnes âgées	91
La personne âgée et le contexte psychosocial	92
Le fardeau des familles	93
L'intervention familiale	95
Le bilan de vie	98
9 Les troubles de personnalité	101
Les problèmes interpersonnels	101
La logique de l'implication des proches	104
L'intervention familiale systémique	105

QUATRIÈME PARTIE

L'enseignement du travail familial

10 La formation de base	115
Les principes généraux	115
Les jalons	117
La formation de l'apprenti	121
Conclusion	125
Bibliographie	129
Index	137