

Mémoire de Maîtrise en médecine No 2523

# Observation du travail des pédiatres en consultation. Appliquent-ils une démarche systémique?

## **Etudiant**

Jeff Pitteloud

## **Tuteur**

Dr Mario Gehri  
Pédiatre, HEL

## **Co-tuteur**

Dr Nahum Frenck  
Pédiatre et Thérapeute avec la famille

## **Expert**

Dr Philippe Stephan  
Pédopsychiatrie, CHUV

Lausanne, décembre 2015

## Avant-Propos

Ma découverte de la démarche systémique ainsi que mon intérêt pour celle-ci ont commencé il y a trois ans lors d'un cours donné par le Dr Nahum Frenck dans le cadre de mes études de médecine. J'avais une certaine vision de la médecine et de la manière dont j'avais envie d'expérimenter. Mais les études universitaires ne répondaient pas à mes attentes. La médecine scientifique actuellement enseignée néglige le contexte afin de mieux s'occuper de chaque détail d'une maladie individuellement, tant au niveau symptomatologique, biologique, génétique ou pathologique par exemple. A ce propos E. Morin, philosophe français note : « *L'analyse, cette décomposition en autant de parcelles qu'il se pourrait, est devenue synonyme de méthode. Les sciences sont alors étudiées de manière compartimentée comme des champs clos et l'on pense que le monde est un mécanisme constitué d'un grand nombre d'éléments aux comportements uniformes mais variés. Le spécialiste s'attachait au détail et négligeait la structure ornementale qui lui sert de contexte<sup>1</sup>* ».

En outre, il aura fallu seulement 45 minutes afin de me montrer le chemin à suivre et de me rendre compte à quel point il fallait tenir compte de la complexité de l'approche du patient dans son contexte. Ce cours nous faisait aborder la médecine et son application d'une manière complètement différente de ce dont on avait eu jusqu'à ce moment dans notre cursus ; exactement comme j'aurais imaginé la pratiquer. Ma curiosité m'a poussé à vouloir comprendre mieux le fonctionnement de ce qui nous avait été amené durant ce cours et c'est pourquoi, j'ai décidé de diriger mon travail de master dans cette direction.

Le cours du Dr Frenck nous amenait à travers cette heure à essayer de comprendre différemment la médecine, en particulier en pédiatrie, en nous démontrant la synergie et la complémentarité de l'approche systémique. Ce qui m'a permis de réaliser qu'une personne souffrant d'une maladie change fortement la dynamique, les habitudes et les croyances d'une famille.

Aujourd'hui, j'aimerais partager ma découverte de l'approche systémique et amener à l'esprit des gens que la prise en charge optimale d'un patient se trouve à l'intersection de deux parallèles que sont la médecine scientifique et l'approche systémique ; c'est-à-dire comprendre l'importance de faire un zoom en arrière sur une situation afin de mieux saisir le contexte dans lequel elle s'inscrit.

---

<sup>1</sup> Morin, Edgar. *Introduction À La Pensée Complexe*. Le Seuil. Points. Paris: E.S.F Paris, 2005.

Avant-Propos .....	2
Abstract.....	4
Objectif .....	4
Méthode.....	4
Résultats.....	5
Mots-clés .....	5
1. Introduction .....	6
1.1 La théorie de l'approche systémique.....	7
1.1a L'organisation familiale.....	8
1.1b Le cycle de vie de la famille .....	10
1.1c La circularité.....	11
1.1d La deuxième cybernétique .....	13
2. Matériel et Méthode.....	14
3. Résultats .....	15
3.1 Observation – consultation A .....	15
3.2 Observation – consultation B .....	16
3.3 Observation – consultation C .....	19
3.4 Observation – consultation D .....	20
3.5 Observation – consultation E .....	22
4. Discussions .....	25
4.1 Points fort/faible du travail .....	28
5. Conclusions.....	28
6. Bibliographie.....	29

## **Abstract**

### **Objectif**

Le but de l'étude est, à travers un travail exploratoire, d'observer si dans la consultation, les pédiatres utilisent et s'ils ont un cadre de référence systémique afin de contextualiser les symptômes.

### **Méthode**

Études de cas en assistant et en observant les consultations de patients chez un échantillonnage de pédiatres installés tout en respectant le secret professionnel.

- Participation des pédiatres suite à leur consentement libre et éclairé
- Participation des patients suite à leur consentement libre et éclairé
- Evaluation et analyse des transactions à l'aide d'une grille systémique d'observation

Assister aux entretiens de cinq familles (père ou mère avec enfant) chez des pédiatres installés en incluant:

- Enfant de deux à cinq ans (préscolaire et scolaire)
- Enfant souffrant de symptômes du système respiratoire et/ou digestif
- Consentement de la famille à ma présence lors des entretiens, leur étude ainsi que l'intervention durant l'entretien ou après celui-ci

Et en excluant:

- Bébé ou enfants de moins de deux ans et enfants de plus de cinq ans
- Enfants souffrant de symptômes autre que du système respiratoire ou digestif (neurologique, rénal, etc.)

Le but de l'étude est d'observer si dans la consultation, les pédiatres utilisent et s'ils ont un cadre de référence systémique afin de contextualiser les symptômes. Ceci sera évalué à l'aide d'une grille d'observation.

L'expérience des pédiatres montre que l'on trouve, souvent, derrière ces symptômes « banals », des problématiques familiales, scolaires, etc., (« agenda caché »).

## **Résultats**

Les pédiatres ont traditionnellement, durant les premières années de vie de l'enfant, un contact régulier et continu avec le dit enfant et sa famille. Ainsi leur expérience longitudinale permet de créer une confiance et une relation confidentielle avec la famille et de se retrouver en première ligne face aux déséquilibres familiaux, que nous pouvons décrire comme « prévisibles ». Cependant, malgré la connaissance des ressources et les valorisations des compétences soit de l'enfant soit des parents faites par les pédiatres, ceux-ci se focalisent sur la plainte afin de répondre au pourquoi du symptôme et non du comment. Ils ne cherchent ni à approfondir ni à développer les interactions familiales afin de mieux comprendre dans quel contexte s'inscrit le symptôme, quelles sont les représentations du dit symptôme et comment est-il compris. En d'autres mots, les pédiatres possèdent en règle générale un cadre systémique flou.

## **Mots-clés**

Approche systémique – Pédiatre – Famille – Symptôme – Contexte – Cybernétique – Circularité – Consultation

## 1. Introduction

A travers ce travail, je me suis intéressé aux familles qui sont considérées dans l'approche systémique comme un système qui est composé de ses membres et qui interagissent d'une façon particulière obéissant à des lois générales et spécifiques, c'est-à-dire propre à chaque famille (liées à son histoire, ses générations antérieures, etc.).<sup>2</sup>

Dans une famille, nous retrouvons un groupe de personnes qui sont liées entre eux par un attachement affectif profond et par un sentiment d'appartenance à ce même groupe auquel il s'identifie<sup>3</sup>. Par conséquent, chaque individu est un sous-système du système familial.

En revenant au système familial tout ce qui arrive à l'enfant se répercute, d'une certaine manière dans la famille et affecte toujours la famille, et inversement, tout ce qui arrive à la famille se répercute sur l'enfant.

Souvent les problèmes somatiques (respiratoires, digestifs, etc.), selon l'approche systémique, seraient présentés par un des membres de la famille, « le malade », et auraient un impact à degré divers sur tous les autres membres et contribueraient à modifier la symptomatologie. Le « malade », par sa maladie, peut exprimer parfois un malaise familial. Il est en quelque sorte le porte parole du système familial.<sup>4</sup>

Ayant un vif intérêt pour l'approche systémique familiale, j'ai décidé d'observer le travail des pédiatres en consultation et de déterminer s'ils appliquaient ou non une démarche systémique.

En définitive, le symptôme peut-être une porte d'entrée pour apprécier la structure familiale et la structure familiale une porte d'entrée pour décoder le symptôme. En outre, le pédiatre étant l'un des premiers à se retrouver devant la famille, il doit pouvoir découvrir les règles implicites et explicites de la famille et dans quel contexte apparaît le symptôme pour mieux le comprendre, pour poser un diagnostic par la suite, et mieux répondre aux attentes du patient. Des « outils » d'aide à ce type d'approche systémique existent (écocarte, grille d'analyse, génogramme etc.)

---

<sup>2</sup>Girard, Catherine. "L'approche Systémique." *Le groupe familial*, no. 130 (January 1991): 57–59.

<sup>3+4</sup> Frenck, Nahum. "La Famille et Le Pédiatre, Synergie et Complémentarité de L'approche Systémique En Pédiatrie," n.d., 29–34.

La structure de mon travail est organisée sur la base de consultations pédiatriques d'une quinzaine que j'ai suivies ; cinq consultations retranscrites avec des noms fictifs afin de préserver le secret médical. Vous trouvez dans le contenu de ces consultations retranscrites des annotations « dialogue avec moi-même ». Cela vous permet de m'accompagner dans ma réflexion afin de comprendre ce qui se passe dans mon esprit durant ces consultations, de suivre mon raisonnement et pour ma part, de tenter une observation et analyse critique constructive en imaginant un certain nombre d'hypothèses afin d'ouvrir d'autres voies possibles à la prise en charge du patient grâce à l'approche systémique.

Cependant avant de parcourir ces quelques consultations, il me faut introduire quelques concepts afin de faire la lumière sur certains points de mon travail et ainsi faciliter la compréhension de mes « dialogues avec moi-même », de mon raisonnement et de mes hypothèses. J'aborde la systémique en mettant l'accent sur :

- Le cycle de la famille
- Le questionnement circulaire
- La deuxième cybernétique

### **1.1 La théorie de l'approche systémique**

Afin de comprendre au mieux la théorie des systèmes, il faut avant tout définir ce qu'est un système. Venant du grec « sustéma » qui signifie « assemblage, composition », le mot est défini comme un assemblage d'éléments qui sont en interaction dynamique et dont l'état de chacun de ces éléments détermine et est déterminé par l'état des autres éléments en relation.

Ludwig Von Beralanffy fut le premier à expliquer que tout ce qui nous entoure peut être assimilé à la notion de système, en partant de la composition atomique d'une molécule à la composition de l'univers. Chaque système possède ses propres propriétés qui permettent de déterminer des critères afin de les classer. Tout comme les atomes que l'on caractérise notamment par leur nombre atomique, c'est-à-dire leur nombre de protons, et que nous classons dans le tableau périodique des éléments, nous pouvons classer généralement la plupart des systèmes selon leurs propriétés.

En effet, chaque système baigne dans un environnement donné avec lequel il peut ou non interagir et avoir des échanges. De cela, il en résulte la propriété suivante : est-ce que nous avons à faire à un système ouvert ou fermé. Dans le premier cas, nous pouvons sans peine

imaginer la cellule qui communique par sa membrane cellulaire en permanence avec son environnement afin de maintenir l'osmose par ses échanges cellulaires tout comme une famille qui communique dans la société dans laquelle elle vit. Des informations, des énergies ou autres informations sont filtrées et échangées par le système en permanence afin de d'assurer sa survie tout en rejetant dans l'environnement les « déchets » dont il n'a plus l'utilité.

Au contraire, le système peut être fermé et n'échanger aucune information ou énergie avec l'extérieur. Par conséquent, aucune modification, ni du système ni de l'environnement n'est possible. Cela veut bien entendu dire, que le système est dans l'obligation de « s'autoalimenter » afin de survivre. Cependant, les réactions internes possibles sont limitées et quand celles-ci seront atteintes, le système ne pourra plus ni avancer ni fournir de travail. Il est condamné à mourir.

Dans ce travail, ce qui nous intéresse le plus, ce sont bien entendu les systèmes ouverts qui caractérisent tout organisme vivant quel que soit leur degré de complexité : cellule, systèmes circulatoires, organisme végétal ou animal, famille ou société. En outre, je me focalise plus précisément sur le système familial et son organisation. Par ailleurs, afin de faciliter la compréhension de ce travail, j'emploie le terme système ou famille pour désigner le système familial ou et vice-versa; bien que tout système pourrait être pris en compte.

### **1.1a L'organisation familiale**

Si nous comparons un système familial avec un système biologique, notamment une cellule, nous comprenons aisément que celle-ci possède différentes composantes ou organelles (mitochondrie, lysosome, etc.) qui ont chacune leur fonction propre, communiquent et interagissent entre elles par des canaux de communication intracellulaire malgré leur délimitation ; chaque composant aura des interactions spécifiques avec d'autres organelles et formera dans ce système cellulaire, un sous-système. Ces éléments et sous-systèmes mis ensemble déterminés par leur limite, leur communication, mode de transport et leur stockage déterminent l'organisation (fonction et structure) d'un système cellulaire qui devient un tout avec ses propres fonctions et propriétés. En outre, la cellule dépendra de ses interactions internes entre les différentes organelles qui la composent et de ses interactions externes avec son environnement par sa membrane cellulaire.

A l'instar de la cellule, le système familial, composé de ses propres éléments (enfant, papa, maman, etc.) et de ses sous-systèmes, fonctionne dans un système plus grand avec lequel



ils interagissent réciproquement. Francine de Montigny appelle ce système dans lequel baigne le système familial, un suprasystème. Selon elle, le suprasystème est constitué d'une part par la communauté et d'autre part par la société. « *Ce suprasystème, est régi par des règles, des valeurs et des normes qui influent sur la famille. Pour faciliter leur fonctionnement dans la société, les membres de la famille s'organisent en sous-groupes, appelés « sous-systèmes », en fonction de leur âge, de leur sexe et de leur champs d'intérêt.* »<sup>5</sup>. Effectivement, une chose importante qu'elle souligne, est que, ce suprasystème a un impact sur le système familial et ses composants, cependant ce qu'elle ne dit pas, comme expliqué plus haut, la famille, tout comme une cellule, influence lui aussi le « suprasystème » dans lequel elle baigne ; Tout cela par interactions réciproques.

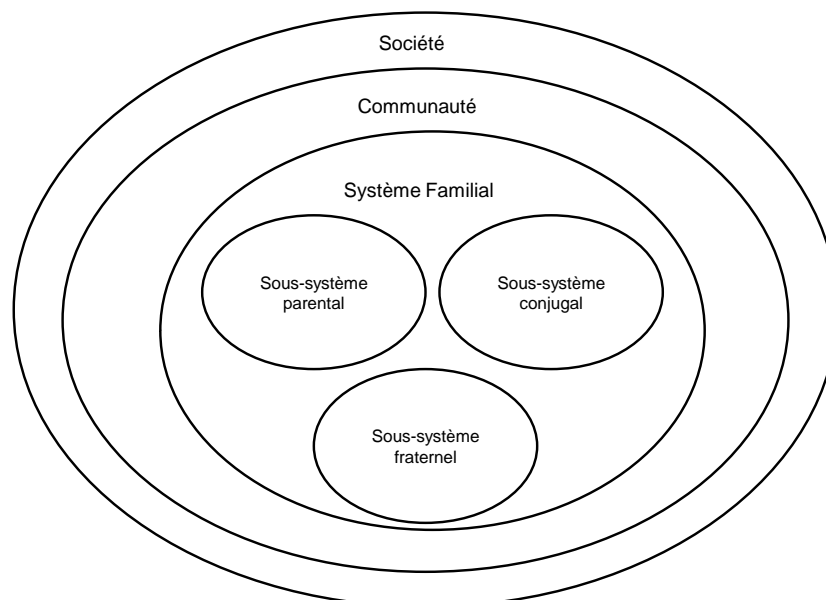


Fig. 1. – *Le système familial et ses sous-systèmes*<sup>6</sup>

En résumé, nous comprenons qu'un système familial est organisé par ses différentes structures (éléments, sous-systèmes) qui sont délimitées par des frontières au niveau desquelles il y a des interactions réciproques entre les différents partis ; ce lieu d'interactions est appelé interface<sup>6</sup>. Ce concept est important dans la théorie des systèmes et est comparable à la membrane semi-perméable d'une cellule. De plus, le fonctionnement du système est apprécié comme un tout et donc, le système bénéficie de nouvelles propriétés

<sup>5</sup> Francine, de Montigny et Line, Beaudet. *Lorsque la vie éclate*. SeliArslan, 1997, chapitre 2, p. 30.

<sup>6</sup> Gérard, Salem et Nahum, Frenck. *L'approche thérapeutique de la famille*. Masson. Pratique en psychothérapie. 5<sup>e</sup> édition, 2009, p. 37

que chaque élément isolé ne possédait pas. C'est-à-dire que chaque comportement et fonctionnement d'un membre dans une famille n'est pas dissociable des autres membres, et ce qui arrive modifie le fonctionnement de la famille dans son ensemble.

### **1.1b Le cycle de vie de la famille**

Une famille est comme une troupe d'acteurs qui joue une pièce (métaphore). Chaque rôle est "attribué" et on se l'attribue (avec son texte, ses mouvements et la perfection est recherchée) ; il faudrait pouvoir la jouer en accord avec soi-même et qu'elle corresponde aux attentes des autres "acteurs". Lorsque nous allons au théâtre, nous observons cette pièce avec ses acteurs en relation dans un équilibre dynamique. La moindre erreur, si petite soit-elle touche l'ensemble de la troupe. Après un moment de déséquilibre la troupe retrouve un nouvel équilibre. Le public pourrait s'apercevoir du moment d'égarement ou de la bévue en fonction de la capacité des "acteurs" à retrouver un équilibre, c'est-à-dire à improviser afin de retrouver un nouvel état d'équilibre.

Il faut entendre par public, non seulement les observateurs externes mais aussi les observateurs internes, c'est-à-dire les "acteurs" de la pièce eux-mêmes, et la famille élargie. En effet, ceux-ci observent les autres membres de leur troupe et sont observés en retour pendant qu'il joue.

Une famille se comporte, un peu, comme une troupe de théâtre. Quoi qu'il arrive à l'un de ses "acteurs", cela touche tous les autres membres. En définitive, nous pouvons imaginer la pièce de théâtre comme le cycle de la vie que la famille traversera avec les membres de la famille en passant par des états d'équilibres et de déséquilibres.

Les plus grands troubles sont quand un "acteur" s'en va ou un autre rejoint la troupe. Par analogie, les bouleversements les plus importants de la vie d'une famille sont l'adjonction ou la disparition d'un membre. Bien entendu, tous autres événements de la vie familiale comme une opération, le chômage d'un des parents, un déménagement, une grossesse, un échec scolaire peut avoir un impact sur la troupe familiale en la déséquilibrant.

Si nous prenons le schéma du cycle de la famille du Dr. Frenck, nous constatons que le système familial traverse les stades suivants : fréquentation, couple, première grossesse, phase d'éducation des enfants, période appelée du « nid vide » et « veuvage ». Entre

chaque stade, les périodes de transition dans le cycle de la famille porte le nom de « crises évolutives ».<sup>7</sup>

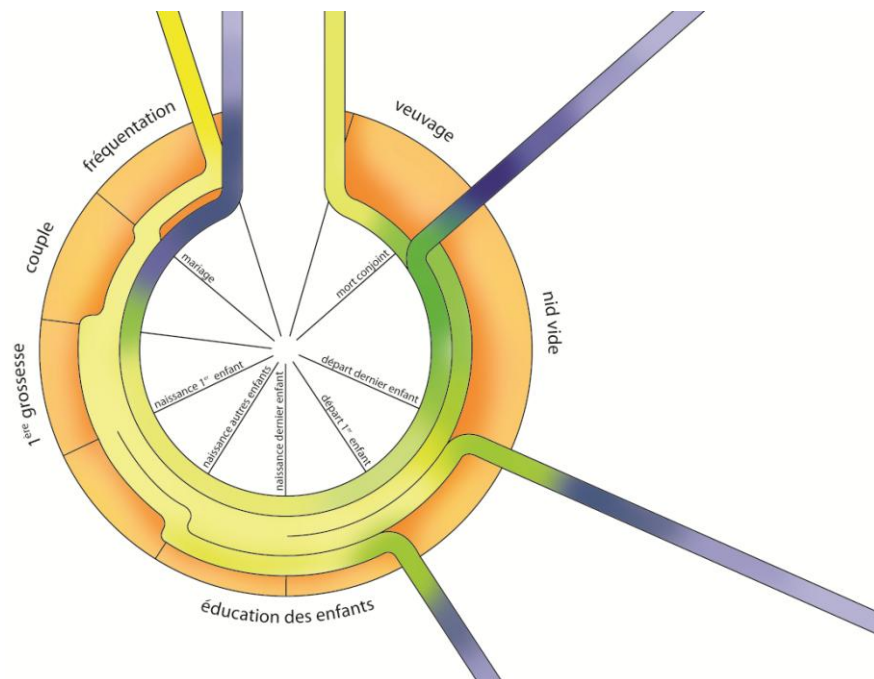


Fig. 1. – Cycle de vie familiale<sup>8</sup>

Le pédiatre dans sa pratique fait perpétuellement face à la mise en scène familial avec son équilibre dynamique et observent la plupart des déséquilibres et périodes de crises évolutives du système familial. En conséquence, il est important pour le pédiatre de tenir compte de ces déséquilibres dans la prise en charge et de participer, selon ses moyens, à la reconstruction d'un nouvel équilibre.

### 1.1c La circularité

Un des concepts importants pour la théorie systémique est celui de la circularité. Celle-ci permet de se concentrer sur les relations entre les différents acteurs plutôt que sur les acteurs eux-mêmes et d'aider à comprendre leurs interactions. Comme vu précédemment chaque élément de la famille a des interactions avec les autres éléments ; *prenons l'exemple de l'élément A qui affecte l'élément B, B affecte A en retour, de sorte que A affectera B de la même façon ou d'une façon différente, et ainsi de suite.*<sup>8</sup> Ces relations sont caractérisées non pas linéaires, mais circulaires. Et cela ne se restreint pas seulement à une interaction

<sup>7</sup>Frenck, Nahum. "La Famille et Le Pédiatre, Synergie et Complémentarité de L'approche Systémique En Pédiatrie," n.d., 29–34.

<sup>8</sup>Frenck, Nahum. "La Famille et Le Pédiatre, Synergie et Complémentarité de L'approche Systémique En Pédiatrie," n.d., 29–34.

entre deux éléments, c'est-à dire dyadique, mais cela s'applique aussi entre plusieurs éléments ou encore des fonctionnements plus complexes : sous-système, systèmes, etc. Afin de comprendre initialement les systèmes en soi, il faut comprendre et penser en termes de relation circulaire et non en causalité linéaire.

En tant qu'observateur, cela nous permet d'avoir une perspective différente sur les comportements des différents membres d'une famille entre eux, les modes de communications et leurs interactions ; comme vu précédemment cela permet de nous intéresser au lieu d'échanges des différents sous-systèmes et des interactions : l'interface. Dans une consultation, afin de mettre à profit cette notion de circularité, des questions dites de types circulaires ont été inventées. Comme expliqué dans « *Les techniques de questionnement axées sur les solutions* » de R. Galasso, elles sont appliquées dans le domaine de la thérapie systémique en vue de découvrir des processus circulaires dans les systèmes relationnels et d'assouplir les modèles de communication et d'interactions rigides générant des conflits au sein d'un système. L'observateur prend à travers ces questions des positions diverses et permet un élargissement des perspectives.

Celui qui pose les questions en consultation, pédiatre ou médecin, donne la possibilité à la personne interrogée de se mettre à la place d'une autre personne de sa famille par exemple pour changer de perspective au sein du système. Ce type de questions triadiques incitent les gens à exprimer des suppositions sur les besoins, les souhaits, les opinions, les relations, etc. des autres participants à la consultation. En outre, la manière de poser ce genre de questions peut amener à élargir ou changer les perspectives des gens présents et interrogés. Afin de comprendre, un exemple tiré de « *Les techniques de questionnement axées sur les solutions* ».<sup>9</sup>

*« Exemple : la personne A est en colère. Une personne présente pourrait lui demander la raison de sa colère (perception linéaire). Mais cela dévoilerait uniquement son propre point de vue. La personne B voit que A s'énerve. A sait que B perçoit son sentiment de colère. Afin d'éclaircir l'aspect communicatif, l'interrogateur pourrait demander à A quelle signification il pense que B donne à sa propre colère. Si une personne C est présente, l'interrogateur peut lui demander son avis sur les conséquences de la colère de A sur B. A reçoit ainsi des informations sur la perception éventuelle de sa colère par B, alors que B*

---

<sup>9</sup>Galasso, Renato. « *Techniques de questionnement axées sur les solutions.* », Bertungs Zentrum Olten, septembre 08

*reçoit des informations sur l'intention éventuelle de A. A et B reçoivent finalement un feedback sur leur relation du point de vue de C. »*

Nous comprenons clairement la circularité de ce type de questions et comment celles-ci peuvent apporter un certains nombres d'informations supplémentaires à travers de nouvelles perspectives aux participants d'une consultation. Ils existent une multitude de type de questions circulaires qui ne seront pas abordés dans le cadre de ce travail. Cependant, il est important de comprendre le fonctionnement et l'application de cette méthode de questionnement qui pourraient permettre dans une consultation pédiatrique d'ouvrir des perspectives différentes entre les différents intervenants d'une famille sur leurs interactions et relations autour d'un symptôme notamment, et ainsi de donner au pédiatre la possibilité de saisir la dynamique familiale en découvrant les règles implicites et explicites de la famille. En définitive pour comprendre le contexte dans lequel se dessine le symptôme et répondre au mieux aux attentes du patient et de la famille.

*« Un symptôme, un problème, une maladie ne sont pas des choses mais des processus générés par des actions et des communications de différentes personnes »*  
(Schlipper/Schweitzer 1998, 141)

Lors des *dialogues avec moi-même* qui jalonnent les différentes consultations retranscrites dans ce travail, je tente quelques fois d'appliquer la notion de circularité en ajoutant des questions circulaires quand celles-ci me paraissent constructives et permettent d'imaginer un certains nombres d'hypothèses afin d'élargir les perspectives et les diagnostics différentiels sur la prise en charge du patient.

### **1.1d La deuxième cybernétique**

Selon l'approche systémique, dans la deuxième cybernétique l'observateur fait parti du système observé.

Le terme cybernétique vient du grec kubernêtês qui signifie "pilote, gouverneur". C'est le seul fait d'observer un objet, c'est-à-dire qu'au niveau thérapeutique, le médecin observe le système, c'est-à-dire dans le cadre de ce travail, la famille. Dans la première cybernétique, il est donc considéré comme un observateur neutre qui ne fait pas partie du système mais qui est à l'extérieur de celui-ci.

Alors que dans la deuxième cybernétique, l'observateur s'inclut lui-même dans le système observé. En outre, le médecin fait partie de la réalité observée et forme un nouveau système: « famille et médecin ».

Et qui dit système, dit communication. En effet, un système quel qu'il soit comporte des éléments qui ne peuvent pas ne pas communiquer. Prenons le cas d'un enfant dans une famille, qu'il crie, se taise, tape contre la table car il ne veut pas manger ou qu'il obéisse sans broncher, il enverra toujours un message. Si quelqu'un se tait, il communique qu'il veut se taire. Watzlawick sera le premier à formuler les cinq principes de communication dans « Une logique de communication, les bases d'une axiomatique de la communication ».<sup>10</sup>

Par conséquent, dans le cadre de cette étude, je prends la place de l'observateur de deux systèmes: le système familial du patient en consultation et le système « famille-médecin ». En outre, selon la deuxième cybernétique en tant qu'observateur, je m'inclus moi-même dans ce système global que j'observe. Dès lors un nouveau système se crée, entre le médecin, la famille et moi.

## 2. Matériel et Méthode

Mon travail est élaboré sur la base de consultations pédiatriques d'une quinzaine que j'ai suivies chez différents pédiatres installés.

Les pédiatres ont été sélectionnés et appelés en suivant la liste des pédiatres installés dans le canton de Vaud, sur les conseils de mes deux tuteurs, les Dr N. Frenck et Dr M. Gehri, ainsi que des contacts que j'avais avec certains médecins installés.

Mon intention a été de contacter deux types de pédiatres : ceux récemment installés et ceux ayant plusieurs années d'expérience en cabinet. J'ai eu la chance de pouvoir collaborer avec trois pédiatres nouvellement installées dans un cabinet de groupe au Mont sur Lausanne et deux autres pédiatres installées à Nyon qui ont plus d'une dizaine d'années d'expérience en cabinet.

Au final, j'ai contacté huit pédiatres dont cinq femmes et trois hommes, recevant seulement des réponses favorables des pédiatres femmes.

---

<sup>10</sup> Watzlawick, P., J. HelmickBeavin, and D. Jackson. *Une Logique de Communication*. Edition du Seuil., n.d.

Sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion du travail, j'ai participé à une quinzaine de consultations suite aux consentements libres et éclairés des différents patients.

Durant ces consultations, mes outils ont été mes « notes de terrains » ainsi qu'une grille d'observation afin de déterminer si les pédiatres appliquaient une démarche systémique.

### 3. Résultats

#### 3.1 Observation – consultation A

Maman consulte avec Karim, garçon de 2 ans, pour une toux grasse, et des otites à répétition.

Selon la maman, Karim ne se plaint pas des oreilles et dort bien. Il ne pleure et ne crie pas de douleurs. Mais ils se tapent la tête et ses oreilles à cause des otites.

Quand il est avec la maman, il se met en colère en lui montrant les oreilles, lui crie dessus et la tape. La maman explique que s'il fait cela, c'est dû aux oreilles. Je demande à la maman que fait-elle quand il y a les symptômes et qu'il crie. Elle me répond : « Je crie aussi. »

*Dialogue avec moi-même : « Il a mal mais n'a pas mal ? Le discours de la maman n'est-il pas paradoxal ? »*

Le papa travaille toujours et selon la maman, il ne veut jamais venir en consultation.

*Dialogue avec moi-même : « Est-ce que, s'il crie et que vous ne criez pas en retour, que se passe-t-il ? Que fait l'enfant ? Quand vous criez sur l'enfant, que fait le papa ?*

*Comme introduit plus tôt dans ce travail, afin de mieux comprendre un problème, un symptôme, il faut le contextualiser et comprendre les comportements et les relations autour de ce problème, en l'occurrence comprendre les cris entre la maman et son enfant. Un des outils que pourrait utiliser le pédiatre à ce moment de la consultation est le questionnement circulaire. En effet, l'approche systémique avec la notion de circularité qu'elle utilise, tente de ne pas résumer symptômes et problèmes à l'échelle individuelle mais plutôt traduire ces symptômes en descriptions relationnelles et les insérer dans un contexte, ici familial, où ils prennent source et sens. De cela, il se pourrait que des connexions circulaires ou des influences réciproques implicites ou ignorées entre Karim et sa maman puissent devenir plus explicites, par conséquent aider à élargir ou amener d'autres perspectives sur leur comportement.»*

La pédiatre pose les questions concernant l'otite et les symptômes et fait l'examen clinique.

La maman demande si elle ne doit pas amener son enfant chez l'ORL pour l'opérer suite à toutes ses otites à répétitions. La consultation ne dure que 10 minutes.

Après la consultation, la pédiatre m'explique que la maman fait partie d'un groupe de trois copines et qu'elles sont toutes patientes chez elle. Elles se concertent toujours dès qu'une d'entre elles est allée chez la pédiatre, a un « bon tuyau » ou a trouvé quelque chose. Notamment, suite à des otites à répétitions de l'enfant d'une des mamans, celle-ci est allée derrière le dos de la pédiatre consulter un ORL pour que son enfant se fasse opérer d'une paracentèse. Elle l'a dit aux autres, et maintenant, elles veulent toutes le faire. C'est la même chose pour les médicaments, antibiotiques ou compléments alimentaires.

*Dialogue avec moi-même : « Pourquoi ne pas transformer ce que le pédiatre considère comme un problème en solution concernant ces mamans qui consultent toutes trois chez lui ?*

*Chaque maman fait partie de son propre système familial avec ses valeurs, croyances, coutumes, etc. et son propre cycle de vie. Chaque système familial possède ses propres pressions et interactions internes réciproques entre ses différents membres et sous-systèmes et, baigne dans un « suprasystème » avec lequel il possède des pressions et interactions externes ; c'est-à-dire que le « suprasystème » influe sur ce système familial tout en étant influencé lui-même.*

*Dans le cas de cette consultation, nous observons la rencontre de ces trois mamans, représentant chacune leur système familial, pour former un système entre elles et, faire partie d'un « suprasystème » (la communauté et la société) régi par des règles, des valeurs et des normes avec lequel elles ont des interactions réciproques.*

*Puisque ces mamans fonctionnent comme un système, pour pouvoir interagir plus facilement avec elles, il faudrait pouvoir se retrouver à l'interface de ce système, c'est-à-dire là où se font les échanges et les interactions, pour pouvoir comprendre les relations et la circularité des échanges entre elles. En d'autres mots, j'aurais envie de proposer une consultation durant laquelle ces trois mamans seraient présentes ensemble afin de comprendre le contexte dans lequel se dessine les problèmes ou symptômes et ainsi répondre au mieux aux attentes de ces trois familles. »*

### **3.2 Observation – consultation B**

Maman consulte avec son garçon de 5 ans pour des douleurs au ventre depuis une semaine et des épisodes de diarrhées.



J'apprends que le vendredi précédent la consultation du lundi la maman est venue chercher une ordonnance au cabinet en attendant la consultation car l'agenda de la pédiatre était rempli. A ce moment, la secrétaire médicale avait demandé si l'enfant avait mangé des aliments gras malgré les diarrhées. La maman avait répondu que non alors que l'enfant s'était exclamé : « Oui maman ! On est allé trois fois au McDonald's cette semaine. » En outre avant la consultation, la pédiatre et la secrétaire médicale se demandent s'ils sont retournés au McDonald's.

Après le début de l'entretien et l'examen clinique, la pédiatre demande à la maman s'ils sont retournés au McDonald's ou si durant le week-end, Marc a mangé une alimentation constipante ou non. L'enfant s'exclame : « j'ai mangé des frites samedi ». La maman avoue se sentir honteuse d'être allé la semaine précédente mais que depuis, ils n'y sont pas retournés. De plus, suite à l'intervention de Marc sur les frites, elle semble se sentir encore plus mal à l'aise et la pédiatre, elle, semble ne pas en revenir. La maman se justifie en racontant que c'est la grand-maman qui a cuisiné les frites, mais cuites au four et sans huile.

*Dialogue avec moi-même : « Je me demande si la question concernant les aliments gras est pertinente. En effet, si nous reprenons la physiologie de base du métabolisme, est-ce que ce sont les aliments gras qui causent les diarrhées ? Selon l'étiologie, les diarrhées sont classifiées comme suit : infectieuses, sur antibiothérapies, toxi-infectieuses alimentaires, médicamenteuses, allergiques, sur intoxication, dues à des maladies maldigestives ou malabsorptives, inflammatoires, cancéreuses ou autres causes rares.<sup>11</sup> Effectivement, dans le diagnostic différentiel, il faut considérer l'intoxication ou l'allergie alimentaire, cependant de manger une alimentation grasse ne cause pas de diarrhées.*

*De plus, je m'interroge sur l'association du McDonald's avec la diarrhée. Pourquoi la pédiatre a-t-elle demandé s'ils étaient retournés au McDonald's ? Quelle est la représentation de la maman, de la pédiatre ou de la secrétaire médicale ? Est-ce que la malbouffe ou les fast-foods sont les coupables ou des facteurs déclenchant de diarrhées ou de constipation. Si pour la maman, le McDonald's a une signification aussi diabolique, pourquoi emmène-t-elle ses enfants là-bas.*

*Quelle est la représentation des frites ? Sont-elles mauvaises ? Pourtant, celle-ci ne sont pas l'étiologie de diarrhées ni de constipation. Durant cette consultation, je me demande s'il n'a pas manqué certains éléments pour faire un diagnostic différentiel des diarrhées. »*

*Dialogue avec moi-même : « La maman est gênée et la pédiatre doute, il me semble. »*

---

<sup>11</sup>Gérard. Herold. *Médecine interne*, De Boeck, 4<sup>e</sup> édition, p.447-448

La maman durant tout l'entretien indique souvent que la semaine était un peu stressante. (J'apprendrais par la suite que la pédiatre savait qu'ils déménageaient)

A la fin de l'entretien, la pédiatre demande à la maman comment vit-elle ce passage?

Dialogue avec moi-même : « message empathique »

La maman reconnaît directement que depuis un mois, ils sont en situation de stress et en pleine transition : « ce n'est pas top ! ». Ils n'ont plus d'appartement et vivent chez des amis en attendant le premier du mois suivant pour s'installer dans leur nouvel appartement. Elle doit faire tous les jours le trajet Lausanne-Nyon pour amener les enfants à l'école. Et c'est aussi une des raisons pour laquelle, ces derniers temps, ils ne mangent pas très bien.

Dialogue avec moi-même : « Je me demande qu'est-ce que la maman entend par ces propos. Qu'entendait-elle par là. Quelle est le lien car je ne vois pas le rapport entre habiter chez des amis, faire des trajets et mal manger? Est-ce qu'elle m'expliquer sa représentation avec d'autres mots ? »

Elle explique qu'elle est contente d'emménager parce qu'elle n'en peut plus. Ils ont déménagés de leur ancien appartement car ils n'étaient pas à leur aise et voulaient un jardin. La famille est une famille sportive et surtout le mari. Elle ajoute que la situation qu'ils vivent est tellement compliquée, que maintenant ils sont habitués aux changements. C'est pourquoi après les relâches de février (deux semaines après la consultation), les enfants seront changés d'école pour éviter les voyage jusqu'à la fin de l'année.

Dialogue avec moi-même : « Je m'interroge sur un autre point : Pendant toute la consultation, on ne parle ni du mari ni du papa, cependant à la fin de la consultation, nous apprenons que le mari est sportif, mais le père est-il sportif ? Quelle est la distribution des différents rôles dans le système familial. »

Dialogue avec moi-même : « Je note dans cette famille un crescendo de déséquilibres auxquels elle est accoutumée, selon la maman. Qui dit pourtant changement et déséquilibre, dit absence de stabilité et obligation de s'adapter, en l'occurrence s'adapter en permanence. En outre, s'ajoute encore dans cette période de transition une perte de stabilité scolaire supplémentaire pour le sous-système des enfants auquel il va falloir prendre en compte et faire face. Par conséquent, il serait intéressant d'accueillir le problème du déséquilibre que cette famille vit à ce moment et de savoir qu'entend la maman par « nous sommes habitués aux changements », comment le vivent les enfants ? En ont-ils parlé avec eux ? »

La pédiatre conclut en reconnaissant que cet épisode de stress peut expliquer les diarrhées.

*Dialogue avec moi-même : « Nous nous retrouvons face à une famille qui est en plein déménagement. C'est à-dire qu'au niveau de son cycle de vie, celle-ci se retrouve en pleine crise évolutive. Une période de transition et de déséquilibre que le système familial doit affronter afin de retrouver un nouvel équilibre.*

*Si nous reprenons l'image de la troupe de théâtre, les acteurs se retrouvent sans scène pour pouvoir jouer leur pièce et doivent par conséquent s'adapter pour pouvoir jouer chacun leur rôle durant cette période avant de se retrouver sur une autre scène. »*

### **3.3 Observation – consultation C**

Papa et maman consultent avec leur fille de 24 mois pour une otite. Un diagnostic d'otite perforée est posé rapidement suite à l'anamnèse et l'examen clinique.

Durant la consultation la maman me semble triste et mal à l'aise. La fille est dans les bras du papa.

L'anamnèse est racontée surtout par la maman, le papa est silencieux mais ajoute que leur fille tousse depuis quatre mois toutes les nuits. Il me semble inquiet. Cela ne semble pas inquiéter la maman qui affirme qu'Ada ne tousse que depuis une semaine.

La pédiatre se tourne vers le papa et, lui explique qu'à cet âge, il est possible d'avoir des épisodes de toux fluctuants de quelques semaines sans gravité qui ne sont pas liés.

*Dialogue avec moi-même : « La pédiatre a dit ce qu'il fallait dire mais, j'aurais quittané l'inquiétude du papa. De mon côté, je sens toujours le papa inquiet et j'ai l'impression que personne n'a pu répondre à ses attentes. En effet, la toux chez les enfants est la plupart du temps due à un écoulement postérieur suite à une infection des voies respiratoires supérieures (rhinopharyngite, rhinobronchite, bronchiolite) ne justifiant aucun examen complémentaire.<sup>12</sup> Cependant, quelle est l'interprétation de la toux pour le papa ? Comment symbolise-t-il la toux ? »*

Je leur demande ce qu'ils font quand Ada tousse la nuit, que se passe-t-il, est-ce que cela modifie le comportement de la famille. La maman répond qu'ils coupent des oignons pour éviter la toux. La mère dort profondément alors que le père est très inquiet se réveille pendant la nuit.

---

<sup>12</sup> A. Bourillon. *Pédiatrie pour le praticien*, Masson, 5<sup>e</sup> édition, p. 675

J'apprends par la pédiatre après la consultation que la situation est difficile entre les deux parents ; ils étaient séparés lors de la dernière consultation, le mari buvait beaucoup (avec une notion d'alcoolisme). La pédiatre a été surprise de les revoir ensemble ce jour-là, les croyant toujours séparés. La prochaine fois que la maman viendra seule, elle clarifiera la situation.

De plus, elle m'informe que le papa vient d'Afrique et que la notion de toux est très importante chez eux. Elle est synonyme de tuberculose, donc de mort.

Dialogue avec moi-même : « Le papa me semble inquiet concernant la toux de l'enfant. A ce moment, j'identifierais les besoins, les difficultés, les ressources du système familial. Quelles sont les différentes représentations de la toux du papa et de la maman. Si la toux est synonyme de mort pour le papa, ne pourrait-on pas faire comprendre à la maman, la vision du papa ? Remettre la toux dans le contexte et les faire travailler ensemble ? »

Dialogue avec moi-même : « Vous m'aviez dit que vous étiez séparés, est-ce que vous êtes de nouveau ensemble ou êtes-vous venu ensemble grâce à l'otite ? »

### **3.4 Observation – consultation D**

Parents italiens consultent avec leur fille, Laura, pour le contrôle des 24 mois.

La pédiatre prend la check-list du contrôle des 24 mois et la suit en cochant si chaque item est rempli en questionnant les parents concernant le développement de l'enfant. La pédiatre s'intéresse aussi à comment vont les parents.

Dialogue avec moi-même : « Ne remettant en aucun cas en question des check-lists qui permettent de ne pas oublier certains points de l'anamnèse du développement de l'enfant, je me pose quand même la question : A quel moment la médecine a-t-elle commencé à se résumer à des items que l'on coche ? Quand ces mêmes items facilitateurs ont-ils remplacé l'observation de l'enfant ainsi que son examen clinique afin d'évaluer son développement ? »

Durant cette consultation, un des points principaux est la question de l'écran ou de la télévision, surtout pour le père. Il en parle comme un problème alors que pour la mère, la télévision est un moyen de la soulager quand la fille crie car elle ne supporte pas d'entendre son enfant pleurer. La pédiatre demande : « Qui tient le mieux ? Qui sait mieux gérer quand la fille fait des caprices ? » Les parents répondent que c'est selon l'état de fatigue de chacun.

Dialogue avec moi-même : « Comme le fait la pédiatre à ce moment, il est important de s'intéresser à la demande des parents et d'essayer de comprendre le fonctionnement familial

*autour de l'écran. Cependant, afin d'enlever l'erreur de valoriser le comportement de quelqu'un plus qu'un autre, ne serait-il pas plus judicieux, de demander : « Qui est le plus satisfait de son attitude ? » Cela permet de changer voire d'élargir les perspectives des deux parents et de la pédiatre concernant la télévision et de faire des suppositions l'un sur l'autre concernant qui est le plus satisfait. Au niveau du questionnaire circulaire, cette question est de type de classification. Cela permet de mettre en évidence les différences de perception et de relation dans la famille. »*

De plus, la mère explique que malgré la tentative de faire comprendre à Laura qu'elle n'est ni le centre du monde ni égocentrique, elle ne supporte pas les pleurs de sa fille. Par conséquent, le moyen le plus facile de la calmer est les dessins animés. La pédiatre leur expose qu'il ne faut pas d'écran durant les trois premières années de vie. « Ce sont vos devoirs » souligne-t-elle, en leur donnant une fiche qui résume les âges auxquels un enfant peut commencer à regarder la télévision, jouer à l'ordinateur ou encore aller sur des réseaux sociaux.

*Dialogue avec moi-même : « Dans le fond, le message que la fiche « Des écrans adaptés à chaque âge » de Serge Tisseron, distribuée par la pédiatre, véhicule, est assurément un sujet important auquel les familles doivent faire face et auquel je suis d'accord. Mais est-ce que nous ne pourrions pas dialoguer et discuter autour de la question de l'écran, au lieu d'essayer de structurer et de normaliser toutes les familles afin qu'elle respecte au mois près les tranches d'âges de ce qui serait adapté aux enfants. Qu'en pense chaque parent ? Que pense le papa des jeux vidéo ? D'essayer d'interdire l'écran à un enfant dans les trois premières années de vie en précisant que cela fait partie des devoirs des parents, cela ne risquerait-il pas de créer des tensions au sein du système familial. Comme expliciter au début de ce travail, la famille influe sur son environnement tout en étant influencé par celui-ci. En effet, les valeurs, les normes et les règles que véhicule la société vont influencer le système familial en pouvant lui infliger un certain nombre de pressions externes avec lesquelles la famille doit s'adapter et évoluer en fonction de son ouverture aux informations externes et, en fonction de ses propres règles, normes et valeurs. C'est pourquoi, il serait raisonnable de comprendre comment est perçue la question de l'écran et d'en discuter, comment pourrait-il adapter au mieux en fonction de leur ressource et de leur valeur. »*

Le deuxième point est celui de la crèche. Quand bien même Laura ne parle pas beaucoup, tout se passe bien. Les parents pensent que c'est dû à la langue. Elle parle italien à la maison et avec la famille.

Dialogue avec moi-même : « Il faudrait quittancer et valider »

En ce qui concerne la crèche, les questions des parents sont autour de la varicelle : « Quand doit-elle faire la varicelle ? Dans la famille, ses cousines l'ont faite. Nous savons qu'il est mieux de la faire le plus tôt possible » La pédiatre répond en effet : « le plus tôt possible ». En outre, l'intérêt des parents est de savoir combien de temps cela dure. La pédiatre leur répond environ 10 jours. Le papa me semble quelque peu inquiet quant à la réponse, car la crèche ne prend pas les enfants malades et les deux parents ne peuvent pas prendre congé avec leur travail respectif. La pédiatre tente de les rassurer en disant que si Laura n'a pas de fièvre, elle peut aller sans problème à la crèche. Selon le papa : « c'est une crèche compliquée ».

Dialogue avec moi-même : « Il faut absolument que la fille joue son rôle et qu'elle aille à la crèche comme écrit dans le script familial. Car il serait impossible pour les parents de devoir jouer un autre rôle que le leur à ce moment-là, de devoir réécrire le script familial sans préparation. J'ai la nette impression que ces parents doivent absolument tout prévoir et ce serait un cauchemar que la mise en scène familiale ne se passe pas comme prévue. Je ressens cette peur du changement de texte, comme une peur du futur. Leur fille peut tomber malade, ils ne savent pas quand, et cela déclenche une certaine angoisse car il y a un soucis d'infrastructure dans ce cas-ci. Ils doivent pouvoir tout gérer. Comment feront-ils lorsqu'elle ira à l'école ? Comment réagiront-ils face à des déséquilibres plus grand qu'une simple varicelle ?

*De plus, je note dans cette consultation, qu'à aucun moment la notion de plaisir avec leur enfant n'a été évoqué ? La vie n'a-t-elle que de mauvais côté ? »*

### **3.5 Observation – consultation E**

Maman consulte avec Axel et Marie (respectivement 6 et 5 ans) pour des états grippaux avec un rhume. Famille de trois enfants, la cadette Tania (3 ans) n'est pas présente.

En entrant dans la salle de consultation et tenant sa fille dans les bras, la maman s'exclame : « Docteur, vous allez nous gronder. Nous n'avons pas fait nos devoirs ! » J'apprends que quelques semaines plus tôt, Marie avait présenté des problèmes digestifs et qu'elle avait perdu 6 kilos. N'ayant pas de diagnostic, la pédiatre a demandé une récolte des selles afin de faire une culture au plus vite. La maman explique que, malheureusement leur agenda était tellement chargé « entre l'école, la crèche, etc. », qu'elle n'a pas réussi à le faire. Et voyant que l'enfant reprenait du poids, elle a oublié. Marie va bien.

Dialogue avec moi-même : « Quelle est la représentation de la perte de poids pour la maman ? Quel est le diagnostic différentiel : apport, perte, besoin, tumeur, trouble alimentaire ? »

Durant la consultation, Axel bouge dans tous les sens et joue avec tous les jouets alors que Marie est assise tranquillement sur la chaise à côté de sa maman, en face de la pédiatre.

En jetant un œil sur son fils, la maman commence : « Si les deux se plaignent de maux de ventre, c'est normal. Ils ont passé cinq jours à manger que des sandwiches. » Nous apprenons que le papa a perdu son papa et les enfants, leur grand-papa qui habitait en Belgique. Ils sont allés cinq jours là-bas pour l'enterrement et n'ont pas bien mangé. « Axel était vraiment bouleversé et a beaucoup pleuré. Marie, elle, n'a rien montré. » La maman insiste beaucoup sur le fait qu'Axel a été le plus perturbé des enfants.

La pédiatre rassure la maman en disant : « Je préfère un enfant qui pleure qu'un enfant qui ne pleure pas. » et elle ajoute : « Donc, si les enfants ont mal au ventre cette semaine, on ne va pas s'inquiéter ! »

Dialogue avec moi-même : « Ne serait-ce pas judicieux de refaire le tour de la perte de poids inexplicquée de Marie et de contrôler les plaintes de maux de ventre s'il y en a afin d'écarter quelconques problèmes et ainsi rassurer la maman qu'il n'y a effectivement rien d'autre et à ce moment quitter son point de vue ? Le plus court chemin vers le diagnostic n'est-il pas d'entrevoir toutes les pistes qui s'offrent à nous en entrant dans le carrefour des diagnostics différentiels afin d'augmenter nos chances de tomber juste et de diminuer le risque de louper une maladie ?

Au niveau de la réaction des enfants concernant la mort de leur grand-père, j'aurais envie de quitter les pleurs d'Axel en lui expliquant qu'il a le droit de pleurer s'il est triste. De plus, j'aurais envie de comprendre comment la maman interprète les pleurs de son fils et les non pleurs de sa fille, et comment réagissent les parents devant cela. Qu'est-ce qu'elle entend par Axel est le plus perturbé ? »

Après l'anamnèse et l'examen clinique des deux enfants pour lesquels on retient le diagnostic d'infection des voies respiratoires supérieures, la maman dit aux enfants : « Allez jouer ! Maman veut parler avec le docteur. »

Dialogue avec moi-même : « Pourquoi ne veut-elle pas qu'ils entendent ? Est-ce une surcharge de soucis, ne sont-ils pas au courant de ce dont elle va parler ? »

Elle commence en disant que ce n'est pas un problème médical. Elle veut parler de Tania, la cadette, car elle s'inquiète à son sujet. Elle a peur qu'elle s'ennuie à la crèche et par la suite, à l'école, car elle s'ennuie avec les enfants de son âge et, est très à l'aise avec les plus grands. « La crèche ne la stimule pas alors que chez la nounou, elle fait des bricolages et pleins d'autres choses. »

La pédiatre dit qu'elle ne s'inquiète pas. Si cela continue à l'école, il faudra investiguer. En outre, elle précise les signes de la plupart des enfants qui s'ennuient : ne veulent pas aller à l'école, ne parlent plus, sont dépressifs ou pleurent tout le temps.

La maman est contente car l'éducatrice de la crèche a le même discours que la pédiatre. « Elle est en phase avec vous. ».

*Dialogue avec moi-même : « J'inviterais la personne à m'informer sur le processus du symptôme qu'elle décrit, c'est-à-dire que cela l'oblige d'expliquer tout le processus qu'elle a eu. « Que vous a dit votre fille ? En vous disant quoi ? Quel exemple ? Car peut-être que cela cache quelque chose, par exemple : mon enfant n'est-il pas Haut Potentiel ? »*

Au pas de porte, la maman nous apprend que le papa vient d'une fratrie de 6 enfants et a une dizaine de cousines qui se relaient les dix premiers jours après le décès du grand-papa pour s'occuper de la grand-maman, lui faire à manger et l'entourer. Par la suite, cela va être difficile et, s'adressant aux enfants : « On invitera souvent grand-maman à la maison, d'accord les enfants ? ».

*Dialogue avec moi-même : « Nous nous retrouvons face un bouleversement dans le cycle de vie de cette famille. Ils se retrouvent confronter à un déséquilibre qu'il va falloir affronter afin de retrouver une certaine stabilité après un tel changement, la perte d'un acteur. Comment une pièce de théâtre peut-elle continuer sans un de ces protagonistes ? Comment combler sa perte, comment gérer la partie du script qui le concernait ? La famille se met adapter le texte provisoirement avec les cousines du papa qui se relaient pour aider la veuve grand-maman. A entendre la maman, cela semble un équilibre précaire puisque cela ne dure que les premiers jours post-mortem. D'ailleurs, au moment de quitter la consultation, elle s'adresse aux enfants afin de trouver des solutions et, selon moi, coconstruire un nouvel équilibre et affronter la nouvelle réalité. Que pourrait proposer le pédiatre à un tel moment ? Ne pourrait-on pas essayer de savoir « comment faire » avec eux. Quand la grand-maman n'est pas invitée, comment faire ? Quelles sont les ressources de la grand-maman et comment lui en donner ? Le téléphone, skype, les vidéoconférences ne pourraient-elles pas*



*faire partie d'un nouvel équilibre afin de continuer à entourer la grand-maman même quand elle n'est pas en Suisse. Ne serait-ce pas une manière de réécrire le script familial afin de redistribuer la dynamique des rôles d'une manière différente afin de stabiliser la perte d'un des acteurs ? »*

## 4. Discussions

Durant ces consultations en cabinet, j'ai intégré et été accepté dans le système thérapeutique par les pédiatres d'une part et le système familial d'autre part. En intégrant ce système et en accueillant ensuite le système familial en consultation, je fais partie du système « famille-médecin » et deviens, selon la deuxième cybernétique, un observateur-acteur de ce système.

Dès lors, je dois tenir compte que, selon l'approche systémique, la dynamique d'un groupe change avec l'adjonction d'une personne.

La récolte de données de ce travail s'est basée sur différents moyens : grille d'observation, génogramme et notes de terrains.

Premièrement, j'ai tenté de systématiser, à l'aide d'une grille d'observation, certains critères afin de pouvoir observer et évaluer la présence d'un cadre systémique de manière uniforme dans les différentes pratiques pédiatriques.

Certains scientifiques et critiques considèrent que l'un des problèmes de l'approche systémique est la multiplicité des variables observées. Selon eux, il est difficile de modéliser des critères de recherche et par conséquent évaluer de manière précise plusieurs variables.

Cependant, l'idée de cette grille d'observation était, de manière générale, de se baser sur des critères larges afin de déterminer si une approche systémique en cabinet était appliquée et de me donner une vue globale de la prise en charge des pédiatres.

Cette grille d'observation m'a permis un certains nombres d'observations.

Les pédiatres connaissent leurs patients, les suivent tout au long de leur développement et ont une certaine représentation de leur famille dans leur lieu de vie. Les enfants entre deux et cinq ans, en règle général, ont déjà été vus à intervalles réguliers durant leurs premières années de vie et les pédiatres ont déjà une bonne idée du contexte ainsi que des ressources à disposition des familles. D'ailleurs, dans les différentes consultations que j'ai pu suivre, certaines fois le contexte, déjà connu du pédiatre, n'était pas abordé en raison d'une plainte bénigne respiratoire ou digestive rapidement prise en charge. C'est pourquoi, on pourrait se demander si, dans le cadre de ce travail, il n'aurait pas été plus judicieux d'observer

seulement la première consultation chez le pédiatre des patients afin de découvrir le contexte en même temps que le pédiatre.

Cependant, connaître le contexte dans son entier de chaque patient est impossible ; le contexte est dynamique et évolue. Par conséquent, les pédiatres ont aussi une connaissance fragmentaire du contexte de leurs patients.

En outre, quand bien même certains pédiatres s'intéressent au contexte plus que d'autres, j'ai pu observer qu'ils utilisent le contexte plutôt comme soutien pour l'enfant et non pas comme une aide pour comprendre les interactions et les relations qu'il y a dans le système familial. En d'autres mots, souvent le contexte, dans lequel l'enfant vit, est connu de la part des médecins, mais ceux-ci ne contextualisent ni la plainte ni la demande pour laquelle l'enfant consulte, ou plutôt, devrais-je dire, pour laquelle la famille consulte.

Le questionnement circulaire, un des outils de l'approche systémique donnant la possibilité de découvrir des processus circulaires dans les systèmes relationnels pour ainsi ouvrir d'autres perspectives, n'est pas ou que très peu utilisées par les pédiatres installés. En effet, dans la grille d'observation systémique, j'ai élaboré une liste non exhaustive de questions de type circulaire afin de me rendre compte si les pédiatres tentaient d'élargir leur points de vue sur les relations réciproques dans le système familial afin de saisir la dynamique familiale comme dit auparavant.

De plus, j'ai pu juger que les pédiatres sont exposés aux différentes représentations des patients et membres de la famille en consultation qui pourraient quelques fois donner un sens à des interactions autour d'un symptôme ou à des relations entre des membres d'une famille. Cependant, même si les pédiatres s'en aperçoivent, par manque de temps ou de non compréhension de leur part, celles-ci ne sont pas approfondies.

Deuxièmement, j'ai pu appliquer lors de ces consultations l'usage d'un outil systémique : le génogramme. C'est une représentation graphique de l'arbre généalogique où l'on décrit, en plus, les interactions familiales. Il permet de mettre en perspective une vision du système familial dans son ensemble. Il livre des informations sur les membres de la famille et sur leurs relations sur au moins trois générations. En réalisant ce génogramme, il est possible d'avoir des informations graphiques de la famille et d'obtenir des représentations rapides du modèle familial. Ce génogramme peut être une source d'hypothèses importante sur la manière dont un symptôme peut être relié au contexte familial.

J'ai tenté de les construire pour chaque consultation suivie afin de comprendre la dynamique familiale. Cet outil est à utiliser lorsqu'on sent qu'il est nécessaire et qu'il peut contribuer à

une meilleure connaissance de la dynamique familiale. En construisant certains génogrammes, ils me permettaient déjà de penser de manière systémique et de formuler des hypothèses sur la manière dont le symptôme ou le problème pouvait être relié au contexte.

L'hypothétisation est un moyen de travail de l'approche systémique qui pourrait aider le pédiatre à participer à l'élaboration de solutions avec la famille. Le Dr. Nahum Frenck disait : « L'évolution continue du système famille-pédiatre nous incite à utiliser des hypothèses de travail au lieu de diagnostics pour mieux représenter l'aspect dynamique du processus d'analyse et d'intervention auprès des familles. ». Les hypothèses émises ne représentent la vérité mais elles seront formulées à partir de l'observation de la communication, ainsi que les interactions des uns avec les autres. Ces hypothèses ont un rôle de guide durant la consultation et sont appelées à être infirmées ou confirmées, et vont générées les questions posées à la famille. Travailler avec des hypothèses est une méthodologie plus éthique de comprendre la dynamique familiale.

Comme expliqué, les hypothèses ne sont pas synonymes de réalité ni de vérité mais servent à avoir une explication qui peut être utile dans la prise en charge du pédiatre. Émettre des hypothèses permet d'élargir les pistes et les perspectives afin de mieux comprendre le contexte de la famille, les interactions et les relations entre les différents membres.

J'ai donc tenté à travers mes « *dialogues avec moi-même* » de trier les questions à poser au patient en vue d'obtenir l'information voulue. En outre, afin de mettre en pratique cela, j'ai utilisé le questionnement circulaire ainsi que le génogramme. Bien entendu, les hypothèses que je formule, sont miennes et naturellement, le pédiatre en a certainement suggéré d'autres. De multiples hypothèses apparaissent selon la compréhension que l'on donne à ce qui nous fait face. Une anamnèse est comme un livre, il y a une seule histoire écrite mais chacun le lit différemment et forge ses propres hypothèses.

*« C'est dans l'interaction entre le pédiatre et la famille que celui-ci se rendra compte que son rôle n'est pas seulement de comprendre pour soigner, mais de participer à l'élaboration d'autres réalités qui vont permettre à la dite famille d'élargir le champ de son devenir »<sup>13</sup>*

---

<sup>13</sup> Frenck, Nahum. "La Famille et Le Pédiatre, Synergie et Complémentarité de L'approche Systémique En Pédiatrie," n.d., 29–34.

#### **4.1 Points fort/faible du travail**

Le point fort de ce travail est d'avoir eu la possibilité de penser autrement la consultation pédiatrique. Cependant on pourrait prolonger ce travail par une étude qualitative plus étendue, assortie d'une analyse quantitative.

### **5. Conclusions**

Les pédiatres ont typiquement, durant les premières années de vie de l'enfant, un contact régulier et continu avec le dit enfant et sa famille. Ainsi leur expérience longitudinale permet de créer une confiance et une relation confidentielle avec la famille et de se retrouver en première ligne face aux déséquilibres familiaux, que nous pouvons décrire comme « prévisibles ». Cependant, malgré la connaissance des ressources et les valorisations des compétences soit de l'enfant soit des parents faites par les pédiatres, ceux-ci se focalisent sur la plainte afin de répondre au pourquoi du symptôme et non du comment. Ils ne cherchent ni à approfondir ni à développer les interactions familiales afin de mieux comprendre dans quel contexte s'inscrit le symptôme, quelles sont les représentations du dit symptôme et comment est-il compris.

C'est pourquoi, il devient important de découvrir le contexte qui peut fournir des informations sur le symptôme qui permettrait de mieux le comprendre pour ensuite mieux répondre à l'attente de la famille qui vient en consultation.

Mon travail s'intéressait à observer les pédiatres installés et déterminer s'ils avaient un cadre systémique dans leur consultation. Afin de faciliter mon étude, j'ai voulu cibler les enfants entre deux et cinq ans avec des problèmes respiratoires ou digestifs. Cependant, durant la récolte de données, j'ai compris que l'application d'une approche systémique ne changeait aucunement quel que soit les critères d'inclusions au niveau de l'âge ou de la pathologie. La recherche observant surtout la pratique des pédiatres, rien n'oblige pour une future étude de devoir cibler un symptôme en particulier. Effectivement, j'ai eu la chance de pouvoir assister à des consultations ne correspondant pas aux critères d'inclusion et de tirer les mêmes conclusions.

Dans mes observations, je trouve qu'il peut y avoir des résonances émotionnelles qui peuvent influencer la relation médecin-malade.

J'ai constaté que malgré la bonne idée que les pédiatres se font du contexte de leurs patients dans leur famille, la plainte n'est souvent pas contextualisée. On ne cherche ni à

comprendre la dynamique du système familial ni à observer l'impact d'un symptôme, qu'il soit respiratoire, digestif ou autre, sur cette dynamique même.

Pourtant, l'approche systémique pourrait fournir au médecin une compétence supplémentaire dans l'exercice de sa profession. En découvrant les règles explicites et implicites d'un système familial ainsi que dans quel contexte apparaît le symptôme, celui-ci pourrait être mieux compris et en conséquence, mieux pris en charge. La compréhension de comportements et des relations entre les différents membres du système peuvent de plus améliorer ou faire évoluer la communication familiale afin de mener au même but.

Différents outils sont à disposition pour aider les pédiatres dans cette démarche pour ainsi créer un cadre systémique. Et j'en suis arrivé à la conclusion que les pédiatres n'en utilisent pas suffisamment, en tout cas pas volontairement. Aucune des pratiques pédiatriques que j'ai pu suivre durant ce travail n'a utilisé le génogramme. Il est vrai que certains pédiatres posent des questions de types circulaires, mais celles-ci sont plutôt rares et ne trouvent pas l'utilité qu'elles devraient avoir. Notamment, dans « la consultation E » de ce travail, le pédiatre demande au sujet de la télévision qui est un moyen de soulager les pleurs de l'enfants : « Qui tient le mieux ? Qui sait mieux gérer quand la fille fait des caprices ? ». La réponse des parents sera que cela dépend de l'état de fatigue de chacun. Et on en restera là. Les différences de perception de la famille et les relations réciproques dans la famille ne seront pas comprises car non explorées.

Autant le génogramme que différentes méthodes de communication comme le questionnement circulaire sont des outils qui mènent à la compréhension de la dynamique familiale et démontrent l'importance de savoir faire un zoom arrière sur une situation afin de mieux saisir le contexte dans lequel elle s'inscrit. Ainsi le pédiatre dans sa pratique peut comprendre différemment les symptômes avec la synergie et la complémentarité de l'approche systémique. Car, « *Il s'agit d'une approche multifactorielle, impliquant qu'aucune pensée, aucun sentiment, aucun comportement individuel ne doit être considéré en lui-même et qu'il faut toujours tenir compte du contexte dans lequel il est observé.* »<sup>14</sup>

## 6. Bibliographie

Bowen, Murray. "Toward the Differentiation of a Self in One's Own Family." *Thérapie Familiale*, Genève 15, no. 2 (1993): 99–149.

---

<sup>14</sup>Gérard, Salem et Nahum, Frenck. *L'approche thérapeutique de la famille*. Masson. Pratique en psychothérapie. 5<sup>e</sup> édition, 2009, p. 58

- Bursten, Ben. "Family Dynamics, the Sick Role, and Medical Hospital Admissions." *Family Process* 4, no. 4.1 (1965): 206–16.
- Chantre, Pierre-Louis. "La Famille, Cette Usine À Messages." *Allez Savoir!*, no. 30 (October 2004): 18–25.
- Ciola, Amilcar, and Francine Rosenbaum. "La Triade Terapeutica: Terapeuta - Mediatore Culturale - Famiglia Migrante," *Girotondi a tre*, 1–21.
- "Facial action coding system." *Wikipédia*, September 17, 2014.  
[http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Facial\\_action\\_coding\\_system&oldid=103782621](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Facial_action_coding_system&oldid=103782621).
- Francescotti, Eric. "Expertises Familiales et Dimension Systémique," November 2007, p.1–2.
- Frenck, Nahum. "La Famille et Le Pédiatre, Synergie et Complémentarité de L'approche Systémique En Pédiatrie," n.d., 29–34.
- Frenck, Nahum, and Nicolas Rechtseiner. "Les triangles et leur effervescence invisible." *www.cmi.ch*, September 2008, p.1–3.
- Francine, de Montigny et Line, Beaudet. *Lorsque la vie éclate*. Seli Arslan, 1997, chapitre 2, p. 30.
- Galasso, Renato. "Techniques de questionnement axées sur les solutions." Bertungs Zentrum Olten, septembre 08
- Gérard, Salem et Nahum, Frenck. *L'approche thérapeutique de la famille*. Masson. Pratique en psychothérapie. 5<sup>e</sup> édition, 2009, p. 37
- Girard, Catherine. "L'approche Systémique." *Le groupe familial*, no. 130 (January 1991): 57–59.
- Hadley, Trevor R., Theodore Jacob, Jake Millions, Joelle Caplan, and Dorothy Spitz. "The Relationship between Family Developmental Crisis and the Appearance of Symptoms in a Family Member." *Family Process* 13 (1974): 207–14.
- "<http://www.psychologue.levillage.org/sme1020/10.html>," n.d.  
<http://www.psychologue.levillage.org/sme1020/10.html>.
- Kristeva, Julia. "Le Geste, Pratique Ou Communication?" *Langages* 3, no. 10 (1968): 48–64.  
doi:10.3406/lgge.1968.2548.
- "Les 5 axiomes de la communication selon Watzlawick." *OverBlog*. Accessed September 30, 2014. <http://sftg-sciences-humaines.over-blog.com/article-23535197.html>.
- L. Wood, Beatrice. "Beyond the 'Psychosomatic Family': A Biobehavioral Family Model of Pediatric Illness." *Family Process* 32, no. 3 (September 1993): 261–78.
- "Macro, Micro, & Subtle Facial Expressions Explained - Humintell." Accessed September 30, 2014.  
<http://www.humintell.com/macroexpressions-microexpressions-and-subtle-expressions/>.
- Morin, Edgar. *Introduction À La Pensée Complexe*. Le Seuil. Points. Paris: E.S.F Paris, 2005

- Rastier, François. "Comportement et Signification." *Langages* 3, no. 10 (1968): 76–86.  
doi:10.3406/lgge.1968.2550.
- Salem, Gérard. "Hypnose et thérapie familiale." *Santé Mentale*, no. 103, Paris (décembre 2005).
- . "La Famille Dans Tous Ses États: Une Perspective Psychologique et Éthique."  
*L'éducateur*, no. 9 (1993): 8–13.
- . "La surprise thérapeutique." *Hypnose et Thérapies brèves*, October 14, 2009, p.21–31.
- Seywert, Ferdinand. "L'introduction Du Modèle Systémique, Ses Principes." In *L'approche Systémique En Santé Mentale*, p.58, n.d.
- Uribe, Myriam Mejia. "Le cut off - Cette rupture qui nous attache." *www.cmi.ch*, September 2008, p.1–4.
- Watzlawick, P., J. HelmickBeavin, and D. Jackson. *Une Logique de Communication*. Edition du Seuil.,