

Thérapie familiale structuro-stratégique : description des caractéristiques familiales et évaluation des résultats du traitement

Volume 7, numéro 2, novembre 1982

Mourir

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/012981ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/012981ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

(1982). Thérapie familiale structuro-stratégique : description des caractéristiques familiales et évaluation des résultats du traitement. *Santé mentale au Québec*, 7(2), 182–183. <https://doi.org/10.7202/012981ar>

est d'autant plus difficile à vivre que, paradoxalement, la mort se produit dans une institution ayant comme fonction première la guérison. Abolir la mort est devenu le fantasme de la science qui fait en sorte que lorsqu'elle se produit, c'est l'échec ultime qui ne se partage plus.

La recherche entreprise vise à retracer le vécu d'un groupe d'acteurs sociaux, les coordonnateurs des soins infirmiers, face aux mourants et à la mort dans le cadre de l'institution hospitalière. À partir d'entrevues auprès de coordonnateurs dans une dizaine de centres hospitaliers de la région de Québec, l'analyse cherche à dégager d'abord les rapports qu'ils entretiennent avec le mourant, la famille, le personnel hospitalier; ensuite la représentation sociale qu'ils se font des mourants et de la mort et, finalement, la relation entre cette dernière et leurs conduites.

Le coordonnateur, travaillant de soirée et de nuit, occupe une fonction tout à fait particulière. Il doit s'assurer que, sur tous les départements de l'hôpital, les malades reçoivent les meilleurs soins possibles. Il se perçoit comme «dépanneur officiel» devant répondre à toutes les urgences. La mort, qu'elle soit subite ou attendue, constitue par le fait même une situation où il doit toujours intervenir.

De par ses fonctions, il est amené à prendre une certaine distance face à sa formation technique de soignant. Il est un individu porteur d'idées personnelles, profanes ou sacrées, sur la souffrance, la mort, le corps... qu'il va bien souvent tenter de partager ou d'en faire valoir le bien-fondé auprès du personnel. Ainsi, il se retrouve souvent en lutte contre les attitudes qui caractérisent la culture occidentale face à la mort et la personne mourante : négation, fuite, répression émotionnelle, manque de communication. D'où, bien souvent, une certaine marginalité.

Il va percevoir le personnel infirmier comme étant confiné au modèle médical (soins curatifs et retrait en cas d'échec) pour aborder les problèmes psychologiques et sociaux du mourant et de ses proches. Face à cet échec de la relation d'aide, le coordonnateur va favoriser un modèle éducationnel dans le but de mettre en communication la triade mourant-personnel-famille, favorisant l'un ou l'autre de ces termes, ou les trois à la fois, selon sa représentation de la mort et le type d'hôpital dans lequel il travaille.

Cette thèse de maîtrise est subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale et sera complétée en décembre 1982.

Michel Clermont



THÉRAPIE FAMILIALE STRUCTURO-STRATÉGIQUE : DESCRIPTION DES CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES ET ÉVALUATION DES RÉSULTATS DU TRAITEMENT

Les recherches dans le domaine du bien-être des enfants au Québec ont tendance à être axées sur les enfants en situation de placement, et sur les familles qui maltraitent ou négligent leurs enfants. Ces préoccupations sont effectivement fondées si l'on tient compte du nombre élevé d'enfants nécessitant de telles interventions au Québec. Ces priorités de recherche vont également de pair avec la croyance que les services destinés à prévenir le placement doivent être développés et évalués. Cependant, les services dispensés aux familles ayant des problèmes multiples, et aux familles dont les enfants manifestent des troubles de comportement, n'ont pas encore fait l'objet de recherches rigoureuses au Québec. De plus, on constate le peu de développement de la recherche évaluative quant aux résultats obtenus par les méthodes particulièrement utilisées avec les

familles desservies par les Centres de services sociaux.

En réponse aux lacunes mentionnées précédemment, le Projet de Recherches Familiales de l'École de service social de l'Université McGill a initié une recherche qui, avec l'aide d'une subvention du Conseil québécois de la recherche sociale, s'effectuera sur une période de trois ans. Cette étude vise trois objectifs principaux :

1. Étudier les modèles d'organisation familiale des familles desservies par les Centres de services sociaux.
2. Évaluer l'efficacité de la thérapie familiale structuro-stratégique (structural-strategic family therapy) auprès de cette population.
3. Étudier les relations entre les résultats positifs de la thérapie et les changements qui se sont produits dans l'organisation familiale.

Ce projet est le prolongement d'une collaboration entre l'Université McGill et le Centre de services sociaux Ville-Marie qui offre cette forme de thérapie à certaines familles, lesquelles seraient autrement suivies aux unités s'occupant des enfants et des familles.

La thérapie familiale structuro-stratégique, telle que son nom l'indique, est née d'une fusion de la thérapie familiale structurelle élaborée par Minuchin (1967), et de la thérapie stratégique, produit du travail de plusieurs cliniciens-théoriciens. Mentionnons, entre autres, Erickson (cf. Haley, 1973), Haley (1976), différents membres du Mental Research Institute Group (Watzlawick, 1978; Weakland, 1976), Palazzoli-Selvini, Boscolo, Cecchin et Prata (1978). Les deux approches avaient déjà une certaine affinité conceptuelle car elles s'inspiraient du travail de Bateson, Jackson et de leurs collègues sur la communication (Bateson, Jackson, Haley and Weakland, 1956). La conceptualisation structuro-stratégique élaborée par Stanton (1981) sert de modèle à la présente étude.

L'utilisation de la thérapie familiale structuro-stratégique semble être particulièrement appropriée à la clientèle des Centres de services sociaux. En effet, contrairement à la plupart des autres modèles, cette thérapie émergea d'un travail clinique auprès d'une clientèle défavorisée sur le plan socio-économique, et se généralisa par la suite à une clientèle plus diversifiée. La thérapie structurelle et la thérapie stratégique se caractérisent par la résolution de problèmes et par une concentration sur le présent; par conséquent, le traitement est relativement court. Les deux méthodes ont été largement utilisées, surtout auprès des familles dont un enfant présentait un problème. La littérature sur le bien-être de l'enfant suggère qu'un programme de traitement de ce genre permet de prévenir le placement des adolescents (Michaels et Green, 1979).

Le projet de recherche s'effectuera en deux phases :

1. Au cours de la première phase, nous recueillerons des données descriptives permettant d'établir des profils organisationnels et interactionnels des familles desservies par le Centre de services sociaux Ville-Marie. Par le biais d'une entrevue structurée, une évaluation sera effectuée auprès d'un échantillon représentatif de 50 familles qui font des demandes de services

au Centre, ainsi qu'auprès de 25 familles «normales». Ces dernières seront évaluées afin de mesurer la validité de nos instruments quant à leur capacité de différencier les familles nécessitant une intervention clinique et celles qui ne requièrent pas d'intervention clinique. Les données recueillies permettront également d'évaluer les familles dans l'optique structuro-stratégique. Les instruments employés sont une grille des tâches d'interaction structurées (telle qu'adaptée par Stanton et ses collègues, 1979), l'échelle d'environnement familial de Moos (1974) et une mesure du bien-être de l'enfant (McGilly et Duder, 1980).

Cette phase de la recherche est déjà amorcée et nous recrutons actuellement des familles ne nécessitant pas d'intervention mais qui seraient intéressées à participer à une entrevue d'évaluation. Ces familles ne doivent pas avoir une histoire de traitement psychiatrique, ni des antécédents de toxicomanie au sein de la famille. De plus, elles ne doivent pas avoir d'enfants en situation de placement. Elles doivent avoir au moins un enfant âgé de neuf ans ou plus.

2. Au cours de la deuxième phase du projet (1983-84) les données recueillies mesureront l'efficacité de la thérapie familiale structuro-stratégique et la compareront à d'autres modalités de traitement employées au Centre de services sociaux. Pour cela, nous affecterons, au hasard, un groupe de 50 familles soit au traitement structuro-stratégique, soit au traitement régulier du Centre. Les familles seront évaluées avant et après le traitement à l'aide des instruments utilisés à la phase I, ainsi qu'à l'aide d'une mesure des résultats concrets du traitement (Goal Attainment Scale) développée par Kiresuk (1968). Enfin, toutes les familles participantes rempliront une grille d'observation du comportement (Behaviour Checklist).

Pour de plus amples informations sur cette recherche, ou pour référer des familles qui seraient intéressées à nous aider en participant à une session d'évaluation familiale (d'une durée d'une heure et demie), veuillez contacter : Michael Ashton
Université McGill, École de Service Social
3506 rue University
Montréal, Québec, H3A 2A7
Téléphone : (514) 392-8072