

À propos de la parution de l'ouvrage *Thérapies multifamiliales, Des groupes comme agents thérapeutiques*, sous la direction de Solange Cook-Darzens, Érès, coll. « Relations », 2007.

« Relations », 2007.

Entretien avec Solange Cook-Darzens

Denise Marchand

Volume 33, Number 1, Spring 2008

La psychothérapie focalisée sur le transfert : Québec-New York, 2^e partie (1) et Débat : la garde partagée (2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/018477ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/018477ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Marchand, D. (2008). À propos de la parution de l'ouvrage *Thérapies multifamiliales, Des groupes comme agents thérapeutiques*, sous la direction de Solange Cook-Darzens, Érès, coll. « Relations », 2007. Entretien avec Solange Cook-Darzens. *Santé mentale au Québec*, 33(1), 157–167. <https://doi.org/10.7202/018477ar>



**À propos de la parution de l'ouvrage
*Thérapies multifamiliales, Des groupes
comme agents thérapeutiques*, sous la
direction de Solange Cook-Darzens,
Ères, coll. « Relations », 2007.**

Entretien avec Solange Cook-Darzens

Denise Marchand*

M^{me} Marchand rencontre récemment Solange Cook-Darzens, Ph.D., en psychologie clinique, diplômée de l'Institut de psychologie de Paris et de l'Université du Kansas; psychologue clinicienne, superviseure et thérapeute familiale spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire à l'hôpital Robert Debré à Paris. Enseignante à l'École de psychologues praticiens, elle est l'auteure de nombreux ouvrages et articles, et prépare en collaboration avec Catherine Doyen un livre destiné aux jeunes souffrant d'anorexie qui paraîtra en 2008 chez Odile Jacob. Voici un compte-rendu de leur entretien.

D. Marchand : Avec la parution en 2002 de votre ouvrage sur la thérapie familiale de l'adolescente anorexique, nous avons déjà reconnu votre vif intérêt pour l'approche systémique, telle que vous l'avez développée dans votre pratique clinique. Or, voici que vous exposez dans le présent ouvrage une approche peu pratiquée, celle de la thérapie multifamiliale, dont vous nous offrez un panorama selon des expériences menées en Grande-Bretagne, en Belgique, en Argentine, en France et aux États-Unis auprès de groupes de familles qui font face à diverses problématiques de santé ou d'adversité. Quel serait, selon vous, un trait commun à ces diverses pratiques, quelle dimension réunit ou rapproche essentiellement ces expériences et ceux qui les réalisent ?

Solange Cook-Darzens : La thérapie multifamiliale est issue de la thérapie de groupe et de la thérapie familiale. Bien que les expériences thérapeutiques présentées dans cet ouvrage s'appuient sur des références théoriques très diverses (psychanalytique, systémique, psycho-éducative...), les pratiques multifamiliales (TMF) partagent toutes un

* Éditrice, PRISME, CHU Sainte-Justine, Montréal.

objectif commun, celui de la création d'une « communauté soignante » ou d'une « communauté thérapeutique » constituée de plusieurs familles confrontées à une même pathologie ou problématique. Étayée par l'expertise des thérapeutes, cette communauté favorise le soutien mutuel et la déstigmatisation, elle lutte contre le sentiment d'isolement et reconstruit l'espoir. Par sa structure même, elle permet une ouverture sur des perspectives multiples. Celles-ci sont génératrices de changement par confrontation et identification aux expériences d'autres familles, par « interfertilisation », par « croisements d'expériences » ou par « effet de serre », pour reprendre les termes de certains cliniciens. Comme le disait Carl Whitaker, la situation multifamiliale permet de vivre l'expérience de ses propres dynamiques familiales à travers les autres familles sans être submergée par son propre contexte familial. La présence de personnes appartenant à plusieurs générations, dans différents rôles familiaux (parent, conjoint ou enfant ; père ou mère ; frère ou sœur ; soignant ou soigné...) et à des stades différents de maladie et de guérison contribue de toute évidence à la richesse des expériences, des modèles et des solutions disponibles. Ce sont donc la *structure* même du groupe multifamilial et les *processus* inhérents à cette structure qui rapprochent ces diverses expériences thérapeutiques au-delà des choix théoriques et pratiques du thérapeute. Ceci ne signifie pas que le rôle du ou des thérapeute(s) est insignifiant : le groupe multifamilial n'est pas un groupe de type « associatif », c'est un groupe thérapeutique. Nous en reparlerons plus loin. Dans l'ensemble, nous pouvons dire que chaque famille bénéficie à la fois des processus de thérapie familiale et des expériences de la thérapie de groupe.

D. Marchand : Vous soulignez comment au cours des quarante dernières années, en réfléchissant sur le système familial, les théoriciens ont cherché à comprendre le rôle de la famille dans l'étiologie de la maladie chez le patient identifié, dans sa résolution ou son maintien, et comment par suite cette vision s'est reflétée dans la prise en charge des familles. Comment percevez-vous cette évolution de la théorie, dans ses points marquants et en quoi a-t-elle influencé les pratiques et modifié la manière d'aborder les familles ?

Solange Cook-Darzens : Les premiers modèles de thérapie familiale se sont principalement construits autour de l'*hypothèse systémique* postulant que la création d'un symptôme individuel reflétait une forme particulière de recherche d'équilibre pour les familles dites dysfonctionnelles. Selon ce paradigme, le symptôme aurait une utilité pour la famille car il lui permet de maintenir un équilibre, certes précaire, mais garantissant sa survie. Le symptôme n'est donc pas le « vrai problème »

et le patient porteur de symptômes n'est pas le « vrai patient ». Le vrai patient serait la famille, le patient n'étant qu'une porte d'entrée vers un système familial pathologique. Découlaient de ce modèle de « causalité familiale » un certain nombre de postulats et de choix thérapeutiques souvent culpabilisants pour les familles qui visaient principalement à réparer les défaillances familiales jugées responsables du trouble. La souffrance du patient désigné et la détresse familiale générée par ses symptômes ne pouvaient qu'être imparfaitement abordées dans le cadre de ce modèle. Au cours des 15 à 20 dernières années, de nouveaux modèles de travail familial se sont développés, plus souples et éclectiques, moins culpabilisants, et plus respectueux du patient individuel et de l'impact de sa pathologie sur la famille. Plusieurs facteurs ont contribué à cette évolution : la reconnaissance de la plurifactorialité évidente de la plupart des troubles psychopathologiques, l'ouverture de la thérapie familiale à la validation empirique, l'intérêt plus marqué pour la mobilisation des compétences et ressources de la famille et une vision plus humble du rôle du thérapeute familial. Les approches constructivistes et féministes ainsi que le courant de « thérapie familiale médicale » ont contribué de manière non négligeable à ces changements d'orientation qui ont encouragé de nouveaux positionnements thérapeutiques : une collaboration plus égalitaire entre la famille et le thérapeute, des interventions plus ciblées sur le rôle de la famille dans la guérison plutôt que dans l'origine du problème, l'utilisation de techniques thérapeutiques plus empathiques et valorisantes, le partage d'informations sur la maladie. Les thérapies familiales et multifamiliales que nous pratiquons à l'hôpital Robert Debré avec les familles d'enfants et adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire s'inspirent profondément de ces nouveaux courants thérapeutiques.

D. Marchand : Malgré les avantages au plan des ressources soignantes et du rapport coût-efficacité, malgré les bienfaits reconnus de l'approche groupale et les bénéfices que peuvent retirer les familles de la guidance psychoéducative, à quoi attribuez-vous le manque de popularité et le retard à développer des approches familiales et multifamiliales dans nos pays ?

Solange Cook-Darzens : Lorsque je suis arrivée en France en 1982 après de longues années d'exercice professionnel aux États-Unis — dont la thérapie familiale faisait partie —, j'ai été surprise de constater l'absence totale d'approche groupale et familiale dans le service de pédopsychiatrie de l'hôpital Robert Debré. Mes tentatives pour mettre en place des groupes et des consultations familiales se sont initialement heurtées à d'importantes résistances qui m'ont été

expliquées en termes de différences culturelles et d'incompatibilité avec les modèles dominants de l'époque, d'orientation principalement psychanalytique-psychodynamique. Quant à l'approche psycho-éducative, qu'elle soit appliquée à un groupe, une famille ou un individu, elle n'était pas considérée comme faisant partie de l'arsenal des « actes thérapeutiques », un débat toujours d'actualité malgré les importantes contributions des thérapeutes d'inspiration cognitivo-comportementale dans le traitement de certaines pathologies. Heureusement mais bien qu'avec un certain retard, la thérapie familiale a depuis connu un essor considérable en France, avec la création dans les années 1980 et 1990 de nombreux centres de thérapie familiale et de formation à cette modalité thérapeutique. Mais la pratique multifamiliale est restée le plus souvent isolée et ponctuelle en France, ici et là dans un hôpital ou dans un centre de thérapie familiale, malgré des débuts prometteurs suite à la publication en français d'un ouvrage de thérapie familiale où figurait un chapitre de Peter Laqueur sur la thérapie multifamiliale (Bloch, 1979, *Techniques de base en thérapie familiale*, Delarge). Il est possible qu'en dépit de l'intérêt évident de cette approche tant pour les équipes soignantes qu'en termes de coût, le regroupement de plusieurs familles et l'investissement professionnel qu'il nécessite (trois professionnels dans notre cas) puisse paraître trop lourd, voire peu « rentable » aux yeux de la plupart des institutions.

Notons également que l'évaluation de l'efficacité de la TMF a porté principalement sur les troubles psychotiques et peu sur les autres pathologies et que la TMF a dans ce domaine clinique surtout utilisé des outils psycho-éducatifs encore trop souvent disqualifiés par les thérapeutes familiaux en France. La TMF reconnaît aussi des difficultés identitaires dont nous parlons dans notre ouvrage et qui ont pu décourager les cliniciens potentiellement intéressés. Autant de raisons pouvant expliquer une certaine timidité à l'égard de cette approche thérapeutique. Il est après tout plus confortable de mener une thérapie familiale avec une seule famille et avec des références théoriques claires et précises plutôt que de gérer selon des références plurielles un rassemblement de familles dont les dynamiques nous échappent souvent.

D. Marchand : A partir des expériences relatées dans l'ouvrage, on aperçoit les exigences, en termes de connaissances, d'attitudes et de dispositions, pour le thérapeute dont le rôle se trouve profondément modifié dans ce type d'approche (en bref, tel que vous le dites : abandon d'une attitude directive pour un rôle d'observateur, de catalyseur des forces de changement dans la famille...) Quelles sont, selon vous, les compétences « essentielles » attendues chez un thérapeute qui intervient dans un tel cadre ?

Solange Cook-Darzens : La compétence essentielle d'un thérapeute multifamilial est effectivement la *souplesse théorique et pratique* associée à une *grande mobilité*. La plupart des professionnels spécialisés dans cette approche conviennent de la nécessité d'une *double formation à la thérapie de groupe et à la thérapie familiale*, sachant que les outils utilisés peuvent relever de théories et pratiques très diverses : psychanalytique, systémique, psycho-éducative, psychodrame, gestalt, art-thérapie, etc. Le thérapeute doit pouvoir guider et structurer le groupe à ses débuts, lâcher prise lorsque le groupe est bien constitué ; s'engager et se désengager en permanence ; être didactique ou simple facilitateur ; se situer à la frontière des différents systèmes existants (individuel, interindividuel, familial, interfamilial, groupal et sous-groupal) et mobiliser leurs richesses respectives. Et surtout, il doit être à l'aise avec le *maniement d'outils propres à la TMF* visant à créer des perspectives nouvelles et des expériences intenses de changement. Pour exemple, les techniques de « *sous-groupe dans le groupe* » (*poisson dans le bocal*) et de « *croisement d'enfants ou de parents* » dont nous parlerons plus tard. Il est également important qu'il accepte de ne pas pouvoir tout contrôler et d'avoir une position moins centrale qu'en thérapie unifamiliale. Il se situe *en partenaire égal et respectueux des familles* ou, comme certains l'ont décrit, comme facilitateur et garant d'un « *système supra-thérapeutique* » où les familles deviennent co-thérapeutes entre elles. Dans cet esprit, il n'hésite pas à s'impliquer dans les différents exercices proposés et devient, au même titre que les autres membres du groupe, un modèle d'expression et de réflexion personnelles. Cette grande diversité des rôles est bien sûr une richesse mais peut également être l'une des raisons pour lesquelles des thérapeutes familiaux, pourtant bien formés et expérimentés, hésitent à s'engager dans l'aventure multifamiliale. Pourtant, sur le plan matériel, cette approche est peu exigeante. Comme le rappelait Peter Laqueur, « n'importe quelle salle... dans laquelle on peut placer une trentaine de chaises en cercle... et un grand paper-board avec un feutre noir peuvent faire l'affaire ». Globalement, cette question du rôle du thérapeute soulève le problème d'une formation spécifique à la thérapie multifamiliale, encore inexistante en France. Le clinicien intéressé lira le chapitre de Fairbairn et Eisler décrivant un modèle britannique de formation à la thérapie multifamiliale, utilisant des groupes de « familles de professionnels » pour travailler en miroir les processus présents dans les groupes de « familles cliniques ».

D. Marchand : Le groupe multifamilial s'appuie sur des techniques originales, par exemple celle du « *cross parenting* » ou « *croisements inter familiaux* » ou encore celle du « *sous-groupe dans le groupe* »

(poisson dans le bocal). Comment analysez-vous les avantages et les limites de ces techniques pour relancer le processus dans un contexte donné ?

Solange Cook-Darzens : Les techniques de « *croisements inter-familiaux* » et de « *sous-groupe dans le groupe* » sont uniques à la structure et aux processus de la TMF, contrairement aux autres techniques issues pour la plupart des thérapies de groupe et de famille. En effet ces deux techniques nécessitent et s'appuient sur la présence de plusieurs familles pour favoriser l'écoute et l'ouverture à différents points de vue, et pour encourager l'apprentissage mutuel et la résolution de problèmes. La première consiste à inviter un parent à prendre en charge (ou tout simplement à rencontrer) un enfant d'une autre famille autour d'une tâche précise et sur un temps limité. Dans la deuxième, les thérapeutes invitent un sous-groupe (les mères, les patients désignés, les frères et sœurs, les hommes...) à se placer au centre du groupe pour échanger sur un thème ou travailler à une tâche spécifique pendant que le reste du groupe (le groupe extérieur) écoute et observe avant de devenir lui-même à son tour le « *poisson dans le bocal* ». Les deux techniques stimulent l'innovation en créant une multiplicité de liens et de perspectives qui favorisent à leur tour l'« effet de serre » tant souhaité des thérapeutes multifamiliaux. Elles s'utilisent ponctuellement, de préférence de manière « préparée », et ne constituent pas bien sûr l'unique dispositif de la thérapie multifamiliale. De notre expérience, ces techniques, surtout la seconde, nécessitent un groupe bien soudé ayant déjà construit une atmosphère de partage et de confiance. Dans nos groupes multifamiliaux de Robert Debré, leur utilisation a été plus facile et apparemment plus porteuse de changement avec les familles d'adolescents anorexiques de 13 à 18 ans qu'avec celles d'enfants plus jeunes souffrant de la même pathologie. Même avec beaucoup d'étayage, les plus jeunes patients ont beaucoup de difficulté à s'exposer dans l'exercice du « *poisson dans le bocal* », l'exercice de « *cross-parenting* » étant toutefois mieux vécu. D'une manière plus générale, nous constatons que l'approche multifamiliale génère plus de réticence de la part des enfants de 8 à 12 ans en comparaison avec les adolescents. Cette différence d'acceptabilité est peut-être liée à la pathologie anorexique. Nous avons sur ce plan peu de points de comparaison, car la littérature fait rarement état d'expériences multifamiliales avec des jeunes enfants, hormis celles présentées par Peter Steinglass (chapitre 10 de notre livre) dans le champ des maladies somatiques chroniques. C'est un groupe d'âge pour lequel nous manquons d'expérience et de vérification empirique.

D. Marchand : Sur quels critères vous appuyez-vous pour offrir à une ou des familles une intervention de groupe multifamilial — et quel bilan faites-vous de votre expérience à ce moment-ci ?

Solange Cook-Darzens : Je ne parlerai ici que de ma propre expérience avec les groupes multifamiliaux dans l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent. Je n'ai pas assez d'expérience directe avec d'autres pathologies, mais la plupart de mes co-auteurs ont abordé cette question dans leurs chapitres respectifs. En ce qui concerne l'anorexie, je dirai en premier lieu que le *critère d'âge de la patiente* est important. L'adolescence est un stade de développement privilégié pour les groupes multifamiliaux : c'est une tranche d'âge où la famille joue un rôle significatif dans la guérison. De plus, les adolescents viennent très volontiers à ces groupes alors que les enfants plus jeunes semblent y venir « à reculons ».

Le second critère qui guide nos indications est un *critère de fragilité* à la sortie de l'hôpital. Les patientes et les familles qui demeurent « fragiles » tant sur le plan de la gestion des symptômes que sur le plan psychologique et relationnel, après une hospitalisation de 3 à 4 mois, sont invitées de manière prioritaire à participer à nos groupes multifamiliaux. Dans ce même contexte de fragilité, nous donnons priorité aux familles de patientes souffrant d'une anorexie sévère et/ou en voie de chronicisation, par exemple celles pour lesquelles il existe une co-morbidité importante et/ou qui ont déjà vécu plusieurs hospitalisations. L'une des raisons, mais pas la seule, est que le groupe multifamilial assure un suivi régulier et relativement soutenu (tous les 15 jours) que le mode « conventionnel » de suivi post-hospitalier ne peut pas toujours garantir. L'autre raison est que ces familles, souvent engluées depuis longtemps dans la maladie et dans des réponses inadaptées, ont plus besoin de soutien et d'ouverture à la diversité que les autres familles. Nous pensons qu'avec ces familles, la multiplicité des perspectives et des positionnements offerts par la situation multifamiliale constitue un atout considérable. Enfin, nous proposons la TMF à toutes *les familles pour qui la thérapie unifamiliale pendant l'hospitalisation a été un échec* soit parce qu'elles l'ont refusée, qu'elles ne l'ont pas bien supportée, ou qu'elles en ont peu bénéficié malgré leur désir de progresser. Il s'agit souvent de familles conflictuelles ou présentant d'importantes pathologies individuelles, de familles hostiles ou critiques à l'égard de la patiente, ou de familles très réticentes par crainte d'une trop grande remise en question ou d'une intrusion dans leur intimité personnelle. D'après nos observations, environ 10 % des familles semblent être dans ce cas. Dans le groupe multifamilial, ces

familles peuvent être initialement perdues mais paradoxalement protégées par l'anonymat du grand nombre. Sans autre obligation que d'être présentes et observatrices, elles peuvent être portées par les nouveaux modèles disponibles et faire l'apprentissage de nouveaux savoir-faire, sans jamais se sentir remises en question directement. À l'inverse, les familles plus activement hostiles vis-à-vis de la patiente peuvent initialement parasiter l'espace et l'esprit du groupe en répétant haut et fort que « ces patientes sont impossibles » ou qu'« elles sont toutes les mêmes » et en donnant de nombreux exemples de ces affirmations. Dans les deux cas, le groupe multifamilial semble avoir une influence « conformisante » favorisant à la fois un meilleur niveau d'investissement de l'espace de groupe et l'amélioration de la communication intrafamiliale. L'exemple de Laetitia développé dans le chapitre 7 de notre ouvrage en est une bonne illustration. Dans l'ensemble, notre bilan est positif pour les familles d'adolescentes. Les familles apprécient beaucoup ce mode d'intervention et une étude récente conduite par ma collègue Catherine Doyen et moi-même tend à montrer la supériorité de cette modalité thérapeutique pour les adolescentes dont la pathologie est sévère. Il est encore trop tôt pour nous prononcer sur l'efficacité de la TMF auprès des enfants de 8 à 12 ans, mais ces petites patientes semblent peu apprécier la situation multifamiliale, ce qui risque fort de gêner son efficacité.

D. Marchand : La reconnaissance du rôle de la famille dans la constitution et la cogestion de l'espace thérapeutique est un principe affirmé de l'approche systémique. Comment cela intervient-il dans la pratique, en particulier avec des familles « difficiles », alors qu'il s'agit de définir, voire de concilier les objectifs prioritaires par la famille et ceux entrevus par les thérapeutes, et encore plus, lorsque le risque, voire la dangerosité des situations auxquelles ils sont exposés met en cause la sécurité, l'intégrité des enfants dans ces familles ?

Solange Cook-Darzens : Quel que soit le mode de suivi des familles, unifamilial ou multifamilial, nous sommes parfois confrontés à des familles que nous appelons « difficiles » parce qu'elles remettent en question le diagnostic et sa dangerosité potentielle, qu'elles sont en désaccord avec nos propositions thérapeutiques, qu'elles critiquent en permanence notre manière de travailler, ou qu'elles refusent de s'engager dans un travail familial. Cette alliance thérapeutique de mauvaise qualité est souvent assortie de forts désaccords entre les parents, d'une pathologie massive du fonctionnement familial ou d'une tyrannie sans limites de la patiente vis-à-vis de ses parents, trop terrorisés par ses menaces ou ses comportements pour se re-saisir d'un quelconque pouvoir décisionnel. Nous avons déjà dit

plus haut que certaines de ces familles peuvent heureusement trouver leur place dans un groupe multifamilial dont l'influence est souvent plus « conformisante » que celle de l'approche unifamiliale. Mais quelques-unes d'entre elles refusent également cette approche thérapeutique... et refusent souvent bien d'autres dimensions du programme thérapeutique. Les risques de sortie contre avis médical si l'enfant est hospitalisé, ou d'une errance médicale, sont alors très élevés. Si nous sommes inquiets pour la santé de l'enfant, ces ruptures pourront déboucher sur un signalement administratif ou judiciaire de notre part. Mais ces cas sont heureusement rares et la plupart du temps, il s'agit plutôt de négocier et de travailler pas à pas une vision plus commune des besoins de l'enfant et des priorités thérapeutiques, des objectifs que les thérapeutes familiaux connaissent bien et qu'ils sont bien armés pour aborder. Notre formule de « consultation familiale intégrée » décrite dans notre précédent livre sur la thérapie familiale de l'adolescent anorexique, est particulièrement adaptée à ce type de travail. La situation particulière des parents divorcés qui prolongent leurs conflits dans la situation anorexique est bien connue de nous. Cette situation prend beaucoup de temps et d'énergie pour être désamorcée et exige des modèles souples d'intervention systémique : rencontres avec chaque parent séparément, avec les deux parents en tant qu'équipe parentale (si ceux-ci peuvent l'envisager), avec la mère et les enfants, avec le père et les enfants, etc. Le travail visant à développer une vision plus commune de l'anorexie et de sa gestion sert parfois le tremplin pour aborder des thèmes plus larges d'accord ou désaccord parental.

D. Marchand : Devant la multiplication des protagonistes et des cothérapeutes, le fait que ces derniers soient interpellés à de multiples niveaux (individuel, interfamilial, groupal...) et sur divers registres (cognitivo-comportemental, systémique, psychodynamique), n'y a-t-il pas lieu de s'inquiéter de la « clarté » et de l'efficacité de la démarche et des objectifs poursuivis, et à cet égard, comment assure-t-on la cohérence du processus et la cohérence interprétative du groupe ?

Solange Cook-Darzens : Oui, face aux multiples niveaux et registres d'intervention, il y a lieu parfois de douter de l'efficacité de notre démarche et de la clarté de nos objectifs. Il n'est pas rare que nous ayons « préparé » une séance multifamiliale pour travailler tel thème avec tel outil, le thème de la séparation par exemple, et que la séance se déroule sur un tout autre thème, par exemple celui de la tyrannie des symptômes, sans que nous ayons pu faire l'exercice envisagé. Même si ces imprévus sont parfois un peu frustrants, nous les acceptons comme faisant partie de la complexité mais aussi de la richesse des processus multifamiliaux. Nous sommes néanmoins attachés à une organisation de base et à

plusieurs rituels qui sont les garants d'une certaine cohérence. Tout d'abord, les thérapeutes et stagiaires-observateurs se réunissent après chaque séance multifamiliale pour faire un « débriefing » de la séance écoulée et préparer la séance suivante. Chaque séance apporte des pistes nous permettant de définir des objectifs pour la séance suivante et de choisir une à deux activités attachées à la réalisation de ces objectifs. Ainsi, quand après plusieurs mois de rencontres multifamiliales, les familles commencent à s'éloigner du symptôme, qu'elles sont moins « dans l'assiette » et s'ouvrent à des thématiques plus larges (telles que l'autonomie ou l'identité de la famille sans anorexie), nous réfléchissons à plusieurs activités pouvant assurer une certaine cohérence de travail autour de ce thème au cours des séances suivantes. Par exemple, faire un collage ou un dessin représentant l'image qu'a chaque famille du chemin parcouru et restant à parcourir vers la guérison ? Choisir un animal pour représenter de manière métaphorique la famille telle qu'elle est maintenant et telle qu'elle sera plus tard sans anorexie ? Faire un « poisson dans le bocal » sur le thème « anorexie et adolescence, comment les distinguer » ? De manière plus générale, les séances ont une organisation prévisible et sont rythmées par un « tour de table », des moments psycho-éducatifs, des discussions informelles ou thématiques, des exercices prenant différentes formes et des tâches à faire à la maison. Bien sûr, tout n'est pas programmé de manière rigide et nous faisons confiance à l'impact thérapeutique des échanges spontanés entre les familles, notamment les échanges interfamiliaux et intergénérationnels. Mais nous tenons à maintenir une structure et un rythme de base que les familles peuvent anticiper de manière rassurante. Les interventions des co-thérapeutes (thérapeute familiale, éducateur ou infirmière, et diététicienne) sont généralement complémentaires plutôt que conflictuelles dans la mesure où chaque intervenant garde bien sa spécificité professionnelle et que la thérapeute familiale est principalement la garante de l'approche systémique. Nos débriefings réguliers nous aident à résoudre certains désaccords et à tendre vers une vision aussi consensuelle que possible des besoins des individus, des familles et du groupe. Les participants sont, quant à eux, étonnants dans leurs capacités de régulation mutuelle. Telle remarque blessante d'un parent à un autre sera reprise et adoucie par un troisième parent, telle enfant timide sera encouragée par les autres patientes à parler plus, telle remarque inappropriée sera totalement ignorée... Bien sûr, pour que les échanges aient cette qualité thérapeutique, les thérapeutes doivent avoir contribué en amont à construire une atmosphère de respect, de confiance et de partage, bref à la création de ce fameux « supra-système thérapeutique » déjà évoqué plus haut.

D. Marchand : Comment parvient-on à maintenir au fil des années son implication et son intérêt pour un domaine, celui du traitement de l'anorexie, rempli encore d'inconnues et où les succès thérapeutiques sont rares, sinon incertains ?

Solange Cook-Darzens : Certes, il existe encore beaucoup d'inconnues dans l'étiologie et le traitement de l'anorexie, mais ces inconnues constituent justement des challenges qui soutiennent mon intérêt pour ce champ clinique. Je m'attache à maintenir une pratique «evidence-based» et pour ce faire, à participer aux échanges, recherches et réflexions menés dans ce domaine sur un plan international. Loin d'être blasée, c'est toujours avec une intense curiosité que j'aborde la lecture d'un nouvel ouvrage ou d'un article sur les troubles du comportement alimentaire, et les nouvelles publications de méta analyses ou résultats de recherches me permettent de parfaire mes pratiques. Par exemple, je suis très intéressée par les études récentes conduites dans le domaine du concept d'«émotion exprimée» ou EE, qui m'aident à adapter certaines de mes interventions auprès de familles dont le niveau de EE est particulièrement élevé. Je participe également à des recherches sur la qualité de fonctionnement des familles d'adolescents anorexiques et sur l'impact de l'hospitalisation sur le devenir du patient. Au-delà de cette démarche plutôt intellectuelle et raisonnée, vraisemblablement proche de la démarche de tout spécialiste, je suis quotidiennement interpellée par la souffrance de la patiente anorexique et de sa famille, la manière unique dont elles organisent leur vie autour de cette pathologie souvent durable, les ressources et défaillances uniques qu'elles mobilisent. Autant de sujets de surprise et souvent d'admiration, autant de raisons de se battre à leurs côtés pour leur donner toutes les chances de cheminer vers la guérison. Une guérison qui n'est pas si rare ou incertaine puisqu'elle concerne à l'heure actuelle environ 60 % des enfants et adolescents que nous prenons en charge. Il n'en est peut-être pas de même pour les adultes anorexiques ! Par ailleurs, je me suis éloignée avec un certain soulagement des modèles de «causalité familiale» qui ont stigmatisé les familles, effacé leurs diversités et enfoui leurs compétences. En étant à l'affût de leurs différences plutôt que de leurs ressemblances et de leurs ressources plutôt que de leurs défaillances, je m'ouvre à nouveau à un champ thérapeutique très vaste qui n'est que temporairement rétréci et abasé par la maladie anorexique. Et lorsque je doute de l'efficacité de mes actions thérapeutiques ou qu'une jeune patiente est hospitalisée pour la troisième ou quatrième fois, j'ai la chance de pouvoir me tourner vers une équipe pluridisciplinaire qui contribue à me réinsuffler l'espoir et certaines convictions.