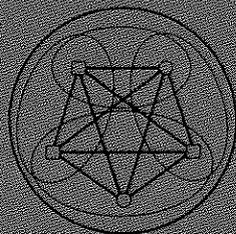


THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones



Comité de rédaction : Guy AUSLOOS, Montréal — Jean-Claude BENOIT, Paris — Léon CASSIERS, Bruxelles — Yves COLAS, Lyon — † Jean-Jacques EISENRING, Marsens — Daniel MASSON, Lausanne — Maggy SIMEON, Louvain-La-Neuve.

Comité scientifique : C. BRODEUR, Montréal — Ph. CAILLE, Oslo — M. DEMANGEAT, Bordeaux — A. DESTANDEAU, Menton — J. DUSS von WERDT, Zürich — P. FONTAINE, Bruxelles — L. KAUFMANN, Lausanne — J. KELLERHALS, Genève — S. LEOVICI, Paris — J.-G. LEMAIRE, Versailles — A. MENTHONNEX, Genève — † R. MUCCHIELLI, Villefranche/Mer — R. NEUBURGER, Paris — Y. PELICIER, Paris — R.P. PERRONE, St Etienne — F.X. PINA PRATA, Lisbonne — † J. RUDRAUF, Paris — P. SEGOND, Vaucresson — J. SUTTER, Marseille — M. WAJEMAN, Paris — P. WATZLAWICK, Palo Alto.

Rédaction : Prière d'adresser la correspondance à :

Dr Daniel Masson
Centre de psychologie médicale
C.H.U.V.
CH-1011 Lausanne

Secrétaire de rédaction : E. Terribilini

Administration et abonnements : Editions Médecine et Hygiène
Case postale 229
CH-1211 Genève 4

Paiements aux Editions Médecine et Hygiène :

- Compte de chèques postaux : 12-8677-8, Genève.
- Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6, Compte N° C2 622 803.
- Compte de chèques postaux belges N° 000-0789669-89.
- Société de Banque Suisse, Montréal, Compte N° 103.377/01.08

Pour la France :

- Chèques postaux établis à l'ordre de « Médecine et Hygiène » ou bancaires à l'ordre de la B.U.O.F.C. (Banque de l'Union occidentale française et canadienne) libellés en francs français.

Prix de l'abonnement annuel :

Abonnements individuels :

FRS 60.— FF 250.— FB 1540.— \$CAN 50.—

Bibliothèques et abonnements collectifs :

FRS 75.— FF 315.— FB 1925.— \$CAN 62,50

Numéro séparé :

FRS 20.— FF 83.— FB 515.— \$CAN 16,70

Pour vous abonner, il convient de renvoyer le bulletin à découper joint à ce fascicule.

Tous droits de reproduction, adaptation, traduction, même partielles strictement réservés pour tous pays. Copyright 1987 by Thérapie Familiale, Genève, Switzerland. Edité en Suisse.

MESSAGE AUX LECTEURS

Lorsqu'en 1980 les membres fondateurs de la Revue (G. Ausloos, J.-C. Benoit, L. Cassiers, Y. Colas, J.-J. Eisenring, J. Prud'Homme) ont lancé «*Thérapie Familiale*», ils visaient deux objectifs principaux : permettre la circulation d'informations touchant à l'approche familiale systémique, alors naissante en pays francophones, et d'autre part donner à des auteurs francophones l'occasion de s'exprimer dans ce domaine qui, jusque-là, était resté l'apanage de la littérature anglo-saxonne. Tenter de faire vivre une revue de thérapie de famille en langue française était un pari ambitieux et passionnant.

Pour répondre à ces objectifs, «*Thérapie Familiale*» a publié pendant les premières années, outre des articles d'auteurs francophones, des traductions d'articles publiés dans des revues étrangères. Pour mieux se faire connaître entre eux les thérapeutes de famille de langue française, la revue a présenté des travaux exposés lors de congrès ou de réunions scientifiques dans le domaine.

Malgré les inévitables maladies d'enfance, le pari a été tenu puisque, à la fin de la première année, l'on dénombrait 500 abonnés, seuil imposé par l'éditeur pour que la Revue puisse continuer à être publiée. Depuis lors, le nombre de lecteurs n'a cessé de croître chaque année et nous avons actuellement 1300 abonnés.

Après sept ans de fonctionnement, le paysage s'est modifié. Au départ, existait la crainte que les textes émanant d'auteurs de langue française soient peu nombreux. Aujourd'hui, l'on peut se réjouir d'un accroissement important de la littérature systémique spécifiquement francophone proposée pour publication à «*Thérapie Familiale*». L'augmentation du nombre de ces textes oblige la rédaction à plus de rigueur dans le travail de sélection et les auteurs à beaucoup de patience, les délais de publication ne cessant en effet de s'allonger. Les conséquences en sont regrettables. Ainsi par exemple certains articles, qui avaient un caractère d'actualité, apparaissent moins intéressants lorsqu'ils sont sortis de leur contexte.

Afin de remédier à cette situation, le comité de rédaction s'est décidé à prendre un certain nombre de mesures pour faciliter la publication de textes dans les 396 pages annuelles dont dispose la Revue.

1. Les textes ne devraient pas dépasser 15 pages dactylographiées à l'interligne 1¹/₂, au risque d'être refusés.

Pour les articles composés en traitement de texte, nous rappelons aux auteurs que la définition des caractères de l'imprimante utilisée doit permettre une lecture aisée du texte.

2. Les auteurs sont invités à fournir :

- une traduction du titre en anglais,
- un résumé français et anglais de l'article, ainsi que les mots-clés,
- une bibliographie des auteurs cités dans le texte,
- les originaux des figures et tableaux insérés dans le texte.

Les articles devront être adressés en triple exemplaire au secrétariat de la Revue.

3. Pour les colloques, journées scientifiques et congrès, nous ne nous engagerons plus à les publier *in extenso* mais le comité de rédaction acceptera l'une ou l'autre des présentations jugée intéressante et rédigée sous forme d'article.

4. Nous ne reprendrons plus, dans nos pages, des textes de langue française déjà publiés antérieurement et ailleurs.

5. Nous ne publierons plus que rarement des traductions d'articles ou de textes déjà parus.

Cette mesure ne touche bien sûr pas les textes d'auteurs non francophones qui nous enverraient leurs articles traduits en français pour une première publication. Nous tenons en effet à conserver les bonnes relations que nous entretenons avec d'autres pays amis, notamment latins tels que l'Espagne, l'Italie, le Portugal, etc.

Cette nouvelle politique rédactionnelle a pour but de continuer à favoriser la publication de textes francophones originaux et d'augmenter la qualité scientifique de la Revue. Elle entre en vigueur pour les textes qui nous parviendront après la publication du présent numéro. Le lecteur doit donc s'attendre à trouver encore des comptes-rendus de colloques ou des articles déjà publiés ailleurs dans les prochains numéros de la revue.

Nous souhaitons que vous fassiez bon accueil à ces mesures et qu'elles contribueront à soutenir l'intérêt que vous portez à votre Revue.

Après la disparition brutale du Prof. J.-J. Eisenring, le comité a dû se réorganiser. Pour le remplacer, il a fait appel au Dr Daniel Masson qui, désormais, fait partie du comité de rédaction.

La Rédaction

L'ESTHÉTIQUE DU CHANGEMENT. APPLICATION DU MODÈLE CYBERNÉTIQUE À LA THÉRAPIE FAMILIALE *

P. IGODT et L. CAUFFMAN **

« We should treat all the trivial things of life seriously, and all the serious things of life with sincere and studied triviality. »

Oscar Wilde

Le présent article entend rendre compte de la lecture minutieuse et laborieuse d'un livre qui en vaut vraiment la peine : *Aesthetics of change*¹ de Bradford Keeney. Il est regrettable que cette oeuvre capitale n'ait toujours pas été traduite en français. Elle nous a stimulés dans notre approche de la thérapie familiale et dans notre réflexion. Un phénomène de reconnaissance entre ce que nous faisons et ce que nous lisons fait que nous aimons certains livres et que nous voulons communiquer ce nouveau savoir.

Ce livre concerne très peu les techniques de thérapie familiale, mais plutôt tout ce qui sous-tend cette pratique. Il aboutit à des questions essentielles telles que : Comment la réalité nous parvient-elle ? Qu'est-ce qu'établir un diagnostic ? En quoi consiste la pratique thérapeutique ? Comment peut-on définir pathologie et santé ? Dans quelle mesure la cybernétique peut-elle fournir un cadre de référence permettant de répondre à de telles questions ?

I. INTRODUCTION

Le point de départ du livre est l'affirmation assez évidente que « tout cadre conceptuel, toute perspective, chaque idée ne sont qu'une incarnation partielle d'un ensemble que nous ne pouvons jamais saisir totalement (...) La vérité peut nous accaparer, mais nous ne pouvons

* Texte traduit du néerlandais par P. Bourgeois.

** Louis Cauffman, psychologue-thérapeute familial.

¹ *Aesthetics of change*. B. Keeney. New York, Guilford Press, 1983.

jamais accaparer la vérité » *. Nous ne disposons jamais que de modèles partiels pour saisir les choses. Or, ces modèles partiels s'affrontent en des dualités du type *soit ... soit*, par quoi un élément seulement d'une distinction peut être retenu comme vrai, correct, utilisable. Ainsi se créent de vaines querelles entre thérapie individuelle et familiale, entre causalité linéaire et circulaire, entre théorie et pratique, entre esthétique et pragmatique. Keeney veut démontrer que la plupart des distinctions à propos desquelles se disputent les thérapeutes ne sont en fait que les deux membres nécessairement complémentaires d'une relation. Il veut découvrir les schémas qui relient les deux faces d'une distinction. La cybernétique l'y aidera. Car, selon Bateson, la cybernétique offre le langage et le fondement les plus appropriés pour parler de phénomènes comme le changement personnel et social en sciences humaines.

Dans sa conception la plus simple, la cybernétique peut être définie comme une partie de la science générale qui s'occupe des schémas et de l'organisation. « Schéma » et « organisation » sont les deux mots-clés. « Adopter un point de vue cybernétique, c'est se conformer à un langage descriptif radicalement différent. Dans l'épistémologie cybernétique, nous redécouvrons notre propre nature biologique et celle de nos relations interpersonnelles et de notre planète », affirme Bateson.

Le livre de Keeney tente d'être « une introduction aux idées cybernétiques pertinentes pour le clinicien » ; non pas un manuel de techniques, mais un livre qui cherche à développer un « langage » adapté à la thérapie familiale. Un clinicien doit être capable d'identifier ses points de départ, sinon il ne comprend pas bien ce qu'il est en train de faire et son action risque d'être stérile.

Or, dans la perspective cybernétique, le symptôme est une forme de communication, qui fait partie inhérente de la logique organisatrice de ce qu'on appelle une écologie (cf. la définition de Haeckel, 1866 : « Un ensemble vivant de personnes en relation mutuelle avec leurs milieux »). Ce point de départ donne lieu à une certaine forme d'étonnement, de respect et d'appréciation des systèmes naturels et de leurs manifestations, dont les symptômes. Les thérapeutes qui l'adoptent tentent de parler le langage de la communication symptomatique du système. Ainsi naît une « compréhension esthétique », trop négligée par certaines thérapies antérieures. On oublie que le symptôme contient en lui-même le sens du changement et qu'il l'indique. Milton Erickson dit ceci : « La seule tâche du thérapeute, c'est de créer une occasion pour pouvoir réfléchir sur le problème dans un climat favorable. » Le changement doit s'effectuer dans le sens qu'indique le système. Trop de thérapies sont techniques sans respect. Bien entendu, la pragmatique est

* « The truth can snare us at times, but we can never snare truth. »

indispensable, mais, selon Keeney, elle doit être recontextualisée écologiquement. Par ailleurs, l'esthétique sans méthode ni technique devient du « non-sens mystique libre associatif ». C'est dans ce gouffre que la spéculation écologique pure et simple risque de basculer !

II. FONDEMENTS ÉPISTÉMOLOGIQUES

Keeney fait ensuite la critique des anciennes épistémologies. Beaucoup d'approches psychologiques postulent en fait un monde matériel d'objets qui répondent aux lois de la force et de l'énergie. Ces lois s'appliquent mal à des êtres vivants. Pourtant, nous nous servons continuellement de façon implicite des notions de force et d'énergie dans nos modèles psychologiques. La transition vers une nouvelle épistémologie n'est pas facile. Nous ne réussissons pas à nous défaire entièrement des vieilles conceptions. Nous avons beau savoir que la terre tourne autour du soleil, nous continuons à parler du lever et du coucher du soleil. Il en va de même de la transition de l'épistémologie « matérialiste » à l'épistémologie « cybernétique ». Nous persistons à souscrire à la prémisse que « quantité égale qualité », tout en sachant que ceci perturbe gravement les contextes biologiques et économiques. On traite les familles comme une collection d'individus (« plus ils seront nombreux, mieux cela vaudra », selon certains thérapeutes naïfs), et non pas comme une organisation familiale. La transition d'une épistémologie linéaire à une épistémologie circulaire est difficile à opérer de façon conséquente. Le « moi » est le grand obstacle ; quand je scie un arbre, je pense toujours : « Je scie un arbre ». L'inverse, à savoir, ce que l'arbre me fait faire, est si difficile à imaginer. « Je suis si épatant à mes yeux » dit Bateson. Bref, nous nous trouvons dans une phase de transition, dans une période de confusion.

Il existe donc différentes épistémologies. Mais toutes les épistémologies se caractérisent par une opération fondamentale, à savoir la création d'une distinction, d'une différence. Il s'agit alors d'une différence qui fait vraiment la différence, et non pas d'une pseudo-différence. Ce n'est qu'en effectuant de telles distinctions que nous pouvons explorer notre monde. Par exemple, la différence entre thérapeute et patient, celle entre intervention et symptôme, et celle entre solution et problème nous permettent de décrire le monde clinique.

« Opérer une distinction » (to draw a distinction) est le commandement de base en dehors duquel aucune connaissance n'est possible. C'est le point de départ de toute action, de toute décision, de toute perception, de toute idée, de toute description, de toute théorie ! un monde naît là où sont tracées des démarcations. Mais ceci peut se faire en divers endroits.

Prenons l'exemple du joueur de golf qui frappe de son club la petite balle. La conception conventionnelle distingue un homme qui, d'un objet distinct (le club), frappe un morceau de matière distinct (la

balle), par quoi il l'envoie dans un sens déterminé. Or, si nous envisageons la scène décrite comme le produit de notre opération distinctive, nous sommes en droit d'ordonner la séquence de phénomènes d'une autre façon ! nous pouvons ainsi argumenter que les balles de golf provoquent les clubs qui les frappent. Ce qui est important, par conséquent, c'est d'accepter que le monde peut être « distingué » d'innombrables façons, à partir des distinctions que quelqu'un pourrait y opérer.

Or, ni l'une ni l'autre des deux conceptions n'est complète à elle seule : diriger l'attention sur l'organisation circulaire ou récursive de ces événements plutôt que sur une seule séquence linéaire, fournit la conception plus complète de la cybernétique. De même, l'on pourrait, épistémologiquement parlant, intervertir la séquence thérapeute-intervention-client. La vision traditionnelle veut que ce soit le thérapeute qui traite un client par une intervention précise. Il pourrait être utile toutefois que le thérapeute se représente le comportement du client comme une intervention à son égard, l'incitant à chercher une solution. Les deux perspectives sont linéaires et incomplètes. Une représentation plus complexe serait que « les clients traitent les thérapeutes à l'instant même où les thérapeutes traitent les clients ». Les comportements du client et du thérapeute sont reliés entre eux de façon circulaire et récursive. Dans une telle organisation d'événements, tout comportement est à la fois cause et effet, intervention et problème, en relation avec chaque autre comportement du contexte.

La contribution historique de la thérapie familiale peut dès lors être vue comme une façon alternative d'opérer des distinctions, en traçant la frontière du symptôme autour d'une famille, plutôt qu'autour d'un individu, ce qui est une différence qui fait vraiment la différence. Cette nouvelle différence a donné lieu à de nombreux styles et pratiques thérapeutiques alternatifs.

Il est extrêmement important de comprendre que toute description est secondaire par rapport à l'acte de distinction. Une description succède toujours à un acte de démarcation effectué par celui qui décrit. Dans ce sens, toute question, en faisant une distinction, engendre déjà sa propre réponse : « Des questions passionnées génèrent des réponses. » Ceci implique que les questions et les hypothèses d'un thérapeute contribuent à créer la réalité du problème qui sera traité ! il existe un lien récursif entre description et prescription, entre diagnostic et intervention.

Le premier pas important vers la compréhension d'une théorie, par exemple, c'est d'examiner comment elle a été échafaudée, quelles sont les distinctions de base sur lesquelles elle a été construite. Le problème d'un manuel ou d'une dissertation, dit Whitehead, c'est toujours le premier chapitre, voire la première page ! c'est là qu'apparaît toujours la première option épistémologique ! ce n'est pas dans ce que dit l'auteur,

mais dans ce qu'il ne dit pas, dans ce qu'il préconise inconsciemment. Toute génération critique les présuppositions inconscientes de la précédente.

La tâche de l'épistémologue consiste à détecter les distinctions primitives spécifiques de la vision d'un système déterminé (d'un auteur, d'une école scientifique, d'une famille...). Ceci suppose que l'épistémologue connaisse les distinctions qui sont à la base de son propre savoir concernant le savoir de l'autre ; autrement dit : sur quelles distinctions primitives son savoir sur le savoir d'un autre repose-t-il ? Il y a donc une composante auto-référentielle qui génère des épistémologies récursives. Dans ce processus, chaque élément de savoir devient à son tour objet d'interrogation d'un savoir supérieur. Les épistémologies sont confrontées avec des épistémologies qui les transcendent ; une épistémologie ne sera par conséquent jamais achevée : elle demandera toujours à être interrogée et modifiée davantage.

Pour Bateson, il existe également une telle boucle récursive dans la relation entre théorie et pratique clinique : « Le savoir thérapeutique d'un thérapeute modifie sa thérapie, et celle-ci modifie à son tour son savoir sur la thérapie. » Le faire distinctif nous confère nécessairement un ensemble modifié, élargi, sujet à de nouvelles distinctions.

Le diagnostic est un mouvement zigzagant continu, une dialectique entre description d'un processus et classification d'un schéma.

Par la double description, les actions simples (les choses courantes observées dans une session de thérapie familiale : les mots, les gestes, les mimiques des différents protagonistes dans la famille) sont ramenées à des schémas d'interactions. Plusieurs épisodes d'interactions différents sont groupés à un niveau supérieur en une chorégraphie. Les niveaux de la description sont organisés de façon réfléchie. Description et classification se succèdent : elles sont étroitement enchevêtrées et sont facilement confondues. Ainsi, l'angoisse n'est pas une description, mais déjà une classification de phénomènes que l'on observe dans la respiration, sur le visage, dans les mouvements du corps dans tout son contexte. La confusion provient de la nature même du processus d'observation et de son caractère récursif. « La façon dont on voit la réalité dépend des distinctions qu'on y opère. On ne voit que ce qu'on note, et on ne note que ce qu'on voit. » C'est ce que Bateson appelle la dialectique des nécessités, les paradoxes du monde vivant : les cellules, les organes, les individus, les familles, les groupes sociaux... chacun d'entre eux peut à la fois être vu comme un ensemble et comme une partie intégrante d'un ensemble, comme un système imbriqué dans un système, par quoi on assiste à un télescopage, un emboîtement, de systèmes. Les deux interponctions, celle de la partie et celle de l'ensemble, peuvent être conservées et alternées. Les causalités linéaires et circulaires ne s'excluent pas mutuellement. « Pour le navigateur, la terre est ronde, tandis que pour celui qui

aménagement un terrain de football, elle doit être parfaitement plate.» Ceci démontre que dans les processus vivants et mentaux il ne peut y avoir que du paradoxe parce que tout repose sur l'auto-référence !

III. L'épistémologie cybernétique

La cybernétique, disions-nous, fait partie de la science du schéma et de l'organisation. Les métaphores originaires du monde matériel, celles de collision, d'énergie, de force et de quantité sont inadéquates pour désigner les processus du monde biologique relatifs au but, à l'information, au contexte, à l'organisation et à la signification. On ne peut se laisser leurrer par une conception dualiste opposant cybernétique et physique, schéma et matière. La relation est complémentaire : les schémas *informent* le monde matériel ; une machine est une organisation particulière de composantes matérielles.

Keeney distingue cybernétique simple et cybernétique de la cybernétique. La cybernétique simple est un ensemble d'idées devenu science formelle au cours des années cinquante. « Tout comportement intentionnel exige le feed-back, c'est-à-dire la récurrence de l'information dans un circuit fermé. ». C'est l'étude des mécanismes autorégulateurs. Le terme « cybernétique » provient de Norbert Wiener : *Cybernetics or the control and communication in the animal and machine* (1948). En d'autres termes, la cybernétique est une théorie globale des machines et des organismes vivants, pour autant que ces machines soient calquées sur les êtres vivants et non l'inverse.

Étymologiquement, le terme « cybernétique » est dérivé du mot grec pour « timonier », et il se retrouve dans le mot « gouvernail ». Dans sa *République*, Platon l'emploie pour désigner aussi bien l'art de piloter que celui de gouverner. La double référence originelle du mot au contrôle maritime et social suggère que la cybernétique s'occupe à la fois des hommes et des instruments qu'ils construisent. Le feed-back est donc une méthode pour contrôler un système par réinsertion des résultats d'une performance antérieure. Quand l'information récurrente est en mesure de modifier la méthode générale et le schéma de la performance, on parle de feed-back complexe ou de processus d'apprentissage.

L'auto-correction n'est pas un arrêt ; d'ailleurs, celui-ci ne pourrait être causé que par une différence. Ce n'est pas une homéostasie mais une « homéodynamique », terme qui reflète mieux la double description de stabilité et de changement.

Haley a démontré que ce qui, au prime abord, apparaît comme l'escalade (Runaway) d'un système familial peut finalement être contrôlé à un niveau supérieur par feed-back de feed-back ou, autrement dit, par le feed-back d'un ordre supérieur. L'épisode psychotique

aigu d'un adolescent apparaît comme une escalade du système. Souvent, cela signale que la famille a du mal à franchir l'étape où l'enfant quitte l'enfance. Le comportement psychologique intolérable pour la famille sollicite cependant l'intervention d'un système de contrôle d'un ordre supérieur.

Les parents peuvent faire appel à un psychiatre qui hospitalisera le fils. Ce feedback impliquera alors un psychiatre et une clinique, et il contribuera à ce que l'organisation familiale se maintienne sans que l'enfant soit vraiment coupé de sa famille. Il est seulement confié à la demande de la famille. La thérapie efficace d'un système si complexe devra tenter d'installer un ordre alternatif de feedback (à la fois positif et négatif) qui tend à modifier le schéma reliant la famille, le psychiatre et la clinique de façon récursive. La modification dans le sens de l'apprentissage, de l'adaptation et de l'évolution provient du contrôle du contrôle et non pas d'un changement incontrôlé en soi, et certainement pas d'un contrôle unilatéral. Le but d'un thérapeute est d'activer le niveau de feedback approprié qui permettra à une écologie perturbée de se corriger elle-même.

Le contrôle de la vitesse est un exemple d'un système récursif de contrôle de contrôle, voire de contrôle de contrôle de contrôle... « Sur une autoroute, un automobiliste dépasse à une vitesse de 140 km/h. un poste radar, contrôlé par la gendarmerie. Les instructions qu'on lui a fournies feront que le gendarme réagira à toute différence excédant de dix kilomètres la vitesse tolérée. Ces instructions du gendarme proviennent du Q.G. de la gendarmerie, qui agit de façon auto-corrective à l'égard des ordres émanant du Ministère des transports. Ce ministère agit lui-même de façon auto-corrective par rapport aux décisions du parlement, qui, à son tour est sensible aux électeurs. Ceux-ci, plus précisément les automobilistes (ce qui clôt la boucle) peuvent essayer d'influer sur la législation en matière de limitation de vitesse en votant de préférence pour tel ou tel parti politique. Certes, le système est compliqué, mais il est sans doute à préférer à l'agent qui déciderait de façon autonome : ce conducteur-ci roule trop vite, et en plus il a une grosse bagnole ».

Une situation qui ne serait pas soumise à un contrôle de contrôle mènerait inéluctablement à une escalade incontrôlée et à une schismogénèse.

Les systèmes biologiques présentent des hiérarchies de feedback bien plus complexes encore. Une telle hiérarchie doit être plutôt un réseau récursif qu'une pyramide étagée.

Comme nous l'avons dit plus haut, l'observateur fait toujours partie de ce qu'il observe : toute description est auto-référentielle. La reconnaissance de ce lien entre observant et observé pose la question de savoir comment l'observateur participe de l'observé. L'acte distinctif

implique toujours un choix. La vision qu'un thérapeute a d'un symptôme suppose une intention, une préférence, autrement dit une base esthétique ! toute description de symptôme en dit long non seulement sur l'objet de la description mais également et surtout sur l'observateur. Le genre du traitement donne de l'information sur le thérapeute lui-même, sur ses choix et sur ses convictions. Il nous faut autant une théorie sur l'observateur que sur ce qui est observé. Il doit se faire un glissement vers une perspective éthique participative. Le souci d'objectivité doit en devenir un de responsabilité. Nous avons l'obligation d'examiner les intentions qui sont à la base des habitudes qui régissent nos interponctions de la réalité.

IV. Une description cybernétique de la thérapie familiale

Les symptômes doivent être considérés dans le contexte récursif. Nous partons de l'hypothèse que tous les systèmes tentent de réaliser leur stabilité à travers des processus de changement, qui peut emprunter des voies différentes. Une épouse peut par exemple modifier ses sentiments à l'égard de son mari en balançant entre haine, amour, frustration, excitation... Si l'organisation systémique de ses sentiments est auto-corrective, on parlera d'une « vie émotionnelle équilibrée ». Dans une autre organisation, il peut se produire une escalade d'une certaine émotion ou d'un comportement déterminé comme le découragement qui peut se muer en dépression. On peut également considérer que les symptômes sont une indication des efforts du système pour maximaliser ou minimaliser tel comportement ou telle expérience. Au premier abord, et vu individuellement, ce processus peut ressembler à une escalade ou « runaway » : un membre devient malade, mauvais ou fou. Mais ce comportement d'escalade peut être refréné par un feedback d'ordre supérieur, par exemple par la rencontre d'un thérapeute ou par les régulations d'un autre système social.

Dans cette optique, tout schéma de comportement qui peut être caractérisé comme un effort pour maximaliser ou minimaliser une variable du système peut être considéré comme pathologique. Il existe des pathologies, dit Whitaker, de « sourires éternels », de « rationalité perpétuelle », de « comportement positif incessant ». Tout comme il peut exister dans des systèmes des « boucs émissaires » ou des « bêtes noires », il peut y avoir également un « chevalier blanc » ou une « petite fille modèle ».

Par conséquent, il est possible que dans une famille un comportement déprimé croissant soit en synchronie avec un « comportement parfait » d'un autre, avec la « rationalité, l'optimisme et l'altruisme » d'un autre. On se doit de considérer le système interactif entier. Encourager « l'époux modèle » à être moins parfait peut devenir une stratégie pour

traiter une épouse déprimée ! Watzlawick, par exemple, tentera de bloquer les encouragements des membres de la famille à l'intention du déprimé.

Le diagnostic « femme déprimée » devrait en certains cas être accompagné du diagnostic « époux excessivement enthousiaste, rationnel, optimiste ». Ainsi, dit Keeney, on aboutirait à des étiquettes comme « normalité névrotique » ou « optimisme psychotique » ou encore « bonheur involutionnel ».

Dans cette perspective, la santé sera par ailleurs définie comme une balance vitale de formes de comportement et d'expérience diverses. Face à la maximalisation d'une variable, il y a diversité de nombreuses variables. Whitaker dit : « Le sain n'est pas nécessairement libre de symptômes. Dans des familles saines, la fonction de « bouc émissaire » passe d'un membre à l'autre, de sorte que personne n'est cloué à ce rôle d'endosseur de toutes les angoisses de la famille ». Les familles saines échappent aux formes dichotomiques de description. Selon Bateson, les interactions ne sont ni saines ni malades en soi ; on doit examiner les formes d'organisation supérieures, la chorégraphie : les séquences redondantes et la rigidité sont les indicateurs de pathologie.

Quelle est donc la place du thérapeute dans tout ça ? Le thérapeute n'observe pas des clients, il observe ses relations avec les clients. Il modifie le champ observé. Beaucoup dépendra du « couteau épistémologique » qu'il maniera, du genre de distinctions qu'il opérera. Certains thérapeutes comme Haley voient tous les rapports sous l'angle du pouvoir. Bateson critique ceci de façon véhémement. Selon lui, le pouvoir est une métaphore inutilisable en épistémologie cybernétique. Le pouvoir corrompt ; c'est un mythe rassurant et potentiellement pathologique. Il n'existe pas quelque chose comme des pouvoirs unilatéraux ; c'est une interaction, non une situation linéaire. Les thérapeutes qui croient en le pouvoir et à l'unique responsabilité du thérapeute dans le changement, postulent une relation linéaire. C'est une idée fautive que plus de pouvoir rend plus fort ; une telle idée n'est pas applicable à l'écologie. Les valeurs écologiques comme la population, l'oxygène, les protéines, l'argent... sont intransitives et deviennent toxiques quand une valeur optimale est franchie ! il est dangereux d'employer la métaphore exclusivement pour interponctuer le monde biologique. Une alternative de la métaphore du pouvoir est la métaphore plus écologique de « partie d'un écosystème ». Le thérapeute fait « partie intégrante de l'écosystème » ; il est par conséquent soumis à toutes les nécessités et à toutes les obligations de la relation de « la partie au tout » dans laquelle il existe. Le thérapeute n'est pas un manipulateur, ni un homme de pouvoir. Le contrôle récursif renvoie au système auto-correctif entier, et non pas à l'influence unilatérale d'un thérapeute, ni d'un membre quelconque de la famille. Même dans le dressage d'un animal il n'y a pas de contrôle unilatéral ;

ce que fait l'animal ou ce qu'il ne fait pas contribue à façonner le comportement du dresseur.

La chose la plus importante que puisse faire le thérapeute dans la situation thérapeutique, c'est « d'essayer à tout prix de faire une distinction, une différence qui fasse la différence ». Donc, ce qu'il peut faire de mieux, dans la perspective cybernétique, c'est de varier son comportement au lieu « d'en rajouter ». Il doit reconnaître la réaction de l'entourage et moduler sa réaction sur les réactions qu'il rencontre.

L'apprentissage du maître et de l'élève est simultané et corrélé. Thérapeute et client évoluent de concert. Dans un système cybernétique, il est difficile de statuer sur qui contribue à qui. De là l'insistance chez des thérapeutes comme Whitaker sur la croissance du thérapeute par la thérapie, la meilleure garantie pour le changement du système entier. Si le thérapeute en arrive à éprouver du plaisir à sa thérapie, cela doit avoir des répercussions positives sur le système. Bateson appelle « sagesse » que le thérapeute reconnaisse qu'il fait partie d'un ensemble et qu'il accepte la circularité.

La thérapie ne peut viser uniquement le développement de « sujets sains » ; ce serait se limiter à une tentative de maximaliser une variable dans un contexte. Les limites de la santé et du développement individuels sont contrôlées par la santé des contextes des individus, e.a. de leur famille.

Promouvoir l'esthétique consiste à nous orienter de plus en plus vers la détection de schémas qui relient des processus vivants de façon auto-corrective.

V. La cybernétique du changement thérapeutique

Comment doit-on concevoir le changement thérapeutique dans la perspective cybernétique ? Nous avons adopté comme point de départ que le changement et la stabilité forment une « gestalt » complémentaire. Le proverbe que « plus ça change, plus ça reste la même chose » peut être retourné : « plus ça reste la même chose, plus ça change ».

Voulant garder son équilibre, le funambule doit constamment osciller légèrement. Pour maîtriser son canoë, on doit le faire balancer continuellement. Le monde organique lui-même est plein de ces complémentarités ou paradoxes : il paraît que les globes oculaires doivent exécuter constamment de petits mouvements pour garantir une vue excellente. Si l'on stabilise l'image de la rétine, moyennant quelques « trucs » techniques, l'objet que l'on regarde devient invisible (Pritchard).

Qu'il s'agisse de funambulisme, de canoë-kayak ou du regard, ce qui reste stable est un système cybernétique auto-correctif. Il n'y a que les comportements au sein du système qui changent : les parties bougent pour sauvegarder le tout comme un tout. Bien entendu, chaque système

fait lui-même partie d'un système cybernétique supérieur, et ceci à l'infini. Quand nous utilisons le terme « changement », nous ne pouvons jamais oublier qu'il ne s'agit que de la moitié d'une complémentarité cybernétique englobante : stabilité/changement. C'est dans ce sens, dit Keeney, que le titre du livre doit être complété : *Aesthetics of Change/Stability*.

Keeney résume alors ce qu'il juge essentiel pour tout faire thérapeutique.

1. L'attitude du thérapeute face aux symptômes

Un écosystème rejeté sur lui-même est auto-correctif ; il se guérit tout seul. Voilà une idée difficilement admissible pour le monde thérapeutique occidental. « Rejeté sur lui-même » : cela ne veut pas dire que le thérapeute soit irresponsable ou passif. « Le faire du non-faire », c'est exercer un appel en faveur d'actions d'un ordre supérieur. Exercer la thérapie revient alors à chercher un contexte dans lequel le système puisse trouver ses propres corrections ou adaptations. C'est en produisant des comportements symptomatiques qu'un système peut s'adapter à une situation de crise. C'est un appel adressé à l'entourage. L'aide d'un autre, d'un thérapeute par exemple, peut mener à l'auto-correction, à l'escalade ou à l'oscillation. Le défi pour le thérapeute sera de s'insérer dans le système d'une telle manière qu'il catalyse l'auto-correction adéquate. Et ceci non seulement en tant que feed-back négatif d'un ordre supérieur — donc, non seulement comme gendarme du système —, mais également en veillant à ce que, par son intervention, se produise une forme d'adaptation auto-corrective d'ordre supérieur.

Le seul moyen de ne pas devenir le gendarme incorporé, c'est d'abandonner le système à son comportement symptomatique, du moins dans une première phase.

Un système ne peut entreprendre de se guérir lui-même qu'après être devenu réceptif à son comportement symptomatique.

2. Autres tâches du thérapeute

Le thérapeute doit aider à faire évoluer le système vers une structure alternative tout en sauvegardant son organisation. Comment cette influence du thérapeute doit-elle être envisagée ?

Dans toute thérapie, deux systèmes auto-poïétiques, c'est-à-dire des unités auto-productives ayant une organisation propre *, entrent en

* cf. L. Cauffman et P. Igodt : « Quelques développements récents dans la théorie des systèmes : les contributions de Maturana et de Varela », in *Thérapie Familiale*, 1984, V, 3, pp. 211-225.

interaction de telle sorte que se produit ce qu'on appelle un « couplage structurel ». Comment cela se fait-il ? Le comportement auto-poïétique du système thérapeutique devient source de perturbation pour le système familial. Il se crée alors dans la famille un processus compensateur qui devient à son tour perturbation du thérapeute (exemple : à l'occasion des questions du thérapeute, la famille se rebiffe et devient plutôt récalcitrante). Le processus compensateur du thérapeute devient à nouveau source de perturbation auprès de la famille, et ainsi de suite ; l'enchaînement se poursuit indéfiniment. La structure familiale doit par conséquent s'adapter constamment aux perturbations occasionnées par le thérapeute. Dans la réaction à la séquence de perturbations successives — la stratégie thérapeutique —, le système familial se porte pour ainsi dire toujours plus loin de son équilibre originel jusqu'à ce qu'il se crée un nouvel ordre par des structures plus adaptées sans pour autant que l'organisation familiale en soit menacée.

VI. LA BASE ESTHÉTIQUE

Dans le chapitre final de son livre, Keeney se montre une fois de plus sceptique face aux approches thérapeutiques qui mettent un accent exclusif sur le pouvoir, le contrôle et la technique. Toute boîte de Pandore thérapeutique est écologiquement dangereuse et pose facilement des problèmes... d'un niveau supérieur. L'alternative, c'est de contextualiser les techniques thérapeutiques en tant qu'éléments d'une base esthétique plus large. Pour Bateson, « toute rationalité intentionnelle qui n'est pas accompagnée d'art, de religion, de rêve, d'inconscient... est facilement pathogène et destructive pour la vie. La pathologie est perpétuée par les thérapeutes qui pratiquent sans orientation esthétique ».

Il nous avertit qu'un *savoir* plus important sur la cybernétique et sur l'écologie n'empêche pas nécessairement les fautes commises en vertu d'une intentionnalité consciente. Le savoir ne sera jamais en état de remplacer le *respect* nécessaire pour affronter les systèmes écologiques. La conscience de la nature récursive des écosystèmes n'engendre pas toujours la sagesse.

P. Igodi

Psychiatre

Coordinateur de la section de thérapie familiale au « Communicatiecentrum »
(dir. Prof. P. Nijs)

Katholieke Universiteit Leuven

Groot Park 3

B-3042 Lovenjoul-lez-Louvain

RÉSUMÉ

Le présent article rend compte d'une lecture minutieuse du livre Aesthetics of change de Bradford Keeney, élève et admirateur de Bateson, et des réflexions que celle-ci a provoquées.

Bon nombre de problèmes épistémologiques sont abordés : Comment la réalité observée nous parvient-elle ? Qu'est-ce qu'un diagnostic ? Comment définir santé et pathologie ? En quoi consiste l'exercice de la thérapie ?

On examine par ailleurs dans quelle mesure les sciences cybernétiques peuvent contribuer à une meilleure compréhension et à une meilleure application de la thérapie familiale.

Pour finir, on s'interroge comment ceci peut mener à une vision esthétique du thérapeute, qui, selon Keeney, doit être une attitude de participation sereine, d'étonnement, de respect et de responsabilité.

SUMMARY

This contribution is the result of a close reading of Bradford Keeney's Aesthetics of change and the reflexions it has brought about.

A great number of epistemological questions are dealt with : How does observed reality come to us ? What is a diagnostic ? How can we define health and pathology ? What does it mean to exercise therapy ?

Further more, we considere how far cybernetics could contribute to a better understanding and how they could lead to an improved application of family therapy.

Finally, the way is examined how all this leads to an aesthetic vision of the therapist, which has to be, according to Keeney, an attitude of serene participation, surprise, respect and responsibility.

Mots-clés :

Esthétique

Cybernétique

Epistémologie

Thérapie familiale

Key words :

Aesthetics

Cybernetics

Epistemology

Family therapy

THÉRAPIE FAMILIALE DANS UNE CONSULTATION DE PÉDOPSYCHIATRIE

Odette MASSON * et Pedro GONSALVES **

Ce texte résume les interventions des auteurs à la Rencontre Romande de Thérapie Familiale qui s'est déroulée à Genève les 15 et 16 mars 1985. Il présente des réflexions élaborées à partir d'une analyse de 92 thérapies simultanément en cours en novembre 1984 dans une unité pédopsychiatrique universitaire ¹.

Ont collaboré à ce travail tous les membres de l'unité dont la structure, le fonctionnement et les tâches sont d'abord brièvement présentées (Figure 1).

La pluridisciplinarité du groupe est conçue comme une source d'enrichissement des processus évaluatifs et thérapeutiques. L'expérience a conduit le groupe à exploiter sa polyvalence de la manière suivante :

- Dans les situations les plus complexes, deux thérapeutes de formations différentes travaillent conjointement. La mise en commun des observations faites en référence à leurs apprentissages spécifiques permet d'élargir le champ perceptif et d'accroître la créativité des processus d'élaboration des hypothèses et des stratégies. En novembre 1984, sur 92 traitements en cours, 28 étaient ainsi conduits en cothérapie.

L'unité fonctionne comme un centre de premier niveau, qui ne sélectionne pas la population entrante. Celle-ci est référée ou conseillée dans 85% des cas par des médecins, des assistants sociaux, des représentants de l'ordre judiciaire, des infirmières de Santé publique, des enseignants.

Les tâches principales de l'unité sont les suivantes :

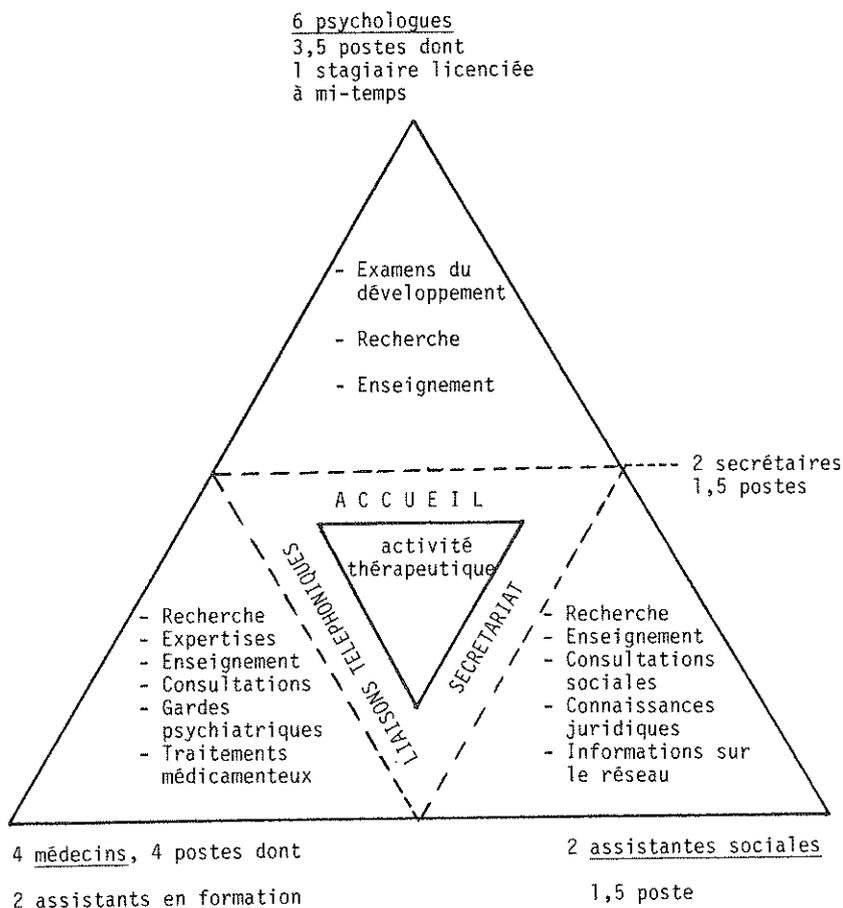
- La consultation.

* Médecin-Chef, Unité de thérapie familiale et de prévention, Lausanne.

** Médecin associé, Unité de thérapie familiale et de prévention, Lausanne.

¹ Unité de thérapie familiale et de prévention, Service universitaire de psychiatrie infantile, 29 rue César Roux, CH-1005 Lausanne.

Figure 1 : 10,9 postes sont occupés par 14 personnes ; 11 personnes sont engagées de façon permanente et 3 pour une période de formation (2 médecins pour 2 ans, une psychologue pour 1 an).



- La recherche de modalités thérapeutiques adaptées aux situations se présentant usuellement en pédopsychiatrie.
- La recherche plus spécifique de modalités d'intervention préventive auprès des contextes présumés à risque pour le développement des enfants.
- La formation des opérateurs récemment arrivés au Centre, celle continue des membres plus permanents de l'unité, la recherche et l'enseignement.

60% des consultations conduisent en moyenne à l'engagement d'un traitement.

La description de l'activité thérapeutique exercée en novembre 1984 cherche à :

1. donner une image épidémiologique de la population traitée et à
2. permettre quelques réflexions concernant les diverses formes que prennent les cures systémiques en fonction des contextes variés auxquelles elles s'adressent.

I. EPIDÉMOLOGIE DES 92 CONTEXTES TRAITÉS :

L'analyse révèle une forte hétérogénéité des contextes traités, conditionnée par différentes variables dont les principales sont : les types de problématique, l'étendue du réseau de personnes directement concernées par le problème, les âges des patients désignés, les phases évolutives vécues par les familles ainsi que les ressources dont elles disposent.

Les symptômes de premier plan ayant provoqué l'entrée en consultation sont indiqués en regard de l'âge du patient désigné dans le Tableau de la Figure 2 :

Les situations traitées concernent :

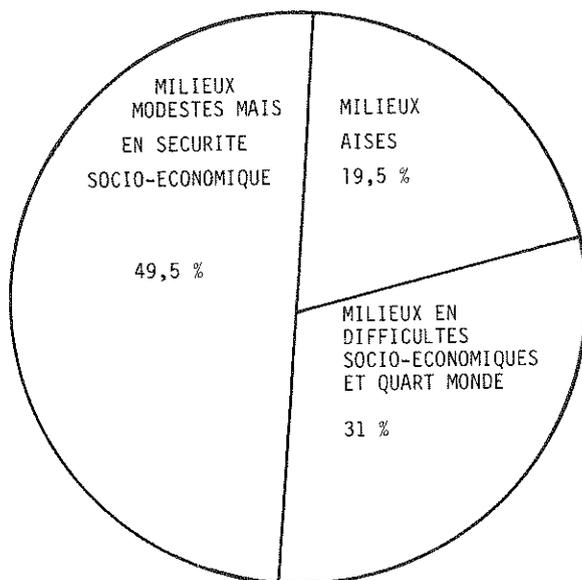
- pour un quart, de *jeunes familles* (colonnes I, II, V) dont l'enfant aîné est âgé de moins de 5 ans ;
- pour plus d'un quart, des *enfants d'âge scolaire* ;
- pour plus d'un quart, des *adolescents*.

Figure 2 : Symptômes signalés à l'entrée et âges des patients désignés dans les 92 situations dont les traitements sont en cours en novembre 1984.

SYMPTÔMES	ÂGES EN ANNEES								
	0 - 1	2 - 5	6 - 12	13 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	
Retard statur pondéral	1								1
Troubles et retard du développement psycho-moteur		3	1						4
Troubles de l'alimentation		1							1
Troubles du sommeil		3	1						4
Enurésie, encoprésie		2	1						3
Difficultés scolaires			7	1					8
Troubles du comportement (vois, agressions physiques)		3	13	8					24
Phobies, Anxiété, Tics		1		1					2
Anorexies mentales et boulimie				4					4
Dépressions, tentatives de suicide			2	7	3	4	2	2	20
Dépressions péri-partales				1	3	4			8
Prépsychoses		1	1	1		1			4
Psychoses		1	1	3	1	1			7
Symptômes relationnels uniquement				1		1			2
TOTAUX	1	15	27	27	7	11	2	2	92
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	

Les symptômes correspondent à un large éventail nosographique concernant des enfants et des adultes. Apparaissent en assez forte proportion, des perturbations sévères du comportement, des dépressions et des troubles psychotiques. De mauvais traitements envers enfants ou adolescents ont été mis en évidence dans un tiers des 92 situations. Ceux-ci ne sont pas toujours signalés à l'entrée, mais se révèlent en cours d'évaluation ou de traitement.

Figure 3: Du point de vue socio-économique, les patients vivent souvent dans des conditions modestes ou précaires.



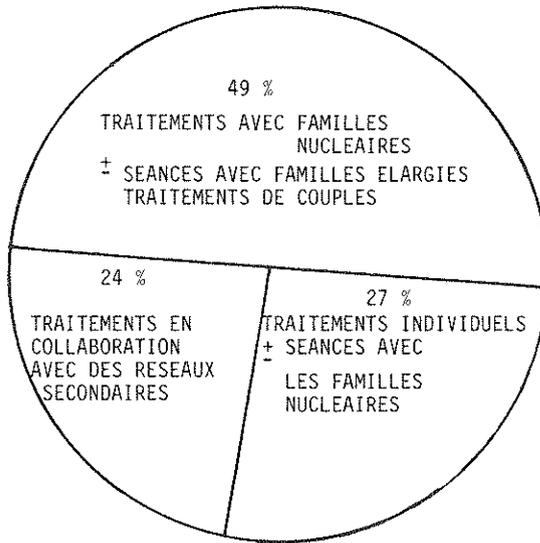
II. FORMES DES THÉRAPIES S'ADRESSANT À CES 92 SITUATIONS HÉTÉROGÈNES

L'organisation des contextes thérapeutiques différencie les cures en :

1. Thérapies conduites avec le groupe familial nucléaire, parfois élargi ou le couple (49% des traitements) (5).
2. Interventions auprès de patients déjà reliés à des réseaux institutionnels, appelés traitements en réseau (24%). (1 ; 4).
3. Cures individuelles s'adressant à des adolescents ou à de jeunes adultes (27%). Ces traitements individuels sont le plus souvent entrecoupés de séances régulières avec les membres de la famille nucléaire.

Figure 4 :

Formes des traitements
(92 en novembre)



1. Thérapies familiales et de couple

(nombre 45)

Elles forment la moitié des traitements en cours simultanément et concernent des problèmes estimés gérables par le groupe nucléaire et/ou élargi sans l'intervention d'autres tiers. Interrogés à fin février 1985 sur l'évolution de leur activité dans ces situations depuis novembre 1984, les thérapeutes ont répondu entre autres à des questions sur les stratégies utilisées. Il leur a été demandé de se déterminer sur celles qu'ils estimaient avoir été favorables à une mobilisation de la dynamique contextuelle et individuelle et d'évaluer le nombre des situations mobilisées ainsi que ceux des échecs et des ruptures.

Les modes d'interventions utilisés par les thérapeutes avec ces 45 familles et couples sont variés. Les types décrits sont, dans l'ordre de fréquence les suivants :

- a) *Structural* (Minuchin, 6), avec prescriptions directes, induction de négociation de conflit, prescription de tâches à effectuer hors des séances, interventions visant à rétablir un ordre hiérarchique différent.
- b) *Stratégique*, avec recadrage, connotations positives, prescription de sorties (Selvini, Prata, 7) et prescriptions paradoxales (3).

- c) Lors de crises concernant des familles d'adolescents, les thérapeutes ont recouru parfois à l'élaboration du vécu individuel du patient désigné en présence du groupe nucléaire, pour induire une circulation d'informations jusque-là absente dans le groupe.
- d) Des interventions ont été faites visant à induire les parents à modifier certaines circonstances de réalité jugées pathologiquement contraignantes.
- e) Dans un certain nombre de cas, les thérapeutes ont donné des conseils (de type éducatif par exemple).

La discussion des modes d'intervention devrait se poursuivre plus en détail et en fonction des désordres hiérarchiques et fonctionnels observés dans les familles traitées, ce qui n'a pu être fait dans le cadre de ce travail.

Avec les données obtenues, on a plutôt un reflet du vécu des thérapeutes mis en situation d'évaluer l'efficacité de leurs instruments. Le résultat de cette petite analyse montre que les thérapeutes font plus souvent des interventions structurales, mais qu'ils pensent induire des changements plus marqués (surtout chez les familles rigides) lorsqu'ils recourent au mode stratégique d'intervention. Malgré l'unanimité à propos de l'inefficacité de la démarche consistant à donner des conseils, les thérapeutes ont reconnu être tombés dans ce piège plusieurs fois.

L'analyse a d'autre part mis en évidence un fréquent tâtonnement initial dans le choix du type d'intervention susceptible de mobiliser le régime transactionnel. Les thérapeutes lors des premiers contacts testent de différentes façons la nature et la mobilité du système, notamment en y introduisant eux-mêmes certains changements. Parfois ils commencent

Figure 5 : 45 traitements de famille en cours en novembre 1984. Evaluation à fin février 1985, selon les impressions des thérapeutes impliqués.

CHANGEMENTS CHEZ LE PATIENT DESIGNÉ			CHANGEMENTS DANS LA FAMILLE		
AUCUN	DISPARITION DU SYMPTÔME	AMÉLIORATIONS DE DEGRÉ VARIABLE	AUCUN	IMPRESSIONS NETTES DE MOBILISATION	MODIFICATIONS DE DEGRÉ VARIABLE
5	12	28	5 DONT 2 RUPTURES TTT	33	7

TRAITEMENTS TERMINÉS	3
EN PHASE DE CONSOLIDATION	11

par une intervention structurale pour se rendre compte dans un deuxième temps que le recadrage et la connotation positive sont indiqués pour mobiliser un équilibre homéostatique figé.

Cette analyse des thérapies dont le caractère subjectif est évident, a l'intérêt de centrer la réflexion commune des thérapeutes sur l'ensemble des modalités utilisées par leur groupe dans les cures. Ceci leur permet de discuter les formes d'intervention les plus mobilisantes et d'en abandonner d'autres reconnues comme inutiles. L'analyse de l'activité thérapeutique du groupe stimule ainsi des processus auto-correcteurs. Le Tableau de la Figure 5 donne l'évaluation des thérapeutes concernant l'apparition de changements, les stagnations et le nombre des ruptures.

2. Les interventions en réseau concernent des situations déjà reliées à un réseau psycho-médico-social

L'évaluation de ces ensembles famille-institutions à l'entrée en consultation est plus compliquée que celle des groupes familiaux. Ces systèmes complexes se présentent à la consultation sur le conseil d'un opérateur du réseau, très rarement à la demande d'un membre de la famille. Ils concernent souvent des milieux maltraitants pour des enfants, dont la sécurité continue à être menacée malgré toutes les mesures prises jusque-là. La demande a lieu au moment d'une crise survenant dans la famille, dans le réseau des intervenants ou encore dans les relations entre famille et réseau.

De telles demandes soulèvent parmi d'autres les questions suivantes :

- Comment constituer entre nouveaux intervenants, membres de la famille et opérateurs du réseau déjà impliqués, un néo-système pertinent pour l'évaluation et l'élaboration d'une nouvelle stratégie ?
- Comment entrer de façon complémentaire en relation avec cet ensemble de personnes ?
- Quels buts d'actions trouver et comment les formuler de manière à responsabiliser les membres de la famille assistée ?
- Quelles définitions de la relation les opérateurs du réseau doivent-ils mettre au point entre eux, entre eux et les parents, de manière à communiquer l'intérêt d'un éventuel changement dans les jeux chroniques intra-familiaux ou institués entre famille et systèmes soignants ?

Rappelons qu'un seul type d'urgence existe dans ces cas, qui concerne la nécessité d'une mise à l'abri des enfants et des adultes dont l'intégrité physique est menacée par la violence. Cette urgence mise à part, les intervenants ont avantage à ne pas précipiter la mise en place

de nouvelles mesures, mais au contraire de se donner le temps d'une évaluation soigneuse. Des écueils se rencontrent à différents niveaux : la demande a parfois, en elle-même, une forme qui, si l'on n'y prête pas garde, engendre des perturbations dans le réseau. Il arrive, par exemple, qu'un soignant souhaite amener à la consultation un enfant sans avoir communiqué avec le représentant légal du patient (parent ayant la puissance paternelle ou tuteur). A une telle demande une première réponse consiste à proposer au demandeur de faire circuler l'information au sujet du problème qu'il perçoit auprès des personnes se trouvant en position hiérarchique haute dans le système significatif pour l'enfant. De façon à ce que celles-ci ne se sentent pas exclues et puissent être associées à la démarche d'évaluation. Une fois le consensus obtenu dans le réseau spécifique sur l'opportunité d'une évaluation, la consultation peut avoir lieu. Elle aura pour but la prise d'informations, la définition du problème et l'hypothétisation quant aux interactions qui le maintiennent. Un autre élément important dans ces systèmes complexes concerne l'équilibration de l'attention à l'égard des différents membres de la famille en crise par les personnes du réseau. En cas de placement d'urgence de mère et enfant(s) dans un foyer, par exemple, les résultats de la séparation et de l'évaluation seront évidemment différents selon que les intervenants prennent garde ou non de déléguer immédiatement quelqu'un auprès du père pour l'entendre et l'assurer de la non-répressivité des mesures de contrôle instituées par l'autorité tutellaire. La forme de l'organisation des premières réponses à la demande a ainsi des répercussions importantes sur l'éventualité d'établissement d'un contexte thérapeutique.

Les membres pluri-institutionnels d'un réseau d'intervention ont ensuite à définir leurs rôles et leurs tâches spécifiques ainsi que les façons dont ils vont communiquer avec la famille et entre eux en cours d'action. La centration de l'attention sur les problèmes à résoudre, et leur contenu donne des chances d'efficacité. En revanche l'adoption d'attitudes compétitives qui ne tiennent pas compte de la forte interdépendance liant les opérateurs engagés ensemble dans une intervention, aboutit régulièrement à des échecs.

Les évaluations faites en commun par les équipes pluri-institutionnelles révèlent que les symptômes dans ces systèmes complexes n'ont pas forcément les mêmes fonctions que dans les groupes familiaux mieux délimités. Souvent ils servent à appeler une intervention extérieure, un appui moral et financier. Dans ces cas, ils se calment en fonction de la cohérence du décodage et de la réponse élaborée par l'équipe concernée.

L'engagement d'un traitement auprès d'une famille à problèmes multiples, dépend donc de l'intérêt et de la disponibilité des intervenants concernés par cette famille pour l'échange d'informations, l'élaboration

d'une compréhension commune des phénomènes observés, la définition de buts et de moyens d'action. La psychothérapie de la famille s'engage éventuellement dans un deuxième temps. Ces thérapies durent parfois plusieurs années. Les changements observables tiennent dans ces traitements de longue durée souvent davantage à la possibilité que trouvent les membres de la famille de vivre de nouveaux modes relationnels avec les thérapeutes, qu'à des mutations de type cybernétique induites dans le système par des prescriptions paradoxales ou directes. Des apports pédagogiques intégrables par les membres de la famille, lorsqu'une relation thérapeutique durable leur procure une sécurité nouvelle, peuvent former dans certains cas un élément de ces traitements.

Les buts généraux de ces actions thérapeutiques prennent la forme de proposition d'une progressive et meilleure exploitation du potentiel personnel et groupal des familles assistées. Si la discussion ponctuelle de chaque cas est utile, elle est insuffisante pour amener des changements fonctionnels et structurels dans le réseau de soins. Dans notre expérience, le partage répété de la réflexion lors de colloques et séminaires inter-institutionnels constitue une base intéressante pour que les actions des divers intervenants auprès des familles prennent ensemble une cohérence stratégique et gagnent en créativité.

3. Les traitements individuels représentent un quart de l'activité thérapeutique de l'unité

Ces traitements s'adressent à de jeunes adultes - parents et à des adolescents âgés de 15 à 20 ans. Certaines de ces cures commencent par une phase assez longue de séances individuelles, soit en raison du refus de participation de la famille, soit parce que le patient désigné a peur d'inviter sa famille, ou encore, parce que la phase d'individuation où se trouve le patient indique des colloques singuliers. Il est rare que les thérapeutes de l'unité, qui fonctionnent comme un service de premier niveau, fixent des conditions rigides à l'entrée en traitement. Il apparaît que les manoeuvres d'accommodation consenties en particulier concernant le setting, soutiennent plus souvent l'établissement d'une relation thérapeutique, qu'elles ne mettent en péril l'efficacité des traitements. Il arrive aussi qu'avec de jeunes adultes bien différenciés, le traitement strictement individuel se justifie, vu la capacité des patients désignés de régler, dans ces situations-là, sans le concours des membres de leur famille, leurs conflits internes et leurs problèmes relationnels. Avec d'autres, les traitements individuels sont entrecoupés de séances régulières avec les membres du cercle nucléaire. Ce type de setting est choisi pour des adolescents qui se trouvent en grande difficulté d'autonomisation et impliqués dans des transactions familiales rigides. Il arrive que le thérapeute ne puisse raisonnablement espérer que le groupe familial, dans son ensemble, fasse des changements assez rapides, pour que soit, suffisam-

ment tôt, protégée l'évolution du patient désigné, dont l'apprentissage, les études ou la vie sont menacés. Les séances familiales sont dans ce type de cure, conçues pour faire accepter à la famille les changements chez le jeune et pour protéger le traitement individuel avec, certes, un but de changement du système, mais à plus long terme.

CONCLUSION

L'examen de la cohorte traitée en fin 1984 dans la consultation pédopsychiatrique décrite montre qu'en se référant à l'approche globale, les thérapeutes induisent l'entrée de situations très variées concernant des patients d'âge divers. Cette hétérogénéité exige le recours à des stratégies adaptées au contexte spécifique, qui sont mises en oeuvre dans tous les types de setting : individuel, de couple, familial et en réseau.

L'analyse de l'activité thérapeutique, si elle est régulièrement conduite dans une équipe de soins (2), donne au groupe des soignants un instrument d'auto-évaluation et d'auto-régulation.

*Odette Masson
Pedro Gonsalves*

Unité de thérapie familiale et de prévention
Service universitaire de psychiatrie infantile
29 rue César Roux
CH-1005 Lausanne

RÉSUMÉ

Les auteurs résument une analyse faite en 1984 de l'activité thérapeutique conduite en référence à l'approche globale dans une équipe pédopsychiatrique.

SUMMARY

The authors review (for a given period in 1984) the therapeutic activities of a pedopsychiatric team whose basic theoretical reference is the general systems theory.

Mots-clés :
Thérapie systémique
Pédopsychiatrie
Prévention psychiatrique

Key words :
Systems therapy
Child psychiatry
Psychiatric prevention

BIBLIOGRAPHIE

1. DARBELLAY K. « Catamnèses d'interventions préventives sociales et psychiatriques : évaluation du développement de 15 enfants nés dans des situations à haut risque ». *In* : Soc. Psychiatry 20, 191-198, 1985.
2. EVÉQUOZ G., MASSON O. « Evaluation de quelques indicateurs de l'activité thérapeutique dans une consultation ambulatoire de psychiatrie infantile ». *In* : Rev. Méd. Suisse romande N° 103, 689-695, 1983.
3. HALEY J. « Strategies of psychotherapy ». *In* : Grune and Stratton, 1963.
4. MASSON O. « Mauvais traitements envers les enfants et thérapies familiales ». *In* : Child Abuse and Neglect. The International Journal, USA, Vol. 6, 47-56, 1982.
5. MASSON O. « Théorie systémique et nouvelles pratiques thérapeutiques en pédopsychiatrie ». *In* : Psychologie médicale, N° 16, Vol. 1, 105-107, 1984.
6. MINUCHIN S. « Families and Family Therapy. *In* : Harvard University Press, 1974.
7. SELVINI M., PRATA G. « A New Method for Therapy and Research in the Treatment of Schizophrenic Families ». *In* : STIERLIN H., WYNNE L.C., WIRSCHING M. (eds.). Psychosocial Intervention in Schizophrenia. An International View, Springer, Berlin, 1983.

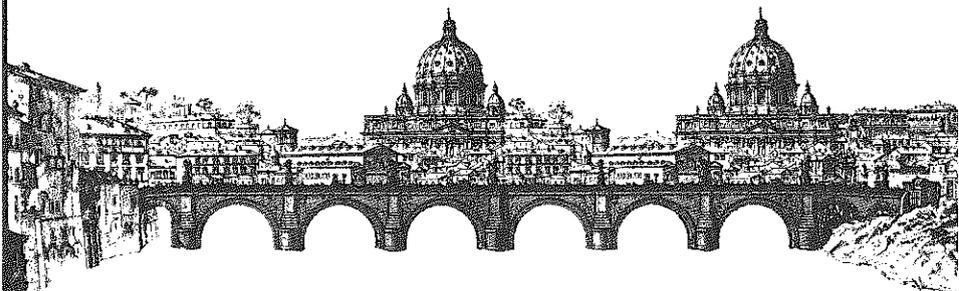
LE COUPLE EN CRISE

congrès international

ROME, 1-2-3-4 octobre 1987

Pontificia Università Urbaniana

Via Urbano VIII, 16



RAPPORTEURS PRINCIPAUX

MAURIZIO ANDOLFI, GILL GORELL BARNES, DONALD BLOCH,
ELLEN BERMAN, LUIGI BOSCOLO, JEAN-CLAIRE BOULEY, ELISABETH CARTER,
PHILIPPE CAILLÉ, LUIGI CANCRINI, ALAN COOKLIN, GIANFRANCO CECCHIN,
RODOLFO DE BERNART, MONY ELKAIM, JIM FRAMO, SIEGI HIRSCH,
LYNN HOFFMAN, EVAN IMBER-BLACK, KITTY LAPERRIERE, CAMILLO LORIEDO, PAOLO MENGHI,
MARC NEVEJAN, ANNA MARIA NICOLÒ-CORIGLIANO, ROBERT NEUBURGER, PEGGY PAPP,
WILLI PASINI, ELIDA ROMANO, VIRGINIA SATIR, CARMINE SACCU, MARA SELVINI-PALAZZOLI,
CARLOS SLUZKI, HELM STIERLIN, GASPARE VELLA, FROMA WALSH, JURG WILLI,

INFORMATIONS

Sécretariat scientifique:

Maurizio Andolfi, Carmine Saccu, Rodolfo de Bernart, Daniela Piccone
Istituto di Terapia Familiare, via Reno, 30 — 00198 Rome, (Italie)
Téléphone (06) 86.42.61

Sécretariat d'organisation:

Remo Vanzetti c/o MEDICON, via Monterone, 2 — 00186 Rome, (Italie)
Téléphone (06) 65.42.008-65.65.291

Droits d'inscription:

Jusqu'au 30 Juin 1987 ils seront de Lires 300.000 + 54.000 (taxe).
Après cette date ils seront de Lires 350.000 + 63.000 (taxe).

ISTITUTO DI TERAPIA FAMILIARE
sous le patronage de la
SOCIETÀ ITALIANA DI TERAPIA FAMILIARE

CATAMNÈSES D'INTERVENTIONS CONDUITES DANS 12 SITUATIONS DE CRISES FAMILIALES PÉRIPARTALES

Claire-Lise CUENDET *

Le théoricien peut seulement construire ses théories à partir de ce que le praticien était en train de faire hier. Demain, celui-ci fera quelque chose d'un peu différent à cause de ces théories.

(Ruesch J., Bateson G., 1968)

INTRODUCTION

La littérature montre que les troubles du post-partum handicapant la mère dans sa capacité maternante ne sont pas rares. Suivant les critères diagnostiques utilisés et la période de la puerpéralité analysée, l'incidence pour 100 naissances est évaluée entre 11% (Pitt, 1982) et 20% (Uddenberg, 1978). La fréquence des hospitalisations psychiatriques est évaluée à 1 à 2‰ accouchements. L'étude catamnastique dont les résultats sont présentés dans cet article, concerne une population qu'Uddenberg définit comme « severe mental handicap » avec détérioration du fonctionnement social et interpersonnel. Par rapport aux résultats pronostiques d'Uddenberg, les effets du traitement, présentés dans cette recherche, paraissent parler en faveur du type de traitement analysé. Il n'a pas été possible de comparer les effets de ces traitements à d'autres types de prises en charge.

Il faut ajouter que rares sont les recherches catamnastiques menées dans le domaine du post-partum. Celles portées à notre connaissance (Martin M.E. 1958, Da Silva L. et Johnstone E.C. 1981, Chkili T. et El Khamlichi (1975), Jonquière-Wichmann M. 1980) s'inspirent toutes d'un modèle biomédical traditionnel de la catamnèse. Ce préliminaire nous introduit aux trois objectifs poursuivis dans cette étude.

1. Elaborer un outil d'évaluation des effets du traitement qui soit conforme au modèle épistémologique du thérapeute, à savoir un modèle systémique.

* Service Médico-Pédagogique Vaudois.

2. Donner aux cliniciens de l'unité une représentation de leur travail qui puisse le rendre plus opérationnel dans le futur.
3. Evaluer les effets des traitements de famille dans les situations de décompensation périnatales étudiées.

Le souci principal du chercheur tout au long de cette recherche a été de rester proche des préoccupations du clinicien tout en répondant aux exigences méthodologiques de la recherche.

I. CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Cette recherche a été conduite dans le cadre d'une unité de prévention et de thérapie familiale à Lausanne¹. C'est depuis l'ouverture de l'unité en 1974 que les crises familiales péripartales y sont traitées par l'approche systémique. N'ont été retenues pour l'analyse que les situations où une indication de traitement de famille a été posée. Ces interventions sont des interventions intensives, conduites presque toutes par deux thérapeutes, à raison d'une séance au minimum par semaine avec un soutien intensif à domicile. Les traitements s'accompagnent parfois d'hospitalisations psychiatriques.

Des 24 situations sélectionnées entre 1978 et 1983, 12 ont été évaluées jusqu'à présent. Les temps séparant la fin du traitement et la catamnèse varient entre un an et 6 ans.

Les familles ont été interviewées à domicile et enregistrées par magnétophone, les catamnèses par téléphone ou par questionnaire ne paraissant pas suffisamment fiables. L'entretien semi-structuré comporte des questions ouvertes ; il est mené de manière circulaire. Le matériel de base du travail est constitué par :

- les enregistrements
- les dossiers (qui ont été dépouillés dans un 2ème temps après les rencontres avec les familles).

Le chercheur ne fait pas partie de l'équipe thérapeutique.

II. MÉTHODOLOGIE

A. Définition de la cohorte

Trois dimensions ont été retenues pour définir d'une manière systémique la cohorte :

a) *Temporelle* :

A été considérée toute décompensation signalée dans les 9 premiers mois suivant la naissance. La réorganisation d'une famille autour de

¹ Médecin-chef : Dr Odette Masson.

cet événement prend du temps et un symptôme peut apparaître peu après la naissance, mais aussi plus tardivement. Par ailleurs, les critères amenant les médecins traitants (généralistes, pédiatres), les puéricultrices ou autres référents à signaler un cas, sont variables ; le temps pris pour le faire également.

b) *Sémiologique* :

A été considéré tout comportement faisant problème à la famille ou dans l'entourage, ce comportement pouvant se manifester soit par un symptôme, soit par un mauvais traitement, des négligences à l'égard de l'enfant, un conflit conjugal.

Ont été éliminées les dépressions et les psychoses chroniques ravivées à l'occasion d'une naissance, exception faite des dépressions et psychoses péripartales traitées ou non préalablement.

c) *Syntaxique* :

A été considéré comme porteur du symptôme aussi bien la mère, le père, l'enfant ou d'autres membres de la famille élargie.

B. Outil d'analyse

L'outil d'analyse a été élaboré en tenant compte des limites du contexte de la recherche, à savoir que les traitements étaient soit déjà en cours soit terminés quand la recherche a débuté. Ceci éliminait la possibilité d'évaluer la famille au début et en fin de traitement. Une autre limite tient à la non-homogénéité des informations se trouvant dans les dossiers. Ces limites ont amené le chercheur à définir *un profil de la famille* en crise péripartale à partir d'articles écrits par les praticiens^{13, 14}. Sur cette base ont été sélectionnés 3 indices qui ont permis d'évaluer la population à la catamnèse. Le travail a consisté à analyser les différences entre le profil de la famille (la famille telle qu'elle se présente avant le traitement) et les familles telles qu'elles se présentent à la catamnèse (donc après le traitement). Il était essentiel dans une optique systématique de ne pas nous limiter à une analyse du ou de la patiente identifiée, mais bien d'analyser les différents éléments du système qui le constituent et leurs inter-relations.

1. Profil de la famille en crise péripartale

Ces familles présentent les caractéristiques suivantes :

a. Les jeunes parents sont mal différenciés par rapport à leurs familles d'origine, les frontières générationnelles sont mal délimitées par rapport à celles de la famille d'origine d'un des conjoints ; ceci ayant pour conséquence une implication très grande des grands-parents dans

le fonctionnement de la jeune famille. Cela s'accompagne souvent d'une relation plus distante avec la famille d'origine de l'autre conjoint.

b. Les jeunes conjoints montrent une difficulté à se présenter comme parents et à créer leur propre famille. Leur capacité à affirmer leurs propres règles est limitée par une loyauté très forte aux règles de leurs familles d'origine.

c. On observe une utilisation rigide de règles qui apparaissent anachroniques.

d. Il existe des coalitions intergénérationnelles avec l'un ou l'autre des grands-parents qui souvent s'accompagnent de coalitions cachées entre un parent et l'enfant.

e. Le père peut parfois être totalement exclu de la relation mère-enfant, ou au contraire peut prendre le rôle maternel, la mère déléguant son rôle au mari en se disqualifiant elle-même. Ceci a pour corollaire une attitude dévalorisante du mari à l'égard de sa femme.

f. Ces familles se présentent souvent fermées sur elles-mêmes avec un échange d'informations limité avec l'extérieur.

g. La difficulté rencontrée par ces familles face à la nécessité d'une adaptation structurelle¹ s'accompagne d'un comportement symptomatique.

2. Compte tenu de ce profil, *trois indices* ont été retenus pour évaluer la famille au moment de la catamnèse :

a. « Relations à l'environnement » couvre deux dimensions :

- Relations aux familles d'origine,
- Degré d'ouverture du système sur l'extérieur.

Concernant les *relations à la famille d'origine*, le nombre de contacts avec cette dernière ne paraît pas être un indicateur valable. En effet, certaines familles peuvent avoir des contacts fréquents avec les grands-parents sans pour autant être envahies par ces derniers. Alors que d'autres familles avec moins de contacts peuvent être gouvernées par l'instance des grands-parents. Par conséquent, il est plus pertinent d'évaluer le degré d'intrusion des grands-parents dans la vie des jeunes couples et dans les décisions parentales. Les questions choisies ont été posées au mari sur la famille de sa femme et à la femme sur la famille de son mari pour évaluer le degré de concordance des idées éducatives des parents avec leurs propres parents et déterminer l'existence ou non de critiques, de conseils donnés par les grands-parents et la soumission ou non des parents aux interventions de leurs propres parents.

¹ Cf. Ausloos G., op. cit., (1).

Concernant la dimension *ouverture-fermeture* de la famille à l'extérieur, à l'environnement, les questions posées touchent aux amis, aux sorties à deux, aux activités non-professionnelles de l'un ou de l'autre.

b. L'indice fonctionnement familial comprend deux dimensions :

- la relation de couple
- les relations entre parents et enfants.

L'analyse du fonctionnement ne peut être réduite à ces deux dimensions, néanmoins, cet indice donne des informations importantes sur le système interactionnel de la famille.

Cet indice est corollaire du premier. En effet, il est des plus probable que des relations problématiques avec les familles d'origine aient un lien avec une relation de couple problématique et/ou une difficulté à fonctionner comme parents. Il est connu qu'un couple ne peut se former et réaliser sa fonction de couple et de parents qu'à condition que les loyautés aux familles d'origine aient été relativisées au profit de la nouvelle famille.

L'indicateur choisi pour évaluer la *relation de couple* est le suivant :

La surimplication et la surdépendance des époux l'un par rapport à l'autre. Cet indicateur mesure le degré de réactivité de l'un à l'autre, réactivité exprimée soit par une symétrie avec un conflit ouvert ou une complémentarité recouvrant un conflit caché, les rôles étant figés.

Dans l'analyse de l'interview et de la communication entre époux, les variables suivantes ont été retenues :

- l'interruption du discours de l'autre ou rétractation de ses propres dires,
- disqualification de l'autre,
- prise de parole pour l'autre,
- prise de parole parallèle à l'autre, accompagnée d'une non-écoute de l'autre.

Dans un deuxième temps, il nous a paru nécessaire d'inclure la présence d'un symptôme chez l'un ou l'autre des adultes ou chez les deux. Comme le dit Haley dans « Strategy of psychotherapy » : « le symptôme est utilisé par le couple, tel le problème d'un enfant par la famille, pour éviter la définition de la relation et ainsi éviter de devoir confronter le problème existant dans le couple »².

Concernant les femmes vivant seules au moment de la catamnèse, l'analyse a porté sur l'existence ou non de problèmes touchant à leur vie affective.

² Traduction de l'auteur de l'article.

Les indicateurs choisis pour évaluer *la fonction parentale* sont les suivants :

1. Limites posées à l'enfant, perceptions et attentes à l'égard de l'enfant suivant son âge.
2. Intrusion de l'enfant dans la relation parentale.
Respect par l'enfant des limites posées par les parents.

c. **L'indice degré de sévérité clinique** comprend :

- la « carrière » psychiatrique, les rechutes,
- les comportements dits pathologiques chez un membre ou l'autre du système nucléaire,
- la déficience des fonctions maternelles, paternelles.

III. LES FAMILLES À L'ENTRÉE

Comme préambule, il est essentiel de dire que les caractéristiques sociales des familles décrites ici n'offrent pas de représentativité statistique.

Le porteur du symptôme est dans la majeure partie des cas la femme. Trois situations font exception. Dans l'une c'est la grand-mère du nouveau-né qui fait appel pour elle-même (sa fille, mère de l'enfant, mineure au moment de la naissance, n'a pas encore terminé ses études et vit encore chez ses parents au début de l'intervention). Dans la deuxième situation, c'est la mère qui fait appel au service pour un conflit conjugal, la personne la plus symptomatique étant le père qui, un mois après le début du traitement, est hospitalisé pour une décompensation psychotique. La troisième situation est une situation de mauvais traitements administrés par le père et la mère. Les deux conjoints présentent un état dépressif.

Neuf mères sur douze sont des primipares. L'âge des mères varie entre 16 et 39 ans. Dans deux cas les pères n'ont pas reconnu l'enfant, la mère vivant seule avec l'enfant au début du traitement.

La majorité des cas est donc signalée pour une première naissance. Dans trois situations, les informations du dossier font penser à des troubles post-partaux existants lors des naissances antérieures. La proportion des décompensations diagnostiquées comme psychotiques est de 4 sur 12 ($\frac{1}{3}$).

Quelques constantes tirées des dossiers semblent caractériser ce type de familles au début de la prise en charge.

Dans la totalité des cas, la fonction parentale pose problème. L'un ou l'autre des parents se montre inadéquat dans sa relation à l'autre parent par rapport aux soins donnés à l'enfant. Ceci se manifeste par « l'exclusion » d'un des conjoints avec signe d'inefficacité dudit conjoint

dans les soins donnés à l'enfant. Deux mères ont été hospitalisées juste avant d'être adressées à la consultation, trois mères et un père ont été hospitalisés durant la thérapie dans l'unité. Par ailleurs, trois enfants sur douze ont été éloignés de la famille, deux pour mauvais traitements et un placé par la mère chez sa propre soeur.

Il semble que tous les couples ont eu de la peine à imposer leur conjoint à leurs propres parents au moment de leur union. Quatre naissances ont eu lieu hors mariage. Les familles dont les frontières se présentent comme floues entre les générations ont toutes, excepté une, refusé dans un premier temps leur bru ou gendre, ceci révélant leurs difficultés de séparation d'avec leur propre enfant. Il est également frappant de voir que dans tous les cas, la famille de l'autre conjoint se montre plus distante à l'égard de leur enfant, ceci allant dans deux cas jusqu'à une rupture totale des relations.

Au début de la vie de ces couples, les relations avec les familles d'origine sont soit conflictuelles, soit inexistantes. Au début du traitement, huit mères montrent une relation mal définie à leur propre mère. Dans deux cas, c'est la relation du père et de sa propre mère qui présente cette caractéristique.

Dans toutes les situations à une exception près, la décompensation a mobilisé l'une ou l'autre famille d'origine ou les deux, avec généralement une implication très forte de ces familles dans les affaires des jeunes parents.

Dans les grossesses hors mariage, la naissance semble avoir marginalisé le père alors que dans les situations où la grossesse était plus clairement problématique pour le père (cf. insémination artificielle, grossesse non désirée par Monsieur, Monsieur en pleine restructuration professionnelle), la grossesse semble avoir amené le père à s'impliquer plus, au point de remplacer parfois la mère dans les soins donnés au bébé.

IV. LA FAMILLE APRÈS LE TRAITEMENT, RÉSULTATS CATAMNESTIQUES

La première chose à dire concerne l'accueil positif qu'ont montré ces familles à cette recherche. Sur 15 familles contactées, seules trois familles ont refusé l'interview. Le fait d'accepter l'intrusion d'une personne étrangère dans leur vie privée peut parler en faveur d'une intégration positive du traitement et de bonnes relations entre membres de la famille et thérapeutes.

Aucune famille à la catamnèse ne présente encore les symptômes ou comportements ayant motivé le début de la prise en charge. Les mères, au moment de l'interview, se présentent exemptes de symptômes ; dans certains cas néanmoins un symptôme est encore signalé chez un autre membre de la famille.

Tous les enfants vivent avec leur mère ou parents. Dans les deux cas de mauvais traitements, l'enfant a réintégré sa famille. Aucun enfant ne présente de retard de développement.

A. Effets du traitement (voir Tableau I)

Les informations données par l'utilisation des indices a permis de constituer trois sous-groupes dévoilant les effets plus ou moins positifs du traitement (en fonction du principe d'équifinalité nous ne pouvons dire que le traitement soit le seul facteur expliquant l'état de ces familles à la catamnèse).

Tableau I: Etat de la famille à la catamnèse.

Patient No	Degré de sévérité clinique à l'entrée	Indice relations à l'environnement	Indice sévérité clinique	Indice fonctionnement familial
(1)	2	0	0	0
(2)	3	0	1	0
(3)	3	0	0	0
(4)	2	0	0	0
(5)	2	0	0	0
(6)	2	1	1	1
(7)	2	1	1	1
(8)	3	1	0	2
(9)	3	2	2	2
(10)	3	2	1	2
(11)	3	3	2	2
(12)	3	3	3	2

Indice degré de sévérité clinique

(0) Sans - (1) Avec comportement symptomatique ou brève rechute - (2) Avec comportement symptomatique et fonction maternelle/paternelle défectueuse et/ou nécessité d'une prise en charge psychosociale - (3) (2) + Mauvais traitements ou carrière psychiatrique ou rechute grave

Indice relations à l'environnement

(0) Sans problème avec famille d'origine, d'échanges avec l'extérieur - (1) Problèmes pas complètement résolus avec famille d'origine - (2) Problèmes non résolus avec famille d'origine (coupure/intrusion) - (3) (2) + isolement

Indice fonctionnement familial

(0) Définition claire de la relation, hiérarchie respectée - (1) Refus de la définition de la relation dans le couple - (2) (1) + Difficulté dans fonction parentale.

1. Le premier groupe est composé de familles qui, sans être les moins atteintes au moment de la prise en charge (cf. dans ce groupe deux mères ont eu un passé psychiatrique), ne présentent aucun problème relatif aux dimensions retenues à savoir :

- relations aux familles d'origine,
- degré d'ouverture sur l'extérieur,
- relations de couple,
- relations parents-enfants,
- comportements pathologiques chez l'un ou l'autre membre du système.

Dans un seul cas, une mère a eu une rechute soldée par une brève hospitalisation de 15 jours, qui par rapport aux nombreuses hospitalisations précédentes de longue durée, doit être relativisée.

2. Le deuxième groupe présente des difficultés subsistant avec les familles d'origine, accompagnées de solutions, mais pas encore totalement maîtrisées. Les couples présentent tous des difficultés au niveau de la définition de leurs relations (disqualification de l'autre, prise de parole pour l'autre, prise de parole parallèle à l'autre accompagnée d'une non-écoute de l'autre).

Un couple parental se distingue des autres par sa relation à leur enfant, présentant une perception négative de leur enfant avec des attentes non adaptées à l'âge de ce dernier.

Deux familles sur trois signalent un symptôme de caractère psychosomatique chez le conjoint ne nécessitant pas une prise en charge durable.

3. Dans le troisième groupe qui doit être considéré comme un groupe à risques, les relations aux familles d'origine restent problématiques, avec des contacts rompus et/ou des intrusions difficilement stoppées.

Outre les relations de couple exprimées par des conflits ouverts ou l'absence de l'époux à l'entretien, la fonction du leadership des parents paraît dans tous les cas défectueuse. Des symptômes sont signalés par trois conjoints et dans un cas le porteur du symptôme est l'enfant. Trois familles sur quatre sont encore suivies par un thérapeute ou une assistante sociale.

Dans ce groupe, une mère a été hospitalisée à deux reprises après la fin du traitement (la 1ère hospitalisation a duré 3 semaines, la 2ème 4 mois).

B. Capacité des familles à répondre à de nouveaux stress

Il a paru utile d'analyser la capacité des familles à répondre à de nouveaux stress. Une distinction a été faite entre stress liés à l'environ-

nement interne de la famille, aux cycles vitaux de la famille (naissance/entrée à l'école...), et les stress liés à l'environnement externe de la famille (accidents, maladies dans la famille élargie, déménagement, changement professionnel).

Toutes les familles sans exception ont eu à faire face à différentes tensions, telles que déménagement, changement professionnel, maladie d'un grand-parent, entrée à l'école d'un enfant³. Par contre, seules trois familles ont eu un nouvel enfant, deux dans le 1er groupe et une dans le 2ème groupe, sans que cet événement n'ait entraîné des perturbations relationnelles.

Si l'on pose comme postulat qu'un traitement de famille dans la phase péripartale doit permettre à la famille nucléaire :

1. de définir ses propres règles de fonctionnement la mettant à l'abri de l'intrusion des familles d'origine dans leur prise de décisions ;
2. d'introduire une certaine flexibilité dans le fonctionnement, une capacité de trouver de nouvelles solutions aux problèmes rencontrés ;
3. d'introduire une plus grande perméabilité entre le cercle familial et l'extérieur ;
4. de gérer ses problèmes sans l'intervention des spécialistes.

Les faits présentés à la catamnèse parlent en faveur de résultats satisfaisants :

- pour 50% des cas si l'on considère les indicateurs « absence de tout symptôme dans la famille nucléaire » et « changement du régime transactionnel avec les familles élargies »,
- pour 75% des familles si l'on considère leur capacité à gérer seules leurs difficultés soit avec les familles élargies soit face à l'extérieur, soit au sein même de leur famille nucléaire.

En effet, les résultats catamnétiques des trois groupes peuvent se résumer de la manière suivante :

1. les patients désignés au moment du traitement ne présentent plus de symptômes à la catamnèse ;
2. deux femmes ont été hospitalisées en milieu psychiatrique entre la fin du traitement et la catamnèse. Une pour deux semaines, l'autre pour 4 mois et 3 semaines ;
3. seules trois familles ont encore recours à un intervenant spécialisé extérieur à la famille (deux travailleurs sociaux et un généraliste) ;
4. les enfants vivent tous dans leur famille nucléaire ;

³ Aucun de ces facteurs n'est discriminant par rapport aux trois sous-groupes précités.

5. aucun d'entre eux ne présente de retard de développement ;
6. la gestion des relations avec les familles d'origine pose problème dans la moitié des cas à des degrés divers ;
7. 5 adultes présentent encore des symptômes : cancer de la gorge, alcoolisme, dépression, maux de dos, céphalées, accidents de travail à répétition ; un enfant présente des bronchites à répétition ;
8. seules deux familles sur douze restent isolées avec peu de contacts avec l'extérieur.

Le fait que toutes les familles parlant de difficultés non réglées avec leurs familles d'origine présentent encore des symptômes amène à poser l'hypothèse suivante, qui pourrait faire l'objet de la thèse d'une nouvelle étude : le comportement symptomatique dans les troubles du post-partum n'ont pas tant une fonction de suppléance momentanée liée au stress de la naissance, qu'une fonction homéostatique de régulation des relations dans le couple et des relations aux familles d'origine ¹.

V. EVALUATION DU TRAITEMENT (voir Tableau II)

L'analyse des traitements porte sur trois variables :

1. Clarification des relations et collaboration avec le réseau des intervenants
2. La durée du traitement
3. La négociation de la fin du traitement.

En reprenant l'analyse en fonction des trois groupes définis précédemment, deux variables semblent discriminantes, la variable « collaboration avec le réseau des intervenants », et la variable « négociation de la fin du traitement ».

En effet, les problèmes de réseaux mal maîtrisés sont tous regroupés dans le groupe 3, donc le groupe à risques.

Par ailleurs, les fins de traitement mal négociées et dans certains cas des ruptures unilatérales de traitement par les familles se situent toutes dans les groupes 2 et 3.

Il serait intéressant à cet égard de voir s'il y a une relation entre la fin du traitement et le début du traitement. La manière de négocier ou non la fin du traitement serait révélatrice du contrat (explicite ou non) de départ. Comme le dit Luborsky ¹¹, les premiers entretiens sont un concentré du déroulement du traitement. En effet, c'est à ce moment-là que se constitue le contexte thérapeutique, la relation thérapeutique, les objectifs de départ explicités ou non.

Quant à la durée du traitement qui varie entre cinq mois et plus de quatre ans, il n'y a pas de lien apparent entre le degré de sévérité clinique, la durée du traitement et les résultats catamnétiques. Ceci confirme ce qu'a montré Dicks en 1967.

Tableau II: Les traitements.

	PORTEUR SYMPTOME AGE : CSP	DEGRE SEVERITE CLINIQUE A L'ENTREE	COLLABORATION AVEC RESEAU	DUREE DU TRAITEMENT	(1) FIN PAS CLAIRE (2) INTERRUPTION TTT	ACTUEL DEGRE SEVERITE CLINIQUE
(1)	♀ 23 2	2	+	5 MOIS	0	0
(2)	♀ 39 2	3	+	> 2 ANS	0	1
(3)	♀ 30 1	3	+	11 MOIS	0	0
(4)	♀ 28 1	2	+	6 MOIS	0	0
(5)	♀ GM 40/16 2	2	+	4 ANS	0	0
(6)	♀ 18 3	2	+	8 MOIS	1	1
(7)	♀ 24 3	2	+	> 3 ANS	2	1
(8)	♂ 20/24 3	3	+	> 2 ANS	0	0
(9)	♀ 27/34 4	3	-	> 1 AN	2 ♂	2
(10)	♀ 32 4	3	-	> 1 AN	2	1
(11)	♀ 24 4	3	-	6 MOIS	2	2
(12)	♀ 36 4	3	-	1 AN	1	3

Abréviations :

GM : grand-mère ;

CSP : catégorie socio-professionnelle :

1) cadres moyens – 2) petit indépendants – 3) ouvriers dont femmes en ascension sociale – 4) employés subordonnés, ouvriers, paysans.

Quelques familles ont parlé spontanément d'interventions qui leur ont paru particulièrement utiles, à savoir un recadrage leur donnant un nouvel éclairage de la situation, ou un conseil, tel celui de déménager.

Pour que ces réflexions prennent sens dans une recherche sur le changement, il s'agirait de faire une analyse approfondie du processus thérapeutique en analysant les interventions cliniques du thérapeute (dont les recadrages, les tâches données, par ex.), leur « timing » et la cohérence et constance de ces interventions. Ceci devrait faire l'objet d'une nouvelle recherche. (Pour les « process studies » voir Greenberg 1983). Il est intéressant de signaler par ailleurs que selon Woodward, Santa-Barbara, Levin & Epstein ²⁰, il n'y aurait pas de corrélation entre le degré de satisfaction exprimé par les familles face au traitement et les résultats catamnestiques.

Pour clore ce chapitre, il a paru intéressant de comparer le groupe 1 (sans manifestations psychopathologiques) et le groupe 3 (restant un groupe à risques).

Il est d'abord frappant de constater que le niveau socio-professionnel du groupe 1 se distingue très nettement du groupe 3. Le groupe 1 regroupe des petits indépendants et des cadres moyens, alors que le groupe 3 regroupe des ouvriers, employés subalternes, petits paysans.

Par ailleurs, le groupe 1 est un groupe où le réseau des intervenants se résume aux référants, alors que le groupe 3 mobilise plusieurs intervenants, d'où la plus grande difficulté d'un maintien de complémentarité dans le réseau.

Il nous aurait paru utile d'analyser plus précisément les modalités de structuration du cadre thérapeutique et la fréquence de la définition d'un contrat accepté par la famille. Cette analyse n'a pas pu être faite en détail. Ce qui ressort globalement dans le groupe 3, est la non-collaboration évidente d'un des membres du système et la difficulté qu'ont eue les thérapeutes à établir des contrats thérapeutiques clairs avec tous les membres du système. Il n'était pas possible d'évaluer sur dossier la participation du thérapeute à cet état de choses. La non-collaboration se manifeste par des rendez-vous manqués, l'absence d'un des membres du système aux séances, une opposition ouverte et durable d'un membre du système aux thérapeutes. Dans le groupe 1, aucun de ces phénomènes ne figure dans les dossiers, à l'exception d'une famille.

CONCLUSION

Six remarques doivent être faites par rapport à ce type de catamnèse :

1. Une mise en garde est nécessaire contre une vision linéaire qui établirait un lien causal entre traitement et résultats catamnestiques. Comme chacun sait, la famille étant un système ouvert, d'autres événe-

ments ont pu modifier le fonctionnement de la famille depuis la fin du traitement. Par conséquent, dans cette recherche, il n'est plus jamais fait mention des résultats du traitement, mais plutôt des effets du traitement, ceci tenant compte du principe d'équifinalité impliquant que plusieurs causes peuvent aboutir à un même effet.

2. Si au départ le nombre limité de cas a paru être un handicap, le développement de cette recherche qualitative a dévoilé une richesse d'informations pour le clinicien qui peut parfois faire défaut dans des recherches dites quantitatives.

Dans les deux types de recherche, la représentation de la réalité est simplificatrice et l'explication non exhaustive. Cependant une recherche qualitative tenant compte des exigences de validité des indicateurs retenus et de fiabilité des techniques utilisées semble répondre plus adéquatement aux besoins du clinicien.

3. Cette catamnèse se distingue des catamnèses bio-médicales par son épistémologie systémique. L'objet étudié a été analysé dans sa relation aux sous-systèmes de la famille nucléaire, au système élargi des familles d'origine et au réseau secondaire (amis) et tertiaire (intervenants).

Le chercheur n'a pas omis d'analyser sa relation à l'objet étudié tant dans l'explication de ses propres finalités que dans sa manière de découper la réalité.

4. Un point plus difficile à maîtriser est l'impact du chercheur-intervieweur dans les informations données par la famille. L'impact peut varier d'une famille à l'autre bien que les conditions dans lesquelles a été menée l'interview aient été identiques pour toutes.

Une autre limite tient à l'absence d'analyse approfondie du système thérapeute-famille, analyse qu'il conviendrait de conduire dans des recherches futures.

5. Un autre point à discuter est l'utilisation d'une typologie à laquelle la recherche n'échappe pas mais qui est contestable dans une optique systémique. Comme le dit Bateson, « toutes les typologies sont trompeuses. Ce ne sont que des listes de parties. A partir d'une typologie, vous êtes toujours obligés d'avancer vers le processus »². S'il est vrai que toute classification permet des comparaisons et crée la différence, donc de l'information, l'utilisation de la typologie comme telle dans la pratique est contestable si elle est utilisée pour réifier la réalité empêchant le thérapeute de rester attentif au processus se déroulant entre lui et la famille.

6. Une dernière remarque à faire porte sur la complémentarité nécessaire entre ce type de catamnèse et l'évaluation de chaque cure par le thérapeute lui-même. La recherche catamnétique a l'avantage de porter un regard global sur l'activité d'un service sur la réalisation ou non de

ses objectifs et sur le coût de ces services par rapport aux résultats obtenus. Elle doit permettre aux thérapeutes de réfléchir sur les outils utilisés et de modifier ou rectifier si nécessaire leur approche dans le type de situation décrite.

Claire-Lise Cuendet
Service Médico-Pédagogique Vaudois
Unité de Thérapie Familiale
et de Prévention
César-Roux 29-31
CH-1005 Lausanne

RÉSUMÉ

Catamnèse d'interventions dans les crises familiales périnatales menée selon le modèle systémique, celui adopté par les thérapeutes.

L'étude a été conduite de un an à six ans après la fin des traitements. Douze familles ont été interviewées. Les indices utilisés dévoilent trois sous-groupes, dont un reste à risques.

SUMMARY

This paper presents a follow-up of postpartum disturbances. The researcher uses the same systemic model as the therapists.

Twelve families were interviewed from one to six years after the end of therapy. It results that there are three subgroups. Their characteristics are discussed.

Mots-clés :

Crises familiales périnatales
Catamnèse
Approche systémique

Key-words :

Puerperal family crisis
Follow-up
Systemic approach

REMERCIEMENTS

L'auteur remercie Odette Masson pour sa participation à ce travail et sa lecture critique du manuscrit. Sa reconnaissance va également à Margaretha Rochat, Catherine Mannella et Grégoire Evêquoz pour leurs suggestions.

Et à l'équipe dans son ensemble sans laquelle ce travail n'aurait pas pu avoir lieu.

BIBLIOGRAPHIE

1. AUSLOOS G. Systèmes-Homéostasie-Equilibration. Thérapie Familiale, Vol. 2, pp. 187-203, Genève, 1981.
2. BATESON G. Entretien avec... G. Bateson in Revue « Psychologie » N° 107, pp. 25-31, déc. 1978.

3. CHKILI T. et EL KHAMLIHI. Les psychoses puerpérales en milieu marocain, *la Tunisie médicale*, 53, pp. 375-391, 1975.
4. CROMWELL R., OLSON D., FOURNIER D. Tools and techniques for diagnosis and evaluation in marital and family therapy, 15, pp. 1-49, 1976.
5. DARBELLAY K. Catamnèse d'interventions préventives sociales et psychiatriques : évaluation du développement de 15 enfants nés dans des situations à haut risque. in *Social Psychiatry* (à paraître).
6. DA SILVA L., JOHNSTONE E. A follow-up study of severe puerperal psychiatric illness, *Brit. J. Psychiat.*, 9, pp. 346-354, 1981.
7. DE WITT K. The effectiveness of family therapy, a review of outcome research, *Arch. Gen. Psychiatry*, 35, pp. 549-561, 1978.
8. EVEQUOZ G., MASSON O. Evaluation de quelques indicateurs de l'activité thérapeutique dans une consultation ambulatoire de psychiatrie infantile. *Rev. Méd. Suisse Romande*, 103, pp. 689-695, 1983.
9. GERIN Paul. L'évaluation des psychothérapies, Paris, PUF, 1984.
10. GURMAN Alan S., KNISKERN David P. Family therapy outcome research, Brunner/Mazel, N.Y. 1981, in *Handbook of family therapy*.
11. LUBORSKY L. et coll. Predicting the outcome of psychotherapy in *Arch. Gen. Psychiatry*, 37, pp. 471-481, 1980.
12. JONQUIERE, WICHMANN M. Les psychoses du post-partum – Schweiz. *Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr.*, 128, pp. 105-149, 1981.
13. MASSON O. Approches thérapeutiques des jeunes familles à transactions psychotiques, conférence donnée au symposium international de Genève, avril 1983.
14. MASSON O. Mauvais traitements envers les enfants et thérapie familiale, *Child Abuse and Neglect*, vol. VI, pp. 47-56, 1982. Dynamique familiale dans la phase post-partale, conférence donnée aux Journées Annuelles de la Société Suisse des Psychiatres d'Enfants et d'Adolescents, du 2 au 4 septembre 1982, Bâle.
15. PITT B. Depression and childbirth, *handbook of affective disorders*, Ed. by E.S. Paykel, Edinburg, Churchill Livingstone, 1982.
16. RISKIN J., FAUNCE E. An evaluative review of family interaction research, *Family Process*, 11, pp. 365-455, 1972.
17. UDDENBERG N., ENGLESSON I. Prognosis of post-partum mental disturbance, a prospective study of primiparous women and their 4 $\frac{1}{2}$ year old children, *Acta psychiat. Scand.*, 58, pp. 201-212, 1978.
18. WATZLAWICK, WEAKLAND J. Sur l'interaction, Paris, Seuil, 1981.
19. WELLS R., DEZEN A. The results of family therapy revisited : the nonbehavioral methods, *Family Process*, 17, pp. 251-274, 1978.
20. WOODWARD C., SANTA-BARBARA J., LEVIN S., EPSTEIN N.B. Aspects of consumer satisfaction with brief family therapy, in *Family Process*, 17, N° 4, pp. 399-409, 1978.

LES DIFFÉRENTS CHAMPS D'ANALYSE ET D'INTERVENTION SYSTÉMIQUE DANS LA MALTRAITANCE INFANTILE

J. BARUDY *, Christine BONNIER **,
et J.-Y. HAYEZ ***

Le fait de travailler dans une équipe universitaire qui s'occupe d'enfants victimes de violence, et ayant reçu une formation à l'approche systémique, nous a permis de tester l'efficacité de cette dernière en rapport avec ce problème.

Dans cet article, nous essayons de faire une synthèse des idées de base qui soutiennent l'approche systémique, mettant ces idées en relation avec le sujet qui nous occupe.

Il faut tout d'abord différencier l'approche systémique de la thérapie familiale. Parler de « thérapie familiale » est en réalité restrictif et il faudrait parler plutôt d'approche « systémique » ; terme beaucoup plus vaste, caractérisant une orientation théorique-pratique qui, se référant au modèle conceptuel de la « théorie générale des systèmes », concerne surtout les systèmes interpersonnels.

La famille représente une des possibilités d'application de cette approche, dans la mesure où ce système interpersonnel constitue un ensemble des membres en interaction qui partagent une histoire et une culture commune.

Il faut préciser également que l'approche systémique constitue un paradigme ou un ensemble d'idées qui a bouleversé la façon dont la science (y compris la psychologie et la psychiatrie) a interpellé les phénomènes. Cette approche est née en opposition aux limitations d'une approche réductionniste qui domine encore une partie importante du regard scientifique.

Le paradigme systémique et le paradigme réductionniste sont deux modèles de pensée qui s'opposent radicalement, déterminant des proces-

* Pédo-psychiatre du Programme « S.O.S. Enfants », Cliniques universitaires Saint-Luc. Formateur dans le groupe de formation et de recherche en approche systémique et thérapie familiale à la Faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain.

** Pédiatre du Programme « S.O.S. Enfants », Cliniques universitaires Saint-Luc de l'Université catholique de Louvain.

*** Pédo-psychiatre, coordonateur du Programme « S.O.S. Enfants » responsable de la pédo-psychiatrie à la Faculté de médecine de l'U.C.L., Belgique.

sus de description analytique, ainsi que des principes de base et de théories globales diamétralement différentes (Guntern, 1982, p. 2).

Ainsi, dans le sujet qui nous occupe, l'intervenant médico-psychosocial, porteur d'un regard réductionniste, aurait tendance à faire une lecture de la violence intra-familiale en fonction de laquelle l'enfant est victime d'une façon monocausale, monofactorielle et unidimensionnelle. Par exemple, confronté à un enfant où l'on soupçonne la présence de sévices, la tendance sera de parler en termes de comportement pathologique d'un des membres de la famille essayant de donner une explication dudit comportement comme une conséquence soit d'un facteur constitutionnel ou d'un facteur organique (par exemple des troubles génétiques ou chimiques dans le cerveau), soit comme conséquence d'un facteur intra-psychique (par exemple une perturbation du Moix de la mère ou du père).

Le paradigme systémique a essayé de surmonter de tels réductionnismes en tentant de prendre les phénomènes dans leur « complexité ». De ce fait cette approche est multiconditionnelle, multifactorielle et multidimensionnelle.

Si l'on utilise ce paradigme pour comprendre les mauvais traitements où un enfant est victime, on ne se limitera jamais à regarder le responsable « isolé ». De même l'on dépassera le cadre de la relation entre d'une part l'auteur des coups et d'autre part l'enfant récepteur, victime de la violence.

Il est évident que ces deux personnes sont impliquées avec leurs sentiments, leurs idées, leur corps réel et les images que ce corps induit chez soi et chez les autres : mais tout cela n'est qu'une partie de la dynamique bien plus complexe de la maltraitance.

Ainsi, l'approche systémique regarderait le comportement « sévices sur un enfant » dans le cadre d'une série de probabilités. Alors que dans l'approche réductionniste on parlera de l'existence d'un déterminisme monocausal, l'approche systémique parlera elle d'un déterminisme en termes de probabilités.

La violence infligée à l'enfant n'est pas la conséquence d'un mauvais esprit ou d'une maladie, mais la conséquence de plusieurs facteurs qui, à un moment déterminé, agissent en interaction, et suivant leur modèle spécifique d'échange, atteignent une probabilité suffisante pour provoquer un comportement violent.

La systémique nous apprend alors à ne plus regarder un phénomène de façon « isolée » mais à le regarder avec un champ d'observation suffisamment large pour que soit inclus le contexte dans lequel le phénomène se produit.

Pour éclaircir cette idée, prenons l'exemple d'un observateur qui suit à l'aide d'un télé-objectif un joueur de football isolé sur le terrain. La conséquence de son observation sera qu'il va voir cet homme qui

court, gesticule, saute, fait des grimaces. Il en conclura par exemple, que ce joueur est « malade » ou bien même « fou ».

Si ce même observateur examine le même joueur mais avec l'aide d'un grand angle, il pourra observer non seulement le(s) joueur(s) mais la relation entre ceux-ci, avec le ballon, l'arbitre, les buts et le public.

Dans cette dernière situation, le comportement du joueur observé devient tout à fait cohérent et compréhensible pour l'observateur.

Nous pouvons également considérer que dans les cas des enfants victimes de sévices et de négligences, les comportements violents représentent des symptômes à valeur communicationnelle exprimant un malaise qui implique globalement le ou les systèmes où le comportement se produit.

De ce fait, l'auteur des coups et l'enfant victime doivent être considérés comme les « boucs émissaires » ou les patients désignés des systèmes compromis. Ils peuvent nous communiquer des informations à deux niveaux différents.

Au premier niveau, ils nous montrent l'existence d'une dysfonctionnalité des systèmes qui se traduit par un conflit entre « les finalités du système et les finalités individuelles » des patients désignés (G. Ausloos, 1983, p. 208-209).

Dans ce contexte, les symptômes peuvent être compris comme un appel, un cri qui reflète un besoin d'être protégé, un désir de rébellion, une exigence de changement.

Mais *au second niveau*, ces comportements de violence permettent la persistance des règles qui assurent la stabilisation des systèmes, entre autre, le système familial. Non seulement dans le présent mais aussi ces comportements violents peuvent être un signe d'équilibration transgénérationnelle. Paradoxalement, les mauvais traitements permettent la survie du système familial en tant que tel dans ses deux dimensions : spatiale (synchroniques) et temporelle (diachroniques). La situation est toujours très complexe et n'implique pas seulement la famille nucléaire dans laquelle l'enfant est victime mais également les symptômes peuvent être les résultats des interactions entre la famille nucléaire et la famille élargie.

A un autre niveau, dans une dimension temporelle, la violence peut être aussi le résultat d'un conflit entre générations. Dans ce cas, la violence n'est pas seulement intra-familiale mais aussi trans-générationnelle.

LE REGARD SYSTÉMIQUE

En utilisant un langage métaphorique, on peut observer l'intervenant regardant les phénomènes avec une approche systémique, comme un électricien qui doit intervenir sur une plaque de télévision moderne.

Etre systémique implique d'essayer de comprendre la « panne » dans la complexité des circuits qui existent dans la plaque, et d'être conscient du fait qu'*en même temps* la panne est *en train* d'influencer les circuits. En outre, le technicien systémique est obligé d'isoler artificiellement une partie pour comprendre le tout, sans jamais oublier que la séparation de cette partie de la totalité est une ponctuation arbitraire de sa part.

Alors, si nous devons analyser, comprendre et intervenir dans un cas de violence (exercée sur un enfant), nous allons aussi être obligés de nous placer *devant* et à l'intérieur d'une « plaque de télévision ». Cette fois, la plaque de T.V. sera formée par des circuits d'interactions très *complexes et dynamiques* où, au moins, l'enfant, sa famille mononucleaire, la famille d'origine, la famille élargie, les intervenants médico-psycho-sociaux, les institutions judiciaires, etc... seront les protagonistes principaux.

Malgré que cela puisse paraître paradoxal, la seule manière de pouvoir intervenir sur cette complexité est de choisir des parties du système global, de telle façon que notre intervention sur cette partie puisse provoquer un changement favorable qui influence toute la totalité. A la différence des chercheurs scientifiques qui doivent considérer la plus grande quantité de variables pour avancer dans leur recherche, le clinicien est obligé de choisir la partie de la totalité où une intervention de sa part produira un changement favorable dans le problème. (Haley, 1976, p. 117). Le travail sur une partie ne doit jamais faire oublier la totalité.

LES DIFFÉRENTS CHAMPS OPÉRATIONNELS D'ANALYSE ET D'INTERVENTION

Dans la grande majorité des situations auxquelles nous sommes confrontés, nous sommes en face d'une quantité énorme de facteurs et de systèmes. C'est pourquoi nous avons choisi une façon pragmatique de structurer notre analyse partant du niveau plus simple pour arriver au niveau plus complexe. Nous partirons de l'enfant pour arriver au niveau macrosocial, c'est-à-dire voir comment les structures sociales, leurs institutions et leurs idéologies favorisent l'apparition de la violence intra-familiale. Ce dernier aspect ne sera pas abordé en profondeur dans cet article, mais dans un article ultérieur.

1. Premier champ : L'ENFANT

La dépendance bio-psycho-sociale des enfants et leur vulnérabilité dans les rapports de pouvoir avec les adultes constituent le contexte prédisposant aux mauvais traitements. Ces inégalités de pouvoir font de l'enfant un objet de projection ou de réparation de la part de l'adulte.

Il est vrai que l'enfant n'est jamais responsable de ce qui lui arrive, mais à un niveau communicationnel certaines caractéristiques, certains comportements contribuent à provoquer des mauvais traitements.

Marc par exemple, n'était pas très beau, n'avait pas un physique agréable et c'était une frustration difficile à assumer par ses parents, dont la valeur physique et morale avait été souvent contestée. L'enfant n'était pas très malin, ce qui ne coïncidait pas bien avec les projets volontaristes faits par son beau-père à son sujet. Et puis, très vite, Marc était devenu difficile, opposant, et cela aussi avait « blessé » son beau-père et entraîné de sa part une violence en retour sous forme de coups.

De façon plus générale, pensons à ces bébés qui présentent des problèmes alimentaires ou des insomnies, à ces enfants qui pleurent beaucoup sans raison apparente pour les parents.

Lorsqu'on cherche à comprendre et à réduire le phénomène « coups », il faut donc certainement s'interroger sur les caractéristiques physiques et comportementales de l'enfant et sur ce qu'elles représentent pour sa famille. Il ne faut pas trop s'interroger sur leur nature primaire ou secondaire, c'est-à-dire, réactionnelle à des premiers mauvais coups ; il faut simplement chercher leur présence, et se dire que si elles sont là, si elles sont mal vécues par la famille, et si on parvient à les réduire, on parviendra probablement à réduire la charge agressive que le système dirige vers l'enfant.

Mais il n'est pas toujours simple de détecter ce que l'on pourrait appeler les caractéristiques irritantes que l'enfant émet vers son système. Si l'on discute avec la famille, si on offre un climat de respect et de confiance, elle évoquera tout au plus des raisons d'« avant-plan » : ici, dans le cas de Marc, le beau-père aurait pu dire « ce gosse me résiste, il n'est pas malin, cela m'énerve beaucoup ».

Mais il existe aussi des caractéristiques « d'arrière-plan » qui interpellent les parents de façon plus inconsciente : l'enfant n'est pas tellement en cause pour ses caractéristiques objectives, mais parce que les parents font des projections sur lui.

L'enfant devient ainsi l'enjeu innocent des règlements de comptes de ses parents avec ses propres parents. Cela dans la mesure où très souvent ils ont été eux-mêmes des enfants maltraités.

Une des stratégies de l'intervention thérapeutique sera donc d'aider les parents à se désintoxiquer de leurs tragédies passées de façon à éviter les pollutions transgénérationnelles et à changer le regard qu'ils portent sur leurs enfants.

2. Deuxième champ : LES PARENTS

La personnalité du parent, auteur des violences est souvent une personnalité, elle-même en souffrance ; il est amené à maltraiter en fonc-

tion de forces extérieures dont nous reparlerons, mais aussi, en fonction de tensions résultants de sa propre situation intérieure.

L'histoire des parents est presque toujours l'histoire d'une enfance tragique empreinte de maltraitance, de négligence ou d'abus sexuels. Tout cela ayant pour conséquences une traumatismation du « moi » de l'adulte ainsi qu'une expérience d'aliénation de soi, destinée à la protection et à l'idéalisation de l'image de ses propres parents (Miller, 1984).

Confrontés à leurs propres enfants, ils peuvent par exemple avoir le sentiment d'être faible, d'échouer devant un enfant qui apparaît comme plus fort et persécutant. Dans cette situation le père ou la mère pourront avoir un besoin incohérent de le punir, voir même d'éliminer l'enfant qui est vécu comme la cause de son propre échec et de sa propre impuissance (Kempe, 1978, p. 21).

Dans toute la littérature, consacrée à la maltraitance, on signale beaucoup l'existence de cette fragilité ; et l'on parle habituellement de deux modes selon lesquels elle se présente :

1. soit que, le parent *veuille reconstruire quelque chose* avec l'enfant, être aimé par lui, réussir à travers lui, mais l'enfant ne l'aime pas comme il le voudrait, et cela constitue une frustration qui fait que l'amour se transforme en haine ;
2. soit que, depuis toujours, le parent *n'ait jamais imaginé que quelque chose de bon puisse sortir de lui*, que sa semence physique ou morale puisse être une semence de bonne qualité, et donc l'enfant qui est sa prolongation, il ne le voit pas plus volontiers qu'il ne se voit lui-même : l'enfant est la prolongation de la mauvaise image qu'il a de lui-même.

3. Troisième champ : LA RELATION CONJUGALE

La relation conjugale, c'est-à-dire la relation d'adulte à adulte qui donne le sentiment d'être partenaire, peut être satisfaisante. Ni l'homme, ni la femme n'ont fait dans leur relation conjugale une expérience de réussite et de bonheur dont ils avaient rêvé.

Ils ne sont pas satisfaits l'un par l'autre, ils sont dans un état de frustration diffuse et, au moins pour l'un d'entre eux, l'enfant peut devenir le « bouc émissaire » de cette frustration.

Par exemple, un des scénarios possibles serait que le père ou/et la mère cherche à investir ailleurs que dans le couple leur énergie d'amour et l'investissent alors dans l'enfant. Si celui-ci n'y répond pas, cette énergie peut se transformer en violence.

A propos des abus sexuels, par exemple, il peut y avoir de mauvaises relations conjugales, l'adulte qui passe à l'acte est aussi quelqu'un que son conjoint laisse faire, et qui parfois est frustré dans sa vie sexuelle d'adulte, souvent, son histoire ne le prédispose pas à vivre des

relations sexuelles satisfaisantes avec des personnes de son âge. Tous ces éléments doivent être bien perçus comme des circonstances qu'il faut pouvoir saisir dans leur ensemble, si l'on veut bien aider les familles.

Quand nous parlons de dysfonctionnalité conjugale nous nous référons à la façon insatisfaisante dont s'exerce « la fonction du tiers ». Il est frappant de constater dans notre pratique que personne ne s'interpose entre celui qui bat et celui qui est battu, lors des premières transgressions. Personne, ni l'épouse ou la mari, ni un système d'amis ou de la famille élargie, ni une assistante sociale ou quelqu'un de l'école qui était au courant de la situation. Ce n'est que lorsque les choses ont mal tourné que des équipes d'intervenants ou des institutions agissent parfois brutalement, de façon moralisante et répressive.

4. Quatrième champ : LES RELATIONS FAMILIALES

À l'intérieur de la famille nucléaire, il y a une dynamique à comprendre. Dans le cadre de ce travail, nous considérons la famille nucléaire comme « l'ensemble des personnes qui vivent sous le même toit et qui y interagissent avec l'enfant ». Dans la problématique qui nous occupe et surtout dans le cas de négligence, les structures familiales présentent une hétérogénéité et une certaine mouvance au niveau de sous-systèmes parentaux. Une maman seule avec ses enfants, un père avec une compagne qui n'est pas la mère de tous les enfants ou à l'inverse une compagne qui accueille les enfants du premier couple, etc...

Au niveau des frontières entre le sous-système, on trouve très souvent des coalitions rigides et cachées entre les membres des sous-systèmes parentaux et un ou plusieurs enfants.

Ainsi par exemple un père fait une alliance avec son fils, contre son épouse, et cette dernière déplace sa colère adressée à son mari contre l'élément le plus faible du triangle c'est-à-dire l'enfant.

Au niveau diachronique, notre expérience nous confronte à des groupes de familles où les mauvais traitements apparaissent dans des moments de crises survenant après des phases où la famille a pu témoigner d'un fonctionnement plus harmonieux.

Mais, nous sommes aussi confrontés à des familles où la violence est une façon de maintenir un équilibre. Dans ce cas, il s'agit de familles chroniquement, et souvent transgénérationnellement perturbées (Masson, 1981, p. 274). Dans ce type de famille on trouve, soit des ruptures relationnelles qui se répètent avec une tendance au fonctionnement chaotique – soit des familles dont la structure familiale est préservée, mais qui reproduisent génération après génération des modèles de comportements très sévèrement dysfonctionnels, où par exemple les parents de l'enfant victime restent pathologiquement impliqués dans le fonctionnement de leurs propres familles d'origine. Il y a parfois des

coalitions rigides entre une grand-mère paternelle et le père « contre » la mère de l'enfant, ou entre le grand-père maternel et la mère « contre » le père.

Dans ce contexte, toute alliance conjugale s'avère impossible et la fonction parentale indispensable à la protection des enfants est rendue inexistante.

5. Cinquième champ : LA VIOLENCE INTERSYSTÉMIQUE

Nous devons accepter qu'il y a des parents qui maltraitent leurs enfants pour des raisons internes, pour leurs propres besoins liés à leurs tragédies historiques, mais nous devons admettre une fois pour toutes que dans le système social plus large a toujours existé une série de croyances, soit religieuse ou idéologique qui justifient ces mauvais traitements pour « des raisons éducatives ».

Mais aussi au niveau de l'organisation sociale d'autres systèmes peuvent empiéter de façon abusive sur le système familial. Par exemple la maltraitance peut faire son apparition à l'intérieur d'un système social où il y a un environnement de violence qui ne permet pas l'épanouissement de tous les sous-systèmes socio-culturels.

On peut considérer que l'exiguïté de l'habitat, l'instabilité de l'emploi, les fonctions et rôles peu valorisants sont autant de facettes d'un environnement violent autour du système familial.

Ces aspects ne seront pas traités in extenso dans cet article mais nous voulons seulement insister sur leur importance, afin d'éviter le risque de mystifier les conflits sociaux en reposant toute la responsabilité de la violence sur la famille uniquement.

En effet, la famille en tant que système ouvert, est en interrelation continue avec le système social. Mais dans la structure et le fonctionnement de ce dernier peut exister une situation de violence latente ou manifeste par l'existence et l'entretien d'inégalités. A cela, il faut encore ajouter la puissance des stéréotypes de consommation exercés sur le système familial.

Cette violence que l'on pourrait appeler de type structurel, nous l'avons surtout rencontrée dans notre travail avec les populations « quart-monde » et immigrée.

S'il est bien admis par tous que la violence exercée sur l'enfant n'épargne aucune couche sociale, il est certain aussi que les mécanismes, la forme d'apparition et le type d'intervention sur la violence seront différents s'il s'agit d'un enfant issu d'un milieu favorisé ou non. Par exemple, lorsqu'apparaît la violence dans une famille défavorisée, celle-ci sera plus facilement et plus rapidement gérée par tout l'arsenal d'interventions médico-psycho-sociales et judiciaires. A cet égard, il est frappant de constater le nombre parfois impressionnant d'intervenants autour d'une famille pauvre.

Par contre, la violence exercée sur un enfant issu d'une famille plus favorisée, restera plus facilement dans le cadre médical protégée par le secret médical ou dans l'impunité de la « respectabilité ». Cela conduit paradoxalement à penser que ces enfants sont parfois moins bien protégés !

Le rôle des intervenants médico-psycho-sociaux

Un autre aspect est la façon dont les intervenants médico-psycho-sociaux peuvent déclencher un processus provoquant la chronification et la répétition des actes de négligence et de violence.

En guise d'exemple, nous vous présentons le déroulement d'un de nos premiers cas. Pour cela nous allons analyser non pas la période précédant la violence, mais la période qui a suivi cette violence.

Cette période correspond à l'organisation de liens entre les intervenants et la famille. Nous voulons à partir de ce cas illustrer comment certaines interactions entre les intervenants et une famille peuvent amener à la récurrence des mauvais traitements malgré la bonne volonté de chacun.

Présentation du cas

Daniel, cinq mois, fut admis dans le service de neuropédiatrie fin mars 84 pour fracture du fémur gauche et signes d'hypertension intracrânienne. Que s'est-il passé ? Lors de son dernier biberon du soir, aux dires du père, le bébé présente une fausse déglutition, avec arrêt cardio-respiratoire. Le père le réanime en le secouant violemment par les pieds puis fait un massage cardiaque.

Le gonflement de la cuisse motive l'hospitalisation en périphérie mais les signes d'hypertension intra-crânienne motivent le transfert à la Clinique Universitaire.

Quels sont les antécédents de ce bébé ?

Enfant d'une première grossesse de la mère. Elle s'est mariée à cause de cette grossesse mais son mari n'est pas le père du bébé. La grossesse a été difficile : deux menaces de fausse-couche. Césarienne à 34 semaines pour décollement placentaire. Poids de l'enfant : 1kg350. Pas de gros problèmes néo-nataux mais l'enfant reste 2 mois 1/2 en couveuse.

A noter que sur ses cinq mois de vie avant l'accident, Daniel n'aura passé qu'une semaine à la maison. Car après la couveuse, il a été réhospitalisé pour une hernie.

Arrivé en neuropédiatrie, se confirment les diagnostics de fracture du fémur et d'hématomes sous-dural provoquant l'HIC. Celui-ci a été drainé sans récurrence. Dans ce contexte, le mécanisme d'apparition d'hématome sous-dural est probablement le « Whiplash Syndrom » ou

syndrome de l'enfant secoué. Ces hématomes laissent très fréquemment des séquelles neurologiques.

A la sortie d'hospitalisation fin avril, un retard neurologique était déjà présent sous la forme d'hypotonie axiale.

L'intervention de l'équipe

Notre équipe est intervenue à la demande du service de pédiatrie.

Dans les informations transmises par l'équipe soignante de l'enfant à la clinique, deux de celles-ci nous ont influencés de façon décisive dans le processus post-hospitalisation.

La première est l'explication que la famille donne des événements ; la seconde est l'hypothèse diagnostique de l'équipe soignante.

a. Le système familial défendait une explication des faits

Les parents ont raconté que « les blessures se sont produites lorsqu'ils ont secoué l'enfant après qu'il se soit étouffé avec le contenu de son biberon ». Il s'agit en fait de la défense du *mythe familial*, c'est-à-dire l'opinion que la famille a d'elle-même. Dans l'approche systémique on parle de *mythe* pour décrire la façon dont les êtres humains organisent la réalité. Pour cette famille les mythes sont bel et bien une explication des faits, censée être la réalité elle-même aussi longtemps que le mythe sert à défendre l'idée que la famille a d'elle-même (Caille, 1980, p. 55).

b. L'équipe médicale avait une autre explication des événements : dans le rapport d'hospitalisation concernant l'enfant on peut lire : « Hématome péricérébral traumatique et fracture du fémur gauche chez un nourrisson de cinq mois.

Il s'agit certainement d'un syndrome de Silverman au sens large. Le récit des parents semble indiquer que les traumatismes graves infligés à cet enfant interviennent plus dans le cadre d'une violence inconsciente et probablement involontaire que des traumatismes infligés volontairement. Toutefois, il faut être extrêmement prudent avant de tirer une conclusion définitive à ce point de vue et de toute manière il est capital d'aider et d'encadrer ce couple d'assez près ».

On peut également parler ici de *mythe* parce que les conclusions des médecins en ce qui concerne le diagnostic représentant aussi la façon dont le système médical organise les informations. Cet ensemble d'idées prend forme de réalité dans ce système.

Dans notre approche, les mythes, qu'ils soient théories scientifiques, diagnostics médicaux, ou mythes familiaux ne sont ni visions imaginaires, ni malentendus. Ce sont des hypothèses provisoires qui, aussi longtemps qu'elles servent leur but, ne peuvent être influencées par une argumentation logique.

Dans ce cas, la famille essaie de se faire reconnaître comme une famille adéquate et de récupérer l'enfant, le système médical essaie d'obtenir la collaboration de la famille pour confirmer son diagnostic et protéger l'enfant.

Dans les explications de la famille et de l'équipe soignante, il y aurait un récit de faits mais surtout un essai de chaque système de définir la nature de la relation en accord aux finalités de chacun.

La production des mythes est en fait inévitable dans les systèmes humains. Le problème n'est pas le mythe en lui-même mais qu'il risque de devenir rigide et dominant, et sera amené à cacher ou dissimuler une réalité d'oppression ou de violence comme c'est le cas pour un enfant maltraité.

Il nous paraît intéressant de souligner que les premiers entretiens entre le système familial et l'équipe de médecins pendant l'hospitalisation ont produit une espèce de théorie implicite qui expliquerait les faits. On peut dire que l'explication ou le mythe de la famille avait été accepté par l'équipe de médecins mais avec une certaine préoccupation.

C'est dans ce contexte d'inquiétude que notre équipe débutante a commencé à intervenir : à partir de notre approche, il s'agissait de créer une nouvelle situation nous permettant de définir les relations d'une manière différente. C'est pourquoi nous avons envoyé la lettre suivante :

« Les docteurs X nous ont contactés, en tant que service s'occupant de familles en difficulté. Ils pensent que votre enfant a été maltraité parce que les blessures sont trop importantes par rapport à ce que vous leur avez dit et ils veulent prévenir le juge de la jeunesse pour une enquête.

Quoi qu'il en soit, nous ne sommes pas là pour vous juger ou pour prendre une décision vis-à-vis du juge mais pour vous aider ainsi que votre enfant. Pour cela il nous faudrait vous rencontrer à telle date... »

Notre expérience nous a appris qu'il est plus efficace d'essayer de fonctionner en se partageant les tâches et les rôles de manière que l'une des équipes ou un des membres de l'équipe puisse assumer une position thérapeutique, et l'autre une position psycho-sociale de contrôle comportant s'il le faut une action judiciaire.

Aussi, le but de ce genre d'intervention est provocateur ; il s'agit d'introduire quelque chose de différent qui mette les explications antérieures en doute et qui donne la possibilité d'introduire d'une façon explicite l'inquiétude autour de l'enfant pour organiser des mesures de vigilance et de protection. Le but de ce premier entretien avec la famille est de commencer ce que nous appelons dans notre approche « la phase d'évaluation en thérapie familiale systémique » (Caille, 1980, p. 50).

syndrome de l'enfant secoué. Ces hématomes laissent très fréquemment des séquelles neurologiques.

A la sortie d'hospitalisation fin avril, un retard neurologique était déjà présent sous la forme d'hypotonie axiale.

L'intervention de l'équipe

Notre équipe est intervenue à la demande du service de pédiatrie.

Dans les informations transmises par l'équipe soignante de l'enfant à la clinique, deux de celles-ci nous ont influencés de façon décisive dans le processus post-hospitalisation.

La première est l'explication que la famille donne des événements ; la seconde est l'hypothèse diagnostique de l'équipe soignante.

a. Le système familial défendait une explication des faits

Les parents ont raconté que « les blessures se sont produites lorsqu'ils ont secoué l'enfant après qu'il se soit étouffé avec le contenu de son biberon ». Il s'agit en fait de la défense du *mythe familial*, c'est-à-dire l'opinion que la famille a d'elle-même. Dans l'approche systémique on parle de *mythe* pour décrire la façon dont les êtres humains organisent la réalité. Pour cette famille les mythes sont bel et bien une explication des faits, censée être la réalité elle-même aussi longtemps que le mythe sert à défendre l'idée que la famille a d'elle-même (Caille, 1980, p. 55).

b. L'équipe médicale avait une autre explication des événements : dans le rapport d'hospitalisation concernant l'enfant on peut lire : « Hématome péricérébral traumatique et fracture du fémur gauche chez un nourrisson de cinq mois.

Il s'agit certainement d'un syndrome de Silverman au sens large. Le récit des parents semble indiquer que les traumatismes graves infligés à cet enfant interviennent plus dans le cadre d'une violence inconsciente et probablement involontaire que des traumatismes infligés volontairement. Toutefois, il faut être extrêmement prudent avant de tirer une conclusion définitive à ce point de vue et de toute manière il est capital d'aider et d'encadrer ce couple d'assez près ».

On peut également parler ici de *mythe* parce que les conclusions des médecins en ce qui concerne le diagnostic représentant aussi la façon dont le système médical organise les informations. Cet ensemble d'idées prend forme de réalité dans ce système.

Dans notre approche, les mythes, qu'ils soient théories scientifiques, diagnostics médicaux, ou mythes familiaux ne sont ni visions imaginaires, ni malentendus. Ce sont des hypothèses provisoires qui, aussi longtemps qu'elles servent leur but, ne peuvent être influencées par une argumentation logique.

Dans ce cas, la famille essaie de se faire reconnaître comme une famille adéquate et de récupérer l'enfant, le système médical essaie d'obtenir la collaboration de la famille pour confirmer son diagnostic et protéger l'enfant.

Dans les explications de la famille et de l'équipe soignante, il y aurait un récit de faits mais surtout un essai de chaque système de définir la nature de la relation en accord aux finalités de chacun.

La production des mythes est en fait inévitable dans les systèmes humains. Le problème n'est pas le mythe en lui-même mais qu'il risque de devenir rigide et dominant, et sera amené à cacher ou dissimuler une réalité d'oppression ou de violence comme c'est le cas pour un enfant maltraité.

Il nous paraît intéressant de souligner que les premiers entretiens entre le système familial et l'équipe de médecins pendant l'hospitalisation ont produit une espèce de théorie implicite qui expliquerait les faits. On peut dire que l'explication ou le mythe de la famille avait été accepté par l'équipe de médecins mais avec une certaine préoccupation.

C'est dans ce contexte d'inquiétude que notre équipe débutante a commencé à intervenir : à partir de notre approche, il s'agissait de créer une nouvelle situation nous permettant de définir les relations d'une manière différente. C'est pourquoi nous avons envoyé la lettre suivante :

« Les docteurs X nous ont contactés, en tant que service s'occupant de familles en difficulté. Ils pensent que votre enfant a été maltraité parce que les blessures sont trop importantes par rapport à ce que vous leur avez dit et ils veulent prévenir le juge de la jeunesse pour une enquête.

Quoi qu'il en soit, nous ne sommes pas là pour vous juger ou pour prendre une décision vis-à-vis du juge mais pour vous aider ainsi que votre enfant. Pour cela il nous faudrait vous rencontrer à telle date... »

Notre expérience nous a appris qu'il est plus efficace d'essayer de fonctionner en se partageant les tâches et les rôles de manière que l'une des équipes ou un des membres de l'équipe puisse assumer une position thérapeutique, et l'autre une position psycho-sociale de contrôle comportant s'il le faut une action judiciaire.

Aussi, le but de ce genre d'intervention est provocateur ; il s'agit d'introduire quelque chose de différent qui mette les explications antérieures en doute et qui donne la possibilité d'introduire d'une façon explicite l'inquiétude autour de l'enfant pour organiser des mesures de vigilance et de protection. Le but de ce premier entretien avec la famille est de commencer ce que nous appelons dans notre approche « la phase d'évaluation en thérapie familiale systémique » (Caille, 1980, p. 50).

Mais quelque chose se passa avant ce premier entretien qui annula notre stratégie.

Les parents répondent à notre lettre en reprenant le contact avec l'équipe médicale qui avait soigné l'enfant. Ils répètent les explications, les médecins se montrent convaincus et soutiennent la famille. Ainsi les parents arrivent à notre premier entretien dans une position « de force » par une alliance implicite avec l'équipe médicale. Par là, nous ne voulons pas dire que les intervenants de l'équipe médicale sont les responsables d'avoir gâché notre stratégie. Une partie de la responsabilité est nôtre, par le fait de ne pas avoir donné l'importance nécessaire à l'analyse systémique du réseau intervenant auprès de la famille avant d'élaborer notre stratégie.

Nous n'y avons pas consacré le temps nécessaire et n'avons pas établi les contacts suffisants pour aboutir à une répartition claire des rôles. Une stratégie commune aurait pu éviter la coalition décrite ci-dessus.

La conséquence pragmatique de tout cela est que notre premier entretien avec la famille se termine sans une redéfinition du problème, le mythe qui domine est celui de la famille, l'enfant rentre à la maison sans faire intervenir une autorité tutélaire, le juge pour la protection de l'enfant.

Il est vrai que nous sommes restés avec une inquiétude parce que le secouement de l'enfant peut expliquer l'hématome subdural mais n'explique pas la fracture du fémur. C'est pourquoi il nous a paru nécessaire de faire des entretiens familiaux à domicile et prendre contact avec l'infirmière de l'ONE consultation des nourrissons de l'Office National de l'Enfance de la ville et avec le médecin traitant afin de coordonner nos efforts.

En choisissant cette voie, la thérapie familiale, nous avons surtout privilégié les finalités du système familial global par rapport aux finalités individuelles de l'enfant (G. Ausloos, 1981).

Notre travail avec des systèmes humains, spécialement avec des familles, nous a amenés à comprendre le *symptôme* comme un signe de dysfonctionnalité où un ou plusieurs des membres de la famille sont désignés comme des boucs émissaires, ayant pour mission de privilégier les finalités ou les mythes de la famille aux dépens de siennes propres. Tout cela dans le but de maintenir une certaine homéostasie du système familial.

Dans ce cas l'ensemble des interactions, c'est-à-dire le *processus* entre la famille, la clinique et notre équipe, nous a entraînés à une dynamique qui a ajourné pendant un certain temps la protection de l'enfant.

Mais malheureusement la violence a dans un certain type de famille un rôle de stabilisation du système familial. Pour cela elle devient répétitive.

Dans notre cas, la violence a fait sa réapparition quelques mois après l'hospitalisation de l'enfant, sous la forme de coups sur la figure de la mère et plus tard sous la forme de coups sur l'enfant. Tout cela malgré nos entretiens familiaux à domicile et la coordination et la vigilance de l'équipe soignante sur le terrain.

Heureusement, la récurrence de la violence n'a pas mis en danger la vie de l'enfant. La réapparition de la violence nous a permis de réviser notre modèle d'intervention et cette fois nous avons réussi à décoder sa signification. Nous avons laissé tomber le mythe familial et nous avons commencé à regarder la violence, comme signe d'une équilibration transgénérationnelle perturbée et aussi comme un appel à l'aide et au changement via des « comportements-communications » dangereux pour leurs membres.

Il est vrai que dans l'approche systémique on apprend par essais et erreurs, mais dans ce type de problématique, on ne peut pas se permettre ce luxe. Notre premier devoir est de protéger les enfants, en ayant conscience que, ce faisant, nous protégeons également les parents.

Dans le cas qui nous occupe, très rapidement nous avons élaboré avec l'ensemble des différents intervenants une nouvelle stratégie globale portant sur des niveaux différents :

1. Le juge a été contacté et a nommé un délégué, prêt à collaborer.
2. Il y a eu une séparation provisoire avec placement de l'enfant dans un milieu qui lui assure des soins substitutifs de qualité (pouponnière de l'O.N.E.).
3. Une réunion élargie avec tous les soignants qui interviennent pour cette famille a été réalisée, pour répartir les rôles, se mettre d'accord sur une stratégie commune et fixer les objectifs à court terme.

Dans les objectifs fixés à court terme, il nous a paru important non seulement de protéger l'enfant mais aussi et le plus rapidement possible, d'offrir un espace d'aide aux parents.

Il y a à notre avis un piège qu'il faut à tout prix éviter, c'est de laisser tomber les parents, en croyant que maintenant l'enfant est protégé et que tout est résolu. Quelle que soit la décision prise, les parents de sang ne devraient si possible pas être abandonnés.

Même dans notre cas, la distance et les complications administratives liées à l'intervention du juge si nécessaire, ont provoqué un délai de temps où les parents sont restés sans une aide pour eux. Une tentative de suicide de la part de la mère doit être comprise dans ce contexte. Actuellement, une équipe de thérapie familiale dans la région a repris le relais.

Nous avons choisi ce cas pour essayer de vous montrer comment, malgré nous, nous sommes toujours en tant qu'intervenants, impliqués dans l'évolution d'un processus. Reconnaître ce fait est être systémique.

RÉSUMÉ

L'existence d'enfants maltraités ou négligés est une réalité que l'on retrouve à toute époque. Mais ce n'est que depuis ces dix dernières années que ce fait est reconnu dans son ampleur et sa complexité psycho-sociale.

Cet article prétend montrer la valeur de l'épistémologie systémique dans la compréhension de cette complexité.

Le paradigme systémique analyse les phénomènes humains dans leur complexité contextuelle à partir d'une approche multiconditionnelle, multidimensionnelle et circulaire évitant ainsi une réduction arbitraire de ces phénomènes. La convergence d'une multiplicité de facteurs agissant dans un espace et un temps donné suivant des patterns relationnels spécifiques entraîne une probabilité suffisante des comportements de violence dans le système dont l'enfant est la victime.

Par ailleurs, l'outil systémique nécessite de ne plus envisager seulement le problème dans le système où il apparaît, par exemple la famille, mais surtout les interactions de ce système avec les autres systèmes, par exemple l'équipe d'intervenants psycho-médico-sociaux.

Sans cette mise en garde, les différentes interventions (psycho-médico-sociale, judiciaire) entraîneront paradoxalement une chronification ou intensification de la violence.

SUMMARY

The occurrence of mishandled or neglected children is perennial. However, it is only since the last decade that the magnitude and psychosocial complexity of the phenomenon has been perceived.

This article aims at demonstrating the validity of the systemic epistemology for understanding this complexity.

The systemic paradigm analyses human behavior in its context-related complexity, from a multi-conditional, multi-dimensional and circular perspective. This approach prevents one from arbitrarily reducing these phenomena.

Within a given time and space frame, an array of converging factors interplaying along specific relational patterns, can induce violent behavior of which the child is the victims (in his own system).

Moreover, systemic approach not only analyses the problem in the system where it appears e.g. family, but more importantly the interactions between that system and the other systems for the therapeutic team.

Ignoring this, often leads to the paradox that isolated intervention (psychological, social, medical, penal) leads to chronic or intensified violence.

Mots-clés :

Enfance maltraitée
Systémique
Parents battants
Enfant battu
Crise conjugale
Violence intra-familiale
Violence inter-systémique
Mythe familial
Mythe medical

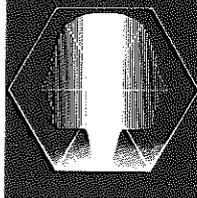
Key-words :

Mishandled childhood
Systemic
Mishandling parents
Battered child
Marital crisis
Intrafamilial violence
Intersystemic violence
Family myth
Medical myth

BIBLIOGRAPHIE

1. AUSLOOS G. « Finalités individuelles, finalités familiales : ouvrir des choix ». In *Thérapie Familiale*, Genève, 1983, Vol. 4, N° 2, pp. 207-219.
2. AUSLOOS G. « Thérapie Familiale et Institutions », in *Champs Professionnels. Thérapie Familiale*, Genève, I.E.S., 1981.
3. CAILLÉ P. « Phase d'évaluation en Thérapie Familiale Systémique », in *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, Bruxelles, 1980, Vol. N° 2, pp. 50-59.
4. GUNTERN G. La révolution copernicienne en psychothérapie : le tournant du paradigme psychanalytique au paradigme systémique », in *Thérapie Familiale*, Genève, 1982, Vol. 3, N° 1, pp. 21-24.
5. HALEY J. « Nouvelles Stratégies en Thérapie Familiale », Paris, Jean-Pierre Delarge, 1976, Wajeman (5), 1979.
6. KEMPE R. et KEMPE H. « L'enfance torturée », Bruxelles, Pierre Mardaga, 1978. Trad. Stafilas E., Bredant S., 1981.
7. MASSON O. « Mauvais traitements envers les enfants et thérapies familiales », in *Thérapie Familiale*, Genève, 1981, Vol. 2, N° 4, pp. 269-286.

psychothérapies



psychothérapies

Comité de rédaction :

G. Abraham, *Genève* — B. Cramer, *Genève* — A. Haynal, *Genève* — Ph. Kocher, *Genève* — G. Maruani, *Paris* — N. Montgrain, *Québec* — R. Steichen, *Louvain*.

Comité scientifique :

J.-M. Alby, *Paris* — D. Anzieu, *Paris* — M. Bourgeois, *Bordeaux* — J. Cosnier, *Lyon* — G. Delaisi de Parseval, *Paris* — Y. Gauthier, *Montréal* — E. Gilliéron, *Lausanne* — W. Pasini, *Genève*.

**« Pour que la psychothérapie,
que nous voulons dynamique,
soit sans cesse remise en question... »**

Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle **PSYCHOTHÉRAPIES** pour l'année 198.....

Prix de l'abonnement annuel : FRS 80.— FF 335.—
 \$US 48.— \$CAN 67.— FB 2055.—

*Règlement : Compte de chèques postaux : 12-8677, Genève.
Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6, Compte N° C 2 622 803.
Banque de l'Union Occidentale Française et Canadienne, 47 av. George V,
F-75008 Paris, Compte N° 251 10532 40. Les chèques bancaires à l'ordre de la
BUOFC sont admis.*

Nom et prénom :

Adresse :

N° postal : Ville :

Date : Signature :

A envoyer aux EDITIONS MÉDECINE & HYGIÈNE — Case postale 229 — CH-1211 Genève 4

LE JEU DES IMAGES DANS UN SYSTÈME FAMILIAL AVEC UN ENFANT HANDICAPÉ

M. SACRE *

INTRODUCTION

Ce travail fit l'objet d'un exposé, lors d'un congrès¹ organisé par l'ANAHM² sur le thème de «l'imaginaire dans la relation parents-enfants». Il nous était demandé d'y apporter un éclairage systématique, ce qui ne constituait pas une tâche facile.

En effet, le concept d'imaginaire en psychologie, est un concept lacanien qui apparaît dans un article de 1949 sur «Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je» (1). Il n'est pas présent comme tel dans les écrits de thérapie familiale. A notre avis, celui qui s'en rapprocherait le plus serait celui du mythe familial. Dans un premier temps, nous allons préciser ces deux concepts et tenter d'établir des ponts entre eux.

Pour les illustrer, nous évoquerons trois familles avec un enfant handicapé, dont le handicap correspond à des niveaux de gravité différents. Deux de ces familles n'ont jamais fait appel à des psychothérapeutes; nous les connaissons depuis de nombreuses années, ayant reçu beaucoup d'informations enregistrées d'une façon naturelle, sans aucune visée professionnelle, surtout par l'intermédiaire de la mère. La troisième famille fut rencontrée dans sa totalité dans un contexte de thérapie familiale; avec cette dernière, nous tenterons de montrer comment un mythe du handicap peut s'intégrer dans le mythe familial.

I. L'IMAGINAIRE – LE MYTHE FAMILIAL

L'imaginaire

Le stade du miroir constitue une phase fondamentale de la constitution de l'être humain. Au cours de cette phase, l'enfant, encore dans

* Psychanalyste, thérapeute familiale. Centre «Chapelle-aux-Champs», Département Enfants et famille, Bruxelles.

¹ à Bruxelles, en février 1986.

² Association Nationale d'Aide aux Handicapés Mentaux, Rue Keienveld 99, B-1050-Bruxelles.

un état d'impuissance et d'incoordination motrice, anticipe *imaginairement* l'appréhension et la maîtrise de son unité corporelle. Cette unification imaginaire s'opère par identification à l'image du semblable comme forme totale.

L'enfant perçoit dans l'image du semblable ou dans sa propre image spéculaire une forme dans laquelle il anticipe une unité corporelle qui lui fait défaut : il s'identifie à cette image.

Cette expérience est donc au fondement du caractère imaginaire du moi.

L'unité acquise par l'image spéculaire ne l'est que par la médiation de l'autre (c'est *toi*, Pierre).

Elle naît donc de la relation.

Le concept lacanien d'imaginaire renvoie à celui de narcissisme : comme Narcisse était amoureux de son image, au stade du miroir, c'est le moi dans sa totalité qui se prend comme objet d'amour.

« J'AIME MOI DANS LE REGARD DE L'AUTRE QUI M'AIME »

Une relation duelle est une relation fortement marquée par le stade du miroir et vouée à la tension agressive, celle-ci exprimant la difficulté à sortir de l'état où le « moi est constitué comme un autre et autrui comme un alter ego » et à accéder au Je.

Le mythe familial

Est un concept central en thérapie familiale. Philippe Caillé (2) le définit d'une manière simple comme la représentation que la famille se fait d'elle-même concernant son unité et concernant le rôle de chacun de ses membres. Du mythe familial naissent des règles (ou règles mythiques) qui elles-mêmes déterminent d'autres règles au niveau phénoménologique.

La notion de mythe familial a été particulièrement développée par Ferreira (3) et voici ce qu'il en dit : « Le mythe familial est constitué de clichés explicatifs adoptés par toute la famille. Ils servent à dissimuler les conflits, les problèmes et les tensions vécues par la famille.

Le mythe familial exprime des convictions partagées qui concernent à la fois les membres de la famille et leurs relations.

Ces convictions doivent être acceptées a priori malgré des falsifications flagrantes.

Le mythe familial prescrit les rôles et les attributs des membres dans leurs transactions réciproques. Bien que faux et illusoire, ces rôles et attributions sont acceptés par chacun comme une chose sacrée et tabou que personne n'ose examiner et encore moins défier. Le mythe est un produit collectif. Plus précisément c'est un phénomène systémique, pierre angulaire du maintien de l'homéostasie du groupe qui l'a produit.

Il agit comme une sorte de thermostat qui se déclenche chaque fois que les relations familiales sont sur le point de se dégrader, chaque fois qu'il y a risque de rupture, de désintégration, de chaos...

Il façonne les enfants qui sont nés en son sein.»

La constitution d'une famille implique la conjugaison des traditions, des idéaux, des mythes familiaux de deux familles d'origine, de façon à ce que puisse émerger un mythe familial original et commun. Dans bien des cas, la synthèse est difficile, soit que les idéaux et les mythes familiaux soient par nature difficilement conciliables ou encore qu'ils soient tellement rigides (tous les deux ou l'un d'entre eux) qu'ils ne puissent souffrir un ajustement, une adaptation réciproque. On voit alors émerger un mythe familial compliqué, peu cohérent, avec des règles dysfonctionnelles.

Une issue fréquente, c'est qu'un des partenaires du couple *semble* renoncer à imposer son propre mythe familial et adhérer à celui de l'autre famille, diminuant ainsi les difficultés de synthèse, *semble*, car tout le cortège des « loyautés invisibles » (4) est là d'une manière souterraine, s'imposant à bas bruit dans le mythe familial commun et s'exprimant éventuellement au travers de symptômes. Dans un contexte comme celui-là, la psychanalyse entreprise par le partenaire qui a été phagocyté par l'autre famille, provoque d'énormes remous.

En effet, celui-ci, par la psychanalyse, se retrouve confronté d'une manière intense à son mythe familial d'origine et en même temps confirmé dans son identité personnelle.

Il en résulte une crise conjugale aiguë qui bouscule le mythe commun, l'oblige à se réajuster et peut amener la dissolution de la famille si la synthèse se révèle impossible ou possible seulement au détriment des aspirations individuelles profondes.

En résumé :

Au niveau individuel

Le stade du miroir, comme organisateur du *Moi*, introduit une cohérence, une unification par identification à l'image du semblable comme forme totale, un amour de soi. Le *JE*, lui, va se constituer par la différenciation. La difficulté de sortir de l'état de « reflet fidèle » de l'autre dans la relation duelle entraîne une tension agressive.

Au niveau familial

Le mythe familial en tant que représentation que la famille se fait de son unité et du rôle de chacun de ses membres, constitue un facteur de cohésion, d'unification. On peut comparer dans une certaine mesure le mythe familial du « nous les X » à l'idéal du moi au niveau individuel.

Engendré par un mouvement d'identification aux règles des familles d'origine, il constitue grâce à la synthèse qui en est faite une image commune : le « nous familial ».

De même que l'unité acquise par l'image spéculaire l'est par la médiation de l'autre, le « nous familial » est acquis par la confirmation de celui-ci par les familles d'origine d'abord, par les autres systèmes sociaux ensuite... (nous connaissons tous ces familles qui se dénarcissent de plus en plus au fil de leurs rencontres avec des professionnels qui leur renvoient une image négative d'elle-mêmes...).

La difficulté pour les membres de la famille de quitter les rôles prévus par le mythe familial, le renoncement aux finalités individuelles au profit du mythe familial, risquent d'augmenter la souffrance individuelle et donc la tension intra-familiale, entraînant ainsi l'émergence encore plus accentuée du mythe familial en tant que facteur de cohésion du système, représentatif de son identité (processus circulaire).

S'identifier au mythe familial signifie appartenir au système mais aussi renoncer à des aspirations individuelles.

II. ILLUSTRATION DES CONCEPTS

en se rapprochant maintenant des familles avec un enfant handicapé.

Famille A

Père, mère, un fils de 26 ans, une fille handicapée de 23 ans, suite à une grave anoxie néonatale. Absence à peu près complète de motricité : ni marche ni préhension, incontinence, pas de langage, problèmes de déglutition... ; peut cependant rester en position assise en voiturette.

Option de la famille

Maintien complet en famille ; à l'époque il y a eu quelques essais de « scolarisation », deux essais de séjour de vacances, le tout peu concluant et source de régression plutôt que de progression.

Enfant « plante » en dépendance complète avec son environnement, ayant besoin de conditions de vie stables, prévisibles, régulières et d'une identification absolue de l'adulte à ses besoins, tel un nourrisson.

La mère, quand elle parle de sa fille (23 ans) évoque tout un langage de ce stade-là de la vie : « elle gazouille... elle grogne... elle a fait une bonne sieste... elle a fait un petit rhume... ». Sa tonalité de voix est tendre, comme quand on s'adresse à un bébé. Elle est très attentive aux signaux non verbaux émis par son enfant, de contentement, de déplaisir et les situations de plaisir sont favorisées : « elle aime voir des enfants jouer, elle jubile quand elle voit un chien ou des oiseaux... ».

Il y a un ajustement continuels aux feed-back non verbaux de sa fille.

Le résultat : celle-ci a un regard vif qui croise l'autre, toute une expression par regard, mimiques, vocalisation : c'est un individu en contact. Jamais on n'utiliserait à son propos l'horrible image de « grabataire », ce qui aurait pu être le cas s'il n'y avait pas eu cette vigilance et cet investissement constant.

Une kinésiste et une dame qui prend le relais de la mère, à domicile, quand elle va travailler (à mi-temps) sont également là depuis toujours, avec le même investissement fidèle et constant.

On peut dire que cette mère, experte à décoder les messages non verbaux émis par son enfant, a soutenu chez celui-ci le désir de communiquer, lequel encourage chez la mère le désir de le faire.

Le mouvement est soutenu par le père et le frère aîné. Il existe un code commun de compréhension qui inclut « l'aide ménagère » et la kinésiste et même de nombreux voisins, car il s'agit d'une famille ouverte qui ne s'est pas refermée à cause du handicap.

Le style de la famille, ses règles

Famille où on jouit des petites choses de l'existence ; stabilité et profondeur des relations ; acceptation de l'autre et de ses limites ; peu d'ambitions au point de vue professionnel.

Couple paisible, fils aîné qui a fait une bonne évolution sur le plan universitaire ; il vit encore avec ses parents et n'a pas encore fait de choix amoureux. On peut se demander si la règle familiale de soutien inconditionnel à l'handicapée ne freine pas le processus dans la mesure où il impliquerait qu'une jeune femme d'une autre famille adhère à cette règle.

Famille B

Parents mariés tardivement (34 ans pour la mère), 5 enfants dont la dernière est mongole et a actuellement 8 ans.

Option familiale

Placement complet de l'enfant vers 4 ans ; retour en week-end en famille, un week-end sur trois et une partie des vacances. A l'époque du placement, l'enfant avait acquis la marche, n'avait pas de langage verbal, présentait des rituels et des comportements stéréotypés, avait un contact peu différencié, était négative et destructrice.

Peu avant le placement, la mère avait subi une intervention assez grave. Consensus difficile entre les parents quant à la décision de placement, la mère penchant surtout pour cette solution. A titre conscient : volonté de préserver l'atmosphère familiale pour les autres enfants et souci de faire progresser l'enfant dans des apprentissages.

Il s'agit d'une mère épuisée par des maternités en cascade et ayant épuisé ses possibilités d'investissement. Le dernier enfant qui au départ était attendu comme un enfant de plus, est devenu un enfant de trop.

Le placement fut choisi soigneusement et la communication est excellente entre les deux milieux de vie. Toute la famille attend de visite en visite avec beaucoup d'intérêt, les « progrès de l'enfant ».

Le milieu de vie principal de l'enfant, « sa famille » étant devenu l'institut, la famille biologique soutient par sa vigilance, son intérêt et l'absence de rivalité, l'investissement fait par le home.

Les traits psychotiques superposés à la déficience mentale régressent complètement.

Les règles familiales

Une règle impérative venant des deux familles d'origine et partagée par les parents : une belle famille nombreuse comme impératif, avec interdit de toute forme de régulation des naissances.

Dans la famille d'origine de la mère : interdiction de se déclarer malade ou fatigué ; le devoir et le travail acharné passent avant le plaisir ; grande importance accordée à l'étude et à la progression professionnelle.

Du côté du père : un fonctionnement plus « épicurien ».

L'enfant anormal a été le prix à payer de la fidélité à la règle familiale. Etant en équilibre par rapport à la tradition familiale, cette mère a pu se dégager d'un devoir qu'elle perçoit comme au-dessus de ses forces, par rapport à l'enfant et opter pour une solution qui reste conforme d'ailleurs à l'éthique familiale.

La famille se porte bien tant du côté du couple que des autres enfants.

Dans ces deux premiers exemples :

Les familles n'ont pas recours aux psychothérapeutes et chacune a résolu à sa manière, selon son style propre, ses règles et ses possibilités énergétiques la crise liée à la naissance de l'enfant handicapé et retrouvé un équilibre satisfaisant. Il s'agit de deux options radicalement différentes, mais qui l'un et l'autre répondent aux besoins d'un enfant.

L'enfant A a connu le meilleur sort possible. Qui, mieux que cette maman pouvait ranimer la toute petite flamme de vie qui restait et permettre du plaisir et une vie de relation ? Que se serait-il passé s'il n'y avait pas eu cette remarquable capacité d'identification d'une mère à son enfant, soutenue par le reste de la famille : une existence de « grabataire » dans une institution, une mort prématurée ?

L'enfant B moins lourdement handicapé que le premier, avec plus de possibilités d'autonomie, a pu profiter de la suppléance d'une institu-

tion, grâce à l'évaluation réaliste faite par la famille de ses possibilités d'investissement sur cet enfant.

Et l'imaginaire dans tout cela ?

Il ne semble dans aucune de ces situations peser lourdement.

– **Dans la première situation :** on pourrait le situer dans la persistance, aussi bien dans le langage verbal que non verbal de la mère, de l'identification au nourrisson alors qu'il s'agit d'une fille de 23 ans.

Mais il ne faut pas oublier que ses possibilités d'autonomie ne dépassent pas celles d'un nourrisson. On peut imaginer aussi qu'il est moins difficile de s'occuper du pipi-caca d'un être qu'on perçoit comme un bébé, que d'un corps de 23 ans. L'image de « nourrisson » rend possible l'identification avec amour, aux besoins particuliers de cet enfant gravement handicapée.

De plus, cette relation a rendu possible une différenciation de l'handicapée, l'émergence du désir, évitant ainsi le piège de la relation *duelle*.

C'est d'autant plus remarquable que les messages non verbaux qui par essence sont « analogiques » et ambigus, prêtent beaucoup plus le champ chez le récepteur à l'interprétation, à la projection de ses propres désirs ou perceptions sur l'autre.

Dans cette famille et le réseau qui l'entoure, le langage non verbal de l'enfant fonctionne bien comme un langage, c'est-à-dire une structure dont les éléments discrets fonctionnent comme des signifiants. Cette enfant a eu accès au symbolique (5).

– **Dans la seconde situation :** la pression de l'imaginaire se retrouve surtout dans la force du mythe familial, anachronique dans le contexte social actuel, de la famille nombreuse à n'importe quel prix. Mythe dont la pression est telle qu'il pousse une mère à aller à l'encontre de ses possibilités d'investir encore une maternité, un enfant. Ici, le prix très lourd à payer pour une loyauté à une règle familiale a permis que se desserre la relation *duelle* fortement teintée d'agressivité mutuelle entre la mère et l'enfant. L'enfant a trouvé sa place et son identité dans la famille en étant éloignée de celle-ci et proche seulement d'une façon discontinuée, mais alors régulière, prévisible et avec, à ce moment-là, un investissement de qualité.

Passons maintenant à la troisième famille rencontrée elle, dans un processus de thérapie familiale.

Famille C

Père, mère, deux garçons de 14 et 10 ans, plus le grand-père maternel qui vit sous le même toit et que nous avons été amenés à rencontrer plusieurs fois.

Le plus jeune enfant est en enseignement spécial ; il a la taille d'un enfant de 6 ans, présente diverses petites anomalies au point de vue morphologique, diverses difficultés sur le plan psychomoteur pour lesquelles il est en traitement depuis des années. Les parents luttent avec acharnement contre la définition d'handicapé, le terme étant quasiment tabou dans la famille, une énergie impressionnante est employée pour remédier aux difficultés de l'enfant, principalement sur le plan scolaire.

La famille arrive en thérapie familiale, sur le conseil d'une psychologue en qui ils ont grande confiance et qui suit leur plus jeune fils depuis des années. La plainte est : les enfants sont très difficiles à la maison, l'atmosphère est constamment électrique et les parents se déclarent dépassés.

Cette thérapie qui dure depuis très longtemps, sans qu'il y ait jamais eu de défection, s'était amorcée sur une demande *explicite* d'amélioration de l'ambiance familiale (et donc décentrée de l'enfant problème), mais *implicitement*, ce qui la dynamise nous apparaît de plus en plus nettement comme l'espoir d'un miracle qui va faire reculer le fantôme du handicap. D'où une grande difficulté pour le système thérapeutique, qui doit aider cette famille à affronter la réalité des difficultés de l'enfant, mais sans pour autant menacer d'une manière trop dangereuse la cohésion familiale, tant il apparaît de plus en plus nettement combien l'objectif commun des deux parents, de lutte contre le handicap, est devenu le ciment le plus solide d'un couple dont la relation semble par ailleurs loin d'être harmonieuse.

Certaines règles mythiques des deux familles d'origine apparaissent au fil des semaines, de plus en plus comme à la limite de l'inconciliable. Ainsi, dans la famille de Monsieur, sur trois générations, l'enfant unique est toujours élevé par la grand-mère et le contact de l'enfant avec ses parents est extrêmement tendu ; circule l'idée qu'on n'est jamais aussi bien qu'en *dehors* de la famille, qu'un enfant doit apprendre tôt à se débrouiller, à se défendre en comptant sur ses propres forces, qu'il est à la limite plus à même de le faire que les adultes (Monsieur s'occupait dès l'âge de 11-12 ans de remplir tous les papiers officiels de son grand-père a peu près analphabète). Chez Monsieur le sentiment d'appartenance à sa famille d'origine est faible, du moins en apparence et cela lui a permis d'entrer dans la famille de sa femme : de vivre avec elle et ses enfants dans la maison des grands-parents maternels et dans l'entreprise familiale dont ils tirent tous leur subsistance.

Du côté de Madame, le sentiment d'appartenance à sa famille d'origine est très accentué ; une règle est « on n'est jamais aussi bien qu'au sein de sa famille, protégé par ses parents ». Le mythe de l'enfance malheureuse de Monsieur qui l'autorise à des liens à distance ou franchement coupés avec sa famille, est là pour protéger la cohésion familiale.

Cependant, le jeu des loyautés invisibles est là dans l'ombre : par exemple dans ce qui nous apparaît comme un phénomène de répétition, une règle dans leur famille de procréation : le mythe que Mme est incapable de réussir quoi que ce soit avec son second fils, incapable de s'en faire obéir et que leur relation ne peut être que tendue. Les deux parents mandatent donc continuellement une personne de l'extérieur (directrice d'école, psychologue...) pour obtenir de l'enfant qu'il fasse ses devoirs rapidement, qu'il aille se coucher tôt, qu'il mange telle ou telle chose...

Cette personne extérieure paraît de plus en plus comme symbolisant la grand-mère de Mr. L'enfant étant *délégué* (6) pour rendre sa mère incompetente. A signaler que Mme ne lutte nullement contre ce mythe ; bien au contraire, il y a un véritable consensus des deux parents à ce niveau, car il permet à Mr de ne pas être complètement déloyal à ses origines en étant phagocyté par la famille de sa femme.

Mme elle-même situe l'origine des difficultés de son enfant dans le mythe suivant : « L'enfant à 9 mois, doit être hospitalisé pour une pneumonie. Elle le conduit avec son mari à la clinique ; en arrivant dans le hall, son mari a une syncope, il doit être emmené en ambulance. C'est le début de ses « crises nerveuses ». Quand le bébé sort de clinique, au bout de 10 jours, il a complètement changé, ce n'est plus le même enfant ».

En filigrane se réexprime la règle mythique : « On n'est bien qu'au sein de sa famille sinon on devient déficient ou fou ».

Sont associés ici les deux « malades » de la famille : le père et le plus jeune fils. L'alliance entre ces deux-là est reconnue d'une façon tout à fait explicite dans la famille, de même que celle en miroir de la mère et de son fils aîné...

Les règles mythiques transgénérationnelles avec leur cortège de loyautés invisibles alimentent dans cette famille un mythe dont nous avons évoqué des fragments.

Ce mythe, pierre angulaire de la cohésion du système, intègre un mythe du handicap de l'enfant, qui en constitue la clé de voûte, dynamisant les parents dans une action commune de lutte contre la définition d'handicap, grâce à laquelle ils consolident leur relation.

En ce qui concerne l'enfant, le poids de l'imaginaire du mythe familial se mesure en effets négatifs et positifs.

– **Négatifs** : la perception au sein de la famille de relations figées voire même caricaturales, le peu de considération des limites de réalité de ses déficiences, la croyance partagée qu'il est un enfant difficile avant d'être un enfant handicapé, la polarisation de la famille sur la lutte contre le handicap qui oblitère « l'enfant qu'il est », qui le fige dans un rôle, qui en fait un individu investi d'un pouvoir énorme et illusoire, laissant dans l'ombre les éventuelles difficultés de vivre de son frère aîné, figé de son côté dans un rôle d'enfant bien portant...

– **Positifs** : l'énergie déployée pour lutter contre ses déficiences qui amène l'enfant à devenir compétent dans différents domaines avec toute la fierté qui résulte pour lui-même et pour sa famille, la renarcissisation nécessaire de l'un et de l'autre.

L'objectif de la thérapie familiale serait dans ce contexte de permettre à la famille de consolider sa cohésion, tout en transformant le mythe familial qui en est la pierre angulaire, d'introduire plus de souplesse dans le partage des rôles, de modifier la fonction du mythe du handicap comme clé de voûte du mythe familial. Cette tâche, il faut bien le dire, est très loin de son aboutissement, confrontés que nous sommes à un système très rigide dont à la limite, on peut être amené à se demander quelle serait sa possibilité de survie avec de tels changements.

L'ENFANT QU'IL EST AU PRIX DE LA FAMILLE QU'ELLE EST, édifice fragile derrière sa rigidité apparente ?

CONCLUSION

Cet exposé a relaté trois situations familiales incluant la réalité douloureuse du handicap d'un enfant.

La première, où la dimension tragique du handicap particulièrement grave n'a pas ébranlé les fondements de la cohésion familiale, tout en ne la rigidifiant pas d'une manière excessive, où une mère, soutenue par le reste de la famille, a pu nouer une relation humanisante avec l'enfant handicapé, le confortant dans son être différencié.

La seconde, où le handicap moins sévère de l'enfant a ébranlé le mythe familial, le confrontant à son anachronisme, mythe dont la relation de la mère à l'enfant a fait les frais. Cependant, cet enfant a pu se restaurer dans son narcissisme, accéder au symbolique et trouver une identité et une place dans sa famille, éloigné physiquement de celle-ci dans un système suppléant, reconnu clairement comme tel par la famille.

La troisième, où le handicap beaucoup plus léger de l'enfant rend possible un mythe du handicap, un refus de cette réalité ; qui constitue un facteur de cohésion fondamental du système familial, et où l'enfant « handicapé » existe surtout en tant que porteur de ce statut, en même temps que celui-ci est dénié. Dans cette situation paradoxale, c'est toute la souffrance d'une famille fragile qui trouve à s'exprimer.

Martine Sacre
30, Clos Chapelle-aux-Champs
Bte 3049
B-1200 Bruxelles

RÉSUMÉ

Cet article tente d'établir des ponts entre le concept lacanien d'« imaginaire » et celui du mythe familial. Il établit un parallèle entre la fonction d'unification du stade du miroir en tant qu'organisateur du Moi et celle du mythe familial en tant que facteur de cohésion, d'unification constitutif du Nous.

Ces concepts sont illustrés par la description de trois familles avec un enfant handicapé.

Dans la première famille, le handicap particulièrement grave n'a pas ébranlé les fondements de la cohésion familiale, tout en ne la rigidifiant pas d'une manière excessive ; l'enfant y vit une existence différenciée et un accès au symbolique.

Dans la seconde, le handicap moins sévère a ébranlé le mythe familial, mais un équilibre a pu se rétablir tant pour la famille que pour l'enfant handicapé.

Dans la troisième, abordée dans le contexte d'une thérapie familiale, un mythe du handicap constitue la clé de voûte du mythe familial, comme facteur de cohésion du système familial ; l'enfant handicapé existe surtout en tant que porteur de ce statut en même temps que celui-ci est dénié.

SUMMARY

This paper is an attempt to define relations between the lacanian concept of « imaginary » and the familial myth.

A parallel is made between the function of unification in the period of mirror, as organizer of « Ego », and the function of familial myth, as factor of cohesion and of unification that constitutes the « Us ».

These concepts are illustrated by the description of three families with an handicaped child.

In the first one, this particularly strong handicap has not shaken the foundations of the familial cohesion, however this has not established a too rigid structure in the familial cohesion ; the child lives a differentiated existence in his family and has an access to symbolic.

In the second family, the minor handicap has shaken the familial myth, however, the family and also the handicaped child have been able to return to a state of equilibrium.

In the third family, the approach is made in the familial therapy context, there the handicap constitutes the « keystone » of the familial myth, constituting in this way a cohesion factor of the familial system. The handicaped child principally exists as a carrier of this status and, in the same time, this one is denied.

Mots-clés :
Imaginaire
Stade du miroir
Mythe familial
Handicap

Key-words :
Imaginary
Period of mirror
Familial myth
Handicap

BIBLIOGRAPHIE

1. LACAN J. *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je*. R.F.P., XIII, 449-453, 1949.
2. CAILLE Ph. *Phase d'évaluation en thérapie familiale systémique*. Annales de psychothérapies, 1980b, pp. 50-59.
3. FERREIRA A.J. *Family myth and homeostasis*. Arch. gen. Psychiatry, 1963, N° 9, pp. 457-473.
4. BOSZORMENKYI-NAGY I. & G. SPARK. *Invisible loyalties*. New York, Hoeber and Harper, 1963.
5. LAPLANCHE J. & PONTALIS J.B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. P.U.F., 1967, pp. 474-476.
6. STIERLIN H. *Le premier entretien familial*. Théories, pratiques, exemples, thérapies, Paris, Delorge, pp. 39-44, 1979.

UN ESSAI D'ÉVALUATION CONTEXTUELLE D'UN PATIENT HOSPITALISÉ

N. DURUZ *, I. CARTON DE WIART-NEIRYNCK **
et L. KAUFMANN ***

Le thérapeute qui travaille avec des familles, selon une approche écosystémique digne de ce nom, réalise de plus en plus que la thérapie de famille n'est pas la panacée à tous les maux. En présence d'une personne en difficulté dans son adaptation psychosociale, il ne suffit pas toujours de la traiter individuellement, ni même dans le cadre de sa famille. La prise en compte d'un réseau social plus large que la famille s'impose (cf. BERGER et coll., 1984; COOPERSMITH, 1982; ERICKSON, 1984; SCHWARTZMANN, 1985; TOLSDORF, 1976). Lorsqu'une personne est hospitalisée en psychiatrie, on imaginera sans peine qu'en plus de sa famille, de nombreuses autres personnes et institutions se trouvent la plupart du temps concernées (depuis son médecin traitant, son éventuel psychothérapeute, ses amis et voisins jusqu'aux services sociaux, judiciaires, etc.). Toutes ces personnes ou institutions mobilisées expriment, à travers leurs réactions, des positions plus ou moins explicites quant à l'origine des difficultés du patient, au bien-fondé de son hospitalisation comme aux possibilités de sa réhabilitation. Comment ce réseau social d'assistance doit-il être associé au travail des soignants hospitaliers ? de qui est-il composé ? quelles ressources offre-t-il ? contribue-t-il à perpétuer la crise du patient ? Peut-il être évalué sous ces différents aspects ?

Telles étaient déjà nos questions lorsqu'en 1983 nous avons publié notre premier article : « De l'utilité d'un instrument d'analyse contextuelle lors de l'hospitalisation d'un patient psychiatrique » (cf. DURUZ et coll., 1983). Il s'agissait de présenter le projet d'une technique d'évaluation contextuelle — dénommé alors instrument, celui-ci, en tant que « détecteur des champs d'influence en présence », avait pour but d'aider

* Professeur, Docteur en psychologie, Centre d'Etude de la Famille (Dir. Prof. L. Kaufmann), Clinique psychiatrique universitaire, Hôpital de Cery (Dir. Prof. C. Müller), CH-1008 Prilly/Lausanne.

** Psychologue, assistante à l'Université de Genève.

*** Professeur associé, Directeur Centre d'Etude de la Famille.

« le thérapeute à porter un regard plus systématisé sur les différents déterminants écosystémiques, leur meilleure articulation étant censée augmenter les chances de réussite du plan thérapeutique » (p.172). A cette époque, la technique d'évaluation comme le système de cotation des données et leurs critères d'analyse étaient en train d'être définis sur la base de l'étude du contexte de 5 patients psychiatriques. Nous remettons à un article ultérieur la présentation détaillée et plus rigoureuse de cette technique.

Tel est bien l'objet du présent travail : décrire la méthode appliquée à ce jour sur 25 patients et évaluer ses possibilités d'utilisation. Pour plus de clarté, nous aimerions procéder en trois temps : 1. définir certains concepts qui nous ont progressivement paru essentiels pour délimiter rigoureusement le cadre référentiel de la recherche ; 2. présenter la technique d'évaluation contextuelle et les critères de dépouillement et d'analyse retenus ; 3. dans une partie critique, discuter la portée de la technique d'évaluation dans le domaine de la pratique clinique et de la recherche : quelle est son utilité clinique ? peut-elle fonctionner comme un dispositif expérimental permettant de recueillir des données comparables afin de dégager une typologie de contextes ?

LE CADRE RÉFÉRENTIEL DE LA RECHERCHE

Le cadre théorique dans lequel nous avons cherché à conceptualiser d'un point de vue systémique notre expérience clinique du processus d'hospitalisation et construit une technique d'évaluation contextuelle s'organise essentiellement autour de quatre concepts : le réseau social, la fonction d'assistance, la crise et l'encadrement.

Le *réseau social* est un ensemble de liens reliant un ensemble défini de personnes et d'institutions, qui représente pour une personne donnée son univers social. Celui-ci lui sert de matrice communicationnelle pour sa socialisation, en particulier pour la soutenir dans la gestion d'un grand nombre de stress (cf. HAMMER et coll., 1978 ; ERICKSON, 1984).

Dans ce large ensemble que constitue le réseau social, plusieurs sous-ensembles peuvent être définis de par la fonction spécifique exercée par chacun d'eux (fonctions conjugale, parentale, d'éducation scolaire, de loisir, religieuse, etc.). Le réseau social d'assistance réglé par la *fonction d'assistance* est défini comme l'ensemble des services assurés par le réseau social à une personne ou groupe de personnes en difficulté dans son adaptation psychosociale.

Le terme d'assistance, dont un équivalent anglais serait celui de *support* (cf. HAMMER, 1981 ; TOLSTORF, 1976 ; VEIEL, 1985) a été retenu malgré sa connotation parfois un peu péjorative, qui mettrait alors l'accent sur une intervention bénévole en faveur de personnes jugées définitivement démunies. Ce terme a toutefois l'avantage de viser

un large éventail de formes d'assistance (technique, juridique, médicale, psychologique, morale, sociale, etc.), tout en soulignant la dimension *auxiliaire* du système assistant. Si l'on se réfère au Petit Robert, il s'agit toujours de seconder une personne actuellement insuffisamment autonome ; l'assistance y est définie comme « le fait de se tenir auprès de quelqu'un pour la seconder dans ses fonctions, dans sa tâche ». Le terme d'aide nous a paru encore moins neutre que celui d'assistance parce que trop relié à un code d'obligations morales.

La mobilisation d'un réseau d'assistance s'observe particulièrement lorsqu'un système s'avère être en *crise*. Celle-ci peut être définie comme l'état d'un système mis en déséquilibre par des inputs extérieurs ou intérieurs à celui-ci et qui l'obligent à changer sa structure par une modification de ses règles.

Il faut noter qu'en soi une crise n'implique pas le recours à un tiers. C'est souvent son état de gravité ou d'urgence qui l'impose comme dans les cas d'hospitalisation (cf. LANGSLEY et KAPLAN, 1968 ; PITTMAN, 1979). Habituellement, c'est lorsque la crise est l'expression de minicrises antérieures non résolues et étouffées sous forme symptomatique que l'intervention de systèmes auxiliaires ou d'assistance s'impose pour chercher à débloquer une situation sans issue.

Enfin, le concept *d'encadrement* nous permet de mieux situer les trois précédents. Il est emprunté au modèle théorique de l'encadrement, développé au Centre d'Etude de la Famille à partir du paradigme évolutionniste (cf. FIVAZ, FIVAZ, KAUFMANN, 1982, 1983).

En fonction de ce modèle, tout système en évolution bénéficie dans son développement de l'influence d'un système qui lui est hiérarchiquement supérieur. Ce dernier est appelé système *encadrant* à l'égard du premier, dénommé lui-même système *encadré*. Deux paramètres — ceux de constance et d'intensité relatives — caractérisent les relations entre eux ; le système encadrant est plus stable ou prédictible dans sa propre évolution que le système encadré et il transmet des informations ajustées à ce système. C'est la réalisation de ces deux critères qui rend le système encadrant hiérarchiquement supérieur au système encadré et qui garantit par là la fonction d'encadrement proprement dite.

Appliqué au contexte de l'hospitalisation, cela signifierait que l'encadrement thérapeutique du patient à l'hôpital est optimal (assistance fonctionnelle ¹) 1. si la coordination et la continuité entre les intervenants du réseau d'assistance se trouvent réalisées (constance) et 2. si

¹ ERICKSON (1984) distingue utilement trois types de réseaux selon le critère d'extension : le réseau disponible, le réseau effectif, celui-ci renvoyant selon notre terminologie au réseau d'assistance, non nécessairement fonctionnel, ce qui est le cas du troisième type de réseau, qui obéirait lui aux lois de l'encadrement thérapeutique.

un ajustement des soins dans le traitement et la post-cure est assuré (intensité). Cela nécessite au départ d'obtenir le plus grand nombre d'informations sur le contexte du patient, ce qui doit permettre d'établir un « diagnostic écosystémique » (cf. KEENEY, 1979).

La technique d'évaluation contextuelle que nous allons maintenant présenter est en quelque sorte un outil clinique qui doit être utile à l'établissement de ce diagnostic, dont l'impact sur le processus d'hospitalisation peut être très important. Il importe toutefois de souligner qu'un réel « diagnostic écosystémique » — loin de les rejeter — exige également des diagnostics au niveau de l'individu dans son fonctionnement intrapsychique et neurophysiologique. Son originalité consiste essentiellement dans la possibilité de hiérarchiser les différents niveaux de diagnostic établis. Par exemple, dans le cas de l'évaluation contextuelle qui fait l'objet de notre technique, le réseau social et familial du patient est défini comme contexte de son réseau d'organisation intrapsychique et neurophysiologique.

A ce jour, deux hypothèses cliniques, non encore opérationnalisées, nous semblent particulièrement importantes ; elles ont orienté la construction de cette méthode : 1. plus la carte contextuelle d'un patient est floue, plus l'hospitalisation risque de se prolonger sans progrès approprié du patient ou d'être interrompue brusquement ; 2. plus il y a de clarté et de cohérence dans le dispositif d'assistance à sa sortie de l'hôpital (= mieux le patient est encadré), plus son évolution a des chances d'être favorable (entre autres, moins de chance d'être réhospitalisé) — l'établissement de cette relation ne devant pas nous cacher son autre versant, à savoir que la non-coordination des champs d'influence envers un patient ou un malade psychotique tend à augmenter en fonction de son autonomie insuffisante à gérer l'échange d'informations et à leur donner sens.

PRÉSENTATION DE LA TECHNIQUE

A. La technique elle-même

A ce jour, il n'existe pas à notre connaissance une méthode d'évaluation contribuant à l'établissement de la carte contextuelle de systèmes à l'oeuvre lors de l'hospitalisation d'un patient. Les rares travaux qui ont comparé le réseau de patients psychiatriques à ceux de patients physiques ou de personnes non malades (cf. ERICKSON, 1984, p. 189, qui les mentionne) ne se centrent pas sur le phénomène de l'hospitalisation. De plus, la famille ne fait jamais l'objet d'une évolution particulière à partir du processus d'hospitalisation d'un de ses membres. Nous avons donc dû imaginer l'ensemble des questions et items qui constituent la technique d'évaluation contextuelle ainsi qu'une grande partie des critères permettant l'analyse des données.

La technique d'évaluation contextuelle² recueille des informations sur le réseau social d'assistance du patient auprès de trois sources : 1. l'équipe des soignants hospitaliers, 2. le patient lui-même et 3. la famille de ce dernier. La limitation à ces « informateurs » sera discutée plus loin. La procédure prévoit donc trois phases :

Phase 1 : Une fois que le médecin traitant a sollicité le Centre d'Etude de la Famille pour une consultation en vue d'une investigation contextuelle, nous commençons par rencontrer le médecin traitant et son équipe thérapeutique. Sur la base du dossier médical et de ce qu'ils ont appris au contact du patient et de son entourage, nous enregistrons certaines données socio-biographiques et recueillons à l'aide d'un questionnaire en 12 points le plus grand nombre d'informations possibles sur les institutions et personnes qui ont été concernées par l'hospitalisation du patient et qui sont censées exercer quelque influence sur lui. Par exemple, on demandera à l'équipe thérapeutique de nous dire qui a eu l'idée de l'hospitalisation et qui l'a demandée, qui, par ordre chronologique, a rendu visite au patient et a téléphoné pour prendre de ses nouvelles ; ou encore, qui parle le plus souvent de sa sortie de l'hôpital ; avec qui ; quelles sont les personnes ou institutions qui leur sont connues pour être intervenues au sujet du patient ou d'un membre de sa famille dans d'autres contextes que l'hospitalisation. Cette investigation dure environ de 10 à 30 minutes.

Phase 2 : Nous rencontrons ensuite pendant environ 10 minutes le patient lui-même, à qui ce supplément d'investigation a été présenté par le médecin comme important pour la bonne évolution de son traitement, tout en s'inscrivant dans le cadre d'une recherche en cours au Centre d'Etude de la Famille. Parmi les sept questions qui lui sont posées, toujours dans le même but, on peut relever : la visite de qui (connaissances, amis ou famille) vous ferait-elle actuellement le plus plaisir (3 choix par ordre de préférence) ? avec qui aimeriez-vous habiter à la sortie de l'hôpital ? qui parmi les personnes de votre entourage pourraient contribuer à votre rétablissement ? et comment ?

Phase 3 : la troisième phase de l'investigation porte sur la famille qui, parmi les systèmes activés, est celui qu'on retrouve le plus fréquemment et qui est habituellement le plus intensément engagé. Une fois la famille contactée, convoquée et renseignée par le médecin traitant sur les raisons et les modalités de l'investigation contextuelle (enregistrement vidéo, documents de recherche, etc.), nous proposons aux membres de la famille réunis une séance de travail en quatre étapes dont la durée peut varier entre 45 et 90 minutes.

² Le questionnaire complet peut être obtenu sur demande au Centre d'Etude de la Famille.

a) Chaque membre répond individuellement à 12 questions, cherchant à évaluer la situation actuelle de la famille, au moment où l'un de ses membres est hospitalisé. Les questions sont du type : selon vous, qui dans votre famille est actuellement en difficulté ? est actuellement malade ? concernant le choix que vous venez de faire, qui dans votre famille serait d'accord avec vous ? estimez-vous que votre famille est actuellement en crise ? selon vous, y-a-t-il dans votre famille des tensions entretenues par des problèmes familiaux ? depuis tout récemment ? quelques mois ? quelques années ? estimez-vous que l'hospitalisation actuelle a été inévitable ? est utile pour le traitement ? aurait pu être évitée ?, etc.

b) La famille visionne ensuite un film d'une famille simulée par des acteurs, d'une durée de 10 minutes, qui montre des échanges peu fonctionnels entre des parents et leurs deux enfants post-adolescents : les parents et le fils discutent loisir autour d'une table en présence de la fille qui est complètement silencieuse, repliée sur elle-même et qui fait l'objet à plusieurs reprises de remarques désobligeantes de la part de ses parents angoissés.

Il est ensuite demandé à la famille réunie de trouver une réponse commune (une réponse familiale) aux 4 questions suivantes : selon vous, qui dans cette famille a des problèmes ? pouvez-vous imaginer deux raisons différentes qui pourraient expliquer pourquoi la jeune fille se comporte de telle manière ? l'idée d'hospitaliser la jeune fille vous semblerait-elle valable ? selon vous que faudrait-il faire pour que cela change ?

c) Certaines questions de la première étape, relatives à la crise, aux tensions, au type d'aide reçue, sont reprises maintenant en famille ; une réponse commune est attendue, sans que les réponses individuelles de chaque membre soient connues des autres, selon la technique des *unrevealed differences* développée par FERREIRA (1963), à la suite de STRODTBECK (1951).

d) Enfin, à l'aide de 2 jeux de poupées russes, il est demandé à chaque membre, individuellement et isolé des autres, de représenter sur une surface quadrillée (échiquier) son réseau familial. La consigne suivante est donnée : « il s'agit de représenter votre famille avec ces personnages, que vous avez à placer sur cette planche. Les personnages sont de grandeur ou de taille différente. Vous choisissez la grandeur d'un personnage selon l'importance de la personne qu'il représente et vous mettez les personnages plus ou moins proches les uns des autres pour montrer qui, selon vous, dans la famille, est *plus près ou plus éloigné de qui* ». En cours de recherche, nous avons pris connaissance d'une épreuve assez proche de la nôtre, développée par LUDEWIG et coll. (1983).

Il est à relever que les questions et tâches retenues pour cette rencontre de famille se rapportent toutes au problème de l'hospitalisation.

Par exemple, aucune question n'est posée pour mieux connaître le contenu d'un conflit ou la nature des loyautés à l'égard des familles d'origine. En nous intéressant aux modes variés des différents membres de la famille de percevoir et de vivre l'hospitalisation d'un des leurs, nous cherchons à mieux évaluer la capacité de la famille à gérer la crise en collaboration avec des thérapeutes.

B. Les critères d'analyse

Comme on peut s'en rendre compte, la quantité d'informations recueillies à l'aide de la technique d'évaluation contextuelle est importante. Afin de pouvoir les utiliser valablement, nous les avons organisées en fonction de critères d'analyse spécifiques. Etant donné que la technique était essentiellement conçue comme un outil clinique au service du thérapeute, nous avons élaboré deux grilles d'analyse³ directement utilisables par le clinicien.

1. La première consiste en une carte contextuelle qui dresse l'inventaire de tous les systèmes d'assistance activés à l'occasion de l'hospitalisation d'un patient (cf. Tableau I). Elle permet de signaler les systèmes en fonction de deux critères :

- a) l'axe vertical organise les systèmes en fonction de leur contenu, c'est-à-dire de la nature des liens entre les membres du système. On y distingue essentiellement, à la suite de DESMARAIS et coll. (1982), le *réseau primaire* qui comprend la totalité des liens sociaux de la personne dans le cadre de sa vie quotidienne, liens reposant sur la base d'affinités personnelles, hors de tout contexte institutionnalisé (famille nucléaire, élargie, amis, voisins, etc.) et le *réseau secondaire*, qui comprend l'ensemble des personnes réunies autour d'une même fonction dans un cadre institutionnalisé (professionnels de la santé, services sociaux, administratifs, judiciaires, employeurs, école, église, etc.).
- b) L'axe horizontal répertorie les systèmes selon l'état de leur activation. Un système est considéré comme activé ou mobilisé dès le moment où il y a échange d'informations avec lui au sujet de l'hospitalisation. La mobilisation peut avoir lieu *pour* l'hospitalisation (projet, décision et/ou réalisation de l'hospitalisation) et/ou *durant* l'hospitalisation. Nous avons aussi prévu la catégorie : systèmes non mobilisés pour/durant l'hospitalisation ; elle doit permettre le repérage de systèmes – ressources utilisables pour le traitement.

³ Les variables de ces deux grilles et leurs définitions opérationnelles, sont contenues dans un manuel également disponible au Centre d'Etude de la Famille.

Tableau I.

Systèmes.	Mobilisés pour l'hospitalisation			Mobilisés durant l'hospitalisation		Non mobilisés pour/durant l'hospitalisation	
	Projet	Décision	Réalisation	Echange intensif	Echange restreint	Bien que directement concernés	Mobilisés antérieurement
Réseau primaire							
	Familial						
	Autres (Voisinage, amis, etc.)						
Réseau secondaire	Professionnels de la santé						
	Autres (Services sociaux, judiciaire, armée, école, église)						

Cet inventaire est limité ; il ne spécifie pas les liens existants entre les différents systèmes activés, ni la qualité de leur fonctionnement. Il invite néanmoins le thérapeute responsable à pousser plus loin son investigation et à tenir compte dans l'établissement de son plan thérapeutique des ressources comme des handicaps que représentent les personnes et institutions concernées par l'hospitalisation du patient.

2. La deuxième grille d'analyse a été élaborée pour organiser les informations concernant le contexte d'un système spécifique : celui de la famille. Elle permet l'évaluation du fonctionnement du groupe familial dont un membre est hospitalisé, en fonction de 5 critères qui renvoient à 5 questions que le médecin hospitalier se pose souvent, au moment de choisir son programme thérapeutique : 1. Comment la famille est-elle motivée à changer son état actuel ? 2. Comment les problèmes du patient hospitalisé sont-ils perçus par la famille ? 3. Comment les membres de la famille sont-ils reliés entre eux ? 4. Quelle est l'atmosphère familiale ? 5. Comment la famille utilise-t-elle les apports de l'extérieur ? (cf. Tableau II).

Tableau II.

Evaluation du fonctionnement du groupe familial
dont un membre est hospitalisé

1. *Motivation de la famille au changement*

Existence reconnue d'une crise (oui/non, supportable/insupportable) -
Vécu associé à l'hospitalisation en milieu psychiatrique (plus difficile
ou non à vivre que si c'était un hôpital général)
Présence/absence des membres de la famille à la consultation IAC (tous
présents ou invités absents)

2. *Perception des problèmes par la famille*

Problèmes ne concernant que le patient (désignation plus ou moins
forte)

Problèmes du patient reliés à la famille

Problèmes du patient et de la famille (personnes impliquées dans
conflits interpersonnels à l'intérieur de la famille)

Chronicité des tensions entretenues par des problèmes familiaux (ten-
sions depuis récemment/plusieurs mois/plusieurs années)

Problèmes du patient en relation avec l'extra-familial (hospitalisation
en relation avec une personne extérieure à la famille : pas du tout/en
partie/entièrement)

Tableau II: Suite.

3. *Relations intra-familiales*

- Proximité/distance entre les membres de la famille (degré de cohésion)
- Intensité des échanges dans la famille pendant l'hospitalisation (présence participation/collaboration avec l'hôpital durant le déroulement de l'hospitalisation – Forte/modérée/restreinte/partielle)
- Présence/absence des membres de la famille à la consultation IAC
- Etat actuel de la famille (intact-disloqué)
- Capacité de négociation (quatre niveaux : mauvaise → bonne)
- Stratégies prévalentes de la famille en réaction aux tensions familiales
- Accord Spontané (AS) : mesure de l'accord spontané entre membres de la famille – sur réponses individuelles (AS bas, moyen ou maximum)
- Congruence des Choix (CC) : mesure de la congruence entre les choix individuels et le choix du groupe familial (CC bas, moyen ou maximum)

4. *Climat affectif*

Atmosphère familiale : tonalité affective des échanges dans une famille réunie (chaleureux/neutre/déprimé/agressif/cynique) et variabilité de ce climat (Fixe/mobile/chaotique)

5. *Relations famille – environnement*

- Fréquence et nature du recours aux tiers (recours/sans recours ; recours offert spontanément, sollicité par la famille, imposé à la famille)
- Fonction de l'hospitalisation actuelle pour la famille (fct. d'évolution, de réparation, de neutralisation, de triangulation, de brouillage)

C. Deux illustrations

Pour permettre au lecteur de se faire une idée plus concrète de la technique et des critères d'analyse présentés ci-dessus, nous allons décrire le contexte très différent de deux patients hospitalisés, tel que nous l'avons dégagé à l'aide de ces outils d'évaluation.

Monsieur T. est un jeune homme de vingt ans, vivant en dehors de sa famille et qui vient d'être hospitalisé pour la première fois après tentative de suicide par veinosection suite à une rupture sentimentale. Peu de jours après son admission, le patient, peu motivé à élaborer ce qui lui est arrivé, ne songe qu'à quitter l'hôpital. Le médecin traitant demande s'il faut en rester là et propose une évaluation de son contexte.

Première constatation saisissante : la carte contextuelle est extrêmement pauvre. A part le psychiatre consultant au service psychologi-

que de l'hôpital général, qui a demandé l'hospitalisation, et un ami qui lui a rendu une fois visite, seule la famille composée des parents et de quatre enfants a été mobilisée pour et durant l'hospitalisation. La famille élargie a été tenue à l'écart, aucun professionnel de la santé ne semble avoir été mobilisé pour le patient ou un membre de sa famille dans les dernières années, personne n'est non plus signalé dans le réseau social secondaire tel qu'un employeur, un service social ou un groupe de loisir, par exemple.

L'impression d'« exclusivité » de la famille nucléaire se trouve renforcée lors de l'évaluation familiale. Les membres font massivement corps sur un mode aussi bien *non verbal* (ils se tiennent autour du questionnaire à remplir comme regroupés pour une photo de famille ; le jeu de poupées révèle des représentations très fusionnelles ; l'intensité des échanges durant l'hospitalisation est forte, etc.) que *verbal* : aucun des six membres (sauf un) n'estime que la famille est actuellement en crise, ni que des tensions existent entretenues par des problèmes familiaux non résolus ; les réponses en famille expriment un consensus total dans le même sens sur ces deux points. La capacité de négociation est jugée faible alors que le climat affectif est qualifié tout à la fois de mobile et de chaleureux. Le recours aux tiers par la famille semble insignifiant et la fonction d'hospitalisation est évaluée comme ressortissant au type « réparation ».

Il s'en dégage l'image d'un patient appartenant à une famille extrêmement solidaire, de laquelle il semble très difficile de se séparer et qui, sous la houlette d'un père d'une bonté très liante, se trouve peu ouverte sur l'extérieur. La famille vit très mal l'hospitalisation d'un de ses membres et sa mobilisation paraît difficile dans le cadre de l'hôpital. Son climat chaleureux laisse cependant l'espoir de pouvoir faire un certain *joining* avec elle, de manière à mieux apprécier une fois « dedans » jusqu'où il peut être adéquat de la mettre en crise.

Madame V., institutrice, a déjà été hospitalisée en 1976 et 1980 lorsqu'une consultation d'évaluation contextuelle est demandée par son médecin traitant. Des états d'angoisse et d'inhibition extrêmes, avec certains troubles de la pensées, sont à l'origine de la nouvelle hospitalisation.

Nous avons obtenu dans ce cas une carte contextuelle des plus chargée. Toute la famille est intensément impliquée ; le mari en phase hypomaniaque menace de divorcer, la fille unique de dix ans vit souvent chez ses grands-parents maternels, lesquels sont eux-mêmes très engagés dans le conflit conjugal de leur fille. A toutes ces personnes mêlées au projet de l'hospitalisation, il faut ajouter plusieurs professionnels de la santé, ce qui rend la situation bien confuse : le médecin de la garde psychiatrique du secteur d'abord, puis la psychothérapeute qui suit à la fois

la patiente et le couple, ainsi qu'un ancien médecin de famille français, contacté par le mari. Celui-ci n'a pas hésité à alerter également l'ex-mari du psychothérapeute.

La patiente semble pouvoir compter sur quelques collègues de travail mais qui sont peu définis, tandis que le mari dit avoir mis au courant une cohorte d'amis du couple, dont le curé de la paroisse. On note également de nombreuses personnes et institutions mobilisées antérieurement à cette hospitalisation.

Le groupe familial qu'il est possible de réunir est composé des parents de la patiente, de cette dernière et de son mari, ses trois soeurs n'étant pas disponibles ! L'échange dans le groupe est très difficile et les consensus difficilement atteignables. Par exemple, si tous les membres individuellement estiment qu'il y a crise dans la famille, une fois réunis ceux-ci n'arrivent pas à se mettre d'accord ; il en est de même pour la question des tensions entretenues par des difficultés familiales non résolues. Plusieurs personnes pensent également qu'il y a des conflits entre certains membres de la famille. Le climat affectif a été jugé mobile, alternant entre des styles neutre, agressif, voire cynique. Le recours aux tiers est reconnu par la plupart et la fonction d'hospitalisation a été évaluée du type essentiellement « neutralisation », pour exprimer la tendance de la famille à demander à l'hôpital de confirmer la patiente dans son statut de déviante.

L'impression qui se dégage de ce tableau est plutôt sombre : le réseau des professionnels est très (trop) grand, le contexte de la patiente apparaît comme fort confus, perturbé ; les responsabilités et les rôles de chacun ne sont pas clairs du tout, les frontières entre les différents systèmes (conjugal, familial nucléaire, familial élargi, thérapeutique, etc.) sont mal établies. Devant une telle situation, la priorité semble aller à des mesures qui pourraient enrayer un processus de chronification déjà entamé.

LA PORTÉE DE LA TECHNIQUE D'ÉVALUATION CONTEXTUELLE

A ce jour, le contexte de 25 patients hospitalisés a été étudié à l'aide de cette technique d'évaluation dont il importe maintenant de discuter la portée. Pour ce faire, il faut différencier trois utilisations possibles de cette technique — ce qui, il faut bien le reconnaître, n'était pas clairement établi au début de notre travail. La technique d'évaluation peut être utilisée soit comme un outil clinique au service du thérapeute, soit comme un instrument d'évaluation, une fois validé et étalonné, soit enfin comme un dispositif expérimental permettant de récolter des données comparables en vue de vérifier des hypothèses. Nous discuterons conjointement, sous le point A) des deux premières utilisations, puis sous le point B) de la troisième.

A. Un outil clinique, mais pas un instrument de mesure

Le souci de construire une méthode d'évaluation directement branchée sur le processus clinique de l'hospitalisation a été prévalent dès le départ et nous a conduits à adopter des procédures d'investigation suffisamment souples en conformité avec cette visée, procédures qui ont même dû parfois être modifiées en cours de route pour respecter la singularité de l'événement clinique. Dans cet esprit, comme il a déjà été relevé, nous avons retenu des critères d'analyse directement utiles pour le clinicien, qui ne renvoient donc pas à des catégories abstraites d'un modèle de fonctionnement. Nous avons également décidé de laisser au médecin traitant l'initiative de nous signaler les cas pouvant bénéficier selon lui d'une investigation contextuelle. Ce qui explique que notre échantillon actuel de 25 cas (composé de 16 patients diagnostiqués psychotiques et de 9 non psychotiques, dont respectivement 8 et 7 sont hospitalisés pour la première fois) n'a rien d'aléatoire. Nous avons enfin renoncé à récolter des informations auprès de personnes autres que l'équipe hospitalière⁴, le patient et sa famille. Cela, afin d'éviter qu'une dynamique interactionnelle, inévitablement déclenchée par une investigation plus extensive auprès des personnes et institutions mobilisées par l'hospitalisation, interfère avec le travail du médecin traitant hospitalier. De plus, une investigation « complète » du contexte est impossible ; il s'agit surtout de repérer les systèmes significatifs pour le traitement à l'hôpital. Il n'en reste pas moins que nos modalités d'investigation sont restreintes. Il faut encore signaler la difficulté inattendue de pouvoir rencontrer, comme il avait été prévu, les informateurs entre le cinquième et le douzième jour de l'hospitalisation, période particulièrement favorable au processus d'investigation. Pour obtenir un nombre suffisant de cas, il nous a fallu accepter des consultations après ce délai. Enfin, dans plusieurs cas, nous avons été contraints de rencontrer certains membres de la famille seulement, le groupe familial pouvant même se réduire à deux personnes.

⁴ Comme indiqué dans notre article de 1983, nous avons délibérément renoncé à inclure le sous-système hospitalier dans le système global d'assistance et donc de le soumettre à l'évaluation contextuelle. Il nous semblait difficile que le CEF, service appartenant à l'hôpital, se mette en position *méta* pour évaluer une équipe hospitalière. De plus, l'évaluation prévue pour les premiers jours de l'hospitalisation, avant que les interactions entre l'hôpital et le réseau d'assistance soient encore trop intenses, avait pour but d'aider l'équipe hospitalière à se situer par rapport à ce réseau d'assistance tel qu'il était structuré dans son histoire, au moment où elle est contactée par lui. Nous sommes conscients du biais introduit et l'on peut s'interroger à bon droit sur l'effet d'une telle ponctuation dans le processus d'évaluation.

Toutes ces remarques expliquent pourquoi nous avons assez vite renoncé à parler d'un *instrument* d'analyse contextuelle, comme nous le faisons dans notre projet de recherche. Ce terme vise une technique d'analyse qualitative et quantitative contrôlée du contexte et appelle des épreuves de validation ; les conditions méthodologiques n'étaient pas réunies pour un tel projet. Cela ne nous empêche pas de penser que, dans sa forme actuelle, la technique d'évaluation présente un double intérêt clinique pour le thérapeute.

1. Parallèlement à l'observation clinique du thérapeute, elle peut fonctionner comme un outil d'évaluation *systématique* qui apporte des informations *supplémentaires* ; celles-ci lui permettent de prendre des décisions thérapeutiques plus ajustées. C'est en tout cas ce que tous les superviseurs s'accordent à dire dans les réponses à un questionnaire qui leur a été remis quelques semaines après la sortie du patient concerné. Sauf pour un cas, l'application de la technique est jugée peu coûteuse et s'insérant sans perturbation dans le processus d'investigation clinique. Selon les superviseurs, l'utilité de cette technique réside essentiellement dans l'apport d'informations supplémentaires (83% des cas) ; enfin l'influence de ces informations portent dans 92% des cas sur la phase d'évaluation. Pour les cas investigués pendant le premier tiers de l'hospitalisation, le programme et le traitement hospitalier auraient été influencés dans 71% des cas, tandis que pour ceux investigués durant le deuxième tiers l'influence aurait davantage porté sur la préparation de la sortie (70% des cas). Il va sans dire que les décisions thérapeutiques qui découlent des informations obtenues à l'aide de cette technique ne conduisent pas nécessairement à une thérapie de famille mais peuvent tout aussi bien être orientées vers un traitement médicamenteux, une psychothérapie individuelle ou des mesures sociales.

Ces jugements favorables, pas forcément impartiaux (!) sur la méthode d'évaluation contextuelle, ne doivent pas nous cacher les améliorations à lui apporter : outre des modifications de formulation, il devrait être possible d'obtenir des informations plus exhaustives sur le contexte, d'accorder moins d'importance au système « famille », ce qui aurait pour effet de pouvoir évaluer également le contexte de patients dont les familles ne sont pas collaborantes, de construire une technique utilisable dans d'autres contextes hospitaliers. Travailler dans ce sens favoriserait sans doute une utilisation plus large de la méthode.

2. Il faut aussi souligner que cette technique, dans ce qu'elle met en jeu au niveau de l'investigation, a l'avantage de sensibiliser le clinicien à l'importance de l'analyse contextuelle. En deçà d'épreuves de validation rigoureuses, elle peut lui servir dans son travail clinique de *vademecum* : répertoire de questions et de préoccupations qui doivent être présentes à son esprit lorsqu'il est amené à assister une personne désadaptée dans son fonctionnement psychosocial.

B. Un dispositif expérimental

Même si le but premier poursuivi dans la création de la présente technique était de produire un outil utilisable en clinique, nous n'espérons pas moins pouvoir utiliser les informations recueillies de manière plus ou moins standardisée, puis codifiées, en vue d'une analyse qui permettrait de dégager des caractéristiques propres à certains contextes. En d'autres termes, sans que la technique n'ait été construite directement à cette fin, elle pourrait, en plus de l'investigation clinique systématisée, fonctionner comme un dispositif expérimental permettant de recueillir des données comparables afin de vérifier certaines hypothèses ou de dégager une typologie de contextes. De ce point de vue, où en sommes-nous exactement aujourd'hui ?

Disposant de données comparables se référant au contexte de 25 patients hospitalisés en psychiatrie, nous avons recouru à une analyse de correspondance pour voir si les nombreuses informations recueillies sur le contexte des patients, et aussi sur celui plus spécifique de leur famille, pouvaient être réduites en des représentations significatives. Nous avons obtenu certains résultats positifs dont certains seront explicitement commentés dans deux prochains articles sur la capacité de négociation et la fonction d'hospitalisation. L'analyse de correspondance sur le *contexte global* permet de différencier, selon un premier facteur, les patients au contexte très chargé et ceux au contexte restreint, centré essentiellement sur la famille. Un deuxième facteur distingue les contextes mobilisés antérieurement à l'hospitalisation et ceux mobilisés actuellement mais constitués surtout de réseaux secondaires non thérapeutiques (employeurs, services sociaux, assurances, etc.). Curieusement, parmi les 11 patients (sur les 25 étudiés) dont on a observé une réhospitalisation durant l'année qui a suivi l'application de la technique d'évaluation, 8 appartiennent à un contexte de ce dernier type. Concernant le *contexte familial*, l'analyse de correspondance a permis de différencier les familles selon un premier facteur décrivant leur style interactionnel (ouvertement conflictuel/neutralisé) et selon un second facteur les organisant en fonction de leurs ressources et compétences. Pour chacune de ces deux analyses de correspondance, la combinaison des deux premiers facteurs permet de dégager une typologie de 4 contextes spécifiques. Il faut toutefois relever qu'aucun type de ces contextes, comme d'ailleurs presque aucun des critères d'analyse figurant dans les tableaux I et II, ne peuvent être mis en relation significative avec le caractère psychotique ou non des 25 patients étudiés, ni avec le nombre de leurs hospitalisations. Seuls trois critères d'analyse apparaissent différencier notre population. 1. *Le recours aux tiers* est significativement plus fréquent dans les familles dont le patient est hospitalisé pour la première fois que dans les autres ; 2. les familles dont le patient est hospitalisé pour la première fois choisissent plus fréquemment, parmi les *stratégies de négociation*

qu'elles ont à évaluer comme les leurs, la réponse : « on trouve une solution en famille » ; 3. enfin, tous les membres des familles dont le patient a été diagnostiqué psychotique sont d'accord individuellement (accord spontané) pour désigner le patient comme seul malade et pour dire qu'il y a des problèmes entre certains membres de la famille, contrairement aux familles avec un patient diagnostiqué non psychotique où l'accord n'est que partiel ; inversement, il y a un désaccord total dans le premier type de familles quant à la question de l'intervention d'une personne extra-familiale par rapport à l'hospitalisation, alors qu'on obtient un accord presque total ou total sur ce point chez les autres.

Evidemment, vu la nature de notre échantillon (sa petite taille, son caractère non aléatoire, son homogénéité insuffisante, due en particulier à ce que l'investigation a été réalisée à des périodes très différentes de l'hospitalisation), l'utilisation de ces résultats est limitée. Ils nous aideront en tout cas à mieux formuler des hypothèses dans l'éventualité d'une phase de recherche plus expérimentale. Après cette étude de 25 cas que nous pourrions considérer en fait comme une étude pilote approfondie, il nous semble plus clair que l'utilisation de la technique d'évaluation comme dispositif expérimental impliquerait, pour être valable, le respect de plusieurs conditions : il conviendrait de constituer un échantillon plus vaste, de formuler des hypothèses opérationnalisées sur le contexte, de rendre le dispositif expérimental moins tributaire des exigences cliniques en favorisant une plus grande standardisation dans le recueil des données, enfin de s'assurer que les informations sur le contexte fournies par la technique d'évaluation soient suffisamment complètes. Comme on le pressent, décider de ce nouveau pas n'est pas chose aisée pour les chercheurs cliniciens que nous sommes. D'ailleurs, à en croire ATTNEAVE (1984), un des pionniers dans le domaine de la recherche sur les réseaux, qui s'est permis de commenter avec déférence les vues rigoureuses, séduisantes mais aussi grandioses de ERICKSON (1984) sur l'évaluation du réseau social, le « menu » est appétissant, les entrées commencent à être servies mais le reste n'est pas encore sur la table..

Devrions-nous nous arrêter-là, il reste que notre satisfaction de chercheur — s'il est permis d'en parler — n'a pas été des moindres : la construction de la méthode actuelle nous a permis de réaliser ce que BATESON appelait une « double description » : en construisant la technique d'évaluation contextuelle, nous avons doublé notre regard clinique et intuitif d'un regard plus systématique et cohérent, les deux visant une même réalité. Le travail d'imagination pour trouver des questions et des tâches permettant l'investigation du contexte, les nombreux essais de définitions opérationnelles de phénomènes peu maîtrisables tels ceux de crise, de climat affectif, de capacité de négociation, etc., comme la possibilité de pouvoir comparer les réponses de 25 patients et familles, pla-

cés dans un setting semblable, tout cela nous a permis progressivement de mettre un peu d'ordre dans l'exubérance de nos données cliniques, non sans découvrir par ailleurs la complexité de la notion de contexte.

Adresse des auteurs :
Centre d'Etude de la Famille
Hôpital de Cery
CH-1008 Prilly

REMERCIEMENTS

Nous remercions Mme E. Pancheri, Docteur en psychologie, Centre d'Etude de la Famille, de sa précieuse contribution dans la phase initiale de cette recherche et lors de la récolte des données, dont le traitement a été aimablement réalisé par Monsieur I. Spagnoli, mathématicien, Département universitaire de psychiatrie.

RÉSUMÉ

Une technique d'évaluation contextuelle d'un patient hospitalisé en psychiatrie est présentée en détails, ainsi que ses critères d'analyse portant sur le réseau global d'assistance et, plus spécifiquement, sur celui de la famille.

Les résultats obtenus à partir de l'application de cette technique avec 25 patients sont analysés : cliniquement, l'outil est jugé utile ; à un niveau de recherche, certains résultats apparaissent significatifs, mais appellent des études supplémentaires avec un dispositif expérimental amélioré.

ABSTRACT

The authors describe in detail a technique for assessing the psychiatric hospitalized patient's context ; they also define the criteria used to analyze the data obtained from the application of the technique to 25 patients ; these criteria bear on the social support network of patients as well as on their family network.

Results are then commented : 1) the technique is evaluated as clinically useful ; 2) as research data, some results are considered relevant, but new studies would be requested with an improved experimental procedure to set up a meaningful typology of the patients' networks.

Mots-clés :
Contexte
Evaluation
Hôpital psychiatrique

Key-words :
Social network
Assessment
Psychiatric hospital

BIBLIOGRAPHIE

ATTNEAVE C. : Tasty hors d'oeuvres - and a promise of a banquet to come. *Family Process*, 23 : 198-200, 1984.

- BERGER M. and coll. : *Practicing Family Therapy in Diverse Settings*. San Francisco, Jossey-Bass Publ., 1984.
- COOPERSMITH E.I. : The pace of family therapy in the homeostasis of larger systems. In Aronson L. and Wolberg B. (Eds) : *Group and Family Therapy : 1982, An Overview*. New York, Brunner/Mazel, 1982
- DESMARAIS D. et coll. : Un modèle d'intervention au Québec. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 4/5 : 109-118, Bruxelles, 1982.
- DURUZ N., PANCHERI E. et KAUFMANN L. : De l'utilité d'un instrument d'analyse contextuelle lors de l'hospitalisation d'un patient psychiatrique. *Social Psychiatry*, 18 : 169-175, 1983.
- ERICKSON G.D. : A framework and themes for social network intervention. *Family Process*, 23 : 187-198, 1984.
- FERREIRA A.J. : Decision-making in normal and pathologic families. *Arch. Gen. Psychiat.*, 8 : 68-73, 1963.
- FIVAZ E., FIVAZ R. et KAUFMANN L. : Encadrement du développement : le point de vue systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. Bruxelles, 4/5 : 63-74, 1982.
- FIVAZ E., FIVAZ R. et KAUFMANN L. : Accord, conflit, symptôme : un paradigme évolutionniste. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 7 : 91-110, 1983.
- HAMMER M. MAKIESKY-BARROW S. and GURWIRTH L. : Social networks and schizophrenia. *Schizophrenia. Bulletin NIMH*, 4 : 522-545, 1978.
- HAMMER M. : Social supports, social networks, and schizophrenia. *Schizophrenia. Bulletin NIMH*, 7 : 45-57, 1981.
- KEENEY B.P. : Ecosystemic epistemology : an alternative paradigm for diagnosis. *Family process*, 18 : 117-129, 1979.
- LANGSLEY D.G. and KAPLAN D.M. : *The Treatment of Families in Crisis*. New York, Grune & Straton, 1968.
- LUDEWIG K. et coll. : Entwicklung eines Verfahrens zur Darstellung von Familienbeziehungen : Das Familienbrett. *Familiendynamik*, 8 : 235-251, 1983.
- PITTMAN F.S. : Pour faire face aux urgences psychiatriques aiguës : définir la crise familiale. In Bloch D. (Ed) : *Techniques de base en thérapie familiale*. Paris, Delarge, 1979.
- STRODTBECK F. : Husband-wife interaction over revealed differences. *Amer. Soc. Rev.*, 16 : 468-473, 1951.
- SCHWARTZMANN J. (ED) : *Families and other Systems*. New York, Guilford Press, 1985.
- TOLSDORF C.C. : Social networks, support, and coping : an exploratory study. *Family Process*, 15 : 407-417, 1976.
- VEIEL H. : Dimensions of social support : a conceptual framework for research. *Social Psychiatry*, 20 : 156-162, 1985.

SUR LE TERRAIN

**UNE PRATIQUE FAMILIALE
DE SECTEUR PSYCHIATRIQUE
À LA MARTINIQUE**

E. BILLON

Après avoir pris naissance dans les contextes sociologiques américains et s'être développées en Europe, les thérapies familiales s'ouvrent vers des espaces culturels où les structures sociales et familiales, quoique différentes, semblent particulièrement réceptives à ce mode d'approche des problèmes psychiatriques.

L'abord transculturel du contexte Martiniquais nous a permis de découvrir l'importance des interactions familiales nucléaires, mais aussi familiales élargies et même de voisinage. La densité du tissu social ainsi que l'importante implication affective relationnelle, en complète opposition avec l'anomie habituelle des villes européennes, colorent l'intelligibilité des symptômes présentés comme indissociables du système socio-familial d'origine mais aussi de son histoire (particulière et nationale) et de ses croyances.

Du fait de son statut de Département d'Outre-Mer, la Martinique est équipée de l'organisation dite « de secteur » de la psychiatrie publique française. Le Centre hospitalier spécialisé de Colson, situé au centre de l'île en pleine forêt tropicale, regroupe les services d'hospitalisation psychiatrique des six secteurs adultes et des trois secteurs infanto-juvéniles. Ainsi, chaque équipe prend en charge les problèmes de santé mentale d'une population définie géographiquement par les mêmes textes qu'en Métropole. Mais les modes d'accès aux soins psychiatriques et, en particulier, le recours à l'hospitalisation ne peuvent être interprétés que dans leur contexte spécifique.

C'est souvent après épuisement des tentatives « traditionnelles » de résolution des problèmes que s'effectue le rejet vers l'institution psychiatrique chargée très négativement dans l'imaginaire populaire. Dès lors, les rationalisations culturelles (à type de: « quimbois » lancés, « esprits », attaques de « dorlys », etc...) ne sont plus opérantes ou ne suffisent plus pour garantir l'homéostasie précaire du système familial en crise. Le rôle du « séancier »¹ permet bien souvent de réduire les ten-

¹ Séancier: celui qui fait des séances de guérison. Guérisseur local aux pratiques magiques.

sions intra-familiales en désignant un coupable extérieur et en préconisant des rituels, restructurant ainsi une cohésion groupale autour du patient-symptôme. Ses interventions ne permettent que rarement la prise en compte du message du patient désigné comme élément du dysfonctionnement familial. Il est ainsi fréquent de rencontrer des patients qui ont « consulté » divers « séanciers » conseillés par l'entourage proche. Mais l'aspect magique traditionnel semble touché par l'impact de la société de consommation : les thés (infusions de plantes locales), les bains et autres remèdes issus directement de la pharmacopée locale sont bien souvent remplacés par les ampoules de fortifiants sur lesquelles a été effectué un « travail »².

Cet exemple introduit l'aspect central du vaste mouvement d'acculturation qui s'abat sur les Antilles Françaises depuis leur rattachement en tant que département à la République Française (1946). Si l'installation des infrastructures départementales a permis une progression importante du niveau de vie, c'est surtout du fait des transferts sociaux et ceci aux dépens d'une véritable politique de développement régional. L'accession rapide à un niveau de consommation important, mais aussi le corollaire de dépendance qu'elle sous-tend est bien souvent dénoncé comme facteur d'acculturation d'une société qui avait déjà des difficultés à se définir entre l'Afrique et l'Europe. La compétition entre les modèles de représentation « magique » et « scientifique » de la maladie, ainsi que l'ambivalence fréquemment retrouvée à leur rencontre, nous paraît témoigner de la position inconfortable du Martiniquais face à la définition même de sa culture et au phénomène d'acculturation rapide.

C'est dans le but d'éviter la sentence familiale du rejet du patient vers la « folie » que nous nous sommes tournés vers une action préventive sur un secteur où les difficultés géographiques et matérielles des familles nous ont fait choisir les visites à domicile comme moyen thérapeutique adapté aux familles défavorisées que nous savions peu enclines à se déplacer. Tout en sachant bien que nous ne pourrions pas utiliser la méthode systémique classique (thérapeute - observateur) et que nous nous exposerions ainsi à des difficultés plus importantes, nous nous sommes astreints à la récupération, post-entretien, des interactions marquantes. L'équipe, constituée de deux infirmiers psychiatriques et d'un psychiatre, confrontait alors les diverses observations, leurs points de convergence et surtout de divergence en vue de l'élaboration des hypothèses de fonctionnement du système thérapeutique et des stratégies qui en découlent.

L'approche systémique de la pathologie psychiatrique n'avait auparavant pas été développée en Martinique et la prise en charge régu-

² Travail : action magique du séancier.

lière de quelques familles semble une expérience novatrice constituant un pas important vers le possible développement de cette pratique.

Le cas que nous avons choisi de vous présenter illustre un aspect structurel fréquemment retrouvé ici : une famille avec, au moins, trois niveaux générationnels regroupés dans un espace commun où éclatent des conflits au sein d'un « magma symbiotique », les rôles respectifs ne semblant plus correspondre aux niveaux hiérarchiques familiaux classiques.

M. est hospitalisé à l'âge de 6 ans alors qu'il présente un amaigrissement important et un ensemble de troubles faisant porter le diagnostic de psychose déficitaire. Devant son état, il est décidé d'une hospitalisation brève de quinze jours et d'un suivi extra-hospitalier par notre équipe de secteur, ceci surtout pour éviter un rejet définitif de l'enfant qui a déjà été bien souvent « oublié » dans le Service de pédiatrie de l'Hôpital général.

La première visite à domicile nous met dans une position difficile : nous ne sommes apparemment pas les premiers intervenants sociaux à nous occuper du « cas M. ». Et pour cause, Madame B. (la mère de M.), âgée d'une trentaine d'années, vit dans une minuscule maison de deux pièces où s'entassent le peu de mobilier qu'elle possède et ses cinq enfants dont les plus jeunes sont des jumeaux de moins d'un an et M., l'aîné, est constamment attaché sur son lit car « trop bougeant ».

L'accès au terrain familial nécessite un long parcours dans les mornes³ et la maison de Madame B. est surplombée par la grande maison familiale restée à l'état de gros oeuvre mais habitée par le couple des grands-parents, deux oncles, une tante et ses trois enfants. Les relations avec le voisinage sont réduites et plutôt tendues.

L'accueil réservé par Madame B. est froid : nous sommes tout de suite mis en demeure d'apporter une solution radicale au problème, en trouvant un centre pour M.. Après des contacts pris avec les divers intervenants, il apparaît que toutes les tentatives mises en place pour aider Madame B. se sont heurtées à un pragmatisme et à une ambivalence certaine, ayant entraîné le désarroi puis le rejet du cas, vérifiant ainsi la remarque de M. Godfryd (8) : « Les familles, et en particulier les familles psychotiques, sont réputées à juste titre pour multiplier les interventions à tous les niveaux, tissant ainsi des liens et des double-liens dans lesquels on ne peut que se prendre les pieds ». Ainsi, des matériaux de construction lui ont même été livrés pour agrandir sa maison, des pensions attribuées, des conseils prodigués, etc..., mais le tableau misérable ne semblait pas pouvoir se modifier.

³ Morne : petite montagne isolée, dans les Antilles.

Au cours de quelques entretiens avec Madame B. nous avons perçu l'importance des interactions familiales dans la genèse de la situation présente.

Un conflit extrêmement sévère oppose Madame B. au reste de sa famille liguée contre elle et ses enfants. Madame B. est en effet vécue comme la « mauvaise fille » : elle a épousé un ami de la famille, bien plus âgé qu'elle, il y a une dizaine d'années. Son premier fils meurt à la naissance. Elle quitte son mari après de nombreux conflits et la naissance d'un autre enfant pour réintégrer le terrain familial et s'y installer malgré l'apparente opposition de son père.

Elle vit seule mais est visitée régulièrement par celui avec qui elle aura ses cinq enfants et qui a un foyer fixe ailleurs. Le ton monte avec ses frères à qui elle refuse de transmettre les messages téléphoniques, mais surtout avec sa mère qui la vit comme mauvaise mère, et son père qui va jusqu'à installer son boeuf à sa fenêtre, ce à quoi elle répond en saccageant l'ensemble des arbres fruitiers. Retranchée dans son réduit, nous la percevons comme complètement accaparée par les tensions familiales qui pourraient bien entraîner un passage à l'acte violent, compatible avec son rôle de bouc émissaire.

Au cours des quelques visites que nous rendons à Madame B. dans sa maison, le maintien du contact est très difficile en ce qu'il actualise la problématique du groupe familial dans la relation dyadique que nous entretenons avec elle. A chacune de nos rencontres, elle tente de nous faire choisir entre la position symbiotique de soutien inconditionnel et le rejet de l'ensemble de son attitude. La neutralité ne peut être acceptée. Nos visites renforcent le jeu familial toujours plus répétitif, tandis que tout effort de différenciation se trouve bloqué et que la culpabilité augmente parallèlement avec son cortège d'agressions mutuelles (2).

Dans ce contexte, il nous est apparu illusoire de pérenniser le système d'aide classique dont nous pressentions l'inefficacité démontrée antérieurement. En restant dans un rôle de soutien à Madame B., non seulement nous recueillerions des informations tronquées, unipolaires, sur les causes des tensions familiales, mais nous renforcerions le climat d'hostilité envers celle qui recevait des étrangers au système.

Nous percevons que Madame B. n'a jamais réellement réussi à se séparer de son groupe d'origine qui n'a pas permis non plus à ses frères et sœurs d'échapper à l'influence fusionnelle de cette famille. Cette situation se retrouve assez souvent à la Martinique, toute renforcée qu'elle est par le problème de l'emploi des jeunes (moins de 30% d'actifs chez les 16-30 ans) et de la pénurie de logements. Mais, dans le cas présent, Madame B. contribue à maintenir une illusion d'indépendance par des provocations répétées à l'encontre des membres de sa famille, tout en perpétuant le flou des frontières intergénérationnelles. Son comportement est tout empreint de non-différenciation émotive, au sens de

Murray Bowen, ce qui empêche toute conceptualisation intellectuelle de la problématique et fige tous les projets existentiels dans la « masse indifférenciée de l'ego familial » (6).

C'est face à cette situation bloquée que nous décidons de changer d'espace thérapeutique et de modifier le sens de notre action. Nous abandonnons le « cas M. » pour nous occuper du grand groupe réuni, sans trop de réticence, dans la maison familiale centrale. Si la première rencontre est surtout acceptée dans l'espoir d'accuser et de condamner Madame B., la possibilité de parler et de mettre à jour une partie des conflits familiaux, dans une ambiance propice, permet aux membres de communiquer avec l'assurance d'être reconnu et desserre peu à peu l'étau qui écrasait Madame B. et M. La seule définition de l'espace thérapeutique vise à éclaircir notre rôle thérapeutique, mais ceci amène une nouvelle définition des rapports au sein de la famille.

Dans ce système quasi fermé, les territoires individuels et respectifs semblent aussi peu repérables que les distances émotionnelles et les frontières, bien mal tracées, entre les divers membres (12). Les espaces géographiques nous paraissent aisément comparables aux espaces imaginaires personnels et le travail métaphorique s'élabore peu à peu autour de la notion d'espace. En utilisant le jeu des diverses métaphores territoriales (par exemple : analogie terrain familial-cité et description des chemins d'accès, décorations, divers rôles sociaux, et espaces respectifs), nous tentons l'élaboration d'un espace imaginaire commun et nous l'utilisons comme « processus de recodification commune effectuée par le thérapeute à l'intérieur du système familial » (13). L'évolution de la « rêverie collective » nous a poussé à appuyer soit sur les aspects homéostatiques presque tribaux des interactions, soit sur la position des individus sacrifiant leur évolution personnelle au mythe de la survivance de la fusion familiale.

Le début de notre action est suivi d'une réaction de coalition massive des femmes : la grand-mère et ses deux filles se tenant serrées, portant chacune un enfant, symbolisent ainsi la puissante union matriarcale face au patriarche accusé d'être un mauvais mari, mauvais père et mauvais grand-père. La fonction assumée d'habitude par Madame B. change de camp ; le rôle de bouc émissaire peut donc circuler.

Le maintien du cadre thérapeutique au niveau de la maison centrale métacommunique constamment notre prise de position résolument « familiale » face aux diverses tentatives visant à resituer le problème sur le « cas M. ». Par ailleurs, cette permanence de la définition du cadre sous-entend un « effet activateur » en provoquant chaque membre vis-à-vis de son espace personnel et, à un niveau analogique, son destin personnel (4).

Le soutien continu de « la personne face au rôle » (3) au cours des six séances réparties dans les quatre premiers mois entraîne une cla-

rification de la fonction patriarcale avec la réappropriation par le grand-père de sa maison centrale et l'exclusion de ses enfants vers des espaces périphériques. Après une acmé, le climat de crise est retombé avec la mise en place des logements respectifs des membres des diverses générations.

Après huit mois de suivi, un niveau supérieur de différenciation et de séparation intergénérationnelle s'accompagne de modifications appréciables de l'espace réel du cadre familial : construction d'une maisonnette pour la soeur de Madame B., agrandissement de la maison de celle-ci (ce qui n'avait jamais été possible auparavant), clôture du jardin du grand-père, réparation de la canalisation d'eau commune avec l'installation de vannes et de robinets individuels, etc... A la différenciation individuelle correspond la réappropriation territoriale avec l'acceptation mutuelle des espaces respectifs, prouvée par la fréquence de visites cordiales entre les divers membres de la famille. Ainsi, M. est détaché de son lit et peut enfin augmenter son faible rayon d'autonomie.

Bien sûr, il reste encore beaucoup à faire avec cette famille mais, face à l'évolution prévisible de rejet de M. vers un placement irrémédiable et définitif en institution, nous avons eu besoin d'un autre type de pratique pour proposer une alternative à l'exclusion et maintenir ainsi le patient dans sa famille d'origine. C'est le refus de chroniciser qui a guidé nos efforts familio-systémiques, trouvant paradoxalement leur récompense dans le maintien d'un climat de négociation nous gardant d'une « vue désespérante de l'aliénation » (5).

Lors de cette expérience de thérapie familiale systémique, notre équipe a pu se démarquer du rôle traditionnel de pourvoyeur d'aide, classiquement dévolu à l'intervenant social : ce recadrage du système thérapeutique a permis d'appréhender et de partager, un tant soit peu, les sentiments vécus dans le système familial. Cette position a, de plus, permis l'élaboration d'une pratique différente pouvant échapper au rôle de représentant d'un « ordre psychiatrique » pour envisager un rôle plus créatif. Par l'usage de métaphores, l'articulation dynamique des différentes logiques qui les sous-tendent et la ponctuation des interactions intra-familiales selon ses propres processus auto-référentiels, le thérapeute crée l'événement fondateur en redéfinissant la famille comme un système structurel fonctionnel pouvant se reconnaître comme un réseau avec des liens. A partir de là s'est effectué un travail de réflexion et d'élaboration d'un espace imaginaire commun transitionnel (10).

Dans un pays où l'utilisation du langage est particulièrement métaphorique (1), la communication analogique est un outil qu'il faut absolument posséder. Aussi, le contrôle de la relation thérapeutique et l'instauration de nouvelles règles d'interaction passe par le jeu des images. Le thérapeute ne peut refuser les images souvent magiques des familles

antillaises mais doit les redéfinir avec ses propres images de la famille, pour permettre l'émergence de solutions nouvelles (9). C'est donc bien de magie-image que nous parlons dans cette île où la toute-puissance des images est reliée directement aux personnes.

Si, comme le propose E. Todd (14), « la sphère idéologique est une mise en forme intellectuelle du système familial », il nous faut souligner l'impact de l'organisation familiale sur les systèmes de croyances collectives.

Mais comment relier dans le hic et nunc de la séance les spécificités magiques et anthropologiques familiales ?

Comment comprendre et utiliser les rôles respectifs des acteurs familiaux sans évoquer les rôles sociologiques bien présents ?

Les interventions au sein de la famille de M. nous permettent de mieux percevoir une problématique centrale du contexte martiniquais : quelle place pour l'homme au sein du groupe familial ? Absence de père ? Matrifocalité excessive ?

Toute pratique systémique, on le voit encore ici, si elle se doit de gérer l'instantanéité de la séance, ne peut faire abstraction de l'auto-référence culturelle familiale (11), ceci défini dans un schéma de rétroactions perpétuelles prenant leur source dans la spirale temporelle de l'histoire. L'exemple de la famille antillaise confirme une telle perspective.

Pour conclure, nous soulignerons que ces réflexions ne constituent que les prémices d'une recherche sur les possibilités d'utilisation de l'épistémologie systémique dans le contexte antillais. Notre désir de respecter la multiplicité des éléments en jeu ne peut nous faire abandonner l'aide d'une grille explicative permettant la conceptualisation de modèles d'action adaptés aux spécificités culturelles (7).

Directement issu des études anthropologiques, le courant des thérapies familiales s'enrichira constamment de la comparaison transculturelle des pratiques systémiques familiales. Si cette ouverture vers les singularités peut complexifier nos cartes, nos espaces imaginaires, par des éléments sociaux et culturels, nos propres réappropriations territoriales n'en seront que plus fécondes.

Docteur Eric Billon

Intersecteur Sud-Martinique de psychiatrie infanto-juvénile

C.H.S. de Colson

B.P. 631

F-97261 Fort-de-France Cedex

RÉSUMÉ

Les thérapies familiales s'ouvrent vers des espaces culturels à structures sociales et familiales différentes.

Dans le contexte martiniquais, leur application ne peut se passer de l'étude des spécificités.

La description d'une intervention systémique familiale en visite à domicile introduit les divers niveaux de complexités de la situation thérapeutique.

La redéfinition a permis l'élaboration d'un espace imaginaire commun transitionnel et une réappropriation territoriale effective par les divers membres du système familial.

Les aspects culturels spécifiques sont abordés (magie, rôles sociaux) pour souligner la nécessité de conceptualisation de modèles d'action adaptés.

SUMMARY

Family therapies open toward cultural spaces whose social and family structures are different.

In the case of Martinica, their application cannot do without the study of specificities.

The description of a familial systemic intervention, visiting people at home brings in the various levels of complexity of the therapeutic situation.

The redefinition has permitted the elaboration of a transitional common imaginary space and a real territorial reappropriation by the various members of the family system.

Specific cultural aspects are dealt with (magic, social part) to emphasize the necessary conceptualisation of adapted schemes of action.

Mots-clés :

Culture
Magie
Rôles sociaux
Visite à domicile
Secteur
Martinique

Key words :

Culture
Magic
Social part
Visiting at home
Psychiatric District Area
Martinica (French West Indies)

BIBLIOGRAPHIE

1. AFFERGAN F. « Anthropologie à la Martinique », Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1983.
2. ANDOLFI M., ANGELO C. « Le Thérapeute comme metteur en scène du drame familial », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 1980.
3. ANDOLFI M., ANGELO C., MENGHI P., NICOLO A.M. « La Forteresse familiale », DUNOD, Paris, 1985.
4. BENOÎT J.-C. « Angoisse psychotique et système parental », PUF, Paris, 1982.
5. BENOÎT J.-C., ROUME D. « La désaliénation systémique, les entretiens collectifs familiaux en institution », ESF, Paris, 1986.
6. BOWEN M. « La différenciation du Soi », ESF, Paris, 1984.

7. ELKAIM M. « Cartes, territoires et singularités », Cahiers pratiques de thérapies familiales et de pratiques de réseaux, N° 4/5, Bruxelles, 1981.
8. GODFRYD M. : « Pratiques familiales en psychiatrie publique de secteur de l'adulte », Thérapie familiale, volume 5, N° 3, 1984.
9. GUITTON C. « L'Aliénation, réalité et virtualité ». Troisième journée « Psychanalyse et thérapie familiale systémique — l'Aliénation », Centre d'études de la famille, Paris, 12 décembre 1982.
10. GUITTON C. « L'Interaction thérapeute-famille, l'éphémère de la séance ». Conférence du 12 mars 1986, Institut d'étude de la famille et des systèmes humains, Bruxelles, à paraître.
11. MIERMONT J. « L'autoréférence familiale », Psychiatrie de l'enfant, Vol. XXVII, N° 1, 1984.
12. MIERMONT J., STERNUSCHUSS S. « Thérapies familiales », EMC, Paris, Psychiatrie, 37819 F 10, 2. 1981.
13. NICOLO A.M. « L'emploi de la métaphore en thérapie familiale », Thérapie familiale, Vol. 1, N° 4, 1980.
14. TODD E. « La troisième planète. Structures familiales et systèmes idéologiques », Ed. SEUIL, Paris, 1983.

J.-J. EISENRING

**BIBLIOGRAPHIE
ANALYTIQUE
DE THÉRAPIE
FAMILIALE
FRANCOPHONE**

1980-1984

m+h Genève
1985

En vente chez l'éditeur au prix de Frs 12. –

MÉDECINE ET HYGIÈNE
Case postale 229 – CH-1211 Genève 4

INFORMATIONS

4èmes JOURNÉES DU CERAS sur le thème « **Perspectives systémiques : une théorie à travers ses pratiques** ». Avec la participation de P. Caillé, L. Cancrini, L. Onnis, 5-6 juin 1987, Grenoble, France.

Frais d'inscription : Fr. 400. —, Fr. 350. — (adhérents CERAS).

Informations : Centre d'Etudes et de Recherches sur l'Approche Systémique, 2, rue Très-Cloîtres, F-38000 Grenoble.

AMITREF, cycle de formation de 3 ans « **Approche systémique de l'individu, de la famille, du réseau** ». Guy Ausloos, Marie-Odile Goubier-Boula, Jean-François Mangin.

1ère session : 9 au 13 juin 1987.

Inscriptions et renseignements : AMITREF, 52, rue du Four, F-75006 Paris.

1er COLLOQUE INTERNATIONAL DE RELAXATION : « **Les relaxations thérapeutiques aujourd'hui** ». Avec la participation du professeur Y. Pélicier, Palais des Congrès, Paris, 12-13-14 juin 1987.

Informations : Mme J. Chêne, 34, rue du Laos, F-75015 Paris.

CERFASY NEUCHÂTEL : 20 juin 1987 : « **L'aire prescriptive** » par A. Ciola. 28 et 29 août 1987 : « **Approche systémique du malade et de la maladie** » par M. Vannotti.

Automne 1987 : « **Analyse systémique du divorce** » par J. Düss-Von Werdt.

Informations : CERFASY, case postale 544, CH-2001 Neuchâtel.

S.I.T.I.M. : RENCONTRE INTERNATIONALE. « **Espace et temps en imagerie mentale** ». 26-27-28 juin 1987, Turin, Italie.

Informations : « **L'arbre vert** », 6, rue des Ursulines, F-75005 Paris.

INSTITUT DE LA FAMILLE, TOULOUSE : « **Séminaire d'été de thérapie familiale** », 18 au 28 juillet 1987, Biarritz, France. Animé par M. Elkaïm, E. Trappeniers, S. Kannas et S. Wiewiorka.

Informations : Dr E. Trappeniers, Institut de la famille de Toulouse, 18, rue Alexandre Fourtanier, F-31000 Toulouse.

8th BIENNIAL MRI CONFERENCE: « Solutions-Pseudosolutions-Ultrasolutions ». Speakers: F. Capra, M. Elkaim, R. Fisch, H. v. Foerster, E. v. Glasersfeld, P. Papp, V. Satir, P. Watzlawick et al., 31 July-2 August 1987, San Francisco.

MRI SUMMER SYMPOSIUM: intensive clinical training in the MRI Approach. 3-14 August 1987, Stanford University.

Informations: MRI Conferences, 555 Middlefield RD., Palo Alto, CA 94 301.

ISTITUTO DI TERAPIA FAMILIARE, INTERNATIONAL CONFERENCE: « Couples en crise ». 1-2-3-4 octobre 1987, Rome.

Informations: Remo Vanzetti, Medicon Italia, Via A. Cesalpino 3, I-00161 Rome.

AMERICAN ASSOCIATION FOR MARRIAGE AND FAMILY THERAPY, 35th ANNUAL CONFERENCE: « Family therapy works ». October 29-November 1, 1987, Chicago. Speakers: Anderson, Boscolo, Cecchin, Duhl, Friedman, Goldstein, Krestan, Lankton, LoPiccolo, Paul, Watzlawick and Whitaker.

Informations: AAMFT CONFERENCE, 1717 K Street, N.W., 407, Washington, DC 20006.

A.J.P. RENCONTRES RÉGIONALES: « La recherche en psychiatrie et thérapie ».

Morlaix : 26 septembre 1987

Besançon : 24 octobre 1987

Paris : 21 novembre 1987

Informations: R. Meyer, 17, rue de Lausanne, F-67000 Strasbourg.

SÉMINAIRE AVEC I. BOSZORMENYI-NAGY, en anglais du 17 au 21 août 1987, en français du 24 au 26 août 1987. Lieu: Hôtel du Signal, 1605Chexbres, Suisse.

Informations: Dr C. Ducommun, Institute for Contextual Growth, 126 South Bethlehem Pike, Ambler, Pennsylvania 19002, tel. 215542-1711.

Sociologie et sociétés



Revue thématique semestrielle (avril et octobre). La seule revue de sociologie de langue française à vocation internationale en Amérique (chaque article est résumé en français, en anglais et en espagnol). Présente des visages nouveaux ou inconnus de ce phénomène particulier qu'est le Québec français en Amérique du Nord.

Directeur : Robert Sévigny

Déjà parus :		Développement national et économie mondialisée	7,50\$ <input type="checkbox"/>
Phénomène urbain	5\$ <input type="checkbox"/>	Éducation, économie et politique	7,50\$ <input type="checkbox"/>
Les systèmes d'enseignement	7,50\$ <input type="checkbox"/>	Réflexions sur la sociologie	7,50\$ <input type="checkbox"/>
Sémiologie et idéologie	7,50\$ <input type="checkbox"/>	Écologie sociale et mouvements écologiques	7,50\$ <input type="checkbox"/>
Femme/travail/syndicalisme	7,50\$ <input type="checkbox"/>	Les Femmes dans la sociologie	7,50\$ <input type="checkbox"/>
Domination et sous-développement	7,50\$ <input type="checkbox"/>	La Sociologie une question de méthodes ?	8,50\$ <input type="checkbox"/>
Science et structure sociale	7,50\$ <input type="checkbox"/>	Regards sur la théorie	8,50\$ <input type="checkbox"/>
Travaux et recherches sur le Québec	7,50\$ <input type="checkbox"/>	L'État et la société	8,50\$ <input type="checkbox"/>
Pour une sociologie du cinéma	7,50\$ <input type="checkbox"/>	Enjeux « ethniques »	8,50\$ <input type="checkbox"/>
La Mobilité sociale : pour qui, pour quoi ?	7,50\$ <input type="checkbox"/>	L'informatisation : mutation technique, changement de société	9,50\$ <input type="checkbox"/>
La Gestion de la santé	7,50\$ <input type="checkbox"/>	Sociétés et vieillissement	9,50\$ <input type="checkbox"/>
Psychologie/Sociologie/intervention (réimpression)	9,50\$ <input type="checkbox"/>	Santé mentale et processus sociaux	9,50\$ <input type="checkbox"/>
Le développement des relations sociales chez l'enfant	7,50\$ <input type="checkbox"/>	Sociologie critique et création artistique	9,50\$ <input type="checkbox"/>
Changement social et rapports de classes	7,50\$ <input type="checkbox"/>	Droit et pouvoir. Pouvoirs du droit	9,50\$ <input type="checkbox"/>
Critique sociale et création culturelle	7,50\$ <input type="checkbox"/>		

À paraître — • Travail, santé, prévention, Vol. XVIII, n° 2, réalisé par Marc Renaud et Marcel Simard • Sociologie des phénomènes démographiques, Vol. XIX, n° 1, réalisé par Victor Piché •

Bulletin d'abonnement

L'abonnement annuel commence avec le premier numéro de chaque volume

Je désire m'abonner à la Revue *Sociologie et sociétés* pour l'année _____ \$

Veuillez m'expédier les titres cochés.

Ci-joint (chèque ou mandat) à l'adresse postale.

Visa Master Card

n° _____

Date d'expiration _____

Abonnement annuel 1986

Individus :
Canada : 16\$
Étudiants : 12\$
Pays étrangers : 19,50\$

Institutions :
Tous les pays : 32\$
Le numéro : 10\$

NOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

Disponible en France : CHOPLIVRE, 8/10, rue Pierre Moulié, 94200, Ivry/s/Seine



**LES PRESSES
DE L'UNIVERSITÉ
DE MONTRÉAL**

C.P. 6128, succ. <A>
Montréal, Qué. H3C 3J7
2910, bd Edouard Montpetit
Montréal, Qué. H3T 1J7

THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones

Comité de rédaction: Guy AUSLOOS, Montréal — Jean-Claude BENOIT, Paris — Léon CASSIERS, Bruxelles — Yves COLAS, Lyon — † Jean-Jacques EISENRING, Marsens — Daniel MASSON, Lausanne — Maggy SIMEON, Louvain-La-Neuve.

Comité scientifique: C. BRODEUR, Montréal — Ph. CAILLE, Oslo — M. DEMANGEAT, Bordeaux — A. DESTANDEAU, Menton — J. DUSS von WERDT, Zürich — P. FONTAINE, Bruxelles — L. KAUFMANN, Lausanne — J. KELLERHALS, Genève — S. LEOVICI, Paris — J.-G. LEMAIRE, Versailles — A. MENTHONNEX, Genève — † R. MUCCHIELLI, Villefranche/Mer — R. NEUBURGER, Paris — Y. PELICIER, Paris — R.P. PERRONE, St Etienne — F.X. PINA PRATA, Lisbonne — † J. RUDRAUF, Paris — P. SEGOND, Vaucresson — J. SUTTER, Marseille — M. WAJEMAN, Paris — P. WATZLAWICK, Palo Alto.

Rédaction: Prière d'adresser la correspondance à :

Dr Daniel Masson
Centre de psychologie médicale
C.H.U.V.
CH-1011 Lausanne

Secrétaire de rédaction: E. Terribilini

..... ✂
 Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle

THÉRAPIE FAMILIALE

pour l'année 198.....

Abonnements individuels :

FRS 60.— / FF 250.—

Collectivités, bibliothèques, abonnements collectifs :

FRS 75.— / FF 315.—

EDITIONS MÉDECINE & HYGIÈNE

C.P. 229 — CH-1211 GENÈVE 4 — C.C.P. 12-8677-8 Genève

Société de Banque Suisse, CH-1211 GENÈVE 6, Compte N° C2 622 803

Pour la France, chèques postaux établis à l'ordre de « Médecine et Hygiène » ou bancaires à l'ordre de la BUOFC (Banque de l'Union Occidentale Française et Canadienne) libellés en francs français.

Nom et prénom :

Adresse :

N° postal : Ville :

Date : Signature :

CONDITIONS DE PUBLICATION

1 — La revue "Thérapie Familiale" publie des contributions théoriques originales, des apports cliniques et pratiques, des débats sur les théories qui sous-tendent cette nouvelle approche : systèmes, communication, cybernétique ; des analyses, des bibliographies et des informations sur les associations de thérapie familiale, les centres et les possibilités de formation.

2 — Les articles sont publiés en français et doivent être accompagnés d'un résumé analytique de 10 à 20 lignes en français et en anglais. Le titre doit être également traduit en anglais.

3 — Les articles soumis pour publication doivent être écrits à la machine, à interligne 1¹/₂, recto seulement, à raison de 30 lignes par page. Ils n'excèdent en principe pas quinze pages.

La première page comporte le titre de l'article, les initiales des prénoms, les noms complets des auteurs et l'adresse du premier auteur. L'article est adressé en trois exemplaires.

4 — Les articles soumis pour publication ne doivent pas être proposés parallèlement à d'autres revues.

5 — Le comité de rédaction décide de la publication et se réserve le droit de solliciter les modifications de forme qu'il juge nécessaire.

6 — Le premier auteur sera considéré comme responsable de la publication. Il assure la correction des épreuves. Les épreuves devront être retournées dans un délai d'une semaine au maximum. Le premier auteur recevra 30 tirés à part.

Les manuscrits soumis à la rédaction ne sont pas retournés à leur auteur.

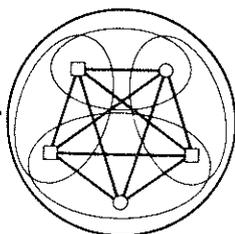
BIBLIOGRAPHIE

Les références figureront en fin d'article, numérotées et dans l'ordre alphabétique des auteurs.

La référence d'un article doit comporter dans l'ordre suivant : nom de l'auteur et initiales des prénoms ; titre dans la langue (sauf si caractères non latins), titre de la revue non abrégé (la rédaction se réserve de l'abréger selon la World list of scientific periodicals, Oxford) tome, première et dernière page, année.

La référence d'un livre doit compter dans l'ordre suivant : nom de l'auteur et initiales des prénoms ; titre dans la langue ; nom de l'éditeur, ville, année.

Pour les ouvrages publiés originellement en langue étrangère mais dont la traduction a paru en français, il serait préférable d'indiquer les références de l'édition francophone.



THÉRAPIE FAMILIALE

Vol. VIII — 1987 — N° 2

SOMMAIRE

Introduction : Message aux lecteurs	125
P. IGODT et L. CAUFFMAN: L'esthétique du changement. Application du modèle cybernétique à la thérapie familiale	127
O. MASSON et P. GONSALVES: Thérapie familiale dans une consultation de pédopsychiatrie	141
C.-L. CUENDET: Catamnèses d'interventions conduites dans 12 situations de crises familiales périnatales	153
J. BARUDY, C. BONNIER et J.-Y. HAYEZ: Les différents champs d'analyse et d'intervention systémique dans la maltraitance infantile.	169
M. SACRE: Le jeu des images dans un système familial avec un enfant handicapé	185
N. DURUZ, I. CARTON DE WIART-NEIRYNCK et L. KAUFMANN: Un essai d'évaluation contextuelle d'un patient hospitalisé	197
Sur le terrain	
E. BILLON: Une pratique familiale de secteur psychiatrique à la Martinique	215
Informations	225

CONTENTS

Introduction	125
P. IGODT and L. CAUFFMAN: Aesthetics of change. Application of cybernetic model to family therapy	127
O. MASSON and P. GONSALVES: Family therapy in a child psychiatry unit	141
C.-L. CUENDET: 12 severe puerperal family crisis: outcome of family therapy	153
J. BARUDY, C. BONNIER and J.-Y. HAYEZ: A systemic reading for children mishandling: the different fields of analysis and action	169
M. SACRE: The « imaginary » in the family with a handicapped child ..	185
N. DURUZ, I. CARTON DE WIART-NEIRYNCK and L. KAUFMANN: An attempt to assess the social network of the psychiatric hospitalized patient	197
Field-work	
E. BILLON: Psychiatric family practice in Martinica (french West Indies)	215
Informations	225