

**UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN**

Institute de Sciences Familiales et Sexologiques

**SANTE ET FAMILLE**

par Dagoberto DUARTE

Promoteur E. BARUFFOL.

Mémoire rédigé en vue à  
l'obtention de la Licence En  
Sciences Familiales et  
Sexologiques.

Louvain La Neuve - juin - 1989.

à Charo et Daguito  
par leur patience

à mes parents,  
qui m'ont appris les premiers  
ce qu'est une famille

Mes remerciements vont spécialement à M. E. Baruffol pour son travail d'accompagnement et orientation dans la réalisation de ce travail, ainsi qu'à M. J. Bonmariage, dont les suggestions m'ont été très utiles.

Aussi je voudrais remercier Pierre et Alan, du service Reliance, pour son travail destiné à améliorer la clarté du texte.

## TABLE DE MATIERES

- INTRODUCTION	1
- PREMIERE PARTIE	
Introduction	7
1.- Réseau social et soutien social	7
2.- Cohésion Familiale	14
3.- Adaptabilité Familiale	20
4.- Le Conflit	24
5.- La Satisfaction Maritale	30
6.- Les événements de vie	36
- DEUXIEME PARTIE	
Introduction	41
1.- La Notion de Famille	41
1.1.- La Famille du point de vue morphologique	41
1.2.- La Famille du point de vue fonctionnel	43
1.2.1.- La Cohésion familiale	43
1.2.2.- L'adaptabilité familiale	44
1.2.3.- Le conflit familiale	46
1.2.4.- Réseau social et soutien social	47
1.2.5.- La Satisfaction maritale	48
1.2.6.- Les événements de vie	49
1.3.- La notion de cycle de vie familiale	50
2.- Les indices de santé	52

3.- Les fonctions familiales	56
3.1.- Premier approche	56
3.2.- Deuxieme approche	57
3.3.- Définition de la santé et la maladie	58
3.4.- Le savoir familiale	59
4.- Le stress familial	61
4.1.- La Notion de Stress	61
4.2.- Les événements	63
4.3.- Modifications induites par l'événement	66
4.3.1.- Modifications à niveau individuel	66
4.3.2.- Modifications à niveau familial	67
4.3.3.- Modifications et affrontement	68
4.4.- Le procesus d'affrontement	68
4.5.- Les ressources familiales	69
4.5.1.- Ressources individuelles	69
4.5.2.- Ressources familiales	70
- CONCLUSIONS	74
- BIBLIOGRAPHIE	78

PREMIERE PARTIE

## INTRODUCTION

Ce travail est le résultat d'une inquiétude qui est née dans le contexte de ma pratique médicale en Soins Primaires de Santé à Santiago du Chili.

Nous avons concrètement expérimenté l'insuffisance des éléments dont nous disposions à cette époque pour comprendre les situations qui se présentaient à nous, lesquelles fréquemment étaient plus complexes que ce que jusqu'alors on nous avait appris. La constatation que des facteurs tant psychologiques que sociaux intervenaient dans le processus santé-maladie ne suffisait pas pour que de tels facteurs pussent être pris en compte, faute d'éléments et d'outils concrets pour permettre leur compréhension.

La recherche de réponses, dans la médecine et au delà d'elle, ne donnait pas beaucoup d'éléments. Il est vrai que le modèle épidémiologique, qui considère la maladie comme le résultat de trois facteurs, à savoir, l'agent, l'hôte et le milieu, est largement reconnu. Cependant, en ce qui concerne le milieu, il a été principalement défini à partir de ses composantes physiques. Par ailleurs, quand les facteurs sociaux sont pris en compte, la description est fondamentalement macrosociale et économique: le niveau des revenus, l'éducation formelle, la condition rurale ou urbaine, etc., sont les indices fréquemment utilisés. Ces indices, qui ont montré leur utilité dans l'étude de grandes populations, s'avèrent inadéquats quand on veut agir sur des situations particulières.

Par ailleurs, l'orientation signalée ci-dessus est fortement centrée sur les déficits ou les manques présentés par un groupe social. Mais on peut se demander si ce groupe n'a pas des ressources qui peuvent être mobilisées face à des situations qui le requièrent.

Cet intérêt pour l'existence d'éventuelles ressources provient en partie du fait qu'il n'est pas facile, dans la pratique médicale habituelle, d'incorporer les variables macro-sociales, lesquelles, du reste, échappent à la compétence du médecin, en ce qui est la relation avec le malade. De plus, l'hétérogénéité des situations trouvées à l'intérieur de groupes socialement homogènes selon les indices mentionnés ci-dessus, suggère que d'autres éléments

sont en jeu dans l'explication de la réalité à laquelle nous sommes confrontés.

En cherchant une réponse plus adéquate à ces questions soulevées par notre travail en Soins primaires de Santé à Santiago, nous avons rencontré la Médecine Familiale.

La Médecine Familiale est un des champs qui retient l'attention aujourd'hui et autour duquel existe un large débat. Cependant sa pratique est ancienne et elle porte aussi le nom de Médecine Générale, quoique pour quelques-uns, il ne s'agisse pas de la même chose. Fondamentalement, elle consiste dans l'attention intégrale au malade, en accentuant la considération de son contexte, spécialement la famille, la réalisation non seulement d'activités curatives mais aussi d'autres activités à caractère préventif, et une préoccupation pour la relation médecin-malade.

L'intérêt pour ce type de pratique médicale surgit à partir de différents faits. Le premier provient des modifications produites à l'intérieur de la Médecine suite au progrès scientifique et technologique. Cela s'est traduit dans la modification de bon nombre de pratiques dans la prestation de soins au sujet malade: on observe une diminution du contact médecin malade et par ailleurs, le diagnostic, ainsi que le maniement de l'évolution de la maladie, reposent de plus en plus sur des paramètres dits "objectifs" ou quantifiables, avec une diminution de l'importance octroyée aux paramètres dits "subjectifs", tels que le vécu ou la signification du contexte dans la santé individuelle. En donnant moins d'attention à ce dernier type de paramètres, le médecin cherche à obtenir une certitude positive plus grande, et à augmenter l'efficacité de ses actes. Bien que cet objectif soit atteint et qu'aujourd'hui la médecine jouit un très haut niveau d'efficacité, le même processus a fait surgir toute une série de critiques, soulignant le fait que la relation médecin-malade devient de plus en plus impersonnelle et distante.

Cela mène à se demander quel doit être réellement la cible d'attention dans la prestation de soins au malade. Le médecin doit-il prendre en considération le large ensemble de composantes biologiques, psychologiques et sociales associées à la maladie? Ou doit-il se concentrer sur un ensemble moins large et réserver ses efforts aux seuls éléments biologiques du sujet malade? Les deux positions reçoivent aujourd'hui des réponses positives, en s'appuyant sur divers types d'arguments. Pour ceux qui défendent la vision intégrale du

malade, il est impossible de séparer les composantes bio-psycho-sociales de la santé et de la maladie. En plus, ils soutiennent qu'une guérison ne sera jamais atteinte à moins que tous les facteurs soient corrigés. Par ailleurs, ceux qui défendent la position biologique stricte estiment qu'il est impossible de faire attention en même temps à un ensemble si large de facteurs, et que le médecin, pour assurer la réussite dans son travail, doit se concentrer, se spécialiser dans le maniement de la réalité biologique. Cette dernière position se trouve appuyée fondamentalement par l'avance technologique à laquelle nous avons fait allusion, ainsi que par la valeur accordée à l'efficacité dans la société occidentale d'aujourd'hui.

Les deux positions peuvent trouver un appui dans la pratique médicale quotidienne, selon le niveau où on se place à l'intérieur du système de santé. Si un médecin travaille au niveau des soins primaires, il est probable qu'il devra s'occuper de situations où les facteurs psycho-sociaux sont aussi importants que les facteurs biologiques. Par contre, pour le médecin qui travaille dans un service très spécialisé d'un hôpital moderne, il est probable que ses préoccupations seront en rapport avec des situations où les éléments biologiques de la maladie sont plus importants.

Sans doute, une réponse à la question sur l'objectif du travail médical demanderait de plus ample développement de la notion de santé et de maladie, et qui dépasserait le cadre de ce travail. Cependant, pour ne pas éluder la question, nous répondrons que pour nous, la santé et la maladie doivent être considérées dans le contexte de leurs composantes biologiques, psychologiques et sociales.

C'est dans cette perspective que la prise en compte de la Médecine Familiale nous paraît intéressante. Mais adopter cette optique n'est pas sans problèmes, le premier étant de savoir la signification de cette orientation. En termes généraux, on dit qu'elle consiste à favoriser une action où le médecin prend en charge non seulement le patient mais aussi sa famille. Implicitement on signale que la famille jouerait un rôle par rapport à la santé de l'individu, mais ce rôle n'est pas clairement esquissé, ou bien l'on fait référence à des fonctions générales de la famille dans le domaine de la santé.

Cependant, il nous paraît légitime de nous demander d'abord, si la famille joue vraiment un rôle par rapport à la santé de l'individu et, si la

réponse est affirmative, quel est exactement ce rôle. Dans une première conception de Médecine Familiale on thématise la famille en termes de pathogénèse, c'est-à-dire, la famille serait un agent inducteur de modifications dans la santé de l'individu. Cette idée a surgit surtout à partir des études sur le rôle de la famille par rapport à la schizophrénie.

Une deuxième idée est que la famille jouerait un rôle dans la transmission d'habitudes et de croyances par rapport à la santé. Une troisième proposition conçoit la famille comme une unité chargée de la prestation de soins à l'égard de ses membres, ce qui pourrait avoir une importance particulière dans les moments de maladie en influençant le processus de guérison.

Un autre problème posé par l'optique de Médecine Familiale, provient du concept de Santé Familiale. Que veut dire exactement ce concept? Etant donné que la notion de santé est étroitement liée à la conception de normalité, le fait de parler de santé familiale peut nous mener à penser à l'existence de familles "saines" et de familles "malades". Est-il correct d'utiliser ces termes? Ne risquons-nous pas d'extrapoler à la famille, unité sociale, des concepts qui sont en rapport avec des situations individuelles?

Par ailleurs, la classification de la famille comme "normale" ou "pathologique" justifierait une action de type thérapeutique visant à corriger le ou les "troubles diagnostiqués". Une telle action pourrait bien constituer un point essentiel dans le traitement de diverses situations au niveau individuel. Cela signifie donc que le médecin doit "guérir" non seulement "l'individu malade", mais aussi "la famille malade". Bien que la thérapie familiale existe et qu'elle se trouve très répandue et justifiée par des arguments solides, il nous paraît que ce qui vient d'être dit pourrait constituer une généralisation abusive.

En effet, il n'est pas démontré jusqu'à maintenant que la famille intervient, directement ou indirectement, en termes de pathogénèse, dans toutes les modifications de la santé individuelle. Il n'est pas démontré que le cas de la schizophrénie, déjà mentionné, (et en soi sujet à caution) est de portée universelle, que l'on puisse l'appliquer à toutes les maladies. Ceci nous mène à poser un troisième problème par rapport à la Médecine Familiale, qui se réfère à la portée de l'influence familiale. S'il est clair que la famille joue un

rôle par rapport à la santé de ses membres, il faut préciser si elle est impliquée dans toutes les altérations de santé ou sa influence est limitée à quelques-unes seulement.

Nous pouvons résumer ce qui nous avons dit jusqu'ici dans les questions suivantes:

- La famille, joue-t-elle un rôle dans le maintien de la santé de ses membres, ainsi que sur les altérations de celle-ci?

- Si la réponse est affirmative, comment et par quels moyens s'exerce cette influence familiale sur l'état de santé de ses membres?

- Troisièmement, si nous considérons la maladie comme un indice de santé, est-il possible d'affirmer que la famille est impliquée dans tout type de maladie? Ou son influence serait-elle plutôt limitée à certains types de maladie?

- Enfin, est-il possible d'affirmer l'existence de "familles saines" et de "familles malades"? Ne serait-il pas plus correct de parler de "familles à risque", par rapport à la probabilité de leurs membres de devenir malades?

L'objectif de ce travail est de tenter de répondre à ces questions. Pour cela, nous passerons en revue la littérature scientifique récente. Dans la recherche bibliographique nous nous limiterons à des revues médicales, psychologiques et sociologiques de renommée internationale. Nous ne prétendons pas faire un examen exhaustif de la littérature, impossible à réaliser dans les limites de ce travail; nous espérons qu'une lecture même partielle peut conduire à des éléments de réponse plus ou moins satisfaisantes à nos questions issues d'une expérience concrète de la pratique médicale, lesquelles devront à leur tour être prouvées plus tard.

\*\*\*

Pour tenter de définir le rôle de la famille par rapport à la santé de ses membres, nous allons voir, dans la première partie, quelles caractéristiques de la famille sont mises en rapport avec la santé ou la maladie individuelle. Pour cela nous prendrons les variables ou caractéristiques familiales les plus fréquemment étudiées, nous ferons une brève description de leur conceptualisation, et nous résumerons quelques travaux dans lesquels elles

ont été analysées.

Dans la deuxième partie, nous discuterons ces données, selon trois aspects qui nous paraissent importants. Le premier est la notion de famille, qui découle de la littérature. Ensuite, nous analyserons les indices de santé les plus fréquemment utilisés, pour voir dans quels domaines de santé la famille jouerait un rôle. Troisièmement, nous tenterons de voir de quelle façon, ou par quels concepts la famille peut être liée à la santé individuelle.

Nous avons déjà signalé que notre intérêt pour ce sujet est né à partir d'une expérience concrète de pratique de la Médecine à Santiago du Chili. Un de nos buts sera donc de voir s'il est possible d'associer la famille dans la prestation de soins primaires de santé. Ce qui nous intéresse est de voir dans quelles situations concrètes se justifie le fait de faire attention à la famille, et quelles seraient les variables ou facteurs auxquels il faudrait prêter attention.

De plus, en tenant compte de la réalité de la prestation de Soins Primaires de Santé, nous cherchons à voir de quelle manière on peut établir un dialogue avec la famille dans le développement d'activités de promotion de la Santé, ou si ceci devrait se faire plutôt au niveau individuel.

Les deux derniers objectifs qui viennent d'être signalés sont d'une grande importance dans l'analyse de modèles de prestation de soins de santé. Nous avons déjà mentionné les difficultés par lesquelles la Médecine passe actuellement. Dans des pays comme le nôtre, cette situation est particulièrement préoccupante, à cause de la dépendance scientifique et technologique dans laquelle nous nous trouvons. Dans ce sens, le développement et l'enrichissement d'une pratique centrée sur les soins primaires peut devenir un modèle singulièrement intéressant. Partant, si nous voyons que la famille joue vraiment un rôle dans la santé de ses membres, cela signifiera un pas en avant dans la compréhension des facteurs psycho-sociaux que nous avons mentionnés au début de cette introduction.

Nous espérons conclure ce travail en formulant quelques hypothèses qui serviront de base à la réalisation d'une étude empirique dans le domaine de la Médecine Familiale. Pour cela il faudra, bien sûr, tenir compte des particularités de notre réalité.

## INTRODUCTION

Dans cette première partie nous passerons en revue les concepts les plus importants liés à la fois à la famille et à la santé individuelle. Le choix de ces concepts a été fait en considérant qu'ils sont fréquemment mentionnés dans la littérature et pourtant il y a un nombre suffisant de travaux pour les discuter.

A partir des objectifs de ce travail, nous discuterons les implications théoriques de chaque concept, ainsi que les différentes opérationnalisations utilisées. Ensuite, nous présenterons quelques travaux qui tentent de mettre en rapport chaque concept avec un ou plusieurs indices de santé.

### 1.- Réseau social et soutien social.

Les premiers concepts à analyser sont ceux qui apparaissent dans la littérature sous le nom de "soutien social" et "réseau social". Quoique de nombreux travaux furent consacrés à l'étude de cette variable, on peut constater qu'il n'y a pas de consensus quant à sa définition ni quant à ses dimensions essentielles.

Une première distinction est à faire entre "réseau social" et "soutien social". De nombreux auteurs parlent de l'un ou de l'autre indistinctement, mais ils existent, par ailleurs, des raisons suffisantes de les différencier.

Tout d'abord, le réseau social se réfère plutôt à un concept structurel, défini comme les liens qui unissent d'une part les individus entre eux, et d'autre part les individus et les groupes (Briançon et al., 1985; Dunst Trivette et Cross, 1986). Dans cette conceptualisation, le réseau social est opérationnalisé par sa taille, c'est-à-dire par le nombre de contacts qu'une personne ou une famille possède; par sa densité, se référant à l'extension par laquelle les membres d'un réseau connaissent ou interagissent avec quelqu'un, indépendamment de la personne cible; une troisième caractéristique du réseau social est la densité limite, c'est-à-dire le degré de connexion qui existe entre deux réseaux, ou entre deux secteurs à l'intérieur d'un même réseau; une

quatrième dimension est représentée par les caractéristiques relationnelles, par exemple le contenu de la relation, qui se réfère à la direction de l'aide donnée et reçue, et à l'intensité de la relation (Cochrane et Brassard, cit. par Kazak, 1986). Une autre dimension est représentée par la fréquence de contacts à l'intérieur du réseau social. Enfin, d'autres auteurs signalent comme une caractéristique plus subjective le degré de satisfaction par rapport au réseau social (Dunst Trivette et Cross, 1986; House Robbins et Metzner, 1982).

Le soutien social, d'autre part, apparaît plutôt comme une fonction du réseau. Par exemple, Briançon et al., (1985) signalent que "le support social semble devoir être analysé comme une fonction du réseau, plutôt que comme une structure propre et spécifique".

La littérature mentionne l'existence de différents types de soutien. Les plus signalés dans les recherches sont le soutien affectif ou émotionnel, puis le soutien tangible ou matériel, un troisième qui serait le soutien informationnel ou culturel et finalement le soutien d'affirmation, qui est "l'expression par autrui de l'agrément et de la reconnaissance de la convenance ou de l'exactitude de ce que l'on est et de ce que l'on fait" (Briançon et al., 1985). Dans ce cas aussi, quelques chercheurs incluent une évaluation de la satisfaction à l'égard du soutien, soit globale soit spécifique d'un type de soutien particulier.

Une autre manière de conceptualiser les dimensions du réseau, et du soutien qu'il donne, est de différencier, à l'intérieur du réseau, les instances par leur plus ou moins grande proximité ou intimité à l'égard du sujet ou la famille. Ainsi, par exemple, la famille et le groupe d'amis les plus proches seraient plus importants que les organisations sociales telles que les associations de quartier, par exemple (Alvarez, 1982; Berkman et Syme, 1979; Parker et Barneff, 1988).

Quelques auteurs ajoutent aussi la distance géographique avec les sources de soutien comme critère pour en évaluer l'accessibilité et la qualité. Cette dernière caractéristique, toutefois, n'a pas été très étudiée (Alvarez, 1982; Whittle, Slade et Ronalds, 1987).

Finalement, signalons que quelques auteurs opérationnalisent le soutien social à partir du degré de déficience ou altération qu'il présente. En

général, on distingue ici trois catégories: l'isolement, la marginalité social et l'inconsistance de statut (Rabkin et Struening, 1976). A propos de l'isolement, une distinction devrait être faite par rapport à la solitude, qui appartient au domaine du subjectif, tandis que l'isolement représente un fait objectif (Briançon et al., 1985). Cette différence est d'autant plus importante que de nombreuses études se basent en effet sur la perception que le sujet lui même a de son réseau et du soutien social dont il bénéficie, perception qui peut être affectée par l'état momentané du sujet, par exemple dans le cas d'une dépression (Tousignant, 1988).

#### Soutien social et réseau et leur rapport avec quelques indices de santé.

Berkman (1986), traite du rapport du soutien social et du réseau social avec la mortalité, en signalant quelques données qui montrent qu'un plus grand isolement s'accompagne d'une taux de morbidité et de mortalité plus élevé. En effet, Berkman et Syme (1979), constatent que les personnes faisant état d'une faible quantité de liens sociaux et communautaires présentaient, aussi, une plus grande probabilité de mourir dans une période de *follow-up* de neuf ans. Le risque relatif, ajusté à l'âge, pour les plus isolés, était 2.3 pour les hommes et 2.8 pour les femmes. Leurs résultats montrent que l'association des liens sociaux avec la mortalité est indépendante du statut médical physique (avant l'étude), de l'année de la mort, du niveau socio économique, et de pratiques médicales telles que le tabagisme, l'obésité (en tant que indicateur des habitudes alimentaires), l'activité physique et l'utilisation de services médicaux préventifs.

Dans une étude de répliation des résultats décrits ci-dessus, House Robbins et Metzner (1982), concluent que les hommes qui ont plus de liens sociaux (au début de l'étude), ont aussi une probabilité significativement moindre de mourir pendant la période de suivi. D'après cette étude la tendance est similaire pour les femmes, mais non significative après que les facteurs de risque aient été contrôlés. Ils n'ont trouvé aucune relation entre mortalité et satisfaction à l'égard des rapports sociaux ou des activités. Un aspect intéressant qui se dégage des deux travaux cités est le fait que les liens sociaux semblent avoir un effet protecteur plus net parmi les hommes que parmi les femmes.

Dans une étude plus récente, Orth-Gomér et Johnson (1987), arrivent à des conclusions similaires. Pour une population de 17.433 sujets

représentatifs de la population suédoise, le risque relatif de mortalité était 3.71 fois plus élevé pour ceux placés dans le tiers inférieur quant à l'indice de réseau qu'ils ont construit. Dans cet indice, ils incluent la satisfaction à l'égard du réseau. Leurs données sont similaires à ceux signalés dans les deux paragraphes ci-dessus: elles montrent un effet plus net dans les hommes que dans les femmes. En tentant de déterminer s'il y a un seuil critique, de l'effet protecteur du réseau, ils arrivent à la conclusion que la population placée entre les 20 à 30% inférieurs de leur indice, est exposée à un risque de mortalité significativement plus élevé.

Dans le champ de la santé physique, par ailleurs, Alvarez, (1982), en étudiant les familles avec enfant sous-alimenté, conclut qu'une des caractéristiques de ces familles est leur isolement, mesuré par le faible nombre de contacts avec des amis et parents, et par une faible participation aux organismes communautaires. Elle considère que cet isolement serait une caractéristique des familles transitionnelles, c'est-à-dire, celles d'origine rurale qui ont venues s'installer dans la ville, et qui, en deuxième génération, montrent un certain isolement parce qu'elles n'ont toujours pas assimilé les nouvelles normes de la culture urbaine et en même temps sont loin de leur culture d'origine.

Blumenthal et al., (1987), ont étudié l'interaction entre le soutien social et la personnalité de type A ou de type B avec la maladie coronarienne. Ils concluent que le soutien social a un effet protecteur sur les effets négatifs à long terme de la personnalité de type A, parce que dans ces sujets, des niveaux plus élevés de soutien social sont associés à une altération mineure des artères coronariennes. Ils ont trouvé aussi que deux types de soutien social s'associaient à ces effets: le soutien du groupe de pairs et le soutien familial, tandis qu'un troisième type, celui donné par *significant others*, n'a pas un effet protecteur. Ils concluent que leurs résultats soutiennent le modèle "interactionnel" (soutien social x personnalité).

Seeman et Syme (1987), ont réalisé un travail avec 159 sujets pour étudier la relation entre les altérations trouvées dans la coronariographie et certaines caractéristiques du réseau social. Dans leur résultats, ils ne trouvent aucune relation entre l'importance de l'athérosclérose et la taille du réseau, mais par contre ils trouvent une relation inverse significative avec la disponibilité de soutien instrumental et la même tendance, mais non

significative, avec le soutien social. Ils concluent en disant que leurs résultats soutiennent l'hypothèse selon laquelle c'est la fonction d'appui du réseau social, plutôt que ses caractéristiques structurelles, qui peut influencer le développement de la maladie.

Strogatz et James (1986) étudient la relation entre l'appui social et l'hypertension artérielle dans une communauté rurale. Ils trouvent qu'un faible niveau de soutien instrumental s'associe avec une plus grande probabilité d'hypertension artérielle, mais seulement parmi les noirs de revenu économique faible. Le soutien émotionnel, par ailleurs, ne montre pas de corrélation avec l'hypertension, mais, comme il est signalé par les auteurs, cela peut être dû à un problème de mesure, parce que ils se sont basés sur la réponse à une seule question pour classer la population comme ayant un soutien émotionnel faible ou adéquat.

Dans une étude réalisée auprès d'une population de contrôleurs de trafic aérien, De Frank Jenkins et Rose (1987) trouvent une relation entre soutien social et hypertension artérielle, relation non directe, mais médiatisée par l'ingestion d'alcool. Ils précisent que, dans d'autres populations, le manque de soutien social pourrait mener à une plus grande consommation d'alcool.

En fin, toujours dans le champ de l'hypertension artérielle, James (1987) cite des études épidémiologiques qui ont montré que l'hypertension artérielle est plus fréquente dans des milieux où les relations humaines sont restreintes.

Dans un autre modèle, Klaus et al. (1986) ont étudié un large groupe de femmes primipares au Guatemala. Ils concluent que le soutien social donné à une femme pendant l'accouchement, (par exemple, soutien qui consistait à caresser le dos, prendre la main, donner des explications et des encouragements), diminuait la fréquence de césariennes, l'usage d'oxitocine pour accélérer l'accouchement, ainsi que la durée du travail d'accouchement et le pourcentage d'enfants à complications péri-natales. Selon les auteurs, l'effet du soutien pourrait être médiatisé par l'état civil, le soutien social étant très important pour les femmes seules.

Whittle, Slade et Ronalds (1987) étudient une groupe de femmes dysménorrhéiques. Ils constatent que la taille du réseau social, mesurée par le

nombre de sujets mentionnés par les femmes, était la même que celle d'un groupe de contrôle. Par ailleurs, il y avait des différences en ce que les femmes avec dysménorrhée avaient, en moyenne, un soutien social qualifié comme adéquat moins important, par rapport au groupe de contrôle. Cette différence s'explique surtout par une plus grande présence de soutien social négatif, c'est-à-dire un soutien qui éveille chez la femme des sentiments négatifs. Dans la même étude, les femmes avec dysménorrhée ont fait état d'un nombre plus faible de contacts proches du point de vue géographique.

D'autre part, un des champs le plus étudiés a été celui de la relation entre soutien social et santé mentale. Un des exemples classiques est la description de la famille isolée dans les cas de l'enfant battu (Jaffe et al., 1986) et de l'alcoolisme (MacDonald et Blume, 1986).

Kazak (1986) cite une étude de Waisbren qui aurait trouvé que les parents d'enfants handicapés tendent à être plus engagés dans le système de santé que les parents d'enfants non handicapés, mais que cela contribuera plus tard à des sentiments d'incertitude et de désespoir. Dans le même article, elle cite un autre travail d'après lequel la naissance d'un enfant handicapé produit soit des ruptures, soit un attachement extrême à l'un des deux parents, soit une vie sociale limitée, soit une incapacité de prendre des vacances, soit de négligence d'un autre enfant et des contacts réduits avec des amis.

Dunst, Trivette et Cross (1986) trouvent qu'un soutien perçu comme satisfaisant a un effet positif sur le bien-être physique et émotionnel des parents d'enfants handicapés, lesquels se montrent moins protecteurs à l'égard de leur enfant et en même temps utilisent moins les services de la communauté. De plus, dans ces cas, on constate un développement plus rapide des capacités de l'enfant handicapé. Par ailleurs, en considérant le soutien en termes quantitatifs, on a pu voir que les familles qui ont un soutien plus grand, exercent moins de limitations sur leur enfant, elles montrent un répertoire de conduites père-enfant plus large, et une perception de l'acceptation social de leur enfant comme étant plus positive.

Dans le même contexte, Friedrich (1979), en étudiant le comportement des mères d'enfants handicapés, trouve que le soutien social a un effet protecteur: on observe un niveau de stress moins élevé si le soutien social est plus large.

Par ailleurs, dans une revue sur des facteurs psychosociaux liés au suicide, Cross et Hirschfeld (1986) concluent que le soutien social, défini généralement comme l'existence d'un confident, joue un rôle protecteur par rapport au suicide. Il est intéressant de constater que, d'accord avec les données présentées par les auteurs, la famille d'origine jouerait un rôle similaire, étant donné que la plupart des sujets proviennent de familles instables ou chaotiques.

Briançon et al. (1985), dans leur revue de la littérature, concluent qu'on a démontré l'effet protecteur du soutien sur la santé: "malgré les divergences, l'existence d'une liaison entre support social et état de santé, surtout mentale, est donc assez bien documentée". Mais ils n'excluent pas pour autant l'existence d'un lien entre support social et santé physique. Ils affirment que "la qualité du réseau est nettement liée à l'état de santé physique".

#### Remarques.

- En général, on considère le soutien social comme positif, malgré le fait que la participation dans certaines instances sociales peut avoir des effets négatifs sur le sujet, comme le montre l'étude de De Frank, Jenkins et Rose (1987).

- La mesure du réseau social et du soutien social est faite en prenant différents points de référence. Parfois on mesure à partir de l'individu, tandis qu'en d'autres situations, on mesure à partir de la famille. Cela signifie que dans le premier cas, la famille, et plus particulièrement le conjoint, est considéré comme une partie du réseau, et même la plus importante, tandis que dans le deuxième cas, la famille n'est pas considérée comme partie du réseau. Ce fait n'a pas beaucoup d'importance si le but est de comparer une famille avec une autre, mais il en a au moment de conceptualiser le réseau social et le soutien social.

- Il y a une sorte de présupposé implicite dans les opérationnalisations du réseau et du soutien sociaux: un nombre de contacts plus élevé ou la participation à différentes institutions, c'est-à-dire à un réseau social plus large, pourrait signifier une plus grande qualité du soutien social. Mais, cette relation entre la taille du réseau et la qualité du soutien n'a pas été démontrée.

- Il semble clair que certaines dimensions, soit du réseau social, soit du soutien social, sont en rapport avec certains indices de santé, mais non avec d'autres. Dans ce sens, le choix d'une dimension quelconque devrait être fait en rapport à l'indice de santé en étude (Seeman et Syme, 1987).

- Par rapport à la stabilité du réseau social, elle est considérée comme basse pour les sujets de moins de 35 ans (Orth-Gomér et Johnson, 1987); dans la population plus âgée, elle serait plus élevée, pour diminuer dans la période de vieillissement. D'autre part, le soutien social serait une variable plus instable dans le temps que le réseau social.

## 2.- Cohésion familiale.

Moos a établi, en 1974, une échelle pour étudier l'ambiance familiale, la *Family Environment Scale* (FES). Dans cette échelle, l'auteur décrit 10 sous échelles ou dimensions qui rendraient compte des caractéristiques de l'ambiance familiale. Parmi les dimensions qu'il inclut se trouve la cohésion familiale, définie comme "degré auquel les membres de la famille se sentent impliqués dans celle-ci, s'aident et se soutiennent" (Moos et Moos, 1976; Mortreu, 1986). De nombreuses études ayant utilisé cette échelle et quelques autres dimensions y incluses seront décrites plus loin.

Pour sa part, Minuchin (1978) propose un modèle d'étude de ce qu'il appelle la famille psychosomatique. Par ce terme, il désigne un type particulier de famille, caractérisé par certains modèles d'interaction propre. Il regroupe de tels modèles autour de quatre caractéristiques: *enmeshement*, rigidité, manque de résolution de conflits et surprotection. Ce type d'organisation serait en rapport étroit avec le développement et le maintien de symptômes psychosomatiques chez les enfants et, à son tour, le symptôme jouerait un rôle dans le maintien de l'homéostasie familiale.

Une des caractéristiques qu'il décrit à propos de ces familles est le "*enmeshement*", qui se réfère à une forme extrême de proximité ou d'intensité dans l'interaction familiale; les conflits en viennent à compromettre rapidement tous les membres de la famille et les limites des sous-systèmes familiaux sont faiblement et difficilement marquées. Pour lui, *enmeshement* élevé serait l'extrême d'un continuum. A l'autre extrême se placerait la famille "*disengaged*", dans laquelle les frontières sont ouvertement rigides; la

communication est difficile et les fonctions protectrices de la famille sont déficientes. La différence entre les deux extrêmes se trouve aussi dans la manière de réagir aux événements extérieurs: la famille "*disengaged*" ne va pas mobiliser ses ressources face au stress d'un de ses membres, tandis que dans la famille "*enmeshed*", même un stress très faible peut provoquer de fortes réactions. Signalons que chez Minuchin, tant la conceptualisation que l'opérationnalisation des variables est faite dans un contexte essentiellement clinique.

Olson, Sprenkle et Russell, (1979) proposent, pour évaluer la famille, un modèle basé sur la mesure de deux dimensions, dont l'une est la cohésion. Ils se basent sur une révision de plusieurs termes similaires utilisés par différents auteurs, parmi lesquels ils citent le concept "*enmeshement*" de Minuchin. Pour ces auteurs, la cohésion est le lien émotionnel que les membres ont chacun par rapport à l'autre et le degré d'autonomie individuelle qu'une personne expérimente dans le système familial. A l'extrême de cette dimension, ils placent le "*enmeshement*", où se produit une suridentification avec la famille, avec autonomie individuelle limitée et liaison extrême. L'extrême opposé, selon eux, est constitué par le "*disengagement*". Pour ces auteurs, le niveau adéquat est défini par une position équilibrée entre les deux extrêmes. Cette dernière affirmation serait relative selon le contexte culturel. Il serait également plus fonctionnel de se trouver dans une position extrême au moment d'une crise familiale.

Les variables qu'ils incluent dans cette dimension sont: liaison émotionnelle, indépendance, limites, caractéristiques des coalitions, manière de partager l'espace et le temps, le fait de partager les amitiés, prise de décisions et loisirs.

Cette formulation a évolué dans le temps et récemment Olson (1986) propose une troisième version du modèle. Cette fois, il inclut une échelle plus courte, la *Clinical Rating Scale* (CRS), y ajoute la dimension communication, en tant que facilitatrice à l'égard des deux autres, et il signale l'utilité d'une évaluation clinique par un observateur externe à la famille. Cette évaluation se fait dans le même cadre de référence et, en ce qui concerne la dimension cohésion, il propose six items à évaluer: les liens émotionnels, l'engagement familial, la relation de couple, les coalitions père-enfant, les limites internes et les limites externes. En général, une plus grande séparation dans chacune de ces aires se traduit par une moindre cohésion.

Finalement, nous trouvons une troisième proposition chez Spanier (Spanier, 1976; Spanier et Thompson, 1982), pour qui la cohésion est un indice qui fait partie de l'ajustement marital.

### La cohésion et son rapport avec quelques indices de santé.

Minuchin (1978) décrit les familles normales en signalant que la clarté des limites des sous-systèmes est forte, avec un plus haut degré de différenciation par rapport aux familles psychosomatiques. Ces dernières sont celles où il y a soit un enfant diabétique, soit un enfant asthmatique, qui, par ailleurs, évoluait mal au point de vue médical, en l'absence de facteurs organiques pour expliquer cette évolution. Dans ces familles, le "enmeshement" était plus élevé. Orni, Tortolani et Carcarini (1986) trouvent des résultats similaires en comparant des familles normales à des familles avec enfants diabétiques.

Dans un article récent, Friedman et al. (1988) signalent les résultats d'une étude réalisée sur des femmes ayant subi une mastectomie à la suite d'un cancer du sein. En étudiant le degré d'adaptation à la maladie, ils trouvent que celui-ci était beaucoup plus élevé chez les femmes qui décrivaient dans leur famille un degré de cohésion aussi élevé pour être classés dans les familles dysfonctionnelles selon le modèle d'Olson. Plus encore, 34% des femmes exprimaient le désir que leur famille fût plus cohésive et aucune ne désirait moins de cohésion. Ceci suggère que, tandis que des degrés extrêmes de proximité familiale peuvent être dysfonctionnels, dans d'autres circonstances, la femme atteinte de cancer du sein a un besoin de proximité qui va au delà des normes établies pour d'autres groupes. Les auteurs signalent aussi que la relation entre adaptation à la maladie et cohésion familiale ne semble pas être une relation causale.

Gil et al (1987), dans une étude sur des enfants atteints de dermatite atopique, décrivent les familles sur la base de la FES. Les auteurs ont soumis leurs résultats à une analyse factorielle et ainsi, la variable cohésion se trouve à l'intérieur d'un seul facteur avec les dimensions d'expressivité, d'orientation intellectuelle / culturelle et d'orientation active récréative. Ce facteur, que les auteurs appellent supporteur actif, se lie significativement et négativement avec toutes les mesures de sévérité de la maladie chez les

enfants. La contribution de la dimension cohésion, cependant, n'est pas explicitée.

Enos et Handal (1986) ont étudié l'adaptation psychosocial des adolescents blancs aux EEUU par rapport à l'expérience de divorce chez les parents et par rapport à la perception que les adolescents avaient de leur milieu familial, mesurée par la FES. Leurs résultats font voir que les adolescents de foyers intacts montraient plus de cohésion que ceux qui provenaient de foyers dissous. La cohésion perçue par les adolescents n'était pas en relation avec les mesures d'adaptation ou non adaptation social qu'ils ont utilisées.

Mortreu (1986) a trouvé qu'un groupe de malades ulcéreux ne différait pas d'un groupe de contrôle dans la dimension cohésion, mesurée aussi selon la formulation de Moos. Leurs résultats étaient en concordance avec d'autres signalés préalablement sur ce type de malades.

Daniels et al. (1986) ont étudié un groupe d'enfants qui avaient un frère atteint de maladie rhumatismale. Sur base de données antérieures, ils se demandaient si de tels enfants seraient en risque de présenter des troubles de santé physique et émotionnelle, et leur intérêt était de mesurer quelles variables de l'ambiance familiale s'associent à un risque plus élevé. Leurs résultats montrent que les frères des enfants malades présentaient une dysfonction moindre dans les familles où il y avait une plus grande cohésion, c'est-à-dire que cette variable avait un effet protecteur sur la capacité d'adaptation des enfants.

Dans le champ de la santé mentale, une cohésion moindre a été décrite comme caractéristique des familles de malades alcooliques (MacDonald et Blume, 1986; Olson, 1986). Par contre, une plus grande cohésion aurait un effet positif sur le résultat du traitement de ces malades (Moos et Moos, 1976; Spiegel et Wissler, 1986).

Dans une étude portant sur un groupe de 108 malades atteints de maladies mentales chroniques, telles que schizophrénie, troubles dépressifs, troubles maniaques bipolaires, abus de drogues et d'autres situation similaires (Spiegel et Wissler, 1986), les auteurs ont mesuré le temps écoulé avant une nouvelle hospitalisation ainsi que l'adaptation psycho-social des malades après

trois mois et après une année. Les résultats montrent qu'une plus grande cohésion dans la famille du malade permettait de prédire une meilleure adaptation dans les deux périodes de suivi. Les auteurs concluent qu'il est logique de supposer que le sentiment d'avoir un milieu ambiant partagé et mutuellement supporteur va s'associer positivement avec une meilleure adaptation psycho-social. Ces données sont similaires à d'autres que les auteurs avaient publiées auparavant et qui montraient une relation positive entre le fonctionnement du malade et un plus grand accord entre le malade et son épouse au sujet du milieu ambiant familial partagé.

Cowen et al. (1986) ont étudié un groupe de 299 enfants atteints de fibrose kistique et leurs familles, en leur appliquant une série d'instruments pour mesurer les aspects psycho-sociaux du fonctionnement familial. Leurs résultats montrent que, dans la dimension cohésion, mesurée selon la conceptualisation d'Olson, les familles ont obtenu des scores très proches de la normale. La nature transversale de l'étude ne permet pas d'apprécier la possibilité de variations dans le temps. Malgré cela, les auteurs concluent que le stress que représente de fait d'avoir un enfant atteint de fibrose kistique n'affecte pas la cohésion du groupe familial, ni les autres variables qu'ils ont étudiées.

Alexander et Lupfer (1987) ont étudié un groupe de femmes qui avaient été l'objet de relations incestueuses dans l'enfance et ils les ont comparées à un groupe de femmes qui n'avaient pas subi un tel accident. En utilisant la conceptualisation d'Olson, ils trouvent que les familles où l'inceste se passait, étaient décrites par les femmes comme moins cohésives. Ils assimilent ce manque de cohésion au terme "*disengaged*", c'est-à-dire, une plus grande distance émotionnelle entre les membres de la famille et moins d'empathie. Dans la description clinique d'une famille où tant la belle-fille que la mère avaient été l'objet d'abus physiques de la part du père, Olson (1986), décrit cette famille comme "*disengaged*", c'est-à-dire, avec une faible cohésion.

Dunn-Geier et al. (1986) ont étudié deux groupes d'adolescents atteints de douleur chronique, groupes différents dans le sens qu'ils faisaient ou ne faisaient pas face à leur situation d'une manière adéquate. La perception de la cohésion familiale, mesurée à partir d'Olson, ne fut pas différente pour les deux groupes. Sur la base de ces résultats, et d'autres encore, les auteurs se demandent si la différence dans l'attitude des enfants

ne pourrait pas être due plutôt à leur relation avec la mère qu'à la perception de l'ambiance familiale.

Harding et Lachenmeyer (1986) ont étudié un groupe de femmes anorétiques en utilisant la conceptualisation de Minuchin. Mais, à différence de la proposition originale de cet auteur, ils font une évaluation sur base d'un questionnaire qui était rempli pour les femmes sur base de leurs souvenirs, puisque l'étude fut réalisée après plusieurs années de séparation des femmes par rapport à leurs familles. Ils ne trouvent aucun appui à la théorie de Minuchin par rapport à la famille "anorétique", mais les observations que nous avons fait à la méthodologie rendent les résultats peu fiables.

En fin, Byrne et Cunningham (1985), dans une revue de la littérature citent des travaux où il était montré que la cohésion familiale était en rapport à l'adaptation des familles au déficit mental de l'enfant.

#### Remarques.

- La conceptualisation de cette dimension n'est pas égale chez tous les auteurs analysés et elle pourrait bien représenter des situations différentes. Mais Gustafsson et al. (1987) ont étudié une population des familles avec des enfants soit asthmatiques, soit diabétiques, soit normales, sur base de la conceptualisation et la méthode d'observation proposée par Minuchin (1978), mais en utilisant la *Clinical Rating Scale* d'Olson (1986) pour évaluer le comportement familial. A partir de ce qu'ils disent, il semblerait que l'utilisation de ces deux méthodes s'avère comme possible.

- Par contre, il semble avoir une différence entre les conceptualisations de Minuchin (1978) et d'Olson (1986) d'une part, et celle de Moos (1975), d'autre part. En effet, tandis que pour les deux premiers auteurs la cohésion est un continuum avec deux extrêmes considérés dysfonctionnels, pour Moos il n'y aurait qu'un extrême dysfonctionnel. Cette différence peut trouver son origine dans le fait que le dernière auteur définit cette dimension seulement sur base du sentiment d'appartenance au groupe, tandis que tant Minuchin que Olson incluent aussi le degré d'autonomie, comme opposé au sentiment d'appartenance au groupe.

- Sur la signification attachée à les évaluations, Olson, Sprenkle et Russel

(1979), signalent que les systèmes familiales plus viables sont ceux qui se trouvent dans une situation d'équilibre. Mais ils ajoutent que le fait de se trouver dans des positions extrêmes peut être fonctionnel en moments de crise. Donc, ils remarquent le caractère dynamique de cette dimension, c'est-à-dire qu'elle peut se modifier dans le temps. Ceci se trouve appuyé par le travail de Friedman et al. (1988) que nous avons cité. Par ailleurs, Olson, Sprenkle et Russel postulent que les modèles extrêmes sont problématiques à long terme pour les familles dans la société américaine. Cela veut dire que la qualité de fonctionnelle ou dysfonctionnelle est en rapport avec des normes propres à la société américaine.

### 3.- Adaptabilité familiale

Dans la conceptualisation de Minuchin (1978), la famille psychosomatique est fortement engagée dans le maintien du statu quo. Elle a tendance à maintenir les mêmes modèles d'interaction indépendamment des défis auxquels elle doit faire face. Il y a fréquemment un refus des sujets face au changement, tel que, par exemple, l'arrivée de l'adolescence chez les enfants. Ces familles éprouvent une grande difficulté dans les périodes où le changement et la croissance sont nécessaires; elles sont donc très vulnérables au stress externe.

En ce qui concerne l'opérationnalisation de cette variable, Minuchin (1978) précise que sa mesure vise à déterminer: l'extension à laquelle les modèles d'alliance sont flexibles et se développent en rapport à des tâches et topiques fonctionnels ou objectifs. Toutefois, il ajoute plus loin qu'il faut une opérationnalisation postérieure de ce facteur.

Olson, Sprenkle et Russel (1979), définissent l'adaptabilité comme: l'habileté d'un système marital / familial pour changer sa structure de pouvoir, la relation des rôles et ses règles de fonctionnement, en réponse au stress de situation et de développement. Il est admis qu'un système a besoin d'un équilibre entre la tendance au changement et la tendance à la stabilité. Les variables associées à cette dimension seraient la structure de pouvoir familial, les styles de négociation, la relations de rôles, les règles de relation et le feedback. Parmi les variables, ils incluent aussi l'assertivité, le type de

contrôle à l'intérieur de la famille, le type ou degré de discipline. A l'égal de la dimension cohésion, ils postulent que la famille peut se placer dans un continuum, avec quatre niveaux possibles. Les deux niveaux centraux seraient fonctionnels, tandis que les deux extrêmes seraient dysfonctionnels.

Dans une formulation plus récente, Olson change ce terme: "adaptabilité" devient "changement". La *Clinical Rating Scale* (CRS), qui a été évoquée en rapport à la cohésion, incorpore cinq items pour évaluer l'adaptabilité: le *leadership*, la discipline, la négociation, les rôles et les règles. Le manque de consistance ou la faible présence de ces items s'évalue comme un excès d'adaptabilité et correspond, selon la terminologie de l'auteur, à une famille chaotique (Olson, 1986).

Pour Lewis (1986), il aurait un continuum de compétence familiale, qui va de la santé à la pathologie. Dans ce continuum, il signale trois zones: saine, dysfonctionnelle et sévèrement dysfonctionnelle. A chacun de ces types correspondrait une caractéristique: flexible, rigide ou chaotique. Pour lui, il y a une relation entre flexibilité et ressources familiales, dans le sens que les familles flexibles, en général, auraient plus de ressources pour faire face au stress que les familles chaotiques. Selon cet auteur, la famille peut se déplacer d'une zone à une autre du continuum de compétence familiale, comme conséquence de différents facteurs stressants.

### L'adaptabilité et son rapport avec quelques indices de santé

Onis, Tortolani et Carcani (1986) soutiennent, à l'égal de Minuchin, que l'opérationnalisation de ce facteur est difficile à réaliser. Ils présentent, à partir d'une étude auprès d'enfants asthmatiques, un "indice de rigidité" qui, étant descriptif, n'a pu pas être soumis à des analyses statistiques. Cependant, ils ajoutent plus loin que les familles qui ont des enfants asthmatiques présentent des niveaux de rigidité plus élevés que les familles normales, ce qui se trouve en concordance avec ce qui est signalé par Minuchin (1978).

Cowen et al., (1986), en étudiant un groupe d'enfants atteints de fibrose kistique et leur familles, trouvent que le niveau d'adaptabilité était dans des rangs normaux. Ces résultats étaient en corrélation, de plus, avec ceux obtenus par un autre instrument qui mesurait le niveau général de fonctionnement familial en termes de santé / pathologie.

Grolnick (1972) fait une revue sur l'influence de la famille en rapport à la maladie psychosomatique. Il cite un travail ancien, élaboré sur la base de matériel clinique, qui pose que dans les familles avec davantage de rigidité de structure, il y a plus des probabilités de maladies psychosomatiques. Puis, et sans référence explicite au matériel utilisé, il conclut que les familles avec une plus grande rigidité (qui ne conduisent pas à la croissance personnelle) sont associées avec une probabilité de maladie psychosomatique augmentée et peut être avec chronicité de la maladie.

Byrne et Cunningham (1985), dans leur revue sur l'impact d'un enfant déficient sur la famille, font référence aux ressources internes du système familial pour faire face au stress dû à la présence d'un tel enfant. Parmi ces ressources, ils parlent de l'adaptabilité et citent des travaux où on voit que les familles qui réussissent à faire face au stress, sont celles qui se caractérisent par une relation de rôle flexible et un pouvoir partagé.

Friedman et al., (1988), dans leur étude déjà citée sur des femmes soumises à une mastectomie pour un cancer du sein, ont trouvé que l'adaptation de la femme à sa situation était indépendant du niveau d'adaptabilité qu'elles percevaient dans leurs familles. Un autre résultat intéressant est que la plupart désiraient des niveaux d'adaptabilité plus élevés; 41% voulaient arriver jusqu'à ce que Olson décrit comme le niveau chaotique, c'est-à-dire, le plus haut. Par contre, aucune ne désirait un niveau plus bas dans cette dimension. La différence entre le niveau d'adaptabilité perçu et le niveau désiré, qu'ils appellent insatisfaction quant à cette dimension, était en corrélation négative avec quelques indicateurs d'adaptation. Le manque de relation entre le niveau d'adaptabilité perçue et l'adaptation est interprété par les auteurs comme signifiant que l'adaptabilité se réfère à des conduites instrumentales, tandis que l'adaptation pourrait être en rapport à des conduites émotionnelles.

Dunn-Geier et al. (1986), dans une étude sur des adolescents souffrant de douleur chronique, ne trouvent pas de différences dans le niveau d'adaptabilité perçu chez leurs familles, entre les adolescents qui faisaient face de façon adéquate à la douleur et ceux qui ne le faisaient pas.

Alexander et Lupfer (1987), dans leur étude sur des femmes qui avaient été victimes d'abus sexuels dans l'enfance, posent initialement

l'hypothèse que les femmes qui avaient subi ce type d'abus de la part de membres de la famille étendue ou étrangers à celle-ci, devraient provenir de familles caractérisées comme chaotiques, c'est-à-dire, avec haut score d'adaptabilité, selon la formulation d'Olson. Par contre, les femmes qui avaient été l'objet d'abus de la part de membres de la famille nucléaire devraient provenir de familles rigides, c'est-à-dire, avec bas scores en d'adaptabilité. Leurs résultats montrent, au contraire, que les familles d'où provenaient ces femmes, avaient en général des bas scores en adaptabilité, indépendamment de la proximité entre la femme et la personne qui avait commis l'abus. Ils interprètent ces résultats dans le sens que la mesure d'adaptabilité qu'ils ont utilisée, rend compte d'un manque de réponse aux problèmes qui surgissent dans la famille avec la croissance des enfants et une négligence dans la prise de précautions nécessaires.

Pour sa part Olson (1986), décrit une famille où la belle-fille était l'objet de violences physiques de la part du père. Dans l'évaluation, il trouve que cette famille avait des scores élevés dans la dimension adaptabilité, qui la faisaient apparaître comme chaotique.

Turk, Flor et Rudy (1987), dans leur revue sur le rapport entre famille et douleur, citent des travaux où l'on trouve que la rigidité élevée se présente comme une réaction de maladaptation à une crise, en l'occurrence, après une lésion à la moelle épinière. Ils placent la rigidité à l'intérieur du concept de famille prédisposée à développer ou à maintenir en elle des troubles psychosomatiques.

### Remarques

- Il y a des différences quant à la conceptualisation de cette dimension dans les différents auteurs. Ainsi, Olson, Sprenkle et Russel (1979), proposent que l'adaptabilité serait un continuum avec deux extrêmes dysfonctionnels, al égal que pour la dimension cohésion. Par contre pour Lewis (1986) il y aurait aussi un continuum mais avec un pole fonctionnel et seul le pole opposé serait dysfonctionnel. Ainsi, tandis que pour cet auteur la rigidité correspondrait à un stade intermediaire entre la flexibilité et le niveau chaotique, pour Olson, Sprenkle et Russel tant la rigidité comme le niveau chaotique seraient des extrêmes de dysfonctionnement.

- Il est intéressant de remarquer les résultats contradictoires trouvés par Olson (1986) d'une part, et Alexander et Lupfer (1987) d'autre part, en étudiant des familles avec le même problème. Cette différence peut nous signaler le caractère inespécifique de l'influence de cette dimension sur le fonctionnement familial. C'est-à-dire, une altération dans un sens ou dans un autre n'implique pas un certain type de troubles. C'est l'altération en soi de cette dimension qui paraît être le facteur important.

- Nous trouvons ici deux façons de opérationnaliser cette dimension: l'une comme variable indépendante (la plupart des études), l'autre comme variable dépendante (les travaux cités par Turk, Flor et Rudy, 1987; le travail de Cowen et al., 1986). Cela signifie, dans le premier cas, qu'on conceptualise l'adaptabilité familiale comme influençant la santé individuelle, tandis que dans le deuxième cas serait une modification de la santé qui pourrait modifier l'adaptabilité familiale.

#### 4.- Le Conflit

Moos (1975) inclut dans la FES une sous-échelle destinée à mesurer le conflit, défini comme degré auquel l'expression de la colère, l'agressivité et les relations conflictuelles sont typiques de la famille (Moos et Moos, 1976; Mortreu, 1986).

Pour Minuchin (1978), l'une des caractéristiques de la famille psychosomatique est que son seuil de conflit est très bas. Cela serait le résultat de la combinaison des trois autres caractéristiques qu'il considère comme importantes: l' "enmeshement", la rigidité et la surprotection. Une hypothèse additionnelle est que le symptôme de l'enfant malade dans la famille psychosomatique jouerait un rôle homéostatique, c'est-à-dire qu'il aurait pour fonction de diminuer le conflit. Cela serait en rapport avec l'engagement de l'enfant dans le conflit parental. Selon lui, dans ce type de familles, il est possible de trouver trois modèles de comportement face au conflit: la triangulation, la formation de coalitions père-enfant et la déviation. Ces trois modèles ne sont pas des classifications de la famille, étant donné qu'ils peuvent se retrouver aussi dans les familles normales. Cependant, c'est leur caractère répétitif qui caractériserait les familles psychosomatiques.

Straus (1979), présente une échelle, *Conflic Tactic Scale* (CTS), destinée à mesurer le conflit intra-familial, défini par lui comme les moyens et tactiques utilisés pour résoudre ou faire face aux conflits d'intérêts à l'intérieur du couple. Pour cet auteur, l'absence de conflit est non seulement théoriquement impossible, mais encore une quantité adéquate de conflit peut être utile pour la conservation d'un groupe. A l'intérieur de son échelle, il inclut trois composantes ou facteurs: l'utilisation de la discussion rationnelle (sous-échelle de raisonnement), l'utilisation d'actes verbaux, ou non verbaux, destinés à blesser l'autre (sous-échelle d'agression verbale) et, en troisième lieu, l'utilisation de la violence physique (sous-échelle de violence). La quantification du conflit est basée sur la mesure de la fréquence d'actes spécifiques inclus dans l'échelle. Ce qui est donc mesuré, c'est la dimension comportementale du conflit, sans prendre en considération la répercussion ou le vécu du conflit dans le chef de l'individu. En fait, pour cet auteur, ce qui compte n'est pas tant le niveau de conflit en soi, que la manière de le résoudre.

Nous trouvons une position similaire dans le travail de Porter et O'Leary (1980). Ces auteurs ont construit une échelle destinée à mesurer le conflit marital, à partir de l'expression ouverte d'hostilité, par exemple, des disputes, de l'ironie ou des abus physiques.

Snyder et Regts (1982) proposent une échelle pour mesurer ce qu'ils appellent la discorde maritale ou distress marital. De l'échelle, ils dégagent deux facteurs ou composantes. Le premier est la dysharmonie conjugale, qui reflète des conflits spécifiques et des déficits perçus dans la résolution de problèmes. Le deuxième est la désaffection, qui représente l'expérience de soutien ou de compréhension inadéquats, l'isolement affectif et comportemental et une tendance au divorce. Suite aux résultats obtenus auprès d'une population normale et d'une population de couples en thérapie, ils posent que la dysharmonie serait un trait relativement normal qui, s'il a lieu dans un contexte affectif positif, ne pose pas de problèmes. Par contre, l'insatisfaction affective serait plus caractéristique de la population en thérapie.

Lavee, McCubbin et Olson (1987) parlent de la résolution de conflits, laquelle, selon eux, mesure les attitudes envers les conflits dans la relation interpersonnelle et la satisfaction avec la manière dont on fait face aux problèmes. Dans leur formulation cette variable fait partie d'une dimension

plus large, qu'ils appellent l'ajustement marital, qui serait une ressource du système familial et qui prendrait part dans le pouvoir régénératif de la famille suite à un stress. Dans leur travail, les auteurs n'expliquent pas l'apport spécifique de cette variable à la dimension globale d'ajustement marital.

Weingarten et Leas (1987), pour leur part, présentent un modèle pour évaluer le conflit à l'intérieur du couple. Le but de cet instrument est centré fondamentalement sur la thérapie ou l'orientation des couples. Selon eux, le conflit surgit à partir des différences existant entre deux personnes, différences qui peuvent être réduites par la confrontation et l'acceptation de celles-ci. Dans leur formulation, la présence d'un conflit à l'intérieur d'un couple n'est pas nécessairement un signe que le ménage va mal; il peut avoir aussi une signification positive, dans le sens de la croissance. Ce qui serait caractéristique des couples en mauvaise situation, ce serait la façon dont les partenaires apprennent à gérer le conflit.

Les auteurs proposent cinq niveaux de conflit, chacun avec sa propre dynamique et ses caractéristiques comportementales et psychologiques. La description est fondamentalement clinique et subjective, et les auteurs ne tentent pas de parvenir à une opérationnalisation du modèle. Il est important de remarquer que, dans le niveau cinq, le plus élevé ou le plus intense, les auteurs incluent comme caractéristique la violence physique ou émotionnelle.

### Le conflit et son rapport avec quelques indices de santé

Minuchin signale dans son étude que les familles normales sont susceptibles d'être d'accord et en désaccord plus souvent que les autres, et qu'elles sont capables aussi de considérer davantage d'alternatives. Les familles qui ont un enfant présentant un trouble comportemental, tendent à répandre le conflit non résolu, mais elles sont davantage aptes à exprimer le conflit directement par rapport aux familles psychosomatiques. Ces dernières montrent dans la situation d'entretien moins de conflit, c'est-à-dire, qu'elles évitent le conflit. Enfin, et en concordance avec son hypothèse, il trouve que les modèles de comportement face au conflit servent à renforcer les symptômes psychosomatiques de l'enfant au service de l'homéostasie familiale. Onis, Tortolani et Cancrini (1986), dans leur étude comparative entre familles avec

enfants asthmatiques et familles normales, trouvent les mêmes résultats que ceux de l'étude de Minuchin.

Gil et al. (1987), dans leur travail déjà cité sur des familles d'enfants atteints de dermatite atopique, trouvent que le conflit, mesuré par la FES, pourrait faire partie d'un seul facteur avec la dimension contrôle et orientation à l'accomplissement de la même échelle. Ce facteur n'est pas en relation avec les symptômes des enfants.

Dans leur travail de mesure des facteurs de risque de réhospitalisation chez les malades psychiatriques, Spiegel et Wissler (1986) ont trouvé que la sous-échelle de conflit de la FES n'est pas un bon prédicteur de réhospitalisation; elle a été associée significativement avec le nombre de réhospitalisation seulement aux trois mois qui suivent la sortie du malade de l'hôpital.

Fielding et al. (1985) signalent que le conflit marital est une donnée qui a été mise en évidence chez les parents d'enfants atteints de maladie rénale terminale. Ils ont étudié deux groupes d'enfants, l'un présentant une maladie rénale terminale et soumis à la dialyse et à la transplantation rénale, l'autre présentant une maladie rénale moins grave et qui ne requerra pas de traitement actif. Ils signalent que pendant l'étude, beaucoup de parents ont rendu compte de conflits maritaux fréquents, qu'ils attribuaient à la relation étroite qui s'établissait entre la mère et l'enfant malade. Cette étude n'a pas comporté de mesure directe du conflit marital ou familial.

Turk, Flor et Rudy (1987), dans un article de revue sur la relation entre douleur chronique et caractéristiques familiales, citent des travaux où on a trouvé que le conflit, mesuré par la FES, était le plus important chez les malades atteints de douleur lombaire. Dans ces familles, un conflit majeur s'associait aux estimations les plus grandes de la douleur, avec composante affective et grande anxiété et dépression.

Long et al. (1987), ont étudié 40 adolescents dont la moitié appartenait à des familles ayant connu un divorce récent, les autres à des familles intactes. Leur but était d'examiner l'association du conflit marital et divorce récent, avec la compétence sociale des adolescents. Ils ont mesuré le conflit à partir de l'échelle de Porter et O'Leary. Leurs résultats montrent

que les adolescents dont les parents manifestent des niveaux de conflits élevés en leur présence, ont davantage de problèmes de conduite et des niveaux plus bas de compétence sociale et cognitive.

Dans un contexte similaire, Enos et Handel (1986) ont étudié chez 823 adolescents l'adaptation psycho-social, par rapport au conflit marital et au divorce de leurs parents. Les données montrent que le conflit marital affecte l'adaptation des adolescents mais que par contre, celui-ci n'est pas affecté par le divorce. Dans les groupes qui présentent des niveaux élevés de conflit familial, on trouve significativement plus de symptômes psychologiques et moins de satisfaction dans leur vie sociale.

En considérant une situation extrême de conflit parental, telle que la violence familiale, Jaffe et al. (1986) ont comparé un groupe d'enfants âgés de 6 à 11 ans qui provenaient de familles violentes, à un groupe d'enfants de familles non violentes. Leurs résultats montrent que les enfants exposés à la violence familiale présentent plus de troubles de compétence sociale et de "*internalizing behavior*". Les garçons, à la différence des filles, présentent aussi des troubles de "*externalizing behavior*". Les résultats montrent aussi que l'importance des problèmes est proportionnelle au niveau de violence, laquelle a été mesurée sur la base de la sous-échelle d'agression physique de la CTS. Ils concluent aussi que les garçons sont plus exposés que les filles à la violence familiale, ce qui est mentionné fréquemment par la littérature. Enfin, ils signalent qu'à partir de leurs données, il n'est pas possible de faire des inférences de type causal entre violence familiale et ajustement des enfants.

Pour leur part, Hughes et Barard (1983) ont étudié un groupe d'enfants qui provenaient de familles violentes. Ils ont trouvé que les enfants pré-scolaires présentent une estime de soi plus basse que la moyenne. Chez ces enfants, on peut constater davantage de conduites agressives, tandis que l'importance de la violence et l'ajustement parental peuvent affecter le comportement des enfants.

Mortreu (1986), dans son étude concernant des malades ulcéreux, trouve une différence significative dans le niveau de conflit perçu par le malade, par comparaison avec un groupe de contrôle. Bien que l'épouse du malade ait présenté une perception semblable et que son score dans cette échelle fut plus élevé que celui des épouses du groupe de contrôle, on n'a pas

trouvé de différence significative par rapport à ces dernières. L'auteur interprète ces données en signalant que le conflit plus grand perçu par le malade, serait en rapport avec le caractère ambigu des rapport qu'il établit avec une autre personne.

Friedman et al. (1988), dans leur étude sur l'adaptation des femmes atteintes de cancer du sein, et donc mastectomisées, trouvent que le conflit marital, mesuré par le concept de dysharmonie conjugale, affecte négativement l'adaptation des femmes dans des domaines à contenu émotionnel, comme le degré de stress psychologique. Les auteurs trouvent aussi que tant la cohésion que l'adaptabilité familiale ont une corrélation négative avec la dysharmonie conjugale.

### Remarques

- D'abord, il semble avoir un consensus pour dire que le conflit n'est pas nécessairement un mauvais signe. Quelques auteurs vont jusqu'à dire que le conflit, à un certain niveau, pourrait avoir une connotation positive (Straus, 1979). Ce qui poserait des problèmes serait plutôt le niveau très élevé de conflit ou bien la manière de le gérer.

- Du point de vue de l'opérationnalisation, nous trouvons deux façons d'évaluer le conflit: dans un cas, on évalue le comportement, c'est-à-dire, la manière de se conduire face au conflit; dans un deuxième cas, on prend en compte le sentiment du sujet comme indicateur du conflit. Dans cette dernière position nous ne trouvons que la proposition de Snyder et Regts (1982).

- Toujours sur le plan de l'opérationnalisation, nous constatons qu'il y a dans la littérature analysée, deux niveaux d'observation: le premier est le couple parental et le deuxième la famille toute entière. Cette différence ne paraît pas être banale, puisque dans le premier cas on considère l'enfant comme une victime passive du conflit parental, comme par exemple dans les études sur l'adaptation psycho-sociale des adolescents suite à l'existence de conflit parental (Long et al., 1987; Enos et Handel, 1986; Jaffe et al., 1986). Par contre, dans le deuxième cas, quand on considère le conflit à niveau familial, l'enfant est supposé en jouant un rôle actif par rapport au conflit. C'est le cas de la formulation de Minuchin (1978).

- Enfin, signalons que, à l'égal que pour d'autres dimensions analysées, le conflit est défini soit comme variable indépendante, soit comme variable dépendante. Cela nous mène à penser que la relation entre le conflit à l'intérieur d'une famille et un indice de santé quelconque, ne peut pas être considérée unidirectionnelle.

## 5.- La Satisfaction maritale

Une autre dimension mentionnée avec fréquence dans la littérature c'est la satisfaction maritale.

L'intérêt pour cette dimension de la vie familiale est ancienne, mais au début son étude était orientée vers le problème de la stabilité conjugale. Ainsi, une des échelles fréquemment utilisée aujourd'hui, est la *Marital Adjustment Scale* (Locke et Wallace, 1959). Pour la construction de cette échelle, les auteurs ont recueilli des items considérés comme représentatifs d'une série d'instruments qui existaient alors. Puis ils ont élaboré une échelle de 15 items, destinée à mesurer l'ajustement marital qu'ils conceptualisent comme l'accommodation mutuelle des conjoints à un moment donné. Des 15 items qui composent l'échelle, il y en a 4 qui se réfèrent spécifiquement au degré de satisfaction à l'égard de la vie maritale, mais ils peuvent représenter 50% du score maximal. Les autres items se réfèrent surtout au degré d'accord ou de désaccord face à des situations spécifiques de la vie conjugale.

D'autres auteurs ont utilisé une échelle dérivée d'un travail de Spanier (1976), qui établit une échelle destinée à mesurer l'ajustement marital, défini par lui seulement comme un processus, plutôt qu'un état. A partir de là, il considère qu'un tel processus peut se mesurer par ses résultats, c'est-à-dire, par le degré de différences problématiques dans le couple marital, les tensions interpersonnelles et l'anxiété personnelle, la satisfaction du couple, la cohésion du couple et le consensus en matières d'importance pour le fonctionnement du couple. Finalement, sur la base d'une analyse factorielle, il retient quatre facteurs ou composantes de l'ajustement marital: le consensus du couple, l'expression d'affection, la cohésion du couple et la satisfaction du couple. L'échelle qui se réfère à cette dernière composante est celle qu'ont utilisée plusieurs auteurs, dont nous allons étudier les travaux. Selon Spanier,

plutôt que de mesurer la satisfaction maritale, cette composante semble mesurer la façon par laquelle le couple résout ses conflits ou tensions (Spanier et Thompson, 1982).

### La satisfaction maritale et son rapport avec quelques indices de santé

Alvarez (1982), dans ses travaux sur des familles avec un enfant sous-alimenté, trouve que la satisfaction maritale était significativement plus basse chez les mères de ce groupe en comparaison aux mères d'enfants sains.

Sur 98 mères d'enfant handicapé, Friedrich (1979) trouve que le degré de satisfaction et de sécurité dans la relation maritale était la variable qui influençait davantage l'habileté des femmes à faire face au stress d'avoir un enfant handicapé. Il conclut que le stress d'avoir un enfant handicapé n'a pas des effets lineaires, mais que ceux-ci peuvent être médiatisés par d'autres variables, telles que la satisfaction maritale.

Friedrich et Friedrich (1981) ont réalisé une étude de comparaison de familles à enfant handicapé avec un groupe de familles sans enfant handicapé. Ils ont évalué les variables qui peuvent médiatiser le stress, parmi lesquelles ils incluent la satisfaction maritale, le soutien social et d'autres. Leurs résultats montrent que les familles avec enfant handicapé expérimentent plus le stress et moins la satisfaction maritale. Le soutien social est moindre aussi. Ils concluent que ces familles non seulement souffrent davantage du stress, mais qu'elles ont aussi moins des ressources pour y faire face.

Kazak et Marvin (1984) ont comparé un groupe de familles où il y avait un enfant atteint de spina bifide, à un groupe de familles sans enfant handicapé. Ils ont trouvé qu'il n'y avait pas de différence entre les deux groupes dans la satisfaction maritale totale. Cependant, les mères d'enfant atteint de spina bifide signalaient plus de satisfaction en termes d'affection dans le mariage, tandis que les pères révélaient plus de satisfaction en termes de degré de consensus. Ces résultats sont interprétés dans le sens que le fait d'avoir un enfant handicapé, ne signifie pas nécessairement une détérioration de la vie de couple, mais qu'il peut même la renforcer. Walker, Thomas et Russel (1971) arrivent à des conclusions similaires, interrogeant les parents de 107 enfants nés atteints de spina bifide, ainsi que Korsch et al., (1973) dans

une étude sur des enfants soumis à un transplant rénal. Dans une autre étude, Kazak et Clark (1986), signalent qu'une meilleure satisfaction maritale influence positivement l'adaptation d'enfants sains face à la présence d'un enfant handicapé dans la famille. Cependant, d'autres auteurs affirment la possibilité d'une diminution de la satisfaction maritale dans ces familles, conséquence de l'établissement d'alliances fortes entre la mère et l'enfant handicapé, avec exclusion du père (Levy-Schiff, 1986).

Dans un article de revue, Kazak (1986) cite des travaux où l'on trouve que certains facteurs socio-familiaux, tels que la race, la religion et les facteurs socio-économiques, ont été les agents prédicteurs les moins significatifs de discorde familiale. Par contre, les variables associées à l'enfant comme le fait d'être le plus jeune ou l'aîné, avoir un frère ou être atteint d'un déficit sévère, permettaient une meilleure prédiction de la présence de désajustement marital. En général, la relation entre la satisfaction maritale et un comportement adéquat de la part des parents face à un enfant handicapé, est bien documentée (Wolters, Bonekamp et Donckerwolde, 1973).

Un autre modèle étudie l'influence de la satisfaction maritale sur la santé individuelle. Kiecolt et Glaser (1987) ont comparé un groupe de femmes mariées avec un groupe de femmes séparées ou divorcées. Ils ont trouvé que parmi les femmes mariées une satisfaction maritale moindre s'associait significativement avec une réponse immunitaire plus faible en mesures fonctionnelles (prolifération de lymphocytes en réponse à des mitogènes et titres de EBV VCA). Ils ont trouvé aussi qu'un ajustement marital plus faible était un prédicteur important et significatif de dépression. Les auteurs concluent, sur la base de leurs données, que la seule présence d'un partenaire n'est pas équivalente à une relation d'appui et que la qualité des relations interpersonnelles peut avoir des conséquences significatives pour la santé du sujet.

Un modèle qui a été bien étudié dans ce sens, est celui du malade atteint de douleur chronique et le rapport avec la satisfaction maritale tant pour lui que pour son partenaire. Hughes et al. (1987) ont étudié un groupe de malades atteints de douleur chronique et leurs partenaires et ils les ont comparés à un groupe similaire de malades névrosés. Leurs résultats font voir que les conjoints des malades atteints de douleur montraient davantage d'ajustement que les conjoints de malades névrosés; ils révélaient aussi moins de

problèmes sexuels que les malades. L'ensemble des données amène les auteurs à penser que, dans ce groupe, le malade chronique jouerait un rôle homéostatique et que le conjoint obtiendrait des bénéfices secondaires, tels que le sentiment d'être nécessaire et de contrôler la situation. Selon eux, le désajustement marital ne serait pas une conséquence de la maladie du conjoint, mais au contraire, le symptôme s'installerait comme un remède à une situation maritale inadéquate. Il est important de signaler que les malades soumis à cette étude correspondaient à la catégorie de malades atteints de douleur psychogénique, et que les conclusions ne peuvent donc pas être extrapolées à tous les malades atteints de douleur chronique.

Block (1981) a examiné les conjoints de malades atteints de douleur chronique, en mesurant leur réaction psychophysiologique durant les manifestations de douleur du malade. Les résultats suggèrent que le stress imposé à la famille par la douleur chronique peut varier selon la satisfaction maritale. Il trouve que les conjoints satisfaits montrent, face aux manifestations de douleur du malade, une augmentation plus grande dans la conductance cutanée, en comparaison aux conjoints non satisfaits. Par contre, une satisfaction maritale moindre s'associait à une réponse empathique plus basse aussi. Il conclut que la plus grande sensibilité des conjoints pourrait se traduire dans une plus grande prédisposition à développer des difficultés psychologiques.

Cette hypothèse fut postérieurement analysée par Flor, Turk et Scholz (1987), sur un groupe de 58 hommes atteints de douleur chronique et leurs épouses. Leur travail consistait à mesurer l'impact de la douleur chronique sur la vie de couple. Ils trouvent que 67% des malades signalaient une détérioration de la relation maritale suite à la douleur, avec une réduction significative de la satisfaction maritale. Par ailleurs, 51% des épouses révélaient une insatisfaction maritale. En outre, 67% des malades étaient insatisfaits dans leur vie sexuelle, 77% disaient vivre un changement dans la fréquence de l'activité sexuelle après l'apparition de la douleur. Dans cette étude, on a trouvé un accord considérable entre malades et épouses quant au degré de satisfaction maritale.

Les auteurs concluent que la satisfaction maritale de l'épouse ne serait pas en rapport avec la douleur per se, mais à la qualité maritale moyenne et à son propre état d'esprit. En plus, l'état émotionnel de l'épouse

serait beaucoup plus en rapport avec la réaction cognitive et émotionnelle des malades face au problème de la douleur et avec la qualité de la relation maritale. La satisfaction maritale des malades a été associée principalement au comportement empressé que le malade percevait de la part de l'épouse et à la satisfaction maritale de l'épouse même. La satisfaction sexuelle du malade variait indépendamment de l'intensité de la douleur. Les auteurs concluent que des niveaux élevés de douleur peuvent s'associer avec un fonctionnement sexuel endommagé mais pas nécessairement avec une insatisfaction maritale.

En fin, par rapport à la répercussion de la douleur chronique sur le bien-être physique de l'épouse, 85% de ces dernières mentionnaient des symptômes douloureux une fois par semaine au moins, en comparaison de 45% d'épouses de diabétiques. Les auteurs se demandent si dans ce cas-là, le symptôme douleur serait dû non pas à la maladie chronique même, mais serait spécifique à la situation de douleur. Cette interprétation, disent-ils, il faudrait la traiter avec précaution, puisque la douleur chronique serait plus invalidante que le diabète.

Enfin, dans un article de revue, Payne et Norfleet (1986) signalent qu'un ensemble de travaux antérieurs permet de conclure que, dans le cas de malades atteints de douleur chronique, la donnée la plus fréquente serait une moindre satisfaction maritale et un ajustement sexuel plus faible aussi. Ces auteurs signalent que, tandis que quelques uns considèrent le désajustement sexuel comme un signe en plus, d'autres résultats indiquent que le désajustement sexuel peut être causé par le problème douloureux. Autrement dit, la douleur peut représenter un mécanisme pour éviter la conduite sexuelle, déjà problématique ou non satisfaisante avant l'apparition de la douleur. Un troisième élément signalé par eux se réfère à des travaux de psychologie clinique, où on a vu que la possibilité de réussite est influencée par les caractéristiques de la personnalité du conjoint. Ainsi, des niveaux élevés d'hypocondrie et d'hystérie chez le conjoint s'associent à un pronostic moins bon pour le malade. Hughes et al. (1987) tirent des conclusions similaires dans leur travail déjà cité.

Par rapport à un autre problème, Arrindell et Emmelkamp (1986) ont réalisé une étude à partir de 30 femmes agoraphobiques pour évaluer la qualité de la relation maritale des malades et de leurs partenaires, en comparant ces couples à trois groupes de contrôle. Leurs résultats montrent une mauvaise

qualité dans la relation de couple de malades psychiatriques non agoraphobiques et de leurs conjoints. Toutefois, les données sur la population agoraphobique et sur leurs partenaires permet aux auteurs d'affirmer que ce groupe ne se différencie pas de la population normale en ce qui concerne la satisfaction maritale ou l'ajustement sexuel.

### Remarques

- La qualité de la relation maritale est conceptualisée d'abord comme une ressource potentielle qui permet à la famille de faire face d'une façon satisfaisante à des situations de stress auxquelles elle se voit confrontée (Byrne et Cunningham, 1985). Mais les seuls arguments qui nous avons trouvés dans la littérature en appui de cette conception est le fait qu'une satisfaction maritale plus grande s'associe statistiquement et positivement avec différents indices de santé. Mais, est-ce que cela suffit pour dire que la satisfaction maritale est une ressource? C'est la notion de ressource qui mérite d'être discutée.

- En deuxième lieu, la satisfaction maritale est considérée comme une variable qui peut influencer la santé des individus, quoique cela ne soit pas suffisamment démontré.

- Les effets des situations stressantes sur la relation maritale ne seraient pas nécessairement négatifs; ils peuvent même renforcer la relation de couple (Kazak et Marvin, 1984; Byrne et Cunningham, 1985).

- La relation entre satisfaction maritale et les indices étudiés permet de constater que parfois une détérioration de la satisfaction maritale est antérieure à l'apparition d'une maladie, tandis que dans d'autres cas elle serait postérieure. Ainsi, il est impossible d'affirmer une relation de cause à effet entre satisfaction maritale et maladie psychique ou somatique. De plus, au égal que pour d'autres dimensions, la satisfaction maritale est définie parfois comme une variable dépendante et parfois comme une variable indépendante. Ceci nous mène à penser qu'il y aurait une relation bidirectionnelle entre satisfaction maritale et les indices de santé étudiés.

## 6.- Les Événements de vie

Une autre variable mentionnée avec fréquence dans la littérature concerne les événements de vie. Dans ce cas, nous pouvons constater comme pour le réseau social et le soutien social, un manque de définition précise. Les aspects qu'on mentionne souvent dans ce contexte sont un changement dans la vie du sujet ou de la famille, qui s'accompagne d'un effort d'adaptation (Kovess, 1986). D'ici se dégage la notion de stress, étroitement liée aux événements de vie.

Une des premières tentatives de mesure a été faite par Holmes et Rahe (1967), qui remarquent l'aspect quantitatif de ces événements. Ceux-ci auraient un effet additif: une plus grande quantité d'événements signifie un effort d'adaptation plus grand et un stress plus grand aussi. Nous reviendrons plus loin sur cette conceptualisation.

Très tôt, cette façon d'envisager le problème fut modifiée pour introduire d'autres aspects qui paraissent eux aussi importants. Un de ces aspects se réfère à la signification ou à l'impact que l'événement a sur le sujet ou la famille. Une telle signification est mesurée à travers différentes variables, telles que la qualification, à partir d'échelles, que le sujet fait sur l'événement, ou une appréciation du degré de stress éprouvé.

D'autres auteurs signalent qu'il faut diviser les événements en désirables et en non désirables (Kovess, 1986). Selon cette perspective, seuls les derniers seraient en rapport avec la production de symptômes.

Par ailleurs, un bon nombre de travaux étudient les événements par rapport au réseau social ou au soutien social (Briançon et al., 1988). Il semble clair que le soutien social jouerait un rôle en ce qui concerne l'impact que l'événement aura sur la santé du sujet. Ceci veut dire que l'effet des événements ne serait pas indépendant, mais au contraire, serait médiatisé par l'action d'autres variables.

Dans la littérature, on trouve aussi des auteurs qui soulignent qu'il est important de tenir compte du contexte de la personne, de la signification culturelle, de l'étape de la vie dans laquelle l'événement survient (Rabkin et

Struening, 1976; Briançon et al., 1985; Le Roux, 1986), de son rapport avec d'autres événements similaires que le sujet a expérimentés (Kovess, 1986), et enfin, de l'existence d'événements de nature chronique.

Dans une étude récente, Briançon et al., (1988) remarquent cinq dimensions des événements: "l'anticipation, la désirabilité positive ou négative, l'effort d'adaptation pour assumer l'événement, le soutien reçu d'au moins un membre de la famille et la capacité de faire face, qui est un jugement global de la personne sur son aptitude au contrôle de l'événement".

### Les événements et leur rapport avec quelques indices de santé.

Beautrais et al. (1982) ont réalisé une étude prospective pendant trois années dans une population de 1.082 enfants âgés de 1 à 4 ans. Ils ont mesuré les événements de vie sur base d'une version modifiée de l'échelle d'Holmes et Rahe, et ils ont trouvé que les événements étaient associés à des risques augmentés d'infections respiratoires, d'accidents, de brûlures, des intoxications accidentelles et des hospitalisations pour des causes apparemment liées à un milieu familial défavorable. Les enfants de femmes qui ont signalé 12 événements ou davantage pendant la période de trois ans, avaient des taux d'hospitalisation 6 fois plus élevés que les enfants de femmes ayant vécu 3 événements ou moins. En outre, le taux de surveillance médicale était le double pour le premier groupe. Les résultats n'étaient pas modifiés si on considérait les variables démographiques telles que l'âge maternel, son statut ethnique, son niveau d'éducation, le type de famille où l'enfant était placé à la naissance et l'âge de l'enfant, ainsi que la taille de la famille. La prise en compte du statut socio-économique de la famille ne modifiait pas non plus les résultats.

Gil et al. (1987) ont étudié 44 enfants avec dermatite atopique qui leur avaient été envoyés parce qu'ils étaient résistants aux traitements médicaux habituels. Ils ont mesuré les événements de vie à partir du questionnaire de Caddington, en différenciant les aspects quantitatifs et qualitatifs des événements stressants, et en séparant les événements en rapport avec la maladie des ceux qui n'étaient pas en rapport avec la maladie. Leurs résultats montrent une corrélation positive de la quantité des problèmes ou événements stressants référés à la maladie avec l'intensité du stress produit. Par contre, ils n'ont trouvé aucune relation avec les événements

stressants en général, différents de ceux propres de la maladie. Il est intéressant de constater dans cette étude une différence significative quant au stress en rapport avec la maladie selon qui était l'informateur: les enfants plus âgés, ayant répondu eux-mêmes au questionnaire, présentaient plus de stress que les plus petits, dont les questionnaires furent remplis par les parents.

Lavee McCubbin et Olson (1987) ont étudié les effets des événements de vie, sur le bien-être familial. Ils ont trouvé qu'on en est affecté négativement, mais à travers une variable qu'ils nomment tension familiale qui agirait en tant que facteur médiateur. Ils tentent d'expliquer cette relation de manière causale, mais leurs données sont insuffisantes pour qu'on retienne cette explication.

Dans une autre étude, on a comparé un groupe d'enfants atteints de douleur abdominale récurrente, avec un groupe d'enfants porteurs d'un trouble comportemental, et un troisième groupe d'enfants sains. Les auteurs concluent que le premier et le deuxième groupes signalaient plus d'événements de vie et de stress que les enfants sains. En plus, les événements de vie pour les enfants des deux premiers groupes étaient différents du point de vue qualitatif, puisque dans le cas des enfants avec douleur abdominale, on observait plus d'événements liés à la santé et à la mort, tandis que parmi les enfants avec un trouble du comportement, on observait une fréquence plus élevée d'événements stressants de nature interpersonnelle ou psycho-sociale (Hodges et al., 1984).

Dans une étude sur des malades atteints d'ulcère duodénal, Gilligan et al. (1987) trouvent que l'apparition et la rechute de la maladie s'associent avec des difficultés chroniques, qui en même temps représentent une menace plus grande pour le sujet. Cette association est en relation avec le statut matrimonial, car les sujets veufs, séparés ou divorcés présentent plus d'épisodes d'ulcère, lesquels sont expliqués par une plus grande fréquence de difficultés chroniques. Par contre, on ne trouve aucune relation entre maladie ulcéreuse et événements de vie récents. Par ailleurs, Feldman et al. (1986) ont étudié une population similaire. Ils ont trouvé que les sujets ulcéreux ne mentionnaient pas une plus grande fréquence d'événements de vie, comparés à deux groupes de contrôle différents. Mais par contre, les mêmes sujets signalaient plus d'événements négatifs ainsi qu'une perception de ceux-ci qui était plus négative que celle des autres groupes. Les auteurs ont mis en

rapport ces résultats avec la variable de personnalité du sujet et avec une moindre disponibilité de soutien social chez les patients ulcéreux.

Terra et al. (1986) ont étudié un groupe de 100 femmes avec le diagnostic de cancer du sein et ils l'ont comparé à un groupe similaire de femmes saines. Ils n'ont pas trouvé de différences significatives quant au nombre d'événements dans les 5 années antérieures, mais les femmes atteintes de cancer du sein signalaient une augmentation d'événements à caractère négatif dans les deux ans qui précédaient le diagnostic. De plus, les mêmes événements étaient présentés comme ayant un plus grand impact. Les auteurs n'excluent pas que ceci ait été influencé par un arrière-plan dépressif chez les femmes cancéreuses.

Un grand nombre de travaux s'est attaché à l'étude de l'effet de la présence d'un enfant handicapé ou malade chronique sur la famille. Bien qu'il n'y ait pas de mention explicite de cette situation en tant qu'événement de vie, on peut la considérer comme telle à partir de sa signification et de sa présence dans toutes les échelles qui mesurent l'arrivée d'événements. Dans ce secteur de la littérature, l'accent est mis sur la notion de stress, qui sera analysée en détail plus loin. Ce qui nous intéresse ici, est le fait qu'il y aurait une relation, d'une part, entre les caractéristiques de l'événement (type et gravité du handicap ou de la maladie, par exemple), (Byrne et Cunningham, 1985; Kazak et Clark, 1986), la perception de l'événement, (Byrne et Cunningham, 1985; Cohen et Anderson, 1986), les ressources de la famille pour faire face à l'événement, (Byrne et Cunningham, 1985; Kazak et Clark, 1986), l'étape du cycle de vie où se trouve la famille (Byrne et Cunningham, 1985; Mölsä et Mölsä, 1985), et d'autre part l'importance des modifications produites par l'événement.

### Remarques.

- La perception des événements de vie, et plus particulièrement leur impact sur le sujet, pourrait être médiatisé par son état émotionnel, par exemple dans le cas de personnes dépressives (Power, 1987; Terra et al., 1986), par la personnalité (Feldman et al., 1986), par le contexte de la personne (Briçon et al., 1985).

- L'effet des événements paraît être modifié par l'action d'autres variables, telles que le soutien social, par exemple.
- L'effet des événements ne paraît pas être spécifique, c'est-à-dire, qu'ils peuvent s'associer à différentes manifestations. Par ailleurs, ils ne paraissent pas être liés avec tout type d'indices, mais d'une façon plus spécifique avec ceux mis en rapport avec le stress.
- L'action des événements de vie ne serait pas étiologique, par rapport à la maladie, tout au plus pourraient-ils déclencher un processus de maladie (Amiel-Legibre, 1986a).
- La perception d'un événement comme stressant peut être en rapport avec le contexte culturel du sujet (Le Roux, 1986). Certains auteurs signalent qu'il y aurait, à ce propos, une très grande similarité entre les pays industrialisés (Baratta, Perego et Zimmermann-Tansella, 1987).

**DEUXIEME PARTIE**

## INTRODUCTION

Dans cette deuxième partie nous tenterons une conceptualisation des éléments déjà mentionnés dans la première partie. Avant tout, nous passerons en revue la notion de famille telle qu'elle se dégage de la littérature étudiée. En second lieu, nous verrons les indices de santé utilisés dans les différentes recherches, pour voir quels aspects sont mis en rapport avec la famille. Enfin, nous essayerons de mettre en relation ces différentes notions, à partir de l'étude des fonctions familiales et du stress familial.

### 1.- LA NOTION DE FAMILLE

Bien que la plupart des auteurs analysés ne fassent pas mention d'une définition explicite de la famille, il est possible obtenir certains éléments pour construire cette définition. Il est évident que la famille est conçue comme une unité sociale avec des caractéristiques particulières. Cette idée d'unité implique l'existence d'une définition spatiale et temporelle de la famille. Nous essayerons de développer la définition spatiale autour de ce que nous appellerons la notion morphologique et la notion fonctionnelle de famille, tandis que pour la définition temporelle nous passerons en revue quelques aspects du cycle de vie familiale.

#### 1.1.- La famille du point de vue morphologique

Il est évident que la quasi totalité des auteurs étudiés travaillent sur base de la notion de famille nucléaire, c'est-à-dire celle composée par les deux parents et un ou plusieurs enfants. Ceci peut s'expliquer par la valorisation explicite de ce type de famille dans la société occidentale, puisque la plus grande partie des travaux étudiés provient des Etats Unis. Evidemment, cette perspective est criticable, ce pour deux raisons. La première est l'extension de ce type de famille dans cette même société. La seconde, en étroite relation avec la première, est la correspondance de cette définition avec la notion de famille dans la population en général. Nous expliciterons ces deux idées en utilisant les résultats de deux travaux.

Le premier travail a été réalisé sur une population urbaine des Etats-Unis. (Kellam, Ensminger et Turner, 1977). En analysant la composition de

1.391 familles, ces auteurs ont trouvé que seulement 34.7% de ces familles correspondaient au modèle de famille nucléaire, tandis que 37% étaient formées autour de la seule mère. Par la comparaison de ces deux types de familles, on a pu constater que les enfants des familles où la mère était seule, présentaient plus fréquemment des troubles sociaux, par rapport aux familles biparentales. Cette plus grande fréquence de problèmes d'adaptation sociale ne semble pas devoir être attribuée à l'absence du père, puisque dans le cas de familles où un second adulte, par exemple la grand-mère, accompagnait la mère, la fréquence des troubles était comparable à celle des familles avec les deux parents. Ceci signifie que la seule étude de la famille nucléaire ne permet pas de comprendre ce qui se passe dans d'autres groupes importants de la population. De plus, la simple comparaison de la famille biparentale avec la famille monoparentale, ne prend pas en compte les autres types de structures familiales organisées sur base de la présence d'autres adultes, et qui peuvent être importantes du point de vue de son fonctionnement.

Le second travail a été réalisé par Reeb et al. (1986). Leur étude a portée sur un groupe de femmes enceintes et ils ont comparé la définition de la famille, obtenue en considérant les personnes qui vivaient dans le même foyer, avec la notion de famille telle que mentionnée par les femmes enceintes, lorsqu'on leur posait la question: "Qui fait partie de votre famille?" Dans le premier cas on observe une moyenne de 2.8 personnes par famille, pour 4.6 dans le second. Ceci signifie que pour les femmes interrogées la notion de famille ne correspond pas à sa définition démographique et qu'elles considèrent que la famille élargie a une grande importance, la majorité des familles interrogées comprenant des membres de trois générations. En outre, la famille telle que définie par ces femmes est en meilleure corrélation avec une série de mesures de fonctionnement psychosocial, par rapport à la famille définie par les personnes vivant dans le même foyer.

En conclusion, nous pensons que la définition de la famille doit, pour ce type d'étude, prendre en compte tous les adultes qui vivent ensemble et se baser aussi sur la perception que les personnes ont en ce qui concerne ceux qui composent leur famille.

## 1.2.- La famille du point de vue fonctionnelle

1.2.1.- La cohésion familiale. Une première dimension qui apparaît comme importante à la plupart des auteurs, est la "cohésion familiale". Ce terme n'est pas utilisé par tous les auteurs, mais nous l'avons repri car il nous semble le mieux accepté dans la littérature scientifique.

On fait ici référence à ce qui est considéré par la plupart des auteurs comme un processus fondamentale de la famille: l'établissement d'une distance interpersonnelle et le sentiment d'appartenance. Ce processus aurait lieu dès les premières étapes de la vie familiale, au moment même où se contitue le couple. A cette période les deux partenaires chercheraient un rapprochement maximal, étant donné la nécessité d'identification mutuelle qui caractérise toute relation de couple. Ensuite, cette motivation initiale donnerait naissance à un sentiment différent, de singularisation et de séparation. Enfin, ces deux sentiments persisteraient pendant le développement de la vie du couple, engendrant l'établissement d'un équilibre qui satisferait en même temps la nécessité d'appartenance au groupe familiale et la nécessité d'autonomie des individus.

Ces deux nécessités sont explicitement signalées dans la définition d'Olson, Sprenkle et Russel (1979) et dans celle de Lewis (1986), et peuvent également être déduites à partir de la notion de Minuchin (1978). Ce n'est pas le cas dans la formulation de Spanier (1976) qui, dans son étude, fait surtout référence au partage des activités, c'est-à-dire à la proximité. On se trouve dans le même cas avec la formulation de Moos (1975), qui ne fait pas référence à l'autonomie. Pour lui, la cohésion consiste seulement dans l'aspect de proximité et d'appartenance, l'autonomie faisant partie d'une autre notion, celle d'indépendance, qu'il place dans le contexte d'autres dimensions familiales: les dimensions en rapport avec la croissance personnelle.

Parmi toutes les échelles construites pour saisir empiriquement la dimension de la "cohésion familiale", les échelles utilisées le plus fréquemment sont celles d'Olson, Sprenkle et Russel (1979), et celle de Moos (1975). En comparant les deux, nous avons déjà mentionné une différence dans le sens de la conceptualisation. Cette différence prend de l'importance car, pour ce qui concerne la formulation de Olson (1986), la cohésion serait une dimension

curviligne, avec les deux extrêmes considérés comme dysfonctionnels. Dans ce sens, il est en accord avec la définition de Minuchin (1978). Par contre, dans la proposition de Moos (1975) et dans celle de Lewis (1986), il s'agit d'une dimension linéaire avec un seul extrême considéré comme dysfonctionnel.

Il faut signaler un aspect important et commun aux deux échelles, à savoir que la notion de normalité est obtenue statistiquement. Si nous comparons les échelles d'Olson, Sprenkle et Russel (1979) et celle de Moos (1975), d'une part, avec la proposition de Minuchin (1978), d'autre part, nous constatons que la quantification de cette dernière est plus difficile et subjective, et que par conséquent, les études qui l'utilisent ne sont pas facilement comparables. De plus, la comparaison numérique des résultats des deux systèmes de mesure donne souvent lieu à discussions, dans le sens que les évaluations cliniques ne donnent pas toujours les mêmes résultats que les estimations sur base de questionnaires. On peut interpréter ceci de deux façons. En premier lieu, les évaluations cliniques ne donnent pas une perception générale du milieu familiale, mais plutôt l'image d'une situation observée. La seconde interprétation est que les perceptions ressenties par les membres de la famille peuvent être différentes de celles perçues par des observateurs extérieurs. Un autre aspect des considérations précédentes est que les perceptions des différents membres de la famille ne sont pas toujours identiques. Les études établies sur base de questionnaires devraient donc permettre d'interroger plusieurs personnes.

1.2.2.- L'adaptabilité familiale. Une deuxième dimension mentionnée fréquemment est en rapport avec l'établissement de normes concernant la conduite des membres de la famille, la définition de rôles ou l'établissement d'une hiérarchie familiale. Ces normes incluent aussi des règles par rapport au maintien ou au changement de la structure familiale. En accord avec la littérature consultée, l'important n'est pas tellement le contenu de ces normes mais plutôt la flexibilité de leur application.

La notion d'adaptabilité familiale dérive de l'observation que chaque système est soumis à deux tendances opposées: l'une qui pousse au changement, l'autre qui tend au maintien du système. En général, on considère que la situation idéale consiste en un équilibre entre les deux tendances. C'est l'hypothèse de Olson, Sprenkle et Russel (1979), pour qui l'adaptabilité constitue une dimension curviligne dans laquelle les deux extrêmes sont

considérés dysfonctionnels. Pour la plupart des auteurs la conceptualisation est plutôt linéaire, avec un extrême correspondant aux familles "normales", et l'autre aux familles dysfonctionnelles, rigides et chaotiques. (Lewis, 1986; Minuchin, 1978; Moos, 1975). Par rapport à cette dimension de l'adaptabilité familiale, il faut signaler que, de même que pour la cohésion, sa formulation est obtenue sur une base empirique, sauf dans le cas de Minuchin et de Lewis.

On retrouve chez Moos (1975) une formulation différente des précédentes. Pour cet auteur, l'adaptabilité de la structure familiale serait définie par deux dimensions différentes: celle de l'organisation et celle du contrôle. La première rend compte de l'importance de l'organisation dans la vie familiale, tandis que la seconde se réfère à l'existence d'une hiérarchie et à la rigidité à l'intérieur de la famille. Pour lui, la séparation des deux dimensions a une justification empirique, mais il les réunit conceptuellement en tant que dimensions de maintien du système.

Olson, Sprenkle et Russel (1979) proposent que l'adaptabilité puisse varier en fonction du stress de différentes situations, et suivant les modifications dans le cycle de vie familiale. C'est-à-dire que dans des situations particulièrement stressantes, le groupe familial peut devenir rigide et cette rigidité peut faire partie d'une réponse adaptative. On retrouve la même idée chez Lewis (1986). Il est important de souligner qu'apparaît ici explicitement le caractère dynamique de cette propriété de la vie familiale. C'est-à-dire qu'il s'agit d'un processus qui peut se manifester de façon variable au cours des étapes de la vie familiale.

Cependant, la question qu'on se pose est la suivante: ne s'agit-il pas justement d'étudier et d'évaluer ces processus d'adaptation? C'est-à-dire, que cette rigidité momentanée ne serait-elle pas plutôt une manifestation d'adaptabilité et non pas une déficience de celle-ci? Nous pensons que, parfois, le terme rigidité ou flexibilité est davantage adéquat pour définir cette variable, car ce qu'on veut évaluer n'est pas un processus, mais un état, une situation dans le temps. La variation de cet état, le processus, peut être interprétée comme une plus ou moins grande adaptabilité.

En résumé, nous pouvons provisoirement conclure à propos de cette seconde dimension que la famille, étant soumise à différents types de tensions, doit avoir la possibilité de s'adapter. Cette capacité d'adaptation est formulée

en général en des termes positifs. Sa relation avec la santé serait également positive dans la mesure où une meilleure adaptabilité serait favorable à la santé des membres de la famille, sauf dans la formulation de Olson, pour qui une adaptabilité excessive est signe d'une dysfonction familiale.

1.2.3.- Le conflit familial. Les deux dimensions précédentes ont en commun le fait qu'elles mettent en contact deux personnes dont les attentes et les désirs par rapport à la vie familiale peuvent être, et sont souvent, différents. Pour la plupart des auteurs, c'est cette différence d'intérêts qui se trouve à la base d'une troisième dimension de la vie familiale: le conflit familial. Dans cet ordre d'idées le conflit serait donc inévitable et c'est là, en effet, l'opinion qu'on retrouve chez tous les auteurs. Plus encore, pour certains (Strauss, 1979; Weingarten et Leas, 1987) le conflit a un caractère positif car il stimule le développement et la croissance du couple. Ce qui est donc important, ce n'est pas la présence ou l'absence de conflit mais plutôt l'ampleur de celui-ci.

En ce qui concerne l'évaluation du conflit, nous voyons deux positions. La première souligne le comportement que la famille adopte en cas de conflit. Cette position se trouve exemplifiée par Minuchin (1978), Straus (1979) et Moos (1975). Ce qui intéresse ces auteurs est la description et la fréquence des comportements associés au conflit. Certains auteurs (Straus, 1979; Porter et O'Leary, 1980; Weingarten et Leas, 1987) proposent une classification des comportements qui refléterait, selon eux, différents niveaux de conflit. Minuchin (1978), pour sa part, bien que décrivant différents types de comportement face au conflit, ne tente pas de les classer selon le niveau d'intensité.

Une deuxième position par rapport à l'évaluation du conflit s'attache à décrire la présence de problèmes spécifiques à l'intérieur du couple, problèmes qui seraient une source de conflit, ainsi qu'à identifier des déficiences dans la manière de résoudre de tels problèmes (Snyder et Regts, 1982).

Nous constatons pour l'ensemble des propositions, exception faite de celle de Minuchin (1978), que les auteurs s'attachent à déterminer la "quantité de conflit", avec une supposition implicite, c'est-à-dire qu'un conflit plus important aurait plus de conséquences sur la santé des membres de la

famille. Cette position est nuancée par Snyder et Regts (1982) qui disent que l'importance du conflit n'a pas de valeur en soi, mais à l'intérieur d'un contexte.

Enfin, signalons que cette dimension de la vie familiale est thématifiée fréquemment comme un facteur qui pourrait influencer négativement la santé des individus. Mais une idée sous-jacente dans certains travaux est que le conflit, du moins un certain niveau de celui, serait un indice de mauvais fonctionnement familial. Nous nous demandons, donc, si le conflit représente vraiment une dimension constitutive de la structure familiale ou bien s'il devrait être conceptualisé comme un indice de la qualité du fonctionnement familial.

1.2.4.- Réseau social et soutien social. Une quatrième dimension qui caractérise la vie familiale est représentée par l'établissement de liens entre le groupe familial et son entourage. Cette dimension se réfère au processus d'insertion sociale de la famille, de la définition du point de passage entre ce qui serait strictement intrafamilial et une dimension plus large de l'entourage humain. Nous pensons que c'est ici qu'il faut situer l'étude du réseau social et du soutien social.

En premier lieu, il faut signaler que dans la littérature le concept de réseau social et de soutien social se réfère à deux niveaux différents d'analyse. D'un côté on parle de réseau social et de soutien social à partir de l'individu, tandis qu'un certain nombre d'auteurs parlent de réseau et de soutien par rapport à la famille. Ceci signifie que tandis que le premier point de vue considère la famille comme une partie du réseau social, le second considère le réseau au delà de la famille. Nous croyons que ces deux points de vue ne s'excluent pas nécessairement mais qu'ils sont plutôt complémentaires.

En second lieu, il paraît évident que les deux concepts de réseau social et de soutien social représentent deux choses différentes mais en relation. Pour la plupart des auteurs, le milieu social est constitué par les liens que l'individu ou la famille a avec son entourage. Il s'agit donc d'un concept structurel. Le soutien social, par contre, représente une fonction de ce réseau par rapport à la personne ou la famille. La relation qui s'établit entre réseau social et soutien social, n'est pas définie clairement. Pour certains auteurs, il existerait une relation positive entre la dimension du

réseau et la qualité du soutien, tandis que pour d'autres cette relation ne serait pas claire. D'autres aspects du réseau social comme, par exemple, la densité et la congruence, et que nous avons évoqués plus haut, seraient également en rapport avec la qualité du soutien offert.

Il est intéressant de signaler le fait que la structure du réseau social, établie à partir de l'individu, pourrait constituer une approche de la structure familiale. C'est-à-dire, la perception qu'une personne a de son entourage, qui comprend également son entourage familial, inclut la perception que cette même personne a de sa famille.

1.2.5.- En relation avec les quatre dimensions que nous venons d'évoquer, apparaît une cinquième: la satisfaction maritale. Cette dernière est peut-être la plus confuse et la moins bien définie de toutes. Comme nous l'avons déjà dit dans la première partie, la quasi totalité des travaux étudiés se basent sur l'utilisation de deux questionnaires: celui de Locke et Wallace (1959) et celui de Spanier (1976). Cependant, dans le premier cas l'auteur ne parle pas de satisfaction maritale, mais d'ajustement marital. Une analyse des questions qui composent le questionnaire, permet de vérifier que seulement 4 des 15 items se réfèrent spécifiquement à la satisfaction dans la relation maritale. Dans les autres questions les auteurs interrogent les gens sur une série de situations comme, par exemple, le partage des activités, le degré d'accord autour d'une série de sujets ou la manière de résoudre les désaccords. Mais les recherches évoquées dans la première partie ne font pas mention de ce détail, bien qu'on pourrait se dire que satisfaction maritale et ajustement marital représentent deux choses différentes.

Par ailleurs, Spanier (1976) signale que l'ajustement marital serait un processus susceptible d'être évalué par ses résultats, à savoir: la cohésion, la satisfaction du couple, le degré d'accord et l'expression affective. Pourtant, du point de vue du créateur de cet instrument, la satisfaction maritale ne serait qu'une manifestation d'un processus plus global, l'ajustement marital. Cette distinction est importante car, en effet, nous pouvons être d'accord avec cet auteur dans la mesure où si on parle d'ajustement marital, on fait référence à un processus. Par contre, parler de satisfaction maritale, fait penser à une évaluation d'un processus sous-jacent.

Enfin, par rapport à la validité empirique du questionnaire de

Spanier, nous voudrions mentionner le travail de Sharpley et Cross (1982) qui, dans une étude de replication des recherches de Spanier, ont constaté que le classement des sujets entre satisfaits et non satisfaits par rapport à leurs relations maritales pouvait être réalisé en n'utilisant qu'une des 32 questions contenues dans le questionnaire. De plus, en soumettant les réponses au même traitement statistique que celui utilisé par Spanier, ils n'ont pas retrouvé les quatre facteurs signalés par ce dernier.

Pour toutes ces raisons, il est donc difficile de faire une interprétation des travaux qui utilisent ces instruments, puisque leurs résultats peuvent être expliqués en termes d'ajustement, comme évaluation globale du processus de consolidation du couple, ou en termes plus précis, comme dans le cas du travail de Kazak et Clarck (1986) dans lequel les résultats sont en relation précise avec le facteur d'expression affective de l'échelle de Spanier. De toute façon il est clair que tant l'ajustement marital que la satisfaction maritale se situent dans une relation positive avec la santé des individus.

1.2.6.- Les événements de vie. Dans la perspective que nous venons de développer, les événements de vie, tels qu'ils sont traités dans la littérature, représenteraient des phénomènes plus ou moins prévisibles face auxquels la famille, en tant que groupe, va réagir. L'origine de ces phénomènes peut se situer à l'intérieur ou à l'extérieur de la famille. Dans tous les cas il s'agit de situations qui exigent un effort d'adaptation de la part de la famille. On pourrait donc penser que la relation entre les événements de vie et la famille est unidirectionnelle, les premiers influençant la seconde, d'une façon soit positive, soit négative. Cependant, nous croyons que cette vision n'explique pas dans sa totalité la relation qui existe entre événements de vie et famille.

Si nous considérons certaines hypothèses concernant les relations entre les événements de vie et la santé mentale de la population générale, nous constatons que les événements non seulement auraient la possibilité de déclencher des épisodes d'infirmité mentale, mais aussi que la maladie faciliterait l'occurrence d'un certain type d'événements, au moins de ceux qui dépendent le plus de la volonté du sujet. Si on applique ce raisonnement, d'une façon parallèle, à l'étude de la famille, nous pourrions dire que certains types de famille, en raison de leur structure particulière, seraient davantage exposées à la survenue de certains types d'événements. C'est-à-dire, que la

relation entre les événements de vie et la structure familiale serait bidirectionnelle, les premiers ayant une influence sur la seconde, mais la famille pouvant à son tour favoriser plus ou moins la survenance de ces événements.

En résumé, suivant la littérature examinée, la famille apparaît comme une unité sociale définie dans l'espace (notion morphologique) et soumise à des processus du type historique (notion fonctionnelle). Les variables et les dimensions que nous avons signalées devraient donc être comprises dans une perspective historique, bien que dans la plupart des cas leur étude soit réalisée dans une perspective transversale.

Par ailleurs, nous croyons que ces dimensions de la structure familiale sont en rapport et que, pourtant, elles s'influencent mutuellement, bien qu'il n'existe pas suffisamment de travaux qui mettent en évidence la relation entre les dimensions morphologiques et les dimensions fonctionnelles.

Enfin, nous voulons signaler que, dans la mesure où l'étude réalisée jusqu'ici ne se prétend pas exhaustive, il est important de tenir présent à l'esprit la possibilité d'incorporer d'autres variables ou dimensions dans l'étude de la structure familiale, aussi bien du point de vue morphologique que du point de vue fonctionnel.

### 1.3.- La notion de cycle de la vie familiale

Il est évident, dans ce que nous avons dit jusqu'ici concernant la structure familiale, qu'une notion sous-jacente est celle de cycle de vie. En effet, les références à ce sujet sont nombreuses dans la littérature.

Par cycle de la vie familiale, on entend généralement "la succession des moments qui marquent les opérations d'une unité de vie familiale depuis sa formation jusqu'à sa dissolution" (Cuisenier, 1977).

Dans le contexte du sujet qui nous occupe, il y a au moins trois raisons pour parler du cycle de vie.

- D'abord, la famille serait soumise à des processus qui la font varier tout au long de son histoire. Ainsi, par exemple, Hill (1977), parle de l'interdépendance des divers éléments de la famille comme d'une variable pouvant changer, commençant par être faible au début du mariage, puis variant avec le temps. Ensuite il dit que "si l'on considère la famille comme un système qui maintient des limites, on constate qu'il est partiellement fermé, semi-autonome, et lorsqu'il est aux prises avec des problèmes internes, il semble exclure le reste du monde de ses affaires" (op. cit. p. 35). Dans un article plus récent, Orth-Gomér et Johnson (1987) parlent du réseau social comme d'une caractéristique dont la stabilité serait faible chez les sujets âgés de moins de 35 ans. Dans la population plus âgée il serait stable, pour commencer à diminuer au moment du vieillissement. Ils disent aussi que le soutien social serait une variable plus instable dans le temps que le réseau social.

Pourtant, si nous voulons évaluer la structure familiale et sa relation avec la santé de ses membres, il faudra tenir compte du fait que cette structure est susceptible de varier selon l'étape du cycle de vie où se trouve la famille.

- Une deuxième raison de s'intéresser au cycle de vie familiale vient de l'idée que le passage d'une phase à l'autre entraîne la possibilité d'une crise du système familial. Cette idée se base sur la présomption qu'un tel passage implique une exigence de changement des rôles familiaux, laquelle donne souvent lieu à un stress. (Lavee, McCubbin et Olson, 1987). Nous reviendrons plus loin sur cette notion de stress.

- Une troisième raison serait qu'à chaque phase du cycle correspondrait un ensemble d'attitudes, d'habitudes et de croyances, lesquelles permettraient de prédire la situation de chaque famille selon la phase où elle se trouve. Cette idée est exprimée par Goode (1977), qui dit: "Il s'agirait de considérer chaque stade du cycle comme une variable, et d'analyser les attitudes et les modèles de valeurs qui s'y rattachent" (Goode, 1977).

Bref, bien que la notion de cycle de vie familiale soit d'utilisation courante dans la littérature analysée, il est loin de faire l'objet d'un consensus quant à sa valeur. Ainsi, le problème est que le concept de cycle de la vie familiale se fonde sur le groupe matrimonial et, de ce fait, on ignore le cas de toute une série de constellations familiales, telles que nous l'avons

montré auparavant (Kellam, Ensminger et Turner, 1977; Reeb et al., 1986). Par ailleurs, on ignore le cas des couples sans enfants, ou des couples qui commencent leur cohabitation avec des enfants (Trost, 1977).

Cela ne veut pas dire qu'il s'agit d'un concept inutile. Nous pensons que l'idée de développement familial, qui se trouve à l'arrière plan de la notion de cycle de vie familiale, est une notion tout-à-fait valable et qu'il vaut la peine de l'incorporer dans les analyses du sujet qui nous occupe. De plus, ce processus de développement familial semble être soumis à des particularités qui le font varier d'une culture à l'autre.

Pourtant, plutôt que de s'occuper des phases que traverse une famille, il semble plus intéressant s'intéresser au processus de développement même, des lois qui le déterminent, des caractéristiques de passage d'une étape à une autre, des caractéristiques de la vie familiale à l'intérieur de structures autres que la famille nucléaire. La détermination des phases, en fait, est fixée par l'intérêt de l'étude (Cuisenier, 1977).

## 2.- Les indices de santé

L'objectif de cette section est de systématiser l'information réunie dans la première partie, pour voir les aspects en rapport avec la santé individuelle et qui sont traités dans la littérature analysée, et, en même temps, mentionner certains éléments de relation avec le milieu familial.

### Types d'indices utilisés

L'observation des indices ou paramètres utilisés dans les recherches signalées, nous permet de voir qu'elles couvrent une large gamme d'aspects ou de processus. Nous classifions ces recherches en cinq grandes catégories, selon les indices de santé utilisés.

- En premier lieu, on peut citer les recherches qui utilisent la mortalité comme indice (Berkman et Syme, 1979; Berkman, 1986; House, Robbins et Metzner, 1982; Orth-Gomér et Johnson, 1987). Dans ces recherches on étudie

essentiellement l'action du réseau et du soutien social. On remarque qu'en général ils ont un effet protecteur, dans le sens de diminuer le risque de mortalité au sein des populations étudiées.

- En deuxième lieu, nous trouvons les études qui utilisent comme paramètre différents indices liés à la santé mentale des sujets. On utilise, par exemple, des indices comme le taux de maladie mentale dans la population générale (Bebbington, 1987; Segraves, 1980; Rushing, 1979), la qualité de la réinsertion sociale des patients hospitalisés pour maladie psychiatrique (Spiegel et Wissler, 1986), l'ajustement psychosocial des adolescents (Enos et Handal, 1986; Jaffe et al., 1986; Long et al., 1987), le suicide (Adam, 1986; Cross et Hirschfeld, 1986), la violence physique (Jaffe et al., 1986), ou sexuelle (Alexander et Lupfer, 1987). Les dimensions familiales en rapport avec ces indices sont variées et pratiquement toutes celles citées dans la première partie ont été étudiées en rapport avec ces indices.

- En troisième lieu, nous mentionnerons les recherches qui utilisent comme indice de santé différents troubles psychosomatiques ou des situations influencées par des variables psychologiques. Un exemple est constitué par les études qui font référence à la maladie ulcéreuse (Feldman et al., 1986; Gilligan et al., 1987), l'hypertension artérielle (De Frank, Jenkis et Rose, 1987; Strogatz et James, 1986), l'évolution symptomatique des enfants présentant une dermatite atopique (Gil et al., 1987), l'asthme bronchiale (Onnis, Tortolani et Cancrini, 1986; Minuchin, 1978) ou le diabète mellitus (Minuchin, 1978), et la douleur chronique, du moins celle d'origine psychogène (Turk, Flor et Rudy, 1987). Nous pouvons citer aussi les études en rapport avec les troubles de la circulation coronarienne, étant donné que le résultat sera, à long terme, le risque d'infarctus du myocarde, celui-ci considéré comme une maladie à composantes psychosomatiques (Blumenthal et al., 1987; Cohen et Matthews, 1987; Seeman et Syme, 1987). Dans ce groupe nous pouvons considérer également les travaux sur l'influence du stress pendant l'accouchement (Nuckolls, Cassel et Kaplan, 1972; Klaus et al., 1986) et les études sur la dysménorrhée (Whittle, Slade et Ronalds, 1987). Les variables familiales qui sont mises en relation avec ces indices, correspondent en général à toutes celles citées dans la première partie.

- Un autre type d'études utilise comme indice le processus d'adaptation face à l'existence de la maladie. On peut mentionner en exemple

les études sur l'adaptation au cancer du sein (Friedman et al., 1988), l'adaptation des adolescents à la présence d'un frère ayant une maladie chronique (Daniels et al., 1986), l'adaptation du conjoint de patients présentant une douleur chronique (Dunn-Geier et al., 1986), l'ajustement de la famille à la présence d'un enfant atteint d'une maladie chronique (Cowen et al., 1986). Les variables familiales associées à ce processus adaptatif sont principalement, mais non exclusivement, des variables qui reflètent la structure interne de la famille. D'autres études font référence au soutien social et considèrent que celui-ci aurait un effet positif. Cependant dans la littérature consultée elles sont les moins fréquentes.

- Un cinquième et dernier groupe parle du processus d'affrontement de la maladie (Dunst, Trivette et Cross, 1986; Fielding et al., 1985; Byrne et Cunningham, 1985). Bien que ce processus puisse être considéré comme semblable, même identique, à ceux qu'on a signalé comme adaptation, nous croyons qu'il est différent parce qu'il implique une attitude plus active de la part du patient ou de la famille. Dans ce cas, nous trouvons que tant les variables concernant la structure interne de la famille que le réseau social et le soutien social, ont été mis en rapport avec ce processus.

Qu'ont en commun les différents indices de santé cités? En premier lieu, ils se réfèrent à des processus multidéterminés. C'est-à-dire qu'il s'agit de situations plutôt inéspecifiques dans lesquelles un ensemble de facteurs distincts entre eux peut produire un résultat similaire. En deuxième lieu, la majorité, ou même tous, correspondent à des situations de longue évolution. Dans la catégorisation médicale, elles représentent des problèmes de type chronique. En troisième lieu, évidemment, ce sont des situations où l'évolution des phénomènes, tels qu'elle est décrite dans la littérature médicale, est très liée au contexte social dans lequel ils se développent.

Pourtant nous déduisons, par le caractère multidéterminé de tels indices, que la relation entre l'ambiance familiale et les indices de santé analysés ne peut pas être comprise comme une relation causale. De fait, telle est l'opinion de la quasi totalité des auteurs analysés.

Par ailleurs, leur évolution de type chronique et le fait qu'un même indice soit considéré parfois comme une variable dépendante, et parfois comme

une variable indépendante, nous amène à penser que la relation qui s'établit entre la famille et les indices présentés est une relation bidirectionnelle, c'est-à-dire que les deux s'influencent mutuellement.

Enfin, de par son caractère non spécifique, chaque dimension de l'ambiance familiale est en rapport avec certains indices mais pas avec tous. Dit d'une autre façon, chaque élément de la vie familiale peut affecter certains mais pas tous les aspects de la santé de ses membres.

Nous voudrions signaler une limitation résultant de cette revue, à savoir le fait que, sauf pour les études sur le processus d'adaptation ou d'affrontement de la maladie, toutes les autres recherches, donc la plupart d'entre elles, utilisent comme indice de santé un état morbide. Nous pensons que dans l'établissement d'une relation entre famille et santé individuelle il faudra entamer un processus de réflexion, pour élargir cette conception et aller au-delà de la maladie, en incorporant d'autres indices.

Sur base de ces données, nous pensons qu'il faut conceptualiser l'action de la famille comme une action "contextuelle". Donc, l'utilisation de termes tels que "famille normale" ou "famille pathologique" est très discutable. Ceci signifierait "pathologiser" un contexte, ce qui nous semble injustifié, ainsi que l'intention de "pathologiser" une société. Ce qui nous intéresse n'est pas la définition de contextes "normaux" ou "malades", mais la compréhension des mécanismes par lesquels certains contextes peuvent favoriser ou rendre difficile un processus particulier, c'est-à-dire, le processus individuel qui se développe autour de la santé et de la pathologie.

Cela ne signifie pas, à notre avis, qu'on doive abandonner l'utilisation de ces catégories, mais il nous semble que la notion de "normalité familiale" est une notion relative, c'est-à-dire qu'elle doit être analysée en fonction d'indices particuliers. Son utilité apparaît spécialement dans des études épidémiologiques de grandes populations, pour déterminer les groupes à risque et identifier les dimensions familiales en rapport avec certains types d'indices. Face à chaque cas particulier, il est important de tenir compte du fait que la présence d'un contexte défavorable ne suffit pas pour altérer la santé d'un individu; il faudra, en plus, la présence d'autres facteurs. Cela nous aide aussi à comprendre pourquoi en présence de certains facteurs qui

favorisent l'apparition d'une maladie, l'individu restera probablement sain. Peut-être est-ce le résultat d'une ambiance familiale favorable.

Jusqu'ici nous avons dit qu'il existait une relation entre la famille et certains indices de santé individuelle, mais nous n'avons pas résolu le problème de base de cette relation. En effet, la plupart des recherches citées dans la première partie utilisent une méthodologie d'étude des modèles de corrélation. En dernier terme ceci signifie seulement que les variables familiales et les indices utilisés sont en rapport. Mais comment s'établit cette relation? D'autre part, nous avons déjà signalé qu'il est nécessaire de comprendre cette relation comme étant bidirectionnelle. Quels éléments, en dehors de ceux déjà cités, nous permettent d'affirmer l'existence de cette bidirectionnalité? Selon nous, il y a deux phénomènes qui nous permettent d'étudier ces aspects. En premier lieu, l'analyse des fonctions familiales, et, en second lieu, le stress familial.

### **3.- Les fonctions familiales**

Dans la revue que nous avons faite, les auteurs font référence fréquemment à différentes fonctions ou tâches familiales, qui ne sont pas explicitement étudiées. Nous croyons, cependant, que leur explicitation peut aider à comprendre la relation qui s'établit entre la famille et la santé de ses membres.

Pour analyser les fonctions de la famille dans le domaine de la santé individuelle, nous les présenterons de deux façons.

3.1.- Dans une première approche, on peut parler de fonctions instrumentales et de fonctions affectives. En parlant de fonctions instrumentales, nous nous référons aux tâches telles que la transmission d'habitudes et d'attitudes qui ont un impact sur la santé de gens (Dunst, Trivette et Cross, 1986; Nater et al., 1985), la prestation de soins au cours d'une thérapie (Black et al., 1985; Cowen et al., 1986; Daniels et al., 1986; Fielding et al., 1986; McCormick, Stemmer et Athreya, 1986; McCubbin et al., 1983; Spiegel et Wissler, 1986), ou bien l'entraînement à des capacités spécifiques telles que l'apprentissage de techniques de réanimation (Dracup et al., 1986).

Par fonctions affectives nous entendons celles qui sont en rapport avec le développement psycho-affectif de l'enfant (Levy-Schiff, 1986; Lewis, 1986), la prestation de soutien émotionnel aux membres de la famille (De Franck Jenkins et Rose, 1987; Dunst, Trivette et Cross, 1986; Lewis, 1986), l'influence familiale dans le maintien ou l'extinction de comportements associés à la maladie, comme, par exemple, dans le cas des conduites associées à la douleur chronique (Block, 1981; Dunn-Geier et al., 1986; Hughes et al., 1987), ou la participation de la famille au processus d'affrontement à des situations stressantes (Cohen et Matthews, 1987; Kazak et Clark, 1986). Cette dernière fonction est similaire à celle que nous avons citée comme prestation de soutien émotionnel, mais nous croyons qu'elle se différencie dans le sens qu'elle est plus spécifique et moins globale que la prestation de soutien émotionnel. De plus, comme nous le verrons dans la partie suivante, il existe une bibliographie abondante sur la conduite d'affrontement du stress, ce qui justifie une étude séparée de cette fonction.

3.2.- Une deuxième approche des fonctions familiales est de les mettre en rapport avec le processus santé-maladie. Si nous considérons ce processus dans une perspective temporaire, nous pouvons voir que la famille agit à différents moments avec des actions particulières. Ainsi, les actions instrumentales, que nous avons citées, comme la transmission d'habitudes et d'attitudes et les actions affectives par rapport au développement psycho-affectif de l'enfant, peuvent être considérées comme des fonctions de type préventif. Une fois la maladie en cours, les actions instrumentales qui mettent en relation la participation du groupe familial aux actions thérapeutiques et à la prestation de soutien émotionnel, ainsi que l'influence sur les comportements associés à la maladie, peuvent être considérées comme des actions qui modifient le cours de la maladie.

Nous trouvons un exemple de l'attribution de tâches thérapeutiques à la famille, afin de modifier le pronostic de la maladie, dans le travail de Dracup et al. (1986). Ces auteurs font référence à une expérience d'entraînement en techniques de réanimation cardiorespiratoire destinée aux familles de patients qui présentent un risque de mort par maladie cardiaque. L'étude veut évaluer l'effet de cet entraînement sur la famille et les patients. Les résultats montrent que quand un membre de la famille s'entraîne en techniques de réanimation, ou quand il est mis au courant des facteurs de risque associés à la maladie, le patient montre davantage d'anxiété et de

dépression en comparaison à un groupe contrôle; de plus, l'ajustement psychosocial du patient est influencé négativement. D'ailleurs, les membres de la famille qui ont participé à l'entraînement ou au programme de formation sur des facteurs de risque associés à la maladie, ont été plus inclinés à des situations de dépression et d'anxiété par rapport au groupe contrôle.

Ceci signifie que la participation de la famille aux activités thérapeutiques, ne se réalise pas sans conséquences pour le groupe familial. Les données de cette étude nous permettent de suspecter que la dynamique interne de la famille s'est modifiée à cause de sa participation, celle-ci augmentant la responsabilité de la famille et le sentiment de dépendance des patients. En conclusion, l'intégration de la famille dans la thérapie doit évaluer l'effet que peut avoir une expérience de ce type sur la famille.

3.3.- Par ailleurs, nous voudrions signaler une autre fonction non comprise parmi celles citées ci-avant. Elle fait référence à la participation de la famille à la définition de la santé et de la maladie. Dans certaines sociétés, surtout les sociétés traditionnelles, le groupe familial est chargé de diagnostiquer la maladie et de définir la conduite à suivre. Cependant, une situation semblable peut être observée dans les sociétés industrialisées. Certains auteurs signalent que, par exemple, 70 à 90% de tous les épisodes de maladie sont menés hors du circuit formel de la santé et que l'auto-traitement à l'intérieur du groupe familial fournit une quantité appréciable de soins pendant la vie de l'individu (Turk, Flor et Rudy, 1987).

De Wals et al. (1984), en étudiant la mortalité infantile par maladie méningococcique en Belgique, ont constaté qu'un des facteurs associés au risque augmenté de mortalité était le retard à évaluer la gravité de la situation de la part de la famille, surtout dans le cas de familles de niveau socio-économique bas. Ils suggèrent qu'un moyen important pour améliorer le pronostic de ce type de maladie, est l'éducation de la mère, (spécialement les jeunes et celles qui appartiennent à un niveau socio-économique bas), pour lui permettre de reconnaître les signes d'une maladie grave.

Une situation semblable se retrouve par rapport au rôle de la famille dans l'élaboration d'une représentation de la santé (von Allmen et al., 1988). Ces auteurs décrivent deux orientations dans la définition d'une représentation de la santé. La première serait formée par la dichotomie

réflexive-instrumentale et la deuxième par la dichotomie endogène-relationnelle. Il est intéressant de noter, dans le travail de ces auteurs, que ces orientations sont mises en rapport avec certaines dimensions de la famille, et plus précisément avec leur insertion sociale. Ainsi, l'orientation relationnelle est mise en corrélation avec un certain mode de fonctionnement, que les auteurs appellent méta-domestique, et qui souligne la relation avec d'autres groupes sociaux. Par contre, l'orientation endogène est mise en rapport avec un mode de fonctionnement familial domestique, c'est-à-dire avec peu de contacts avec l'environnement social. Les auteurs émettent l'hypothèse selon laquelle l'orientation réflexive-instrumentale se caractériserait aussi par un certain type d'échanges intra-familiaux. Dans leurs conclusions, ils affirment que "la famille, selon nous, imprime sa marque à ses membres et oriente leurs manières de voir, en particulier dans la domaine de la santé".

3.4.- Un élément qui se situe au fond des dernières considérations, est l'existence d'un savoir familial. En effet, nous pensons que les différentes fonctions, et surtout les fonctions instrumentales, se font sur la base d'un ensemble de croyances, normes et valeurs qui agissent comme un savoir non établi formellement; mais il n'est pas moins important qu'un savoir formel. Schultheis et Luscher (1987) parlent de l'existence d'un savoir familial qui constitue un "*folk model*", par opposition au savoir scientifique qui constitue un "*expert model*". Cette opposition serait spécialement notoire dans le domaine de la puériculture, où le savoir se transmet dans le contexte familial de la mère à la fille, et dans le domaine de la transmission de la connaissance sexuelle et du contrôle des conséquences biologiques du comportement sexuel (Schultheis et Luscher, 1987, pp. 242-243).

Entre le savoir scientifique et le savoir familial existe parfois une différence, voire une opposition, parce que le savoir familial est souvent méprisé, considéré comme inadéquat par ceux qui détiennent le savoir scientifique. Par ailleurs, on peut trouver un autre type d'interrelation entre ces deux savoirs, quand la famille prend l'information provenant du savoir scientifique pour confirmer et renforcer ses propres croyances et valeurs, c'est-à-dire, comme un renforcement social de son propre savoir faire.

Nous voulons souligner l'absence totale dans la littérature analysée de travaux sur ce savoir familial, malgré le fait qu'il pourrait devenir un élément important pour comprendre les fonctions qu'accomplit la famille par

rapport à la santé de ses membres. Cette absence peut être expliquée par la tendance à étudier davantage les déficiences et les manques de la famille par rapport à une connaissance donnée, que ses ressources et ses potentialités. Une étude orientée vers la reconnaissance et l'activation des ressources propres à la famille, devrait tenir compte de ce savoir familial.

D'après nous, une autre raison pour donner davantage d'importance à ce savoir, est qu'il pourrait représenter, parmi d'autres croyances et valeurs (Lewis, 1986), et avec les dimensions affectives, un élément autour duquel se constitue la structure familiale. C'est-à-dire qu'il peut devenir une partie de l'identité du groupe familial; dès lors, n'importe quelle intention de modifier ce savoir devrait justifier sa légitimité. L'une des conditions de légitimation proposée par Schultheis et Luscher (1987), est la considération des conséquences que l'utilisation d'un savoir étranger au groupe familial pourrait avoir sur son fonctionnement, et dont nous trouvons un exemple dans le travail déjà mentionné de Dracup et al. (1986).

En conclusion, nous croyons que le rôle de la famille par rapport à la santé de ses membres est établi et se poursuit à travers différentes fonctions dont nous avons parlé dans les paragraphes ci-dessus. La question que nous nous posons est: comment la structure familiale se met-elle en rapport avec les fonctions signalées? Une étude parmi celles citées (Von Allmen et al., 1988) parle explicitement de ce point et propose des conclusions intéressantes qui méritent d'être étudiées en profondeur.

Nous pensons qu'un point qui doit être approfondi est le rapport entre la structure familiale et les ressources familiales. Nous avons déjà parlé de l'une de ces ressources, le savoir familial; dans la prochaine section nous reviendrons sur ce concept.

#### 4.- Le stress familial

##### 4.1.- La notion de stress

S'il s'agit d'un thème fréquemment mentionné dans la littérature consultée, il est également fréquent que la notion de stress ne soit pas définie de façon explicite, et que la plupart des auteurs adoptent une définition opérationnelle.

En général, il y a 3 notions sur le plan de la définition du stress qui sont soutenues par la plupart des auteurs (McCubbin, 1979; McCubbin et al, 1980):

- l'existence d'événements de vie et de circonstances d'une importance suffisante pour amener un changement dans le système familial.
- une fonction de la réponse de la famille stressée. Dans ce cas, on considère le résidu des tensions, problèmes ou conflits qui subsistent sans être résolus ou traités.
- le terme de crise, fréquemment utilisé, se réfère à l'incapacité ou la désorganisation dans la famille où les ressources sont inadéquats.

Comme on peut l'observer, il existe un parallélisme très clair entre la notion de stress tel qu'il est défini au niveau individuel, et la notion de stress familial. Cela se reflète également dans les méthodes utilisées plus fréquemment pour l'évaluation du stress, lesquelles, nous le verrons, proviennent en grand partie de conceptualisations réalisées pour l'étude du stress au niveau individuel.

Généralement, on considère le stress comme un processus déclenché par la survenance d'un événement qui modifie (ou change) le contexte social du sujet et qui implique, par conséquent, un effort d'adaptation de la part de l'individu ou de la famille (Rabkin et Struening, 1976; Beckman, 1983). De ce qui précède, on peut dégager 2 points de référence permettant d'évaluer l'importance du stress: l'évaluation des événements qui induisent le stress et l'évaluation des effets produits par ceux-ci. Comme nous le verrons ultérieurement, l'adoption de l'un ou l'autre point de référence n'est pas indifférent étant donné que le résultat ne sera pas nécessairement le même.

Une des premières méthodes élaborées pour évaluer opérationnellement le stress est l'échelle de Réadaptation Sociale, développée par Holmes et Rahe (Holmes et Rahe, 1967). A partir de l'analyse de cas, ils élaborèrent une liste de 43 événements qui précédaient souvent l'apparition d'une maladie. Ensuite, ils demandèrent à un groupe de 400 personnes d'attribuer une cote à chaque événement, selon le degré d'ajustement ou d'adaptation requis par celui. Cette cote pouvait être un chiffre entre 0 et 1.000. Les auteurs attribuaient au mariage un chiffre à priori de 500. A partir de leurs résultats, ils élaborèrent une échelle avec des cotations pour chaque événement qui reflèteraient la quantité d'ajustement requis, en supposant que cet ajustement correspondrait à la grandeur de l'événement stressant. Ces grandeurs sont à leur tour additionnables, c'est-à-dire que plus le nombre d'événements est élevé, plus la quantité d'ajustement requis est grande, plus le stress est grand. Cela a amené certains auteurs à n'utiliser que le nombre d'événements stressants comme indicateur de stress familial (Beautrais et al., 1982).

Ce questionnaire de Réadaptation Sociale a été utilisé dans l'étude de familles comprenant des enfants handicapés (Beckman, 1983; Wikler, 1986) et dans l'étude de femmes enceintes (Nuckolls, Cassel et Kaplan, 1972).

D'autre part, Coddington (1972, a et b) utilise la conceptualisation de Holmes et Rahe pour construire un instrument similaire destiné à être utilisé dans une population infantile. Partant des mêmes postulats de base, il élabore une liste de 43 événements qui, à son avis, se produisaient souvent au cours de l'enfance, et les soumit à l'appréciation de professeurs, pédiatres et spécialistes de santé mentale qui travaillaient avec les enfants. Les cotes attribuées par ces "experts", représentent, selon l'auteur, une évaluation de la quantité d'ajustement que chaque événement requiert de la part des enfants.

S'il est clair qu'on peut faire de nombreuses observations sur ce travail, nous voudrions en souligner une qui nous semble importante dans le contexte de cette discussion. En examinant l'ordre des événements dans la liste, c'est-à-dire leur importance relative par rapport à chacun des événements, Coddington n'a pas constaté de différences significatives entre les 3 groupes d'experts. Cependant, quand il analysa la cotation donnée à chaque événement, il observa des différences significatives dans 71 cas sur 144, ce qui s'expliquait par l'évaluation différente que faisaient d'une part les professeurs, et d'autre part, les spécialistes de la santé mentale et les pédiatres. Cela nous amène à

exprimer des doutes sur le fait de considérer comme valide le jugement d' "experts" pour évaluer l'impact qu'un événement peut avoir sur les enfants.

Cet instrument a été utilisé dans l'étude de situations à composante psychosomatique comme par exemple, chez des enfants souffrant de dermatite atopique (Gil et al., 1987) ou de douleur abdominal (Hodges et al., 1984).

Une seconde méthode très utilisée pour mesurer le stress est l'échelle de Ressources et Stress (QRS) de Holroyd (Holroyd, 1974). Dans ce cas, le stress est évalué à partir des problèmes rencontrés au niveau familial, lesquels seraient secondaires par rapport à l'événement stressant. Ce questionnaire fut développé spécifiquement pour l'évaluation du stress dans des familles comprenant des enfants handicapés, et c'est dans cette littérature qu'on le trouve le plus souvent (Wilton et Renaut, 1986; Friedrich, 1979; Friedrich et Friedrich, 1981; Beckman, 1983; Wikler, 1986); mais plus tard, il a été utilisé pour l'étude de familles comprenant des enfants souffrant d'autres maladies chroniques (Dunst, Trivette et Cross, 1986; Holroyd et Guthrie, 1986).

Beckman (1983) étudie les caractéristiques de l'enfant qui pourraient influencer le degré de stress de la mère, et constata que certaines caractéristiques étaient associées au niveau de stress mesuré suivant le QRS, mais pas au niveau de stress mesuré selon la formulation de Holmes et Rahe. D'autre part, Wikler (1986) est arrivé à des résultats semblables en étudiant la corrélation entre stress familial et les étapes de transition dans des familles avec des enfants handicapés. Ces deux auteurs arrivent à la conclusion que les 2 instruments mesurent des situations différentes dans la vie familiale.

D'autres auteurs ont utilisé des méthodes mixtes, fondamentalement cliniques, où l'on évalue la quantité d'événements stressantes et la répercussion que ceux-ci ont sur le sujet. Cette répercussion peut être évaluée par le sujet lui-même ou par un observateur étranger (Mölsä et Mölsä, 1985; Gilligan et al., 1987; Cohen et Anderson, 1986).

#### 4.2.- Les événements

Nous avons signalé que de la conceptualisation du stress découlent 2 aspects importants. Le premier de ceux-ci est l'étude des événements, et c'est à cela que nous nous référons dans ce qui va suivre.

Une des définitions habituellement citées est celle de Hill, qui a proposé un modèle pour l'étude du stress qui a beaucoup été utilisée dans la littérature sociologique. Une des composantes de ce modèle est le facteur A, "l'événement et les épreuves qui sont liées à celui-ci" (cit. en McCubbin et al., 1980; Walker, 1985). De là on peut éventuellement arriver à la conception selon laquelle l'événement est étroitement lié aux exigences et modifications qu'il engendre. De fait, la plupart des recherches ne différencient pas l'événement de la réponse qui lui est donnée, en partie parce que les études sont transversales et qu'on ne considère pas la dimension de temps (McCubbin et al., 1980; Walker, 1985). Cela explique également pourquoi le stress est défini comme une interrelation entre l'événement et la perception de celui-ci, comme dans la formulation de Holmes et Rahe (1967). En échange, nous avons vu que dans la formulation de Holroyd (1974), ce qui compte ce sont les conséquences de l'événement. Ces 2 aspects, qui pourraient être intimement liés, paraissent se rapporter plutôt à 2 choses différentes, comme nous l'avons déjà mentionné.

Dans l'étude des événements, un aspect important est la discussion relative à l'importance du nombre de ceux-ci, par rapport à l'importance de la signification de ces événements. En ce qui concerne la signification, de nombreuses études ont été consacrées à l'étude du niveau de stress par rapport à certaines caractéristiques de l'événement, particulièrement dans le cas de familles comprenant des enfants handicapés. Parmi les caractéristiques mentionnées, nous pouvons citer l'âge de l'enfant (Wilton, 1986; Kazak et Marvin, 1984; Friedrich, 1981), le type de déficit (Kazak, 1986), le tempérament de l'enfant, sa réactivité, la présence ou absence de modèles comportementaux répétitifs, la demande de soins et le taux de progrès (Beckman, 1983).

Dans d'autres situations, on fait aussi référence aux caractéristiques de l'événement pour expliquer le niveau de stress familial, comme dans le cas du botulisme (Cohen et Anderson, 1986). Hodges et al. (1984), constatent dans leur étude que les enfants souffrant de douleur abdominale présentaient davantage d'événements liés à la maladie et à la mort qu'un groupe d'enfants souffrant de troubles de comportement et un groupe d'enfants sains. Au contraire, dans le groupe d'enfants souffrant de troubles de comportement, on notait une présence plus forte d'événements de nature psychosociale, tels que divorce et problèmes de communication parentale.

D'autres auteurs, se réfèrent aussi à l'importance de considérer la

signification de l'événement. Pour Kovess (1986 ), par exemple, la signification de l'événement varie en fonction du groupe social, du sexe et de l'âge. Des opinions identiques sont exprimées par Le Roux (1986). Pour Amiel-Lebigre (1986, a et b), ce n'est pas le nombre d'événements qui compte mais leur impact, la manière de les vivre. De plus, pour cet auteur, les effets d'un événement ne sont pas déterminés par les caractéristiques de celui-ci, mais par la personnalité du sujet, et sa relation avec la maladie ne serait pas de type causal, mais plutôt déclenchante.

Certaines études, cependant, constatent une relation entre un certain nombre d'événements et l'apparition de maladies (Beautrais et al., 1982). D'autre part, certaines études qui ont analysé tant le nombre d'événements que leur signification observent que cette dernière a plutôt une valeur de prédiction, mais la quantité d'événements n'est pas sans valeur. De plus, on peut penser que l'accumulation d'événements a en soi une signification, c'est un événement doté d'une signification propre.

L'importance consacrée à l'étude de l'événement découle d'une conception de fond. Nous avons déjà mentionné les relations avec la théorie du stress individuel. Dans cette théorie on suppose que l'organisme se trouve dans une situation d'homéostasie, sur laquelle vient agir un événement. Le stress représente la réaction de l'organisme pour retrouver l'équilibre. Ce concept est également présent dans l'étude du stress familial. Ainsi, on considère que l'événement est quelque chose qui vient interrompre le cycle de vie normal de la famille (Mölsä et Mölsä, 1985). Cette conception de la famille comme système qui tend à l'homéostasie n'est pas acceptée par tous les auteurs.

Walkers (1985) propose ce qu'il appelle une conception contextuelle, où le stress et les événements font partie de l'histoire d'une famille, laquelle est normalement confrontée à des situations de stress et de changement. Dans ce concept, l'événement n'a pas d'importance; ce qui compte est l'étude de la famille et ses caractéristiques. En effet, en fonction de ce que nous venons de signaler, nous pouvons tomber d'accorder avec cet auteur dans le sens où un des points faibles de la théorie de Hill est la nécessité d'identifier un événement à l'origine de la crise familiale. Cette identification n'est pas toujours facile et souvent insuffisante, dans la mesure où l'événement n'est pas nécessairement un fait unique, défini dans le temps, et qu'il peut très bien signifier un processus, dans le sens d'une accumulation d'événements. Cela nous

amène à penser que l'événement en soi est inséparable de la réaction qu'il provoque, mais dans la mesure où cette réaction peut à son tour faire partie de l'événement, ou constituer un nouvel événement. En échange, le stress est également une réponse avec des intentions d'adaptation, c'est-à-dire qu'il se réfère à un processus qui englobe et détermine à son tour le cours de l'événement, dans ce sens où il peut se finir avec lui ou le prolonger.

Nous analyserons cette relation entre les événements et les modifications qu'elle produit au prochain point.

#### 4.3.- Modifications induites par l'événement

Un second point qui découle de la définition du stress se rapporte aux modifications produites par celui-ci au niveau familial. Ces modifications sont considérées comme des indicateurs du niveau de stress, comme par exemple, dans la formulation de Holroyd (1974). Cependant, comme nous le verrons dans la suite, ces modifications pourraient faire aussi partie du processus d'adaptation familiale à la situation de stress.

Nous signalerons en premier lieu les répercussions du stress au niveau individuel, ensuite au niveau familial, et nous verrons enfin la relation entre ces modifications et le processus d'affrontement (*coping*).

4.3.1.- Modifications à niveau individuel. Une des situations les plus étudiées a été la répercussion que l'on observe après la naissance d'un enfant handicapé. Dans une étude descriptive (Mölsä et Mölsä, 1985), les auteurs constatèrent que la réponse initiale était la négation, l'apparition de conduites négatives, la dépression, les sentiments de faute, de réjet et d'isolement. Cette étude considère tous les membres de la famille et les résultats montrent que l'adaptation fut plus rapide chez les frères et soeurs et les grands-parents que chez les parents.

Un point intéressant à signaler est que les effets sur les frères et soeurs ne sont pas nécessairement négatifs même si à court terme cela peut être la réalité la plus fréquente. Dans des études qui considèrent la situation à long terme, il est possible d'observer des effets négatifs en termes de stress et de dommage psychologique, découlant du fait qu'il faut prendre soin de

l'enfant handicapé, réaliser des tâches supplémentaires à la maison, et de l'affaiblissement des liens avec la mère. Cependant, on peut aussi observer des effets positifs, tels qu'une plus grande capacité d'adaptation et de développement de sentiments altruistes (Byrne et Cunningham, 1985).

D'autres études ont constaté qu'une plus grande quantité de stress familial était associé à une plus grande morbidité chez les enfants, lesquels étaient plus exposés à divers types de maladies (Beautrais et al., 1982). Dans le cas des parents, on a vu que ceux-ci souffraient d'anxiété et de dépression après la naissance d'un enfant handicapé (Kazak et Marvin, 1984). Nous voudrions signaler à ce sujet qu'il s'agit là d'un bon exemple sur la façon dont les conséquences d'un événement peuvent à leur tour se transformer en nouvel événement.

Enfin, certains auteurs indiquent que les effets du stress sur les individus ne sont pas linéaires, mais qu'ils sont médiatisés par une série de variables intermédiaires, dont l'une est le soutien social; cela pourrait diminuer la fréquence des problèmes physiques et psychologiques chez les parents d'enfants handicapés (Dunst Trivette et Cross, 1986). Nous reviendrons plus loin sur l'importance de ces variables médiatrices.

4.3.2.- Modifications à niveau familial. Si nous considérons les répercussion de l'événement stressant sur la famille, nous voyons que de nombreux changements s'opèrent à ce niveau. Mölsä et Mölsä (1985), ont constaté qu'après la naissance d'un enfant handicapé, la relation entre cet enfant et la mère était renforcée, alors que la relation entre la mère et les autres frères et soeurs était affaiblie. D'autre part, la relation entre le père et les frères/soeurs était plus proche que la relation avec l'enfant handicapé. Cela souligne l'idée qu'un événement comme la naissance d'un enfant handicapé entraîne une redéfinition de rôles à l'intérieur de la famille, la mère assurant de façon plus marquée les soins à donner à l'enfant malade, et le père accentuant son rôle instrumental (Kazak et Marvin, 1984; Kazak, 1986).

La répercussion sur la relation maritale a reçu une attention particulière. Friedrich (1981) signale que la naissance d'un enfant handicapé diminue la satisfaction maritale, tandis que dans une autre étude (Kazak et Marvin, 1984), on apprécie une augmentation de la satisfaction maritale. Cette divergence pourrait s'expliquer par l'utilisation de divers instruments pour mesurer la satisfaction maritale.

4.3.3.- Modifications et affrontement. Malgré ces divergences, il y a un accord sur le fait que l'apparition d'un événement peut entraîner des modifications plus ou moins permanentes de la structure familiale. Certaines de ces modifications, comme par exemple une plus grande différenciation de rôles, pourraient être considérées comme déficitaires; mais d'autre part elles peuvent représenter une réponse adaptative de la famille, différents événements produisant différents types de réponse familiale (Kazak, 1986).

La différence dans la réponse peut également se comprendre à partir de l'idée qu'un impact plus grand de l'événement peut demander un plus grand effort d'affrontement, lequel visera à maintenir l'intégrité et la stabilité familiale, de même qu'à préserver des relations de soutien mutuel entre les membres de la famille (McCubbin, 1979).

Cela veut dire que les modifications produites dans la famille ne sont pas seulement un effet passif produit par l'événement, mais qu'elles peuvent aussi représenter une réponse active de la famille dans son affrontement de celui-ci. Ce qui précède nous conduit à considérer la notion d'affrontement.

#### 4.4.- Le processus d'affrontement

L'affrontement ("coping" en anglais) est défini dans un sens large comme des stratégies développées dans une situation de stress (McCubbin, 1979). Plus explicitement, on qualifie d'affrontement les conduites, connaissances et perceptions destinées à résoudre ou atténuer des événements de vie potentiellement stressants (Byrne et Cunningham, 1985). Par conséquent, l'affrontement n'est pas un processus unitaire mais multidimensionnel, et son étude requiert une observation dans le temps; en effet, diverses stratégies peuvent être utilisées à différents moments. Cependant, certains auteurs se limitent à leur étude à partir des conséquences produites par l'événement, mesurées selon l'échelle de Holroyd (Friedrich, 1981). Dans ce cas, on suppose implicitement qu'une diminution du stress est le résultat d'un affrontement réussi.

L'étude du processus d'affrontement a commencé à recevoir une

certaine attention il y a quelques années seulement (McCubbin et al., 1980). Son étude s'est basée sur l'analyse des stratégies et ressources que la famille mobilise en vue d'affronter le ou les événements qui l'affectent. Nous consacrerons la prochaine section, précisément, à l'étude des ressources familiales.

#### 4.5.- Les ressources familiales

La conception de ressources n'est pas définie de façon explicite dans la littérature, même si le sujet est fréquemment abordé. Pour comprendre le terme, nous suivrons la classification proposée par certains auteurs qui distinguent ressources individuelles et ressources familiales.

4.5.1.- Ressources individuelles. Pour Rabkin et Struening (1976), la perception que le sujet a de l'événement stressant est partiellement influencée par sa sensibilité biologique et psychologique, par son intelligence, ses habilités verbales, le type de personnalité, les défenses psychologiques et le sentiment de contrôle de la réalité.

Dans une étude sur des patients ulcéreux, Feldman (1986), constate que ces patients différaient des contrôles du point de vue des facteurs de personnalité, de capacité d'affrontement (force de l'ego), et du soutien social. L'auteur conclut que cela pourrait influencer la perception que les patients ulcéreux ont des événements dans le sens où ils les percevaient de manière plus négative.

D'après ce qui précède, on voit qu'il y a une superposition entre la notion de ressources et celle de variables médiatrices. C'est-à-dire que pour certains auteurs, le soutien social est une variable médiatrice, et que pour d'autres, il constitue une ressource. Quoi qu'il en soit, nous avons l'impression que la différence n'est pas grande entre les deux termes, c'est pourquoi nous continuerons à utiliser celui de ressources.

Pour Walker (1985), les ressources individuelles sont l'auto-efficacité, le soutien social perçu, la possibilité de ventiler des sentiments, la capacité de placer une signification dans le résultat de la situation stressante et l'expérience préalable du stress. Il ajoute que l'analyse des ressources peut permettre une meilleure compréhension des processus d'affrontement au niveau individuel.

Nous signalerons pour finir que Byrne et Cunningham (1985) considèrent comme ressources potentielles la santé et l'énergie des membres de la famille, leur capacité à résoudre des problèmes, leur perception et définition de la situation.

4.5.2.- Ressources familiales. Parmi les ressources propres de la famille, nous pouvons mentionner en premier lieu la satisfaction maritale. En effet, de nombreux auteurs parlent de celle-ci comme d'une ressource permettant d'affronter le stress (Kazak et Marvin, 1984; Walker, 1985; Kazak, 1986; Friedrich, 1981; Dunst, Trivette et Cross, 1986). L'effet de cette caractéristique serait celui de tampon, face à la naissance d'un enfant handicapé, par exemple (Kazak, 1986).

Pour Dunst, Trivette et Cross (1986), le niveau socioéconomique affecte la satisfaction maritale dans le sens où les familles les plus pauvres présentent un niveau moindre de satisfaction

Cependant, on ne peut savoir clairement si la satisfaction maritale représente réellement une ressource. Si l'on a prouvé la relation entre interaction maritale positive et conduite fructueuse d'affrontement parental avec un enfant handicapé (Kazak, 1986), cela n'implique pas nécessairement que la satisfaction maritale est une ressource. Nous reviendrons plus loin sur ce point à propos d'autres variables.

Une seconde ressource mentionnée est la cohésion familiale (Olson, Sprenkle et Russel, 1979; Walker, 1985; McCubbin et al., 1980). Celle-ci se réfère à la notion qu'un degré plus élevé de cohésion est une ressource favorable dans ce sens où il favorise un affrontement adéquat du stress.

Une troisième ressource serait constituée par l'adaptabilité familiale (Olson, Sprenkle et Russel, 1979; McCubbin, 1980; Walker, 1985). De même que dans le cas précédent on considère qu'un degré adéquat d'adaptabilité permettra à la famille un affrontement adéquat des événements stressants.

L'observation que nous avons faite sur la satisfaction maritale, en nous demandant s'il s'agit ou non d'une ressource, peut être appliquée aux deux dernières variables. En effet, si l'on a bien démontré qu'il y a une relation entre ces caractéristiques et les processus d'affrontement, cela ne suffit pas

pour affirmer que ce sont des ressources du système familial. La relation peut s'expliquer différemment. Par exemple, les trois caractéristiques mentionnées peuvent être considérées comme des dimensions qui facilitent la mobilisation et l'utilisation adéquate des ressources que chaque individu possède à l'intérieur de la famille et d'autres qui sont propres à la famille. Ainsi, une relation maritale satisfaisante peut permettre à chacun des conjoints de mettre au service des tâches familiales ses propres ressources. La même chose peut se produire si le niveau de cohésion et d'adaptabilité sont adéquats; ces deux niveaux peuvent agir précisément sur le niveau de satisfaction que chacun des conjoints éprouve à l'intérieur de la relation.

Qu'est-ce qui pourrait donc être considéré comme ressource de la famille pour affronter le stress? Nous croyons que celles-ci sont fondamentalement représentées par la notion de soutien social et le savoir familial.

La première de celle-ci, le soutien social, est mentionnée comme ressource par divers auteurs (Byrne et Cunningham, 1985; Briançon et al., 1985; Nuckolls, Cassel et Kaplan, 1972; Kazak et Marvin, 1984; Walker, 1985; Kazak, 1986; Friedrich, 1981; Dunst, Trivette et Cross, 1986; McCubbin, 1979). Nous avons déjà signalé dans la première partie de ce travail ses aspects conceptuel, c'est pourquoi nous ne reviendrons pas sur ce point. Mais nous citerons deux aspects importants dans le contexte de cette discussion. Le premier a trait à l'observation selon laquelle la relation entre soutien social et affrontement n'est pas toujours une relation positive. Certains auteurs indiquent par exemple la possibilité qu'un réseau social plus dense constitue une source de stress supplémentaire pour la famille (Byrne et Cunningham, 1985; Kazak et Marvin, 1984; Walker, 1985). Certains groupes sociaux pourraient aussi interférer avec un processus d'affrontement adéquat pour la livraison d'information erronée (Briançon et al., 1985).

Un second aspect se réfère à la relation entre la famille et le soutien accordé par des organisations de santé formelles. Celle-ci n'est pas toujours la source la plus importante de soutien informel par les familles (Byrne et Cunningham, 1985), et constitue parfois une source de désorientation et de désespoir (Kazak, 1986). Par conséquent, la relation entre soutien social et affrontement du stress de la part de la famille s'avère complexe, même si en termes généraux et dans les études à grande échelle, son effet protecteur

paraît démontré, comme c'est le cas des études qui considèrent la mortalité comme indice de santé.

Le savoir familial peut être considéré comme une seconde ressource importante pour la famille. Nous y avons déjà fait référence auparavant et nous nous limiterons ici à dire qu'on a donné généralement peu d'importance à ce facteur. Cependant, son influence peut se manifester dans le cas de familles comprenant un enfant handicapé, par exemple. A ce niveau-ci, les croyances et les perceptions de la famille à propos du déficit peuvent être centrales dans les stratégies d'affrontement (Byrne et Cunningham, 1985). Cela se rapporte à un phénomène considéré comme central dans le processus d'affrontement, c'est-à-dire, la définition familiale de l'événement (Byrne et Cunningham, 1985; Walker, 1985; McCubbin et al., 1980).

L'incorporation du savoir comme ressource permet en outre d'expliquer la relation que certains auteurs établissent entre conduite d'affrontement et âge des parents (Alvarez, 1982), dans ce sens où des parents plus jeunes, spécialement des adolescents ne seraient pas suffisamment préparés, du point de vue de leurs connaissances, pour répondre aux exigences d'éducation d'un enfant.

A titre de conclusion partielle, nous pouvons signaler que le stress constitue donc un phénomène complexe, qui doit être étudié en considérant son développement temporel. De nombreux éléments font partie de ce phénomène, parmi lesquels on notera l'événement qui déclenche le stress (si l'on accepte la vision classique), les modifications induites par cet événement dans la famille, la réponse de celle-ci visant à une diminution ou à un contrôle des effets produits, et les ressources dont dispose la famille pour réaliser cette tâche. Le résultat final de tout ce processus peut être soit le retour à un état semblable à celui qui existait précédemment, ou l'apparition d'un nouvel état avec une redéfinition de rôles, par exemple. A son tour, l'intensité de ce processus peut avoir comme conséquence l'apparition d'un état symptomatique chez un ou plusieurs membres de la famille. De plus, la famille ne réagirait pas passivement face au stress, mais aurait pour fonction d'administrer les ressources de ses membres pour faire face à celui-ci (Byrne et Cunningham, 1985), et apparaîtrait en même temps comme une structure dont la fonction serait de médier la réaction de stress de ses membres (Cohen et Anderson, 1986).

Comme il s'agit d'un phénomène aussi complexe, il est nécessaire de considérer si l'on peut tenter de mesurer le stress à partir d'une seule de ses composantes, avant de déterminer si ce facteur est ou non représentatif du processus global. Tant qu'on n'apporte pas de réponse à ce qui précède, nous croyons opportun d'étudier le stress dans la multiplicité de ses éléments, c'est-à-dire, l'événement, la réponse, les modifications qu'il induit dans la famille et les ressources dont celle-ci dispose pour affronter le stress. Ce n'est qu'ainsi qu'on peut comprendre plus facilement le résultat de ce processus.

## CONCLUSIONS

Nous ne voulons pas reprendre ici les résultats des recherches rapportées déjà dans le cours du présent travail. Mais nous voulons souligner quelques aspects qui nous paraissent importants et liés aux questions que nous avons posées au début de ce travail.

- D'abord la relation entre famille et santé semble être bien établie. En effet, nous constatons que de nombreuses études, s'occupant de situations très différentes, sur des bases méthodologiques elles aussi différentes, et avec des orientations théoriques très variées, arrivent à des conclusions similaires, que nous pouvons résumer en citant Manciaux: "la famille apparaît à la fois comme un système de santé - toute atteinte, innée ou acquise, à la santé physique, mentale, sociale d'un de ses membres, retentit sur les autres - et comme système de prise en charge: qu'il s'agisse de traitement (d'une maladie chronique par exemple), de prévention, d'éducation à la santé, la famille est de bonnes dimensions opérationnelles, et doit être mobilisée comme telle, même si l'un de ses membres (souvent la femme dans les sociétés occidentales, le père dans le monde musulman, etc.) joue là un rôle prédominant" (Manciaux, 1987, p. 17).

- En ce qui concerne la relation entre la famille et la santé individuelle, il nous semble inadéquat de parler en termes de cause-effet. Nous avons dit qu'il faut considérer l'action de la famille comme l'action d'un contexte. Cela est cohérent avec l'idée que la santé et la maladie sont le résultat de l'interrélation d'un agent, avec un hôte, ce dernière placé dans un contexte. Ici, nous avons pu étudier ce contexte, ou plutôt une partie de celui-ci: la famille en tant que la partie la plus proche au sujet. Et nous avons pu définir ce contexte sur base de certaines dimensions ou variables qui permettent son étude et sa description.

- La description de la famille dans la littérature analysée est basée principalement autour de quelques dimensions ou variables. Il est clair qu'il faut une réflexion plus approfondie sur la signification conceptuelle de ces dimensions ou variables. Bien qu'il ait accord en ce qui concerne leur importance, il n'y a pas le même niveau d'accord par rapport aux définitions.

Les caractéristiques les plus mentionnées font référence à une

structure et à un mode de fonctionnement familial, tant vers l'intérieur de la famille que vers l'extérieur de celle-ci. Certaines caractéristiques familiales, comme le fait d'être monoparentales ou biparentales, ou la taille de la famille, ne reçoivent pas beaucoup d'intérêt dans la littérature analysée. Cela peut être dû au fait que l'influence de ces caractéristiques serait médiatisée par d'autres, qui expliquent mieux le mode de fonctionnement familial et son rapport à la santé, telles que la cohésion, l'adaptabilité, le conflit. Cela ne veut pas dire que la structure parentale ou la taille familiale soient indifférentes, mais que peut-être son action sur la santé du sujet est plus faible que celle de la structure définie autour des autres dimensions. Mais plutôt que de poser toutes ces variables en termes d'exclusion, ce que nous voulons souligner c'est l'importance de les considérer en termes de complémentarité et de les différencier en détail à l'heure de l'analyse.

- A côté de la structure familiale, nous avons cru identifier un autre trait qui nous semble important pour comprendre la relation entre famille et santé, et qui est celui des ressources familiales. Il nous semble qu'effectivement, au delà de facteurs sociaux comme le revenus, le niveau d'éducation formelle ou le groupe culturel d'appartenance, il y a d'autres éléments que peuvent être considérés comme ressources. Nous en avons signalé deux qui nous paraissent de particulière importance; le soutien social, en rapport à l'insertion de la famille dans sa communauté, et le savoir familial. Tous les deux méritent une étude plus approfondie.

- En concordance avec ce qui est dit dans les paragraphes précédents, nous pensons qu'il est convenable de définir la famille en termes de risque, plutôt qu'en termes de normalité ou pathologie, c'est-à-dire, selon la probabilité qu'ont les membres d'une famille de voir modifié leur état de santé. Ainsi, sur base de ce qui a été dit auparavant, nous pensons qu'une famille "à risque" peut être celle:

- dans laquelle certains épisodes de maladie sont plus fréquents.
- dans laquelle existe une personne atteinte d'une maladie chronique, particulièrement s'il s'agit d'une personne handicapée, ou s'il s'agit d'une maladie à composante psychosomatique.
- dans laquelle on constate une coupure avec le monde, c'est-à-dire, une famille isolée.
- dans laquelle les ressources sont insuffisants, au moins dans le sens

que nous avons défini ici.

- dans laquelle la structure rend difficile la mobilisation des ressources internes ou l'utilisation des ressources externes.

- enfin, celle qui se trouve à certaines étapes critiques de son développement, ce qui la rend plus vulnérable aux événements de vie, ou qui est soumise à une quantité élevée de tels événements.

Bref, la notion de "famille à risque" surgit à partir de trois types d'indicateurs: le niveau de santé individuelle de ses membres, les caractéristiques structurelles de la famille et son histoire, et le niveau de ressources que la famille possède.

- Le rôle de la famille par rapport à la santé de ses membres apparaît très large, mais nous avons l'impression qu'il ne s'agit pas d'une action de portée infinie. En effet, une telle action semble se produire autour de circonstances bien définies. Cela signifie d'une part, que certaines caractéristiques de la famille peuvent être en rapport avec quelques indices de santé mais non avec tous, et d'autre part qu'une modification quelconque de la santé ne peut être attribuée sans plus à l'action du milieu familial.

- Cela nous mène à considérer le problème des indices de santé. A partir des données trouvées dans la littérature parcourue, il nous semble qu'il est important d'arriver à la construction d'un indice de santé qui tient compte de la diversité des processus qui sont en jeu. Ou plutôt il serait plus adéquat d'utiliser plusieurs indices et de voir comment chacun se relie à chaque dimension ou variable de la famille. Il est clair, par ailleurs, que de tels indices ne peuvent pas se limiter à la considération d'état morbides. Il faut, en effet, élargir la conception de santé pour considérer des phénomènes tels que l'adaptation sociale et psychologique, par exemple.

Dans le même ordre d'idées, nous pensons qu'il faut mener une réflexion pour préciser ce qui serait un indice de santé et ce qui serait une caractéristique de la famille. Le niveau de conflit, par exemple, pourrait bien être considéré comme indice de santé, en tant qu'il se trouve lié conceptuellement à l'agressivité et par cette voie à la personnalité des sujets. Mais nous avons vu qu'il est considéré essentiellement comme une dimension de la structure familiale. Différencier ce qui serait un indice de santé de ce qui serait une dimension de la vie familiale, ne signifie pas différencier cause

d'effet, mais obéit seulement à la nécessité d'une clarification conceptuelle.

- Par ailleurs, la relation entre famille et santé, nous l'avons déjà dit, doit être comprise comme une relation bidirectionnelle. Cela signifie que certains traits de la vie familiale, la cohésion par exemple, peuvent être influencés pour la situation de santé des personnes qui composent la famille, mais ils peuvent aussi donner lieu à modifications de la santé individuelle.

- Enfin, en ce qui concerne la portée transculturelle de ces données, nous pensons qu'il faut une réflexion plus approfondie pour déterminer la valeur exacte des concepts que nous avons utilisés jusqu'ici. Par exemple, il apparaît dans la littérature que la cohésion familiale est une dimension fortement chargée d'un contenu culturel très précis. En effet, l'importance de la définition d'une distance interpersonnelle à l'intérieur de la famille et sa détermination à partir de deux besoins opposés, celui d'appartenance et celui d'indépendance, découle de l'importance donnée dans la société occidentale à ces deux besoins. Il est probable qu'un tel processus puisse se trouver aussi à l'intérieur d'autres cultures, mais son importance, ainsi que le but à atteindre, peuvent être très différents.

Un autre aspect où la différence transculturelle apparaît plus clairement, est celui des ressources. Nous avons signalé le savoir familial comme une ressource d'importance pour comprendre la relation de la famille avec la santé. Mais cette ressource sera d'autant plus important que l'action de la famille sera plus marquée. Dans des sociétés où le rôle de la famille est affaibli face à l'intervention d'un système formel de santé, l'importance du savoir familial peut être plus faible.

Nous voulons dire que, si les mêmes facteurs peuvent se trouver partout dans des sociétés très différentes, ce qui peut changer d'une société à une autre est l'importance et le contenu conceptuel de chaque facteur.

- Bref, nous avons commencé cette réflexion autour de quelques questions sur la relation entre famille et santé. Il est clair que nous ne sommes pas arrivé à formuler des réponses définitives, ce qui par ailleurs n'était pas le but de ce travail. Mais, nous arrivons à la formulation de nouvelles questions ou à une formulation plus adéquate des questions initiales. Ces questions, sur la forme d'hypothèse, devront être testées dans la suite.

BIBLIOGRAPHIE

- Adam K. 1986. **Early Family Influences on Suicidal Behavior.** *Ann Ny Acad Sci*, 487: 63-76.
- Albers L.J., Doane J.A. et Mintz J. 1986. **Social Competence and Family Environment: 15-year Follow-up of Disturbed Adolescents.** *Fam Proc*, 25: 379-389.
- Alexander P.C. et Lupfer S.L. 1987. **Family Characteristics and Long-Term Consequences Associated with Sexual Abuse.** *Archives of Sexual Behavior*, 16(3): 235-245.
- Alvarez, M. de la L. 1982. **Deprivación y familia.** Ed. Universitaria, Santiago, Chile.
- Amiel-Lebigre F. 1983. **Événements existentiels et psychopathologie.** *L'Encéphale*, IX, 9 B-16 B
- Amiel-Lebigre F. 1986 (a). **L'événement, un facteur ou un marqueur de risque?** *Acta psychiat. belg.* 86: 425-430.
- Amiel-Lebigre F. 1986 (b). **Événement de la vie et détermination de populations à risque de trouble mental.** *Psychosomatique*, 6: 35-40.
- Arrindel W.A. et Emmelkamp P.M.G. 1986. **Marital Adjustment, Intimacy and Needs in Female Agoraphobics and their Partners: A Controlled Study.** *Br J Psychiatry*, 149: 592-602.
- Baratta S., Perego P. et Zimmermann-Tansella C. 1987. **Transcultural differences in the perception of life events.** *Acta psychiatr. scand.* 75: 509-515.
- Beautrais A.L. et al. 1982. **Life events and childhood Morbidity: A Prospective Study.** *Pediatrics*, 70: 935-940.
- Bebbington P. 1987. **Marital Status and depression: A study of English national admission statistics.** *Acta psychiatr scan*, 75: 640-650.
- Beckman P.J. 1983. **Influence of selected Child Characteristics on Stress in Families of Handicapped Infants.** *Am J of Mental Deficiency*, 88(2): 150-156.
- Berkman L.F. et Syme S.L. 1979. **Social networks, Host resistance, and Mortality: A nine-year Follow-up study of Alameda County residents.** *Am J Epidemiology*, 109(2): 186-204.

- Berkman L.F. 1986. **Social networks, Support, and Health: Taking the next step forward.** *Am J Epidemiology*, 123(4): 559-562.
- Bilbro T.L. et Dreyer A.S. 1981. **A Methodological Study of a Measure of Family Cohesion.** *Fam Proc*, 20: 419-427.
- Black M.M. et al. 1985. **Individual and Family Factors Associated With Risk of Institutionalization of Mentally Retarded Adults.** *Am J Mental Deficiency*, 90(3): 271-276.
- Block A.R. 1981. **An Investigation of the Response of the Spouse to Chronic Pain Behavior.** *Psychosomatic Medicine*, 43(5): 415-422.
- Bloom J.R. 1982. **Social Support, Accomodation to Stress and Ajustement to Breast Cancer.** *Soc Sci Med*, 16: 1329-1338.
- Blumenthal J.A. et al. 1987. **Social Support, Type A Behavior, and Coronary Artery Disease.** *Psychosomatic Medicine*, 49: 331-340.
- Briançon S. et al. 1985. **Isolément, support social, événements de vie et état de santé.** *Rev. Epidém. et Santé Publ*, 33: 48-65.
- Briançon S. et al. 1988. **Soutien social, événements de vie et santé familiale.** *Sci Soc et Santé*, VI(1): 107-118.
- Byrne E.A. et Cunningham C.C. 1985. **The effects of Mentally Handicapped Children on Families—A Conceptual Review.** *J Child Psychol Psychiat*, 26(6): 847-864.
- Célérier M.-C. 1986. **Maladies auto-immunes, événements de la vie et personnalités psycho-pathologiques.** *Psychosomatique*, 6: 27-34.
- Cochrane R. et Robertson A. 1973. **The life events inventory: a measure of the relative severity of psycho-social stressors.** *J of Psychosomatic Research*, 17: 135-139.
- Coddington R.D. 1972. **The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children.** *J Psychosomatic Research*, 16: 7-18.
- Coddington R.D. 1972. **The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children - II A study of a normal population.** *J Psychosomatic Research*, 16: 205-213.
- Cohen R.E. et Anderson D.L. 1986. **Botulism: emotional impact on patient and family.** *J Psychosomatic Research*, 30(3): 321-326.
- Cohen S. et Matthews K.A. 1987. **Social Support, Type A Behavior, and Coronary Artery Disease.** *Psychosomatic Medicine*, 49: 325-330.

- Cooke D.J. 1986. **Psychosocial variables and the life event/anxiety-depression link.** *Acta psychiatr scand*, 74: 281-291.
- Cowen L. et al. 1986. **Psychologic Adjustment of the Family with a Member Who Has Cystic Fibrosis.** *Pediatrics*, 77: 745-753.
- Cross C.K. et Hirschfeld R.M.A. 1986. **Psychocial Factors and Suicidal Behavior. Life Events, Early Loss, and Personality.** *Ann Ny Acad Sci*, 487: 77-89.
- Cuisenier J. 1977. **Le cycle de vie familiale: origine et champ de l'interrogation.** En: *Le cycle de la vie familiale dans les sociétés européennes*, pp. 1-5. Ed. par Jean Cuisenier, Mouton, Paris
- Daniels D. et al. 1986. **Psychosocial functioning of siblings of children with rheumatic disease.** *J Pediatr*, 109: 379-383.
- DeFranck R.S., Jenkins C.D. et Rose R.M. 1987. **A Longitudinal Investigation of the Relationships Among Alcohol Consumption, Psychosocial Factors, and Blood Pressure.** *Psychosomatic Medicine*, 49(3): 236-249.
- De Wals P. et al. 1984. **Mortality in meningococcal disease in Belgium.** *Journal of Infection*, 8: 264-273.
- Dracup K. et al. 1986. **Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) Training. Consequences for Family Members of High-Risk Cardiac Patients.** *Arch Intern Med*, 146: 1757-1761.
- Dunn-Geier B.J. et al. 1986. **Adolescent Chronic Pain: the Ability to Cope.** *Pain*, 26: 23-32.
- Dunst C.J., Trivette C.M. et Cross A.H. 1986. **Mediating Influences of Social Support: Personal, Family, and Child Outcomes.** *Am J Mental Deficiency*, 90(4): 403-417.
- Engels G.L. 1977. **The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine.** *Science*, 8 april 1977, 196(4286): 129-136.
- Enos D.M. et Handal P.J. 1986. **The relation of Parental Marital Status and Perceived Family Conflict to Adjustment in White Adolescents.** *J of Consulting and Clinical Psychology*, 54(6): 820-824.
- Feldman M. et al. 1986. **Life Events Stress and Psychosocial Factors in Men With Peptic Ulcer Disease.** *Gastroenterology*, 91: 1370-1379.
- Fielding D. et al. 1985. **Children with End-Stage Renal Failure; Psychological Effects on Patients, Siblings and Parents.** *J of Psychosomatic Research*, 29(5): 457-465.

- Flor H., Turk D. et Scholz B. 1987. **Impact of Chronic Pain on the Spouse: Marital, Emotional an Physical Consequences.** *J of Psychosomatic Research*, 31(1): 63-71.
- Flor H., Turk D.C. et Rudy T. 1987. **Pain and faililies. II. Assessment and traitement.** *Pain*, 30: 29-45.
- Friedman L.C. et al. 1988. **Women With Breast Cancer: Perception of Family Functioning and Adjustement to illness.** *Psychosomatic Medicine*, 50: 529-540.
- Friedrich W.N. 1979. **Predictors of the coping Behavior of Mothers of Handicapped Children.** *J of Consulting and Clinical Psychology*, 47(6): 1140-1141.
- Friedrich W.N. et Friedrich W.L. 1981. **Psychosocial Assets of Parents of Handicapped and Nonhandicapped Children.** *Am J of Mental Deficiency*, 85(5): 551-553.
- Gehring T.M. et Wyler I.L. 1986. **Family-System-Test (FAST): A Three Dimensional Approach to Investigate Family Relationships.** *Child Psychiatry and Human Development*, 16(4): 235-248.
- Gil K.M. et al: 1987. **The relation of stress and family environment to atopic dermatitis symptoms in children.** *J of Psychosomatic Research*, 31(6): 673-684.
- Gilligan I. et al. 1987. **Life events and chronic difficulties in duodenal ulcer: a case control study.** *J of Psychosomatic Research*, 31(1): 117-123.
- Goldstein M.J. 1985. **Family Factors that Antedate the Onset of Schizophrenia and Related Disorders: The Results of a Fifteen Year Prospective Longitudinal Study.** *Acta psyciatr scan (suppl)* n° 319, vol 71: 7-18.
- Goode W. 1977. **Family cycle and theory construction.** En: *Le cycle de la vie familiale dans les société européennes*, pp. 59-74. Ed. par Jean Cuisiener, Mouton, Paris.
- Gove W.R. 1979. **Sex, Marital Status, and Psychiatric Treatment: A Research Note.** *Social Forces*, 58(1): 89-93.
- Greenspan S.I. 1982. **Developmental Morbidity in Infants in Multi-Risk-Factor Families: Clinical Perspectives.** *Public Health Reports*, 97(1): 16-23.
- Grolnick L. 1972. **A Family Perspective of Psychosomatic Factors in illness: A Review of the Literature.** *Fam Proc*, 11: 457-486.

- Gustafsson P.A. et al. 1987. **Asthma and Family interaction.** *Archives of Disease in Childhood*, 62: 258-263.
- Harding T.P. et Lachenmeyer J.R. 1986. **Family interaction patterns and locus of control as predictors of the presence and severity of anorexia nervosa.** *J of Clinical Psychology*, 440-448.
- Hill R. 1977. **Social theory and family development.** En: *Le cycle de la vie familiale dans les sociétés européennes*, pp. 9-38. Ed. par Jean Cuisiener, Mouton, Paris.
- Hodges K. et al. 1984. **Life events occurring in families of children with recurrent abdominal pain.** *J of Psychosomatic Research*, 28(3): 185-188.
- Holmes T.H. et Rahe R.H. 1967. **The social readjustment rating scale.** *J of Psychosomatic Research*, 1: 213-218.
- Holroyd J. 1974. **The Questionnaire of Resources and Stress: An Instrument to Measure Family response to a Handicapped Family Member.** *J Community Psychology*, 1974(2): 92-94.
- Holroyd J. et Guthrie D. 1986. **Family Stress with Chronic Childhood illness: Cystic Fibrosis, Neuromuscular Disease, and Renal Disease.** *J of Clinical Psychology*, 42(4): 552-561.
- House J.S., Robbins C. et Metzner H.L. 1982. **The Association of Social Relationships and Activities with Mortality: Prospective Evidence from the Tecumseh Community Health Study.** *Am J Epidemiology*, 116: 123-140.
- Hughes A.M. et al. 1987. **Psychogenic Pain: A study of marital adjustment.** *Acta psychiatr scan*, 75: 166-170.
- Hughes H.M. et Barard S.J. 1983. **Psychological Functioning of Children in a battered women's shelter: a preliminary investigation.** *Am J Orthopsychiatry*, 53(3): 525-531.
- Jaffe P. et al. 1986. **Family Violence and Child Adjustment: A Comparative Analysis of Girls' and Boys' Behavioral Symptoms.** *Am J Psychiatry*, 143: 74-77.
- James S.A. 1987. **Psychosocial precursors of hypertension: a review of the epidemiological evidence.** *Circulation*, 76(suppl 1), 1-60, 1-66.
- Kazak A.E. 1986. **Families with Physically Handicapped Children: Social Ecology and Family Systems.** *Fam Proc*, 25: 265-281.
- Kazak A.E. et Clark M.W. 1986. **Stress in Families of children with Myelomeningocele.** *Developmental Medicine & Child Neurology*, 28: 220-228.

- Kazak A.E. et Marvin R.S. 1984. Differences, Difficulties and Adaptation: Stress and Social Networks in Families with a Handicapped Child. *Family Relations*, 33: 67-77.
- Kellam S.G., Ensminger M.E. et Turner R.J. 1977. Family Structure and the Mental Health of Children. *Arch Gen Psychiatry*, 34: 1012-1022.
- Kiecolt-Glaser J.K. et al. 1987. Marital Quality, Marital Disruption, and Immune Function. *Psychosomatic Medicine*, 49(1): 13-34.
- Klaus M.H. et al. 1986. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *Br Med J*, 293: 585-587.
- Koenigsberg H.W. et Handley R. 1986. Expressed Emotion: From Predictive Index to Clinical Construct. *Am J Psychiatry*, 143: 1361-1373.
- Korsch B.M. et al. 1973. Kidney transplantation in children: Psychosocial follow-up study on child and family. *The Journal of Pediatrics*, 83(3): 399-408.
- Kovess, V. 1986. Les événements de la vie et la santé. *Psychosomatics*, 5: 85-93.
- Krell R. et Rabkin L. 1979. The Effects of Sibling Death on the Surviving Child: A Family Perspective. *Fam Proc*, 18: 471-477.
- Lavee Y., McCubbin H.I. et Olson D.H. 1987. The Effect of Stressful Life Events and Transitions on Family Functioning and Well-being. *J Mar Fam*, 49: 857-873.
- Le Roux, C. 1986. Approche sociologique des événements de vie. *Psychosomatique* 6, 15-18.
- Levy-Shiff, R. 1986. Mother-Father-Child Interactions in Families With a Mentally Retarded Young Child. *Am J of Mental Deficiency*, 91(2): 141-149.
- Lewis J.M. 1986. Family Structure and Stress. *Fam Proc*, 25: 235-247.
- Litman T.J. et Venters M. 1979. Research on Health Care and the Family: A Methodological Overview. *Soc Sci & Med*, 13A: 379-385.
- Locke H.J. et Wallace K.M. 1959. Short Marital-Adjustment and Prediction Tests: Their Reliability and Validity. *Marriage and Family Living*, august 1959: 251-255.
- Long N. et al. 1987. Self Perceived and Independently Observed Competence of Young Adolescents as a Function of Parental Marital Conflict and Recent Divorce. *J Abnormal Child Psychology*, 15(1): 15-27.

- MacDonald D.I. et Blume S.B. 1986. **Children of Alcoholics.** *Am J Disease of Children.* 140: 750-754.
- Manciaux M., Lebovici S., Jeameret O., Sand E.A. et Tomkiewicz S. eds. 1987. **L'enfant et sa santé.** Doin Ed., Paris.
- Martin P. 1975. **Marital Breakdown in Families of Patients with Spina Bifida Cystica.** *Develop Med Child Neurol,* 17: 757-764.
- McCormick M.C., Stemmler M.M. et Athreya B.H. 1986. **The Impact of Childhood Rheumatic Diseases on the Family.** *Arthritis and Rheumatism,* 29(7): 872-879.
- McCubbin H.I. 1979. **Integrating Coping Behavior in Family Stress Theory.** *J Mar Fam,* 41: 237-244.
- McCubbin H.I. et al. 1980. **Family Stress and Coping: A Decade Review.** *J Mar Fam,* 42: 855-871.
- McCubbin H.I. et al. 1983. **CHIP-Coping Health Inventory for Parents: An Assessment of Parental Coping Patterns in the Care of the Chronically Ill Child.** *J Mar Fam,* 45: 359-370.
- McFarlane A.C. et Brooks P.M. 1987. **Psychological Predictors of Disease Course in Rheumatoid Arthritis.** *J of Psychosomatic Research,* 31(6): 757-764.
- Minuchin S., Rosman B. et Baker L. 1978. **Psychosomatic Families.** Cambridge, Mass, Harvard University Press.
- Mölsä P.K. et Mölsä S.A.I. 1985. **The Mentally Handicapped Child and Family Crisis.** *J of Mental Deficiency Research,* 29: 309-314.
- Moos R.H. et Moos B.S. 1975. **Families.** En *Evaluating Correctional and Community settings,* pp. 263-287. Ed par Rudolf H. Moos. John Wiley & Sons, N.Y.
- Moos R.H. et Moos B.S. 1976. **A Typology of Family Social Environments.** *Fam Proc,* 15: 357-370.
- Mortreu B. 1986. **Perspectives familiales dans l'approche psychosomatique de la maladie ulcéreuse duodénale.** Mémoire Faculté de Psychologie, UCL.
- Nater B. et al. 1985. **Influence du milieu familial sur l'évolution de la consommation de tabac dans 2 villes d'intervention et 2 villes témoins suisses.** *Rev. Epidém. et Santé Publ,* 33: 90-96.
- Nuckolls K.B., Cassel J. et Kaplan B.H. 1972. **Psychosocial Assets, Life Crisis and the Prognosis of Pregnancy.** *Am J Epidemiology,* 95: 431-441.

- Olson D.H., Sprenkle D.H. et Russell C.S. 1979. **Circumplex Model of Marital and Family Systems: I. Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types, and Clinical Applications.** *Fam Proc*, 18(1): 3-28.
- Olson D.H. 1986. **Circumplex Model VII: Validation Studies and FACES III.** *Fam Proc*, 25: 337-351.
- Onnis L., Tortolani D. et Cancrini L. 1986. **Systemic Research on Chronicity Factors in Infantile Asthma.** *Fam Proc*, 25: 107-122.
- Orth-Gomér K. et Johnson J.V. 1987. **Social Network Interaction and Mortality. A Six Year Follow-up Study of a Random Sample of the Swedish Population.** *J Chron Dis*, 40(10): 949-957.
- Parker G. et Barnett B. 1988. **Perceptions of Parenting in Childhood and Social Support in Adulthood.** *Am J Psychiatry*, 145(4): 479-482.
- Payne B. et Norfleet M.A. 1986. **Chronic Pain and the Family: A review.** *Pain*, 26: 1-22.
- Porter B. et O'Leary D.K. 1980. **Marital Discord and Childhood Behavior Problems.** *J of Abnormal Child Psychology*, 8(3): 287-295.
- Power M.J. 1987. **The perception of life events in depressed inpatients and hospitalized controls.** *J of Clinical Psychology*, 43(2): 206-211.
- Quintin A. et Steichen R. 1979. **Psychologie des conflits conjugaux: similitude et complémentarité.** *Cahiers de Sciences Familiales et Sexologiques*, 2: 77-151.
- Rabkin J.G. et Struening E.L. 1976. **Life Events, Stress, and Illness.** *Science*, 194: 1013-1020.
- Reeb K.G. et al. 1986. **Defining Family in Family Medicine: Perceived Family vs Household Structure in a Urban Black Population.** *J of Family Practice*, 23(4): 351-355.
- Rodgers R.H. 1977. **The family life cycle concept: past, present, and future.** En: *Le cycle de la vie familiale dans les sociétés européennes*, pp. 39-57. Ed. par Jean Cuisinier, Mouton, Paris.
- Rushing W.A. 1979. **Marital Status and Mental Disorder: Evidence in Favor of a Behavioral Model.** *Social Forces*, 58(2): 540-556.
- Sawyer M., Crettenden A. et Toogood I. 1986. **Psychological Adjustment of Families of Children and Adolescents Treated for Leukemia.** *Am J Pediatric Hematology/Oncology*, 8(3): 200-207.

- Schulteis F. et Luscher K. 1987. **Familles et savoirs.** *L'année sociologique*, 37: 239-263.
- Seeman T.E. et Syme S.L. 1987. **Social Networks and Coronary Artery Disease: A Comparison of the Structure and Function of Social Relations as Predictors of Disease.** *Psychosomatic Medicine*, 49: 341-354.
- Segraves R.T. 1980. **Marriage And Mental Health.** *J of Sex & Marital Therapy*, 6(3): 187-198.
- Sharpley C.F. et Cross D.G. 1982. **A Psychometric Evaluation of the Spanier Dyadic Adjustment Scale.** *J Mar Fam*, 44: 739-741.
- Snyder D.K. et Regts J.M. 1982. **Factor Scales for Assessing Marital Disharmony and Disaffection.** *J of Consulting and Clinical Psychology*, 50(5): 736-743.
- Spanier G.B. 1976. **Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and similar Dyads.** *J Mar Fam*, 38: 15-28.
- Spanier G.B. et Thompson L. 1982. **A Confirmatory Analysis of the Dyadic Adjustment Scale.** *J Mar Fam*, 44: 731-738.
- Spiegel D. et Wissler T. 1986. **Family Environment As a Predictor of Psychiatric Rehospitalization.** *Am J Psychiatry*, 143: 56-60.
- Strachan A.M. et al. 1986. **Emotional Attitudes and Direct Communication in the Families of Schizophrenics: A Cross-National Replication.** *Br J Psychiatry*, 149: 279-287.
- Straus M.A. 1979. **Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales.** *J Mar Fam*, 41: 75-88.
- Strogatz D.S. et James S.A. 1986. **Social Support and Hypertension among blacks and whites in a rural, southern community.** *Am J Epidemiology*, 124: 949-956.
- Terra J.L. et al. 1986. **Evénements de la vie et cancer du sein.** *Acta psychiat. belg.*, 86: 496-501.
- Trost J. 1977. **The family life cycle. A problematic concept.** En: *Le cycle de la vie familiale dans les sociétés européennes*, pp. 467-481. Ed par Jean Cuisiener, Mouton, Paris.
- Tousignant M. 1988. **Soutien social et santé mentale: une revue de la littérature.** *Sciences Sociales et Santé*, VI(1): 77-106.
- Turk D.C., Flor H. et Rudy T. 1987. **Pain and families. I. Etiology, maintenance, and psychosocial impact.** *Pain*, 30: 3-27.

- von Allmen M. et al. 1988. **Les représentations de la santé dans la famille: une analyse exploratoire.** *Revue internationale d'action communautaire*, 18/58: 67-79.
- Walker A.J. 1985. **Reconceptualizing Family Stress.** *J Mar Fam*, 47: 827-837.
- Walker J.H., Thomas M. et Russell I.T. 1971. **Spina Bifida-and the Parents.** *Develop. Med. Child Neurol*, 13: 462-476.
- Weingarten H. et Leas S. 1987. **Levels of Marital Conflict Model: A guide to Assessment and Intervention in Troubled Marriages.** *Am J Orthopsychiat*, 57(3): 407-417.
- Whittle G.C., Slade P. et Ronalds C.M. 1987. **Social Support in Women Reporting Dysmenorrhea.** *J of Psychosomatic Research*, 31(1): 79-84.
- Wikler L. 1986. **Periodic Stress of Families of Older Mentally Retarded Children: An Exploratory Study.** *Am J of Mental Deficiency*, 90(6): 703-706.
- Wilton K. et Renaut J. 1986. **Stress levels in families with intellectually handicapped preschool children and families with non handicapped preschool children.** *J Mental Deficiency Research*. 30: 163-169.
- Wolters W.H., Bonekamp A.L. et Donckerwolcke R. 1973. **Experiences in the development of a haemodialysis centre for children.** *J of Psychosomatic Research*, 17: 271-276.