

## COMMENT DONNONS-NOUS SENS A? NOTRE VÉCU D'ÉVÉNEMENTS SIGNIFICATIFS DE VIE ?

Illustration de la méthode IPA appliquée a? l'analyse des processus de changement dans le cadre d'une thérapie multifamiliale

**Zoé Gelin, Yves Simon, Stephan Hendrick**

**Médecine & Hygiène** | « **Thérapie Familiale** »

2015/1 Vol. 36 | pages 133 à 147

ISSN 0250-4952

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2015-1-page-133.htm>

Pour citer cet article :

Zoé Gelin *et al.*, « Comment donnons-nous sens a? notre vécu d'événements significatifs de vie ? Illustration de la méthode IPA appliquée a? l'analyse des processus de changement dans le cadre d'une thérapie multifamiliale », *Thérapie Familiale* 2015/1 (Vol. 36), p. 133-147.

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.

# Comment donnons-nous sens à notre vécu d'événements significatifs de vie ?

## Illustration de la méthode IPA appliquée à l'analyse des processus de changement dans le cadre d'une thérapie multifamiliale

**Zoé Gelin** Psychologue-doctorante au sein du Service de psychologie clinique systémique et psychodynamique de la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Mons, Belgique

**Yves Simon** Psychiatre et directeur du Centre thérapeutique du trouble alimentaire de l'adolescent, Centre hospitalier «Le Domaine» – Braine l'Alleud, Belgique

**Stéphan Hendrick** Docteur en psychologie, chef du Service de psychologie clinique systémique et psychodynamique de la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Mons, Belgique

### Résumé

*Comment donnons-nous sens à notre vécu d'événements significatifs de vie ? Illustration de la méthode IPA appliquée à l'analyse des processus de changement dans le cadre d'une thérapie multifamiliale.* – L'*Interpretative Phenomenological Analysis* (Analyse Phénoménologique Interprétative ou IPA) est une méthode de recherche qualitative relativement récente et qui a été développée spécifiquement pour la recherche en psychologie. A partir de récits au sujet d'événements significatifs de vie, elle offre une approche systématique à l'interprétation de la production de sens. Nous présenterons, dans un premier temps, les fondements théoriques et épistémologiques de l'IPA. Dans un second temps, nous illustrerons la démarche analytique qui a permis d'analyser le vécu d'une famille ayant participé à une thérapie multifamiliale pour adolescents souffrant d'anorexie mentale. Cette recherche clinique vise à démontrer comment l'IPA peut contribuer à l'étude des processus de changement dans le cadre de l'évaluation des psychothérapies.

### IPA : analyse phénoménologique interprétative

La recherche sur l'évaluation des psychothérapies est au cœur d'enjeux multiples et considérables (Hendrick, 2009). D'une part, la recherche sur l'évaluation permet

de justifier la valeur et l'efficacité d'une psychothérapie (Thurin, et Thurin, 2007) ainsi que de proposer le meilleur traitement possible, c'est-à-dire les interventions les plus appropriées susceptibles de produire les changements espérés, dans un délai aussi court que possible et ce, à des coûts accessibles (Hendrick, 2009). D'autre part, les différents acteurs (pouvoir public, assurances, entreprises, etc.) ont un intérêt à ce que les traitements en matière de santé mentale soient efficaces et efficaces. Outre ces enjeux scientifiques et économiques, clarifier les processus de changement est susceptible d'orienter le clinicien dans sa pratique.

Selon Thurin (2009), la recherche en psychothérapie s'est centrée ces dernières années sur l'étude des processus en tentant de répondre aux questions : « Pourquoi et comment une psychothérapie marche-t-elle (agit-elle) » ? Ce recentrage représente un changement considérable de paradigme de recherche. En effet, il ne s'agit plus de démontrer l'efficacité d'une ou plusieurs « gélules » thérapeutiques comme dans le modèle de l'*evidence-based medicine*, mais d'essayer d'appréhender les processus à l'œuvre tout au long de la thérapie (Gelin, Denis, Livémont, et Hendrick, 2013). Les chercheurs tentent, ainsi, de sortir de la perspective cause/effets en se rapprochant au plus près de la clinique et en tentant de spécifier la nature de la relation « thérapie » et « changement » (Elliott, 2010).

Une des composantes essentielles de la relation thérapeutique réside dans l'expérience subjective du thérapeute au contact de l'expérience subjective du patient (Wampold, 2001 ; Gilliéron, 2004). L'essence même de la relation thérapeutique est donc de nature intersubjective. Elle consiste en une coproduction de sens où patient et thérapeute participent activement à ce processus, de manière idiosyncratique et interactive (chacun façonnant l'autre dans ce processus). Comprendre le changement consiste dès lors à tenter de cerner cette expérience intersubjective. Par conséquent, il importe d'aborder ce type d'« objet » complexe avec des méthodes appropriées.

L'*Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) ou analyse phénoménologique interprétative (Smith, Flowers, et Larkin, 2009) est une méthode de recherche qualitative relativement récente et spécifiquement développée pour la recherche en psychologie. A partir de récits à propos d'événements significatifs de vie, elle offre une approche systématique et rigoureuse à l'interprétation de la production de sens. Il s'agit d'une approche dont les fondements épistémologiques prennent racine dans trois domaines importants de la philosophie : la phénoménologie, l'herméneutique et l'idiographie.

L'IPA est influencée par les travaux d'éminents phénoménologues tels que Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty et Sartre. La phénoménologie vise à réduire l'expérience à sa structure essentielle. Heidegger décrit la phénoménologie comme une entreprise herméneutique,<sup>1</sup> nos observations étant toujours effectuées à partir d'une position subjective. En effet, nos tentatives de compréhension des relations des autres au monde sont nécessairement interprétatives (Smith, Flowers, et Larkin, 2009). Ainsi, l'IPA tente d'étudier comment un phénomène apparaît, le chercheur étant impliqué dans le processus de production de sens de ce phénomène. Le chercheur est engagé dans une double herméneutique : il tente de donner sens au récit du participant qui lui-même tente de donner sens à son vécu. Ainsi, sur le plan épistémologique, l'analyse phénoménologique interprétative se situe dans une position complexe entre le réalisme et le constructivisme : nous percevons le monde à travers notre implication dans celui-ci mais sa signification émerge de notre relation à lui (intersubjectivité). L'IPA est phéno-

---

<sup>1</sup> On désigne par « herméneutique » la réflexion philosophique interprétative.

ménologique car elle tente d'accéder au plus près possible de l'expérience personnelle du participant à partir d'une démarche inductive, mais elle reconnaît que ce processus devient inévitablement interprétatif à la fois pour le participant et pour le chercheur. Sans la phénoménologie, il n'y aurait rien à interpréter et sans l'herméneutique, le phénomène ne pourrait pas être observé (Smith, Flowers, et Larkin, 2009).

Enfin, l'IPA est une méthode idiographique. En effet, la méthode est attachée à l'étude détaillée de l'expérience du cas particulier. Les études IPA sont donc conduites sur des échantillons relativement petits mais conduisent à des analyses méticuleusement détaillées. Ainsi, l'IPA tente de démontrer l'existence et la signification d'un phénomène plutôt que son incidence. L'étude des similarités et des différences entre les participants permet dans un second temps d'approfondir le singulier, ce qui peut mener alors au plus près de l'universalité.

Nous proposons d'illustrer cette méthode à travers la présentation d'un cas issu d'une recherche sur les processus de changement dans le cadre d'une thérapie multifamiliale pour des adolescents souffrant d'anorexie mentale. Cette recherche vise à identifier les mécanismes de changement spécifiques, parfois insoupçonnés ou sous-estimés, à l'œuvre pendant ce type de thérapie multifamiliale. Ainsi, la méthode IPA nous est apparue particulièrement appropriée pour nous aider à répondre à la question suivante : *Comment les familles donnent-elles sens à leur vécu du changement pendant une thérapie multifamiliale de l'anorexie mentale ?*

## Une recherche clinique sur les processus de changement pendant une thérapie multifamiliale

La thérapie multifamiliale est une approche à la croisée de la thérapie de groupe et de la thérapie familiale (Cook-Darzens, 2014). Elle consiste à regrouper plusieurs familles autour d'un même type de pathologies dans l'idée de créer un cadre et un réseau social thérapeutique (Cook-Darzens, 2007). Cette approche thérapeutique est devenue, ces vingt dernières années, de plus en plus populaire dans le traitement de diverses pathologies. La thérapie multifamiliale a démontré son efficacité en tant que traitement de la schizophrénie, de la dépression, de la dépendance à l'alcool, des troubles obsessionnels compulsifs et des troubles alimentaires (Gelin et coll., 2015).

L'essence du changement thérapeutique dans le cadre de ce type de thérapie est attribuée par les cliniciens à la dynamique de partage d'expériences et d'échanges de conseil et de soutien entre des individus qui font face à des problèmes similaires (Asen et Schuff, 2006). Cependant, cette approche thérapeutique reste sous-développée conceptuellement et difficilement différenciée d'autres approches. La littérature souligne la nécessité de développer une meilleure compréhension des processus cliniques à l'œuvre dans ce type de thérapie et qui peuvent expliquer les changements observés. La recherche sur les processus de changement apparaît donc comme un moyen d'élaborer une identité plus consistante pour la thérapie multifamiliale en permettant de clarifier quels sont les ingrédients spécifiques à ce type de thérapie et quels sont ceux qui sont communs avec d'autres psychothérapies (Cook-Darzens, 2007).

L'étude que nous vous présentons ici fait partie d'un projet de recherche dont l'objectif est de clarifier, à partir de la perspective des cliniciens et des familles, les processus de changement pendant un programme de thérapie multifamiliale pour l'anorexie mentale développé au Centre thérapeutique du trouble alimentaire de l'adolescent (CTTA) en Belgique. Plus spécifiquement, nous vous présentons ici une étude réalisée avec une famille ayant participé à la thérapie multifamiliale proposée au CTTA. L'objectif de cette recherche est de répondre à la question : *Comment la famille de Louise donne-t-elle sens à son vécu du changement pendant une thérapie multifamiliale de l'anorexie mentale ?*

## Le modèle thérapeutique

Le Centre thérapeutique du trouble alimentaire de l'adolescent (CTTA), en Belgique, propose un programme de traitement multifamilial à des adolescents de 12-18 ans souffrant d'anorexie mentale et à leurs parents. Ce programme ambulatoire consiste en 21 journées intensives de thérapie, réparties sur une année sous forme de sessions mensuelles de plusieurs journées d'affilée d'intensité dégressive. Un groupe multifamilial est constitué typiquement de quatre à sept familles. La thérapie est encadrée par une équipe pluridisciplinaire comprenant deux psychologues, deux infirmières, une diététicienne et un psychiatre. Le traitement est divisé en trois phases, similaires à celles développées par l'équipe londonienne du *Maudsley Hospital*, équipe à l'origine de l'application de la thérapie multifamiliale à l'anorexie mentale (Dare et Eisler, 2000) : une première phase « orientée symptôme », une deuxième phase « orientée famille » et une dernière phase « orientée futur ». Le déroulement de la thérapie et ses principes sont détaillés dans Gelin, Bzurovski, Simon et Hendrick (2014).

## Méthode

Le propos de cet article étant d'illustrer la démarche IPA, nous nous limiterons ici à l'analyse d'une situation clinique, celle de la famille de Louise.

## Situation clinique

Nous avons réalisé des entretiens individuels avec Louise, sa mère et son père, environ un mois après la fin de la thérapie. Louise a 16 ans quand elle et sa famille commencent le traitement qui durera dix mois au CTTA. Ses parents sont séparés. Louise a une sœur et un frère plus âgé du côté maternel, qui ne vivent plus à la maison. Sa mère est remariée et son père a une compagne qui n'habite pas sous le même toit. Louise souffre d'anorexie restrictive. En début de traitement, Louise avait un IMC de 13,5. Son anorexie a commencé quelques mois auparavant mais elle n'a jamais été hospitalisée. En fin de traitement, Louise a atteint un IMC de 18,5.

## Guide d'entretien et cadre

Les entretiens individuels avec la famille de Louise ont duré environ 1 h 30. Ils ont eu lieu au domicile du père (pour Louise et son papa) et sur le lieu de travail de la mère. Chacun des entretiens a été enregistré à l'aide d'un dictaphone. Chaque participant a signé un consentement éclairé quant à sa participation à la recherche. Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien comprenant sept parties. La première introduisait la rencontre en invitant le participant à décrire le premier jour de la thérapie et son vécu associé. La deuxième partie de l'entretien s'intéressait au vécu du participant par rapport au groupe et à l'équipe thérapeutique. La troisième partie se focalisait sur le vécu des changements familiaux et des changements individuels pendant la thérapie. Ensuite, le guide d'entretien s'orientait vers le souvenir le plus marquant du participant pendant la thérapie. La cinquième partie de l'entretien se focalisait sur les aspects éventuellement difficiles et désagréables de la thérapie. Enfin, l'entretien s'orientait vers le vécu de « l'après thérapie » et se concluait par une réflexion métacognitive sur le vécu du participant par rapport à l'entretien de recherche.

## Analyse des données

Tableau 1. Les six étapes d'une analyse IPA (Smith, Flowers, et Larkin, 2009)

Etape 1	Lire et relire
Etape 2	Commentaires initiaux – descriptifs, linguistiques et conceptuels
Etape 3	Thèmes émergents
Etape 4	Connexions à travers les thèmes émergents
Etape 5	Cas suivant
Etape 6	Recherche de patterns à travers les cas

Smith, Flowers, et Larkin (2009) détaillent dans leur ouvrage chacune des six étapes d'une analyse IPA (tableau 1). L'analyse IPA se réalise au cas par cas. Après avoir retranscrit intégralement le contenu des entretiens, la première étape est de lire et relire l'entretien pour s'en imprégner. Ensuite, nous procédons aux commentaires initiaux sur le transcrit. Cette étape étudie le contenu sémantique et l'utilisation du langage à un niveau exploratoire. Il s'agit d'une étape proche de l'analyse de texte libre qui vise à noter des commentaires descriptifs qui ont un accent phénoménologique clair et reste proche du sens explicite donné par le participant, des commentaires linguistiques qui explorent l'utilisation spécifique du langage par le participant et des commentaires conceptuels et interprétatifs qui s'engagent à un niveau plus interrogatif et ouvre l'étendue des significations provisoires. L'étape suivante est la recherche des thèmes émergents. Pendant cette étape, le chercheur tente simultanément de réduire le volume de détails tout en maintenant la complexité. Les thèmes renvoient à l'essence psychologique des phénomènes en contenant suffisamment de particularités pour être proches du phénomène et suffisamment d'abstraction pour être conceptuels. Les thèmes émergents doivent refléter une compréhension. La quatrième étape implique le développement de schémas ou de diagrammes sur la manière dont le chercheur

pense que les thèmes s'articulent les uns avec les autres. Organiser les thèmes peut être en soi très créatif et pousser l'analyse à un niveau plus élevé. Chaque thème doit être lié à des extraits pertinents du transcrit original. Ensuite, il est possible de passer au cas suivant qu'il est important de traiter indépendamment du précédent, pour rendre compte de son individualité. Enfin, la dernière étape est de faire émerger des patterns à travers les cas et d'étudier les similarités et les différences entre les cas.

## Résultats

Trois thèmes ont été identifiés à partir de l'analyse des entretiens avec la famille de Louise, décrivant la thérapie comme un processus en deux temps : l'affiliation nécessaire à la différenciation de soi. Les termes « affiliation » et « différenciation » ont été choisis sans référence théorique spécifique. En effet, l'épistémologie de l'IPA exige une mise entre parenthèses de nos connaissances et savoirs a priori afin de rester le plus proche possible du phénomène étudié (Smith, Flowers, et Larkin, 2009). Dès lors, l'objectif est d'identifier des thèmes qui reflètent les processus décrits par la famille de Louise : le terme « affiliation » se réfère au processus de développement de la confiance, à l'instauration d'un climat de cohésion et de sécurité dans la relation, étape nécessaire à la différenciation dans un second temps.

Tableau 2. Liste des thèmes et sous-thèmes émergents

Thèmes	Sous-thèmes
La relation avec l'équipe thérapeutique	Affiliation Différenciation
La relation familiale	Affiliation Différenciation
La relation dans le groupe	Affiliation Différenciation

En effet, les sous-thèmes « affiliation » et « différenciation » apparaissent à trois niveaux dans les témoignages de la famille de Louise : au niveau du lien avec l'équipe thérapeutique, au niveau des relations familiales et au niveau des relations dans le groupe (tableau 2). Examinons en détail chaque thème.

### *Thème 1 : La relation avec l'équipe thérapeutique*

#### **Affiliation**

La maladie génère des émotions fortes liées au danger et à l'urgence, ce qui suscite de l'anxiété dans la famille de Louise.

*« ... il y a eu, à un moment donné, une prise de conscience de la gravité de la maladie (...) c'est pendant les vacances puisqu'il y avait la plage, etc., donc*

*le maillot, donc la vision vraiment du corps, vraiment abominable, vraiment abominable. Donc, là, il y a eu un choc très, très fort.» (Père)*

*«Quand j'ai vu ça,<sup>2</sup> j'ai dû sortir de la cabine et je me suis mise à pleurer. Je me suis dit: Mais qu'est-ce qui se passe? Qu'est-ce que j'ai fait pour en arriver là? Comment ça se fait que je n'ai pas vu ça plus tôt... Et qu'est-ce qui se passe quoi? Qu'est-ce qu'elle veut me dire par là? Qu'est-ce que...» (Mère)*

Le début de la thérapie permet d'agir face à cette émotion suscitée par la prise de conscience de la maladie et rassure la famille; la thérapie agissant comme un contenant des émotions et de l'angoisse. La thérapie donne un but et une direction à la famille.

*«La prise de conscience que c'est vraiment quelque chose qui est vraiment très, très grave, qui peut avoir des conséquences très, très graves, que vraiment il n'y avait pas de temps à perdre, qu'il fallait agir, qu'il fallait retrouver des rôles de parents mais en ce que ça a de plus primitif, je veux dire, c'est-à-dire de symbolique, de fort, de... aussi dans la confiance et dans la tendresse mais je veux dire voilà qu'on n'allait pas commencer à tourner autour du pot, qu'il y avait des décisions qu'il fallait prendre.» (Père)*

*«Donc, c'est un peu comme marcher dans le désert avec le premier panneau indicateur, bien qu'on sache qu'on est dans le désert, donc qu'on crève de soif. Mais au moins, il y a un panneau indicateur. On n'est plus en train de tourner en rond. Donc, ça ne veut pas dire que les conditions deviennent idéales mais au moins il y a un but, il y a... voilà, on sait comment agir, on sait comment procéder.» (Père)*

*«Je me suis dit: "tiens là, à cet endroit-là, on va nous prendre en charge complètement" et voilà, je me suis dit: "bon ben on y va, on se lance, de toute façon on n'avait pas le choix".» (Mère)*

La relation avec l'équipe thérapeutique permet à la famille de croire et d'espérer un changement. L'équipe suscite la confiance de la famille dans le processus proposé, ce qui la mobilise et l'engage dans la thérapie et constitue une base de sécurité nécessaire pour le changement.

*«Il y avait une confiance dans cette thérapie, dans la marche à suivre. Il y avait vraiment une grande confiance dans la thérapie.» (Père)*

Le sous-thème «affiliation» se réfère donc ici au développement d'une alliance thérapeutique sécurisante pour la famille de Louise.

## **Différenciation**

La contenance provoquée par le début de la thérapie et le discours des experts laissent place à un processus de transmission des compétences aux parents

---

<sup>2</sup> La maman de Louise parle du moment où elle a vu le corps de Louise en maillot de bain.

qui sont forcés progressivement de se détacher de l'équipe thérapeutique, en établissant leurs propres règles et points de repère. C'est lorsque les thérapeutes apparaissent comme « défaillants », en créant un flou « angoissant » et de la confusion que les parents commencent à fixer leurs propres règles et faire émerger leurs propres normes. Les parents sont donc renforcés dans leurs compétences et commencent à se sentir autonomes dans la gestion de la maladie. Ce processus de différenciation permet de les renforcer dans leur sentiment de maîtrise et d'efficacité personnelle. Le CTTA reste une base de sécurité face à l'anxiété générée par la maladie même s'il est à présent vécu sereinement à distance. En fin de thérapie, la vigilance et la confiance ont remplacé l'anxiété.

*« On est tous les trois persuadés, je pense, qu'on a tous les outils mais que si on a un gros bug, on peut aller voir le Docteur X sans problème. Moi je ne ressens pas la nécessité de recommencer. De toute façon ce serait inutile. On a reçu les outils, on les connaît. » (Mère)*

*« La conscience, en fait que ce n'est pas... que ça ne se termine pas comme ça et que ce n'est pas : "hop, fini la thérapie, fini la maladie". Non, c'est : "fini la thérapie, maintenant, vous avez des outils pour guetter l'évolution éventuelle dans le bon ou dans le mauvais sens". » (Père)*

*« Qu'il peut y avoir des rechutes et que donc voilà, qu'il faut... être très vigilant. C'est de la vigilance sans être... Vigilance mais sans... en essayant d'enlever l'anxiété. » (Père)*

## Thème 2 : La relation familiale

### Affiliation

Dans le cadre de la thérapie, la famille redevient une base de sécurité pour ses membres. La cohésion de la famille est renforcée et la thérapie crée un contexte favorable à une communication plus authentique. Le sous-thème « affiliation » se réfère donc au processus de renforcement du sentiment d'appartenance à la famille. L'alliance entre les parents de Louise se remet en place et agit comme un contenant sécurisant pour Louise et ses parents.

*« Mais moi, je pense que pour Louise, ce qui a été important, c'est de voir que ses parents, qui se sont séparés, sont capables de se remettre ensemble, enfin se remettre ensemble symboliquement bien sûr. Mais je veux dire de se ressembler en partie face à une difficulté pour Louise. Je crois que ça, ça a fonctionné. » (Père)*

*« Ça m'a recentré moi au niveau de la famille, en me disant que c'était ce qui pour moi était le plus important, la vie de mes enfants c'est plus important que l'extérieur. Ça m'a aussi... ça s'est fait en deux parties, dans un premier temps vraiment très, très fort recentrée mais vraiment famille très, très étroite, maison, etc. » (Mère)*

*«Alors, je ne dis pas que ça a été super-chouette comme deux, deux amis mais, très vite, ça a quand même... la complicité qu'ils ont mis en place pour m'aider a fait en sorte que les prises de tête sont passées de côté.» (Louise)*

## **Différenciation**

Cette base de sécurité dans la famille restaurée permet l'autonomisation et l'individuation de ses membres. Le processus de différenciation des membres de la famille devient possible à partir des relations familiales apaisées et sécurisantes. Ce processus permet la confrontation des points de vue, l'affirmation de soi et le désaccord dans la famille. Le croisement de regards et de points de vue différenciés dans la famille introduit de nouvelles informations sur la famille menant à une réflexion sur le changement.

*«J'ai réussi, j'arrive beaucoup plus à lui<sup>3</sup> dire les trucs quoi. (...) J'arrive à dire maintenant les choses. Tandis qu'avant, je me laissais aller dans tous les sens, sans rien dire. Alors que maintenant j'essaie de m'affirmer en fait.» (Louise)*

*«Par exemple, une grande aide aussi c'était laisser aller, laisser parler le jeune jusqu'au bout. (...) On peut aussi être en désaccord, ce n'est pas grave, ce n'est pas pour ça qu'il n'y a pas d'amour, on a le droit d'être en désaccord.» (Mère)*

*«Dans ma relation avec Louise, c'est l'idée que voilà, il faut l'encourager à se... à avoir plus d'autonomie, à s'affirmer, à affirmer ce qu'elle dit, à ne pas toujours essayer de séduire l'autre.» (Père)*

Ce processus de différenciation a également comme conséquence la réouverture de la famille vers l'extérieur et le développement du bien-être personnel de ses membres. Le traitement accompagne une distanciation progressive par rapport à la famille et une réouverture vers la communauté plus élargie. Progressivement, Louise et ses parents développent un temps pour le bien-être personnel. En particulier, depuis la fin de la thérapie, Louise prend de l'autonomie et ses parents commencent à lâcher prise pour lui permettre de se responsabiliser et de se distancier. Louise explique apprendre à habiter son espace personnel, son individualité. Elle décrit un sentiment de compétence et de maîtrise par rapport au changement qui émerge avec la thérapie et un processus de réinvestissement de ses pairs et des activités d'adolescents, en dehors de la cellule familiale.

*«C'est comme si on avait mis une cloche pour bien tout "ressouder" et que petit à petit on ouvrait que ce soit au niveau du social, au niveau du lâcher-prise pour l'alimentation – enfin en ayant une vigilance – et tout se rouvrirait, on allait vers la fin du tunnel, vers la lumière. Et voilà, ce sentiment d'ouverture quoi, réouverture au monde et à ce qui se passe autour...» (Mère)*

*«Parce que je sais que je ne prends pas du temps pour moi en fait. Je suis toujours à la merci des autres et très, très présente pour les autres mais pour*

---

<sup>3</sup> Louise parle de sa mère.

*moi, pas tellement et je pense que c'est ça qui m'a freiné moi beaucoup et qui m'a un peu enfoncé dans l'anorexie. C'est que c'était beaucoup "pas prendre soin de soi". Je ne parle pas au niveau physique et tout ça, je parle au niveau de passer une journée, faire du shopping, faire un truc soi-même. Moi, ça a été là.» (Louise)*

*«Pour Louise plutôt bien, elle avait pris l'engagement de partir au mois d'août, avec ses... ses copains... en Italie, ce qui était une expérience qui était quand même un peu à risque entre guillemets, ça aurait pu... Ça s'est bien passé, donc ça nous avait rassurés. (...) Depuis voilà, elle a pris un boulot dans une boulangerie.» (Père)*

Enfin, ce processus permet au couple parental de se différencier du couple conjugal. En effet, l'alliance parentale se distingue progressivement de l'histoire conjugale. La thérapie a permis une prise de distance plus sereine dans la relation «ex-conjugale».

*«On vient pour avancer donc ça ne sert à rien de... non juste la chose qu'il ne fallait pas qu'on sorte... enfin, qui ne devait pas sortir parce que ce n'était pas le lieu, c'était les rancœurs personnelles du "couple".» (Mère)*

*«On peut dire qu'il y a eu une certaine forme de rapprochement. Je veux dire simplement dans la courtoisie, je dirais. Ça a gagné en courtoisie, pas vraiment en sentiment mais en courtoisie.» (Père)*

### *Thème 3: La relation dans le groupe*

#### **Affiliation**

Le sous-thème «affiliation» se réfère ici au processus de développement du sentiment d'appartenance au groupe. La famille s'affilie au groupe grâce au processus d'identification. En effet, le vécu commun d'expériences provoque une identification aux autres membres du groupe, c'est l'effet miroir du groupe. Cette appartenance crée un sentiment de sécurité. Les parents de Louise décrivent un vécu commun de solidarité, de soutien et d'entraide dans le changement, une direction commune, un attachement et une alliance dans le groupe qui permet de sortir de l'isolement, la stigmatisation et la culpabilité. L'appartenance au groupe provoque un effet de serre sur les changements et renforce un sentiment de compétence et de réussite. Cette appartenance procure un contexte sûr où le premier interlocuteur est le groupe.

*«Donc il y a des choses qu'on n'est pas toujours obligés de dire. Il y a des choses qui parfois en l'entendant évoquer par quelqu'un d'autre, ça vous permet de s'identifier. Il y a un pouvoir d'identification et qui permet de voir dans les vécus des autres, de pouvoir trouver aussi, voilà de se reconnaître. Et en se reconnaissant de peut-être prendre conscience aussi de choses à changer, etc.» (Père)*

*«Le groupe. Moi je trouve que c'était comme une grande famille à la fin.» (Louise)*

*« C'est important de se dire qu'on est tous dans le même bateau et dans l'idée qu'on arrive tous... enfin qu'elles arrivent toutes à s'en sortir à la fin de la thérapie et qu'on est là les uns et les autres pour s'aider et être aidés. (...) Je pense qu'il n'y a que ce miroir-là qui peut aider à avancer. » (Mère)*

Pour Louise, le groupe permet de revivre des expériences sociales et relationnelles sécurisantes et satisfaisantes avec des pairs.

*« Ecouter les autres, ça, ça m'a fait du bien, écouter l'histoire des autres familles. Et puis, avoir des contacts avec les filles quand même, c'était chouette parce qu'on pouvait faire des choses, on n'avait pas d'a priori les unes sur les autres parce qu'on était toutes pareilles, je veux dire on était toutes malades. Il n'y avait pas de jugement. » (Louise)*

## **Différenciation**

Cette sécurité a un effet de serre sur l'expression du vécu et accompagne un processus de différenciation. La diversité dans le groupe est perçue comme une richesse qui entraîne des rapports différenciés entre les individus et une dynamique d'entraide soutenue par des asymétries dans l'avancement de la maladie. Les membres du groupe deviennent des miroirs qui poussent au changement. Ce processus se réalise dans une certaine différenciation par rapport à ces « autres miroirs ».

*« Donc voilà partager ça et voir comment les autres... quels sont les outils que les autres avaient déjà développés? Ça marchait, ça ne marchait pas? Qu'est-ce que nous on pouvait prendre là-dedans qui s'adaptait à notre fonctionnement de vie et à qui on était? Parce qu'on ne va pas prendre comme ça des trucs. (...) Il faut que ce soit cohérent avec qui on est. » (Mère)*

*« Parce que je pense que le fait qu'il y en ait qui soient encore plus "atteints", plus malades, d'autres qui soient en train... eux, ils aident ceux qui sont en bas. Et ceux qui sont en haut sont aidés par... en voyant voilà "est-ce que tu veux vraiment redescendre à ce niveau-là?". Donc je pense que c'est vraiment intéressant qu'il y ait vraiment des gens, des enfants, des jeunes dans des situations différentes. » (Mère)*

La différenciation s'effectue également entre les sous-systèmes en présence pendant la thérapie: celui des parents et celui des adolescents. La tâche de réalignement en début de thérapie implique une distance entre les générations qui se dissipe avec l'évolution de la thérapie. Cette différenciation peut être vécue comme angoissante mais, rapidement, se crée une dynamique de groupe chez les adolescents différenciés du groupe parents qui devient ressource pour l'adolescent. Les groupes adolescents réalignent l'adolescent avec ses pairs et crée une « bulle », une coupure par rapport aux parents, la création d'un espace qui leur appartient. Ce groupe devient une source de mobilisation pour Louise; un groupe d'appartenance où les différences ne sont rapidement plus vécues comme menaçantes mais acceptées comme ressources. En fin de thérapie, les adolescents sont réintroduits à une nouvelle place dans le grand groupe, à distance de la maladie.

*«ça, ça nous ressourçait hyper-fort parce que les adultes (...) ça voulait dire les parents, ça voulait dire prise en charge de la maladie. Tandis que là, ce n'était pas question de se foutre en l'air, c'était question de juste être avec d'autres filles et partager des chouettes choses quoi.» (Louise)*

*«Je pense par exemple entre les filles, c'était très, très fort. C'est-à-dire ce côté de pouvoir échanger entre elles. Parce que c'est évidemment, c'est... elles peuvent s'adresser à quelqu'un d'autre qu'à un adulte déjà, elles peuvent se confier, elles peuvent... Et donc, ça a débloqué. Je pense, par exemple, pour les jeunes, c'était vraiment très, très fort.» (Père)*

## Conclusion

Nous avons tenté d'illustrer à travers cette recherche comment l'analyse phénoménologique interprétative (IPA) contribue au développement de la recherche sur les processus de changement. Cette méthode apparaît pertinente lorsqu'il s'agit d'obtenir une image détaillée du processus thérapeutique à partir du vécu et de l'expérience des participants.

En effet, l'analyse phénoménologique interprétative, effectuée à partir des entretiens avec la famille de Louise, fait apparaître le processus thérapeutique comme un processus d'affiliation nécessaire à une différenciation subséquente. Ce phénomène survient aux trois niveaux relationnels impliqués dans une thérapie multifamiliale : la relation thérapeutique, la relation familiale et la relation groupale. Ces trois niveaux relationnels sont parcourus par un double mouvement centripète, puis centrifuge, illustrant la dynamique du changement vécue par la famille de Louise. En effet, la thérapie crée d'abord un contexte suffisamment sécurisant pour être le moteur d'un mouvement d'affiliation, d'un resserrement relationnel. Dans ce premier temps, les alliances thérapeutique, familiale et groupale s'articulent autour de la similitude et de l'union. Ensuite, la thérapie accompagne un processus de différenciation rendu possible par la cohésion forte avec l'équipe thérapeutique, la famille et le groupe, résultante du processus d'affiliation précédent. Dans ce deuxième temps, la différence peut se dire et l'individualité peut s'exprimer sans menacer l'appartenance. En ce sens, pour la famille de Louise, la thérapie apparaît comme un processus de rite de passage, tel que décrit par Etienne Dessoy (1997) et repris dans Gelin et coll. (2014).

Malgré l'exigence méthodologique, une limite importante inhérente à l'IPA apparaît être l'impossibilité pour le chercheur de mettre complètement entre parenthèses ses considérations et savoirs théoriques a priori lors de l'étape d'analyse des entretiens. Il est alors essentiel pour le chercheur d'être conscient de ses croyances, pensées et préconceptions relatives au phénomène qu'il tente d'étudier, en prenant le temps de les énoncer préalablement, favorisant ainsi le recul nécessaire à la méthode. Ce n'est qu'une fois les analyses terminées qu'il devient possible d'éclairer les processus identifiés dans l'étude avec d'autres théories existantes dans la littérature. Certains concepts systémiques, « attachementnistes » ou issus de la psychologie sociale sont susceptibles d'enrichir notre compréhension du phénomène étudié ici. Nous avons cependant préféré nous concentrer sur l'illustration de la démarche méthodologique.

Nous avons illustré la méthode IPA en tentant de répondre à la question suivante : comment la famille de Louise donne-t-elle sens à son vécu du changement ? L'objectif d'une telle étude est de clarifier les ingrédients spécifiques qui

peuvent expliquer le changement pendant ce type de thérapie à travers une meilleure compréhension de l'expérience de la famille. Cette étude est actuellement poursuivie avec plusieurs autres familles ayant participé à la thérapie multifamiliale du CTTA dans le but d'explorer comment les vécus et les expériences des familles contribuent à dégager une image plus complète des processus à l'œuvre dans le changement.

En effet, selon Elliott et James (1989), l'expérience du patient est le domaine dans lequel nous espérons, en tant que thérapeute, provoquer un changement. L'expérience du patient est centrale dans notre compréhension théorique des processus thérapeutiques. Comprendre l'étendue et les différentes formes potentielles de l'expérience du patient représente une partie importante des compétences du thérapeute. Une meilleure connaissance de cette expérience contribue à des interventions plus efficaces. Elliott et James (1989) définissent l'expérience du patient lors d'une psychothérapie comme l'ensemble de ses sensations, perceptions, pensées et sentiments pendant et en référence aux séances de la thérapie. C'est à cette expérience que la méthode IPA permet d'accéder grâce à son regard idiographique et phénoménologique.

Les accents herméneutiques et phénoménologiques clairs de la méthode IPA permettent l'accès à l'expérience subjective du patient mais également à celle d'autres participants à la thérapie. En effet, il est possible d'appréhender cette expérience à partir de trois sources différentes : le client lui-même (le client nous parle de sa propre expérience), un ou des observateur(s) de la thérapie (un observateur extérieur, souvent un chercheur, rapporte l'expérience du client à partir d'observations verbales ou non verbales du comportement du client) ou le thérapeute (le thérapeute rapporte ce qu'il pense être l'expérience de son client pendant la thérapie, également à partir de sa propre observation). Mintz, Auerbach, Luborsky et Johnson (1973) appellent le phénomène « Rashomon » le fait qu'il existe dans le cadre d'une psychothérapie trois points de vue différents : celui du client, celui du thérapeute et celui d'un observateur détaché. Ils concluent que bien qu'il existe des similarités entre ces perspectives, les trois doivent être intégrées dans la recherche afin d'obtenir une image complète du processus thérapeutique. Dès lors, nous nous intéressons actuellement à la perspective des cliniciens sur le changement et aux vécus des autres membres de la famille – ceux de la fratrie – afin de compléter notre compréhension des processus thérapeutiques dans le cadre du programme multifamilial du CTTA.

Une dernière perspective importante à cette recherche est qu'elle contribue à l'identification de nouvelles variables processuelles potentiellement inconnues auparavant et qui pourraient être transformées en variables « mesurables » : par exemple, une mesure du degré d'affiliation et de différenciation par rapport aux trois niveaux identifiés dans cette recherche (thérapeutes, famille, groupe). Dans une perspective « mixte », il s'agit d'utiliser les résultats d'une recherche qualitative afin de développer une recherche quantitative qui viserait à étendre les conclusions de la première (Hesse-Biber, 2010). L'objectif devient alors de démontrer l'incidence d'un phénomène dont on aurait identifié l'existence grâce à la méthode IPA.

*Correspondance :*

Zoé Gelin  
Université de Mons  
Place du Parc 18  
7000 Mons, Belgique  
zoe.gelin@umons.ac.be

## Bibliographie

1. Asen E., Schuff H., 2006. Psychosis and multiple family group therapy. *Journal of Family therapy*, 28, 1, 58-72.
2. Cook-Darzens S., 2007. *Thérapies multifamiliales. Des groupes comme agents thérapeutiques*. Erès-Relations, Toulouse.
3. Cook-Darzens S., 2014. *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent*. Erès-Relations, Toulouse.
4. Dare C., Eisler I., 2000. A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 8, 1, 4-18.
5. Dessoy E., 1997. Rite de passage et psychothérapie. Comment remobiliser le temps suspendu. *Thérapie familiale*, Genève, 18, 1, 49-69.
6. Elliott R., James E., 1989. Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467.
7. Elliott R., 2010. Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20, 2, 123-135.
8. Gelin Z., Denis J., Livémont C., Hendrick S., 2013. L'évaluation des processus thérapeutiques: la méthode des événements significatifs. *Thérapie familiale*, Genève, 34, 2, 231-49.
9. Gelin Z., Fuso S., Hendrick S., Cook-Darzens S., Simon Y., 2015. The effects of a Multiple Family Therapy on adolescents with eating disorders: an outcome study. *Family Process*, 54, 1, 160-72.
10. Gelin Z., Bzurovski J., Simon Y., Hendrick S., 2014. Thérapie multifamiliale et rite de passage: quand l'appartenance à une communauté sociale soigne le lien familial. *Thérapie familiale*, Genève, 35, 463-73.
11. Gilliéron E., 2004. *Le premier entretien en psychothérapie*. Dunod, Paris.
12. Hendrick S., 2009. Problématique et méthodologie de l'évaluation des psychothérapies. *Thérapie familiale*, Genève, 30, 2, 147-65.
13. Hesse-Biber S., 2010. Qualitative Approaches to Mixed Methods Practice. *Qualitative Inquiry*, 16, 6, 455-68.
14. Mintz J., Auerbach A. H., Luborsky L., Johnson M., 1973. Patient's, therapist's and observers' views of psychotherapy: A 'Rashomon' experience or a reasonable consensus? *British Journal of Medical Psychology*, 46, 83-9.
15. Smith J., Flowers P., Larkin M., 2009. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Sage, Londres.
16. Thurin J., Thurin M., 2007. *Evaluer les psychothérapies: méthodes et pratiques*. Dunod, Paris.
17. Thurin J.-M., 2009. Evaluation du changement en psychothérapie. *Thérapie familiale*, Genève, 30, 2, 235-50.
18. Wampold B.E., 2001. *The great psychotherapy debate: models, method and finding*. Lawrence Erlbaum, New York.

## Remerciements

Le CTTA (Centre thérapeutique du trouble alimentaire de l'adolescent) est un projet pilote financé par le Service public fédéral belge – santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Nous souhaitons remercier l'association des parents Miata pour son soutien.

## Abstract

*How do we make sense of significant life events? An example of the IPA method used in the analysis of change processes during a multiple family therapy.* – Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) is a qualitative inductive research method that attempts to explore and make sense of the subjective meanings of people's experiences. This method offers a systematic approach to the interpretation of first-person accounts and is committed to the examination of how people make sense of their major life experiences (Smith, Flower & Larkin, 2009). First, we present the theoretical and epistemological foundations of IPA. Second, we illustrate this method through a research done in our clinical psychology department at the University of Mons. This study attempts to demonstrate how IPA can contribute to the exploration and understanding of change processes involved in a multiple family therapy for adolescent with eating disorders.

## Resumen

*¿Cómo le damos un sentido a nuestro vivido de acontecimientos significativos de vida? Ilustración del método IPA aplicado al análisis de los procesos de cambio dentro de la terapia familiar.* – Interpretative Phenomenological Analysis (Análisis Fenomenológica interpretativa o IPA) es un método de investigación cualitativa relativamente reciente que ha sido desarrollado específicamente para la investigación en psicología. A partir de relatos de eventos significativos de la vida, ofrece un enfoque sistemático a la interpretación de la producción de sentido. Presentamos, primeramente, los fundamentos teóricos y epistemológicos del IPA. En la segunda parte ilustraremos el enfoque analítico de este método a través de la investigación llevada en nuestro departamento de Psicología Clínica en la Universidad de Mons, acerca de una familia que ha participado a una terapia multifamiliar para adolescentes padeciendo de trastornos alimentarios. Se trata de una investigación clínica que ilustra cómo la IPA puede contribuir al estudio de los procesos de cambio en el contexto de la evaluación de las psicoterapias.