

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2021

N° : 362

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État  
D.E.S. de Psychiatrie

PAR

BATOULA Daniel

Né le 17 février 1987 à GUEBWILLER (68)

## **État des lieux des connaissances de la thérapie familiale systémique auprès des psychiatres d'Alsace.**

Président de thèse : Madame le Professeur Carmen SCHRÖDER, professeur de psychiatrie au Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg.

Directeur de thèse : Monsieur Sébastien DUPONT, Docteur en psychologie, thérapeute familial et chercheur associé à l'Université de Strasbourg.



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy

HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
**Directeur général** : M. GALY  
Michaël



## A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

## A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)

DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

## A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO224

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.0 2 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.0 3 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel P0002	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.0 1 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.0 1 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.0 2 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.0 1 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et	53.0 2 Chirurgie générale

Transplantation / HP			
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.0 3 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.0 1 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.0 3 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Haute-pierre	43.0 2 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.0 2 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.0 3 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles P0013	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.0 3 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire- Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.0 2 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.0 2 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.0 1 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.0 4 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.0 1 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.0 2 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.0 2 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.0 1 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.0 2 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.0 4 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD- OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.0 3 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.0 2 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.0 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.0 Chirurgie orthopédique et traumatologique 2
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.0 2 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.0 1 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.0 3 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.0 1 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.0 1 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / PO220	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.0 1 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.0 3 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.0 1 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.0 1 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.0 1 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.0 3 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.0 4 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matfhieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.0 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique 2
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.0 1 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.0 Chirurgie orthopédique et traumatologique 2
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.0 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière 1 Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François PO216	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.0 2 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.0 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire 3
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô	• Pôle d'Oncolo-Hématologie	47.0 1 <b>Hématologie</b> ; Transfusion

P0208	NCS	- Service d'hématologie / ICANS		Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.0 2	Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.0 2	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.0 2	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.0 2	Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.0 2	Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.0 4	<b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.0 2	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.0 4	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.0 2	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques- Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.0 1	Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.0 3	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.0 3	Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.0 2	Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.0 1	Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.0 1	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie- Eve P0189	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.0 5	<b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.0 1	Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.0 4	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.0 2	Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.0 1	Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.0 4 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.0 1 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.0 3 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.0 3 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.0 2 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.0 1 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.0 2 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.0 3 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.0 4 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.0 1 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.0 4 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.0 1 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc P0	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.0 0 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.0 3 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.0 2 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.0 2 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.0 5 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.0 3 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.0 1 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.0 3 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô	• Pôle d'Onco-Hématologie	47.0 1 <b>Hématologie</b> ; Transfusion

P0102	CS	- Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine		Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Philippe	Jean-NRPô	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.0 3	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
P0103	CS			
MENARD Didier	NRPô	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.0 2	Parasitologie et mycologie (option biologique)
P0222	NCS			
MERTES Paul-Michel P0104	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.0 1	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.0 2	Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.0 4	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.0 2	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.0 3	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.0 2	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.0 3	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RPô NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.0 2	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.0 1	Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.0 2	Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.0 1	Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.0 2	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.0 2	Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.0 3	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.0 1	Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.0 5	Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.0 2 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.0 2 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.0 2 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.0 2 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.0 1 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.0 4 Nutrition
PROUST François P0182	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.0 2 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.0 3 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.0 1 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.0 1 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.0 2 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.0 2 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL - BERNARD Sylvie P0196	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.0 1 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civi	51.0 2 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.0 2 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.0 3 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.0 2 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.0 4 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.0 4 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.0 2 Ophtalmologie



Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.0 4	Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.0 2	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.0 4	<b>Pédopsychiatrie ; Addictologie</b>
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.0 1	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.0 1	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie <b>Option : Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.0 1	Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.0 4	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.0 4	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.0 1	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.0 2	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.0 1	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.0 1	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.0 3	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.0 5	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.0 1	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.0 1	Option : Médecine Interne

<b>NOM et Prénoms</b>	<b>et</b>	<b>CS *</b>	<b>Services Hospitaliers ou Institut / Localisation</b>	<b>Sous-section du Conseil National des Universités</b>
WOLF Philippe		NRP ô	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la	53. 02 Chirurgie générale
P0207		NCS	transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	
Mme WOLFF Valérie		NRP ô	• Pôle Tête et Cou	49. 01 Neurologie
P0001		CS	- Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie  
 \* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an) CU : Chef d'unité fonctionnelle  
 Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)  
 Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur  
 (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018  
 (3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017  
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017  
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

<b>NOM et Prénoms</b>	<b>CS*</b>	<b>Services Hospitaliers ou Institut / Localisation</b>	<b>Sous-section du Conseil National des Universités</b>
CALVEL Laurent	NRP ô	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO	46 .0 5 Médecine palliative
	CS	- Service de Soins palliatifs / NHC	
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52 .0 1 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

## B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS

### HOSPITALIERS (MCU-PH)

MO142				Sous-section du Conseil National des Universités
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation		
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43. 01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47. 02	Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48. 03	<b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47. 04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43. 01	Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44. 01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45. 02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline MO129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43. 01	Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47. 03	Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43. 02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49. 02	Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47. 02	<b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47. 03	Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43. 01	Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48. 02	Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51. 04	Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Nassim M0017	Ahmed	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44. 01	Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Baptiste M0130	Jean-	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53. 02	Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47. 04	Génétique (option biologique)

Mme Véra MO131	DINKELACKER		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49. 01 Neurologie
M0021	DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44. 01 Biochimie et biologie moléculaire
M0024	Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44. 02 Physiologie
M0034	Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46. 03 Médecine Légale et droit de la santé
M0139	FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48. Thérapeutique, Médecine de la douleur, 04 Addictologie
M0025	FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45. Parasitologie et mycologie (option biologique) 02
M0027	FOUCHER Jack		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44. 02 Physiologie (option clinique)
MO132	GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45. Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière 01 Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
M0140	GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47. 03 Immunologie (option clinique)
MO133	GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45. 01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
M0032	GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44. 03 Biologie cellulaire (option biologique)
M0125	GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47. 03 Immunologie (option clinique)
M0119	Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43. 01 Biophysique et médecine nucléaire
M0033	HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43. 01 Biophysique et médecine nucléaire
M0089	KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47. 04 Génétique (option biologique)
M0036	Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44. 01 Biochimie et biologie moléculaire
M0126	KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42. 01 Anatomie (Option clinique)
MO134	Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49. 05 Médecine Physique et Réadaptation
M0040	Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44. 01 Biochimie et biologie moléculaire
M0041	Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42. Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique) 02

LAVAUX Thomas • Pôle de Biologie 44.  
 - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / 03 Biologie cellulaire  
 HP

M0042

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.0 3 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.0 3 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.0 3 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.0 3 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.0 5 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.0 4 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.0 3 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.0 2 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.0 1 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.0 2 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.0 4 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.0 4 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.0 1 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.0 3 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.0 1 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.0 2 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.0 1 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.0 1 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.0 1 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.0 2 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.0 4 Génétique
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie	45.0 1 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)

M0068	- Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.0	
Mme SOLIS Morgane M0123	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	1	<b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : <b>Bactériologie-Virologie</b>
Mme SORDET Christelle M0069	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.0 1	Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.0 1	Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
TALHA Samy M0070	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.0 2	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.0 2	Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.0 5	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.0 1	<b>Hématologie</b> ; Transfusion Option <b>Hématologie Biologique</b>
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.0 1	<b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option <b>Bactériologie-Virologie</b> biologique
Mme VILLARD Odile M0076	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.0 2	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010	• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.0 3	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.0 1	Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.0 2	Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine      Epistémologie - Histoire des sciences  
Pr BONAHA Christian P0166      72. et des Techniques

### B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel Médecine	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion Faculté de Médecine	Département d'Histoire de la Médecine /	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

---

## C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

### C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

---

### C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette Dr LORENZO Mathieu	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015) 53.03 Médecine générale
---	-------	---

---

### C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre DUMAS Claire Dre SANSELME Anne-Elisabeth Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019) Médecine générale Médecine générale
---	--	--

---

**D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES****D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

---



## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie</li> <li>- Service d'Oncologie Médicale / ICANS</li> </ul>
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pharmacie-pharmacologie</li> <li>- Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau</li> </ul>
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation</li> <li>- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)</li> </ul>
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim</li> </ul>
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau</li> </ul>
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Santé Publique et Santé au travail</li> <li>- Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- UCSA</li> </ul>
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO</li> </ul>
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Locomax</li> <li>- Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC</li> </ul>
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation</li> <li>- SAMU</li> </ul>

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)  
  
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*  
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)* DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)  
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)  
  
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques) Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)* BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)  
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)  
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main) KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o *pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)* DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)  
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale) HERBRECHT Raoul (Hématologie)  
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

---

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc    CNU-31    IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

---

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)	
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)	
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)	
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)	
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)	
Pr REIS Jacques	(2019-2020)	
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)	(* 4 années au maximum)

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

- ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94  
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01  
 BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21  
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12  
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95  
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10  
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16  
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18  
 BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04  
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17  
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95  
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20  
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03  
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19  
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99  
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10  
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86  
 BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18  
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15  
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15  
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95  
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18  
 CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20  
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12  
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16  
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00  
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98  
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11  
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17  
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17  
 DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19  
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13  
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardiovasculaire) / 01.04.10  
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02  
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16  
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09  
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13  
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04  
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97  
 GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21  
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14  
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18  
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06  
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04  
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98  
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17  
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11  
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11  
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04  
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18  
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06  
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95  
 KREMER Michel / 01.05.98  
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18  
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07  
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08  
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07  
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98  
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98  
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11  
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19  
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95  
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10  
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16  
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03  
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13  
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16  
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14  
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94  
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19  
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16  
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99  
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07  
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13  
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10  
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93  
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11  
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09  
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09  
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13  
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15  
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15  
 MME PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11  
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19  
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18  
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98  
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02  
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10  
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14  
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20  
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04  
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95  
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01  
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11  
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12  
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87  
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06  
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10  
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09  
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15  
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03  
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06  
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02  
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08  
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16  
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13  
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08  
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09  
 WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21  
 WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13  
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15  
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96  
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

**Légende des adresses :**

**FAC** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67  
**HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS)** :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00  
**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

---

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU  
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE  
DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A  
LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES  
IMPROUVER**

**SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

## ***REMERCIEMENTS***

À Madame le Professeur Carmen M. SCHRÖDER,

Vous me faites l'honneur d'être la présidente de ce jury et je vous remercie sincèrement. Votre qualité de méthode d'enseignement, votre bienveillance et votre chaleur humaine me viennent en tête lorsque l'on mentionne votre nom. Pour tout cela, je vous remercie.

À Monsieur le Professeur Fabrice BERNA,

Je suis honoré de votre présence au sein de ce jury. Pour votre pédagogie, votre disponibilité et votre humilité, je vous remercie sincèrement.

À Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY,

Merci de prendre de votre temps pour juger mon travail. Votre disponibilité, votre qualité d'expertise et votre humanité sont des compétences très appréciables. Je vous suis reconnaissant pour tout cela.

À Monsieur Sébastien Dupont,

Un très grand merci d'avoir accepté d'encadrer mon travail de thèse. Chacune de tes remarques et de nos rencontres m'ont permis d'améliorer grandement mon travail. Merci également pour la patience dont tu as fait preuve à mon égard. Ta gentillesse, ton sens de l'humain et ta bienveillance m'auront marqué tout au long de ce travail.

À Monsieur le Docteur Pascal Guingand,

Merci pour ces moments passés à tes côtés, merci de croire en moi et pour ton soutien. Merci d'être là pour ce moment unique.

À ma mère, merci pour tout l'amour transmis, autant pour les personnes que pour la bonne nourriture. Je sais que tu es toujours là en cas de soucis et je t'en remercie humblement.

À mon père, merci pour ton amour et ta soif d'apprentissage qui sont de très bons exemples de vie. Merci pour ton soutien, tes encouragements et la découverte de la systémie.

Aux geschwister, Digdoufesse, Jackum et Mini, la fratrie avec laquelle j'ai grandi et qui m'a tellement appris et m'apprend encore. Merci pour les délires, les conflits et les moments réconfortant que l'on passe tous ensemble.

À mes amis *les chattes*, merci pour vos blagues, vos encouragements, votre présence et pour les moments passés ensembles qui sont des beaux jardins à entretenir.

À toutes les personnes avec qui j'ai eu l'occasion de travailler dans les différents services, merci d'avoir fait équipe avec moi pendant ces moments qui m'ont permis de me former au mieux.

À Katchulette, ma plus fidèle relectrice. Sans toi ce travail ne serait pas ce qu'il est. Merci de m'épauler pendant les moments intenses. Merci pour ta personnalité, tes projets qui galopent dans ton esprit, ta générosité, ta motivation et ta bienveillance. Merci pour l'incroyable famille que l'on est en train de fonder. Je t'aime.

Best team ever.

À Clémence et Hucky, les p'tits bouts d'amour qui font grandir et se dépasser.

## Table des matières

<b>TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....</b>	<b>28</b>
<b>LISTE DES ACRONYMES : .....</b>	<b>29</b>
<b>I- INTRODUCTION .....</b>	<b>31</b>
<b>II- LES FAMILLES DANS L'HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE EN FRANCE .....</b>	<b>33</b>
<b>III- NAISSANCE ET EVOLUTIONS DES THERAPIES FAMILIALES DANS LA PSYCHIATRIE .....</b>	<b>37</b>
A- LA PREMIERE VAGUE .....	38
1) <i>Nathan Ackerman .....</i>	38
2) <i>L'équipe de recherche de Palo Alto .....</i>	39
3) <i>Le Mental Research Institut (MRI).....</i>	42
4) <i>Salvador Minuchin et l'approche structurale .....</i>	43
5) <i>L'approche stratégique.....</i>	46
6) <i>Murray Bowen et la théorie des systèmes familiaux.....</i>	48
7) <i>Carl Whitaker et l'approche symbolique-expérientielle .....</i>	50
8) <i>Virginia Satir.....</i>	52
9) <i>Ivan Böszörményi-Nagy et la thérapie contextuelle .....</i>	54
10) <i>L'école de Milan avec Mara Selvini-Palazzoli.....</i>	57
11) <i>L'école de Rome et Maurizio Andolfi .....</i>	59
12) <i>Les thérapies familiales psychanalytiques.....</i>	60
B- LA DEUXIEME VAGUE DES THERAPIES FAMILIALES .....	62
1) <i>Le constructivisme et le constructionnisme social.....</i>	63
2) <i>L'approche narrative de Michael White .....</i>	64
3) <i>La thérapie brève centrée sur les solutions .....</i>	66
4) <i>Apports de la pratique de réseaux et du féminisme .....</i>	68
C- LA TROISIEME VAGUE .....	71
1) <i>Modèles intégratifs pour l'enfance.....</i>	71
2) <i>Modèles intégratifs pour l'adolescence.....</i>	76



3)	<i>Modèles intégratifs pour les familles</i> .....	83
<b>IV-</b>	<b>PRINCIPES DE BASE DES THERAPIES FAMILIALES SYSTEMIQUES</b> .....	<b>87</b>
A-	LES CONCEPTS D'UN SYSTEME .....	87
B-	LA THEORIE DE LA COMMUNICATION : LES 5 AXIOMES DE PALO ALTO ET LA CAUSALITE CIRCULAIRE .....	89
C-	LES THERAPIES FAMILIALES SYSTEMIQUES EN PRATIQUE .....	91
<b>V-</b>	<b>EFFICACITE DES THERAPIES FAMILIALES</b> .....	<b>96</b>
A-	RECHERCHES ET CLINIQUE .....	96
B-	CRITERES DE QUALITES DES ETUDES .....	98
1)	<i>La définition et l'application du traitement</i> .....	98
2)	<i>La description de l'échantillon</i> .....	99
3)	<i>Les variables mesurées</i> .....	99
4)	<i>L'analyse des données</i> .....	100
5)	<i>Les aspects spécifiques de la rigueur méthodologique</i> .....	100
C-	NIVEAUX DE PREUVE SCIENTIFIQUE .....	102
1)	<i>Traitements iatrogènes</i> .....	102
2)	<i>Les traitements soutenus par des données pré-probantes</i> .....	102
3)	<i>Niveau I : Traitements fondés sur des données probantes</i> .....	103
4)	<i>Niveau II : Traitements ayant des résultats de recherches préliminaires prometteurs</i> .....	103
5)	<i>Niveau III : Traitements fondés sur des preuves</i> .....	104
D-	PREUVES EMPIRIQUES POUR LES THERAPIES DE COUPLE ET DE FAMILLE .....	107
1)	<i>Outils de validation des thérapies de couple et de famille</i> .....	107
2)	<i>Preuves pour les thérapies de couple</i> .....	108
3)	<i>Preuves pour les thérapies de famille</i> .....	109
<b>VI-</b>	<b>LA THERAPIE FAMILIALE EN FRANCE ET EN ALSACE</b> .....	<b>112</b>
A-	EN FRANCE .....	112
B-	EN ALSACE .....	114
1)	<i>Mulhouse (68)</i> .....	116

2)	<i>Rouffach (68)</i> .....	116
3)	<i>Colmar (68)</i> .....	117
4)	<i>Brumath (67)</i> .....	117
5)	<i>Erstein (67)</i> .....	118
6)	<i>Strasbourg (67)</i> .....	119
<b>VII-</b>	<b>ÉTUDE</b> .....	<b>120</b>
A-	PROBLEMATIQUE.....	120
B-	MATERIEL ET METHODES.....	121
1)	<i>Schéma de l'étude</i> .....	121
2)	<i>Population cible</i> .....	121
3)	<i>Questionnaire</i> .....	121
4)	<i>Tests statistiques</i> .....	122
C-	RESULTATS.....	123
1)	<i>Échantillon de l'étude et nombre de réponses</i> .....	123
2)	<i>Analyse descriptive des réponses</i> .....	124
D-	DISCUSSION.....	143
1)	<i>Psychiatres et psychothérapies</i> .....	143
2)	<i>Visibilité des lieux de pratique</i> .....	146
3)	<i>Conceptualisation du suivi et freins évoqués</i> .....	147
4)	<i>Absence de pratique</i> .....	149
5)	<i>La sensibilisation pendant la formation</i> .....	150
6)	<i>Limites</i> .....	150
<b>VIII-</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>152</b>
	<b>ANNEXES</b> .....	<b>155</b>
I-	QUESTIONNAIRE.....	155
II-	AUTRES ORIENTATIONS THERAPEUTIQUES DES PSYCHIATRES REpondANTS.....	167
III-	AUTRES TYPES DE CURSUS UNIVERSITAIRES EVOQUES.....	169

IV-	AUTRES TYPES DE PLACE ACCORDEES AUX FAMILLES.....	171
V-	AUTRES INDICATIONS A DE LA THERAPIE FAMILIALE PROPOSEES.....	173
VI-	AUTRES FREINS A L'ADRESSAGE EN TFS. ....	176
VII-	ORGANISMES DE FORMATION A LA TFS DES REpondANTS S'ESTIMANT FORMES.....	178
VIII-	RAISONS DE L'ABSENCE D'INTERET POUR UNE FORMATION EN TFS .....	180
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>183</b>
	<b>DECLARATION SUR L'HONNEUR.....</b>	<b>190</b>

## Table des figures et des tableaux

Figure 1 : Niveaux de preuve en recherche en thérapie de couple .....	106
Figure 2 : Diagramme de flux.....	123
Figure 3 : Répartition des lieux d'exercices des psychiatres répondants.....	132
Figure 4 : Répartition des types d'orientations thérapeutiques.....	133
Figure 5 : Les sensibilisations à la systémie durant l'internat. ....	134
Figure 6 : Répartition des freins à l'adressage en systémie. ....	135
Figure 7 : Répartition des psychiatres formés à la systémie selon leur lieu d'exercice.....	136
Figure 8 : Les raisons de l'absence d'exercice de la systémie malgré une formation. ....	137
Figure 9 : Impacts d'indication à une TFS selon l'orientation psychothérapeutique. ....	141
Figure 10 : Impacts d'indication à une TFS selon la sensibilisation à la systémie durant l'internat.....	142
Tableau 1 : Critères d'évaluation des essais contrôlés randomisés dans le champ des TCF. ....	101
Tableau 2 : Autres freins à l'adressage en systémie .....	135
Tableau 3 : Disparités dans les types de formations en TFS .....	138

## Liste des Acronymes :

APRTF : Association Parisienne de Recherche et de Travail avec les Familles

ATFP : Association de Thérapie Familiale par Phases

BSFT : Bowen Family Systems Theory / Thérapie Brève Familiale Stratégique

CAMPA : Centre d'Accueil Médico-Psychologique pour Adolescents

CEFA : Centre d'Étude de la Famille – Association

CMP : Centre Médico-Psychologique

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CTB : Centre de Thérapie Brève

DU : Diplôme Universitaire

FFT : Thérapie Familiale Fonctionnelle

INSERM : Institut National de Santé et de la Recherche Médicale

IS3G : Institut Systémique de 3<sup>ème</sup> Génération

ISB : Intervention Systémique Brève

ISFM : Institut Suisse pour la Formation Médicale

MDA : Maison Des Adolescents

MDFT : Thérapie Familiale Multidimensionnelle

MRI : Mental Research Institut

MST : Thérapie Multi Systémique

RESCIF : Recherches et d'Études Systémique sur les Communications Institutionnelles et Familiales

SFTF : Société Française de Thérapie Familiale

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TCF : Thérapie de Couple et de Famille

TFS : Thérapie Familiale Systémique

TMF : Thérapie Multi Familiale

UCREF : Unité de Consultation, de Recherche et d'Étude de la Famille

## I- Introduction

Les psychothérapies occupent une place importante dans le traitement des patients bénéficiant de soins en santé mentale. Elles sont complémentées par un traitement pharmacologique lors de troubles sévères, et s'utilisent seules dans d'autres circonstances (troubles moins sévères ou certains troubles de la personnalité)(1). Les psychiatres jouent un rôle crucial dans la coordination des soins des patients. Ainsi ces professionnels de santé sont tenus d'avoir une connaissance globale des différents types de psychothérapies et se doivent d'être formés à certaines(2). Or, en France, de par le décret du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute(3), les psychiatres accèdent à cette fonction sans autre formation obligatoire que celle dispensée à l'université pendant leur internat. Pourtant, d'après une enquête nationale en 2010 auprès des internes en psychiatrie, ces derniers jugent la formation universitaire en psychothérapie insuffisante (4,5).

D'après un rapport de l'Institut National de Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) de 2004(1), les thérapies systémiques de couple et de famille font parties des trois principales approches psychothérapeutiques en France. Elles ont toutefois la particularité de se dérouler avec plusieurs individus. Or dans les institutions tout comme dans les budgets alloués à la recherche, les traitements individuels restent la norme(6). De plus, le schéma de déduction diagnostic en thérapie systémique, la causalité circulaire, est différent de celui présenté dans les études médicales et la plupart des autres psychothérapies (causalité linéaire), ce qui en fait une thérapie à part.

Bien qu'encore peu connue du grand public et des professionnels de santé, la thérapie systémique a pourtant fait ses preuves dans de nombreux domaines.

La première partie de ce travail s'intéressera à l'évolution de cette psychothérapie de sa naissance à son état actuel, en précisant les preuves scientifiques mises en avant.

La deuxième partie présentera les résultats d'une étude quantitative réalisée auprès des psychiatres Alsaciens du 24 novembre 2020 au 11 janvier 2021, avec comme objectif principal d'établir un état des lieux sur la connaissance actuelle des psychiatres alsaciens quant à la thérapie familiale systémique.



## II- Les familles dans l'histoire de la psychiatrie en France

Pendant l'Antiquité, la maladie mentale était, comme les pathologies somatiques, considérée comme une punition divine d'un point de vue hébraïque et comme un déséquilibre des humeurs d'un point de vue gréco-romain(7). Ces deux dogmes déterminaient la médecine médiévale européenne. L'objectif de soins concernant uniquement le patient, la famille était peu prise en compte.

Durant le Moyen-Âge, l'absence de progrès scientifiques entraîna un renforcement des croyances religieuses. La folie, signe de possession démoniaque ou de péchés, se guérissait par exorcismes et pèlerinages. La plupart des patients étaient contraints au vagabondage ou se voyaient enfermés dans des cachots lorsqu'il était question de « fous furieux ». Pendant cette longue période, le malade mental fut isolé et rejeté par sa famille. Des institutions charitables ont néanmoins vu le jour pour accueillir certains vagabonds mais sans traitement médical spécifique(7).

Dès à la fin du Moyen-Âge, le monde de la psychiatrie fut marqué par l'Inquisition. Celle-ci condamnait les fous et les hérétiques au bûcher. Puis au début de la Renaissance, on observa une évolution de la pensée, la maladie mentale commença peu à peu à être considérée comme une maladie naturelle en opposition aux pratiques inquisitrices(7). Les patients étaient alors placés dans des hospices. La problématique ne concernant que l'individu, la famille se tenait toujours à la marge de la prise en charge.

Un changement majeur de paradigme se produisit suite à la nomination du Dr Philippe Pinel en 1793 à l'hôpital de Bicêtre, celui de la notion d'aliénation mentale(8). En effet, Pinel commença à lister et décrire différents types de troubles mentaux. Cette vision venant remplacer l'idée dominante de folie de l'époque ; ce fut le début complexe de la psychiatrie.

Puis, au début du 19ème siècle, le « Traitement moral » élaboré par P. Pinel, vint faire office de substitution des familles pour ces patients internés, coupés de liens extérieurs, et posa les prémices des méthodes psychothérapeutiques. Pinel prêtait toutefois une attention à la famille de l'aliéné en l'associant parfois au traitement ou au « retour à domicile ».

Dans la continuité du travail descriptif du Dr Pinel, Jean-Etienne Esquirol ainsi que Jean-Pierre Falret poursuivirent la classification des maladies mentales.

À cette époque, l'aliénation mentale laissa place à la maladie mentale qui fut considérée comme : « une maladie cérébrale donc somatique, qui peut être influencée de manière négative par le contexte familial et de manière positive par des professionnels complètement étrangers à la famille »(8). De ce fait, bien que des informations concernant la famille aient été recueillies lors de l'arrivée du malade, un éloignement familial s'opérait rapidement et durablement.

Fin du 19ème siècle, un autre changement important de paradigme s'effectua lorsque le terme « psychothérapie », tiré du grec, *psychè* et *therapeia*, et signifiant « traitement médical de l'âme », fit son apparition dans la langue française. Quelques années après, Sigmund Freud, donnait naissance à la psychanalyse ; le temps des psychothérapies reconnues commençait.

Nous arrivions donc à une époque lors de laquelle l'arrivée des psychothérapies et la reconnaissance des troubles mentaux comme maladie, et non plus comme une damnation ou une tare, permettaient de considérer les patients comme pouvant guérir. Le rôle des symptômes était interprétable et, en trouvant leurs significations, les patients pouvaient se rétablir. L'internement était mis en place uniquement lors de situation de crise, le patient restant généralement au sein de son milieu de vie ; sa famille.

Or, même si la psychothérapie individuelle libérait la parole au sein du cabinet, l'intérêt pour la famille resta longtemps entravé par le tabou culturel dominant consistant à considérer les affaires familiales comme devant rester de l'ordre du privé(9).

Au début du XXème siècle, l'évolution des pratiques en psychothérapie analytique individuelle (Falret, Ferenczi, Freud, Laforgue...) et les travaux de recherches sur l'attachement (Bowlby) ont conduit les thérapeutes à envisager l'idée d'une pathologie familiale et à explorer la famille(7,8). Cette exploration se fit d'abord à travers les dires des patients, non sans biais de subjectivité, puis en invitant progressivement les membres d'une même famille pour les intégrer au dispositif de soins.

Les conjoints et les familles se voyaient ainsi attribuer une place plus importante dans la prise en charge en santé mentale des patients.

La place des familles de patients au cours de l'évolution de la psychiatrie a subi de nombreuses variations, passant de la périphérie à une plus grande implication. Récemment, plusieurs travaux de recherches se sont d'avantage penchés sur les compétences des membres de la famille et les impacts que la famille pouvait avoir sur

la vie des patients. Nous approfondirons ce point dans le chapitre sur l'histoire des thérapies familiales.

### III- Naissance et évolutions des thérapies familiales dans la psychiatrie

La naissance des thérapies familiales se situe essentiellement aux États-Unis vers les années 1950-1960. Elles se sont ensuite développées dans de multiples lieux et de façon assez simultanée.

Leur apparition fut favorisée par un contexte dans lequel les psychothérapeutes constataient(9) :

- l'importance de la famille dans le discours du patient avec la description d'interactions dysfonctionnelles.
- les tentatives d'interférence de certains membres de la famille dans les prises en charge, en particulier lorsqu'il s'agissait d'enfants et d'adolescents.
- la circulation des symptômes dans le groupe familial : lorsque l'état d'un patient s'améliorait, on pouvait parfois observer l'apparition de symptômes dans la fratrie ou chez le conjoint.

Ces thérapies ont la particularité d'avoir comme base des disciplines aussi diverses que variées, telles que la psychanalyse, l'éthologie, l'anthropologie, la biologie, la physiologie, et la sociologie. Leurs points communs étant de proposer un cadre de travail multipersonnes et de viser spécifiquement des dimensions relationnelles de la vie psychique des individus(6).

Nous aborderons dans les prochains paragraphes les trois grandes vagues de développement des thérapies familiales et leurs principaux fondateurs.

## A- La première vague

Elle a la particularité de comporter de nombreux pionniers ayant développé des approches personnelles de thérapie familiale, avec parfois des traits similaires.

### 1) Nathan Ackerman

L'un des premiers thérapeutes des familles identifié fut le psychiatre psychanalyste Nathan Ackerman aux États-Unis.

Dès 1937, ce praticien publiait l'article « The Family as a Social and Emotional Unit » dans lequel, à la suite de son travail avec les familles à la Child Guidance Clinic au Kansas, il déduisit l'importance des interactions intra-familiale et le potentiel salutogène des membres d'une même famille. Il y définissait la famille comme « l'unité universelle du vivre pour les humains : unité d'apprentissage et d'acquisition d'expérience, du succès et de l'échec, mais aussi de la santé et de la maladie »(9).

En 1958, il écrivit « The Psychodynamics of Family Process », premier ouvrage consacré à la thérapie familiale.

Il fut, en 1962, l'un des fondateurs, avec Don Jackson et Jay Haley de la revue « Family Process » : une revue universitaire trimestrielle couvrant la recherche sur les problèmes du système familial, dont la publication est toujours d'actualité à ce jour.

Psychanalyste de formation, ses références aux concepts psychodynamiques se retrouvaient dans son approche auprès des familles. Il était considéré comme le père des thérapies familiales d'orientation psychanalytique. Il échangea néanmoins énormément avec l'équipe de Palo Alto, qui représentait l'origine de la branche systémique de la thérapie familiale.

## 2) L'équipe de recherche de Palo Alto

L'école de Palo Alto tire son nom de la ville éponyme de l'état de Californie. Cette école, fut fondée en 1952, entre autres, par Gregory Bateson, chercheur anthropologue.

A cette époque, ce chercheur était influencé par la **cybernétique** : théorie de l'information, de la communication et des systèmes applicables aux différentes sciences. Son objectif était d'appliquer cette théorie au système familial afin d'étudier la communication dans les familles et ses applications en psychopathologie.

Comme le rappelle M. Elkaïm dans son ouvrage « Panorama des thérapies familiales »(10), G. Bateson s'inspirait également de la **théorie générale des systèmes**, décrite par Ludwig von Bertalanffy. Ce dernier définissait un système comme un assemblage d'éléments fonctionnant de manière unitaire et en interaction permanente.

La théorie générale des systèmes relie la fonction au contexte. Dans cette théorie, les processus que sont les rétroactions négatives visent à ramener à la norme certains

éléments d'un système. L'analogie réalisée par les thérapeutes familiaux est la suivante : les familles correspondent à des systèmes ouverts en état d'équilibre et les symptômes des rétroactions négatives.

Lorsqu'un déséquilibre est présent au sein de la famille, les patients développent des symptômes dans le but d'un retour à l'équilibre d'un système familial trop rigide pour accepter un changement.

Bateson considérait la famille comme un groupe formant une unité sociale émotionnelle et ayant des modes spécifiques de communication. De plus, sa formation d'anthropologue orientait sa pratique face à un patient : il ne cherchait pas à définir sa pathologie mais à comprendre dans quel contexte un tel comportement ferait sens.

Dans le but d'approfondir ses recherches, G. Bateson perçut un financement lui permettant de réunir une équipe éclectique à Palo Alto pour le projet intitulé « l'Étude du rôle des paradoxes de l'abstraction dans la communication », dont les membres étaient :

-Jay Haley, étudiant en communication,

-Donald deAvila Jackson (souvent nommé Don D. Jackson), psychiatre, et

-John Weakland, ingénieur chimiste reconverti à l'anthropologie, ancien élève de Bateson.

Cette première équipe de Palo Alto donna naissance à la thérapie familiale systémique. Jay Haley et John Weakland furent grandement influencés par les travaux d'un psychiatre hypnothérapeute renommé, Milton Erickson, dont ils utilisèrent certains outils pour enrichir leurs théories.



L'équipe étudiait dans un premier temps les processus de communication au sein des familles de patients atteints de schizophrénie ou dépendants à l'alcool. À force d'observations cliniques et de réflexions théoriques, ils élaborèrent le concept du *double bind* (traduit en français par *double lien* ou *double contrainte*) : première explication d'un trouble mental, la schizophrénie, par la perturbation d'un phénomène interpersonnel familial. Leur article « Toward a theory of schizophrenia » parut en 1956, décrivait une perturbation particulière de la communication dans laquelle le patient se trouvait face à deux demandes contradictoires (des injonctions dites primaire et secondaire) : phénomène appelé la double contrainte.

Il s'agissait de l'effet produit par un message paradoxal, composé d'informations à la fois antinomiques et appartenant à deux niveaux d'abstraction différents. Le contexte relationnel dans lequel le message était émis participait également à cet effet : il devait s'agir d'une relation importante pour le sujet recevant le message paradoxal, souvent une relation affective. Par exemple, si un membre d'un couple émettait le souhait que l'autre lui donne davantage de marques d'affection, mais de manière spontanée, celui-ci ne pouvait répondre à cette demande, car s'il s'exécutait, ce ne sera pas spontané, et s'il ne le faisait pas la situation resterait inchangée. L'injonction tertiaire sous-jacente constituant le réel processus pathologique étant qu'il était « interdit » de dire l'impossibilité dans laquelle le patient se trouvait, donc de « métacommuniquer » : de communiquer au sujet de la communication. Dans l'exemple précédent, le fait de dire que la demande était impossible risquait d'être interprété comme une remise en cause de la relation.

L'équipe de Palo Alto avait tout d'abord postulé que le lien familial paradoxal créé par la répétition de ce type de message pourrait conforter l'apparition de la schizophrénie chez un membre de la famille. Cette vision causaliste fut ensuite revue et fortement nuancée par les auteurs eux-mêmes.

Néanmoins, cet article fit date, car il permit de considérer la maladie mentale comme un trouble de la communication au sein de la famille et non plus comme la conséquence d'un désordre mental. Ce postulat permit de replacer l'individu dans son contexte de vie.

### 3) Le Mental Research Institut (MRI)

Le succès de l'article de 1956 permit d'autres financements dans le cadre de soins apportés aux personnes souffrant de schizophrénie. Or Bateson, s'intéressant surtout aux questions de communication, resta à l'écart d'un deuxième groupe de Palo Alto mis en place par Don Jackson : le Mental Research Institut (MRI) en 1959.

Ce deuxième groupe, tout aussi hétéroclite que le premier était composé en plus de Don Jackson de :

- Virginia Satir, assistante sociale américaine ayant une longue expérience avec les familles,
- Paul Watzlawick, philosophe, linguiste, sociologue et psychanalyste, originaire d'Autriche.

Jay Haley rejoignit le MRI après le départ de Gregory Bateson de Palo Alto en 1962. Il y apporta entre autres les résultats des travaux de Milton Erickson.

Le MRI était avant tout un centre de consultation psychothérapeutique ; ce fut le passage de la théorie (Palo Alto) à la mise en pratique et l'élaboration de nouvelles techniques. La vision systémique impliquait que le porteur du symptôme (le patient dit « désigné ») n'était plus l'objet de la thérapie, mais bien le système de relation de la cellule familiale qui en constituait le cœur. L'observation poussée devint l'un des éléments fondamentaux pour discerner les interactions interpersonnelles et l'enregistrement vidéo vint naturellement permettre de mieux les déceler. Le rôle du thérapeute passa de l'écoute bienveillante à l'attitude interventionniste avec la prescription de tâches comportementales pour impulser un changement.

Par la suite, P. Watzlawick et J. Weakland, accompagnés de Richard Fish (un psychiatre de New-York) et de Arthur Bodin (un jeune psychologue) mirent en place le Centre de Thérapie Brève (CTB) au sein du MRI en 1967.

Dans cette même année parut un ouvrage reprenant les approches systémiques : « Pragmatics of human communication » (de Watzlawick, Helmick Beavin et Jackson) où l'on retrouvait les principaux axiomes de la communication (Cf partie IV).

#### 4) Salvador Minuchin et l'approche structurale

Salvador Minuchin, psychiatre d'origine argentine, se forma à la pédopsychiatrie auprès de Nathan Ackerman après son immigration au États-Unis en 1954.

Quelques années après, il exerça dans un internat accueillant des enfants venant des ghettos les plus défavorisés de New-York, ce qui eut un impact sur le développement de son approche.

À partir de 1965, il prit la direction de la Child Guidance Clinic à Philadelphie, où il continua sa riche expérience professionnelle avec des familles démunies.

Avec son collaborateur Braulio Montalvo, ils mirent en place un centre modèle de thérapie familiale dans lequel Jay Haley était régulièrement invité pour la mise au point de nouvelles orientations cliniques.

En 1974, S. Minuchin décrivit dans un ouvrage sa théorie qu'il intitula la thérapie structurale. Cette dernière, plutôt que de se centrer sur l'approche individuelle, avait une conception familiale, était adaptée aux milieux défavorisés et faisait appel à l'action et à des techniques concrètes, correspondant aux habitudes de fonctionnement de la population ciblée.

Le modèle de thérapie de S. Minuchin comprend quatre concepts qui en constituent le fondement :

- La structure* : canevas préorganisé dans lequel les interactions familiales s'inscrivent.
- Les règles* : implicites, elles structurent les échanges dans la famille en rendant certaines interactions superficielles tandis que d'autres sont incontournables. Comme par exemple qui prend les décisions importantes.
- Les sous-systèmes* : déterminés par la génération, le sexe, l'intérêt ou même la nature des tâches à accomplir. Ils peuvent correspondre à un individu, une dyade (le couple), ou plusieurs membres (la fratrie).

-*Les frontières* : définies comme rigides, claires, ou diffuses, elles servent à délimiter les sous-systèmes. Ainsi, une frontière diffuse entre les sous-systèmes parents et enfants aura comme risques la disparition du sous-système du couple ainsi que la parentification de certains enfants.

Selon ce modèle, chaque famille peut ainsi être située sur un axe allant de l'enchevêtrement au désengagement. Dans le cas de familles dites enchevêtrées, les caractéristiques sont : une grande porosité des frontières, une absence d'individuation, et un partage des affects à l'excès. Tandis que dans le cas de familles très désengagées, les frontières sont décrites comme totalement rigides, entraînant une absence de sentiment d'appartenance à un groupe et une impossibilité de demande d'aide ou de soutien d'un sujet à l'autre.

Pour Salvador Minuchin le moment d'apparition des symptômes correspond à des phases critiques du cycle de la vie familiale (naissance, décès, séparation, départ d'un jeune du foyer...) où les individus n'ont pas réussi à s'adapter, rendant instable le système familial. Or, de par la tendance naturelle de tout système à l'équilibre (théorie générale des systèmes), des changements sont nécessaires pour un retour à un état stable. Mais les capacités d'adaptation au changement sont faibles à la fois dans les familles enchevêtrées et dans les familles désengagées, entraînant l'apparition de symptômes rigides.

L'objectif est alors d'aider la famille à se restructurer pour offrir à chaque membre un sentiment d'appartenance tout en permettant une différenciation de chacun.

Minuchin décrit 3 étapes permettant aux thérapeutes de venir en aide à la famille :

-l'affiliation active à la famille, pour une bonne alliance thérapeutique, nécessitant une empathie adaptée de la part des thérapeutes.

-l'évaluation de la structure familiale, grâce aux co-thérapeutes et à la vidéo.

-la restructuration à proprement parler, permettant à la famille de tester de nouvelles expériences structurales inédites, l'autorisant à évoluer.

La méthode structurale de Salvador Minuchin est avant tout à considérer comme une méthode de repère pour les thérapeutes nécessitant de l'ingéniosité et de l'adaptabilité chez ces derniers. L'objectif étant d'aider les familles à aller là où elles souhaitent et non pas de les faire adhérer à une quelconque norme.

## 5) L'approche stratégique

Clairement définie par Cloé Madanes et Jay Haley au sein de leur institut fondé au milieu des années soixante-dix à Washington, la thérapie stratégique trouve ses fondements dans le travail de Milton Erickson et chez Gregory Bateson. Ces théoriciens, chercheurs et cliniciens ont fini par donner naissance à ce modèle pragmatique tourné vers l'intervention clinique. Cette approche est l'une des plus influentes au sein de la communauté des psychothérapeutes familiaux.

Elle est fondée sur deux principes :

-Tenter de comprendre ce qui **entretient le problème**. La question ici n'est pas de connaître l'origine du problème, car, comme le rappelle Jay Haley : « ce sont des

interactions sociales présentes, et non un passé enfoui, qui entretiennent les symptômes »(10). Point de vue sur lequel Bateson et Erickson sont tombés d'accord.

-Comprendre ce qui a **amené au changement**.

Dans cette approche, les thérapeutes doivent œuvrer de façon active, directive et avec habileté, en faisant preuve d'initiatives, tout en étant chaleureux et respectueux. Il est également important de travailler avec la vision du monde des patients, permettant un changement plus adapté, que de tenter d'apporter des concepts trop étrangers.

Ici, la résistance à la thérapie est considérée comme le résultat d'erreurs commises par le thérapeute.

Le processus thérapeutique, à adapter à chaque situation, comprend trois phases décrites par Haley(10) :

*-La phase de préparation et de coopération* : lors de laquelle le thérapeute crée une alliance avec la famille et lui redonne confiance en ses capacités à la résolution de problèmes par le biais de tâches facilement réalisables à domicile. La description complète et détaillée du problème y est aussi recherchée et des interventions préparatoires sont développées pour se prédisposer au changement.

*-La phase de résolution du problème* : où l'objectif est de s'attaquer au problème en question par des directives (implicites ou explicites) définissant des tâches dont les difficultés à être réalisées serviront à mieux cerner le problème. Le thérapeute prendra garde de ne pas donner d'espoir irréaliste de changement instantané.

*-La phase de consolidation* : comprenant l'explication de la réussite, faite avec les concepts des patients pour une meilleure assimilation, afin de faire face à d'autres difficultés futures. Cette phase comprend aussi généralement la prédiction d'une rechute par le thérapeute amenant les patients à réfléchir à des stratégies en cas de réalisation de la prédiction ou à s'opposer à cette dernière en entretenant le changement.

L'approche stratégique est une thérapie brève, d'environ dix séances, centrée sur le problème. Les phases du cycle de la vie familiale doivent être prises en compte, car les symptômes présentés relèvent souvent de la difficulté à franchir l'une d'elles. Quatre variables fondamentales sont mises en avant pour la lecture du problème amené par les patients : la protection, l'unité, la séquence et la hiérarchie. Elles permettent une lecture systémique des relations familiales et aident le thérapeute à cibler le problème.

## 6) Murray Bowen et la théorie des systèmes familiaux

Murray Bowen est un psychiatre psychanalyste américain ayant travaillé sur la côte Est des États-Unis auprès de patients psychotiques. Insatisfait de ses résultats thérapeutiques auprès de cette population de patients, il commence à voir les familles de ces derniers dès les années 1950, en commençant par inclure les mères. Cette pratique, très déroutante à l'époque, lui coûtera d'ailleurs son poste à l'Institut National de Santé Mentale de Washington DC en 1956.

Il développe sa propre théorie des systèmes familiaux (BSFT pour Bowen Family Systems Theory) dans laquelle il expose l'idée que la famille correspond à une **unité**



**émotionnelle** à voir comme un système avec des individus s'influencent entre eux par leur fonctionnement en son sein. Pour lui, le symptôme correspond à la résultante d'une gêne fonctionnelle d'une unité émotionnelle, indiquant les efforts de cette dernière pour restaurer sa viabilité.

Selon Bowen, deux variables influencent majoritairement le système émotionnel humain : la différenciation du soi et l'angoisse.

L'angoisse, correspondant à la peur d'une menace réelle ou imaginaire, aiguë ou chronique, entraînerait une gamme de manifestations psychophysiologiques de durée limitée et d'intensité variable. Certaines familles, présentant des angoisses chroniques de niveau élevé, auraient comme seuls types d'échanges des interactions émotionnelles et impulsives. Alors qu'un individu ayant peu d'angoisses et d'un niveau faible serait capable d'interactions réfléchies sans se laisser déborder émotionnellement.

Ces fortes angoisses chroniques au sein d'une unité émotionnelle ne permettraient pas la différenciation du soi de chacun des individus qui la compose et se transmettraient entre générations. Or la différenciation du soi serait l'équivalent d'une autonomie psychologique et affective permettant de faire face aux différentes situations de vie.

Bowen a étoffé sa théorie des systèmes familiaux de différents principes fondamentaux et a été le précurseur d'un outil devenu incontournable en systémie : **le génogramme**.

Ce dernier est un arbre généalogique sur, en principe, trois générations dans lequel sont repris les ententes actuelles, les similitudes, les résonances de situation entre celle de la famille actuelle et les générations antérieures, ainsi que la transmission de charges émotionnelles. L'objectif étant la mise en évidence de la répétition de patterns familiaux dysfonctionnels.

## 7) Carl Whitaker et l'approche symbolique-expérientielle

Carl Whitaker, qui était initialement médecin gynécologue obstétricien, devint psychiatre en 1940. Il était originaire de l'État de New York, puis vint enseigner à Louisville, dans le Kentucky, avant de devenir professeur et président du département de psychiatrie du collège de médecine de l'université d'Emory, en Géorgie, en 1946.

Par la suite, en 1965, après dix années de pratiques privées, il devint professeur de psychiatrie à l'école de médecine de l'université du Wisconsin. Ce fut à partir de ce moment-là qu'il pratiqua de plus en plus de thérapie familiale.

Dans un ouvrage qu'il coécrivit avec Thomas P. Malone en 1953 (*The Roots of Psychotherapy*), il emploie le terme de « thérapie expérientielle », dont le fondement majeur est le suivant : **la croissance de l'individu surgit au décours de l'expérience émotionnelle**. L'émotion est donc au cœur de cette approche. Le thérapeute servant uniquement de catalyseur au processus de changement.

L'autre pan important de la théorie de Whitaker est l'aspect **symbolique**, permettant de véhiculer des significations que les mots seuls ne peuvent transmettre.

L'objectif de la thérapie étant d'aider la famille à trouver ses ressources pour reprendre son développement rigidifié par des symptômes.

Dans cette approche, qualifiée d'anti-école par excellence dans le milieu de la psychothérapie, le thérapeute joue un rôle clé en raison de sa personnalité, sa créativité et sa capacité d'innovation. En effet, Whitaker s'investit émotionnellement auprès de la famille et la provoque dans son monde de représentation symbolique. Ces démarches ne peuvent s'effectuer qu'avec une bonne alliance initiale entre la famille et le thérapeute

ainsi qu'un travail en équipe avec un cothérapeute, comme Carl Whitaker aimait le rappeler.

Whitaker et ses collaborateurs ont, en 1982, défini quatre étapes de leur thérapie symbolique-expérientielle :

*-La bataille pour la structure* : lors de laquelle le thérapeute impose son cadre de travail à la famille (qui est présent et à quelle fréquence), tout en montrant clairement qu'il n'entend pas se faire coopter par la famille dans son fonctionnement.

*-La bataille pour l'initiative* : moment où le thérapeute redonne l'initiative à la famille, en adoptant une attitude de retrait pour introduire une confusion menant à l'investissement expérientiel.

*-L'épreuve du travail* : lors de laquelle le thérapeute sert de catalyseur en confrontant la famille et en amplifiant certaines divergences. Phase délicate nécessitant une très bonne alliance car la déstabilisation de la famille sera au cœur de cette étape. Ici le thérapeute se montre engagé et sincère tout en pouvant provoquer la famille l'obligeant à vivre de nouvelles expériences émotionnelles et à revoir son monde symbolique.

*-La fin de la thérapie* : où le thérapeute après avoir perçu la résolution des principaux problèmes par la famille, se retire progressivement afin de privilégier l'autonomie de cette dernière. Le thérapeute rappelle à la famille qu'il n'appartient pas à son système et laisse la famille continuer son propre chemin.

Dans cette approche, la supervision individuelle ou de groupe est essentielle afin que le thérapeute puisse développer sa capacité d'innovation.

De plus, Whitaker décrit un outil intitulé une « consultation en séance »(10). Il s'agit d'une unique intervention d'un consultant extérieur pendant une séance familiale lorsque l'équipe thérapeutique se trouve dans une impasse. Ce dernier vient, après analyse des obstacles au processus thérapeutique, activer un stress permettant une redynamisation du système formé par le thérapeute et la famille.

Bien que Whitaker n'ait pas eu comme intention de créer une nouvelle école de psychothérapie, son ouvrage coédité avec Augustus Napier, *Le creuset familial* en 1978, l'a fait connaître en dehors du cercle des thérapeutes familiaux et a inspiré plusieurs écoles, dont celle de Rome.

L'approche symbolique-expérientielle peut se résumer correctement par l'aphorisme que l'on doit à Alfred Korzybski, « la carte n'est pas le territoire ». Seule l'expérience vécue permet d'apprendre cette théorie et de dépasser des problématiques familiales.

## 8) Virginia Satir

Née en 1916 dans un milieu rural des États-Unis, aînée d'une fratrie de cinq enfants et ayant dû s'occuper de sa mère fréquemment malade, Virginia Satir développe dès le plus jeune âge une sensibilité pour le rôle parental. Cette dernière l'oriente vers l'obtention d'un diplôme d'éducateur à l'université du Wisconsin dans les années 1940. Puis, après ses études d'assistante sociale à Chicago, elle endosse le statut de

psychothérapeute dès 1951 et s'installe en Californie en 1959 où elle fonde le MRI au côté de Don D. Jackson.

Plus tard, Satir sera successivement directrice d'un institut de formation psychothérapeutique puis créatrice de deux réseaux de thérapeutes pour de plus amples collaborations.

Dans son approche, Virginia Satir met l'accent sur la certitude qu'un changement est possible et sur la valeur intrinsèque à l'être humain, celle d'être plein de ressources parfois insoupçonnées.

De plus, elle considère les familles comme des systèmes ayant des frontières fermées ou ouvertes selon les circonstances.

Selon elle, la capacité principale des émotions serait de pouvoir ouvrir des frontières fermées rendant possible l'absorption de nouvelles informations et le changement organisationnel du système. Ce processus émotionnel serait à stimuler lors des séances en explorant les différents niveaux de l'expérience humaine par des questionnements sur les ressentis émotionnels et par la mise en situation à l'aide de « jeux de rôles », « sculptures » et autres techniques de mise en scène.

L'approche de Virginia Satir, assez proche de celle de Carl Whitaker, se centre donc sur l'expérimentation en séance de différentes situations avec un retour sur le ressenti émotionnel afin de créer du changement.

Elle compare les problématiques individuelles, de couples ou familiales à une soupe trop salée, au niveau de laquelle enlever du sel serait impossible, mais où la solution viendrait d'un apport de nouveaux ingrédients pour transformer le plat en délicieux

repas. L'apport de nouveauté par un **vécu émotionnel** en séance servirait davantage que de se centrer uniquement sur le problème.

Pour Satir, l'humain, en étant indulgent avec lui-même et en reconnaissant son bon fond intrinsèque, serait à même de développer une maturité permettant une bonne communication avec lui-même et avec les individus des systèmes dont il fait partie. Cette maturité, en lien avec la valeur personnelle que chaque personne se donne à elle-même, synonyme de confiance en soi, serait essentielle à développer au sein de la thérapie pour entraîner une meilleure interaction entre les individus de la famille.

Virginia Satir créera deux groupes pédagogiques qu'elle considérera capables de transmettre sa théorie et ses pratiques auprès d'autres thérapeutes afin que son travail perdure au-delà de sa seule personne. Le fond de son approche est un changement de l'individu et de la famille, mais aussi de la société et du monde en développant un contexte propice à ce que les personnes et les sociétés deviennent plus humaines.

#### 9) Ivan Böszörményi-Nagy et la thérapie contextuelle

Né en Hongrie en 1920, Ivan Boszormenyi-Nagy y devient psychiatre avant d'émigrer aux États-Unis dans les années 1950. Il travaille à Chicago puis à Philadelphie auprès de patients psychotiques. Directeur d'une unité de recherche en santé mentale en Pennsylvanie, il rebaptise rapidement son service en « département de psychothérapie familiale ».

Lieu de recherches et de publications dans le domaine de la thérapie familiale, ce département est aussi un centre de formation de nombreux thérapeutes européens qui exportent son approche en Europe.

L'approche de Boszormenyi-Nagy ne se situe ni dans le champ analytique ni dans le champ des thérapies systémiques, mais dans un nouveau courant créé par lui-même : la thérapie contextuelle.

L'objectif principal de cette approche est de mobiliser les ressources relationnelles autour de l'individu pour lui permettre de faire face à toutes sortes de troubles de santé mentale ou somatiques, le tout lui donnant accès à une autonomie individuelle.

Les bases de la thérapie contextuelle sont :

**-l'individu ne se définit que par rapport à l'autre**, donc dans une relation d'interdépendance comprenant des besoins de reconnaissance, des mécanismes de rétroaction, et surtout des rapports d'obligation spécifiques.

**-l'éthique relationnelle** impliquant quatre types d'échanges entre individus : dons, réceptions, rendus et demandes qui nécessitent d'être équilibrés pour une relation de confiance évolutive.

**-le contexte** : totalité des individus se situant dans la relation qu'ils soient vivants, décédés ou à venir, proches ou éloignés, et se trouvant dans un rapport d'obligation ou d'attente ou dont les actes ont un impact sur l'autre.

-les concepts de **légitimités constructive et destructrice (11)**. Cette dernière correspond à l'attente d'un individu, lésé dans une relation antérieure, d'un processus réparateur, mais au sein d'une autre relation. Le « bon droit » de se venger sur une personne innocente après avoir subi une injustice relationnelle. Ce phénomène peut entraîner la parentification d'un enfant qui n'est pas en mesure de se positionner face aux attentes qu'aurait un parent par rapport à une relation antérieure, et qui est prêt à tout pour réparer les injustices subies par son parent, quitte à faire passer les besoins de ce dernier avant les siens.

La légitimité constructive quant à elle équivaut à une auto-valorisation gagnée par l'intermédiaire d'autrui en lui donnant quelque chose.

-la **partialité multidirectionnelle**, technique active du thérapeute dans le but de donner la parole à chaque individu de façon séquentielle en l'invitant à se positionner par rapport à ses attentes, ses besoins, ce qu'il a donné ou aurait voulu donner, permettant à chaque membre de définir sa position.

-les **quatre dimensions de la réalité relationnelle** :

- *La dimension des faits réels* : atouts ou handicaps concrets présents influençant les relations interpersonnelles (sexe, salaire, histoire de vie, troubles de santé, etc...) nommés et pris en compte par le thérapeute.
- *La psychologie individuelle* : des participants à la thérapie et leurs capacités d'introspection, d'analyse et de compréhension auxquelles le clinicien doit se montrer attentif.



- *La dimension transactionnelle* : correspondant à la prise en compte des lois systémiques.
- *La dimension de l'éthique relationnelle* : spécifique à la thérapie contextuelle et posant la question des dons, des reçus, des rendus et des demandes au sein du système.

Avec cette approche, Ivan Boszormenyi-Nagy cherche à mobiliser les ressources relationnelles permettant à chacun d'atteindre une autonomie réelle en prenant en compte la dimension éthique des relations interindividuelles. La thérapie contextuelle permet l'ouverture de nouvelles perspectives en thérapie individuelle et familiale.

#### 10) L'école de Milan avec Mara Selvini-Palazzoli

En Italie, la thérapie familiale fait son apparition en 1967 avec la création par Mara Selvini-Palazzoli (psychiatre, « psychanalyste apostat ») du Centro per lo Studio della Famiglia (Centre pour l'étude de la famille) à Milan.

Accompagnée par une première équipe de psychiatres-psychanalystes dont Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin et Giuliana Prata, elle développe dans un premier temps une vision puriste (« rigide de l'orthodoxie systémique ») comme elle le précise dans *Panorama des thérapie familiales(10)* de la thérapie familiale sur les écrits des thérapeutes de Palo Alto.

Dans un ouvrage paru en 1975, « Paradoxe et Contre-paradoxe », Mara Selvini et son équipe décrivent la prise en charge de nombreuses familles et leurs méthodes thérapeutiques (la *connotation positive*, les *rituels familiaux*, le *long intervalle entre les séances* et le *recadrage paradoxal*).

En 1979, l'équipe de Mara Selvini se scinde, et cette dernière en fonde une nouvelle avec Giuliana Prata dans un premier temps puis avec d'autres psychologues (Stefano Cirillo, Anna Maria Sorrentino et Matteo Selvini) par la suite pour poursuivre leurs recherches avec les familles, notamment de patients atteints de troubles psychotiques. Cette nouvelle équipe écrit l'ouvrage « Les Jeux psychotiques dans la famille » en 1987, où, dans la lignée de Bateson, elle décrit plus en détails les difficultés récurrentes des familles de patients psychotiques à métacommuniquer. De plus, elle met l'accent sur le déplacement des problèmes de couple parental sur les enfants et les différents patterns relationnels.

Fidèle à sa rigueur scientifique, Mara Selvini Palazzoli s'autocritique et n'hésite pas à remettre en question ses théories pour en développer d'autres selon les nouvelles découvertes faites avec son équipe. Le travail novateur avec les sous-groupes de la fratrie et des familles d'origines en fait d'ailleurs partie.

## 11) L'école de Rome et Maurizio Andolfi

En conséquence du rayonnement de l'école de Milan, Maurizio Andolfi (pédopsychiatre) crée l'Institut de thérapie familiale de Rome, en 1975, après 3 années passées aux États-Unis auprès des pionniers comme Ackermann, Bowen et Haley.

L'école de Rome est, elle aussi, de formation très systémique. Maurizio Andolfi, tout comme ces prédécesseurs, replace le trouble mental dans une perspective d'évolution de la famille et de l'individu.

Avec son équipe, ils ont les particularités de donner une place importante à l'enfant, et d'être impliqués et très rigides, voire provocants, permettant paradoxalement à la famille de s'autoriser plus de flexibilité. Dans cette école, il est habituel d'analyser tous les symptômes à l'identique et de les considérer comme des signaux de détresse.

L'une de leurs techniques est de « défier les fonctions, tout en soutenant les personnes »(12), c'est-à-dire de redonner suffisamment confiance aux individus pour leur permettre d'abandonner le rôle dans lequel ils s'enferment afin d'entrer en crise et de permettre un changement organisationnel au sein de la famille.

Les thérapeutes de l'école de Rome finiront par devenir moins rigide, mais auront permis l'importante prise de conscience de la nécessité de la crise pour effectuer un changement et sortir d'une situation figée.

## 12) Les thérapies familiales psychanalytiques

La psychanalyse est la première technique de psychothérapie reconnue à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle et a permis l'émergence de nombreuses autres sortes de psychothérapies par la suite.

Il existe un lien étroit entre les thérapies familiales et la psychanalyse comme en témoigne la formation analytique de nombreux pionniers abordés dans les points précédents (Ackerman, Bowen, Mara Selvini...).

C'est face à des échecs en analyse individuelle pour des patients psychotiques, des enfants ayant une pathologie prépsychotique ou des névroses complexes, que des thérapeutes commencent à inclure des membres de la famille (notamment la mère lors du suivi d'un enfant), pour prendre en compte des problématiques familiales.

À la suite de conflits avec les psychanalystes traditionnels d'une part et les thérapeutes familiaux d'autres part, la thérapie familiale psychanalytique ne se développe réellement que tardivement en Europe en fin des années 1970.

Comme l'évoque Jacques Miermont dans son ouvrage *Thérapie familiale et psychiatrie* (8), « on peut distinguer deux orientations possibles des thérapies familiales psychodynamiques :

- l'orientation qui cherche à reproduire les conditions de la cure psychanalytique classique à l'approche de la famille.

-l'orientation qui tire des apports de la démarche psychanalytique en l'articulant de manière plus ou moins vaste, aux apports de la cybernétique, de la sémiotique, de la théorie des systèmes. »

Différents concepts quasiment exclusivement retrouvés en France permettent aux psychanalystes souhaitant travailler avec des familles de rester fidèles à leur orientation d'origine.

En partant des analyses de groupes issues d'un courant en référence aux travaux de Didier Anzieu, des psychanalystes de groupes français, dont René Kaës, développent en 1976 le concept d'**Appareil Psychique Groupal**. Ce dernier issu du concept d'Appareil Psychique Individuel, proposé par Sigmund Freud, correspond selon Kaës à « rendre compte des processus psychiques inconscients qui sont à l'œuvre dans l'agencement des liens de groupe » (9). L'un des fondateurs de la thérapie familiale psychanalytique française, André Ruffiot, a pour sa part décrit le concept d'**Appareil Psychique Familial** dans son ouvrage *La thérapie familiale psychanalytique* en 1981.

Parfois critiquée pour son manque d'ouverture à d'autres courants et pour sa volonté d'adapter des concepts individuels à un groupe, la thérapie familiale psychanalytique permet tout de même d'approfondir l'imaginaire collectif de la famille. En ce point, cette approche, même si très limitée à la France, a le mérite de favoriser les échanges entre membres d'une même famille.

## B- La deuxième vague des thérapies familiales

A partir des années 1970-1980, les élèves des pionniers des thérapies familiales développent d'autres approches tout en se référant aux principes fondateurs des écoles dont ils sont issus. Dans cette vague dite « postmoderne », influencée par la cybernétique de second ordre, le principal changement de paradigme se résume par le fait que le thérapeute n'est plus extérieur au système et simple observateur. Il en fait partie et évolue avec ce nouveau système que forme la famille et son thérapeute.

Comme le rappellent Karine et Thierry Albernhe dans leur ouvrage *Les thérapies familiales systémiques* (13) : « La cybernétique du second ordre [...] s'est préoccupée du système observant. [...] elle les (*les thérapeutes*) a convaincus en effet que leur observation, que certains avaient pu croire neutre, était en fait « participante » [...], c'est-à-dire modifiait, par sa seule existence, le système à observer. L'observateur se retrouve donc partie prenante du système qu'il observe et qui, en fin de compte, l'inclut lui-même. »

De ce fait, on parlera plus volontiers de thérapie *avec* la famille, où le thérapeute n'aura plus un rôle d'expert extérieur mais celui d'un accompagnateur interne étant présent pour potentialiser les solutions imaginées par la famille.

Comme dans beaucoup d'évolutions, les critiques seront axées soit sur une trop grande rupture avec les pionniers, soit sur un oubli des acquis de base ou encore sur l'absence d'éléments nouveaux. Néanmoins, nous aborderons les évolutions et apports constatés depuis cette prise de posture professionnelle plus modeste.

## 1) Le constructivisme et le constructionnisme social

L'approche constructiviste se développe à partir des années 80 à la suite aux travaux sur la seconde cybernétique de Heinz von Foerster, de Humberto Maturana et de Francisco Varela. Son principe de base peut se résumer par la proposition suivante : **la construction mutuelle du réel compte d'avantage que la recherche de la réalité.**

Le concept clé *d'autoréférence* mis en avant correspond au fait que la réalité est différente pour chacun selon son point de vue. La coconstruction du système avec le thérapeute est donc ce qui va primer lors de la thérapie.

Ainsi le thérapeute ne cherche plus à avoir raison, mais à édifier une construction stable avec les membres du système. L'objectif est d'élargir le champ des possibles sans obligatoirement faire surgir une vérité.

L'approche constructiviste est présente chez de nombreux thérapeutes en Europe parmi lesquels figurent Mony Elkaïm, Robert Neuburger, Guy Ausloos, Paul Watzlawick, Edith Goldberter-Merinfeld, Philippe Caillé ou encore Yveline Rey.

Le constructionnisme social, bien qu'ayant de nombreuses similitudes avec le constructivisme, s'en démarque en « **s'attachant à faire remonter les sources de l'action humaine aux relations sociales** » (10). Il se détache de la tradition occidentale de l'individualisme comme l'évoque Kenneth J Gergen, professeur de psychologie en Pennsylvanie et principal représentant de ce courant. Pour les constructionnistes il est important de déconstruire les éléments de langages pathologisant ayant tendance à

formater, tels que les termes : « pervers narcissique », « hyperactif », etc.... Ainsi les thérapeutes sensibles à cette approche adoptent volontiers une position de non-savoir pour permettre une description en détail de la problématique aidant à la recherche de solutions.

L'intérêt de ces deux courants consiste en l'aide apportée par le thérapeute à chaque membre du système à approcher « sa » propre vérité, tout en respectant celle des autres membres. Ceci en prenant également conscience que la vision du monde de chacun se fait grâce aux autres.

## 2) L'approche narrative de Michael White

Michael White, thérapeute familial australien, développe courant des années 1980 l'approche narrative. Influencé par Bateson puis par les idées de Michel Foucault ainsi que par le constructivisme de Gergen, Michael White construit sa nouvelle théorie d'approche qu'il caractérise comme narrative.

La thérapie narrative se base sur le fait suivant : le discours tenu par le patient va influencer sa réalité. Ainsi, en abordant les événements d'un point de vue différent, mais sans les édulcorer, les problèmes décrits seront vus sous un œil nouveau et des solutions différentes pourront émerger. L'utilisation de métaphores et de références propre à l'univers des patients a son importance dans cette approche et permet de faire ressortir des versions d'eux-mêmes et de leur vie avec lesquelles ils sont plus en accord.



De plus, cette approche consiste à envisager le problème comme un problème, il est démuné de fonction et ni l'individu ni la famille ne le constituent. White insiste sur la narration des effets du problème sur la personne et son entourage avec pour but de faire émerger une objectivation du problème. Cette technique, nommée *extériorisation* du problème, permet d'aborder celui-ci sous un autre angle et d'y trouver des solutions différentes de celles déjà entreprises. Le problème peut par moment être représenté par un dessin ou incarné par un objet (marionnette, peluche...) en cours de séance.

« La pratique consistant à attribuer une pathologie aux individus a des racines culturelles et historiques et entraîne une objectivation des personnes »(10). La thérapie narrative a pour but d'aider l'individu et/ou la famille à se réapproprier son système de pensées en sortant de l'influence subit de l'environnement social.

Par cette stratégie proche du constructionnisme social, White entraîne une objectivation du problème et non de la personne.

Une autre technique de la thérapie narrative s'appelle les « résultats uniques » (unique outcomes), ou *exceptions positives*, et vise à faire chercher par les patients les moments exceptionnels où le problème ne prend pas toute la place. À force de se focaliser sur ces instants-là, les patients prennent conscience qu'une réalité différente de leur discours, souvent saturé par le problème, existe. La focalisation sur cette lueur d'espoir fait grandir cette dernière dans la narration des patients et elle peut par la suite prendre vie dans leur réalité.

La description en détails des problèmes ou des moments positifs est encouragée par le thérapeute permettant la déconstruction, puis la reconstruction des évènements,

autorisant les individus à se réapproprier leur histoire en ayant la possibilité de l'influencer.

### 3) La thérapie brève centrée sur les solutions

Dans la vague dite « postmoderne », les thérapeutes américains Insoo Kim Berg et Steve de Shazer commencent à développer une thérapie brève différente de celle créée par le MRI. Leur thérapie, plutôt que de se centrer sur le(s) problème(s), comme le font la plupart des thérapies, s'oriente vers la solution. Elle est qualifiée de brève par ses fondateurs, non pas par un nombre de séances limités, mais par la devise suivante : « le moins de séances possible et pas une de plus que nécessaire »(10).

Cette approche trouve des similitudes avec la thérapie narrative de White et le constructionnisme social, car elles attachent toutes une forte importance à la manière dont les patients, mais aussi les thérapeutes appréhendent les difficultés. C'est la façon de regarder le problème, le discours et les pensées qui y sont associés qui est au cœur de ces réflexions et non plus le problème en lui-même.

Dans la thérapie brève centrée sur les solutions, trois prémisses sont retrouvées (10) :

- 1- Si ce n'est pas cassé, ne réparez pas.
- 2- Une fois que vous savez ce qui marche, faites-le plus.
- 3- Si ça ne marche pas, ne recommencez pas : faites autre chose.

Ces trois prémisses impliquent différents approfondissements :

- ce qui peut sembler pathologique pour des thérapeutes professionnels, ou pour la « société », n'est peut-être pas un problème pour la famille, donc il n'est pas nécessaire d'y trouver une solution. L'idée étant de ne pas être normatif.
- comme en thérapie narrative, des exceptions positives existent, l'objectif est de les faire émerger et de les entretenir.
- la remise en question rapide des techniques thérapeutiques avec un changement d'approche après quelques séances si aucune modification n'est survenue.

Les principaux outils utilisés dans les thérapies brèves centrées sur la solution sont :

- des *tâches d'observation* confiées aux patients avec pour objectif qu'ils se centrent sur les moments agréables, même si ces derniers ne sont pas en lien avec leur problème de base.
- l'utilisation de la *question miracle* : « *Imaginez que cette nuit, pendant que vous dormez, un miracle se produise entraînant la résolution de vos problèmes. Qu'est-ce que vous percevrez de différent demain matin vous laissant penser que le miracle s'est produit ?* ». Un approfondissement par le thérapeute des changements chez le patient et son entourage est nécessaire pour faire émerger ce vers quoi le patient souhaite tendre.
- des *échelles d'auto-évaluation* des progrès (cotées généralement de 0 à 10) avec comme objectif de questionner les patients sur les facteurs manquant pour gravir un échelon supplémentaire.

-l'évaluation et la valorisation des changements aidant, à chaque début de séance, pour orienter la réflexion des patients vers leurs réussites plutôt que vers leur problème, et pour amplifier et renforcer ces dernières.

Cette approche et ses outils ont pour objectif principal de trouver ce que le patient (et non pas le thérapeute) souhaite réellement et quels sont les moyens pour arriver à ces solutions.

#### 4) Apports de la pratique de réseaux et du féminisme

Une des critiques faites au modèle classique de la thérapie familiale réside dans le fait que la compréhension des problèmes de santé mentale et de marginalisation dépasse le strict cadre de la structure familial.

C'est dans cette réflexion qu'à la fin des années soixante, l'approche dite en réseaux sociaux se développe.

Inspirée des travaux des pionniers que sont la psychologue Carolyn Attneave et le psychiatre Ross Speck, l'approche en réseaux se définit par le fait de trouver dans l'entourage social des individus des sources de guérison et de soutien tout autant que des sources de problématiques.

Les réseaux, répartis en secteur primaire et secondaire, font office d'intermédiaires entre les familles et les structures économiques, politiques et culturelles. Ils reproduisent les structures sociales de domination et de soumissions en influençant l'accès aux ressources.

Les principales théories de cette pratique sont :

- les réseaux façonnent l'expérience psychologique individuelle,
- le fait de restructurer des réseaux perturbés a un effet thérapeutique sur le groupe et l'individu.

Tout comme l'approche familiale dépasse l'individu seul, l'approche en réseau dépasse la famille seule. Il est alors nécessaire d'en prendre conscience afin de solutionner les problématiques amenées par les patients.

Une autre critique adressée au modèle classique de la thérapie familiale est celle du féminisme.

La présence de sexisme implicite dénoncé par le prisme du féminisme se retrouve dans les principaux reproches suivants :

- la définition des rôles familiaux* : éducation et gestion affective revenant essentiellement à la femme,
- l'image du modèle familiale typique* : deux parents mariés hétérosexuels,
- la tendance à rendre les *mères responsables* des problèmes des enfants et des familles : la maternité devenant le rôle prédominant de la vie d'une femme avant son propre bien-être.

Ces reproches, parmi d'autres, mettent en avant l'inégalité due à l'identité sexuelle existante dans les couples et les familles. Cette approche, avant-gardiste des notions de charge mentale et de charge émotionnelle, a aussi pour objectif de permettre aux familles de travailler sur l'expression de la colère, souvent inhibée chez les femmes et manifestée de manière coercitive voir violente chez les hommes.

La thérapie familiale féministe, qui n'est pas un courant supplémentaire mais l'ajout d'un filtre critique aux modèles exposés, vise à la prise en compte de l'identité sexuelle

(et des différences de pouvoir qui en découlent) dès la formation des thérapeutes et dans la prise en charge de chaque patient et famille.

Ces deux critiques que sont l'approche en réseaux et le féminisme permettent l'évolution des pensées des thérapies familiales en intégrant encore plus le contexte social global et l'identité sexuelle tout en tenant compte des relations de pouvoir que le modèle traditionnel familial peut véhiculer. La remise en question du principe de causalité circulaire dans les cas de violences psychologiques, physiques ou sexuelles avec risque d'incriminer la victime découle aussi de la critique féministe.

## C- La troisième vague

Durant les années 1990, après le foisonnement de modèles cliniques et théoriques de thérapies familiales, des études d'évaluation de ces dernières voient le jour afin d'attester de leur efficacité (cf. partie V). Ces recommandations entraînent le développement de modèles dits **spécifiques intégratifs**. Ces derniers tiennent compte des types de pathologies et des contextes familiaux et socio-économiques tout en intégrant différents modèles systémiques ainsi que d'autres approches psychothérapeutiques (cognitivo-comportementales, psycho-éducatives, etc.) pour être le plus efficace possible. L'objectif étant de cibler au mieux la problématique spécifique tout en étant facilement reproductible et avec la meilleure efficacité.

Nous présenterons dans cette partie les principaux modèles évoqués dans l'ouvrage dirigé par Joëlle Darwiche et Nicolas Favez, *Les thérapie de couple et de famille*(6).

### 1) Modèles intégratifs pour l'enfance

#### *a- Le « Triple P »*

Ce modèle est développé au début des années 1980 par Matthew Sanders en Australie. Il ne s'adresse qu'aux parents en stipulant que les enfants seront touchés indirectement par ce travail.

C'est un modèle de prévention des difficultés comportementales et émotionnelles des enfants et de renforcement du sentiment de compétence parentale.

Cette intervention familiale comportementale s'appuie sur la théorie de l'apprentissage social théorisée par l'éminent psychologue Albert Bandura et sur des principes comportementaux, cognitifs et développementaux.

Un système d'actions à multiniveaux a par ailleurs été développé par Sanders et son équipe dans l'optique d'un changement à l'échelle d'une population pour avoir un impact de santé publique. Ce système à multiniveaux présente des interventions de prévention soit universelle, soit sélective, soit ciblée correspondant à chaque fois à un niveau plus avancé de la problématique rencontrée pour adapter la thérapeutique à la situation exacte (principe de « suffisance minimale »).

L'objectif est de repérer les « mécanismes d'apprentissage qui contribuent au maintien des interactions familiales dysfonctionnelles pouvant conduire à l'expression de comportement inadaptés chez l'enfant »(6).

L'utilisation de vignettes vidéo avec des « pièges » d'interaction typiques (« piège de l'escalade », « piège de la récompense accidentelle », etc.) sont montrées aux parents qui sont encouragés à trouver des alternatives à la situation. Un renforcement des compétences d'autogestion par leur rôle actif est ainsi renvoyé aux parents.

S'en suit une phase d'observation des différentes interactions à domicile par les parents, les rendant encore une fois acteurs de l'évolution.

La phase suivante consiste à montrer des stratégies positives (renforcement positif et renforcement des relations, accompagnement dans l'apprentissage de nouvelles compétences, etc.) via des vidéos didactiques, avec des explications détaillées à l'oral, permettant de suggérer des méthodes simples et efficaces.



Des outils tels que des jeux de rôles, des présentations éducatives ou des activités en groupes sont utilisés.

Ce modèle intégratif ayant fait ses preuves, il figure dans de nombreuses recommandations internationales telles que celles de l'Organisation Mondiale de la Santé(9).

#### *b- Les interventions à domicile*

Ce sont des modèles visant à améliorer les relations intrafamiliales avec de très jeunes enfants. Leurs caractéristiques communes sont :

- des mécanismes thérapeutiques spécifiques dus au fait d'être à domicile.
- un objectif d'aide aux enfants par l'intermédiaire de leurs parents.
- de s'adresser à un public qui n'est pas encore scolarisé.

Ils ont été développés pour des familles à risques multiples (troubles somatiques et psychologiques, précarité socio-économique, négligence, maltraitance, etc.) qui présentent un fort taux de rupture thérapeutique et un faible accès aux institutions de soins.

Le domicile est un « terrain d'intervention privilégié à des fins de prévention de la maltraitance (souvent par négligence) »(6) et permet d'améliorer l'alliance thérapeutique.

Les 2 grands principes théoriques de ces modèles sont relatifs :

- au *cadre de l'intervention* : les patients sont maîtres du lieu thérapeutique, l'intervention se déroulant à leur domicile. Ceci entraîne une transformation contextuelle et permet une appropriation par la famille des sentiments de compétences et d'efficacité. D'un point de vue systémique, l'intervention d'un professionnel à domicile introduit de la cohérence par le lien entre le fonctionnement interne de la famille et les institutions extérieures.

- au *développement de l'enfant* : en agissant sur son environnement et ses conditions de vie, l'intervention exercée sera efficace sur du long terme(14).

Ce type d'approche systémique comporte néanmoins des contraintes comme la gestion de la proximité relationnelle avec la famille, la souplesse d'adaptation au cadre du domicile et la difficulté, voire le danger, d'investissement du lieu de vie.

### *c- La guidance interactive*

Développée par Susan McDonough aux États-Unis dans les années 1990, cette méthode s'adresse elle aussi aux familles à risques multiples.

Elle se réfère à 2 modèles théoriques :

- Le modèle transactionnel du développement* : qui prend en compte les caractéristiques parentales, le soutien social, les relations avec les pairs, le fonctionnement familial et l'environnement social de la famille dans la compréhension de la santé mentale de

l'enfant. Il en découle une analyse multifactorielle des troubles permettant de cibler l'action du thérapeute dans la guidance interactive.

*-L'approche écosystémique* : qui fait le lien entre les contextes relationnels multiples de l'individu (écosystème) et les impacts sur son développement.

Dans la guidance interactive, l'approche systémique, notamment la méthode structurale développée par Minuchin, a son importance en mettant l'accent sur l'alliance du sous-système coparental.

La guidance interactive commence par une phase d'évaluation clinique, réalisée avec la famille, de l'histoire familiale, de la qualité des relations de l'enfant avec ses parents, et des problèmes de l'enfant. Puis un contrat est passé pour définir les objectifs, le nombre de séance et les participants (parents, fratrie, ou grands-parents par exemple).

Sur une durée de 2 à 6 mois, six à dix séances d'une heure à une heure trente ont lieu dans un cabinet ou à domicile. L'organisation type d'une séance est la suivante :

*-Accueil* plus ou moins long selon les questions des parents.

*-Échanges dyadiques* entre l'enfant et l'un des participants autour d'un jeu (ou de soins routiniers) adapté à l'âge de l'enfant et propice aux interactions. Une séquence de 5 à 10 minutes est filmée.

*-Questionnement* du thérapeute après le jeu pour recueillir l'impression générale et favoriser les capacités de mentalisation du participant.

-*Visionnage de passages de la vidéo* : en débutant par une exception positive (en référence à Michael White), puis en ciblant une interaction problématique pour une évolution fonctionnelle de la relation.

-*Conclusion* de la séance avec commentaire sur l'avancement du processus thérapeutique.

Le modèle de guidance interactive a été enrichi suite à son intégration dans un programme de recherches des hôpitaux universitaires de Genève, et fait actuellement parti de prises en charge proposées par l'école genevoise(15).

## 2) Modèles intégratifs pour l'adolescence

Les modèles suivants sont manualisés et ont montré leurs efficacités dans des essais cliniques. Ils reposent sur les approches structurales (Minuchin) et stratégique (Haley) (cf. III partie A) en intégrant des méthodes cognitivo-comportementales et psychoéducatives retrouvées en addictologie.

### *a- La thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT)*

Développé par Howard Liddle dans les années 1980 à Miami, ce modèle internationalement reconnu (16,17) vise à réduire la consommation problématique de cannabis et autres substances à l'adolescence ainsi que les troubles sociaux et scolaires.

Ce modèle est dit multidimensionnel car il cible quatre domaines spécifiques d'intervention thérapeutique de la vie d'un adolescent :

*-L'adolescent à part entière.*

*-Les parents* comme sous-système coparental et chacun individuellement.

*-Le système familial*, lieu d'appartenance, d'apprentissage social, d'influence et de construction identitaire.

*-La sphère extrafamiliale* : amis, école, services sociaux, lieu de vie.

Pour chaque domaine des facteurs de risque et de protection sont définis et font l'objet de cibles thérapeutiques.

Le suivi de quatre à huit mois est intensif, allant de plusieurs séances par semaine à des contacts quotidiens. Les thérapeutes travaillent en équipe, sont formés et supervisés.

Cette méthode est composée de 3 étapes :

*-Création de l'alliance thérapeutique* : avec les parents dans un premier temps, et avec l'adolescent dans un second temps, grâce à différentes techniques thérapeutiques (accueil de « l'enfer parental », position de « porte-parole » de l'adolescent, etc.).

*-Promouvoir le changement* : c'est-à-dire transformer le climat émotionnel délétère au sein de la famille en communication efficace par des outils thérapeutiques (questionnement circulaire, mise en acte, etc.).

*-Consolidation des changements* : en se centrant dessus afin de les renforcer et de les pérenniser. Le tout permettant au thérapeute un retrait progressif de la famille.

Cette méthode bien qu'exigeante en formation, en temps et en nombre de thérapeutes a démontré son efficacité et son efficacité à travers de nombreuses preuves empiriques aux États-Unis et en Europe(16–19).

*b- La thérapie brève familiale stratégique (BSFT)*

Développé par le Dr José Szapocznik à Miami sur les écrits de Bowen, ce modèle cible les adolescents présentant des problèmes de comportement par l'intermédiaire d'une prise en charge familiale brève. D'une durée de quatre mois, il compte entre douze à seize séances réalisées en cabinet ou à domicile.

Il repose sur 3 principes :

*-La famille est un système* : toute action ou parole a des conséquences sur chacun des autres membres.

*-« Les patterns d'interactions répétitifs de la famille ont une influence sur le développement et sur le comportement individuel de chacun des membres de la famille »(6)* : le but des thérapeutes est donc de renforcer les patterns positifs et d'atténuer les interaction inadaptées.

*-C'est une thérapie stratégique* : un problème est ciblé, la thérapie est planifiée et des objectifs spécifiques sont définis. De ce fait, elle ne prend volontairement en compte qu'une partie de la réalité afin d'avancer sur les objectifs.

Les 4 techniques principalement utilisées font référence à l'approche structurale de Minuchin :

-L'affiliation : pour mettre en place une alliance solide avec la famille. Elle nécessite une profonde empathie pour chaque membre de la famille ainsi que de se fondre dans cette dernière en utilisant ses règles pour faciliter la confiance et le changement.

-Détecer, susciter et poser un diagnostic : cette technique se fait par la *mise en acte* d'interaction entre les membres de la famille (susciter) afin de percevoir les patterns

relationnels (détecter) et de les énoncer clairement (poser un diagnostic) au groupe dans un but de transformation.

-Le recadrage positif : qui correspond à l'interprétation positive par le thérapeute d'une interaction négative (la colère réinterprétée en blessure ou inquiétude). Cela permet de créer un contexte propice au changement.

-La restructuration : permet à la famille de tester de nouvelles interactions qui seront efficaces et soutenantes en séance puis à domicile.

Cette thérapie a montré une bonne efficacité empirique ainsi qu'une bonne efficience (cf. partie V), notamment dans les problématiques intergénérationnelles aggravées par des conflits culturels typiquement retrouvés chez des familles d'immigrants(20,21).

### *c- La thérapie familiale fonctionnelle (FFT)*

Développé par James Alexander dans les années 1970 aux États-Unis, cette thérapie intervient auprès des jeunes présentant différents problèmes de comportement (violences, drogues, fugues, etc.) entraînant une rupture avec la famille. Elle a une approche respectueuse des individus sans idée préconçue de famille « idéale ».

Elle comporte cinq phases principales :

-*La phase d'engagement* : lors de laquelle le thérapeute montre tout le respect qu'il a envers la famille selon ses us et coutumes, ses valeurs et ses compétences. Il récoltera également un maximum d'informations concernant les membres du groupe.

*-La phase de motivation au changement* : elle débute par la baisse de la négativité inhibitrice au changement par différents outils (cibler les processus, détourner et interrompre, réétiqueter, etc.). Elle se poursuit par l'augmentation de l'espoir propice au changement.

*-La phase d'évaluation des fonctions relationnelles* entre les individus : elle comprend les connexions (fusionnelles ou indépendantes) et les hiérarchies relationnelles. La FFT a une philosophie d'acceptation respectueuse de la diversité des membres de la famille et ne cherchera pas à modifier les fonctions relationnelles, mais à les rendre plus saines et efficaces.

*-La phase de changement de comportement* : se réalise à l'aide de techniques de renforcement de compétences générales (gestion de la colère, aptitude à dire non, exercices de régulation émotionnelle, etc.) et par des méthodes spécifiques de chaque situation (monoparentalité, handicap, trouble du développement, famille recomposée, etc.). Les problèmes seront spécifiquement ciblés en séances et des outils permettront de les réduire.

*-La phase de généralisation de la FFT* : en activant les différents réseaux de soutien spécifiques à la famille pour un maintien dans le temps des bénéfices de la thérapie.

La FFT présente une efficacité dans des résultats de recherche dans différents domaines de santé mentale et à moindre coût permettant des économies budgétaires(22,23).



*d- La thérapie multisystémique (MST)*

Développée par Scott Henggeler dans les années 70, cette thérapie s'intéresse à la prévention et au traitement des troubles des conduites et de la délinquance chez les adolescents par une prise en charge systémique.

La thérapie multisystémique repose sur 2 théories fondamentales :

*-La théorie de l'écologie sociale* : présentée par Urie Bronfenbrenner dans son ouvrage *L'écologie du développement humain* en 1979, elle repose sur le postulat que l'individu se développe selon l'environnement dans lequel il grandit. Bronfenbrenner a théorisé cinq systèmes reliés entre eux et ordonnés suivant une relation de proximité autour de la personne qui l'influence. Les thérapeutes utilisant cette théorie tiennent compte de tous les facteurs autour de l'individu pouvant l'influencer négativement ou positivement.

Dans la MST la causalité circulaire propre aux théories systémiques a une place importante au sein de ces systèmes.

*-La théorie systémique du changement* : elle tient compte des systèmes entourant l'individu et des facteurs de risque présent à chaque niveau. L'intervention se fait donc après une évaluation approfondie de l'environnement et agit sur chaque système.

En MST il est rappelé que le système parental est le plus propice à faire changer l'adolescent et doit donc être soutenu et valorisé.

La durée d'une prise en charge en MST est de trois à six mois. Les séances ont lieu au domicile familial et comprennent deux à quatre thérapeutes supervisés. C'est une thérapie intensive avec visites quasiment quotidiennes et une disponibilité à tout moment.

Neufs grands principes, cités dans l'ouvrage de 2009 de Henggeler *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents*, composent la MST(24) :

-*Trouver la bonne association* : grâce à une évaluation approfondie permettant la mise en exergue des liens entre le contexte écologique et les troubles des conduites de l'adolescent.

-*Focalisation sur les points forts* : en relevant les compétences familiales à chaque consultation.

-*Responsabilité* : les individus sont responsabilisés chacun selon leur place.

-*Focalisation sur le présent* : les objectifs sont clairement définis et l'avancement évoqué régulièrement.

-*Intervention interrelationnelle* : en s'appuyant sur les outils systémiques permettant de modifier les patterns relationnels non fonctionnels.

-*Processus de développement* : la thérapie est adaptée à l'âge de l'adolescent et utilise ses univers de communication (portable, jeux vidéo, musique, etc...).

-*Effort continu* : par une intervention intensive quasiment quotidienne et une grande disponibilité.

-*Évaluation* : un processus d'analyse permet une évaluation empirique de la prise en charge.

-*Généralisation* : par des techniques de renforcement et de maintien des avancées.

La MST liste de nombreux outils thérapeutiques aidant les thérapeutes. C'est une technique utilisée internationalement et ayant fait ses preuves dans le domaine de la délinquance, mais aussi dans le traitement des toxicomanies chez les adolescents(25,26).

### 3) Modèles intégratifs pour les familles

#### *a- L'intervention systémique brève (ISB)*

Développé en 2004 dans un service de psychiatrie d'un CHU en Suisse, par des chercheurs et des cliniciens, c'est un modèle manualisé, bref, de six séances, s'adressant aux couples ou aux familles en crise.

Les séances, animées par deux cothérapeutes, comprennent un cadre souple, flexible après argumentation (espacement entre les séances, individus présents, etc...).

Comme dans toutes thérapies brèves, un problème est clairement délimité pour lequel des objectifs vont être définis et un bilan de fin sera effectué pour préciser si ces derniers sont atteints.

Ce modèle s'appuie sur l'approche de communication de l'école de Palo Alto, les approches structurale et stratégique de Minuchin et Haley, celles transgénérationnelles de Bowen et de Boszormenyi-Nagy, les stratégies centrées sur les solutions de Berg et de De Shazer, ainsi que les approches narratives de White.

Les quatre principes de bases de l'ISB sont :

*-La vision contextuelle* : selon laquelle individu et contexte sont indissociables.

L'analyse des contextes (culturel, relationnel, professionnel, etc...) est donc primordiale lors de la définition du problème.

*-L'interaction-circularité* : principe mettant en avant la notion de causalité circulaire dans toutes les interactions, ces dernières étant la cible des interventions thérapeutiques.

Les outils tels que la mise en acte, le questionnement circulaire ou le recadrage permettent de modifier les pattern répétitifs problématiques identifiés par les thérapeutes, dans le but de rétablir des interactions constructives.

*-La compétence* : principe rappelant que les individus ont le potentiel créatif et les ressources pour résoudre les problèmes. L'objectif des thérapeutes est de les aider à les faire émerger par des techniques comme la connotation positive, la question miracle ou encore l'exception positive.

*-La cohésion-solidarité* : principe selon lequel les individus font partie d'un groupe entraînant le développement de sentiments d'appartenance et de loyauté (cf. Boszormenyi-Nagy). Ces derniers favorisent la cohésion et l'entre-aide assurant une stabilité et une adaptabilité du groupe familial ou conjugal.

Les outils tel que l'éthique relationnelle permettent aux thérapeutes de favoriser l'autonomisation tout en renforçant les liens de solidarité dans les couples et les familles.

Un outil spécifique à l'ISB est le *rituel des feed-back* instauré à chaque début de séances encourageant les patients à commenter les derniers entretiens. Il favorise l'alliance thérapeutique et la coconstruction famille/thérapeutes et permet un ajustement rapide de la pratique des thérapeutes.

L'ISB a spécifiquement été développée pour les étapes de vie (parentalité, séparation, départ des enfants, décès, retraite, etc.) et pour les problématiques somatiques ou mentales entraînant une crise au sein du couple ou de la famille.

#### *b- Les thérapies multifamiliales (TMF)*

Intégrant les théories des thérapies de groupes et des thérapies de familles, la TMF consiste à regrouper plusieurs familles autour d'une pathologie psychiatrique (schizophrénie, troubles bipolaires, personnalité borderline, troubles des conduites alimentaires, addictions, etc...) en incluant le patient désigné.

Ces TMF ont plusieurs modèles types se référant chacun à plusieurs théories psychothérapeutiques. De ce fait, elles souffrent de l'absence d'une description claire et consensuelle. Néanmoins, la dynamique de groupe encadré entraîne un « effet de serre » produisant, entre autres, une « dépathologisation » propice à l'allègement du sentiment de fardeau des patients désignés, l'augmentation des échanges d'informations entre pairs et l'apprentissage par analogie.

Des outils thérapeutiques spécifiques aux TMF ont été développés ; en voici certains :

*-La technique d'adoption temporaire* : un patient est temporairement « adopté » par une autre famille lors d'un jeu de rôle. Cette technique entraîne l'impossibilité de pattern répétitif négatif (du fait d'une nouvelle interaction) et oblige à l'innovation face à une problématique courante commune. De plus lorsque la consigne est de faire connaissance

sans évoquer la pathologie, un nouveau regard sur le patient désigné permet l'émergence de compétences jusque-là masquées par le trouble.

*-Le poisson dans le bocal* : dans cet exercice, un sous-groupe (pères, mères, une famille, fratries, etc.) désigné par les thérapeutes échange sur un thème pendant que le reste du groupe restera silencieusement installé autour. Puis un retour sera demandé au groupe permettant un apport d'idées novatrices de la part de pairs. Une compréhension mutuelle et de l'empathie seront développées grâce à ces différentes perspectives.

*-La famille fictive* : une famille fictive est créée à partir d'un père d'une famille, d'une mère d'une autre, d'un patient d'une troisième, etc. Puis un thème est proposé par les thérapeutes et la famille discute en ayant des représentants de chaque rôle des autres familles derrière eux (les mères derrière la mère fictive, les patients désignés derrière le patient fictif, etc.). Ici, l'apprentissage par analogie et le soutien aux figures de rôles similaires vont être favorisés, tout en préservant les « familles réelles ».

Les TMF ont montré leurs efficacités dans de nombreux domaines et sont recommandées par l'American Psychological Association(27) pour les troubles tels que la schizophrénie et les psychoses chroniques.

Les thérapies familiales ont donc évolué dans l'histoire de la psychiatrie en s'adaptant aux différents courants théoriques dominants ainsi qu'aux retours des patients et de leur famille.

## IV- Principes de base des thérapies familiales systémiques

Ces thérapies se fondent sur les principes de la cybernétique qui est, nous le rappelons, une théorie unifiée de l'information, de la communication et des systèmes applicable aux différentes sciences.

Nous verrons dans un premier temps le concept de système, puis dans un second temps les principes de la théorie de la communication tels que décrit par l'équipe de Palo Alto. La mise en place concrète et la présentation de quelques outils typiques formeront la troisième partie.

### A- Les concepts d'un système

Ici, le système correspond à la famille qui est définie comme un assemblage d'individus en interaction dont les relations sont régulées en fonction des objectifs à atteindre. Il est régi par les lois de la théorie générale des systèmes, décrites par Ludwig von Bertalanffy, qui sont :

*-La totalité* : les différents éléments d'un système sont interdépendants, la modification de l'un d'entre eux entraîne un changement sur l'ensemble du système. Appliquée à la famille, cette loi nous amène à considérer que les comportements d'un membre de la famille sont en lien avec le reste de la famille.

*-La non-sommativité* : par l'interaction entre les différents éléments d'un système émerge une qualité nouvelle et imprévisible. On la retrouve dans la célèbre maxime : « Le tout

est plus que la somme de ses parties ». L'analyse de la famille n'est donc pas l'addition de la somme des analyses de ses membres, mais l'étude de leurs relations créées de par leurs interactions.

-*L'équifinalité* : elle désigne le fait que l'état actuel d'un système observé peut résulter de différents cheminements et de points de départ variés. L'apparition d'un symptôme au sein d'une famille peut résulter de différents paramètres tels que l'enfance, l'histoire familiale, les conditions actuelles, les traumatismes et d'autres encore. Pour l'études systémique synchronique, décrivant les relations familiales d'ici et maintenant, l'objectif est de se poser la question de l'évolution de la dysfonction dans la famille, et non pas de rechercher de la cause.

-*L'homéostasie* : il s'agit de la propriété qui implique que le système réalise son autorégulation par des rétroactions, positives ou négatives, dans le but de maintenir les variations de ses comportements dans un intervalle de constantes. Autrement dit, il s'agit de la tendance d'un système à rester stable en utilisant des mécanismes correcteurs qui entravent le changement. Les mécanismes correcteurs, nécessaires pour assurer la pérennité de tout système, ne deviennent pathologiques que lorsqu'ils se rigidifient.

Dans le système familial, l'homéostasie peut être maintenue par l'apparition d'un symptôme permettant d'éviter une désorganisation plus importante, voire un effondrement global de la famille. Mais si le symptôme se rigidifie, il peut empêcher la famille de procéder aux adaptations nécessaires en vue de faire face aux exigences dues à la croissance de ses membres et aux contraintes de l'environnement.



-*L'ouverture* : c'est le principe évoquant l'idée que tout système vivant est ouvert aux échanges d'informations, de matière et d'énergie sélectionnés pour assurer l'évolution et l'identité du système.

Les pionniers des thérapies familiales appliqueront ces propriétés à la famille. Ainsi, le symptôme d'un des membres de la famille pourra avoir pour fonction de maintenir l'homéostasie familiale, on parlera alors de **patient désigné**.

La guérison ou l'amélioration du symptôme de ce patient sera fréquemment suivie de l'apparition de symptômes chez un autre membre de la famille, afin de maintenir l'homéostasie. L'objectif des thérapeutes familiaux sera l'adaptation de la famille à sa nouvelle situation sans passer par un symptôme rigidifié en prenant en charge toute la famille.

## B- La théorie de la communication : les 5 axiomes de Palo Alto et la causalité circulaire

Les axiomes de la communication décrits par l'équipe de Palo Alto sont regroupés dans l'ouvrage de Paul Watzlawick, *Une logique de la communication*, paru en 1967 et sont les suivant :

-*On ne peut pas ne pas communiquer* : dès que deux individus sont en contact, tout comportement est une communication, même l'absence de communication (le silence, l'évitement du regard...) a valeur de message.

*-Toute communication présente deux niveaux essentiels : le contenu et la relation. Le premier correspond aux informations transmises, le second est la façon dont on doit comprendre le contenu. La relation englobant le contenu.*

Cette structure en niveaux de la communication entraîne la possibilité de l'existence de paradoxes, notamment lorsque les informations du contenu et de la relation ne sont pas cohérentes.

*-La ponctuation de la séquence de communication : de cette ponctuation va dépendre la nature de la relation entre individus. Elle équivaut à donner un début et une fin, donc à ordonner la séquence de communication. Elle est arbitraire et dépend du point de vue de chaque partenaire.*

Par exemple : « il boit parce qu'elle le trompe » ou « elle le trompe parce qu'il boit ».

*-Il y a deux modes de communication chez les humains, le digital et l'analogique : le premier correspond au langage verbal et à son contenu, le second équivaut au langage non verbal (posture, gestuelle, mimiques...) et renvoie à la relation.*

*-Il y a deux types d'interactions humaines, la relation symétrique et la relation complémentaire :*

Dans cette dernière, les acteurs de la relation sont très différenciés et sont en « position haute » pour l'un et en « position basse » pour l'autre. En cas d'amplification de ces rôles le risque est d'aboutir à une complémentarité rigide, où chaque acteur est bloqué dans son personnage.

L'interaction symétrique correspond à une relation égalitaire avec une position équivalente pour chaque acteur et donc un minimum de différence. Le risque se présente

en cas d'escalade symétrique où la relation devenue dysfonctionnelle peut aboutir à des cas de violences.

Une relation équilibrée doit passer par une alternance de ces deux modes d'interactions, chaque type de relation régulant l'autre.

De plus, Watzlawick, pour étudier la compréhension des conflits psychologique, utilise le principe de la causalité circulaire.

Nous sommes habitués, en raison de notre vision scientifique des phénomènes physiques, à penser en termes de causalités linéaires. C'est-à-dire qu'un évènement B est produit suite à un évènement A. Cette vision nous a permis d'étudier et de comprendre de nombreuses manifestations physiques. Or cette vision n'est pas transposable au monde des êtres vivants dans lequel : « la compréhension n'est véritablement possible que si l'on prend en compte les interactions »(28).

Le principe de causalité circulaire se définit par le fait qu'une action de A sur B aura en retour une action de B sur A, avec l'influence de nombreux facteurs et où il est impossible de déterminer le début de la fin de l'interaction. Ce phénomène permet la prise en compte de rétroactions positives ou négatives permettant au système de s'adapter.

### C- Les thérapies familiales systémiques en pratique

Comme nous l'avons vu dans la première partie, il existe une très grande variété de modèle de thérapie familiale selon les écoles de pensée. Nous aborderons dans cette partie les règles générales de prise en charge systémique ainsi que des exemples d'outils

couramment utilisés, en gardant à l'esprit qu'une des compétences particulièrement importantes dans le courant systémique est l'adaptabilité des thérapeutes aux différentes situations rencontrées.

*-L'orientation* : certaines familles font elles-mêmes la démarche de prise en charge en thérapie familiale même en l'absence de problèmes relationnels manifestes.

Cependant, ce type de thérapie n'étant guère connue du grand public, la plupart du temps il s'agit d'une orientation faite par un professionnel (assistante sociale, médecin, éducateur...) lors d'un état de crise familiale ou conjugale.

*-L'équipe* : comme le rappellent des pionniers tels que Mara Selvini-Palazzoli ou Carl Whitaker, la thérapie familiale, à l'inverse de la plupart des autres psychothérapies, est menée de préférence par plusieurs thérapeutes. L'équipe thérapeutique est souvent constituée de *superviseurs* se trouvant soit derrière une glace sans tain, soit dans une autre pièce avec une retransmission vidéo. Ils ont la possibilité d'interrompre la séance pour un retour direct aux thérapeutes. La partie plus « active » de l'équipe, composée d'un thérapeute et d'un *co-thérapeute*, est de préférence mixte afin de tenir compte des différences existantes en rapport à l'identité sexuelle des individus (cf. apports du féminisme).

Certains thérapeutes familiaux travaillent seuls, pour des choix qui leurs sont propres, mais sans qu'il n'y ait, à notre connaissance, d'approche théorique privilégiant ce mode de fonctionnement.

*-Le lieu de consultation* : il a pour objectif d'être chaleureux pour un accueil émotionnel adapté et sécurisant dans le but de pouvoir expérimenter des nouveaux schémas

comportementaux. En général, il s'agit d'une pièce de taille moyenne où sont disposés en cercle de confortables fauteuils pour faciliter la circularité de la parole. Au centre se trouve habituellement une table basse avec de l'eau et des mouchoirs (séances longues et émotionnellement intenses), ainsi que des outils thérapeutiques tels que des blocs de feuilles, des crayons de couleur et parfois quelques jouets (accueil d'enfants de tous les âges, peluches pour *personnifications*). Un chevalet de conférence à toute son utilité notamment lors de la réalisation d'un génogramme.

*-Le cadre* : il correspond à la fréquence des séances et aux personnes présentes. Il est défini par les thérapeutes qui sont garant de ce dernier. Il doit être à la fois souple et ferme tout en étant rassurant. En règle générale, tous les individus vivant dans le même foyer sont présents lors de la première séance, afin de concrètement leur faire percevoir la prise en compte du contexte relationnel. Par la suite, le travail peut se poursuivre avec différents sous-systèmes (conjugal, coparental, fratrie, grands-parents, familles recomposées ou autres) selon le besoin et les hypothèses des thérapeutes. Certaines équipes exigent, lors de la première séance, la venue du professionnel ayant proposé l'indication d'une thérapie familiale, dans le but de respecter le principe de loyauté donnant ainsi au patient désigné « le droit » de s'améliorer en prise en charge familiale. Une séance dure entre une heure et une heure et demie. La fréquence habituelle des entretiens est de toutes les trois ou quatre semaines, permettant par exemple la réalisation de tâches prescrites à domicile.

Parmi les outils régulièrement utilisés en systémie nous en présenteront succinctement trois : un outil de langage, un outil d'écriture et un outil de mise en situation.

*-Le questionnement circulaire* : cet outil de langage repose sur le principe de causalité circulaire décrit plus haut. Il consiste à « faire décrire par un participant le comportement d'un tiers, en termes de différences et de changements »(28).

Par ce type de questionnement, le thérapeute cherche la participation et la mise en relation des personnes concernées par la problématique exposée, mais aussi à sensibiliser les individus présents au principe de causalité circulaire. Cet outil servira aussi à mettre en avant des indices pertinents en rapport avec l'hypothèse développée par le thérapeute.

Par exemple : questionner un fils sur son point de vue de la relation qu'entretiennent sa mère et sa sœur, en présence de ces dernières, permettra la circulation de la parole, et l'apport d'informations aux individus présents (perception de la relation d'un point de vue externe).

*-Le génogramme* : théorisé par Murray Bowen, le génogramme est un outil d'écriture basé sur la théorie des transmissions multigénérationnelles de patterns familiaux. Généralement réalisé sur un chevalet de conférence, il consiste en un arbre généalogique comprenant, en plus des informations démographiques (prénom, date et lieu de naissance, profession, mariage, etc...), des données qualitatives des relations (conflits, ruptures de contacts, relations fusionnelles, etc...), des informations concernant des pathologies (addictions, maladies mentales et physiques) ainsi que des réussites personnelles, scolaires ou professionnelles. Il permet la formulation d'hypothèses quant à des patterns familiaux. Les données représentées sont adaptées par chaque thérapeute selon le contexte.

Cet outil, généralement réalisé assez tôt dans les suivis, est exposé à chaque consultation dans le but d'être actualisé et permet de garder une vision d'ensemble de la famille.

*-Les sculptures du temps familial* : méthode adaptée par Luigi Onnis, neuropsychiatre et thérapeute familial, à partir de la technique *sculpture familiale* imaginée par Virginia Satir. Elle est fondée sur l'utilisation du langage analogique et sur l'exploration de la dimension du temps, cela entraînant un aspect particulier de « narration analogique »(29).

Dans cet outil de mise en situation, il est demandé à chaque membre de représenter sa vision des relations de la famille en positionnant les corps des différents individus dans la pièce et en jouant sur les distances, les postures, les attitudes et les regards pour affiner sa représentation. Tout l'exercice se passe dans le silence avec la possibilité, après réalisation de la scène, d'émettre des commentaires par les membres de la famille sur leurs vécus de l'exercice. Dans cette adaptation, chaque membre sculptera la famille à trois temps différents dans l'ordre suivant : le présent, le futur et le passé.

Cet outil, souvent utilisé lors de problème psychosomatique, peut faire ressortir les « mythes d'unité » ainsi que les « fantasmes de rupture » de manière analogique, ce qui n'est généralement pas possible par le langage verbal.

Ces grands principes et ces outils se retrouvent dans les différents courants de thérapies systémiques avec des possibilités d'adaptation de la part de chaque école. Ils forment néanmoins un socle commun à la plupart des approches.

## V- Efficacité des thérapies familiales

Dans cette partie, nous verrons de quelle manière a évolué la recherche en thérapie systémique et quelles sont les méthodes d'évaluation. Nous présenterons ensuite les preuves d'efficacité des thérapies de couple et de famille connues à ce jour.

### A- Recherches et clinique

Lors de l'apparition des Thérapies de Couple et de Famille (TCF), la vérification de l'efficacité était omniprésente. En effet, les pionniers du mouvement systémique étaient essentiellement des cliniciens-chercheurs. De ce fait, la recherche empirique était présente dès le début bien que les critères actuels rigoureux n'étaient pas entièrement remplis(30).

Par la suite, malgré la poursuite des efforts dans la recherche, l'accent est mis sur le développement de nombreux modèles cliniques et théoriques en délaissant les démonstrations d'efficacité dans le monde réel.

Puis, dans les années 1990, la nécessité de disposer de données probantes sur l'efficacité des psychothérapies de famille et de couple d'orientation systémique devient plus pressante et donne naissance à une pratique fondée sur des preuves : *evidence-based practice*. Celle-ci va intégrer « des données de recherche les plus récentes à l'expertise clinique, avec la prise en considération des préférences des patients, de leurs caractéristiques et de leur culture »(6). Son développement s'avère utile pour que les



TCF aient une place dans l'offre de soin des problématiques de santé mentale, ainsi qu'au sein des formations destinées aux psychothérapeutes(30).

Malheureusement, dans les institutions, les traitements individuels restent la norme, la prise en charge systémique y étant souvent sous représentée. Ce phénomène se retrouve dans les budgets de recherches octroyés à l'approche individuelle par rapport à l'approche systémique(6).

De plus, malgré l'abondance de la littérature dans le domaine de la recherche en TCF, les thérapeutes restent méfiants devant des conditions expérimentales de recherche qui ne correspondent pas toujours à la réalité clinique. De ce fait, beaucoup de thérapeutes ne considèrent pas la recherche comme utile à leur pratique et font d'avantage confiance à leur expérience personnelle(6).

Pour faciliter le rapprochement entre recherche empirique et situation clinique, certains auteurs ont développé des critères de classification des modèles selon leur niveau d'évidence. C'est-à-dire en fonction de la **quantité** et de la **qualité** des études disponibles.

Ces classifications permettent de définir si un traitement fonctionne ou non, mais aussi de s'interroger sur la qualité même des études visant la validation d'un traitement(31).

Plusieurs instances définissent les critères de « validité empirique » des thérapies(32–35), elles utilisent des systèmes de classifications pour permettre de hiérarchiser les modèles de traitement selon leur niveau de preuve scientifique. Or ces systèmes sont

ajustés à l'évaluation de traitement individuel, ce qui en fait une limite pour une thérapie comprenant plusieurs individus.

Pour pallier cette limite, Thomas Sexton et ses collaborateurs ont développé des outils adaptés à l'évaluation des thérapies de couple et de famille : il s'agit d'abord de juger de la **qualité des études** puis ensuite de classer les modèles selon leur **niveau de preuve scientifique**(6). Nous décrirons ces sujets dans les deux prochaines parties.

## B- Critères de qualités des études

Développés par Joëlle Darwiche et Yves De Roten, les critères d'évaluation d'essais contrôlés randomisés dans le champ des TCF sont au nombre de 15 et classés en 5 grands domaines(36). Ces derniers sont : la définition et l'application du traitement, la description de l'échantillon, les variables mesurées, l'analyse des données et les aspects spécifiques de la rigueur méthodologique. Chaque domaine comporte 3 critères d'évaluation que nous allons détailler ci-après. Le tout est résumé dans le tableau 1.

### 1) La définition et l'application du traitement

Ce domaine comprend une **manualisation** de l'approche thérapeutique avec la description des stratégies d'intervention, des outils thérapeutiques utilisés et des étapes du traitement. Ces manuels servent à l'homogénéisation de la formation des thérapeutes à un modèle spécifique intégratif.

Le critère suivant réside en une **évaluation du niveau de formation** des thérapeutes par rapport au modèle en question, ainsi que celui des thérapeutes utilisant d'autres modèles auxquels l'étude les compare.

Le troisième critère de ce domaine est le **contrôle de l'adhérence des thérapeutes au modèle qu'ils appliquent**, avec une marge de créativité et de liberté importante pour l'adaptation aux situations cliniques.

## 2) La description de l'échantillon

On retrouve dans ce domaine, les **critères d'inclusion et d'exclusion** ainsi que la description des sujets de l'étude.

Une identification précise des **critères diagnostics des troubles** ou problèmes des « patients désignés » se situe dans ce domaine.

Les **informations cliniques pertinentes sur les membres de la famille** sont également dans ce domaine.

## 3) Les variables mesurées

Pour que les résultats soient cliniquement pertinents, le choix des variables permettant de démontrer l'efficacité et l'efficacité d'un traitement est capital.

En TCF, il est primordial **d'évaluer plusieurs mesures** telles que l'évolution du fonctionnement du « patient désigné » et celle des relations interpersonnelles.

Des **outils d'évaluations** avec une fiabilité établie sont utilisés.

La **durée du suivi** avec une répétition à distance des mesures est un critère important de l'efficacité dans le temps du modèle évalué.

#### 4) L'analyse des données

La **description des perdus de vue** regroupant les abandons thérapeutiques et les retraits du protocole de recherche doivent être indiqués.

L'analyse est réalisée en **intention de traiter** car elle maintient la comparaison de base établie par la randomisation et est un meilleur reflet de l'efficacité du traitement dans la réalité quotidienne.

La **pertinence clinique de l'amélioration observée** est analysée par l'utilisation d'un indice de changement fidèle (*Reliable Change Index*(37), Jacobson & Truax, 1991). Il permet de définir si l'amélioration est cliniquement significative et si elle est en lien avec la prise en charge.

#### 5) Les aspects spécifiques de la rigueur méthodologique

Un **suivi pendant plus d'un an** est un critère de poids pour marquer la qualité de l'étude. Tout comme une **évaluation indépendante du problème ou du diagnostic des patients**.

Enfin le **calcul de la taille de l'échantillon nécessaire pour détecter les effets significatifs** est le dernier critère défini par Darwiche et De Roten afin d'analyser une étude, le tout permettant ensuite un classement par niveaux de preuve scientifique.

Tableau 1 : Critères d'évaluation des essais contrôlés randomisés dans le champ des TCF.

<b>Les Domaines</b>	<i>La définition et l'application du traitement</i>	<i>La description de l'échantillon</i>	<i>Les variables mesurées</i>	<i>L'analyse des données</i>	<i>Les aspects spécifiques de la rigueur méthodologique</i>
<b>Les critères</b>	Manualisation	Critères d'inclusion et d'exclusion	Plusieurs mesures évaluées	Description des perdus de vue	Suivi > 1 an
	Évaluation du niveau de formation des thérapeutes	Critères diagnostics des troubles	Outils d'évaluations fiables	Étude faite en intention de traiter	Évaluation indépendante du diagnostic du patient
	Contrôle de l'adhérence des thérapeutes au modèle qu'ils appliquent	Informations cliniques pertinentes sur les membres de la famille	Durée du suivi	Pertinence clinique de l'amélioration observée	Calcul de la taille de l'échantillon

L'utilisation de ces 15 critères pour évaluer les études réalisées permet de classer les modèles étudiés selon leur niveau de preuve scientifique.

## C- Niveaux de preuve scientifique

Définis par Thomas Sexton et ses collaborateurs dans un article en 2011(31), les niveaux de preuve scientifique pour les TCF sont au nombre de trois. Ils permettent d'inclure tous types de modèles quel que soit leur niveau d'évidence empirique. Deux catégories officieuses les précèdent afin de classer des modèles particuliers.

Le tout est repris dans la figure 1.

### 1) Traitements iatrogènes

Ce niveau, bien que non officiel, regroupe les traitements pour lesquels un niveau de preuve très élevé a démontré leurs effets nuisibles vis-à-vis d'un groupe contrôle. Il est représenté pour que les thérapeutes aient conscience que de tels modèles peuvent exister.

### 2) Les traitements soutenus par des données pré-probantes

Cette catégorie regroupe des interventions qui ne reposent pas sur des modèles empiriques et qui n'ont pas d'études spécifiques montrant des résultats positifs. Ces interventions peuvent utiliser des principes de bases communs à d'autres modèles mais sans qu'il n'y ait eu d'études à leurs sujets.

### 3) Niveau I : Traitements fondés sur des données probantes

Ce niveau regroupe les traitements ayant des données probantes mais de niveau d'études empiriques trop faible pour appartenir aux niveaux supérieurs.

Certains de ces traitements peuvent ne pas encore avoir bénéficié de recherches rigoureuses bien qu'ils reposent sur des combinaisons de modèles empiriquement bien validés.

Soit leur programme de traitement est moins bien défini, soit il y a un manque de spécificité des problèmes cliniques ciblés, soit la durée de suivi est absente ou trop courte.

Exemples de traitements pouvant entrer dans cette catégorie : théories de la thérapie familiale de première et de deuxième génération, dont l'approche structurale (Minuchin et Fishman, 2004) ou l'approche stratégique de Haley (1976).

### 4) Niveau II : Traitements ayant des résultats de recherches préliminaires prometteurs

Dans ce niveau, les modèles d'interventions sont manualisés ; ils possèdent donc des fondements théoriques clairs, des protocoles cliniques spécifiques et peuvent être reproductibles. De plus, un certain nombre d'études avec une bonne méthodologie ont démontré leur efficacité.

Les résultats concernent une population ciblée ou une pathologie spécifique mais ne sont pas applicables dans d'autres domaines de soins.

### 5) Niveau III : Traitements fondés sur des preuves

Le niveau III regroupe les traitements manualisés et évalués dans au moins deux études de qualité méthodologique élevée pour les populations et problèmes ciblés tout en étant reproductibles dans des contextes de soins différents avec une efficacité immédiate et à long terme.

Une qualité méthodologique élevée implique :

- la spécificité du modèle de traitement (manuel de traitement)
- la mesure de l'adhésion et des compétences du thérapeute
- la spécificité du contexte de soins
- la spécificité de la population ciblée
- l'utilisation de mesures cliniquement valides

De plus, le niveau III comprend trois catégories, la 1<sup>ère</sup> étant obligatoire pour accéder à l'une des deux autres qui sont indépendantes.

#### *a- Catégorie 1 : « La force des preuves »*

Dans cette catégorie, les résultats des modèles dans des études montrent leur supériorité par rapport à l'absence de traitement (efficacité absolue) et par rapport à un autre traitement de qualité (efficacité relative).



*b- Catégorie 2 : « Mécanismes de changement »*

Ici, des données empiriques concernant les modèles de cette catégorie démontrent que les stratégies d'intervention théoriquement prévues par le modèle entraînent effectivement les changements thérapeutiques aux niveaux attendus chez les individus.

*c- Catégorie 3 : « Efficacité contextuelle »*

Les modèles de cette catégorie ont des résultats de supériorité pour des problèmes cliniques, des contextes et des populations variés.

Les niveaux de preuves scientifiques et les catégories sont résumés dans la figure 1 (31) :

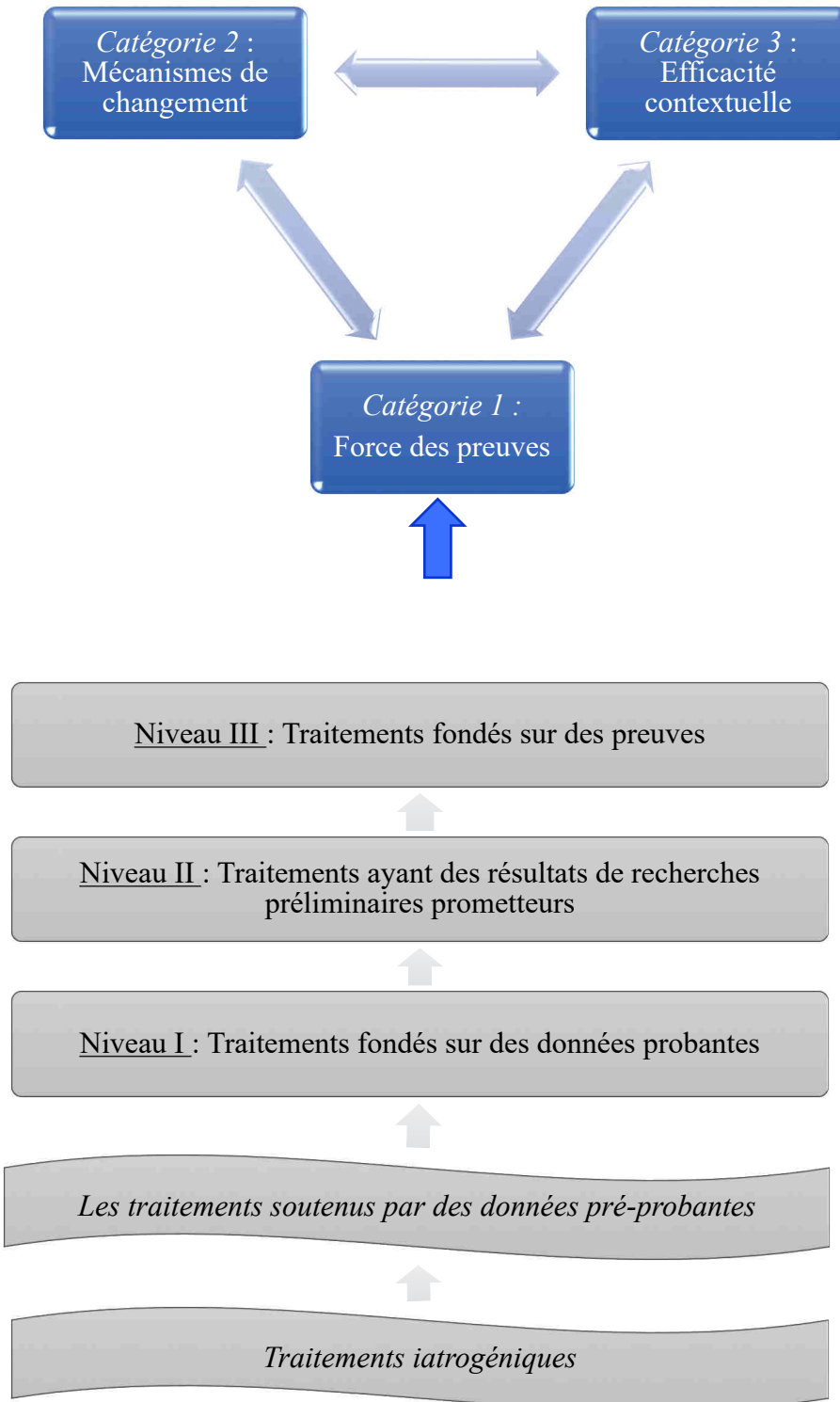


Figure 1 : Niveaux de preuve en recherche en thérapie de couple

## D- Preuves empiriques pour les thérapies de couple et de famille

### 1) Outils de validation des thérapies de couple et de famille

Pour juger de l'**efficacité** d'un traitement, des essais randomisés contrôlés pour une population spécifique sont réalisés.

Une méthode est considérée comme efficace lorsqu'elle obtient des résultats supérieurs à une condition contrôle (absence de traitement, traitement de référence ou alternatif), dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé, en respectant les critères décrits plus haut. Si plusieurs essais randomisés contrôlés et menés par des investigateurs différents attestent de la supériorité d'un traitement, alors ce dernier sera considéré comme efficace.

L'**efficience** correspond à l'efficacité d'un traitement démontré dans un cadre de recherche contrôlé et dans des conditions réelles, donc sur le « terrain ».

Les essais randomisés contrôlés peuvent être regroupés et comparés au sein de **revues de la littérature**. Ces dernières serviront de bases pour des **méta-analyses** qui sont des approches statistiques visant à combiner les données issues d'une revue systématique.

Les méta-analyses utilisent la **taille d'effet**, notée  $d$ , comme indicateur non spécifique permettant d'estimer l'ampleur de l'effet d'un traitement. Un effet thérapeutique sera ensuite classé comme important s'il est supérieur à 0,80, moyen s'il est autour de 0,50 et faible s'il est inférieur à 0,30(38).

## 2) Preuves pour les thérapies de couple

L'intérêt d'une prise en charge en thérapie de couple est en lien avec la prévalence importante de la détresse conjugale, qui est un problème majeur de santé publique(6).

De plus, les conflits entre les partenaires constituent un facteur de risque important d'épisode dépressif majeur, quels que soit les antécédents de santé mentale de chaque partenaire(39).

Or, la recherche empirique nous montre que la détresse conjugale a un impact émotionnel et physique sur les partenaires et leurs enfants(40), ce qui fait de la thérapie de couple une mesure préventive de problèmes de santé publique.

Les thérapies de couple ont fait preuve de leur efficacité vis-à-vis d'autres traitements ou d'absence de traitement dans de nombreuses revues de la littérature et de méta-analyse ces dernières années : Shadish & Baldwin, 2003(41) - Sydow & al., 2010(42) Sprenkle, 2012(34) - Von - Carr, 2014(43).

Par exemple, la revue de vingt méta-analyse publiée par Shadish et Baldwin 2003(41), concernant les interventions de couple et de famille, reporte une taille de l'effet de  $d=0,84$  pour la thérapie de couple par rapport à une absence de prise en charge ou à un autre type de thérapie (traitement pharmacologique, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie analytique, méditation, psychoéducation,...) (6).

La thérapie de couple entraîne une amélioration sur la satisfaction globale dans le couple concernant : une détresse relationnelle, des problèmes psychosexuels, de la violence conjugale, mais aussi au niveau de troubles individuels tels que l'adaptation à

une maladie physique chronique, les troubles de l'humeur, les troubles alimentaires, la schizophrénie, les troubles somatoformes ou encore l'addiction à l'alcool(43).

Cependant, l'efficacité des thérapies de couple reste limitée étant donné les résultats de certaines études qui rapportent les informations suivantes :

-plus de la moitié des couples, malgré des améliorations, restent avec une part considérable de détresse conjugale : Snyder & Halford 2012 (44) – Christensen et al 2004 (45),

-ces améliorations ne perdurent pas sur du moyen ou long terme : Snyder, Castellani & Whisman 2006 (46) -Christensen et al 2004 (45).

Toutefois l'idée de mettre en place d'autres critères d'évaluation permettant de mieux comprendre les mécanismes des changements lors de ce type de thérapie reste d'actualité.

### 3) Preuves pour les thérapies de famille

Dans une logique systémique, les thérapies de famille sont primordiales pour un retour du système à une homéostasie sans symptômes, un maintien sur la durée et un développement de compétences pour les problématiques ultérieures.

En 1993, William Shadish et son équipe ont dirigé une méta-analyse sur l'efficacité des thérapies de couple et de famille(47). Sur les 163 études contrôlées, 71 l'étaient par

rapport à un groupe contrôle dont 44 pour les thérapies familiales. Pour cette catégorie, la taille d'effet était de  $d=0,47$ .

Depuis les années 2000, des études de validation relatives aux TCF d'orientation systémique ont commencé à être publiées et elles ont pu être incluses dans les méta-analyses du domaine.

En 2003, Shadish et Baldwin (41) reportent une taille d'effet de  $d=0.58$  dans leur étude regroupant plusieurs méta-analyses.

La différence avec les thérapies de couple ( $d=0,84$ ) serait en lien avec les difficultés plus sévères pour lesquelles les familles consultent.

Dans une méta-analyse récente de 2014, Martin Pinquart et son équipe (48) recensent 37 essais contrôlés randomisés avec des patients adultes souffrants de troubles psychiatriques traités par thérapies systémiques. L'étude montre que dans les pathologies telles que : les troubles de l'humeur, les troubles alimentaires, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles somatoformes et la schizophrénie, les thérapies systémiques sont plus efficaces à court terme ( $d=0.51$ ) et à long terme ( $d=0.55$ , mais uniquement pour les troubles alimentaires, de l'humeur et schizophréniques) qu'en absence de traitement.

De plus, les traitements systémiques ont une efficacité supérieure à court terme par rapport à d'autres thérapies telles qu'une thérapie de soutien, un traitement médicamenteux seul ou une thérapie de groupe psychanalytique ( $d=0.25$ ).

L'un des autres avantages mis en avant dans cette méta-analyse est le taux d'abandon de suivi moins important lors d'un suivi systémique.

En ce qui concerne les enfants, les traitements systémiques de famille sont efficaces pour le traitement (49) :

- des troubles de l'attention chez l'enfant et les adolescents,
- de l'abus de substance,
- des comportements délinquants chez les adolescents.

Les différents modèles étudiés dans ces méta-analyses montrent une certaine supériorité lors de prises en charge systémiques alors qu'ils ne représentent qu'un nombre limité de possibilité d'approches systémiques. En effet, de nombreux traitements utilisés en pratiques courante ne possèdent que peu ou pas d'études. Il serait donc intéressant d'augmenter le nombre d'essais randomisés contrôlés dans le domaine des thérapies systémiques. Dans leur ouvrage *Les thérapies de couple et de famille*, Nicolas Favez et Joëlle Darwiche proposent certains modèles systémiques empiriquement validés selon des contextes spécifiques (cf. la troisième vague).

## VI- La thérapie familiale en France et en Alsace

En Europe, la thérapie systémique apparaît essentiellement en l'Italie (Mara Selvini Palazzoli et Maurizio Andolfi), en Allemagne (Helm Stierlin) et en Belgique (Mony Elkaïm) aux débuts des années 1970.

### A- En France

En France, son développement est plus tardif étant « ralenti par l'hégémonie de la psychanalyse qui connaissait alors son âge d'or »(12), et par la « différence culturelle [...] entre le génie américain, pragmatique et orienté vers l'action, le quoi et le comment, et le génie européen, analytique et insistant davantage sur la conceptualisation et le pourquoi »(28). Ces freins entraînent une réticence auprès des psychiatres par rapport aux concepts de thérapie systémique dans l'hexagone.

Néanmoins elle réussit à se faire une place grâce des instituts parisiens comme :

- le centre de formation Mony Elkaïm : inaugurée par ce dernier en France en 1976(50).
- le Centre d'Étude de la Famille – Association (CEFA) créé en 1978, dont le directeur scientifique actuel est Robert Neuburger(51).
- l'Association Parisienne de Recherche et de Travail avec les Familles (APRTF) qui a vu le jour en 1981(52). Les membres fondateurs sont la psychologue clinicienne Elida Romano et les psychiatres Patrick Chaltiel, Jean-Clair Bouley et Didier Destal.
- le centre de formation Carole Gammer et l'Association de Thérapie Familiale par Phases (ATFP), fondés par cette dernière en 1982(53).



Par un effet de rayonnement d'autres instituts vont ensuite émerger dans différentes régions de France.

Puis en 1993 la Société Française de Thérapie Familiale (SFTF) voit le jour sous l'impulsion des fondateurs de l'APRTF et du psychiatre Dr Jacques Miermont qui en est l'actuel président. Cette association a plusieurs objectifs dont le premier est de « favoriser le développement des thérapies familiales »(54).

Pour autant, la SFTF n'a pas réussi à devenir l'association représentative de tous les thérapeutes familiaux en France(55). Tous n'y adhèrent pas systématiquement et le site internet de la SFTF n'en répertorie que 203(56) fin 2021, alors que le site de l'association française de thérapie comportementale et cognitive dénombre 946 thérapeutes formés en TCC en France(57).

En 2004 l'Institut National de Santé et de la Recherche Médical (INSERM) publie une étude avec pour objectif d'évaluer les effets des psychothérapies afin d'« orienter les décisions en santé publique et répondre à l'exigence des patients souhaitant connaître l'efficacité des traitements proposés ». L'approche familiale et de couple y figure, car elle est considérée comme faisant partie des trois principales approches psychothérapeutiques (avec la psychanalyse et les thérapies cognitivo-comportementales). Elles ont en commun : « l'ancienneté et la solidité de leur conceptualisation théorique ; l'existence de formations spécifiques à leur pratique par des cliniciens ; leur utilisation répandue dans le domaine du soin »(1). L'approche systémique est alors officiellement reconnue en France.

Toutefois, malgré cette ancienneté et cette reconnaissance par des autorités publiques, des spécialistes tel que le Dr Marie Christine Cabié, chef du pôle de psychiatrie Paris 11 aux Hôpitaux de Saint Maurice, et membre du comité de rédaction de la revue *Thérapie Familiale*, pensent « que le modèle systémique et ses différentes applications sont insuffisamment enseignés, en médecine et à l'université en général »(58).

## B- En Alsace

Dans cette région, la pratique systémique, a pris du temps à s'implanter étant donné la présence importante de la psychanalyse, comme en témoignent deux systémiciens ayant contribué à son essor en Alsace :

« Dans l'ouest [...], et jusqu'en Bretagne, la TFS semblait être une pratique ou du moins une référence beaucoup plus courante qu'en Alsace chez les psychiatres, à côté du référentiel psychanalytique. La double casquette analyste systémicien n'avait rien de choquant. En Alsace, c'est resté très anecdotique chez les psychiatres, [...] depuis son arrivée dans les années 80, [elle] a surtout concerné le champ social. » (Dr P. Guingand).

« A l'époque [*dans les années 80*] pour les psychiatres et les psychologues, ce qui était sérieux c'était la psychanalyse. Certains lieux de prise en charge étaient très réticents à d'autres approches » (Mme F. Frieh-Bungert).

Pour autant, l'Alsace compte actuellement 2 organismes de formation longue en thérapie systémique :

-L'association de Recherches et d'Études Systémique sur les Communications Institutionnelles et Familiales (RESCIF)(59), créée le 1<sup>er</sup> décembre 1984 par, entre autres membres, Mme Francine Frieh-Bungert. Cette association propose des formations spécifiques diplômantes pour les psychologues ou les psychiatres sur une durée de 3 ans (272 heures) ainsi que des formations pour des non-thérapeutes sur 4 années (830 heures).

-Le réseau Institut Systémique de 3<sup>ème</sup> Génération (IS3G), créé en 2009 par Mme Francine Frieh-Bungert au moment de sa retraite de chez RESCIF. Des formations diplômantes, longues de 4 années, y étaient aussi proposées.

Mme Frieh-Bungert diminuant son activité, aucun nouveau cycle de formations longues ne verra le jour en 2022.

Un troisième organisme de formation existe à Strasbourg : La Grande Écluse. Créée en 1995 par trois femme : Marie-Christine Haan, Médecin responsable départemental à l'inspection d'Académie de Strasbourg, Marie-Hélène Gillig, adjointe aux Affaires Sociales de la ville de Strasbourg et Brigitte Doerflinger, Thérapeute familiale systémique, qui deviendra la directrice de ce Centre de Ressources et de Consultation Familiale jusqu'en 2007(60). En revanche, ce dernier ne propose pas de formations longues diplômantes mais des modules de 2 à 6 jours d'une durée totale de 114h regroupés en une « approche systémique et à l'entretien avec les familles »(61).

D'après un entretien avec Mme Frieh-Bungert, très peu de psychiatres ont été longuement formés dans les deux principaux organismes. Le public formé se compose principalement de travailleurs sociaux, d'infirmiers et de psychologues.

En France, après les 6 années communes à tous les médecins, les futurs psychiatres se spécialisent, en psychiatrie pendant 4 ans lors de l'internat à travers des stages de six mois à l'hôpital public. L'Alsace est dotée de six hôpitaux psychiatriques dans lesquels les internes effectuent leur formation. Nous allons voir quelle place occupe la systémie actuellement dans ces établissements.

### 1) Mulhouse (68)

L'hôpital de Mulhouse comporte une Unité de Consultation, de Recherche et d'Étude de la Famille (UCREF) au sein de son pôle de psychiatrie.

Cette unité créée en 2001 est actuellement dirigée par le Dr Juliette Foillot. Elle est composée de trois psychologues thérapeutes familiaux (formés auprès de Carole Gammer), une infirmière, une assistante sociale et une secrétaire.

L'équipe travaille avec un dispositif de glace sans tain. Des couples ou des familles sont accueillis par un binôme du lundi au vendredi de 9h à 17h pour des créneaux de consultations d'1h30.

### 2) Rouffach (68)

Une pratique systémique a lieu au niveau du pôle 8/9 de l'hôpital de Rouffach depuis 2015. Le chef de pôle ayant permis la mise en place de cette approche est le Dr Fabrice Duval.

Un binôme constitué d'une psychologue, Mme Michèle Fischetti, et d'une assistante sociale, toutes deux formées par l'association RESCIF, y reçoit des couples et des familles deux demi-journée par semaine. L'équipe travaille sans dispositif particulier.

### 3) Colmar (68)

L'hôpital de Colmar possède une équipe de thérapeute familiaux rattachée au pôle de psychiatrie. Cette équipe a vu le jour dans les années 1990 sous l'impulsion du psychologue Arnold Pfaff.

Actuellement, un binôme de thérapeutes reçoit la famille en séance, et un ou plusieurs co-thérapeutes dans la pièce voisine visionnent la séance. Un dispositif de retransmission vidéo en direct est en place pour pallier l'absence de glace sans tain. L'équipe est composée de 3 psychologues dont deux, Mme Céline Doll et Mme Julie Breton, formées auprès de l'IS3G créé par Mme Francine Friehe-Bungert. Un après-midi par semaine est réservé à l'accueil des familles.

De plus, l'hôpital de jour addictologique, Libert'add(62), propose, selon les situations cliniques, des prises en charge systémiques familiales ou de couple. Le psychiatre référent actuel est le Dr Pascal Guingand, formé en thérapie familiale à RESCIF en 2001. Ce psychiatre addictologue exerçait auparavant dans l'hôpital d'Erstein (67).

### 4) Brumath (67)

Le secteur G01 possède des locaux situés dans l'hôpital de jour psychiatrique pour adultes de Bischwiller. Ces derniers abritent depuis les années 1990 une unité de

thérapie familiale sous la direction du Dr Patrick Jury. Il travaille avec des familles en binôme avec Mme Christine Boucher, une infirmière formée auprès de RESCIF.

Un thérapeute accueille la famille ou le couple pendant que le co-thérapeute supervise la séance derrière une glace sans tain. Des rendez-vous d'1h30 sont proposés les lundis et mercredis après-midi à 17h.

## 5) Erstein (67)

Au niveau du Centre Hospitalier d'Erstein, les débuts de la systémie se sont faits aux alentours de 1998 sous l'impulsion du Dr Pascal Guingand soutenu par son chef de l'époque le Dr Jacques Bataillon. La psychologue, Mme Colette Perrotin, actuellement toujours en poste à Erstein, s'est formée en même temps que le Dr Guingand auprès de RESCIF en 2001.

En 2021, sur l'ensemble de ses 3 pôles, 2 pour adultes et un de pédopsychiatrie, l'hôpital d'Erstein compte une dizaine de professionnels formés en TFS.

Les interventions se font en intra et en extra hospitaliers. La plupart des CMP des pôles étant dotés de salle avec des glaces sans tain.

Les thérapeutes travaillent pour la plupart en binôme et reçoivent les familles sur deux demi-journées par semaine dans les différents lieux de consultations.

Les équipes bénéficient de dix demi-journées par an de supervision assurées depuis 2021 par Mme Mitzy Seille, directrice de l'association La Grande Écluse à Strasbourg.

## 6) Strasbourg (67)

Au Centre Hospitalier Universitaire, un dispositif de thérapie familiale a vu le jour en septembre 2019 au Centre d'Accueil Médico-Psychologique pour Adolescents (CAMPA) puis s'est étendu et mutualisé avec la Maison Des Adolescents (MDA) depuis 2020. Les médecins responsables validant les prises en charge sont le Dr Julie Rolling pour le CAMPA et le Dr Vincent Berthou pour la MDA. Le tout étant coordonné par le Professeur Carmen M. Schröder.

Un binôme, basé au CAMPA reçoit les familles quatre demi-journées par semaine : lundi après-midi, mercredi journée et vendredi après-midi. Ce dernier est composé de Mme Sylvie Carré, infirmière formée auprès de La Grande Écluse, et M. Sébastien Dupont, thérapeute familial formé à l'APRTEF. Le Dr Corinne David, médecin de l'Éducation Nationale intervenant à la MDA et formée par La Grande Écluse, prend part ponctuellement aux entretiens de thérapie familiale.

Actuellement l'équipe fonctionne en étant dans la même pièce, car les locaux ne disposent pas de glace sans tain, et il n'y a pas de bureaux adjacents disponibles malgré un matériel de retransmission vidéo utilisable.

Au final, en Alsace, des équipes de thérapies familiales se retrouvent dans plusieurs lieux de stage des futurs psychiatres.

## VII- Étude

### A- Problématique

Comme nous venons de le voir dans le début de notre travail, la prise en charge en thérapie familiale systémique (TFS) de personnes présentant des troubles de santé mentale est une pratique qui gagne à être mise en place.

Il nous semble pourtant qu'en Alsace peu de psychiatres aient recours à cette approche psychothérapeutique.

Le but de notre étude était d'explorer la place de la thérapie familiale systémique dans les outils thérapeutiques à la disposition des psychiatres hospitaliers et libéraux dans les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin (correspondant à l'ancienne Région Alsace).

Dans un second temps nous nous sommes interrogés sur le lien possible entre la formation des psychiatres et leur sensibilité à la TFS.



## B- Matériel et méthodes

### 1) Schéma de l'étude

Nous avons mené une étude épidémiologique descriptive transversale du 24 novembre 2020 au 11 janvier 2021.

### 2) Population cible

La population étudiée était l'ensemble des médecins psychiatres hospitaliers et libéraux d'Alsace, en intégrant les psychiatres ayant terminés leur internat mais non thésés. Nous avons utilisé les listes d'e-mail des hôpitaux pour les psychiatres hospitaliers. Les psychiatres libéraux ont été référencés d'après les tableaux des conseils départementaux de l'ordre des médecins du Haut-Rhin et du Bas-Rhin, puis joints individuellement par téléphone dans le but d'obtenir leur courriel.

### 3) Questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire à l'aide du logiciel d'enquête statistique *LimeSurvey*. Précédé d'un texte de présentation, il comprenait 23 questions, dont 4 sous questions selon les réponses précédentes, le tout réparti en 5 catégories (annexe I).

Dans un souci d'obtenir un taux de réponses élevé, le questionnaire comprenait une photographie attrayante dans le texte d'introduction(63), ainsi qu'une contrepartie non monétaire finale annoncée dès l'introduction sans pour autant induire un biais de sélection(64).

Ce questionnaire a été diffusé à tous les psychiatres de la population cible via leur adresse e-mail.

Nous avons priorisé ce type de recueil de données plutôt qu'un envoi de courrier, d'une part en raison du coût moindre, d'autre part en raison de la généralisation de l'emploi du courriel de nos jours. Cela a également permis de diminuer le temps de saisie des données. Les réponses ont été collectées de façon totalement anonyme.

#### 4) Tests statistiques

Les données brutes ont été collectées à partir du logiciel *LimeSurvey* puis traitées avec l'aide de Mme Lucile Haumesser, ingénieure statisticienne CHU de Strasbourg.

Pour comparer les variables le test du Chi2 a été utilisé lorsque cela était possible et le test exact de Fischer dans les autres cas.

## C- Résultats

### 1) Échantillon de l'étude et nombre de réponses

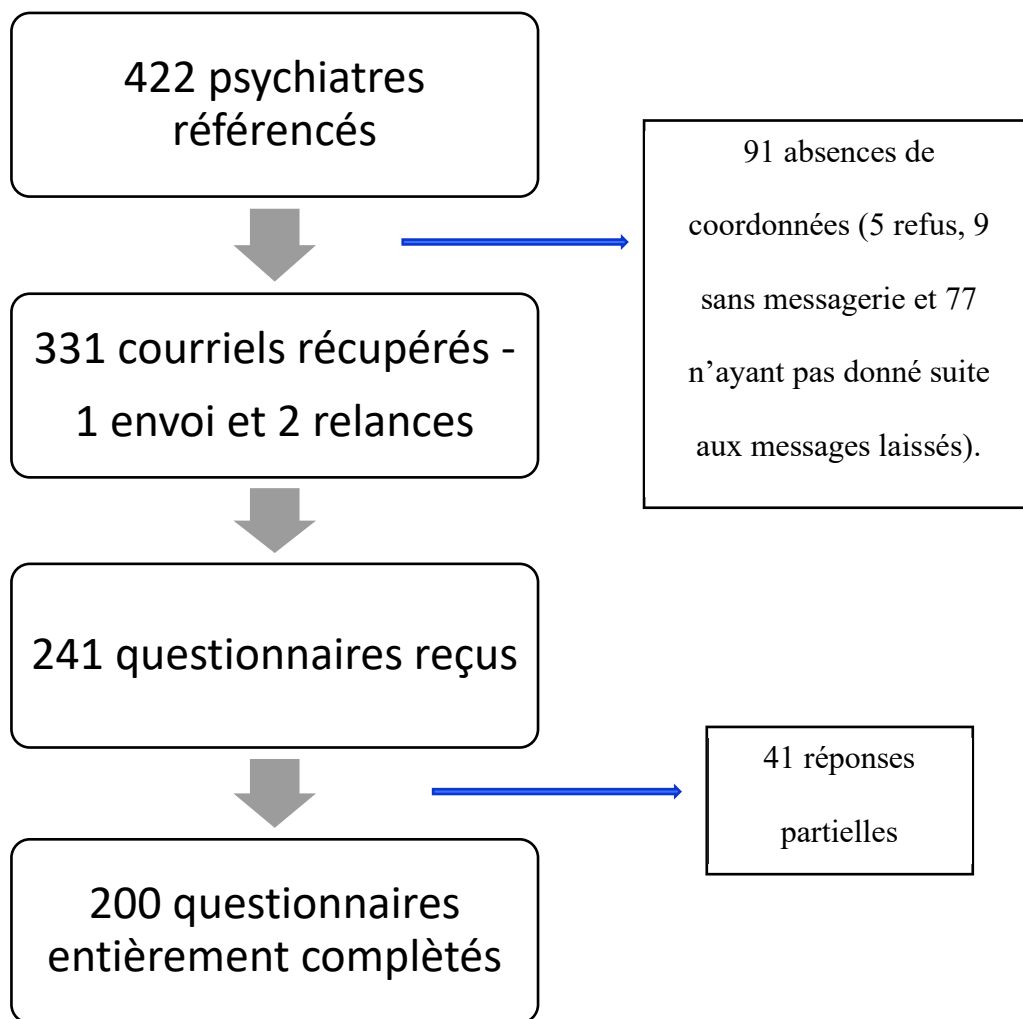


Figure 2 : Diagramme de flux

Nous avons récolté 331 adresses e-mail sur 422 psychiatres référencés : ce qui représente 78,4% d'adresse mails récupérées.

Après un premier envoi (le 24 novembre 2020) et 2 relances (le 4 décembre et le 14 décembre), 241 questionnaires nous sont revenus dont 41 remplis partiellement.

Nous avons donc analysé 200 questionnaires sur les 331 envoyés, 60,4%.

Les 200 réponses complètes représentent un taux de réponse de 47,4% par rapport à la population cible des 422 psychiatres référencés (cf. Figure 2 Digramme de flux).

## 2) Analyse descriptive des réponses

*Q1 : Quelle est votre identité de genre ?*

95 (47,5%) répondants se définissaient de genre féminin, 104 (52%) de genre masculin et 1 (0,5%) de genre non binaire.

*Q2 : Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?*

56 (28%) avaient entre 25 et 35 ans

47 (23,5%) avaient entre 36 et 45 ans

36 (18%) avaient entre 46 et 55 ans

58 (29%) avaient entre 56 et 75 ans

3 (1,5%) avaient supérieur à 75 ans

*Q3 : Avec quel type de population travaillez-vous ?*

23 (11,5%) travaillaient avec un public type mères / nourrissons

51 (25,5%) travaillaient avec des enfants

123 (61,5%) travaillaient avec une population type adolescents/jeunes adultes

167 (83,5%) travaillaient avec un public adulte

82 (41%) travaillaient avec des personnes âgées

4 (2%) avaient un autre type de public (autistes, patients présentant une déficience mentale, et famille)

Remarque : plusieurs réponses étaient possibles.

*Q4 : Quel est votre lieu d'exercice ?*

87 travaillaient en intra hospitalier : 43,5%.

94 travaillaient en Centre Médico-Psychologique (CMP) : 47%

42 avaient une autre activité en psychiatrie publique : 21%

80 travaillaient en cabinet libéral : 40%

4 exerçaient en clinique psychiatrique privée : 2%

15 étaient en milieu associatif : 7,5%

16 psychiatres avaient d'autres lieux d'exercice : 8%

(Hôpital de Jour (x2), CSAPA, SSR Nutrition, Médico-social (x3), Unité mobile de crise psychiatrique, Établissement pénitentiaire, Protection de l'enfance, EHPAD, USN1, Maison des Adolescents, Liaison en pédiatrie, Centre psycho-trauma).

Remarque : plusieurs réponses étaient possibles.

*Q5 : Dans quel(s) département(s) exercez-vous ?*

138 (69%) psychiatres travaillaient dans le Bas-Rhin, 61 (30,5%) dans le Haut-Rhin et 1 psychiatre (0,5%) avait une activité sur les deux départements.

*Q6 : Dans quelle région avez-vous fait votre internat ?*

147 (73,5%) des psychiatres répondants avaient effectué leur internat en Alsace.

51 (25,5%) des psychiatres répondants avaient effectué leur internat dans une autre région de France.

12 (6%) des psychiatres répondants avaient effectué leur internat dans un autre pays.

Remarque : certains psychiatres avaient commencé leur internat à un endroit en le terminant ailleurs.

*Q7 : En quelle année avez-vous obtenu votre thèse ?*

Les années d'obtention de la thèse étaient réparties de la manière suivante :

Entre 1970 et 1980 : 12 (6%)

Entre 1981 et 1990 : 36 (18%)

Entre 1991 et 2000 : 35 (17,5%)

Entre 2001 et 2010 : 39 (19,5%)

Entre 2011 et 2020 : 75 (37,5%)

Remarque : deux personnes ne l'avaient pas encore soutenue, et une personne n'a pas souhaiter en indiquer la date.

*Q8 : Quel(s) est(sont) votre(vos) type(s) d'orientation(s) thérapeutique(s) ?*

22 (11%) psychiatres étaient orientés vers l'hypnose.

96 (48%) des psychiatres avaient une formation psychanalytique.

108 (54%) des répondants étaient formés à la psychopharmacologie.

55 (27,5%) psychiatres avaient une orientation vers la thérapie cognitivo-comportementale.

28 (14%) des répondants avaient une orientation vers de la thérapie familiale systémique.

39 (19,5%) des psychiatres avaient une orientation de type thérapie interpersonnelle.

38 (19%) des répondants avaient d'autres orientation thérapeutiques (cf. annexe II).

Remarque : plusieurs réponses étaient possibles.

*Q9 : Quel est votre cursus universitaire ?*

La majorité des psychiatres répondants, 173 (86,5%) avaient un DES de psychiatrie, 30 (15%) avaient un DESC de pédopsychiatrie et 4 (2%) un DESC d'addictologie.

35 (17,5%) psychiatres avaient un cursus autre (cf. annexe III)

Remarque : plusieurs réponses étaient possibles.

*Q10 : La thérapie familiale a-t-elle fait l'objet d'un enseignement au cours de votre formation ?*

Un peu moins de la moitié des psychiatres répondants, 88 (44%), n'avaient pas bénéficié d'un enseignement de thérapie familiale. En revanche, 76 (38%) avaient eu une présentation générale obligatoire et 48 (24%) une initiation optionnelle lors de leur internat.

*Q11 : Dans votre pratique, quelle place donnez-vous à la rencontre avec les familles ?*

26 (13%) psychiatres répondants recevaient les patients uniquement en individuel.

175 (87,5%) psychiatres recevaient des patients en individuel et parfois des membres de leur famille.

24 psychiatres (12%) pratiquaient la thérapie familiale.

13 (6,5%) répondants animaient des groupes pour les proches et 18 (9%) des ateliers de psychoéducation.

22 (11%) accordaient une autre place aux familles (cf. annexe IV).

*Q12 : Selon vous, une formation particulière est-elle nécessaire pour pratiquer de la thérapie familiale ?*

194 (97%) répondants estimaient qu'une formation est nécessaire pour pratiquer de la thérapie familiale. Les 6 (3%) restants ne jugeaient pas nécessaire la formation.

*Q13 : Selon vous, quelles seraient les indications à une thérapie familiale ?*

93 (46,5%) estimaient que les troubles psychotiques sont une indication à une thérapie familiale, 155 (77,5%) l'estimaient pour des troubles du comportement alimentaire, 96 (48%) pour des troubles anxieux et 123 (61,5%) pour des troubles addictifs.

La moitié, soit 100 (50%) répondants suggéraient de la thérapie familiale lors de dépression.

L'indication à de la thérapie familiale venait à l'esprit de 147 (73,5%) psychiatres lors de problèmes de couple, de 145 (72,5%) lors de difficultés de communication et de 159 (79,5%) lors de conflits relationnels.

38 (19%) proposaient d'autres indications (cf. annexe V).

Remarque : plusieurs réponses étaient possibles.



*Q14 : Pensez-vous que la thérapie familiale soit utile dans certaines situations cliniques ?*

Une personne (0,5%) estimait que la thérapie familiale n'avait pas d'utilité quelle que soit la situation clinique.

16,5% pensaient que la plupart du temps la thérapie familiale avait son utilité, 65% l'estimaient souvent et 18% rarement.

*Q14bis : Si oui, quels peuvent être les freins à en parler aux patients ?*

Les freins à évoquer de la thérapie familiale aux patients étaient réparti de la façon suivante :

L'absence d'accessibilité dans le secteur représentait 29,5% des réponses.

43% ne savaient pas vers quel lieu orienter le patient, tandis que 38% souhaitaient privilégier un suivi individuel en premier lieu.

L'appréhension d'un refus représentait 7,5% des réponses.

D'autres freins avaient été exprimés par 41 (20,5%) psychiatres (cf. annexe VI).

*Q15 : Comment envisagez-vous l'articulation entre la thérapie familiale et le suivi individuel ?*

0,5% envisageaient de la thérapie familiale en premier lieu et 5% de la thérapie individuelle d'abord. 26,5% estimaient les deux suivis possibles en parallèle et 66,5% jugeaient selon les situations.

1,5% ne pensaient pas que la thérapie familiale ait une utilité.

*Q16 : Comment procédez-vous à l'orientation vers la thérapie familiale ?*

34,5% des répondants communiquaient des informations à l'oral uniquement.

33,5% transmettaient des coordonnées écrites.

16% rédigeaient un courrier ou passaient un appel en plus des coordonnées écrites.

16% n'orientaient pas vers de la thérapie familiale.

*Q17 : Vers quels types de dispositifs de thérapie familiale orientez-vous les familles ?*

L'orientation vers de la thérapie familiale se faisait pour 27,5% des cas vers du libéral, pour 31,5% vers de l'associatif et pour 42% vers de l'hospitalier.

37% des répondants laissaient libre choix aux patients, tandis que 15,5% n'orientaient pas vers de la thérapie familiale.

Remarque : plusieurs réponses étaient possibles.

*Q18 : Êtes-vous formé(e) à la thérapie familiale ?*

87,5% des répondants n'étaient pas formés à la thérapie familiale, les 12,5% restants s'estimaient l'être (cf. annexe VII).

*Q18bis : Pratiquez-vous des séances de thérapie familiale ?*

Parmi les répondants formés, 64% pratiquaient de la thérapie familiale et 36% ne le faisait pas.

*Q18ter : Pour quelle(s) raison(s) ne pratiquez-vous pas des séances de thérapie familiale malgré votre formation ?*

La raison principale d'absence de pratique malgré la formation était le manque de temps (66%), venaient ensuite dans les mêmes proportions (11%) les locaux non adaptés et la rémunération jugée peu attrayante.

Aucun thérapeute n'exprimait le refus des patients comme raison de l'absence de pratique.

4 psychiatres avaient exprimé d'autres raisons :

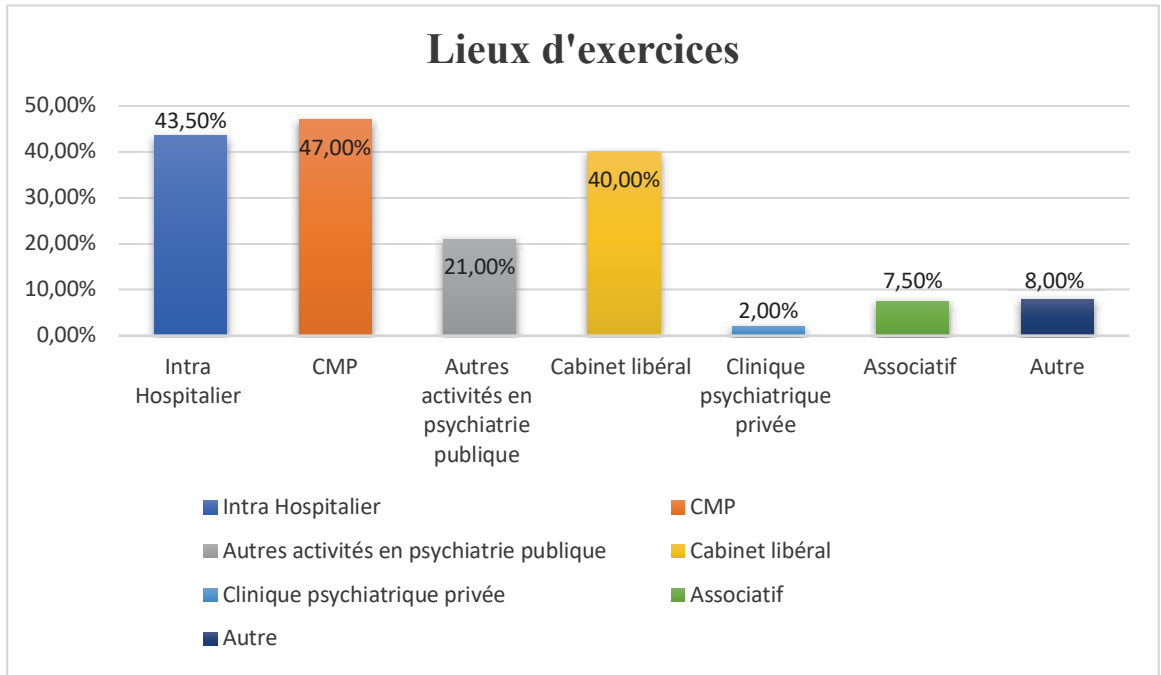
- Dispositif, méthodologie lourde, et financement de l'équipe pas assuré
- L'indication ne s'est pas présentée
- Souhait de travailler avec d'autres thérapeute pour ces séances
- Pas assez d'expérience

*Q19 : Seriez-vous intéressé(e) par une formation à la thérapie familiale en Alsace ?*

Parmi les répondants non formés à de la thérapie familiale, 60% se disaient intéressés par une formation en thérapie familiale en Alsace. Les 40% restant ne l'étaient pas pour différentes raisons (cf. annexe VIII).

#### *a- Données générales*

Les psychiatres répondants étaient majoritairement bas-rhinois (69%) et avaient fait leur internat en Alsace (73,5%). On retrouvait une quasi-parité dans l'identité de genre (47,5%-52%), seule une personne ne se définissait pas selon la norme de genre binaire. Les lieux d'exercices étaient majoritairement répartis entre de l'activité intra hospitalière, du CMP et du libéral (cf. Figure 3).



*Figure 3 : Répartition des lieux d'exercices des psychiatres répondants*

La psychanalyse, la psychopharmacologie et la thérapie cognitivo-comportementale représentaient les trois types orientations thérapeutiques pratiqués par plus de 25% des psychiatres pour chacune d'elle (cf. Figure 4). Parmi les répondants, 9% évoquaient n'être formés qu'en psychopharmacologie et 1,5% n'avaient pas de type d'orientation thérapeutique particulier.

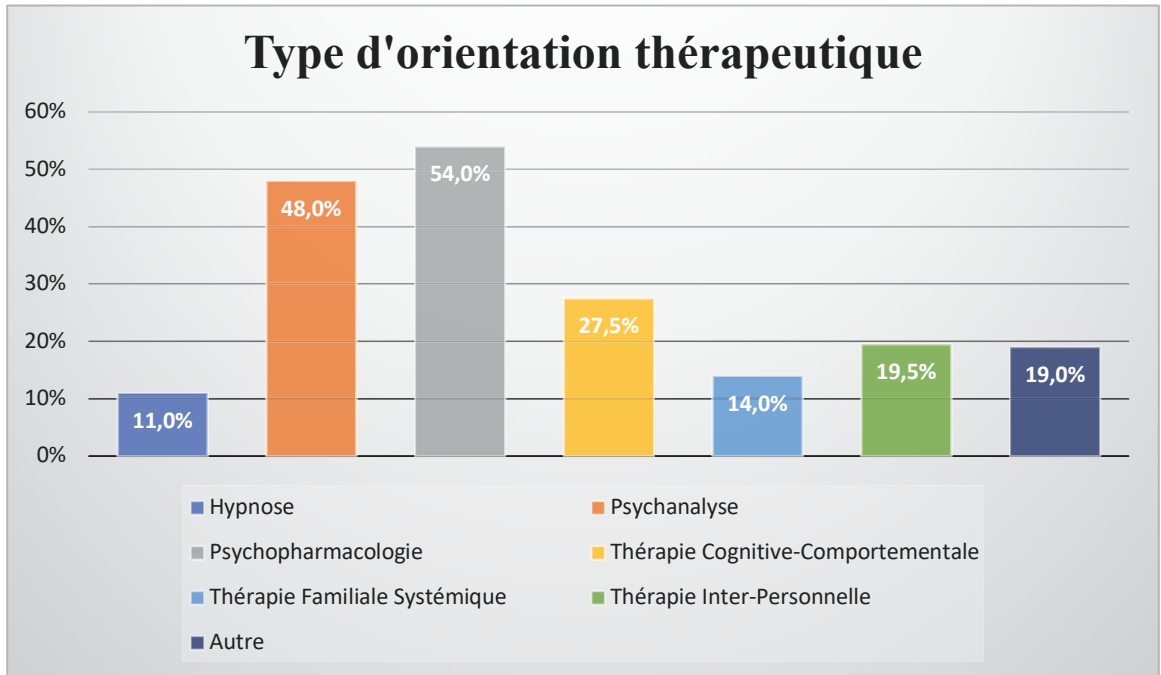
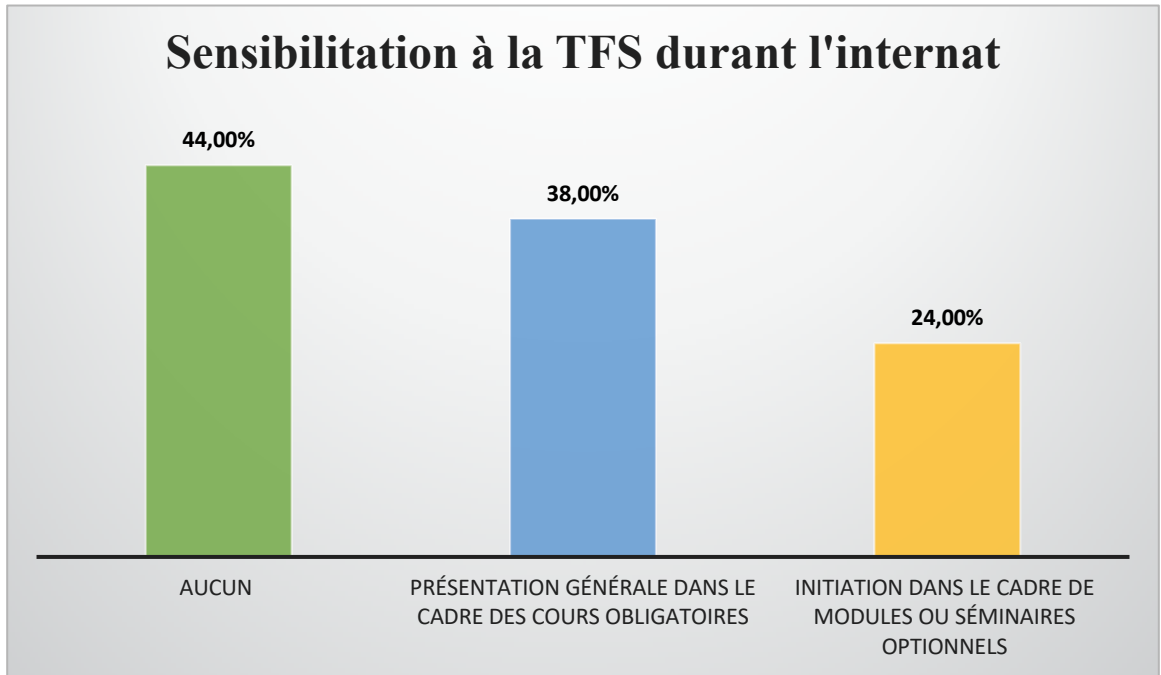


Figure 4 : Répartition des types d'orientations thérapeutiques.

#### *b- Sensibilisation à la TFS*

Plus de la moitié (56%) des répondants avaient bénéficié d'un enseignement obligatoire ou optionnel en TFS durant leur internat (cf. Figure 5), mais seulement 12,5% y était formés.



*Figure 5 : Les sensibilisations à la systémie durant l'internat.*

#### *c- Freins à l'orientation en TFS*

Parmi les répondants, 81,5% estimaient que la TFS pouvait souvent, voire très souvent, être utile dans différentes situations cliniques. Or 29,5% n'adressaient pas par déficit d'accessibilité dans le secteur et 43% par défaut de connaissance de lieu d'orientation (cf. Figure 6).

Le troisième frein majeur retrouvé dans l'absence d'adressage vers de la TFS était celui de privilégier un suivi individuel en premier lieu. En effet, alors même qu'ils pensaient à une thérapie systémique, 38% des répondants préféraient privilégier un suivi individuel en premier lieu.

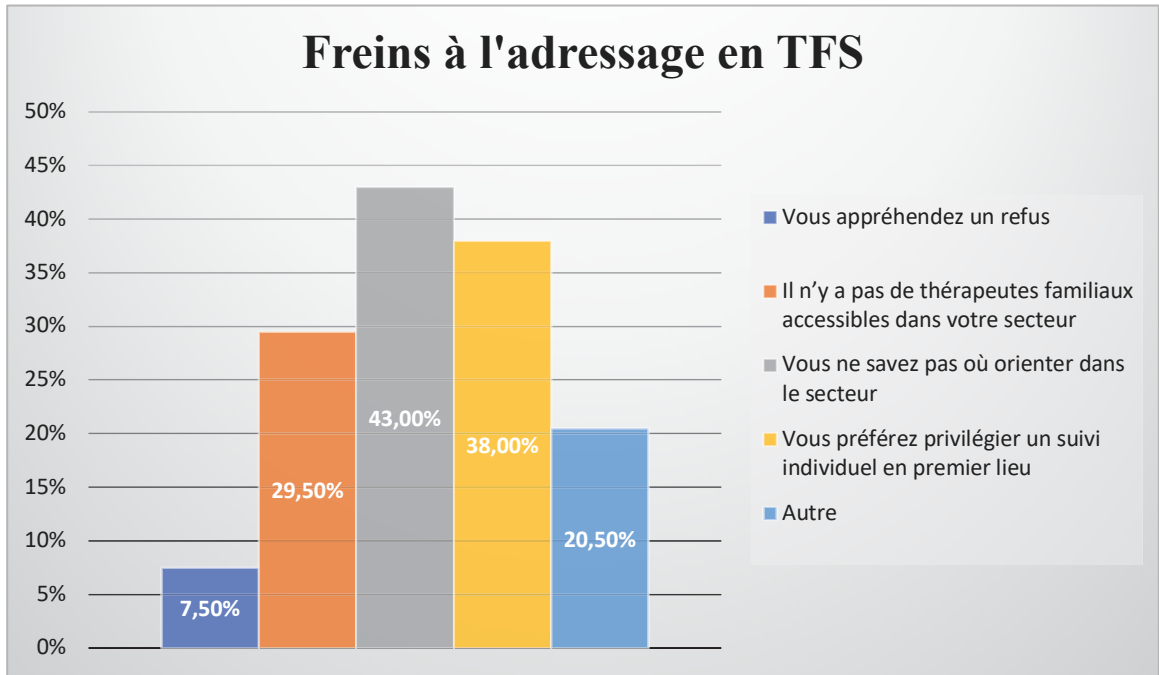


Figure 6 : Répartition des freins à l'adressage en systémie.

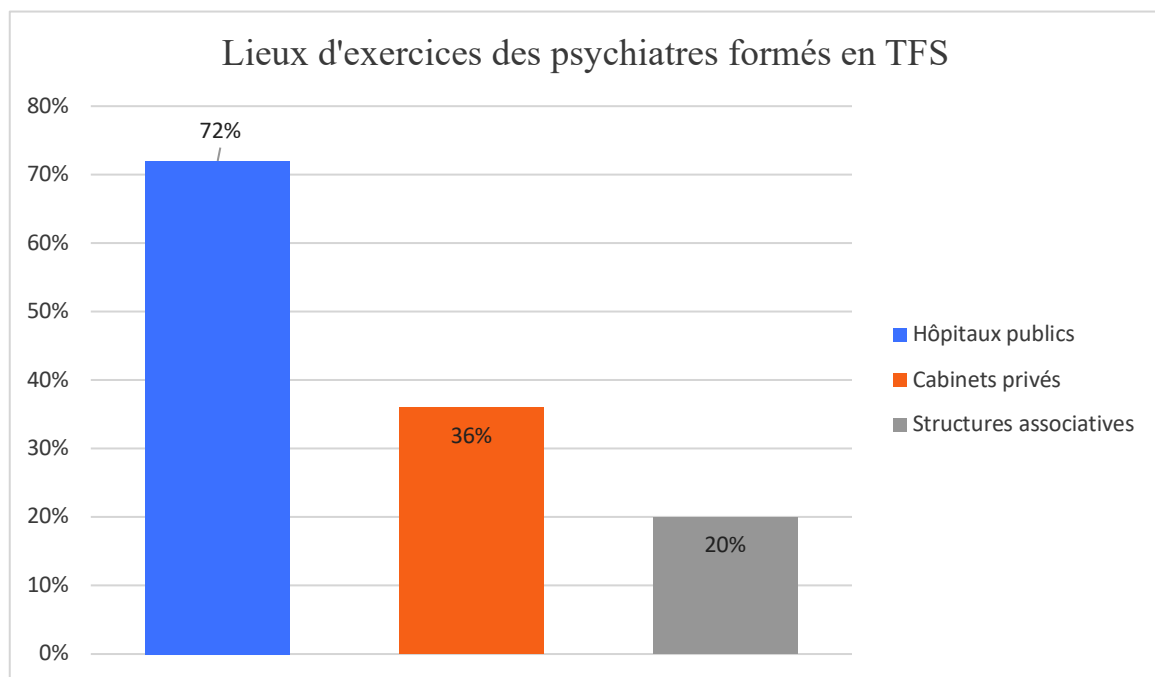
Les autres freins mentionnés par les répondants étaient répartis de la manière suivante :

Tableau 2 : Autres freins à l'adressage en systémie

<i>Autres types de freins proposés par les répondants</i>	<b>Pas de freins</b>	<b>Pas de temps pour en parler</b>	<b>Patient peu sensible à l'approche systémique</b>	<b>Thérapeutes familiaux non disponibles / délais trop long</b>	<b>Difficulté de mobiliser l'entourage familial</b>	<b>Pour une question de finances</b>
<i>Pourcentages</i>	45%	5%	12,5%	22,5%	2,5%	5%

*d- Absence de la mise en pratique de la systémie*

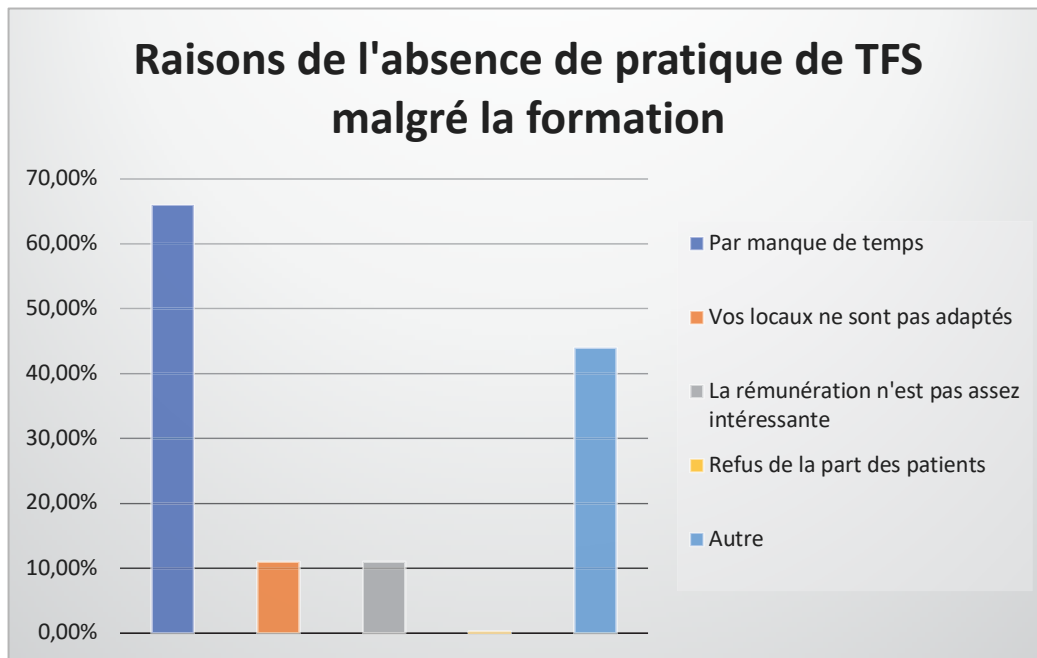
Parmi les psychiatres répondants s'estimant formés à la TFS, une grande majorité travaillaient dans les hôpitaux publics (intra hospitalier ou CMP), les autres se trouvaient en cabinet privé et en structures associatives, certains cumulant plusieurs modes d'exercice.



*Figure 7 : Répartition des psychiatres formés à la systémie selon leur lieu d'exercice*

Toutefois, malgré une formation, plus d'un tiers (36%) des psychiatres thérapeutes familiaux ne pratiquent pas, cela essentiellement par manque de temps.





*Figure 8 : Les raisons de l'absence d'exercice de la systémie malgré une formation.*

La rémunération peu attrayante et des locaux non adaptés étaient deux autres raisons retrouvées dans les mêmes proportions. Le refus de la part des patients n'était pas une raison évoquée par les thérapeutes formés pour l'absence de pratique de leur psychothérapie.

Parmi les autres raisons évoquées par les psychiatres formés sur l'absence de pratique de séances de systémie se trouvaient :

- Un dispositif, une méthodologie lourde, et un financement de l'équipe non assuré
- L'absence d'indication dans la pratique
- Le souhait de travailler avec d'autres thérapeutes pour ces séances
- Le manque d'expérience

*e- Disparités de formation en TFS*

Parmi les 12,5% de psychiatres s'estimant formés à la TFS, il règne des différences en termes de formation. En effet, certains de ces derniers n'ont pas bénéficié de formation longue en psychothérapie d'orientation systémique, mais se considéraient tout de même formés à cette approche (cf. annexe VII). D'autres étaient formés à une pratique différente de la systémie. Les répartitions des diversités de formations sont répertoriées dans le tableau 3 :

*Tableau 3 : Disparités dans les types de formations en TFS*

<i>Type de formation</i>	<b>Thérapies différentes de la TFS</b>	<b>Pas de formation longue</b>	<b>Formation semblant complète</b>	<b>Pas d'informations</b>
<i>Pourcentages</i>	8%	40%	48%	4%

### *f- Analyses croisées*

Pour explorer la sensibilité de psychiatres à la TFS selon leur formation globale, on comparera les réponses aux questions Q13 « *Selon vous, quelles seraient les indications à une thérapie familiale ?* » aux réponses aux questions Q8 « *Quel(s) est(sont) votre(vos) type(s) d'orientation(s) thérapeutique(s) ?* », Q9 « *Quel est votre cursus universitaire ?* » et Q10 « *La thérapie familiale a-t-elle fait l'objet d'un enseignement au cours de votre formation ?* ».

On considèrera que les indications adaptées à une TFS étaient toutes les réponses proposées à la question 13, à savoir : les troubles psychotiques, les conflits relationnels, les troubles du comportement alimentaire, les dépressions, les troubles addictifs, les difficultés de communication, les troubles anxieux et les problèmes de couples.

Seuls les résultats statistiquement significatifs seront rapportés ici.

#### Concernant l'orientation psychothérapeutique :

-Le fait d'être formé en TCC a un impact en ***faveur*** d'une indication à la TFS pour les **TCA** ( $p = 0,003$  et  $OR = 3,81$ ), les **addictions** ( $p = 0,002$  et  $OR = 2,91$ ), les **troubles dépressifs** ( $p = 0,017$  et  $OR = 2,15$ ), les **problématiques de couple** ( $p = 0,039$  et  $OR = 2,23$ ), les **difficultés de communication** ( $p = 0,0024$  et  $OR = 2,37$ ), les **troubles anxieux** ( $p = 0,036$  et  $OR = 1,95$ ) et les **conflits relationnels** ( $p = 0,030$  et  $OR = 2,60$ ).

-Le fait d'être formé en hypnose a lui, une répercussion en ***faveur*** d'une indication à une TFS face à un **trouble anxieux** ( $p = 0,003$  et  $OR = 4,26$ ) ou un **TCA** ( $p = 0,014$  et  $OR = 6,90$ ).

-L'orientation psychanalytique à un impact en *défaveur* d'une indication à la TFS lors de **TCA** ( $p = 0,012$  et  $OR = 0,42$ ), **d'addiction** ( $p = 0,008$  et  $OR = 0,46$ ), de **dépression** ( $p = 0,011$  et  $OR = 0,48$ ), de **problématique de couple** ( $p < 0,001$  et  $OR = 0,26$ ), de **difficultés de communication** ( $p = 0,002$  et  $OR = 0,37$ ) et de **conflits relationnels** ( $p < 0,001$  et  $OR = 0,26$ ).

Pour ce qui est du cursus universitaire :

-Un DES de psychiatre à un impact en *faveur* d'une indication sur *l'indication* à une TFS face à un **trouble dépressif** ( $p = 0,021$  et  $OR = 2,71$ ).

-Un DESC d'addictologie à un impact en *défaveur* d'une indication à une TFS pour des **difficultés de communication** ( $p = 0,046$  et  $OR = 0,12$ ).

Par rapport à la sensibilisation à la TFS pendant l'internat :

-Une présentation obligatoire à un impact en *faveur* d'une indication d'une TFS lors de **troubles psychotiques** ( $p = 0,025$  et  $OR = 1,93$ ) de **TCA** ( $p = 0,011$  et  $OR = 2,60$ ), **d'addictions** ( $p = 0,028$  et  $OR = 1,96$ ) et de **troubles dépressifs** ( $p = 0,019$  et  $OR = 1,99$ ).

-Une initiation optionnelle à un impact en *faveur* d'une indication à une TFS face à un **TCA** ( $p = 0,046$  et  $OR = 2,42$ ), et des **addictions** ( $p = 0,003$  et  $OR = 3,00$ ).

-L'absence de sensibilisation à la TFS à un impact statistiquement significatif en **défaveur** d'une indication à une TFS lors d'un TCA ( $p = 0,002$  et  $OR = 0,34$ ), d'une **addiction** ( $p = 0,001$  et  $OR = 0,38$ ), d'une **dépression** ( $p = 0,022$  et  $OR = 0,52$ ) ou de **difficultés de communication** ( $p = 0,013$  et  $OR = 0,45$ ).

Aucuns résultats significatifs pour les psychiatres formés en TFS n'ont été retrouvés.

En revanche ceux formés en TCC trouvaient une grande proportion d'indications adaptées à une TFS selon les troubles rencontrés. Ceux formés à l'hypnose également, mais en moindre mesure.

Au contraire, les psychiatres répondant formés en psychanalyse avaient tendance à ne pas orienter vers de la TFS.

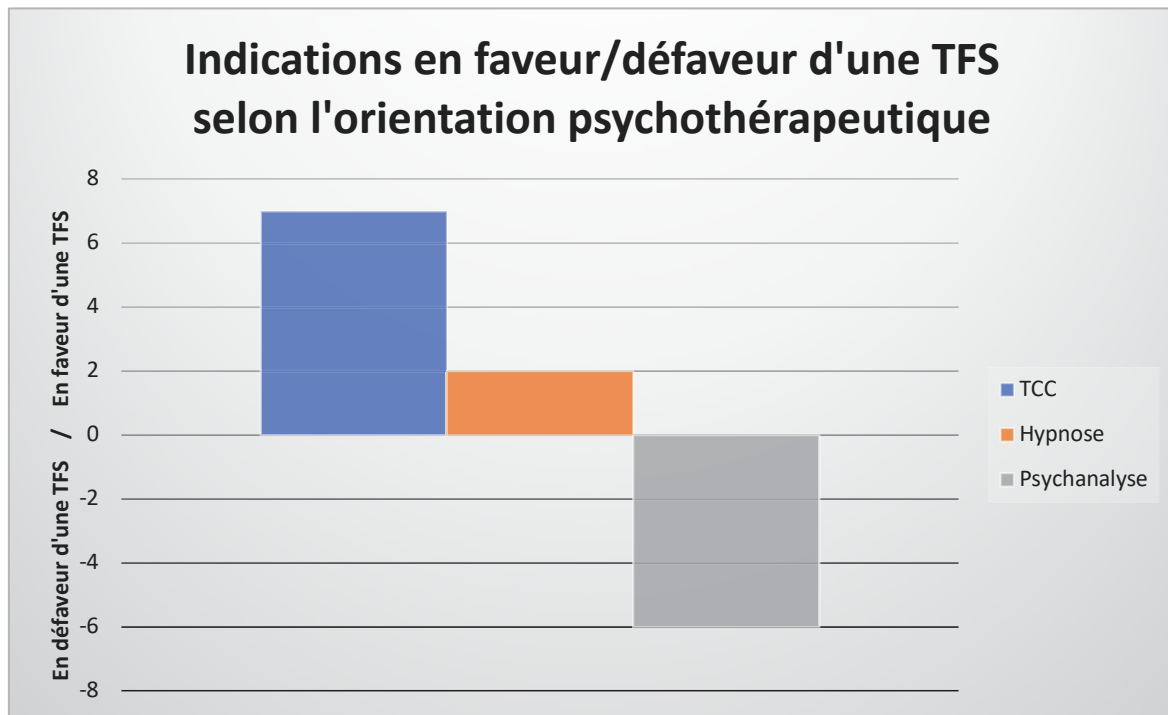
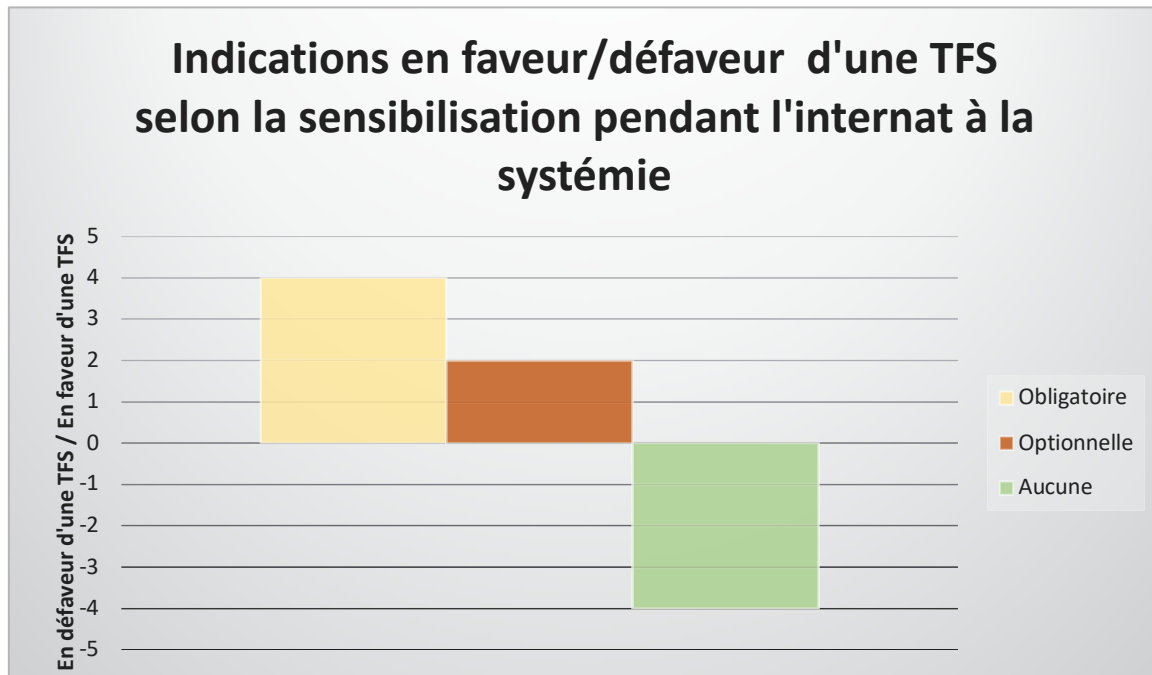


Figure 9 : Impacts d'indication à une TFS selon l'orientation psychothérapeutique.

Une sensibilisation optionnelle ou obligatoire à la TFS lors de l'internat entraînant un adressage adapté des psychiatres vers ce type de psychothérapie.

En revanche, lorsqu'ils n'y étaient pas du tout sensibilisés, les psychiatres de l'échantillon ne trouvaient pas d'intérêt à une indication en TFS dans des situations pourtant appropriées.



*Figure 10 : Impacts d'indication à une TFS selon la sensibilisation à la systémie durant l'internat.*

## D- Discussion

Notre étude descriptive, ainsi que le questionnaire quantitatif sur lequel elle repose est innovant dans la région.

Par ailleurs, nous avons retrouvé un autre travail de thèse en lien avec la thérapie familiale intitulé : « Les Psychiatres et la Thérapie Familiale en Région Centre - Enquête auprès de 125 psychiatres »(65). Des éléments de comparaisons pourront être relevés.

### 1) Psychiatres et psychothérapies

Parmi les psychiatres répondants non formés à la TFS, **60%** se disaient être intéressés par une formation en Alsace. Pourtant la ville de Strasbourg possède deux lieux délivrant des formations diplômantes en thérapie familiale systémique : l'association RESCIF(59) et le réseau IS3G.

Ces lieux étant hors de la structure universitaire dans laquelle les psychiatres se forment, on peut penser que ces derniers n'en ont pas connaissance.

En revanche, au sein des 25 psychiatres s'estimant formés à la TFS (12,5%) : il ressort que **40%** d'entre eux n'avaient eu que des initiations courtes, non diplômantes et **8%** avaient bénéficiés d'un autre type de formation : médiation familiale et analyse transactionnelle (cf. tableau 3). Ils étaient pourtant 97%, parmi tous les répondants, à estimer qu'une formation particulière était nécessaire pour pratiquer de la thérapie familiale.

Ceci pourrait être dû à un biais dans la formulation de la question, nous aurions pu préciser que nous pensions à une formation longue diplômante.

Cette découverte interroge quant à la perception que peuvent avoir certains psychiatres sur les formations en psychothérapie. Le fait d'être considéré d'emblée comme psychothérapeute sans avoir suivi de formation diplômante y joue peut-être un rôle. Ce constat est également retrouvé par Aude Van Effenterre et son équipe dans un article de 2012 en lien avec une enquête nationale auprès des internes de psychiatrie en France : « C'est pourtant un très mauvais signal que de laisser à penser [...] que la psychothérapie est une pratique qui n'appelle pas forcément une formation rigoureuse et de haut niveau, qui peut relever d'un bricolage »(4).

Dans les pays limitrophes à la France, la formation en psychothérapie est bien souvent intégrée au cursus des médecins psychiatres, prenons les exemples de l'Allemagne et de la Suisse.

En Allemagne, une formation obligatoire en psychothérapie est incluse dans le cursus du futur psychiatre. Trois psychothérapies avec une efficacité clinique prouvée par des études scientifiques sont proposées : la thérapie psychodynamique, la Thérapie Cognitivo-Comportementale et l'approche centrée sur la personne. La formation comporte : 120 heures de cours théorique et 120 heures de pratique dans la psychothérapie principale (TCC ou psychanalyse) avec supervision. S'y ajoute soit 80 heures de co-thérapie soit 100 heures de présentation de cas dans la psychothérapie secondaire. De plus, les futurs psychiatres doivent être formés à une méthode de relaxation d'efficacité scientifiquement prouvée. La participation à des groupes Balint ou équivalent pendant 35 heures ainsi qu'un travail sur soi de 70 heures en groupe ou de 15 heures en individuel font également partis de la formation(5,66).



En Suisse, la formation en psychothérapie des psychiatres est règlementée par l'Institut Suisse pour la Formation Médicale (ISFM) et comprend trois parties.

Une partie théorique sur les trois principales psychothérapies (psychanalytique, systémique et cognitivo-comportementale) de 12 crédits par psychothérapie. Un crédit correspondant à un enseignement de 40 et 60 minutes. S'y ajoute 180 crédits d'approfondissement dans une des trois psychothérapies.

Une seconde partie dite de supervision de psychothérapie comprenant 150 heures dont au moins 15 heures en individuel et au maximum 135 heures en groupe (avec un maximum de 5 personnes par groupe). Un minimum de 100 heures de supervision doit porter sur la psychothérapie que le candidat a choisi d'approfondir. Un changement de superviseur doit être effectué au moins une fois.

Une dernière partie dite d'expérience thérapeutique personnelle comportant au moins 80 heures dans un modèle psychothérapeutique reconnu, faite par un thérapeute didacticien. Ce dernier doit justifier d'au moins 5 années d'activité psychothérapeutique et une formation continue régulière dans la méthode psychothérapeutique qu'il pratique(67).

En prenant en compte l'avis des futurs psychiatres ainsi que les méthodes appliquées dans les pays voisins, la question de la formation aux psychothérapies des psychiatres français reste importante et nécessiterait peut-être une harmonisation.

## 2) Visibilité des lieux de pratique

Il ressort de notre étude une difficulté d'orientation vers une psychothérapie pourtant jugée utile par les psychiatres : soit par manque d'accessibilité (29,5%) soit par défaut de connaissance de lieu d'orientation (43%).

La difficulté de visibilité des lieux de pratique des thérapeutes systémiciens, dans le secteur public comme dans le privé, est un phénomène que l'on rencontre de façon globale en France. La thèse dans la région centre retrouve des événements similaires et souligne que :

- « le manque d'accessibilité de la thérapie familiale est au premier plan [*de l'absence d'orientation des familles vers cette psychothérapie lorsque les psychiatres y pensent*], et n'est pas spécifique d'un département »,
- « Quelques psychiatres [...] déclarent ne pas savoir vers qui orienter, ce qui va dans le sens de notre impression d'un manque d'information à ce sujet »(65).

Les équipes de systémie des six hôpitaux publics d'Alsace n'échangent pas particulièrement entre elles et ne savent pas toujours que les autres existent.

Une amélioration de la communication entre ces équipes pourrait s'envisager par la mise en place d'une plate-forme d'échange ou par un site internet. Le tout permettant une meilleure identification des lieux d'orientation des patients et de formation des futurs systémiciens.

Le manque d'accessibilité peut également être interprété comme une insuffisance de psychiatres libéraux formés à la pratique systémique. Davantage de formation à la systémie en Alsace à destination des psychiatres pourrait répondre à cette contrainte.

Concernant les secteurs hors hôpitaux publics, un regroupement associatif des systémiciens libéraux de la région et des deux grandes associations de formation (RESCIF et La Grande Écluse, le réseau IS3G s'arrêtant prochainement) pourrait aider à une meilleure diffusion de l'information. La répercussion serait une amélioration de la communication d'un point de vue national, comme on peut le voir au niveau de la Société Française de Thérapie Familiale Psychanalytique(68,69).

### 3) Conceptualisation du suivi et freins évoqués

Notre étude met en avant le fait qu'un certain nombre de psychiatres, alors qu'ils pensent qu'une thérapie systémique est indiquée, préfèrent privilégier un suivi individuel en premier lieu.

Ce phénomène d'incompatibilité d'un suivi individuel et systémique est retrouvé dans la thèse de la région Centre dans laquelle : « 36.4% des interruptions de la prise en charge individuelle durant la thérapie familiale sont motivées par les conceptions du fonctionnement psychique et interpersonnel du psychiatre, selon lesquelles il n'est pas souhaitable d'être suivi simultanément en psychothérapie individuelle et familiale »(65).

Pourtant, s'il on garde en tête une causalité circulaire, l'amélioration des symptômes du patient en individuel pourrait en engendrer d'autres chez un membre de la famille, avec de possibles répercussions sur le patient initial.

Ce paradoxe pourrait s'expliquer par une crainte de multiplier les prises en charges, de ne pas « aller dans la même direction » ou par une méconnaissance de la possibilité d'un

suivi simultané. Une information des psychiatres par rapport aux possibilités de prise en charge systémique pourrait diminuer ce phénomène.

Il manquait parmi les possibilités de réponses à notre question concernant les limites à aborder la systémie avec les patients, celle de l'absence de freins qui représente 45% des réponses proposées.

La deuxième catégorie de proposition est celle du manque de disponibilité qui rejoint la réponse de l'absence de thérapeutes accessibles dans le secteur.

Le peu de sensibilité du patient à l'approche systémique et la difficulté de mobiliser l'entourage familial sont des phénomènes connus des systémiciens du fait de la méconnaissance générale du grand public de cette psychothérapie. Ces freins sont généralement levés par de la psychoéducation.

La question de la rémunération se pose quand il s'agit de prise en charge libérale, un temps plus long est nécessaire pour une séance de systémie mais l'acte ne comporte pas de cotation spécifique. En revanche dans les hôpitaux publics d'Alsace la prise en charge systémique est comprise dans la prise en charge globale du patient et ne comporte pas de facturation supplémentaire, étant considérée comme l'acte d'un psychologue(70). Mais dans ces établissements, cela soulève tout de même des questions administratives, en effet il n'est pas toujours si facile de justifier des séances d'une heure ou d'une heure et demi, animées par deux ou trois professionnels, qui ne sont finalement cotées que comme un seul acte pour un seul patient.

#### 4) Absence de pratique

D'après notre étude, plus d'un tiers des psychiatres formés à la systémie n'appliquent pas cette psychothérapie, principalement par manque de temps.

Une séance de thérapie familiale ainsi que son bilan étant plus longue qu'un entretien individuel classique, le défaut de temps est tout à fait compréhensible. Mais au vu de l'efficacité et de la stabilité dans la durée de cette psychothérapie, ne pourrait-on pas considérer que ce temps pris à un moment sera rendu à un autre ?

Les deux autres raisons principalement retrouvées à l'absence de mise en pratique sont la rémunération peu attrayante et des locaux non adaptés. Pour cela un dispositif plus adapté au sein des établissements publics, dans lesquels se trouvent la majorité des psychiatres formés, semble être une solution à envisager. Concernant la rémunération, une tarification de l'acte d'une séance systémique permettrait aux libéraux de mieux adapter leur pratique.

Les autres raisons évoquées spontanément (l'absence d'autres systémiciens dans l'établissement et le manque d'expérience) pourraient être palliées par de l'aide au financement de la formation en systémie des équipes soignantes, ceci permettant plus de pratique et un travail avec des équipes formées.

Ces décisions émanant généralement de la volonté des chefs de pôle, la formation des futurs psychiatres, qui pourront se voir occuper ce type de poste, reste primordiale.

## 5) La sensibilisation pendant la formation

Selon notre étude, une partie de la formation globale des psychiatres a un impact sur leur sensibilisation à la TFS, essentiellement pour ce qui est de l'initiation pendant l'internat et de l'orientation psychothérapeutique.

L'absence de sensibilisation et l'orientation essentiellement psychanalytique étaient respectivement à 50% et à 75% en défaveur de l'indication vers de la systémie pour des patients ayant pourtant des troubles réceptifs à cette approche psychothérapeutique. Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, la formation à un DESC d'addictologie est en défaveur de l'indication à de la TFS mais uniquement en ce qui concerne les difficultés de communication.

Un des leviers d'action aux indications à la TFS passe donc par la formation des futurs psychiatres. Se pose également la question des psychiatres déjà diplômés, pour lesquels un mail récapitulatif des indications et des lieux d'orientation devrait avoir un impact suffisant pour voir évoluer leur pratique.

## 6) Limites

### *a- Biais de sélection*

Dans notre étude, nous avons obtenu un taux de 47,4% de réponses par rapport à la population cible. Ce taux proche de la moyenne laisse à penser qu'un certain intérêt à ce questionnaire a été porté par les psychiatres d'Alsace. En comparaison, l'étude

similaire de la région Centre en 2014 a obtenu un taux de 34,2% de réponses. Malgré tout, l'échantillon n'est pas entièrement représentatif de la population cible.

*b- Biais d'attrition*

De nombreuses coordonnées (21,6%) n'ont pas pu être récupérées, et malgré deux relances, 90 questionnaires ne sont pas revenus. Ces chiffres pourraient être améliorés par une liste des courriels des psychiatres de la région, régulièrement mise à jour et par un questionnaire plus attrayant.

## VIII- Conclusion

La thérapie familiale systémique est, comme nous l'avons vu tout au long de ce travail, une psychothérapie ayant fait ses preuves dans de nombreux domaines de la psychiatrie. Parmi ses avantages indéniables ressortent le faible taux d'abandon de suivi lors de prise en charge systémique et la présence de modèles intégratifs efficaces dans différents contextes.

Bien que notre étude souffre de quelques biais, elle nous a permis de fournir des données épidémiologiques sur les psychiatres d'Alsace et leurs pratiques.

L'analyse des résultats a montré que plus de la moitié des psychiatres alsaciens étaient sensibilisés à cette approche et pensaient de ce fait à des indications adaptées selon les troubles rencontrés. Néanmoins, des problématiques d'accessibilités et de visibilités des thérapeutes systémiciens se sont retrouvées dans plusieurs réponses.

Notre étude a également révélé qu'une simple sensibilisation pendant l'internat avait un impact important auprès des psychiatres et pouvait créer un engouement pour cette psychothérapie. Une formation diplômante au sein de l'université semble donc avoir tout son intérêt.

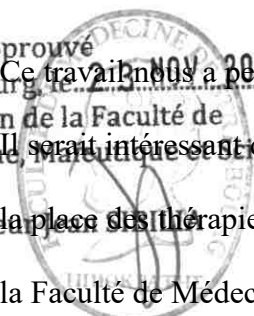
Toutefois, l'arrêt de pratique par manque de temps malgré une formation approfondie reste un des principaux risques. Il pourrait être diminué par une tarification de l'acte de séance systémique afin d'aider les thérapeutes libéraux à mieux adapter leur pratique. Pour l'amélioration des pratiques dans les hôpitaux publics, un soutien à la formation des équipes et la présence de salles avec des dispositifs adaptés permettraient de pallier les principaux freins à la pratique hospitalière. Dans ces établissements, la question administrative de la cotation de la séance de systémie se pose également, en effet cette



dernière ne présente aucune différence de codage avec un entretien individuel fait par pluralité de points de vue, comme le déplore Mme Frieh-Bungert. Ce risque pourrait être compensé, espérons-le, lors de la pratique sur les terrains de stages. ce problème.

Il semblerait intéressant, comme piste d'amélioration, de pouvoir bénéficier d'une liste exhaustive à jour des psychiatres de la région, afin d'avoir un échantillon plus représentatif pour de futures études.

En ce qui concerne le recensement des thérapeutes formés en systémie, une organisation par département ou par région pourrait améliorer leur visibilité.

VU et approuvé  
Strasbourg, le 22 NOV 2021  
Le Doyen de la Faculté de Médecine, 

Ce travail nous a permis de faire un état des lieux de l'approche systémique en Alsace. Il serait intéressant de réévaluer l'assistance, à travers une nouvelle étude, l'évolution de la place des thérapies systémiques au vu de la mise en place du diplôme universitaire à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Nous pouvons conclure que la systémie occupe une place importante auprès des psychiatres d'Alsace tant par l'intérêt qu'ils y portent que par l'utilité qu'ils y trouvent dans de nombreuses situations cliniques.

Le Diplôme Universitaire (DU) de thérapie familiale systémique ayant vu le jour en septembre 2021 à Strasbourg(71) semble donc tout à fait en corrélation avec la demande de formation. L'effectif total qui compte 45% de psychiatres inscrits pour cette première année témoigne de cet engouement. Toutefois, ce DU ne s'adresse qu'à des psychiatres, psychologues et psychothérapeutes diplômés, excluant de ce fait les travailleurs sociaux et les infirmiers non-psychothérapeutes. Le risque de cette sélection est de perdre en

VU  
Strasbourg, le.....  
Le président du jury de thèse  
Professeur.....  
*Schroder*

Professeur Carmen M. SCHRODER  
P.U. - P.H.  
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG  
Service de Pédiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent  
Tél : 03 88 11 64 36  
N° R.P.S. : 000472105 5

pluralité de points de vue, comme le déplore Mme Frieh-Bungert. Ce risque pourrait être compensé, espérons-le, lors de la pratique sur les terrains de stages.

VU  
Strasbourg, le... 22/11/2021

Le président du jury de thèse

Professeur... Schroder

**Professeur Carmen M. SCHRODER**  
PU - PH  
HOPITAUX UNIVERSITAIRES - STRASBOURG  
Service de Pédiatrie de l'enfant et de l'Adolescent  
Tél : 03 88 11 52 18 - Fax : 03 88 11 64 36  
N° RPPS : 000472105 5

VU et approuvé  
Strasbourg, le 23 NOV 2021  
Le Doyen de la Faculté de  
Médecine, Maieutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



## Annexes

### I- Questionnaire

# La thérapie familiale vue par les psychiatres d'Alsace

Bonjour,

Dans le cadre de mon travail de thèse, je me permets de vous solliciter pour connaître votre vision, en tant que psychiatre, de la thérapie familiale.

Je vous propose de remplir une enquête de quelques questions à choix multiples, qui prend **moins de 5 minutes pour y répondre**.

Merci de prendre ce temps pour donner de la pertinence à mes résultats.

Vous trouverez à [la fin du questionnaire](#) un document téléchargeable contenant une **liste non exhaustive de lieux où adresser vos patients pour ce type de thérapie**.

Merci d'avance

BATOULA Daniel



Il y a 24 questions dans ce questionnaire.

## Parcours professionnel

## 1. Quelle est votre identité de genre ? \*

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin
- Non binaire
- Ne se prononce pas

## 2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? \*

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 25-35
- 36-45
- 46-55
- 56-75
- >75

### 3. Avec quel type de population travaillez-vous ? \*

❶ Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Mères / Nourrissons
- Enfants
- Adolescents/Jeunes adultes
- Adultes
- Personnes âgées

Autre:

Plusieurs réponses possibles.

### 4. Quel est votre lieu d'exercice ? \*

❶ Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Intra Hospitalier
- CMP
- Autres activités en psychiatrie publique
- Cabinet libéral
- Clinique psychiatrique privée
- Associatif

Autre:

Plusieurs réponses possibles.

### 5. Dans quel(s) département(s) exercez-vous ? \*

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Bas-Rhin
- Haut-Rhin
- Les deux

### 6. Dans quelle région avez-vous fait votre internat ? \*

❶ Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Alsace

Autre région de France

Dans un autre pays

Plusieurs réponses possibles.

### 7. En quelle année avez-vous obtenu votre thèse ? \*

Veuillez écrire votre réponse ici :

### 8. Quel(s) est(sont) votre(vos) type(s) d'orientation(s) thérapeutique(s) ? \*

❶ Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Hypnose
- Psychanalyse
- Psychopharmacologie
- Thérapie Cognitive-Comportementale
- Thérapie Familiale Systémique
- Thérapie Inter-Personnelle

Autre:

Plusieurs réponses possibles.

### 9. Quel est votre cursus universitaire ? \*

❶ Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- DES de Psychiatrie
- DESC de Pédopsychiatrie
- DESC d'Addictologie

Autre:

## Connaissances et pratiques

## 10. La thérapie familiale a-t-elle fait l'objet d'un enseignement au cours de votre formation ? \*

❶ Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Aucun
- Présentation générale dans le cadre des cours OBLIGATOIRES pendant l'internat
- Initiation dans le cadre de modules ou séminaires OPTIONNELS pendant l'internat

## 11. Dans votre pratique, quelle place donnez-vous à la rencontre avec les familles ? \*

❶ Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Vous recevez les patients uniquement en individuel
- Vous recevez les patients en individuel et il vous arrive de recevoir des membres de leurs familles
- Vous pratiquez la thérapie familiale
- Vous animez des groupes pour les proches
- Vous animez des ateliers de psychoéducation
- Autre:

Plusieurs réponses possibles.

## 12. Selon vous, une formation particulière est-elle nécessaire pour pratiquer la thérapie familiale ? \*

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non



### 13. Selon vous, quelles seraient les indications à une thérapie familiale ? \*

❶ Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Troubles psychotiques
- Troubles du Comportement Alimentaire
- Troubles addictifs
- Dépression
- Problèmes de couple
- Difficultés de communication
- Troubles anxieux
- Conflits relationnels

Autre:

Plusieurs réponses possibles.

## Indications

### 14. Pensez-vous que la thérapie familiale soit utile dans certaines situations cliniques ? \*

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Non
- Oui, la plupart du temps
- Oui, souvent
- Oui, rarement

### 14 bis. Si oui, quels peuvent être les freins à en parler aux patients ? \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui, souvent' ou 'Oui, rarement' ou 'Oui, la plupart du temps' à la question '14 [Q20]' (14. Pensez-vous que la thérapie familiale soit utile dans certaines situations cliniques ?)

❗ Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Vous appréhendez un refus
- Il n'y a pas de thérapeutes familiaux accessibles dans votre secteur
- Vous ne savez pas où orienter dans le secteur
- Vous préférez privilégier un suivi individuel en premier lieu
- Autre:

Plusieurs réponses possibles

### 15. Comment envisagez-vous l'articulation entre la thérapie familiale et le suivi individuel ? \*

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Thérapie familiale puis suivi individuel
- Suivi individuel puis thérapie familiale
- Les deux suivis en parallèle
- Selon les situations
- Vous ne pensez pas que la thérapie familiale soit utile

## Orientation

## 16. Comment procédez-vous à l'orientation vers la thérapie familiale ? \*

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Par des informations à l'oral uniquement
- Vous donnez des coordonnées écrites
- Vous appelez vous-même / faites un courrier en plus des coordonnées écrites
- Vous n'orientez pas vers la thérapie familiale

## 17. Vers quels types de dispositifs de thérapie familiale orientez-vous les familles ? \*

❗ Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Libérale
- Association
- Hospitalière
- Vous laissez libre choix au patient
- Vous n'orientez pas vers la thérapie familiale

Plusieurs réponses possibles.

## Formation

## 18. Êtes-vous formé(e) à la thérapie familiale ? \*

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Non
- Oui

**Auprès de quel(s) organisme(s) vous êtes-vous formé(e) ? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '19 [Q40]' (18. Êtes-vous formé(e) à la thérapie familiale ? )

Veillez écrire votre réponse ici :

**18 bis. Pratiquez-vous des séances de thérapie familiale ? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '19 [Q40]' (18. Êtes-vous formé(e) à la thérapie familiale ? )

**!** Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

### 18 ter. Pour quelle(s) raison(s) ne pratiquez vous pas des séances de thérapie familiale malgré votre formation ? \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '21 [Q42]' (18 bis. Pratiquez-vous des séances de thérapie familiale ? )

❗ Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Par manque de temps
- Vos locaux ne sont pas adaptés
- La rémunération n'est pas assez intéressante
- Refus de la part des patients
- Autre:

Plusieurs réponses possibles.

### 19. Seriez-vous intéressé(e) par une formation à la thérapie familiale en Alsace ? \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '19 [Q40]' (18. Êtes-vous formé(e) à la thérapie familiale ? )

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**19 bis. Pour quelle(s) raison(s), merci :**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Non' à la question '23 [Q44]' (19. Seriez-vous intéressé(e) par une formation à la thérapie familiale en Alsace ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Merci beaucoup pour votre participation.

BATOULA Daniel

Vous pouvez télécharger, en format PDF, la liste des dispositifs de thérapie familiale et de thérapie de couple en cliquant ici  
(</upload/surveys/443773/files/Dispositif%20de%20TF%20et%20TC%20en%20Alsace.pdf>) .

11.01.2021 – 21:10

Envoyer votre questionnaire.  
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

## II- Autres orientations thérapeutiques des psychiatres répondants

Thérapie dialectique comportementale (TCC 3e vague)
Pas formée en thérapie formellement. Plutôt branchée TCC/ACT.
Psychiatrie intégrative
Ces catégories sont insuffisantes à qualifier mes références théoriques
Intégration par les Mouvements Oculaires
Neurobiologie
Thérapies brèves, mouvements alternatifs type Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
Phénoménologie
Intégratif
Ouverte a plusieurs types de thérapie en fonction de la situation clinique
Psychothérapie d'inspiration analytique, soutien, psychopharmacologie
Thérapie de soutien ; EMDR
Un amalgame des réponses ci-dessus, déployées en fonction des situations dans une dynamique interactive en résonance avec les croyances de mes patients et de notre accordage
Psychothérapie d'inspiration analytique
EMDR
Thérapies brèves, Hypnose Thérapies Stratégiques et Mouvements Alternatifs
Thérapies brèves, thérapie narrative
Psychoéducation
Existentielle

Psychiatrie générale, orientation analytique
Existentielle
Pas d'orientation privilégiée
Psychothérapie institutionnelle
Approche globale
Constructivisme
Thérapies brèves et EMDR
Neuropsychologie
Thérapies brèves
Psychodrame Moreno
Psychothérapie institutionnelle, entretiens familiaux
Intégrative
Thérapie d'inspiration psychanalytique
Capacités : Addictologie, Gériatrie
Aucune
Psychothérapie
Psychopathologie, institutionnel
EMDR HTSMA EFT médecine traditionnelle chinoise



## III- Autres types de cursus universitaires évoqués

PhD
CU Alcoologie
CES de Psychiatrie DU de thérapie cognitivo-comportementale
CES de psychiatrie DU géronto-psy (ancienne assistante spécialisée, ancien praticien hospitalier)
CES de psychiatrie
DU psychiatrie générale
Philosophie université Rennes psychanalyse Spp
Assistanat
Internat pédopsychiatrie
Médecine générale puis de 2003 à 2008 assistant généraliste puis praticien contractuel en psychiatrie avec DU de psychiatrie, capacité d'addictologie et validation des acquis professionnels en psychiatrie, et installation en libéral en 2008
DU psychiatrie générale
CES de psychiatrie
Médecine générale, DU psychiatrie générale, Requalification Ordinale
DU + qualification ordinale de psychiatre
Capacité en addictologie, DU organisation temporelle des rythmes biologiques et maîtrise en pharmacologie
Diplôme allemand Psychiatrie
CES de psychiatrie+ DU
DEA de pharmacologie

CES de psychiatrie
DES Médecine Générale
Diplôme suisse TCC
CES de psychiatrie et CES de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
DU
CES psychiatrie
Qualification
CES de psychiatrie
CES psychiatrie
M2 neurosciences
CHU + C.E.S. de psychiatrie
DIS de Psychiatrie
DES MED générale puis Psy
DEA psycho
Capacité gérontologie
Qualification par le conseil de l'ordre après 2 DU, 4 ans PH FF psychiatre, des publications, des communications
DIS psychiatrie et capacité d'alcoologie et toxicomanie

## IV- Autres types de place accordées aux familles

Enfants avec leurs parents et parfois seuls
Psychoéducation individuelle et familiale ; rencontre systématique avec un membre de la famille au cours de la prise en charge si pathologie psychiatrique
Je co-anime un groupe de parole pour usagers de soins
Thérapie de couple
Enfant quasiment toujours vu avec ses parents, sauf quelques suivis individuels avec rencontres familiales plus ponctuelles. Travail important autour du fonctionnement de l'enfant, de la dynamique familiale
Je reçois toujours et la famille, mais je ne peux pas dire que je pratique la thérapie familiale
5 ans d'activités en MECS (maison d'enfants à caractère social)
Famille reçue systématiquement et tout substituts familiaux.
Je reçois et les patients et leur famille
Bébé, enfants et ado systématiquement avec les parents parfois en individuel selon indications
Thérapie de couple
Psychothérapie de groupe
Je pratique des entretiens familiaux en association à une prise en charge individuelle et souvent pluri-professionnelle en milieu hospitalier, travail élaboré mais que je situerai plutôt en deçà ou préliminaire à une TF, c'est pourquoi je ne coche pas la cas
Beaucoup de thérapie parent enfant
Travail avec les familles ou pas en fonction de la pathologie et/ou de la prise en charge proposée

Approche familiale consubstantielle de la pratique en pédopsychiatrie
Entretiens parents-enfants
Consultations parents-enfants majoritairement, pour des enfants de 0 à 4 ans
Je vois les enfants et leurs familles sans forcément pouvoir parler de TF...

## V- Autres indications à de la thérapie familiale proposées

Bipolarité
D'après moi, peu importe le trouble psychiatrique du patient ; dès lors qu'il y a une problématique systémique associée.
Je ne pense pas les choses sur ce mode symptomatique
Indication en fonction des situations singulières
C'est une question fermée, je ne réponds pas !
Je ne sais pas
Dès que le symptôme s'inscrit dans une dimension familiale, quel que soit le diagnostic psychiatrique
Ce n'est pas tant le diagnostic de manière isolé qui pose l'indication que le contexte familial dans lequel il est pris (incompréhension des proches, conflits, rejet du patient... etc.)
Sensibilise aux thérapies familiales analytiques à Rome par le pape des thérapies familiales dont je rapporte la définition : les thérapies familiales ce sont les thérapies du pauvre quand l'argent manque pour une psychanalyse personnelle. Ce n'est pas tout à fait exact mais assez vrai.
Toute question qui touche les autres membres de la famille, problématique issue des questions familiales
La systémie peut toujours trouver sa place dans la psychodynamie du sujet quel que soit la pathologie ou les difficultés...
A évaluer dans chaque cas, quelle que soit la symptomatologie psychique
Trouble de l'attachement

Les indications à la thérapie familiale se posent à partir d'éléments psychopathologiques groupais ou intersubjectifs plus qu'à partir d'une pathologie de l'un des membres
Troubles autistiques
Pathologie du lien qlq soit le symptôme princeps
Transidentité
Trouble bipolaire
Tous sont intéressants à discuter en "famille"
Tous
Les indications dépendent de ce que recouvre le terme de thérapie familiale
À évaluer selon la situation pour chacun des diagnostics j'ai coché ceux dans lesquels cela me semblait le plus opportun
Aucune
Selon la clinique pas d'indication spécifique
TSA
Thérapie s'il y a un fonctionnement pathologique familial mais pas en fonction d'un type précis de maladie...enfin je crois.
La plupart des troubles chez l'enfant
Toutes pathologies si famille dysfonctionnelle
Tous ces diagnostics pourraient être retenus : cela dépend de la demande du patient et du traitement et de la prise en charge proposés
Crise suicidaire
Tout tant qu'il y a une famille et que le trouble provoque des répercussions négatives dans le fonctionnement familial
Cas par cas

Tout type de troubles
Pour tous les enfants !! sauf à différencier entretiens familiaux et thérapie familiale stricto sensu
Troubles des apprentissages, "TDAH", "TSA", autres pathologies psychiques ou somatiques des enfants, ou d'un membre de la famille troubles de la relation parent-enfant,
Tous
Troubles pédopsychiatriques en général

## VI- Autres freins à l'adressage en TFS.

Pas le temps, problème d'horaires
Pas de freins si ce n'est les délais
Lorsque les patients ne semblent pas considérer la dynamique systémique comme un facteur dans leurs difficultés/troubles psychiatriques
Peu de disponibilité des psychologues formés à la technique
Pas de frein x17
Le patient doit être prêt à solliciter sa famille pour un tel travail ; parfois une quête d'individualisation de sa part nécessite un abord individuel
C'est encore une question fermée !
Difficulté de mobilisation de l'entourage familial
Une certaine timidité à se lancer "seule" en pratique libérale, locaux exigus, du coup je ne propose qu'à des couples actuellement
Peu de lien avec les thérapeutes familiaux (ils existent mais jamais rencontrés personnellement), besoin de clarifier avec eux leurs indications à une TF
Peu de professionnels formés, peu de disponibilité, coût, délais pour un premier rendez-vous
Peu de thérapeutes
Délais de prise en charge pour les thérapies familiales
Peu de thérapeutes familiaux en exercice
L'accès financier
Pas d'appréhension, présence de thérapeutes familiaux dans le CMP
Peu de place disponible
Il faut prendre le temps pour le proposer au moment où cela pourra être entendu



Lorsqu'une indication émerge dans le cadre d'un suivi individuel, je ne vois pas d'autre frein que de celui de disposer d'un réseau de thérapeutes avec lesquels se coordonner pour les soins
Patients souvent réticences
Coût du suivi, disponibilité des proches
Faible disponibilité et pas de praticien issu de la pédopsychiatrie dans mon secteur
La personne ne semble pas prête
Freins culturels et difficultés d'élaboration
Saturation des sites existants
Peu de thérapeutes familiaux sur le secteur, pas indiqué pour tout le monde

Types de freins	Pas de freins	Pas de temps pour en parler	Patient peu sensible à l'approche systémique	Thérapeutes familiaux non disponibles	L'entourage familiale n'est pas disponible	Pour une question de finances
Pourcentages	45%	5%	12,5%	22,5%	2,5%	5%

## VII- Organismes de formation à la TFS des répondants s'estimant formés

RESCIF = TFS
Association Internationale d'Analyse Transactionnelle ≠ TFS
ASM13 : Association de Santé Mentale du 13 <sup>e</sup> arrondissement de Paris = TFS
ASFMR = Association Syndicale des Familles Monoparentales et Recomposées : Centre de Médiation Familiale ≠ TFS
Formation initiale à la Fédération Addictologie, puis séminaire pour les internes, colloques de la grande écluse : pas de formation longue.
(Sensibilisation) A Rome auprès de celui qui faisait référence par ses travaux à l'époque (étude de dispositif, glace sans tain, enregistrement séances, discussion d'équipe après, présentation de cas enfin : pas de formation longue.
CEFA puis Institut D'Études Systémiques (IDES) = TFS
Dans le cadre d'une formation de 4 ans en thérapie brève, formation à certains courants de thérapie systémique : thérapie orientée solution, thérapie narrative, et thérapie systémique et stratégique = TFS
Société de Thérapie Familiale Psychanalytique d'Ile de France = TFS
APRTF (Paris) puis supervision au sein de la Société française de thérapie familiale (J Miermont) = TFS
Auprès de mon patron de l'époque et des séminaires : pas de formation longue.
Je ne l'ai plus en tête (sous forme de journées sur Strasbourg) : pas de formation longue.
Séminaire d'initiation à Dijon : pas de formation longue.
Région parisienne : centre monceau = TFS
Au cours d'un DU = TFS

RESCIF= TFS
Thérapie systémique durant l'internat en séminaire : pas de formation longue.
Fac de médecine à Bucarest
Centre de formation des professionnels de l'aide et du conseil à l'approche systémique (FORSYFA) = TFS
Formation partielle : initiale à l'université de Toulouse puis en pratique de co-animation avec Sébastien Dupont : pas de formation longue
Approfondissement de Thérapie familiale lors du cursus d'internat, non sanctionné par un diplôme, mais facilitant l'accès à une formation officielle : pas de formation longue
Brève formation d'initiation avec S. Dupont via Grande écluse et université de Strasbourg : pas de formation longue
Centre de formation des professionnels de l'aide et du conseil à l'approche systémique (FORSYFA) = TFS
cf. plus haut Metz/ Bordeaux/ Elkaïm : pas de formation longue
DU Nice Sophia Antipolis et Elkaïm Formation et Institut Miméthys = TFS

Type de formation	Thérapies différentes de la TFS	Pas de formation longue	Formation semblant complète	Pas d'informations
Pourcentages	8%	40%	48%	4%

## VIII- Raisons de l'absence d'intérêt pour une formation en TFS

Le travail actuel de psychothérapie me convient bien
Pas disponibilité / intéressé par contre aux approches psychoéducatives visant les familles (trouble bipolaire/trouble pers. borderline : ex. programme Connexion Familiale -> pas vraiment dans le champ strict des thérapies familiales, mais concepts communs parfois utilisés)
Cruel manque de temps et de disponibilité pour une formation diplômante...
J'ai une équipe dans mon service
J'avais commencé le séminaire de thérapie systémique lors de l'internat à Strasbourg mais je n'ai pas accroché
J'ai autre chose à faire
Question de priorité
Je n'ai plus l'âge. Manque de temps.
Pas de temps
Orientation psychanalytique de mon travail
En fin de carrière
Manque de temps
Je ne pense pas me lancer dans la thérapie familiale, faute de temps et d'intérêt
Ma formation est suffisamment polyvalente
Les outils dont je dispose et quelques collègues que je connais me suffisent jusqu'à ma retraite
Formation en cours aux thérapies basées sur la pleine conscience
Mon intérêt principal est la psychanalyse et vu mon âge ...
En fin de carrières, pour moi, l'individuel est déjà très complexe.

Parce que je fais déjà beaucoup de choses et que je n'ai pas envie de me former en plus sur cette thérapie,
C'est un non immédiat mais un oui sur le principe. D'autres choses me paraissent prioritaires.
Pas dans mon champ d'expertise clinique
Je ne suis plus accessible à une formation
... Ne pourrais l'appliquer dans ma pratique faute de temps disponible
Manque de temps...
Difficulté de mise en œuvre pratique
J'essaie déjà de trouver du temps pour me former à la psychanalyse
Fin de carrière !
Je suis en fin d'exercice et c'est un peu tard pour moi, j'ai favorisé d'autres approches
Proche de la retraite
Déjà une formation en TCD prévue
Trop tard
Ce n'est pas mon créneau
Parce que personnellement je préfère parfaire ma formation en TCC que de m'éparpiller dans diverses approches.
Les entretiens individuels suffisent à ma pratique. J'oriente si besoin est (plutôt vers des thérapeutes de couples).
Trop vieux et peu de temps à consacrer à une formation longue
Non, je n'en éprouve pas le besoin vu les situations auxquelles je suis confronté.
Déjà beaucoup à faire, chacun sa spécialité.
On ne peut pas tout faire
Âge

Trop vieux et pas mon truc
Je travaille avec les familles en m'appuyant sur des concepts psychanalytiques et/ou troubles de l'attachement pas en thérapie systémique
J'ai déjà eu un aperçu je ne souhaite pas la pratiquer personnellement mais je connais son utilité
Je n'imagine pas travailler de la sorte.
Par manque de disponibilité
Ça n'est pas mon désir de le pratiquer.
Pas de temps ; pas de motivation particulière
D'autres projets en cours
Autres formations prioritaires
D'autres choix sont faits.
Activités professionnelles chargées
Je suis en fin de carrière
Mon équipe est formée et je délègue cela à mon équipe ! J'aimerais plutôt me former pour me remettre à jour dans les troubles qu'on rencontre en pédopsy !
Je suis en fin de carrière !
Pas le temps de la faire en libérale ou surtout pas de rémunération adéquate.
D'autres priorités aux formations

## Bibliographie

1. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, éditeur. Psychothérapie: trois approches évaluées. Paris: Les Éd. Inserm; 2004. 553 p. (Expertise collective).
2. Schmitt L. Cours : S56 Introduction aux psychothérapies 1 [Internet]. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://sides.uness.fr/elearning/course/view.php?id=14584>
3. Décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute. 2010-534 mai 20, 2010.
4. Van Effenterre A, Azoulay M, Briffault X, Champion F. Psychiatres... et psychothérapeutes ? Conceptions et pratiques des internes en psychiatrie. L'information psychiatrique. 2012;88(4):305.
5. Van Effenterre A, Azoulay M, Champion F, Briffault X. La formation aux psychothérapies des internes de psychiatrie en France : résultats d'une enquête nationale. L'Encéphale. juin 2013;39(3):155-64.
6. Favez N, Darwiche J. Les thérapies de couple et de famille: modèles empiriquement validés et applications cliniques [Internet]. 2016 [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1453313>
7. Caire M. Histoire de la psychiatrie en France [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/psyhist/gene.htm>
8. Miermont J. Thérapies familiales et psychiatrie. Rueil-Malmaison: Doin; 2010.
9. Anaut M. Thérapies familiales et de couple: approches systémiques et psychanalytiques. 2012.
10. Elkaïm M. Panorama des thérapies familiales. Paris: Éditions du Seuil; 2003.
11. Quérouil P. A propos du concept de légitimité destructrice. :20.
12. Dupont S. La thérapie familiale. 2017.
13. Albernhe K. Les thérapies familiales systémiques [Internet]. 2011 [cité 12 avr 2021].

Disponible

sur:

[https://nls.ldls.org.uk/welcome.html?ark:/81055/vdc\\_100052771756.0x000001](https://nls.ldls.org.uk/welcome.html?ark:/81055/vdc_100052771756.0x000001)

14. Olds DL. The nurse–family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Ment Health J.* janv 2006;27(1):5-25.
15. Les premières années - Offre de soins du service de psychiatrie de l'enfant | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève [Internet]. [cité 3 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/psychiatrie-enfant-adolescent/premieres-annees>
16. Sherman C. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse offers broad, lasting benefits: (506882011-008) [Internet]. American Psychological Association; 2010 [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e506882011-008>
17. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review. [Internet]. LU: Publications Office; 2013 [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/2259>
18. Liddle HA. Multidimensional Family Therapy: Evidence Base for Transdiagnostic Treatment Outcomes, Change Mechanisms, and Implementation in Community Settings. *Fam Proc.* sept 2016;55(3):558-76.
19. NIDA. « Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Abuse Offers Broad, Lasting Benefits. » <https://archives.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/2010/12/multidimensional-family-therapy-adolescent-drug-abuse-offers-broad-lasting-benefits>. Accessed 3 Nov. 2021.
20. Horigian VE, Feaster DJ, Brincks A, Robbins MS, Perez MA, Szapocznik J. The effects of Brief Strategic Family Therapy (BSFT) on parent substance use and the association between parent and adolescent substance use. *Addictive Behaviors.* mars 2015;42:44-50.
21. Santisteban DA, Coatsworth JD, Perez-Vidal A, Kurtines WM, Schwartz SJ, LaPerriere A, et al. Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior



problems and substance use. *Journal of Family Psychology*. mars 2003;17(1):121-33.

22. French MT, Zavala SK, McCollister KE, Waldron HB, Turner CW, Ozechowski TJ. Cost-effectiveness analysis of four interventions for adolescents with a substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*. avr 2008;34(3):272-81.

23. Stout BD, Holleran D. The Impact of Evidence-Based Practices on Requests for Out-of-Home Placements in the Context of System Reform. *J Child Fam Stud*. avr 2013;22(3):311-21.

24. Henggeler SW, éditeur. *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2009. 324 p.

25. van der Stouwe T, Asscher JJ, Stams GJJM, Deković M, van der Laan PH. The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. août 2014;34(6):468-81.

26. Baldwin SA, Christian S, Berkeljon A, Shadish WR. The Effects of Family Therapies for Adolescent Delinquency and Substance Abuse: A Meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*. janv 2012;38(1):281-304.

27. Training Grid — Outlining Best Practices for Recovery [Internet]. <https://www.apa.org>. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.apa.org/practice/resources/grid>

28. Archambault C, Beauséjour D, Côté C, Doutrelepon F, Grégoire A, Lamarre J, et al. *L'approche systémique en santé mentale* [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018 [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <http://books.openedition.org/pum/9876>

29. Onnis L, Bernardini M, Leonelli A, Mulè AM, Vietri A, Romano C. Les sculptures du temps familial. Une méthode de “narration analogique”. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2012;n° 48(1):31.

30. Sprenkle DH, Piercy FP. *Research Methods in Family Therapy*. Guilford Press; 2005. 508 p.

31. Sexton T, Gordon KC, Gurman A, Lebow J, Holtzworth-Munroe A, Johnson S. Guidelines for Classifying EvidenceBased Treatments in Couple and Family Therapy. *Family Process*. 2011;50:16.
32. Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;66(1):7-18.
33. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annu Rev Psychol*. févr 2001;52(1):685-716.
34. Sprenkle DH. Intervention Research in Couple and Family Therapy: A Methodological and Substantive Review and an Introduction to the Special Issue. *Journal of Marital and Family Therapy*. janv 2012;38(1):3-29.
35. Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*. 2004;130(4):631-63.
36. Darwiche J, de Roten Y. Couple and Family Treatments: Study Quality and Level of Evidence. *Fam Proc*. mars 2015;54(1):138-59.
37. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance : A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In: Kazdin AE, éditeur. *Methodological issues & strategies in clinical research* [Internet]. Washington: American Psychological Association; 1992 [cité 25 janv 2021]. p. 631-48. Disponible sur: <http://content.apa.org/books/10109-042>
38. Lambert MJ, éditeur. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 6th ed. Hoboken, N.J: John Wiley & Sons; 2013. 851 p.
39. Whisman MA, Bruce ML. Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology*. 1999;108(4):674-8.
40. Cummings EM, Davies P. *Marital conflict and children: an emotional security perspective*. New York: Guilford Press; 2010. 320 p. (The Guilford series on social and

emotional development).

41. Shadish WR. Metaanalysis of MFT interventions. 2003;24.
42. Von SYDOW K, Beher S, Schweitzer J, Retzlaff R. The Efficacy of Systemic Therapy With Adult Patients: A Meta-Content Analysis of 38 Randomized Controlled Trials. *Family Process*. déc 2010;49(4):457-85.
43. Carr A. The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems: Evidence base for systemic therapy with adults. *J Fam Ther*. avr 2014;36(2):158-94.
44. Snyder DK, Halford WK. Evidence-based couple therapy: current status and future directions: Evidence-based couple therapy. *J Fam Ther*. août 2012;34(3):229-49.
45. Christensen A, Atkins DC, Berns S, Wheeler J, Baucom DH, Simpson LE. Traditional Versus Integrative Behavioral Couple Therapy for Significantly and Chronically Distressed Married Couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72(2):176-91.
46. Snyder DK, Castellani AM, Whisman MA. Current Status and Future Directions in Couple Therapy. *Annu Rev Psychol*. janv 2006;57(1):317-44.
47. Shadish WR, Montgomery LM, Wilson P, Wilson MR, Bright I, Okwumabua T. Effects of Family and Marital Psychotherapies: A Meta-Analysis. 1993;Vol. 61(No. 6):992-1002.
48. Pinquart M, Oslejsek B, Teubert D. Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*. 12 juin 2014;26(2):241-57.
49. Retzlaff R, von Sydow K, Beher S, Haun MW, Schweitzer J. The Efficacy of Systemic Therapy for Internalizing and Other Disorders of Childhood and Adolescence: A Systematic Review of 38 Randomized Trials. *Fam Proc*. déc 2013;52(4):619-52.
50. Formation – Mony Elkaïm [Internet]. [cité 15 nov 2021]. Disponible sur: <https://monyelkaim.com/formation/>
51. C.E.F.A. (Centre d'Etude de la Famille) [Internet]. [cité 15 nov 2021]. Disponible sur:

[https://www.reseauspsychologues.eu/C-E-F-A-Centre-d-Etude-de-la-Famille\\_a958.html](https://www.reseauspsychologues.eu/C-E-F-A-Centre-d-Etude-de-la-Famille_a958.html)

52. Présentation de l'APRTF - Aprtf [Internet]. [cité 15 nov 2021]. Disponible sur: <http://aprtfformations.fr/presentation/>

53. Qui sommes nous - Carole Gammer - Formations - Approche systémique et thérapie familiale [Internet]. [cité 15 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.carolegammer.com/qui-sommes-nous/>

54. Société Française de Thérapie Familiale » Qui sommes-nous ? [Internet]. [cité 21 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.sftf.net/qui-sommes-nous/>

55. Le Goff J-F. Réponse à l'éditorial de Luigi Onnis. *Thérapie Familiale*. 2001;22(4):323.

56. Société Française de Thérapie Familiale » Les membres [Internet]. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.sftf.net/les-membres/>

57. Carte des membres | AFTCC [Internet]. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: [https://www.aftcc.org/carte\\_membres](https://www.aftcc.org/carte_membres)

58. Dupont S. L'évolution des thérapies familiales: Entretien avec Marie-Christine Cabié. *Thérapie Familiale*. 2017;38(3):237.

59. Formation pour les psychologues psychothérapeutes et médecins psychiatres - Association Rescif [Internet]. [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.rescif.com/formations/formation-pour-les-psychologues-psychotherapeutes-et-medecins-psychiatres/>

60. Association - La Grande Écluse [Internet]. [cité 7 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.grande-ecluse.fr/association/>

61. Modules de formation - La Grande Écluse [Internet]. [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.grande-ecluse.fr/formations/modules-de-formation/>

62. Libert'Add – Hôpital de Jour Addictologique – Colmar [Internet]. [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: <http://libertadd.com/>

63. Guéguen N, Legohérel P, Jacob C. Sollicitation de participation à une enquête par courriel: Effet de la présence sociale de l'attrait physique du demandeur sur le taux de réponse. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2003;35(2):84-96.
64. Maisonneuve H, Fournier J-P. Construire une enquête et un questionnaire. 2012;Volume 1(Numéro 2):15-21.
65. Coiffard M. Les Psychiatres et la Thérapie Familiale en Région Centre - Enquête auprès de 125 psychiatres [Thèse Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine Discipline : Psychiatrie]. Faculté De Médecine De Tours; 2014.
66. Naber D, Hohagen F. Training in psychiatry and psychotherapy in Germany. *L'Encéphale*. avr 2008;34(2):107-9.
67. Psychiatrie et psychothérapie | ISFM [Internet]. [cité 3 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.siwf.ch/fr/formation-postgraduee/titres-specialiste-formations/psychiatrie-et-psychotherapie.cfm#i134601>
68. Liens & Association | SFTFP [Internet]. [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.psychanalyse-famille.org/liens-associations>
69. Schmitt L, Sporer M. Où trouver un thérapeute familial | SFTFP [Internet]. [cité 1 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.psychanalyse-famille.org/ou-trouver-un-therapeute-familial>
70. Facturation de consultations de psychologue à l'hôpital – Syndicat national des psychologues [Internet]. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: <https://psychologues.org/fonction-publique-hospitaliere-actus-single/facturation-de-consultations-de-psychologue-a-l-hopital/>
71. Diplôme d'Université de Thérapie Familiale - Formation Continue Université de Strasbourg [Internet]. [cité 1 nov 2021]. Disponible sur: [https://sfc.unistra.fr/formations/sante-psychiatrie\\_-\\_pedo-psychiatrie\\_-\\_diplome-duniversite-de-therapie-familiale\\_-\\_2571/](https://sfc.unistra.fr/formations/sante-psychiatrie_-_pedo-psychiatrie_-_diplome-duniversite-de-therapie-familiale_-_2571/)

## Déclaration sur l'honneur

Université

de Strasbourg

Faculté  
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :****- à votre mémoire de D.E.S.****- à votre dossier de demande de soutenance de thèse**Nom : BATOULAPrénom : Daniel

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.*

Signature originale :

A Mutzig, le 09 novembre 2021

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**