

LE TRAVAIL AVEC LES FAMILLES, ENTRE MYTHE ET REALITE SOCIALE

Hôpital de Jour Universitaire « La Clé »

153 Boulevard de la Constitution

4020 Liège

Belgique

e-mail : hj.lacle@skynet.be

Dr Alice MUSELLE, Mme Mireille CLOSE, Pr Jean-Marc TRIFFAUX

RESUME

Dans cet article, nous réfléchissons à notre façon de travailler avec les familles de nos patients, à notre façon de les intégrer dans notre travail thérapeutique à l'hôpital de jour. Notre réflexion se fera autour de deux thèmes : la mutation de la société qui nous amène à travailler avec une multitude de constellations familiales et la transmission familiale avec notamment la notion de mythe familial.

Nous mettrons ce questionnement en lien avec un atelier groupal, nommé Cartographie Relationnelle, dans lequel nous utilisons un outil métaphorique nous permettant d'aborder l'image et la représentation que le patient a, non seulement de sa famille, mais également de l'ensemble de son réseau relationnel.

MOTS-CLÉS

Systemique – famille – mutation sociétale – transmission familiale- mythe – réseau social – génogramme – cartographie relationnelle

INTRODUCTION

Notre pratique psychothérapeutique à l'hôpital de jour consiste en un travail individuel et groupal. Néanmoins, il est important, selon nous, de tenir compte de l'entourage familial et social avec lesquels nos patients tissent des relations.

Parfois la famille est perçue comme une alliée, un soutien, parfois comme un frein voire une agression. Les familles, elles-mêmes, ont une conception du rôle qui leur revient dans la prise en charge. Elles possèdent chacune leur mythe concernant la famille d'une part et la psychiatrie d'autre part. L'institution possède également ses propres mythes concernant la famille et le travail effectué avec elle. Au travers de deux cas cliniques, nous décrirons notre façon d'intégrer les familles dans nos prises en charge et la façon dont s'affrontent, s'intègrent ou se combinent les différents mythes en présence.

Dans ce questionnement face à l'intégration des familles, nous sommes confrontés au changement du modèle familial lié à une mutation sociétale. Nous pouvons désormais être amenés à travailler avec une multitude de constellations familiales : familles monoparentales, familles recomposées, familles adoptantes, absence d'entourage familiale, etc. Nous présenterons un atelier groupal, nommé Cartographie Relationnelle, dans lequel nous utilisons un outil métaphorique nous

permettant d'aborder l'image et la représentation que le patient a de sa famille, mais également de l'ensemble de son réseau relationnel.

I. ASPECTS THEORIQUES

1. Désinstitutionnalisation de la famille et mutation sociétale

Nous vivons actuellement une période de transformation profonde de la conception de la famille, des valeurs et des normes au sein de la société occidentale. Nous assistons à « la dissociation normative et concrète qui s'instaure progressivement entre vie de couple et vie familiale, entre sexualité et procréation et entre engendrement et filiation » (DESCARRIES & CORBEIL, 2004, pp 5-6) et, par ailleurs, à « la diffusion des valeurs de la démocratie comme principe de gestion de la sphère privée » (NEYRAND, 2010, p. 1). Si jusqu'au XX^{ème} siècle la famille relevait essentiellement de facteurs économiques (protection de la descendance, agrandissement, conservation et transmission du patrimoine), nous sommes progressivement arrivés à une famille principalement fondée sur l'*amour-passion et les sentiments exclusifs* de deux partenaires (TERRISSE, KALUBI & LARIVÉE, 2007). Les conséquences visibles de ces transformations sont la baisse des unions par mariages, l'augmentation des naissances hors mariage, la multiplication des types d'union, la multiplication des types de structures familiales (familles avec moins d'enfant, monoparentalité, familles décomposée ou recomposées, familles adoptantes, etc). L'institution familiale perd de son importance, au profit de la réalisation de soi. On parle de désinstitutionnalisation de la famille.

GAILLARD (2007) parle d' « adolescent mutants ». Il explique que nous assistons à une rupture radicale qui entraîne que « le façonnement psycho sociétal des enfants et adolescent de moins de 18 ans n'est plus le même que celui qui

façonnait jusqu'à lors les générations successives ». Jusqu'à cette mutation actuelle, l'identité de l'individu se construisait sur l'appartenance (familiale, groupale, culturelle...). Dans cette conception, le couple était alors la matrice de la famille. Actuellement l'identité se construirait plutôt sur l'autonomie, le développement personnel et l'individualisme. Cela ne veut pourtant pas dire que la famille meurt... Le modèle évolue, change, se transforme.

2. La transmission familiale

Selon NEUBURGER (1995) la famille peut être définie comme une unité fonctionnelle donnant confort et hygiène, un lieu de communication, matrice relationnelle pour l'individu, un lieu de stabilité de pérennité malgré ou grâce aux changements que le groupe peut opérer. C'est aussi un lieu de constitution de l'identité individuelle et de transmission intergénérationnelle par la filiation.

Au sein de la famille une transmission va se faire. Une partie de cet héritage provient de la famille maternelle, une autre de la famille paternelle, mais cet héritage provient aussi de la création de l'espace familial commun créé par les parents. Cet héritage sera également intimement lié à la transformation actuelle de la société et la famille devra faire preuve de créativité. « Pour que cette création opère, la famille doit reconnaître son héritage, se l'approprier pour le transformer en y intégrant les éléments puisés dans l'environnement social. » (COURTOIS, 2003, p. 86)

L'identité familiale se constitue de son héritage, de ce qui est transmis. Les véhicules de cette transmission sont les mythes, les rituels, les scripts et les affects. NEUBURGER (1995) définit le mythe familial comme un système de représentations et de valeurs intégrées et partagées par les membres de la famille concernant chacun d'eux et qui organise les rôles et fonctions des membres de la famille au long de leur vie : interdits, autorisations, rôles sexuels, positions générationnelles, sociales, fonctions affectives, tout en conférant à ces

représentations une cohérence. C'est l'identité, la personnalité, le ciment familial. Par rapport au mythe, chaque membre est confronté à un double message : le conformisme et la différenciation.

Le rituel est la voie d'accès au mythe, il renforce le lien d'appartenance. NEUBURGER définit le rituel comme « des conduites répétitives qui ont pour fonctions de renforcer le pôle mythique du groupe » (NEUBURGER, 1995, p. 24). Selon COURTOIS, « Une famille dynamique arrive à modifier ses rituels, à introduire des éléments nouveaux au sein de leur structure immuable » (COURTOIS, 2003, p. 91).

Le script est à l'interface du mythe et du rite. « Il donne des lignes directrices larges et prescrit les séquences relationnelles » (COURTOIS, 2003, p. 93). Ils impliquent les membres de la famille dans les différentes interactions.

Enfin, les affects sont les émotions partagées par la famille. Ils font également partie de la mémoire familiale.

La transmission familiale des mythes, des rituels, des scripts et des affects va constituer l'identité familiale. La construction individuelle du sujet se fera entre appartenance et différenciation. Les scripts, les mythes et les rites, vont s'inspirer du passé en tenant compte du présent. « La mémoire familiale s'organise autour de deux grands axes, un vertical, qui est celui de la transmission des savoirs d'une génération à l'autre, un horizontal qui relie la microculture familiale à son écosystème socio-culturel » (REY, 2000, p. 143).

Les mythes présents au sein de la famille vont être confrontés à d'autres mythes : ceux de la société et ceux des institutions. Il faut alors que les différents mythes en présence puissent s'intégrer, la difficulté naîtra si un des mythes devient une réalité absolue, un idéal rigide et immuable.

3. Quelle place pour l'hôpital de jour ?

Chaque individu va sans cesse naviguer entre l'appartenance à sa famille et la différenciation par rapport à celle-ci. Dans le début de l'âge adulte, l'émancipation, peut être un moment compliqué pour le jeune et s'accompagner de difficultés psychiques. Le contact avec l'extérieur, par exemple avec l'hôpital de jour, va entraîner la rencontre d'un autre système, d'un autre cadre comprenant d'autres mythes, d'autres rituels, d'autres règles. « L'enfant s'ancre à la manière d'un bateau dans son port d'attache (sa famille), un jour l'enfant s'en va à la recherche d'autres ports, d'autres ancrages, de nouvelles appartenances, emportant dans sa mémoire des traces indélébiles de ce premier ancrage » (SEGERS-LAURENT, 1997, p. 131).

Les institutions et les thérapeutes qui y travaillent peuvent être perçus par la famille comme les représentants de l'ordre social. Cette place peut revêtir un rôle primordial, peut-être encore plus si l'on se trouve dans des périodes d'émancipation d'un jeune. Or, l'institution elle-même se trouve au carrefour de diverses influences : les mythes personnels de chaque intervenant, les mythes de l'institution et la mutation sociétale.

En ce qui concerne les mythes des thérapeutes, il faut être attentif à nos propres idéaux et conceptions pour ne pas se retrouver dans une position jugeante avec comme projet de soin « une norme de la bonne famille ». En cas de demande d'aide d'une famille, le danger est de répondre de façon non spécifique en fonction de mythes sociaux sans prendre en compte la dimension mythique de la famille (NEUBURGER, 1995). La mythique normative décrite par NEUBURGER est une famille conjugale, avec des tâches partagées, un accord sur l'éducation des enfants et une séparation de la cellule familiale de celle des grands parents. Il arrive que sans s'en rendre compte, nous regardions les situations à travers « ces lunettes normatives ». Ce modèle familial n'est pas un mauvais modèle, mais il n'y a pas de raison qu'il soit un idéal.

Enfin, d'autres mythes sont encore en présence : les mythes institutionnels. Ils constituent l'identité de l'institution dans laquelle on travaille, ses valeurs fondatrices et la dynamique institutionnelle. Les mythes institutionnels se constituent dès la création de l'institution, selon le contexte, l'idéologie, les intervenants. Ils définiront donc la façon dont est perçu le travail avec les familles et la façon dont est perçue une approche systémique.

4. Intégration des familles

Nous travaillons selon un modèle dans lequel l'approche individuelle est privilégiée. Néanmoins, il nous semble important de pouvoir proposer au patient de rencontrer son entourage au cours d'une hospitalisation. Même si cette rencontre ne se fait pas à chaque fois, la proposition fera exister la famille dans le suivi et montrera notre intérêt pour les personnes qui entourent le patient. L'entourage n'est alors pas exclu de la prise en charge. Si un entretien se met en place, il ne s'agira pas d'un entretien de thérapie familiale mais d'un entretien autour du patient. En effet, le travail psychothérapeutique est celui du sujet, mais l'entourage est un allié dans l'aide que l'on souhaite apporter au patient. « L'institution est un coffre à outils dont les familles ont la clé » (AUSLOOS, 1995, p. 27).

Les thérapeutes se sentent parfois accusés par les familles qui appellent, s'inquiètent, se questionnent. Ils peuvent se fermer à ces inquiétudes et la famille entend qu'on n'a pas besoin d'elle ou même qu'elle est nocive, voire toxique. Le cercle vicieux va alors s'accroître et conduire à une rupture. Le fait de rapidement travailler de concert permet de casser ces mythes.

CANEVARO (2012) décrit les avantages de l'incorporation directe des membres significatifs de la famille dans les thérapies individuelles d'orientation systémique. Il décrit notamment les apports de la famille dans la compréhension de la situation, des malentendus, des mythes, des secrets. Il explique que ces rencontres

permettront de favoriser la réconciliation ce qui peut permettre un travail individuel personnel plus important. Dans notre pratique, l'intégration de la famille pourra se faire à des moments différents de la prise en charge, l'important étant de ne pas ignorer l'existence de la famille et de travailler en tenant compte de cette réalité. Le but est d'élargir le champ, de trouver des nouveaux outils, des nouveaux alliés.

Il est primordial de rechercher les « compétences familiale » (AUSLOOS, 1995), les ressources, plutôt que de vouloir corriger ce qui aurait été mal fait. « Collaborer, c'est travailler ensemble, avec nos compétences, nos valeurs, nos responsabilités respectives, mais aussi nos insuffisances, en sachant qu'il n'y a pas de vérité en éducation, seulement un processus d'essais et d'erreurs dans lequel on peut cheminer et grandir » (AUSLOOS, 1995, p. 161). Pour cela, il faut tenter de s'éloigner du modèle médical qui cherche souvent à chercher ce qui va mal et non à utiliser ce qui va bien.

II. CAS CLINIQUES

1. La situation de Léonard

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans adressé par la consultation de Cyberdépendance pour une problématique de décrochage scolaire, d'isolement et de jeu sur l'ordinateur.

Léonard présente une symptomatologie dépressive importante avec une thymie abaissée, de la fatigue, de l'irritabilité et de l'impulsivité, des difficultés de concentration et des compulsions mentales de comptage. On note également des consommations massives d'alcool. Par ailleurs, le jeune homme mentait à ses parents prétendant aller au cours et réussir alors qu'il avait complètement décroché.

a. Situation et histoire familiale

Léonard est fils unique. Il vit seul la semaine, en ville, pour ces études, et rentre le week-end à la campagne, chez ses parents. Il nous fait part de sa vision mythique de sa famille, en expliquant avoir été un enfant très attendu et que le projet familial pour les deux parents était d'avoir un seul enfant. Le couple parental se connaît depuis l'école primaire. Pour le fils, il existe depuis toujours des tensions au sein du couple, mais il n'a jamais été question de séparation.

La mère a fait une tentative de suicide, quelques années auparavant dans un contexte de « burn out ». Le patient explique que son père poussait sa mère à reprendre le travail avant cette tentative. Le père est décrit comme travaillant excessivement, étant peu présent et communiquant peu.

Le couple des grands-parents paternels est décrit comme intrusif et le patient dit entretenir avec eux des contacts superficiels. Les grands-parents paternels ont longtemps refusé le mariage des parents et les contacts ont repris depuis quelques années. Léonard explique que son père n'a pas été désiré et qu'il a été élevé par ses grands-parents. Il dit aussi que son oncle a toujours été plus gâté.

b. Génogramme

Cf. Figure 1.

c. Entretiens familiaux

Un premier entretien a lieu uniquement avec le patient et sa mère, il s'agit de l'entretien de préadmission. Il existe une grande complicité entre le fils et sa mère. Ils ne se contredisent pas, parlent l'un pour l'autre. Il existe durant cette première consultation, un moment d'échange entre eux concernant la tentative de suicide de la mère. A ce moment-là, Léonard fait part du fait qu'il reste aujourd'hui très touché et elle se montre étonnée, émue et se sent coupable de cela.

Durant l'hospitalisation trois entretiens de familles ont lieu. Rapidement dans l'hospitalisation le fait de prévoir des entretiens avec les deux parents est proposé, d'une part parce que la symptomatologie de Léonard apparaît dans un moment familial important d'émancipation et d'autre part parce qu'il y a eu un premier entretien avec uniquement la mère et qu'il semble nécessaire de « rééquilibrer » les choses et d'inclure le père. De plus, avant la rencontre familiale le père téléphone à l'hôpital pour faire part de ses inquiétudes par rapport à son fils (alcool, passivité, tristesse, études).

Durant les entretiens familiaux, le clivage entre père et mère-fils est important. Le père décrit des sentiments de colère face aux mensonges de son fils. La mère, quant à elle, décrit des sentiments de culpabilité par rapport à la situation. La famille prend pour se décrire l'image de leur propre famille en vacances : « Chacun fait ce qui lui plaît la journée et, à midi et le soir, ils se retrouvent systématiquement en famille pour manger et partager un bon moment. Ils sont alors juste eux trois et il n'y a pas de pressions extérieures. » Nous voyons dans cette image le souhait de chacun de pouvoir naviguer sereinement entre leur appartenance à la famille et la différenciation de chaque membre, ainsi que le souhait de s'éloigner des intrusions extérieures comme celles des grands-parents par exemple.

d. Evolution

A l'hôpital de jour, Léonard sociabilise beaucoup et il ne présente plus d'affects dépressifs. Il présente des difficultés à se mettre au travail par rapport aux examens qu'il veut passer.

Au niveau familial, il décrit sa mère comme prenant plus soin d'elle et rassurée par les entretiens familiaux. Il décrit son père comme plus communicatif et plus affectueux.

e. Discussion

Cette situation est celle d'un enfant unique, constellation familiale qui, comme nous l'avons vu, est de plus en plus fréquente dans notre société. Dans ce trio familial, la période d'émancipation est compliquée. L'hôpital de jour intervient dans ce contexte et est un nouveau lieu d'ancrage avec d'autres mythes.

La rencontre familiale a permis l'intégration des deux parents et une diminution du clivage familial. Le problème de Léonard au départ et les entretiens en famille ensuite ont permis un rapprochement du couple parental. Cela a aussi permis de diminuer la vision négative de la psychiatrie du père. Le message qu'il a envoyé en téléphonant paraissait au départ agressif et les rencontres ont permis d'y voir l'inquiétude. Lors de ces entretiens l'information a pu circuler à propos de la tentative de suicide de la mère. Celle-ci a pu peu à peu sortir de la culpabilité qui l'engluait et être dans une relation plus aidante pour son fils. Cela a probablement permis que d'un autre côté, dans un travail individuel au sein de l'hôpital de jour le patient fasse son propre chemin.

Il s'agit dans cette situation d'une famille dynamique et non rigide. Ils étaient capable d'intégrer de nouveaux éléments à leur héritage familiaux. L'hôpital de jour a permis d'offrir au jeune homme un moyen de différenciation sans perdre son appartenance.

2. La situation de Damien

Il s'agit d'un jeune homme d'une vingtaine d'année également. Il est suivi depuis son adolescence en psychiatrie, alors qu'il refusait une greffe rénale et disait souhaiter mourir. Damien a accepté l'hospitalisation dans un contexte de recrudescence des idées suicidaires et d'affect dépressifs majeurs. Il est alors dans un moment où il accepte le monde extérieur proposé par son thérapeute.

a. Situation et histoire familiale

Le jeune homme est atteint d'une maladie rénale depuis l'enfance ayant conduit à une greffe rénale. La première greffe s'étant soldée par un rejet, une deuxième greffe a eu lieu à l'âge de 17 ans. Les parents sont séparés depuis qu'il a deux ans et il a été élevé par sa mère. Il vit actuellement avec elle et n'a plus de contact avec son père.

La scolarité s'est interrompue en troisième secondaire. Avant cela, le parcours est ponctué de nombreux déménagements liés à des conflits de voisinage et de changements d'école.

La mère présente une dépression récurrente. Du côté maternel, Damien connaît uniquement ce qui lui a été rapporté par sa mère. Il explique que la grand-mère était très dure avec sa mère qui était l'aînée de la fratrie. La mère est célibataire, ce qu'elle reproche à son fils.

Le patient ne connaît rien du côté paternel, mis à part une vision diabolisée par la mère.

La relation mère-fils est extrêmement tendue. Les fluctuations d'humeur de Damien dépendent énormément des conflits avec la mère. Elle fait à plusieurs moments de l'hospitalisation « irruption » (téléphone, interpellation des infirmières, lettre, mails) dans la prise en charge. Dans le suivi somatique, la mère prend également beaucoup de place et s'est fâchée avec plusieurs médecins jusqu'à porter plainte contre certains. Dans la prise en charge elle se montre très ambivalente. Elle reproche à Damien ses progrès et de vouloir faire des activités avec d'autres qu'elle. Durant l'hospitalisation la mère fait plusieurs fois des menaces et des passages à l'acte suicidaires.

b. Génogramme

Cf. Figure 2.

c. Entretiens familiaux

Des entretiens incluant la famille sont rapidement proposés. Pour Damien la seule personne possible à faire venir est la mère. L'entretien est accepté après un mois.

Au premier entretien mère-fils, la mère dit avoir toujours été demandeuse d'entretiens de famille. L'entretien est fait des reproches et des plaintes de la mère, les échanges sont tendus. Néanmoins un point important ressort : il est difficile pour la mère de voir Damien avancer « sans elle ».

La mère se manifeste par des courriers et des appels, mais plusieurs autres rencontres sont proposées et annulées par elle.

Un deuxième entretien peut finalement être mis en place. Durant cet entretien, la mère parle à nouveau énormément. Elle explique se sentir seule. Elle critique Damien, dit qu'il ne fait aucun projet, Elle dit vouloir « divorcer » de ses fils. Pourtant, après, en salle d'attente, on apprend que mère et fils se sont pris dans les bras. Dans les suites de cet entretien, Damien donne une lettre à sa mère dans laquelle il lui écrit tout ce qu'elle a fait pour lui et l'en remercie.

La devise de la famille pour le patient est : « Les choses n'ont pas besoin d'être dites, on est censé connaître l'autre comme soi-même ». Cette devise traduit bien la difficulté de différenciation entre mère et fils.

L'image proposée par le patient pour illustrer sa famille est : « Je suis un petit feu qu'elle essaie d'éteindre avec de l'eau, elle ajoute tantôt du bois tantôt de l'eau... ». On peut y voir toute l'ambivalence entre mère et fils par rapport à l'émancipation.

d. Evolution

Globalement, au niveau de la symptomatologie dépressive et de l'idéation suicidaire, Damien évolue favorablement. Il parvient à sociabiliser rapidement avec d'autres patients au sein de l'hôpital.

Néanmoins lorsque l'humeur fluctue, il met systématiquement cela sur le compte des disputes et des reproches entre lui et sa mère. Ces conflits sont récurrents et se

répercutent par moment sur l'hospitalisation (la mère refuse de conduire son fils à l'hôpital, demande puis refuse des entretiens).

Damien réalise un travail personnel évoluant petit à petit vers un besoin d'indépendance. Néanmoins, il se montre ambivalent par rapport à son envie et à sa capacité à s'émanciper.

Après l'hospitalisation, le patient reprendra finalement une formation et pour pouvoir suivre cette formation, il prendra un appartement la semaine et rentrera chez sa mère le week-end (c'est mère et fils qui trouvent cette solution, beau compromis entre la prise d'indépendance et le fait de rester au domicile familial).

e. Discussion

Il s'agit ici aussi d'une constellation familiale « nouvelles ». L'hôpital de jour se trouve ici face à un duo familial rigide.

La rencontre familiale a permis de ne pas exclure une mère qui aurait pu susciter notre rejet. Grâce à son intégration, elle a assoupli un mythe selon lequel le monde médical est dangereux pour la famille. Elle a exprimé le sentiment de dévalorisation d'une mère qui n'a pu seule accompagner son fils dans son autonomie et qui fait appel à la médecine alors qu'elle n'a pas confiance dans l'institution médicale.

L'ambivalence de la mère et du fils dans le processus d'émancipation, d'autonomie a pu être discutée, l'information a circulé.

Damien a écrit une lettre à sa mère après un des entretiens familiaux. Dans cette lettre, il mettait en mot la dette qu'il avait envers elle quant aux « sacrifices » qu'elle avait faits pour lui.

Dans cette famille, le temps s'était arrêté et le cadre de la famille rigidifié. Les étrangers en étaient exclus. Or, l'hôpital de jour va créer une faille énorme avec l'extérieur. Lentement, le couple mère fils s'est ouvert. Les entretiens ont été peu nombreux mais les contacts (courrier, coup de fil...) avec la mère d'une

importance cruciale, même s'ils ont parfois été violents, pour que le monde extérieur puisse côtoyer le monde intrafamilial.

III. PRESENTATION DE L'ATELIER

2. D'une définition de la famille

« La famille, souvent vue comme unité de base de toute société, fait partie de ces évidences, que tout le monde croit connaître sans parvenir à les définir précisément » (JONAS, 2007, p. 10). Effectivement, au début du siècle dernier, le sociologue PARSONS (cité par JONAS) envisageait la famille sous la forme conjugale : un homme et une femme mariés qui vivent avec leurs enfants sous le même toit, jusqu'à ce que ces derniers aient accédé à une certaine autonomie financière. Assurément, d'après HALPERN (1987, cité par BOUCHARD, 1991), la famille traditionnelle n'est plus une réalité pour bon nombre d'entre nous. « Une famille sur cinq ne correspond plus au schéma classique d'un homme et une femme élevant leurs enfants, et leurs enfants seulement. Nous avons affaire, de plus en plus, à des réseaux relationnels complexes, à des parentés plurielles » et « à des filiations multiples [...] allant de la parenté du sang à la parenté du cœur » (FIZE, 2005, p.24 ; p.60).

3. Vers une définition du réseau relationnel

Jusqu'il y a peu, bon nombre de sociétés traditionnelles se fondaient essentiellement sur la famille au sens premier du terme ; les meilleurs amis, les confidents faisaient indubitablement partie de la parenté voire de la parenté élargie. Aujourd'hui, la famille d'en temps, « pivot » des relations de sociabilité et d'entraide, se voit peu à peu substituée à la parenté élargie, au voisinage, aux associations ou encore aux amis et connaissances. FORTIN qualifie cette nouvelle instance de « grande famille sociologique » (FORTIN & al., 1985).

Le soin psychiatrique en Hôpital de jour se trouve au cœur du soin relationnel en étroite interaction ces changements structurels. En effet, le réseau socio-familial du patient s'avère fréquemment être une ressource éclairante pour le psychothérapeute que ce soit en termes informatifs (ex. hétéroanamnèse) comme en terme de soutien actif en extrahospitalier. Au travers de la fonction symbolique du langage, la valeur thérapeutique de la parole peut émerger au sein d'une nouvelle aire transitionnelle « suffisamment bonne » entre le sujet, le groupe d'où il provient et l'équipe soignante possédant elle-même une histoire individuelle et collective.

Le terme « réseau » provient du mot latin « *retiolus* », diminutif de « *retis* » qui signifie « filet ». En Sciences humaines, un réseau social est un ensemble d'entités (personnes, groupes ou institutions) qui entretiennent des liens créés et vécus lors d'interactions sociales. Le réseau se manifeste par des relations entre personnes dans le cadre de relations de proximité, d'amitié, de collaboration professionnelle ou scientifique, ou encore d'aide et de soins. On soulignera également l'effervescence du réseautage social promue par le Net. Le réseau social contient non seulement les parents consanguins, mais aussi les amis intimes, piliers affectifs incontournables, les copains, voisins, collègues, compagnons de route, soit toute personne ayant croisé et marqué le patient sur son parcours de vie.

4. La famille comme système versus réseau-système

La famille-système est envisagée sous l'angle d'une unité globalisante organisée d'interrelations entre individus (MORIN cité par DESSOY, 2003), dont l'équilibre provisoire garantit son évolution voire sa survie. Ses membres sont unis par un lien dit d'attachement. Dans ce milieu, des « lois familiales organisationnelles » se conjuguent à des « lois personnelles », garantie de l'identité et de la singularité de chacun des membres. Elles permettent de rechercher ensemble un certain équilibre des forces en tension et de les orienter vers un état stable.

Les circonstances de la vie modifient constamment cet équilibre instable. Chaque nouvel état de désorganisation nécessite des interactions et des stratégies nouvelles afin de renverser l'état de désorganisation et ainsi tendre vers un nouveau niveau de réorganisation (BOUCHARD, 1991). On parle dans ce cas d'homéostasie du système.

Ce regard systémique porté sur la famille offre donc la possibilité de cerner davantage les adaptations opérées par le système familiale en quête de polarisation des forces antagonistes et complémentaires internes ou externes, ceci, dans l'optique d'entretenir leur équilibre tout en respectant les lois d'unité et d'autonomie (DESSOY, 2003).

Comme il importe d'envisager la famille-système, il nous semble intéressant d'investiguer le réseau-système.

5. Représentation graphique de la famille-système

Les génogrammes ou encore génosociogrammes sont fréquemment utilisés en thérapie familiale. Variantes de l'arbre généalogique classique, ils se distinguent de ce dernier par leur approche psychologique transgénérationnelle, étudiant un minimum de trois générations. Ils visent l'étude des liens unissant le *patient symptôme* à ses ancêtres. « Les génogrammes permettent d'obtenir une image rapide des modèles familiaux complexes. Ils constituent une source riche d'hypothèses quant à la manière dont un problème clinique peut se voir relié au contexte familial ainsi qu'à l'évolution à la fois du problème et de son contexte » (Mc GOLDRICK & GERSON, 1990, p. 19).

6. Vers une représentation graphique du réseau- système : Présentation de l'atelier « Cartographie relationnelle »

a. Objectif

L'objectif thérapeutique de cet atelier groupal est d'aborder de façon originale la question des relations interpersonnelles en *intra* comme en *extrahospitalier*, question incontournable au vu d'un projet de réinsertion sociale voire professionnelle. A cette fin, nous proposons un outil métaphorique permettant d'aborder l'image et la représentation que le patient a, non seulement de sa famille, mais également de l'ensemble de son réseau relationnel : une « carte géographique ». Le patient réalise cette carte en y plaçant ses différentes relations comme s'il s'agissait de villes.

b. Modalités pratiques

Afin de favoriser les échanges, nous limitons le nombre de participants à huit. Il se compose de deux séances d'une heure et demi.

Selon une approche psycho-artistique, la première séance est consacrée à la réalisation de la carte. La seconde, quant à elle, offre la possibilité aux participants de présenter leur production et de s'exprimer quant aux émotions qui les ont traversés au cours de cet atelier.

La dynamique relationnelle, de par sa nature, est en constante évolution. Aussi, il arrive qu'au cours de son hospitalisation, le patient soit invité à nuancer voire retravailler sa cartographie relationnelle. Enfin, le caractère groupal de l'atelier ne permet pas d'investiguer certains points plus personnels en profondeur. Le patient est donc libre d'approfondir davantage ce support au cours de sa thérapie individuelle avec son psychiatre.

c. Consignes relatives à la réalisation de la carte

Cf. Tableau 1.

d. Apports de l'atelier

La cartographie relationnelle permet d'aborder de façon originale le récit de vie de nos patients ; elle est un support intéressant pour amorcer la thérapie individuelle.

Cet exercice permet de décharger beaucoup de choses sur le plan affectif-émotionnel. « Déposer graphiquement l'historique de son réseau sociale-familiale sous la forme d'une cartographie relationnelle permet de prendre un temps du recul », dixit J.B. Construire sa cartographie relationnelle, « c'est aussi s'octroyer un temps de libération de la parole, un temps d'acceptation de ce qui a été, de ce qui est, de son appartenance. C'est pouvoir poser un regard nouveau sur la complexité de son réseau, remettre en perspective les difficultés traversées, surmontées ou non par chaque entité » (Anne-Ancelin Schützenberger).

Comme le *génogramme*, cet outil permet de souligner les filiations, les ruptures de liens, les répétitions, les comportements de dépendance, les vulnérabilités, les non-dits, etc. Il montre comment les différents rôles et les diverses règles qui ont cours dans un réseau-système donné influencent les relations entre les différents membres. Cet outil permet d'identifier les processus de transmission de valeurs, des croyances, les processus de destructions en œuvre comme ceux de création. En effet, l'utilisation de la cartographie relationnelle nous a permis de mettre en évidence, certains modes de fonctionnement propre à chacun de nos patients. C'est ainsi que « ce voyage dans le temps invite à comprendre comment notre histoire personnelle, nos petites histoires – nos difficultés et nos drames – s'inscrivent dans la grande histoire et dans les évolutions sociales » (Anne-Ancelin Schützenberger).

Cette photographie de nos relations permet de jeter un regard sur la dynamique de nos relations. Cet état des lieux du réseau relationnel permet d'identifier les piliers affectifs – pilier ressources ou de prendre conscience de leur absence. Qu'en est-il

de leur stabilité ? Quel est le rôle respectif de chacun ? Quelle relation mérite d'être travaillée ? Quid de mes objectifs thérapeutiques sur le plan relationnel ?

Enfin, certains patients ont évoqué leur crainte de ne pas figurer sur la cartographie d'autres patients. Cela permet d'aborder la réciprocité de la relation. Cet atelier s'avère aussi un outil précieux quant à l'évaluation de la dynamique de groupe intra-hospitalière.

CONCLUSION

A la lumière de deux cas cliniques et de l'atelier « cartographie relationnelle », nous avons souhaité faire part de nos réflexions quant à notre pratique et à notre façon d'intégrer les familles dans nos prises en charge. Cela nous a plongé dans un système complexe fait du réseau relationnel de chacun, d'une multitude de mythes en présence et d'un contexte de mutation sociétale.

Nous espérons avoir ouvert quelques portes sur ce réseau complexe pour pouvoir mieux travailler avec ces réalités, car peut-être nos pratiques thérapeutiques sont, elles aussi, en mutation.

BIBLIOGRAPHIE

1. AUSLOOS, G. (1995). *La compétence des familles*. Toulouse, France : Eres.
2. BOUCHARD, J-M. (1991). Famille anti-crise. In J-P. COURTOIS, (Éd), *Innovation en éducation familiale* (pp. 17-34). Bruxelles : De Boeck Université.

3. CANEVARO, A. (2012, mars). *Convocation directe des membres significatifs de la famille durant la Psychothérapie individuelle d'un adulte*. Communication présentée au, Séminaire d'étude, Lausanne, Suisse.
4. COURTOIS, A. (2003). Le temps des héritages familiaux. Entre répétition, transformation et création. *Thérapie familiale*, 24, 1, 85-102.
5. DESCARRIES, F. & CORBEIL, Ch. (2004). La famille : une institution sociale en mouvance. *Nouvelle pratiques sociales*, 16, 1.
6. DESOY, E. (2003). *L'homme et son milieu : Etude systémique*. Louvain-La-Neuve, Belgique : CIACO.
7. FIZE, M. (2005). *La Famille*. Paris : Le Cavalier Bleu.
8. FORTIN, A., DELAGE, D., & DUFOUR, J-D. Nouvelles familles, nouveaux réseaux. Note de recherche. *Anthropologie et Sociétés*, vol. 9, 3, 1985, p. 219-223.
9. GAILLARD, J-P. (2007). Sur le façonnement psychosociétal en cours : enjeux psychothérapeutiques et éducatifs. *Thérapie familiale*, 28, 4, 349-367.
10. GAILLARD, J-P. (2008). S'il te plaît dessine-moi un mutant. *Journal du Droit des Jeunes*, 280, 15-18.
11. GAILLARD, J-P. (2009). Le couple contemporain, entre institution et connexion. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de pratiques de réseaux*, 42, 13-25.
12. JONAS, N. (2007). *La famille*. France : Éditions Bréal.
13. MC GOLDRICK, M., & GERSON, R. (1990). *Génogrammes et entretien familial*. Paris : ESF éditeur.
14. NEUBURGER, R. (1995). *Le mythe familial*. Paris : ESF.
15. NEYRAND, G. (2010, novembre). *Quelles conceptions de la famille d'aujourd'hui?* Communication présentée à la Journée d'étude "La famille dans tous ses états" de l'IRTS de Lorraine, Metz, France. Consulté sur

<http://www.proximam-lotharingie2.eu/documents/>

[Quelles conceptions de la famille aujourd'hui.pdf](#)

16. REY, Y. (2000). Penser l'émotion en thérapie systémique: Le blason familial. *Thérapie familiale*, 21, 2, 141-154.
17. SEGERS-LAURENT, A. (1997). La famille : lieu d'ancrage, temps de passage. *Thérapie Familiale*, 18, 2, 127-140.
18. TERRISSE, B., KALUBI, J-C., & LARIVÉE, S. (2007). La famille, une institution résiliente. In W. LAHAYE (Dir.), « *Penser la famille* » numéro spécial thématique. *La matière et l'esprit*, 7 (2), 11-18.

ILLUSTRATIONS ET TABLEAUX

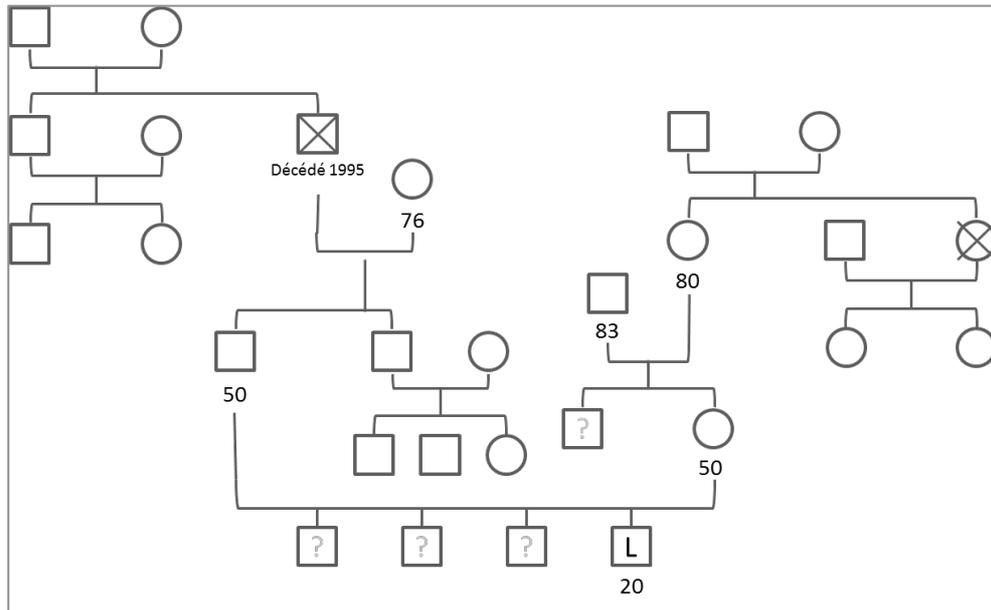


Figure 1 : Génogramme de Léonard

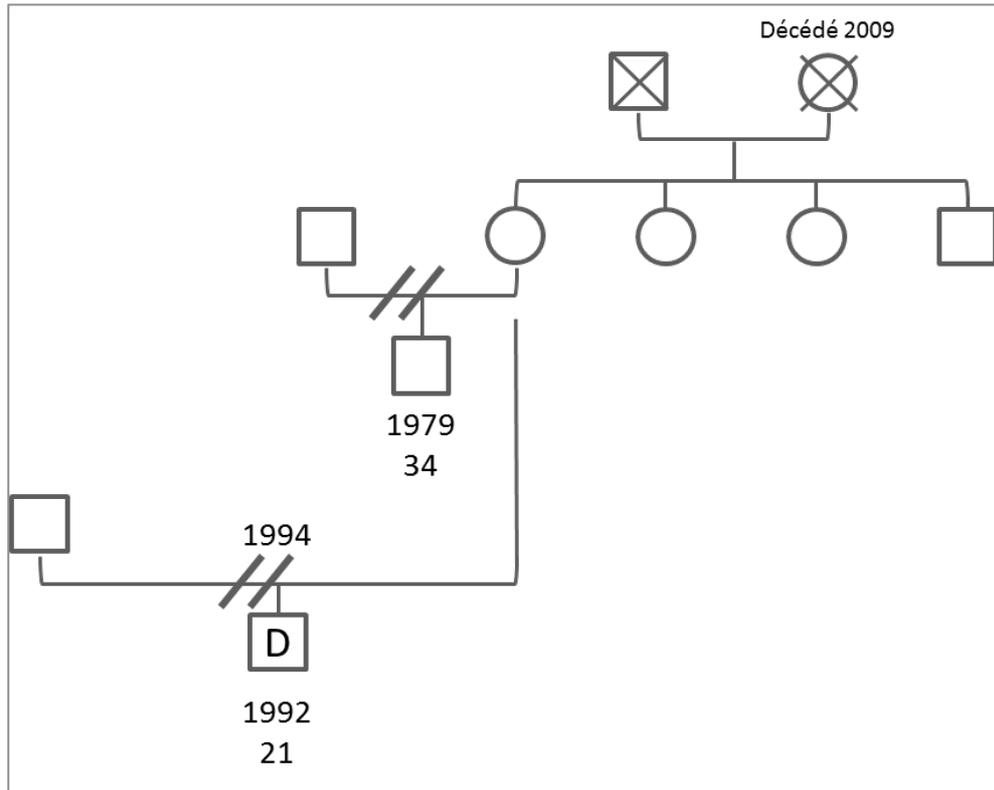


Figure 2 : Génogramme de Damien

CARTOGRAPHIE RELATIONNELLE : CONSIGNES

Vous disposez d'une carte muette de la Belgique imprimée sur une feuille de format A3.
Le verso de la page est vierge.
Vous êtes libres de choisir le côté de la feuille qui vous inspire le plus afin d'illustrer, sous forme d'une carte routière, la qualité, la nature et l'intensité de vos relations interpersonnelles.

La capitale, c'est VOUS !
Les personnes les plus importantes de votre réseau représentent les grandes villes.

- **Le tracé**
 1. **L'intensité de la relation** (+/-) s'exprime selon le type de route reliant les différents protagonistes figurants sur la carte
Ex. : Autoroute = relation forte et régulière > route de campagne, trait fin...
 2. **Les enjeux de pouvoirs et d'autorité** s'exprimeront sous forme de pointillés, là où les relations d'égal à égal s'exprimeront en traits continus.
 3. **Le sens de la relation** sera représenté au moyen d'une flèche s'il s'avère unilatéral.
- **Les codes couleurs**
 1. Jaune : relation privilégiée, grande complicité, exempte d'affects amoureux (//amitié)
 2. Vert : bonne relation, appréciation mutuelle, respect, grande complicité (//copinage)
 3. Violet : relation bienveillante, pleine de sagesse
 4. Rose : relation amoureuse et/ou sexuelle
 5. Brun : relation « pourrie », peu porteuse
 6. Bleu : relation tendue et pourtant porteuse...
 7. Rouge : Relation en crise actuellement, conflit latent ou exprimé
 8. Noir : Rupture de contact, sans retour possible (cul-de-sac)
 9. Orange : Relation aidant/aidé, soignant/soigné

Enfin, n'hésitez pas à agrémenter votre carte d'une légende personnelle !
A vos crayons !

Tableau 1 : Consignes de l'atelier "Cartographie relationnelle"

M. CLOSE, HJU La Clé (2013)