

**Intervention Systémique Brève Intégrative (ISBI) pour couples parents :
dialogue entre recherche et clinique**

de Roten Yves, Carneiro Claudio, Imesch Camille, Vaudan Christel, Eira Nunes Cindy, Favez
Nicolas, Darwiche Joëlle

This article may not exactly replicate the final version published in the journal. The exact reference is: De Roten, Y., Carneiro, C., Imesch, C., Vaudan, C., Eira Nunes, C., Favez, N., & Darwiche, J. (2018). Intervention Systémique Brève Intégrative (ISBI) pour couples de parents : dialogue entre recherche et clinique. *Thérapie familiale*, 39, 245-258. doi : 10.3917/tf.183.0257

Résumé

La littérature clinique systémique a beaucoup thématiqué l'impact du conflit conjugal sur la coparentalité et sur les problèmes de l'enfant, mais peu l'effet de la coparentalité sur les deux autres sous-systèmes. Cet article présente un modèle d'intervention clinique pour les couples parents développée à Lausanne depuis quelques années, l'Intervention Systémique Brève Intégrative (ISBI), issu d'un projet de recherche construit autour de l'intégration des perspectives conjugales et coparentales dans la prise en charge thérapeutique de couples parents. Des exemples de données de recherche permettent d'illustrer l'intérêt d'intégrer ces perspectives dans la pratique clinique avec des couples parents.

Abstract

Brief Integrative Systemic Intervention for couple families with children: From research to clinic

There is a large amount of work published on the impact of the marital conflict on coparenting relationship and on child's problems, but very few on the impact of the coparenting relationship on the two other subsystems. This paper presents a clinical model of intervention for parental couples developed in Lausanne over the past years, the Integrative Brief Systemic Intervention, that integrates therapeutic work on the marital and coparenting relationships. A research project was associated to the development of the clinical model from the beginning. Some examples of research data illustrate the interest of integrating the marital and coparenting perspectives into clinical practice with parental couples.

Resumen

Breve intervención integradora sistémica (ISBI) para parejas de padres: diálogo entre investigación y clínica

Hay una gran cantidad de trabajo publicado sobre el impacto del conflicto marital en la relación de parejas de padres (“coparenting”) y en los problemas de los niños, pero muy poco sobre el impacto de la relación de coparenting en los otros dos subsistemas. Este artículo presenta un modelo clínico de intervención para parejas de padres desarrollado en Lausanne en los últimos años, la Intervención sistémica breve integradora, que integra el trabajo terapéutico en las relaciones matrimoniales y de parejas de padres. Un proyecto de investigación estuvo asociado al desarrollo del modelo clínico desde el principio. Algunos ejemplos de datos de investigación ilustran el interés de integrar las perspectivas matrimoniales y de parejas de padres en la práctica clínica con las parejas de padres.

Intervention Systémique Brève Intégrative (ISBI) pour couples parents : dialogue entre recherche et clinique

Les couples parents doivent composer avec – au moins – deux dimensions de leur relation : leur lien conjugal et leur lien coparental. La conjugalité désigne la relation amoureuse entre deux personnes et comprend des dimensions telles que l'affection, la sexualité, la résolution de conflits, entre autres (pour une revue, Favez, 2013). La conjugalité est un concept strictement dyadique tandis que le lien coparental implique trois personnes aux moins (McHale & Irace, 2011). En effet, la coparentalité désigne les façons dont les partenaires se coordonnent l'un avec l'autre dans leur rôle de parent (Feinberg, 2003). La coparentalité comprend plusieurs dimensions : le soutien et la coopération ; le conflit et la compétition ; la division des tâches ; l'engagement ; le degré d'accord et la triangulation.

La dimension coparentale est reconnue comme fondamentale pour la recherche, plus particulièrement dans le champ développemental. Un nombre impressionnant de travaux ont mis en évidence l'impact spécifique de la détresse coparentale sur l'ajustement socio-émotionnel de l'enfant. Par exemple, la qualité de la relation coparentale est associée à d'importants processus développementaux non prédits par la qualité de la relation conjugale, comme l'anxiété et les troubles de l'humeur (Teubert & Pinquart, 2010), les troubles du comportement (LeRoy et al., 2013), ou la régulation émotionnelle (Morris et al, 2007).

De son côté, la recherche sur les psychothérapies de couple ne fournit peu ou pas de données sur la coparentalité des couples cliniques, que ce soit au niveau de l'effet des thérapies sur la relation coparentale ou des modes d'intervention coparentale (Eira Nunes, El Ghaziri, & Darwiche, soumis). Les nombreux modèles de thérapie de couple dont l'efficacité a été démontrée (Favez & Darwiche, 2016) se focalisent principalement sur la relation conjugale. Seules les interventions préventives ciblent la coparentalité pour des populations comme les parents à risque (Cowan et al., 2009), les couples séparés (Marczak et al., 2015) ou

les couples lors de la transition à la parentalité (Feinberg, Kan, & Goslin, 2009). La question de la coparentalité dans les thérapies de couple a été relativement peu étudiée (par exemple, Klann, Halweg, Baucon, Kroger, 2011), aucun modèle psychothérapeutique conjugal spécifiquement pour couples parents n'a encore été validé et aucune recherche s'est intéressée aux effets spécifiques d'une psychothérapie systémique de couple sur des parents.

Nous avons développé à Lausanne une approche thérapeutique, l'Intervention Systémique Brève Intégrative (ISBI), qui vise à intégrer explicitement les dimensions conjugales et coparentales pour des couples qui sont parents. Ceci s'est fait dans le cadre d'un projet de recherche ayant pour objectif de documenter l'efficacité et les processus de changement de cette approche spécifique. Dans cet article, nous allons partir des préoccupations cliniques pour discuter de l'intégration d'une perspective coparentale dans la thérapie lorsque la demande du couple est explicitement conjugale. Nous présenterons ensuite le projet de recherche ainsi que deux résultats, l'un quantitatif et l'autre qualitatif qui permettent d'illustrer le cercle vertueux que nous essayons de développer entre recherche et clinique, à savoir comment la recherche permet d'alimenter la réflexion clinique et comment la clinique permet de développer des questions de recherche pertinentes.

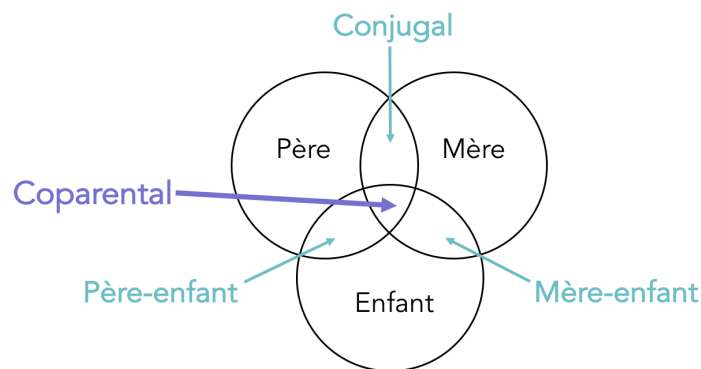
La dimension coparentale en thérapie de couple

La littérature clinique systémique a beaucoup thématiqué l'impact du conflit de couple sur la coparentalité et sur les problèmes de l'enfant dans un setting de thérapie de famille (Satir, 2006 ; Minuchin, 1975 ; Selvini, 1987). L'hypothèse générale de ces premiers travaux est que les symptômes de l'enfant sont liés à un conflit conjugal qui déborde sur les attitudes parentales des parents et affectent l'enfant. En revanche, on trouve très peu de réflexion dans le champ systémique sur le possible effet inverse, soit l'impact problématique que peut avoir un conflit coparental sur la relation de couple. De même, peu de réflexion dans la littérature systémique concernent comment les ressources conjugales peuvent aider à affronter les

problèmes coparentaux et inversement. Finalement, on note qu'il y a très peu de travaux sur la pertinence à travailler la coparentalité dans un setting strict de thérapie de couple.

Or, toutes ces questions sont d'une grande importance clinique si l'on considère, comme le propose James McHale notamment, la coparentalité comme étant un concept triadique au cœur du fonctionnement familial (McHale & Irace, 2011). Selon ces auteurs, la relation coparentale va influencer toutes les autres relations au sein de la famille. Ce qui se passe entre un parent et l'enfant dépend bien-sûr du parent et de l'enfant en question, mais également de la manière dont l'autre parent se positionne comme tiers face à cette dyade (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999). De même, comme l'illustre le graphique 1, tiré de l'ouvrage de McHale et Irace (2011, p. 24), les dynamiques relationnelles conjugales influencent et sont influencées par ce qui se passe au niveau coparental.

Graphique 1. *Les différentes relations familiales*



La question clinique à la base du projet de recherche présenté dans cet article est la suivante : Y-a-t-il un intérêt pour les cliniciens à intégrer les dimensions conjugales et coparentales de façon systématique en thérapie de couple (même si la demande n'est que

„conjugale“) ? C'est pour tenter d'explorer des réponses à cette question que les cliniciens de notre équipe ont développé un modèle d'intervention intégratif.

L'Intervention Systémique Brève Intégrative (ISBI)

L'ISBI, qui est un développement de l'ISB, Intervention Systémique Brève (Carneiro et al., 2013), est un modèle de thérapie systémique brève proposant une intervention en 6 séances pour des couples parents. Le modèle se base sur une approche collaborative entre les thérapeutes et les patients. On considère que les patients et les thérapeutes sont coresponsables du processus thérapeutique, qui est le fruit d'une co-construction entre eux. Des moments d'échanges réflexifs sur le processus thérapeutique sont proposés aux patients en début de chaque séance à travers la technique du *rituel du feedback de début de séance* (Vaudan et al, 2013).

L'ISBI propose d'intégrer systématiquement et explicitement les dimensions conjugale et coparentale dans le travail thérapeutique, quelle que soit la demande thérapeutique initiale. Partant de l'hypothèse que la coparentalité est au cœur du fonctionnement familial, l'ISBI invite le thérapeute à exploiter les ressources et les difficultés de cette dimension coparentale et à les utiliser comme un levier dans le travail thérapeutique.

Lorsque la demande initiale du couple concerne des difficultés de coparentalité et des difficultés en lien avec un enfant, les modèles de thérapie familiale traditionnels proposent différentes voies pour travailler sur la coparentalité, améliorer l'alliance entre les parents et ainsi offrir un contexte plus favorable pour le développement affectif de l'enfant (Minuchin, 1998 ; Selvini, 1987 ; Bowen, 1984). Il n'en va pas de même lorsque des conjoints demandent une thérapie de couple pour des questions spécifiquement conjugales – par exemple pour des problèmes sexuels ou des problèmes de communication affective – ce qui rend l'abord de la relation coparentale plus délicate.

Stratégies d'intégration des dimensions conjugale et coparentale

Lorsque la dimension coparentale ne fait pas partie des difficultés amenées par le couple (demande initiale spécifiquement conjugale), nous employons diverses stratégies thérapeutiques que nous avons élaborées pour aborder la coparentalité et qui nous semblent avoir un intérêt clinique.

1. Lien entre transition à la parentalité et problématique actuelle

Au moment de parcourir l'histoire du couple, au-delà du choc amoureux ou de ce qui a séduit chaque conjoint chez l'autre – thématique classiquement abordée en thérapie de couple – le modèle de l'ISBI propose de s'intéresser particulièrement à la période de transition à la parentalité. L'hypothèse sous-jacente est que les problèmes de couple actuels prennent souvent leur racine lors de cette étape de vie (par exemple : Monsieur se sent exclu de la dyade mère-bébé, Madame ne se sent pas soutenue, des difficultés sexuelles peuvent commencer à se manifester, etc.).

Un intérêt clinique de cette stratégie est de définir les problèmes conjugaux comme étant potentiellement liés aux enjeux de cette période du cycle de vie. Le problème peut alors être défini comme étant non pas dans la relation conjugale ou dans la relation coparentale, mais dans l'intégration des deux dimensions. Cette définition différente du problème permet aux conjoints de préserver une vision positive des ressources du couple.

2. Impact du conflit conjugal sur les enfants

Cette stratégie consiste à proposer aux parents de réfléchir à la manière dont les enfants peuvent vivre les conflits conjugaux, ce qui peut se révéler utile, par exemple, face à un couple affirmant que tout se passe bien au niveau de la parentalité. Concrètement, lors de l'investigation des patterns transactionnels du couple, le thérapeute pourra activement s'intéresser aux réactions et au rôle joué par les enfants face au conflit conjugal. Il peut

également présenter l'enfant en séance et favoriser l'empathie des parents face à son vécu à travers la technique du questionnement circulaire.

La question de quel modèle de gestion de conflit les parents souhaitent offrir à leur(s) enfant(s) peut alors être travaillée en séance. L'importance de protéger les enfants des conflits destructeurs peut également être abordée.

3. Le bien de l'enfant comme motivation à changer

Une autre manière d'utiliser le vécu de l'enfant comme levier thérapeutique consiste à recadrer l'éventuel changement de chaque conjoint comme pouvant avoir un impact favorable, certes sur le couple, mais également sur les enfants. Si dans un moment de crise conjugale, la motivation à changer pour son conjoint est souvent réduite, la motivation à changer pour le bien des enfants reste, la plupart du temps, intacte.

4. La coparentalité comme ressource pour affronter les difficultés de couple

Cette stratégie d'intégration des dimensions conjugale et coparentale consiste pour le thérapeute à s'intéresser aux ressources dans la relation coparentale et à questionner en quoi ces ressources peuvent être utiles pour aborder les problèmes conjugaux.

Souvent, on constate que les conjoints peuvent se montrer tolérants et arriver à des compromis dans des questions qui concernent les enfants. Le thérapeute peut alors souligner ces compétences et s'intéresser à la façon dont elles sont activées par les partenaires. Dans une optique solutionniste, on considérera alors les ressources coparentales comme des „exceptions“ aux difficultés conjugales (Cabié & Isabeart, 1997).

Une pratique intégrative n'est pas sans risque

Si le fait d'intégrer les dimensions conjugale et coparentale peut s'avérer être une voie intéressante pour amener des changements en thérapie de couple, cette pratique comporte également certains risques qui méritent une attention particulière.

- Questionner des dimensions allant au-delà de la conjugalité face à un couple en crise peut faire émerger des difficultés coparentales dont le couple n'avait pas forcément conscience. Si ce constat peut être utile à la thérapie, il peut également augmenter le désespoir des conjoints, du moins dans un premier temps. Il est d'autant plus important dans de tels cas de prendre le temps d'explorer les ressources coparentales, comme évoqué précédemment.
- Culpabiliser les parents en abordant notamment la question de l'impact du conflit de couple sur les enfants est également un risque dont il faut tenir compte. Tout l'art du thérapeute consiste alors à travailler sur la responsabilité des parents/conjoints sans les culpabiliser et leur faire penser qu'ils sont de mauvais parents (Ausloos, 1995).
- Parfois, la demande de thérapie de couple peut être une tentative de reconquérir le territoire d'intimité conjugal. Insister pour amener la dimension coparentale dans les séances peut alors s'avérer anti-thérapeutique dans la mesure où cela donne une place importante aux enfants et à la parentalité, alors que les conjoints ont besoin de se retrouver amoureuxment. Face à ces situations, l'ISBI suggère néanmoins de ne pas se limiter à la relation spécifiquement conjugale, mais de travailler également avec les conjoints dans leur rôle de coparents en leur proposant d'élaborer ensemble des stratégies pour „exclure“ – par moment – les enfants. On peut en effet considérer que c'est une tâche coparentale que de pouvoir maintenir les enfants à distance pour préserver un espace de couple dans lequel une relation spécifiquement conjugale peut se développer (Minuchin, 1998).

La perspective de la recherche

Comme précisé au début de l'article, l'une des originalités de ce projet est d'associer dès le départ une perspective de recherche au développement de l'intervention clinique, ce qui implique à la fois des contraintes inhérentes aux exigences méthodologiques de la recherche, et des bénéfices liés au dialogue entre ces différentes perspectives qui permet de stimuler la réflexion. Nous allons essayer de l'illustrer en présentant le projet de recherche et deux résultats, l'un provenant d'une analyse quantitative et l'autre d'une analyse qualitative.

Le projet de recherche

Ce projet est le fruit d'une collaboration entre différentes institutions et unités de recherches et de clinique de couple, situées en Suisse romande. Peut-être bien qu'elle constitue le premier – et peut-être le plus important – résultat de la recherche : instaurer un dialogue entre chercheurs et cliniciens ainsi qu'entre différents contextes de pratique clinique autour d'un objet commun constituant une source de stimulation de la pensée et de plaisir partagé.

L'objectif de la recherche est de pouvoir combiner – une autre forme d'intégration – des analyses quantitatives avec des analyses qualitatives, selon la perspective des méthodes mixtes qui se développe de plus en plus dans la recherche en psychothérapie (Fishman et al., 2017). Une telle approche permet une évaluation plus globale, plus valide et plus nuancée de l'efficacité et de l'utilité clinique de l'ISBI. En effet, les données quantitatives ont pour avantages une signification stable à travers le temps, la capacité de contrôler la qualité des données via l'établissement de procédures psychométriques, la capacité de réduire de manière efficiente la quantité importante de différences complexes parmi la multitude des cas inclus, la capacité d'établir un contexte objectif et normatif pour comparer des patients individuels, ainsi que la capacité de créer des lois de déductions « du haut vers le bas ». Cependant, les avantages des nombres sont contrebalancés par une simplification excessive de l'information

et la négligence d'une grande partie des données qui « parlent » et peuvent être utiles au clinicien. C'est précisément dans ce type d'information qu'excellent les mots et les descriptions qualitatives.

Le plan de recherche est de type essai randomisé contrôlé (ERC), considéré traditionnellement comme le « mètre étalon » des études d'efficacité. Dans le contexte de la vérification scientifique de l'efficacité d'un traitement, c'est en particulier la meilleure méthode pour réaliser des inférences causales. Elle permet d'isoler les effets mesurables du traitement ou de certaines de ses composantes, en contrôlant au mieux tous les facteurs susceptibles de l'obscurcir, tels que le passage du temps, l'effet de l'évaluation psychologique des patients inclus dans la recherche, les attentes du patient, le phénomène statistique de « régression vers la moyenne » (c'est-à-dire le fait que plus l'écart est grand par rapport à la moyenne – plus une personne est plus symptomatique par rapport au reste de l'échantillon par exemple – plus la probabilité est élevée que cette personne évolue vers la moyenne, sans qu'on puisse déterminer si c'est bien l'effet du traitement), ou encore la présence de différents types de patients dans différentes conditions de traitement.

Notre étude compare un groupe de couples bénéficiant d'une ISBI avec un groupe de couples bénéficiant d'une thérapie systémique brève (TSB) prodiguée par des thérapeutes expérimentés. Les mesures de changements thérapeutiques incluent des auto-questionnaires concernant la symptomatologie individuelle, la relation conjugale, l'alliance coparentale et le fonctionnement familial, ainsi que des situations d'observation enregistrées en vidéo concernant des tâches conjugales et coparentales.

Un projet aussi ambitieux nécessite des moyens logistiques et financiers importants. Il est soutenu en particulier par l'Université de Lausanne, au travers du centre de recherche sur la famille et le développement de l'Institut de psychologie et du Centre de recherche en

psychothérapie du Département de psychiatrie du CHUV, ainsi que par un subside du Fond National Suisse pour la Recherche Scientifique (N°100019_1593437/1).

L'efficacité et la spécificité de l'apport d'une perspective intégrative

L'inclusion des cas est en cours. Les données que nous présentons ici sont partielles. Elles proviennent d'un échantillon de N = 25 cas d'ISBI et de N = 21 cas de TSB inclus dans le protocole. L'objectif final de l'étude est d'obtenir 40 cas dans chacun des groupes afin d'atteindre une puissance statistique suffisante en fonction de nos hypothèses. La comparaison des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des deux groupes révèle quelques différences. Ainsi, au niveau de la scolarité suivie par les conjoints, on observe 55.6% de femmes et 44.4% d'hommes avec une formation universitaire dans le groupe ISBI alors qu'elle est respectivement de 37.5% et 28.8% dans le groupe TSB. On observe également une différence au niveau de l'ajustement conjugal : dans le groupe TSB, les couples présentent un ajustement significativement plus problématique en début de traitement que les couples du groupe ISBI. Ces différences obligent à considérer la comparaison entre les groupes avec précaution.

Le tableau 1 indique l'effet des variables temps, groupe et genre pour trois dimensions (symptomatologie individuelle, ajustement conjugal et alliance coparentale). Les résultats sont exprimés en taille de l'effet (*d* de Cohen). On observe une amélioration (effet du temps entre mesure pré- et post-thérapie) pour les dimensions individuelles et conjugales (effet moyen à grand en termes de taille de l'effet), mais pas d'effet significatif sur les variables coparentales comme attendu. La comparaison entre les deux formes de traitement ne montre aucune différence, à l'exception de la mesure de dépression, avec une meilleure évolution pour le groupe TSB que le groupe ISBI. Cette fois encore, la différence ne va pas dans le sens de nos hypothèses, dans la mesure où nous nous attendions à ce que l'ISBI montre une évolution supérieure au niveau des variables coparentales et la TSB une évolution supérieure

au niveau des variables conjugales (spécificité des traitements). Précisons que les deux traitements comparés sont des thérapies supposées efficaces, et que dès lors nous ne nous attendions qu'à de petites différences (taille de l'effet entre .25 et .50). Il est nécessaire de disposer de l'échantillon complet pour la détection de différences à ce niveau. En résumé, ces résultats démontrent que l'ISBI est un traitement efficace, tout au moins pour certaines dimensions du fonctionnement du couple, mais pas spécifique par rapport à la thérapie systémique brève telle que pratiquée dans la région lausannoise.

Pour aller plus loin dans la compréhension de ces résultats, nous nous sommes également attachés à examiner ce qu'il en était de la réponse à la thérapie au niveau des couples pris individuellement. Nous avons tout d'abord sélectionné les cas présentant un score au-delà du seuil clinique avant le traitement pour l'un au moins des instruments de mesure. Ce sont donc les cas pour lesquels une amélioration clinique est nécessaire. 29 cas (soit 70.7% de l'échantillon total) correspondent à ce critère. Pour mesurer la réponse, nous avons utilisée la procédure du changement significatif de Jacobson et Truax (1991). La réponse au traitement correspond à une diminution cliniquement significative des difficultés. Nous avons appliqué cette méthode à l'évolution des scores de chacun des conjoints, et le pourcentage de réponse correspond à la proportion des couples où au moins l'un des deux conjoints a évolué positivement (voir graphique 2). On observe que la très grande majorité des cas (79% des cas ISBI et 84% des cas TSB) bénéficient de la psychothérapie, c'est-à-dire présentent une évolution cliniquement significative sur une ou plusieurs dimensions (individuelle, conjugale, coparentale). Et il n'y a pas de différence observable statistiquement entre ISBI et TSB.

Enfin, nous avons également cherché les éléments prédicteurs de la réponse à la psychothérapie systémique (ISBI ou TSB). Pour cela, nous procédés à une régression logistique avec la réponse comme variable dépendante et l'évolution des scores aux différents

instruments comme variables indépendantes (voir tableau 2). Le modèle final, robuste ($R^2 = .512$), révèle que la réponse est prédite par deux éléments : l'évolution de la détresse symptomatique pour les hommes, et l'évolution de la triangulation pour les femmes. En d'autres termes, le fait que les femmes indiquent une évolution positive de la triangulation, même minime, est reliés avec une évolution globalement favorable du traitement. Difficile d'en dire davantage avec les données quantitatives à notre disposition, mais cela va nous amener à nous intéresser plus particulièrement à cette dimension, en particulier au niveau des variables d'observation, plus sensibles que les questionnaires à ce type d'évolution.

Etude de la coparentalité comme levier thérapeutique

Pour compléter les résultats ci-dessus, qui évaluent uniquement les effets produits par la thérapie, nous cherchons également à comprendre comment et pourquoi la thérapie fonctionne, en restant au plus près du raisonnement du clinicien. A l'aide d'une analyse qualitative systématique des séances de thérapie de trois ISBI dont la demande est conjugale, nous avons examiné les interactions thérapeutiques entre les trois participants lorsque les conjoints sont mobilisés en tant qu'équipe de parents afin d'observer comment la coparentalité peut servir de levier thérapeutique selon les techniques utilisées par les thérapeutes. Ceci nous permet de mieux décrire les différentes stratégies thérapeutiques de travail sur la coparentalité dans un contexte de demande strictement conjugale, comme présenté plus haut. L'attention est centrée sur les réactions des partenaires aux interventions du thérapeute. Voici des extraits illustrant des interventions coparentales qui nous ont paru être des leviers importants dans ces thérapies de couple. Pour des raisons de confidentialité, les extraits ont été anonymisés.

Le premier extrait présente la réaction d'un couple lorsque les conjoints sont amenés à évoquer leur vécu concernant la transition à la parentalité. Lors de la 3^{ème} séance de l'ISBI, les thérapeutes demandent à Monsieur de raconter comment il a vécu le fait de devenir père.

Celui-ci décrit à quel point cette expérience a été merveilleuse : « *Quand notre fils est né, c'était le bonheur !* ». Monsieur donne l'impression de minimiser les difficultés liées au fait de devenir parent. Le thérapeute intervient dans le but de nuancer le discours : « *La plupart des parents décrivent des moments difficiles à l'arrivée d'un enfant. Pour vous, quels étaient ces moments difficiles ?* ». Le thérapeute fait plusieurs interventions de ce type et Monsieur arrive finalement à exprimer certaines difficultés : « *J'ai dû diminuer le sport... renoncer aux voyages... déménager de cet appartement que j'aimais tant* ». Un peu plus tard dans l'entretien, Madame réagit : « *Je suis contente qu'il ait pu exprimer les frustrations qu'il a vécues lors de l'arrivée de notre enfant. Je l'avais bien senti mais il ne les avait jamais exprimées. Je comprends mieux maintenant qu'il se soit éloigné* ». Elle lie donc les frustrations de Monsieur, survenues à l'arrivée de l'enfant, à la problématique actuelle du couple. Monsieur explique ensuite qu'il n'avait pas réalisé que les deux aspects pouvaient être liés. On observe ainsi que le travail effectué par Monsieur est apprécié par Madame et cela apparaît les rapprocher en tant que parents. Dans la littérature, ce phénomène est appelé *spillover* (Kouros, Papp, Goeke-Morey, & Cummings, 2014), c'est-à-dire la façon dont le climat émotionnel, l'humeur, les affects ou les comportements sont transférés d'une configuration relationnelle à une autre. Les différentes relations au sein de la famille débordent les unes sur les autres. Dans l'extrait ci-dessus, il s'agit de la relation parentale qui envahit la relation conjugale. L'exploration par le thérapeute du passage d'une relation uniquement conjugale à une relation conjugale et coparentale permet au couple de faire un lien entre le vécu comme parent et le vécu comme conjoint. Le couple parvient à une meilleure connaissance des dynamiques entre les différentes facettes de leur relation.

Le deuxième extrait présente la réaction d'un couple lorsqu'il est amené à considérer l'impact du conflit conjugal sur les enfants. Lors de la 4^{ème} séance de l'ISBI, Madame décrit certaines tensions conjugales : « *On se dispute le soir parce qu'il ne m'aide jamais pour*

ranger, on dirait un adolescent, c'est pathétique ! » Elle est dans un discours disqualifiant vis à vis de son partenaire. Monsieur réagit en montant en symétrie : *« C'est une vraie despote, tout doit toujours être fait comme elle veut »*. Le thérapeute intervient : *« Comment pensez-vous que votre fils vit les moments de tensions entre vous deux, que pense-t-il, que ressent-il ? »*. Monsieur répond : *« Je pense qu'il perçoit très bien nos tensions parce que, quand tout va bien, il nous demande souvent de nous embrasser et il nous prend dans ses bras et nous rapproche l'un de l'autre »*. Madame confirme les dires de Monsieur : *« Oui c'est vrai, je pense aussi »*. La prise en compte du vécu de l'enfant permet une réunion du couple. Ils sont tout d'abord dans un règlement de compte qui les désunit, chacun étant l'adversaire de l'autre, défendant son point de vue. Il se rejoignent ensuite dans un point de vue commun, celui de leur enfant. Le couple passe donc de la disqualification à un discours qui les réunit autour de l'enfant.

Le troisième extrait présente la réaction d'un couple lorsqu'il est amené à penser le bien de l'enfant comme motivation à changer. Lors de la 4^{ème} séance de l'ISBI, Monsieur s'adresse aux thérapeutes sans regarder Madame, il critique sa consommation d'alcool : *« Il faut qu'elle arrête de boire, elle devient ridicule »*. Madame réagit en montant en symétrie, sans le regarder : *« Il peut parler lui, il n'est absolument pas irréprochable »*. Le thérapeute intervient : *« A qui cela profiterait le plus si vous diminuiez votre consommation ? »*. Monsieur regarde Madame et répond tristement : *« A notre fils je pense »*. Madame se tourne vers lui les yeux pleins de larmes et dit : *« Oui, j'ai tout de suite pensé à lui. Je sais que c'est dur pour lui »*. L'inquiétude pour l'enfant permet une réunion du couple. Ils sont d'abord très distants et agressifs l'un envers l'autre puis ils finissent par se rapprocher dans leur tristesse. L'enfant devient la raison de faire front commun et de travailler à améliorer leur situation. Ils passent d'un échange de type attaque-défense à un discours qui les réunit autour de l'enfant.

L'enfant est la motivation commune du couple pour changer et il constitue le lien qui permet un rapprochement.

Le quatrième extrait présente la réaction d'un couple lorsqu'il est amené à réfléchir sur les ressources coparentales comme modèle pour la relation conjugale. Lors de la 5^{ème} séance de l'ISBI, Monsieur exprime son impuissance face aux conflits conjugaux : « *On n'arrive pas à se comprendre, c'est impossible* ». Le thérapeute, qui sait que le couple a une bonne relation coparentale, intervient : « *Racontez-moi comment vous faites quand les désaccords concernent les enfants* ». Madame répond : « *L'autre jour, je voulais que mon fils arrête de jouer à l'ordinateur et j'ai apprécié que mon mari me soutienne alors que lui-même l'aurait laisser continuer* ». Madame exprime l'idée que l'autre peut constituer un soutien. Le thérapeute intervient : « *Ici vous arrivez à considérer que le comportement de votre mari est valable même s'il est différent. Comment utiliser ce fonctionnement comme modèle pour les tensions conjugales ?* ». Monsieur réagit : « *C'est très intéressant comme idée mais la grande différence c'est que les enfants constituent un bien commun qu'on respecte et qu'on chérit de la même façon. Dans le conjugal, il faudrait trouver un bien commun* ». Le couple parvient à comprendre que lorsqu'ils ont une motivation commune, leur relation fonctionne. Il s'agit à nouveau d'un phénomène de *spillover*, où la relation coparentale déborde sur la relation conjugale, mais ici ce débordement est positif.

Pour une alliance entre recherche et clinique

De toutes les controverses qui agitent la recherche en psychothérapie, la question de la collaboration entre chercheurs et cliniciens apparaît actuellement comme l'une des plus préoccupantes. Si la recherche et le bon sens clinique suggèrent et soulignent l'importance d'une bonne alliance de travail entre eux – une alliance analogue à celle entre thérapeute et patient (de Roten et al., 2007) – les premiers portent une grande part de responsabilité dans cette mésalliance, en laissant s'évaporer la connaissance des cliniciens sans y prêter attention.

Ils restent trop souvent cantonnés dans leur monde, leur expertise propre, leur vocabulaire, sans se préoccuper de sa pertinence clinique.

Beaucoup de thérapeutes ne souhaitent pas participer à la recherche ; ils ne trouvent pas la lecture de travaux de recherche utile à leur pratique. Et ceux engagés dans la recherche ne la considèrent que comme une source d'informations parmi d'autres dans le processus de prise de décision clinique. Heureusement, des lieux plus propices à une rencontre fructueuse entre recherche et clinique se développent progressivement, comme les recherches focalisées sur le patient, les réseaux praticiens-chercheurs ou les données probantes issues de la pratique (*'practice-based evidence'*). Le développement rapide des méthodes « mixtes » – qui intègrent de manière scientifiquement valide approches quantitatives et qualitatives – dans la recherche en psychothérapie (Fishman, Messer, Edwards et Dattilo, 2017) est également une avancée propice à cette alliance. Le domaine des thérapies systémiques nous semble avoir tout à gagner du développement de ces approches.

Bibliographie

1. Ausloos G., 1995. *La compétence des familles*. ERES, Toulouse.
2. Bowen M., 1984. *La différenciation du soi*. ESF, Paris.
3. Cabié M-C., Isabeart L., 1997. *Pour une thérapie brève*. ERES, Toulouse.
4. Carneiro C., Vaudan C., Duc-Marwood A., Darwiche J., de Roten Y., Despland J.-N., 2013. L'Intervention systémique brève : un manuel thérapeutique. *Thérapie familiale*, Genève, 34, 1, 115-30.
5. Cowan C. P., Cowan P. A., Pruett M. K., Pruett K., Wong, J. J., 2009. Promoting fathers' engagement with children: Preventive interventions for low-income families. *Journal of Marriage and Family*, 71, 663-679.
6. de Roten Y., Michel L., Peter D., 2007. Pour un dialogue entre recherche et clinique: une étude de cas entre alliance et transfert. *Psychothérapies*, 27, 1, 37-46.
7. Eira Nunes C., El Ghaziri N., Darwiche J., 2018. Coparenting-based programs for parent couples: A systematic review. Manuscript soumis pour publication.
8. Favez N., 2013. *L'examen clinique du couple: Théories et instruments d'évaluation*. Mardaga, Bruxelles.
9. Favez N., Darwiche J., 2016. Bref historique des thérapies de couple et de famille, in : Favez N., Darwiche J. (Eds.). *Les thérapies de couple et de famille : modèles empiriquement validés et applications cliniques*. Mardaga, Bruxelles, 13-30.
10. Fivaz-Depeursinge E. , Corboz-Warnery A., 1999. *The primary triangle*. Basic Books, New-York.
11. Fishman D. B., Messer S. B., Edwards D. J., 2017. *Case study within psychotherapy trials: Integrating qualitative and quantitative methods*. Oxford, Oxford University Press.

12. Feinberg M. E., 2003. The Internal Structure and Ecological Context of Coparenting: A Framework for Research and Intervention. *Parenting, Science and Practice*, 3, 2, 95-131.
13. Feinberg M. E., Kan M. L., Goslin M. C., 2009. Enhancing coparenting, parenting, and child self-regulation: effects of family foundations 1 year after birth. *Prevention Science*, 10, 3, 276-285.
14. Fishman D. B., Messer S. B., Edwards D. A., Dattilio F. M., 2017. *Case studies within psychotherapy trials: Integrating qualitative and quantitative methods*. Oxford University Press, Oxford.
15. Greenberg L. S., 2007. A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17, 1, 15-30.
16. Jacobson N. S., Truax P., 1991. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1, 12-19.
17. Klann N., Hahlweg K., Baucom D. H., Kroeger C., 2011. The effectiveness of couple therapy in Germany: A replication study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 2, 200-208.
18. Papp L. M., Goeke-Morey M.C., Cummings E. M., 2014. Spillover between marital quality and parent-child relationship quality: Parental depressive symptoms as moderators. *Journal of Family Psychology*, 28, 315-25.
19. LeRoy M., Mahoney A., Pargament K. I., DeMaris A., 2013. Longitudinal links between coparenting and infant behavior problems. *Early Child Development and Care*, 183, 3-4, 360-377.

20. Marczak M. S., Becher E. H., Hardman A. M., Galos D. L., Ruhland E., 2015. Strengthening the role of unmarried fathers: Findings from the coparent court project. *Family Process*, 54, 4, 630-638.
21. McHale J., Irace K., 2011. Coparenting in diverse family systems, in : McHale J., Lindahl K. M. (Eds.). *Coparenting: A conceptual and clinical examination of family systems*. American Psychological Association, Washington, DC, p. 15-37.
22. Minuchin S., 1998. *Familles en thérapie*. Eres, Paris.
23. Morris A. S., Silk J. S., Steinberg L., Myers S. S., Robinson L. R., 2007. The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16, 2, 361-388.
24. Satir V., 2006. *Thérapie du couple et de la famille*. Desclée de Brouwer, Paris.
25. Selvini M., 1987. *Histoire d'une recherche : le travail thérapeutique de Mara Selvini Palazzoli*. ESF, Paris.
26. Teubert D., Pinquart M., 2010. The Association Between Coparenting and Child Adjustment: A Meta-Analysis. *Parenting*, 10, 4, 286-307.
27. Vaudan C., Darwiche J., de Roten Y., 2016. L'intervention systémique brève, in : Favez N., Darwiche J. (Eds.). *Les thérapies de couple et de famille : modèles empiriquement validés et applications cliniques*. Mardaga, Bruxelles, p. 251-268.
28. Vaudan C., Michaud-Feinberg J., Darwiche J., Carneiro C., Duc Marwood A., de Roten Y., et al., 2013. Feedback ritual in Brief Systemic Intervention. *Human Systems*, 24, 159-162.

Remerciements

Merci aux différentes institutions qui collaborent activement à ce projet : la consultation couple-famille et le centre de consultation « Les Boréales » du département de psychiatrie du CHUV, le CERFASY à Neuchâtel, la consultation psychothérapeutique pour familles et couples des HUG à Genève, et la consultation de la Côte de Nyon. Un merci particulier à la consultation de couple et sexologie, Fondation PROFA, à Lausanne, pour leur engagement important dans le projet et pour la collaboration fructueuse nouée à l'occasion de cette recherche.

Cette recherche est soutenue financièrement par un subside du Fond National Suisse pour la Recherche Scientifique (FNS 159437) et par la Fondation Chuard-Schmid.

Les auteurs

Yves de Roten, psychologue chercheur, privat-docent, maître d'enseignement et de recherche, responsable du Centre de recherche en psychothérapie, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, Suisse.

Claudio Carneiro, psychologue, psychothérapeute de couple et de famille au Centre de Recherches Familiales et Systémiques (Cerfasy), Neuchâtel, Suisse.

Camille Imesch, psychothérapeute de couple et de famille, assistante de recherche au Centre de recherche sur la famille et le développement, Institut de psychologie, Université de Lausanne, Suisse.

Christel Vaudan, psychologue, psychothérapeute de couple et de famille, responsable du Centre de consultation couple-famille, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, Suisse.

Cindy Eira Nunes, doctorante en psychologie au centre de recherche sur la famille et le développement, Institut de psychologie, Université de Lausanne, Suisse

Nicolas Favez, professeur ordinaire en psychologie clinique, Faculté de Psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève.

Joëlle Darwiche, Professeure associée en psychologie clinique, centre de recherche sur la famille et le développement, Institut de psychologie, Université de Lausanne, Suisse.

Adresse de correspondance

Yves de Roten, Institut universitaire de psychothérapie, site de Cery, Bat. Les Cèdres, CH-1008

Prilly. E-mail : yves.deroten@chuv.ch

Tableau 1.

	Temps	Groupe	Genre
	Pré vs post	ISBI vs TSB	Mme vs M.
Individuel			
Détresse (OQ-10)	0.60*		
Dépression (PHQ)	0.70**	0.64*	
Conjugal			
Ajustement (DAS)	0.83**		0.25*
Coparental			
Soutien (PAM)			0.25*
Triangulation (CI-PA)			
Disqualification (PCPQ)			

Note : Modèles linéaires à effets mixtes. Effets exprimés en taille de l'effet (*d* de Cohen). Seuls les effets significatifs sont indiqués.

Tableau 2. *Prédicteurs de la réponse au traitement*

	B	S.E.	Wald	Sign
Détresse symptomatique (Homme)	-	.142	6.26	.012
	.356			
Triangulation (Femme)	-	1.419	4.66	.031
	3.064			

Note : régression binomiale.

Graphique 2. *Pourcentage de réponse d'un au moins des deux conjoints en fonction du nombre de niveaux (individuel, conjugal, coparental)*

