

RENDRE LA PAROLE AUX PATIENTS ET AUX FAMILLES

Retour sur dix ans de pratique d'un groupe multifamille

Serge Mertens de Wilmars, A.-P. Martin, S. Minsart, L. Regnault, Bénédicte de Villers

Médecine & Hygiène | « [Thérapie Familiale](#) »

2020/2 Vol. 41 | pages 101 à 116

ISSN 0250-4952

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2020-2-page-101.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Rendre la parole aux patients et aux familles

Retour sur dix ans de pratique d'un groupe multifamille

D^r S. Mertens de Wilmars Psychiatre et médecin chef au CNP Saint-Martin, Dave

A.-P. Martin Infirmière, CNP Saint-Martin, Dave

S. Minsart Infirmière en chef, CNP Saint-Martin, Dave

L. Regnault Psychologue clinicienne, clinique Fond'Roy, Bruxelles

B. de Villers Coordinatrice qualité, CNP Saint-Martin, Dave

Résumé

Rendre la parole aux patients et aux familles. Retour sur dix ans de pratique d'un groupe multifamille – Dans cet article, nous allons nous atteler à conceptualiser le dispositif du groupe multifamille que nous avons fondé il y a plus de dix ans. Nous reviendrons sur l'histoire de ce type de groupe, nous clarifierons les éléments du cadre qui le compose, nous éclaircirons les positions des différents protagonistes, et nous tenterons de cerner les éléments qui opèrent dans le dispositif et qui suscitent des changements tels que ces groupes peuvent bien être considérés comme des groupes thérapeutiques.

Introduction

En tant que médecin psychiatre et intervenants, nous nous proposons ici de procéder à un retour réflexif sur une pratique de groupe multifamille pour personnes souffrant de psychose au sein d'un service d'un hôpital psychiatrique. Nous nous pencherons sur son cadre, ses intervenants, ce qui opère dans un tel dispositif et ce que celui-ci peut engendrer pour les patients, les familles et les soignants.

Intégrer les familles dans le travail répond à un devoir éthique, clinique et thérapeutique: éthique, étant donné qu'à l'heure actuelle encore, la pathologie mentale bien souvent isole et exclut; clinique, car il paraît peu fondé d'entreprendre de soigner un individu sans travailler avec son réseau – ce qui correspond à une visée systémique; thérapeutique, parce que les familles, au sens large, constituent des partenaires précieux, des leviers thérapeutiques

intéressants. Cette idée va se vérifier dans le dispositif particulier du groupe multifamille que nous allons présenter, et dont il paraît utile de retracer rapidement la genèse.

En 2008, le service Saint-Roch du CNP Saint-Martin a cherché à inclure davantage les familles dans sa visée de réhabilitation psychosociale et de déstigmatisation des patients souffrant de psychose. C'est là l'origine du groupe multifamille. Moi-même, en tant que médecin psychiatre, j'avais travaillé par le passé dans un centre thérapeutique pour adolescents à Lausanne (hôpital de Cery) en Suisse, qui s'appuyait sur la perspective de « communauté thérapeutique » (Maxwell Jones). J'avais pu y expérimenter l'intérêt d'un « groupe de parole » trimestriel réunissant des familles, des patients et des professionnels du soin. J'avais participé, par ailleurs, plusieurs fois par semaine à des « groupes thérapeutiques » réunissant des adolescents et leurs parents. Là a émergé l'idée de compléter ce travail thérapeutique « unifamilial » par un travail de type « multifamilial ».

Ainsi, mon arrivée dans le service Saint-Roch a constitué l'occasion de réaliser ce projet qui, par ailleurs, a reçu l'assentiment de l'équipe de soins et, surtout, le soutien massif de l'infirmière en chef du service et des deux psychologues qui s'y sont succédé. Quoiqu'à l'époque je ne connaissais pas encore les travaux de Laqueur, j'avais l'intuition qu'un travail mené avec des soignants, des patients et des familles, *au sein d'un même espace-temps*, pouvait constituer une piste prometteuse par rapport à des enjeux de stabilisation de la maladie, de diminution des rechutes, de réhabilitation et de déstigmatisation. L'équipe et moi-même pressentions, par conséquent, que ce dispositif serait opérant, mais nous ignorions encore comment, selon quelles modalités.

Ici, il paraît utile de préciser que le terme « famille » est à entendre en un sens large : il s'agit des membres de la famille du patient mais tout aussi bien des membres significatifs de son réseau relationnel, psychoaffectif. Précisons encore qu'en commençant, nous avons opté pour l'appellation de « *groupe multifamille* », plutôt que pour celui de « *thérapie multifamiliale* », parce que l'expression paraissait institutionnellement plus acceptable de la part d'un jeune médecin – quoique, au fond, ces deux appellations soient équivalentes. Cette définition des « groupes multifamilles » de Cook-Darzens^{ss} est celle qui se rapproche le plus de notre pratique : « approche inspirée de la thérapie de groupe et de la thérapie familiale, consistant à regrouper plusieurs familles [...] dans un cadre et dans un but thérapeutique ».

Ainsi, l'approche multifamiliale intègre des éléments provenant de la thérapie de famille et de la thérapie de groupe, tout en se distinguant de ces deux approches^{ss}. Par rapport à la *thérapie familiale*, le groupe multifamille intègre

¹ Cook-Darzens S. (dir.), *Thérapies multifamiliales. Des groupes comme agents thérapeutiques*, Toulouse, Érès, 2007.

² Schiavone A., « La thérapie multifamiliale : en quoi l'approche multifamiliale apporte-t-elle un élément supplémentaire à la thérapie familiale classique ? », mémoire de master en sciences psychologiques, Louvain-la-Neuve, Université catholique de Louvain-la-Neuve, 2015.

plusieurs familles et permet qu'au cours du travail s'établissent des comparaisons, des parallèles entre elles. Il offre ainsi d'autres modèles de fonctionnements relationnels et psychiques. Par rapport au *groupe thérapeutique*, les participants sont ici présents, par définition, avec des *membres de leur famille* ou de leur réseau. Et la mise en relation de plusieurs familles est constitutive de la dynamique^{ss}.

Bref historique des groupes multifamilles

Les premières publications datent de 1961 mais bien avant, différents pas avaient été franchis dans cette direction. Un des pionniers est Peter Laqueur. Il est considéré comme le fondateur de la « thérapie multifamille ». Né en 1910, il a fait ses études de médecine aux Pays-Bas. Fuyant les nazis, il a passé la Seconde Guerre mondiale en Argentine puis s'est établi aux États-Unis où, en 1951, il devint chef de clinique dans un hôpital psychiatrique à New York. Il apparaît comme un homme de cœur, chaleureux, enthousiaste et optimiste.

Au sein de l'hôpital psychiatrique, chaque dimanche après-midi, des familles de jeunes adultes souffrant de schizophrénie venaient en visite. Ces familles désiraient voir le médecin pour lui confier leurs remarques sur leur « malade » et entendre des explications sur le traitement. Comme il semblait au médecin qu'il avait souvent les mêmes informations à délivrer, de surcroît en un temps fort limité, il eut l'idée de rassembler les familles des nouveaux patients durant une heure pour donner des informations et échanger avec le staff. Au départ, cette démarche fut mal supportée par certains patients qui pouvaient avoir l'impression d'une « conjuration » contre eux. De la même façon, lorsque le staff réunissait les patients entre eux, les familles avaient parfois à leur tour l'impression que l'on « montait la tête de leurs malades contre eux ». Une dichotomie « malade/bien portant » persistait ainsi, et la confrontation « fantasme/réalité » (par exemple ce que je crois qui a été dit à mon sujet *versus* ce qui a effectivement été dit) n'avait par ailleurs pas lieu.

Après ces séances d'information, Laqueur s'aperçut que des familles et des patients interagissaient librement et parfois longuement sur la pelouse devant l'hôpital ou près du parking. Il eut dès lors l'idée de réunir ces patients et ces familles dans des séances d'information et de discussion communes. Ainsi, les familles furent progressivement intégrées dans le travail de Laqueur au sein de la communauté thérapeutique. Très vite cette intégration a dépassé le cadre des informations sur le traitement et a donné lieu à une réflexion partagée à propos de la vie de l'institut, du retour à la maison, des relations familiales, de l'avenir professionnel et personnel de chacun, etc.

Peu à peu, Laqueur créa le terme « thérapie multifamiliale ». Il développa alors des techniques telles que l'utilisation des sculptures, ou des techniques de groupe, dans une visée thérapeutique. Dès ce moment, il n'est plus simplement

³ Salem G., « Exposition, confrontation, légitimation, apprentissage : quatre mots-clés pour la thérapie multifamiliale. Générations », *Revue française de thérapie familiale*, 2001, vol. 23, n° 1, p. 5-8.

question de transmission d'informations, mais d'une entrée effective dans la « thérapie multifamiliale ».

Dans une mouvance toute proche, Garcia Badaracco, psychanalyste espagnol, travaillant en Argentine, est séduit par cette thérapie et intègre ce modèle en le renommant « thérapie interfamiliale ». En effet, il préfère le terme thérapie *inter-familiale* car l'aspect important de ce modèle n'est pas la participation simultanée de plusieurs familles (multi), mais l'interaction et le travail thérapeutique entre elles (inter). Garcia Badaracco voit la personne qui souffre de maladie mentale comme « habitée par d'autres et manipulée par d'autres en raison de son besoin d'être acceptée et aimée par les personnes importantes, en particulier par les parents et se vit entravée pour développer son autonomie^{ss} ». En d'autres mots, la maladie mentale apparaît comme une réponse à un manque d'amour. Le travail relève dès lors d'une « thérapie du lien » car, selon Badaracco, les interactions entre familles facilitent les processus d'identification entre dynamiques familiales. Et la présence simultanée de différentes familles aide le groupe à mettre au travail les liens interfamiliaux. Parallèlement, Badaracco considère que *la relation* est le ressort le plus important qu'il puisse offrir à un patient, si bien qu'il va proposer des thérapies fréquentes, à raison d'une fois par semaine, à ses patients. L'objectif final du traitement étant de conduire le patient vers une amélioration de son état mental, entendu comme augmentation de sa capacité à vivre selon sa véritable nature, libéré du contrôle et de la domination des autres, fier d'être lui-même dans son environnement social.

La pratique actuelle des groupes multifamilles implique une grande diversité de modèles. Ceux-ci néanmoins revendiquent de près ou de loin une filiation avec les pratiques de thérapie systémique et/ou familiale^{ss}. Les indications cliniques sont soit ciblées sur une seule pathologie (mentale ou somatique), soit pas. Certains utilisent les groupes multifamilles pour faire du dépistage, du soin thérapeutique ou comme adjonction à d'autres pratiques thérapeutiques et de soins. Les contextes thérapeutiques sont variés : hôpital, communauté, consultation en ambulatoire, foyer, prison, écoles. Des développements de ce mouvement thérapeutique se font dans le monde entier : Amérique du Sud, États-Unis, Europe. Les référentiels théoriques peuvent également être divers : systémique, psychoéducatif, psychanalytique, etc. Pour notre part, nous nous situons clairement dans un référentiel de pensées de type systémique.

⁴ Badaracco Garcia J. E., *Psychanalyse multifamiliale. Les autres en nous et la découverte du vrai soi-même*, Paris, Éditions In Press, 2013.

⁵ Martin B., Rochet C., Félius D. et Franck N., « Réhabilitation et groupes multifamiliaux à orientation systémique », *L'Information psychiatrique*, 2014, vol. 90, n° 6, p. 477-484.

Description du cadre des groupes multifamilles

Le dispositif « multifamille », tel que nous le pratiquons, comprend différents éléments qu'il vaut la peine de présenter et détailler.

Pour commencer, nous concevons les réunions du groupe dans un espace en dehors du service de l'hôpital. Le cadre inclut ainsi une certaine « extraction » du quotidien du service. Pragmatiquement, un grand local est nécessaire, qui puisse contenir une trentaine de sièges placés en cercle pour la convivialité. Les réunions ont lieu une fois par mois et durent environ deux heures. Elles se déroulent en dehors des heures de visites habituelles. Une pause est prévue au milieu de la séance, durant laquelle on peut boire thé et café, et manger des biscuits. Il apparaît que ces échanges informels sont aussi importants que les interactions du groupe, nous y reviendrons.

Le dispositif prévoit la participation des patients et des familles qui le souhaitent, ainsi que celle du psychiatre, de la psychologue et d'un infirmier – ce qui constitue le trio d'animation de base et permanent. Un membre de l'équipe de soins supplémentaire, qui varie toutes les trois séances, s'ajoute au groupe, l'idée étant que toute l'équipe de soins puisse participer au dispositif à tour de rôle.

Le groupe multifamille est présenté à chaque patient au moment de sa préadmission. Il est ensuite proposé en cours d'hospitalisation, si cela s'avère pertinent dans son projet de soins. Une affiche est également accrochée aux valves du service, de façon à ce que tout patient puisse prendre connaissance des différentes dates de réunion et s'y inscrire. Avant une première participation, une famille est vue au préalable en entretien. Des invitations écrites sont également envoyées régulièrement pour rappeler des dates. La présence au groupe est volontaire et s'appuie sur un consentement mutuel des patients et de leurs proches. Le groupe est ouvert, ce qui signifie qu'un patient et/ou sa famille peut s'ajouter ou se retirer du groupe au cours de l'année. Ce mixte de participants, habitués ou non, est riche : ils se trouvent à des phases différentes d'évolution, ce qui peut ouvrir des perspectives pour ceux qui viennent de s'intégrer dans un groupe. Quoique les situations soient chaque fois différentes, les analogies entre elles sont source de réassurance et contribuent à une baisse de la résistance au changement.

Au cœur du dispositif groupe multifamille, la séance proprement dite, au sein de laquelle nous pouvons distinguer les phases de début, de milieu et de fin. Ces éléments contribuent au *rythme* et à la *ritualisation de la séance*, deux éléments décisifs du cadre thérapeutique.

Ainsi, chaque groupe commence par le rituel de la mémorisation de la « charte », qui contient des règles de base du groupe, comme le fait de parler en son nom propre et non à la place de l'autre, de parler en « je » et pas avec un « tu » qui peut devenir accusateur, d'être à l'écoute de chacun et de ne pas se couper la parole, d'être respectueux. Un rappel de la règle de confidentialité est fait : « Tout ce qui se dit dans le groupe reste dans le groupe. » Cela inclut le nom de la personne et le contenu de ce qui est dit. L'interdiction de la violence est posée. Les GSM

doivent être éteints. Toute personne commençant une séance s'engage à la poursuivre jusqu'au bout. Enfin, nous demandons aux personnes qui doivent quitter le groupe plus tôt pour des raisons contraignantes de nous le signaler à ce moment-là afin de pouvoir organiser notre groupe.

Au départ, en 2008, ces règles étaient lues par un professionnel. Peu à peu, les familles ayant intégré les règles, il est apparu plus approprié de leur demander de se remémorer et d'expliquer la charte et ses règles. Il n'y a donc plus de lecture mais un rappel du règlement par les plus anciens et selon une transmission strictement orale.

Après cette remémoration, chacun à tour de rôle est amené à se présenter en quelques mots. Il s'agit d'une présentation simple par le prénom et parfois le lien que la personne a avec un autre membre de groupe. La séance peut alors commencer.

Nous sommes ici au cœur même de la séance et du dispositif : nous ouvrons la discussion en demandant à tous : « Qui souhaite commencer à parler, à exposer un problème, une difficulté, une question ? » Il n'y a jamais de thème imposé car il ne s'agit pas d'un groupe à thème, ni d'un groupe didactique ou d'informations au sujet de la maladie.

La personne qui commence à parler expose son problème ou sa question, tout le monde l'écoute. Nous favorisons alors l'échange avec les autres familles : « Qui rencontre la même difficulté dans la vie ? » « Comment est-ce qu'on pourrait éclairer cette personne dans ce qu'elle vit ? » « Comment ont réagi tes parents quand tu as agi comme cela ? » Etc.

Au lancement du groupe multifamille, ce type d'échanges devait être stimulé. Nous pouvons proposer l'hypothèse que la question du « supposé savoir » des professionnels demeurerait en effet centrale à cette époque. Progressivement, cette position d'autorité et de savoir des soignants a été déconstruite, si bien que les échanges entre les familles se déroulent à présent d'une façon fluide et *quasi* naturelle, alors que cette impression de simplicité ou de « naturalité » est selon nous le *produit* du cadre institué et du travail entrepris. Sans doute apportons-nous de temps en temps, comme médecin ou professionnel, des points de repère, de la structure dans le groupe ; il reste que principalement, tout le monde a la possibilité d'intervenir, de devenir « co-thérapeute » dans l'éclairage d'une situation, ou dans l'écho qu'il lui offre. Il s'agit là d'apprentissages que Laqueur nommerait des apprentissages par « analogie et identification » : « Il s'agit d'une prise de conscience du patient/d'une famille de sa propre situation par l'observation d'une autre famille/patient qui d'une part accroche et soutient par des similitudes, et d'autre part confronte et stimule par ces différences, c'est-à-dire présente des alternatives^{ss}. » Concrètement, un homme peut donc apprendre à être père en observant d'autres pères et en se situant positivement ou négativement par rapport à eux. Une relation « analogique » dans le groupe peut donc servir de repère pour modifier une position difficile

⁶ Laqueur P., « La thérapie familiale. Le multiple selon Peter Laquer », *Psicologia social clinica*, 1983, vol. 3, p. 238-248.

ou problématique. Au cours d'une séance, plusieurs situations exposées par les participants sont exposées et abordées sur la base de ce travail « en écho » par rapport à d'autres familles.

La séance se termine elle aussi de façon rituelle par un tour de clôture où chaque personne est invitée à tour de rôle à exposer, brièvement, son vécu et son ressenti dans le groupe. Si d'aventure certains n'ont pas eu le temps d'exposer une question ou un problème dans le corps du groupe, ce tour de parole permet de revenir à chacun, de percevoir comment il se sent. Nous fermons ensuite le groupe avec quelques paroles de remerciements et les dates des prochaines séances.

Instauration et assouplissement du cadre du groupe multifamille

Nous l'avons mentionné, le cadre du groupe multifamille est à tout le moins constitué d'un cadre spatio-temporel particulier, de règles de participation et d'une charte, d'alternance entre des échanges dans le groupe et des moments plus informels de discussions lors des pauses.

Au début, nous avons « ficelé », « cadennassé » le groupe de manière rassurante pour les intervenants professionnels : nous insistions sur la nécessité de présence du patient *et* de sa famille avec l'accord des deux parties, celle de présenter une pathologie de type psychotique, nécessité d'être présent et de s'engager pour plusieurs séances ; progressivement, nous avons peu à peu assoupli notre dispositif et notre cadre.

En effet, à la faveur de voyages de type Léonardo (financements européens de projets d'échanges d'expérience entre plusieurs pays [France, Belgique, Islande et Espagne] ; sur deux années, de 2012 à 2014, sous le titre « Famille : son rôle dans l'autonomisation du patient »), nous avons pu nous enrichir de différentes expériences étrangères. Celle qui nous a le plus fait évoluer est celle des Espagnols^{ss,ss,ss,ss}.

⁷ Sempere Perez J., Fuenzalida C., Perez A., Mesa A., Jadraque R., Ruvira B. *et al.*, « Analisis del modelo de terapia grupal multifamiliar aplicado en institucion del sureste español », *Teoria y practica grupoanalitica*, 2012, vol. 2, n° 1, p. 109-122.

⁸ Sempere Perez J., « Terapia interfamiliar. Analisis y description de la application de un Nuevo modelo de terapia multifamiliar », thèse, Murcie, Facultad de medicina, Universidad de Murcia, 2015.

⁹ Sempere Perez J., « Nexos del modelo psicoanalisis Multifamiliar con otros enfoques terapueticos. Consideraciones Acerca de una nueva epistemologia », *Teoria y practica grupoanalitica*, 2012, vol. 2, n° 1, p. 11-20.

¹⁰ Sempere Perez J. et Fuenzalida Munoz C., « Terapia interfamiliar : de la "terapia de familia" a la "terapia entre familias". Analisis y difusion del modelo terapeutico », *Psico-terapia y Psicodrama*, 2013, vol. 2, n° 1, p. 88-105.

Ainsi, notre expérience du groupe, combinée à ces échanges internationaux, nous ont permis d'un côté de prendre plus d'assurance et de l'autre d'assouplir le dispositif. Nous avons remarqué que nous pouvions davantage faire confiance au groupe et même injecter nos propres questionnements au sein du groupe multifamille.

Actuellement, nous ne réservons plus le groupe seulement aux patients présentant des troubles psychotiques, nous n'exigeons plus la présence du patient *et* de sa famille (il se peut que le patient soit présent sans sa famille ou l'inverse). Nous avons aussi appris à intégrer dans le groupe des professionnels d'autres services ou d'autres horizons, afin de faire connaître cette pratique de groupe multifamille, et cela se passe aisément. À quasi chaque séance, un ou deux professionnels extérieurs sont présents pour s'imprégner et vivre cette expérience.

Par ailleurs, il paraît important de mentionner que le groupe possède actuellement quelque chose comme une « culture de groupe » qui lui est propre. En effet, cette culture ne paraît pas dépendante des individus qui le composent, ni des familles présentes. Tout se passe plutôt comme si le groupe avait une « vie propre », qui dépasse les individualités effectivement là. Sans doute cette culture provient-elle de ses années d'existence, du brassage de thèmes variés qui s'est opéré dans la vie du groupe, de la capacité des professionnels à encadrer et laisser vivre ce groupe, des règles de fonctionnement du groupe, notamment le rappel de la charte qui suppose une culture orale et une mémoire de groupe qui s'est installée au long des années. Nous pouvons également observer l'existence d'une certaine « régulation émotionnelle » lors de situations particulièrement intenses, par exemple avec l'apparition de traits d'humour, ce qui était moins présent au début de la pratique du groupe multifamille. Les intervenants professionnels ont appris à se mettre parfois en retrait, notamment parce que des réflexions venant d'autres familles, et non des professionnels, passent généralement mieux et les participants osent dans ces conditions aller plus loin dans leur questionnement. Corrélativement, les intervenants professionnels répondent davantage comme individu, personne à part entière, et se protègent de moins en moins derrière leur statut, leur position de professionnel. Ainsi, à titre d'exemple, une professionnelle de passage dans le groupe a, dès sa première participation, évoqué son vécu de sœur d'une patiente atteinte de pathologie mentale chronique complexe. Ceci nous conduit à aborder la question de la place et du rôle des intervenants dans les groupes multifamilles.

Place des intervenants dans le dispositif des groupes multifamilles

Notre dispositif prévoit l'animation du groupe par quatre personnes issues du service dans lequel a été fondé le groupe multifamille : un psychiatre, une psychologue, une infirmière référente du groupe, et un autre membre du service présent pour trois séances. Cette continuité a certainement contribué à la

diffusion de la culture de groupe dans le service ; réciproquement, le service a pu découvrir l'intérêt de ce type de groupe grâce à la participation de ses différents membres à trois séances consécutives.

Les intervenants professionnels ont pour tâche essentielle d'être des « facilitateurs ». Ils promeuvent la communication, l'interaction dans le groupe. Ils soutiennent l'expression de la parole de chacun, ils clarifient ce qui est dit ou montré, ils suscitent les réactions des autres familles. Ils peuvent parfois établir des liens avec des problèmes similaires rencontrés par d'autres familles. Ils contribuent au renforcement d'une certaine confiance dans le groupe à travers le partage de situations et de vécus. Ils doivent être conscients que les participants qui ne parlent pas participent quand même émotionnellement et apprennent également par analogie.

Ils peuvent aussi surveiller le fonctionnement du groupe et se poser des questions comme celles-ci : y a-t-il attention ou dispersion de la part du groupe ? Est-ce que tout le monde écoute ? Qui parle avec qui ? Et qui reste en silence, qui s'exprime par son non verbal et nécessite d'être soutenu ? Etc. L'intervenant prend en somme le pouls de *l'atmosphère émotionnelle* du groupe. Cette perception d'ensemble est très importante, fût-ce pour qu'alternent parole individuelle et réaction de groupe. Les intervenants suivent ainsi plusieurs niveaux d'interaction. Le premier est verbal : dans ce contexte, les intervenants paraphrasent, reprennent, soutiennent. Le second niveau est expérientiel : l'intervenant suscite le partage, l'intimité, la confiance. Dès lors, une confiance, un respect mutuel et une égalité doivent préexister dans le groupe des animateurs. Chacun doit pouvoir se sentir libre d'interpeller aussi bien les patients, leur famille, que les collègues, s'il ne comprend pas bien ou s'il souhaite des éclaircissements.

Conséquemment, il est important que les intervenants ne se placent pas dans une position de savoir, mais qu'ils partagent l'ambiance des émotions et des questionnements, parfois très existentiels et personnels, qui sont en jeu dans le groupe. Si une position de savoir – et donc de pouvoir – est présente chez un intervenant, le groupe ne peut plus offrir les possibilités de changements que nous allons décrire plus avant dans le paragraphe suivant. À noter que ce *positionnement de « non-savoir »* ne se fait pas spontanément ; il réclame un réel travail de la part de chaque protagoniste, quant à la question de son savoir et de son pouvoir. Il est utile d'avoir une formation de type systémique et d'animation de groupes thérapeutiques ou au moins d'en avoir l'expérience.

Par ailleurs, les conducteurs du groupe, ou d'autres membres, peuvent agir comme des « tuteurs de résilience ». Des participants peuvent en effet présenter une forme de « carence » au niveau des modèles familiaux. Une personne peut ainsi montrer un manque (émotionnel, affectif, etc.) qu'un « tuteur » pourra quant à lui offrir. Des éléments de structures psychiques peuvent ainsi être transmis, que ce soit par l'intermédiaire d'une personne ou *via* une situation exprimée et/ou expérimentée. Ce ne sont donc pas exclusivement des émotions qui sont partagées au sein du groupe, mais ce peut être une attitude verbale ou non verbale de structuration qui pourra être reprise, intégrée psychiquement, par un participant.

Espace d'apprentissage et de potentialités thérapeutiques

Lieu d'individuation

Dans la famille d'origine, soutenait M. Bowen (1970), commencent les processus de différenciation et d'identification. Ce processus d'individuation tout à la fois nous permet d'avoir une base psychique de sécurité (Bolby, 1989) et d'appartenance, et de nous projeter dans une voie plus personnelle sans avoir de sentiment de trahison ou d'abandon envers notre famille. La famille d'origine est aussi ce lieu où on apprend à faire face, à déchiffrer toute nouvelle expérience de vie. Dans le même temps, elle est également un lieu où se sont mis en place des blocages, nouées des souffrances qui perturbent, voire empêchent le processus d'individuation, c'est-à-dire de croissance et de différenciation.

Grâce au travail mené en groupe multifamille, soit un travail auquel contribue la famille d'origine, il est souvent possible de débloquer des situations, de réactiver, avec l'aide d'autres familles, d'autres personnes présentes, un processus de différenciation de soi nécessaire à toute évolution personnelle. Autrement dit, le travail avec la famille d'origine permet de puiser à nouveaux frais dans des ressources qui sont nécessaires pour débloquer ou réactiver le processus de croissance psychique de chacun dans la famille. « Travailler et aborder la problématique de chacun avec d'autres familles enrichit la compréhension des participants et renforcent le groupe comme faisceau d'interactions et de synergies. Chaque participant devient ainsi un agent du changement et chaque membre de la famille un compagnon d'une expérience partagée, ouvrant de nouvelles perspectives qui continuent ensuite d'elles-mêmes. »

À côté de ce processus de ressourcement au lieu d'origine pour pouvoir aller de l'avant, il est important de cibler l'apport des autres familles qui, par résonance, analogie et différence, peuvent offrir à une famille des alternatives, du neuf, ou encore des possibilités de dédramatisation. « Activer des processus de différenciation et d'individuation qui ne s'accompagnent ni de sentiments de culpabilité, ni de trahison, parce qu'ils doivent rester complémentaires au maintien des sentiments d'appartenance^{ss}. »

Voilà ce qui pourrait être un des buts de tout travail avec les patients, leurs familles et le personnel soignant.

Lieu d'apprentissage-réapprentissage, d'expérimentation

Dans la mesure où le groupe multifamille est un espace qui active des possibilités d'individuation, dans un processus de différenciation et d'appartenance, il est possible de soutenir qu'il est dès lors un espace d'apprentissage

¹¹ Ackermans A. et Canevaro A. (dir.), *La Naissance d'un thérapeute familial*, Toulouse, Érès, 2015, p. 12.

(ou de réapprentissage) des liens, pour que ceux-ci soient plus souteneurs que délétères.

À titre d'exemple, nombre de patients psychotiques vivent un sentiment de solitude, de non-appartenance, de destruction du lien qui s'est opéré dans le décours de la maladie. La participation au groupe multifamille permet bien souvent de recréer du lien au sein du groupe et au sein même de la famille d'origine. La venue au groupe permet aussi à un patient, une famille, un intervenant, de prendre conscience des souffrances dans lesquelles chacun s'est trouvé pris. L'espace du groupe constitue également un lieu de compréhension et même d'expérimentation d'autres façons d'être en lien. Grâce à l'effet de contenance induit par le groupe, une famille peut retravailler des expériences du passé qui ont été traumatisantes (apparition d'angoisses, d'hallucinations, passages à l'acte, etc.), une forme de triangulation survenant grâce à la présence d'autres familles et de générations différentes. C'est entre autres en cela que le dispositif multifamilial est « puissant ».

Lieu de réajustement des frontières

L'espace groupal permet de discuter, bien souvent avec humour, de questions de juste distance et de frontière. Il faut dire que les angoisses présentes chez nombre des membres de la famille font bien souvent s'estomper les frontières et les limites. Combien de fois n'avons-nous pas entendu des récits d'angoisse de patients et/ou de parents qui les ont amenés à ne plus respecter l'espace physique ou psychique d'autrui, quoique l'intention ait été de protéger et/ou de se rassurer ? La question de l'empiètement de l'espace de l'autre, travaillée dans le groupe multifamille, peut aller jusqu'à ce que certains décident de réaliser un travail psychothérapeutique personnel. Bien souvent, des personnes témoignent de l'effet positif pour elles-mêmes et leur entourage d'un travail personnel entrepris à un moment donné dans leur vie.

Ces partages permettent à d'autres familles engagées depuis moins longtemps dans leur processus de séparation-individuation de réfléchir à leur positionnement relationnel. Bien souvent, ce sont les familles qui se montrent les plus réticentes à l'idée d'entamer un travail psychothérapeutique qui bénéficient de ce genre de témoignage au sein du groupe multifamille.

Résultats thérapeutiques escomptés

Déstigmatisation

Généralement, les personnes venant au groupe multifamille souffrent, à des degrés divers, de la stigmatisation liée à la maladie mentale. Si pour les patients, c'est assez évident, pour les familles, c'est sans doute moins exprimé, du moins au départ. Pourtant beaucoup de familles se sentent seules, isolées, car elles ne trouvent pas d'écoute, ni d'aide dans leurs réseaux familiaux ou amicaux. Ces familles évoquent de l'incompréhension du monde extérieur (professionnels compris), de la honte (une forme de honte « sociale » qui renvoie au fait d'être

en somme responsable d'avoir un enfant souffrant de telle ou telle pathologie mentale) et de la culpabilité^{ss}. Dans ces conditions, le groupe devient un lieu où l'on peut d'abord parler de ses souffrances « secondes » (la souffrance première étant d'être confronté à la pathologie mentale, sans bien comprendre ce qui arrive). Les familles trouvent un lieu où, pour la première fois, elles ne se trouvent pas seules à vivre cette confrontation à la maladie mentale, cette stigmatisation, cette culpabilité, cette honte. Cette sortie d'isolement leur permet autant de se soutenir mutuellement que d'élaborer, d'échanger ensemble des réponses positives à ce problème majeur qu'est la stigmatisation^{ss}. Malgré les efforts entrepris par la réforme des soins en santé mentale en Belgique pour atténuer les effets de la stigmatisation de la maladie mentale, il faut reconnaître que celle-ci demeure un problème majeur pour la plupart des patients et des familles.

Affiliation

Pour certaines familles qui refusent d'entrer en contact avec les systèmes de soins (bien souvent pour toutes sortes de bonnes raisons), le groupe multifamille, lieu de paroles présenté comme tel, semble faire moins peur. Il constitue parfois le seul endroit où peut se réaliser un début d'affiliation mutuelle entre le personnel de soins et une famille. Sans doute que l'accueil, l'écoute respectueuse, la volonté de rencontrer l'autre sans jugement, le postulat des compétences de chacun, toutes ces raisons et ces valeurs pour lesquelles nous sommes là ensemble rendent possible un début d'affiliation pour certaines familles.

Comme nous l'avons soutenu, le groupe multifamille est d'essence « co-constructif », ce qui permet sans doute d'éviter une logique de « toute-puissance » de la part des soignants, une logique qui pourrait faire fuir des familles déjà bien éprouvées. En effet, bien souvent, durant les premières séances, les familles nouvellement arrivées commencent par se plaindre d'une certaine incompréhension et de souffrances face à des professionnels qui ne les ont pas reçus avec beaucoup d'égard (pas de contact avec la famille car leur enfant est majeur, rejet de la « faute » sur la famille, ou pas d'écoute de leurs souffrances lors de leur parcours, parfois long, avec la psychiatrie). Il est arrivé que des familles, qui n'entraient plus dans un service hospitalier depuis plusieurs années, consentent à y retourner après avoir accepté de venir au groupe multifamille.

¹² Salem G., Von Niederhäusern O., Aubry M. et Di Giampietro L., « L'approche multifamille à l'hôpital psychiatrique », *Archives de neurologie, neurochirurgie et de psychiatrie*, 1985, vol. 136, n° 6, p. 67-71.

¹³ Migerode L., Lemmens G., Hooghe A., Brunfaut E. et Meynckens M., « Groupes de discussion de jeunes adultes dépressifs hospitalisés avec leurs familles », *Thérapie familiale*, 2005, vol. 26, n° 4, p. 365-390.

Remobilisation

Le flot d'interactions, la richesse des échanges au sein de ces groupes multifamilles, permettent bien souvent de *remobiliser* des systèmes familiaux parfois figés. La présence d'une famille peut avoir des *effets de résonance* sur une autre. Un « effet miroir » peut se créer : des similitudes de situations et/ou de vécu peuvent apparaître en dépit des différences, au point de susciter de nouvelles perspectives pour chacun. Le groupe constitue ainsi un espace de créativité psychique et relationnel. Cette remobilisation psychique vaut à coup sûr comme un résultat thérapeutique important du dispositif.

Compliance au traitement et diminution des rechutes

À la faveur du processus de réaffiliation qui peut se jouer dans le groupe multifamille, *via* également un processus de reconstruction du lien patient-famille, ainsi que grâce au repositionnement de chacun dans les relations dans le système familial, une confiance inédite peut s'installer, qui rend possible une plus grande fluidité dans les échanges d'informations. En conséquence, les petits signes de rechute peuvent être énoncés dans le groupe sans que cela pose problème. Chacun est parfois amené à énoncer de menus changements survenus chez un participant, qui pourraient constituer des indices de rechute. En raison de cette confiance dans le groupe, nous observons par ailleurs que la compliance au traitement s'améliore souvent grâce à la participation au groupe multifamille.

Effets auprès des professionnels

Tant qu'à évoquer les résultats produits par le dispositif du groupe multifamille, il convient sans conteste de réserver une place de choix à ce que nous n'avions ni anticipé ni pensé en commençant, à savoir l'effet que le dispositif a eu sur les professionnels du soin. Même le professionnel le plus arc-bouté sur son savoir et sa position haute ne sort pas indemne des séances de groupe, tant ce qui s'y produit est puissant. Généralement, celui qui a vécu cette expérience d'échanges se sent raffermi dans son envie d'être soignant « autrement » : il tente de davantage s'exprimer et de s'appuyer sur ses émotions dans les échanges avec les patients et leur famille. Entendons-nous : il ne s'agit pas d'exprimer des éléments de vie privée, mais plutôt ce que l'on ressent dans le lien vécu avec un patient et/ou sa famille.

En outre, dans un groupe, l'expression de souffrances ou d'angoisses à propos de sujets aussi importants que la vie, la mort, la perte, etc. peut être si prenante que le lien entre les professionnels et les familles s'en trouve raffermi et amélioré – ce qui revêt d'autant plus d'importance quand les familles ont eu précédemment de mauvaises expériences avec la psychiatrie. Le groupe devient ainsi peu à peu un lieu d'expérience singulier des liens avec des familles de patients souffrant de psychose grave. Ce qui, bien entendu, ne manque pas d'être bénéfique pour la prise en charge des patients de l'unité.

À noter encore que, de façon délibérée, nous n'avions pas formalisé au départ le rapportage, en réunion clinique, de ce qui se jouait dans le groupe multifamille. Cependant, chaque professionnel qui y avait participé se permettait, de façon ajustée, de rapporter certains éléments qui lui semblaient importants pour la situation et le projet thérapeutique du patient, dans le respect de la confidentialité certifiée par le groupe multifamille. Dans ce contexte, la réunion clinique hebdomadaire de l'unité a été progressivement dynamisée par ces apports, complémentaires aux autres outils thérapeutiques en vigueur dans le service.

À titre de résultat massif de ce dispositif, nous pouvons mentionner le fait que le groupe multifamille a ainsi rendu possible une perception renouvelée des liens possibles entre soignants/patients/familles. Ce groupe a suscité un regard neuf des soignants sur les familles de patients. En sens inverse, nous avons senti une perception différente de la part des patients et leurs familles à l'endroit des soignants.

Conclusion

Comme nous l'avons montré, le groupe multifamille en tant que lieu d'individuation, de croissance individuelle, d'apprentissage et de réajustement des frontières, ou encore les différents processus engagés dans le groupe multifamille, comme la déstigmatisation, l'affiliation, la remobilisation par effet miroir ou par résonance, tout cela ensemble permet à des familles de se remettre en mouvement, bien souvent sans qu'elles s'en rendent compte. Ici, l'on s'aperçoit que le groupe comporte différents éléments véritablement moteurs de changements, à telle enseigne qu'il paraît possible d'évoquer des « effets thérapeutiques » produits, voire de « groupe thérapeutique » en tant que tel.

Tentons de comprendre comment il est possible que, pour certaines familles, après un parcours certain en psychiatrie, ayant fréquenté des psychothérapeutes, seul ce dispositif de groupe multifamille semble avoir permis d'avancer et de prendre soin de soi. Nous l'avons énoncé, l'écoute sans jugement, la bienveillance, les expériences plurielles exprimées, le partage d'émotions, la contenance du groupe, tout cela rend possible un travail différent de celui qui prévaut dans les entretiens individuels ou familiaux classiques. Le groupe agit en outre en tant que ressource sociale, organe de soutien et d'acceptation. Il permet la recherche partagée de solutions à des problèmes communs, augmentant par là le sentiment de compétences, personnelles et sociales, des participants. Lorsque familles, patients et soignants réfléchissent ensemble, certains d'entre eux peuvent découvrir et incorporer des « alternatives résilientes » pour faire face à la maladie mentale et à ses conséquences psychosociales.

Le groupe multifamille agit à l'instar d'une thérapie interfamiliale: elle ancre sa dynamique dans les interactions qui se nouent entre un individu, sa famille et d'autres personnes présentes, mais aussi sur ce qui se donne à voir comme interaction entre ces dernières et leur famille. Le groupe constitue par conséquent un lieu d'expérimentation de nouvelles perceptions, de nouvelles expériences émotionnelles et relationnelles, rendues possibles par la contenance et la sécurité du groupe, et la position spécifique de chacun – une fois sorti de sa

position de savoir. En ce sens, on peut voir dans le groupe multifamille un lieu où se re-modélistent les liens à soi, à la famille, au monde social environnant. La rencontre d'autres familles vaut quelquefois comme rencontre d'une « famille amicale de substitution », autorisant parfois l'abandon de certaines valeurs, et l'accordage à d'autres, permettant la plupart du temps un réaccordage émotionnel et relationnel avec autrui. Un résultat majeur de cette expérience de rencontre est de nous rendre plus humbles dans nos positions quelles qu'elles soient : professionnel, patient, famille. C'est aussi de nous ouvrir, chacun, à de nouvelles perspectives auxquelles on ne pense pas individuellement, mais seulement au terme d'un processus de réflexion collective. À soi seul, donc, le groupe multifamille suscite l'expérience de ce que « le tout est plus que la somme de ses parties ».

Remerciements

Nous tenons à remercier, outre la direction du CNP Saint-Martin, l'équipe de soins du service Saint-Roch et plus spécifiquement la chef infirmière, Mme Sabine Minsart, qui a rendu ce projet possible et qui l'a soutenu durant toutes ces années, ainsi que Nathalie Vander Eecken, psychologue, Lola Regnault, psychologue, et Anne-Pascale Martin, infirmière, qui ont rendu ce groupe possible et vivant. Nous tenons aussi à remercier Bénédicte de Villers qui nous a aidés à la finalisation de cet article. Enfin, mes remerciements vont à toutes les familles et leurs membres atteints d'une pathologie mentale, qui se sont risqués avec nous à cette aventure.

Correspondance

D' S. Mertens de Wilmars,
psychiatre et médecin chef
au CNP Saint-Martin, Dave
serge.mertens@saintmartin.ofc.be
A.-P. Martin, infirmière au CNP Saint-Martin
S. Minsart, infirmière en chef
au CNP Saint-Martin
L. Regnault, psychologue clinicienne
à la clinique Fond'Roy, Bruxelles
B. de Villers, Coordinatrice
Qualité au CNP Saint-Martin

Bibliographie

- Cook-Darzens S. (dir.), *Thérapies multifamiliales. Des groupes comme agents thérapeutiques*, Toulouse, Érès, 2007.
- Schiavone A., « La thérapie multifamiliale : en quoi l'approche multifamiliale apporte-t-elle un élément supplémentaire à la thérapie familiale classique ? », mémoire de master en sciences psychologiques, Louvain-la-Neuve, Université catholique de Louvain-la-Neuve, 2015.
- Salem G., « Exposition, confrontation, légitimation, apprentissage : quatre mots-clefs pour la thérapie multifamiliale. Générations », *Revue française de thérapie familiale*, 2001, vol. 23, n° 1, p. 5-8.

- Badaracco Garcia J. E., *Psychanalyse multifamiliale. Les autres en nous et la découverte du vrai soi-même*, Paris, Éditions In Press, 2013.
- Martin B., Rochet C., Félus D. et Franck N., «Réhabilitation et groupes multifamiliaux à orientation systémique», *L'Information psychiatrique*, 2014, vol. 90, n° 6, p. 477-484.
- Laqueur P., «La thérapie familiale. Le multiple selon Peter Laquer», *Psicologia social clinica*, 1983, vol. 3, p. 238-248.
- Sempere Perez J., Fuenzalida C., Perez A., Mesa A., Jadraque R., Ruvira B. *et al.*, «Análisis del modelo de terapia grupal multifamiliar aplicado en instituciones del sureste español», *Teoria y practica grupoanalitica*, 2012, vol. 2, n° 1, p. 109-122.
- Sempere Perez J., «Terapia interfamiliar. Analysis y description de la application de un Nuevo modelo de terapia multifamiliar», thèse, Murcie, Facultad de medicina, Universidad de Murcia, 2015.
- Sempere Perez J., «Nexos del modelo psicoanálisis Multifamiliar con otros enfoques terapéuticos. Consideraciones Acerca de una nueva epistemología», *Teoria y practica grupoanalitica*, 2012, vol. 2, n° 1, p. 11-20.
- Sempere Perez J. et Fuenzalida Munoz C., «Terapia interfamiliar: de la "terapia de familia" a la "terapia entre familias". Analisis y difusion del modelo terapeutico», *Psicoterapia y Psicodrama*, 2013, vol. 2, n° 1, p. 88-105.
- Ackermans A. et Canevaro A. (dir.), *La Naissance d'un thérapeute familial*, Toulouse, Érès, 2015, p. 12.
- Salem G., Von Niederhäusern O., Aubry M. et Di Giampietro L., «L'approche multifamiliale à l'hôpital psychiatrique», *Archives de neurologie, neurochirurgie et de psychiatrie*, 1985, vol. 136, n° 6, p. 67-71.
- Migerode L., Lemmens G., Hooghe A., Brunfaut E. et Meynckens M., «Groupes de discussion de jeunes adultes dépressifs hospitalisés avec leurs familles», *Thérapie familiale*, 2005, vol. 26, n° 4, p. 365-390.

Abstract

Giving patients and families a voice. A look back at eight years of multi-family group practice – In this article, we will attempt to conceptualize the mechanism of the "Multifamily Group" that we founded more than 10 years ago. We will review the history of this type of group, clarify the elements of its framework as well as the positions of the different protagonists. Finally, we will try to identify the elements that operate in the system and bring about changes that allow these groups to be considered therapeutic.

Resumen

Dando la palabra a los pacientes y a las familias. Una mirada retrospectiva de ocho años de práctica con grupos multifamiliares – En este artículo, intentaremos conceptualizar el mecanismo del «Grupo multifamiliar» que fundamos hace más de 10 años. Revisaremos la historia de este tipo de grupos, aclararemos los elementos del marco que lo componen, las posiciones de los diferentes protagonistas y trataremos de identificar los elementos que operan en el sistema y que provocan cambios para que estos grupos puedan ser considerados como grupos terapéuticos.