

THERAPIE FAMILIALE

*R e v u e
Internationale
d'Associations
Francophones*

8^{èmes} Journées Francophones de Thérapie Familiale Systémique de Lyon

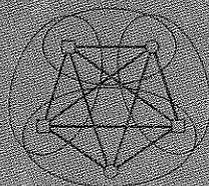
septembre 1995
2^e partie

CRISE DU LIEN FAMILIAL ET CRISE DU LIEN SOCIAL, QUELLES INTERACTIONS?

CONTRIBUTIONS DE:

J.-M. Berrier, F. Bridgman, L. Cabanel,
B. Charbouillot-Mangin, J. Cosnier, C. Guilton,
S. Hefez, C. Heim, O. Khelifa, L. Lamantowicz,
P. Lebbe-Berrier, M. Le Fevere de Ten Hove, R. Pauzé,
G. Peroni, G. Platteau, M.-F. Poulain, O. Real del Sarte,
F. Rey, Y. Rey, F. Robert, F. Saint-Pierre, H. Schrod, Ph. Taufour,
C. Vander Borgh, B. Waternaux

m+h



Vol. XVII — 1996 — No 2

Comité scientifique: C. BRODEUR, Montréal – M. DEMANGEAT, Bordeaux – A. DESTANDEAU, Menton – J. DUSS von WERDT, Zurich – J. KELLERHALS, Genève – S. LEBOVICI, Paris – J.-G. LEMAIRE, Versailles – A. MENTHONNEX, Genève – † R. MUCCHIELLI, Villefranche/Mer – Y. PELICIER, Paris – R.P. PERRONE, St-Etienne – F.X. PINA PRATA, Lisbonne – † J. RUDRAUF, Paris – J. SUTTER, Marseille – M. WAJEMAN, Paris – P. WATZLAWICK, Palo Alto.

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 de lecture: Ph. CAILLE, Oslo – M. ELKAIM, Bruxelles – P. FONTAINE, Leuven – E. GOLDBETER, Bruxelles – C. GUITTON, Villejuif – L. KAUFMANN, Prilly – R. NEUBURGER, Paris – G. PRATA, Milano – J.C. PRUD'HOMME, Québec – C. ROJERO, Madrid – E. ROMANO, Paris – P. de SAINT-GEORGES, Namur – P. SEGOND, Paris – F. TULKENS, Bruxelles.

Rédaction: Prière d'adresser la correspondance à:
Dr Daniel Masson
Centre de traitement psychiatrique de jour
Rte du Signal 25
CH-1018 Lausanne
Fax: (021) 312 29 82

Secrétaire de rédaction: Y. Birker Chavanne, CH-1225 Chêne-Bourg

Recension de livre: B. WATERNAUX, Paris

Administration et abonnements: Editions Médecine et Hygiène
Case postale 456
CH-1211 Genève 4
Tél. (022) 702 93 11 – Fax (022) 702 93 55

Paiements aux Editions Médecine et Hygiène:

- Compte de chèques postaux: 12-8677-8, Genève.
- Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6,
- Compte N° C2-622.803.0
- 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 ou bancaires établis à l'ordre de la Banque Société Générale, libellés en francs français. N° compte: 000 2 801045 6

Prix de l'abonnement annuel:

Abonnements individuels:

FS 67.– FF 290.– FB 1720.–

Bibliothèques et abonnements institutionnels:

FS 138.– FF 600.– FB 3540.–

Prix au numéro: FS 35.–

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 1996 by Thérapie Familiale, Genève, Switzerland. Edité en Suisse

ISSN 0250-4952

Revue trimestrielle, paraît quatre fois par an

PRÉSENTATION

Avec cette livraison nous poursuivons la publication des contributions présentées aux 8^{es} Journées Francophones de Thérapie Familiale Systémique de Lyon en septembre 1995 dont les textes sont parvenus à la rédaction. Pour des raisons rédactionnelles quelques contributions sont encore en souffrance. Elles trouveront leur place dans les prochains numéros de la revue avec d'autres articles retenus par la rédaction. La revue trouvera ainsi dès la prochaine parution son rythme de croisière habituel.

Ce numéro s'ouvre sur un nouveau concept qui vient enrichir le champ des applications systémiques. Il s'agit des sciences du danger – les Cindyniques. **Catherine Guitton**, membre du groupe qui travaille à ce concept, nous introduits à ce nouveau champ de l'analyse systémique. Il permet d'élargir l'analyse et l'appréhension des situations de crise – notamment celle du lien social – et intéresse de près tout ceux qui se préoccupent de la prévention. Un excellent outil pour travailler dans la complexité.

C'est d'empathie, phénomène de partage entre le cognitif et l'affectif, dont il est question dans la contribution de **Jacques Cosnier**, **Françoise Rey** et **Françoise Robert**. Les auteurs proposent un protocole d'expérience et, j'ajouterai, utile dans toute formation, dont l'objectif est de sensibiliser et d'affiner notre perception des processus interactionnels. Il s'agit non seulement d'échanger des informations mais aussi de saisir les représentations et les affects que toute communication fait partager.

Christine Vander Borgh nous parle également de formation. Elle aborde la question de la construction de nos savoirs et des différents contextes où s'élaborent et s'acquièrent ces savoirs. Elle différencie le contexte de formation de celui de l'apprentissage et de l'enseignement. Toute formation et tout enseignement devraient aussi tenir compte des enjeux socioprofessionnels et des possibilités concrètes de pratiquer la formation reçue.

Ce dernier point concerne aussi l'une des préoccupations de **Charles Heim**. Former qui? Travaillant dans quel contexte? Que transmettre et comment? Pour quels types d'interventions? Avec la touche de pragmatisme qui caractérise la formation pratiquée aux centres «LA DURANCE» et «RESCIF», il répond en collaboration avec **Micheline Christen**, **Francine Frie** et **Michel Silvestre** à ces diverses questions.

Le déni social face au SIDA engendre silence et solitude avec tout le poids que cela comporte pour les sujets qui en sont atteints. Il a incité nombre de mouvements associatifs à vouloir briser ce silence. Ce déni social peut se doubler pour certaines familles d'un déni familial. La collusion entre ces deux dénis rend particulièrement difficile l'approche thérapeutique des familles dont un membre est atteint par le virus HIV. **Serge Hefez** nous décrit ces difficultés et leur impact sur le thérapeute.

Olivier Real del Sarte discute d'une recherche conduite auprès de familles bouleversées par l'apparition d'une maladie cancéreuse chez l'un de leurs enfants adolescent ou jeune adulte. Il présente un test, le FAST, qui permet de saisir et de décrire les modifications survenues avec l'intrusion de cette maladie dans la dynamique familiale. Leur compréhension s'avère utile pour le travail auprès de ces patients et de leur famille tant pour le « psy » que pour l'oncologue en charge du traitement.

Robert Pauzé, Brigitte Charbouillot-Mangin, Frédérique Saint-Pierre nous brossent un tableau de l'anorexie mentale dans ses dimensions épidémiologique, biologique, psychologique, familiale et sociale. S'appuyant sur les modèles biopsychosocial, cybernétique et celui des jeux familiaux, il retrace les phases de l'évolution clinique et présente un modèle multifactoriel de l'anorexie mentale dont il discute les implications thérapeutiques.

La notion de couple a subi de profondes modifications sociologiques qui ne sont pas sans effets sur la manière de se percevoir et de se vivre en couple. Et si en thérapie l'on parle toujours de couples ou de famille, constate **Yveline Rey**, l'on peut s'interroger sur les effets que produisent sur la famille les conjoints qui occultent leur lien de couple ou ceux qui, au contraire, le magnifient au point d'occuper toute la scène familiale.

Il n'y a pas seulement des familles recomposées mais aussi des couples recomposés. Comment se construit l'identité de ce nouveau couple par rapport au passé, par rapport au présent, face à un entourage qui forcément aussi se recompose. Ce sont ces questions qu'aborde **Hannelore Schrod**.

Philippe Taufour évoque l'emprise, la fascination médusante dit-il, qu'exercent sur lui les couples pétrifiés, figés dans l'impossibilité de modifier de quelque façon leur relation. Tel Persée qui affronte la Méduse grâce au reflet renvoyé par le bouclier offert par Athéna, il s'agit pour l'auteur de recourir aux objets flottants pour échapper à cette fascination paralysante.

Frédéric Bridgman présente un intéressant point de vue. Il pose comme fondement de la différenciation l'obligation pour l'enfant de décoder les paradoxes inévitables, et en fait monnaie courante dans les communications au sein de la triade père-mère-enfant. Des ajustements réciproques dans ces échanges génèrent un processus coévolutif. Dans certaines familles le processus de différenciation est bloqué. Bridgman décrit les modes d'intervention qu'il a développés avec de telles familles.

La révélation de l'inceste est le point de départ d'une recherche et d'un travail de réflexion approfondi sur la dynamique des familles incestueuses et sur la manière de les aborder. C'est cette recherche que nous présente en première partie **Paule Lebbe-Berrier**. En deuxième partie, avec **Odile Khelifa** et **Jean-Marie Berrier**, elle décrit trois modèles d'intervention pratiqués à l'A.R.E.T.A.F. de Reims et conçus en fonction du contexte de la révélation de l'abus.

Précarité et exclusion forment le thème de la contribution de **Geneviève Platteau**. Elle en analyse les effets sur la dynamique familiale et sur le fonctionnement psychique des membres de la famille. Elle relève les difficultés de différenciation, les problèmes au niveau de la symbolisation ainsi qu'au niveau cognitif que rencontrent ces familles.

Comment les « psy » systémiciens vivent-ils, survivent-ils en institution? Avec une touche d'humour **Brigitte Waternaux** nous parle de chaos – de la théorie et de

l'institution – et d'étranges attracteurs qui font la différence et permettent la coévolution « institutionnelle ».

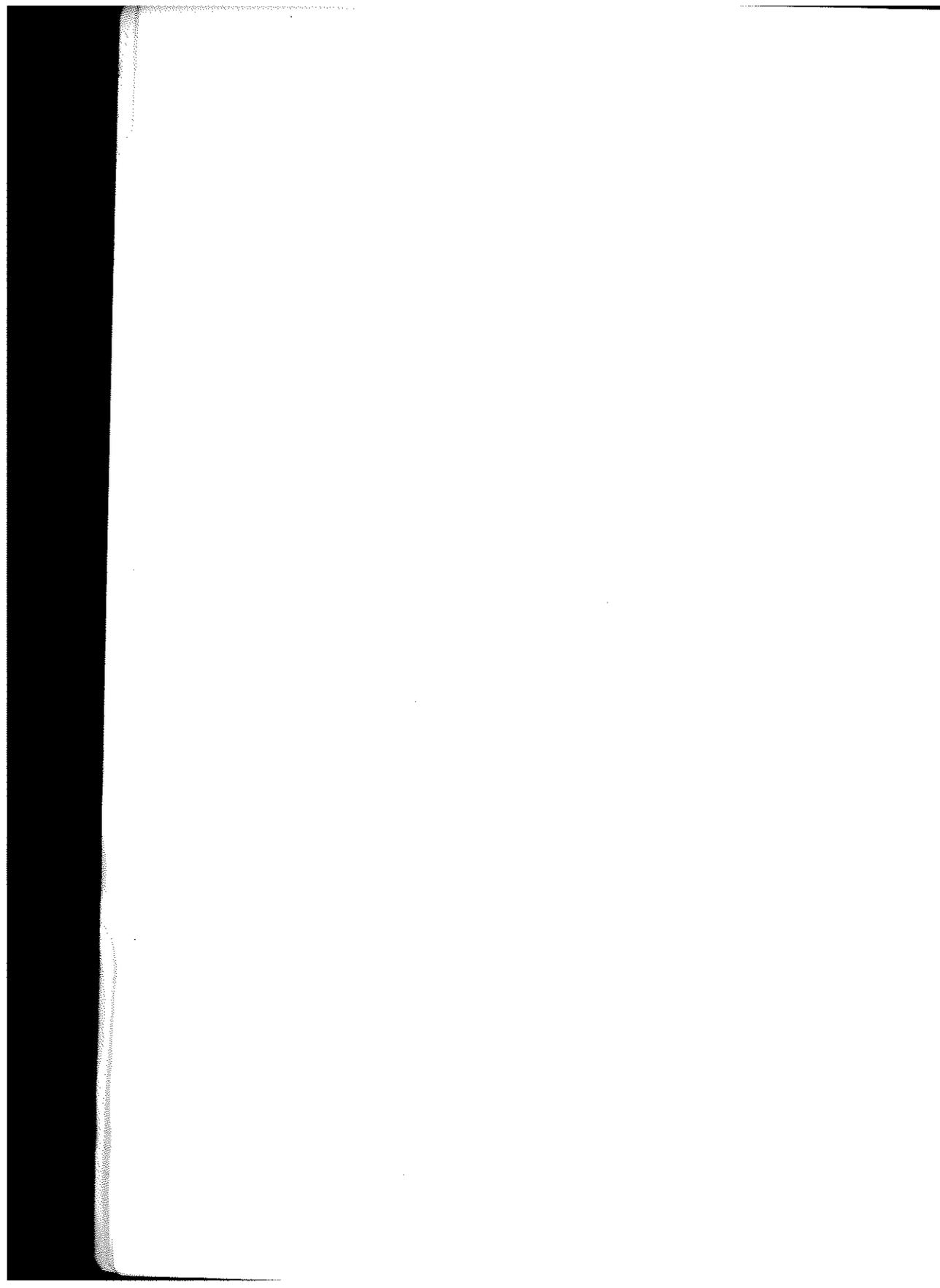
Gianella Peroni relate son activité de « systémicienne » dans une institution s'occupant de jeunes psychotiques dont les familles sont des familles à multiproblèmes, multitraitées et vivant dans la précarité. Il s'agit d'un travail dans un centre de jour, institution où règne une conception « multifactorielle » mais linéaire des troubles mentaux partagée par les différents intervenants. Elle nous fait part de ses interrogations et des difficultés rencontrées dans ce contexte.

Tout thérapeute institutionnel connaît l'indissociable couple dialectique que représente le contrôle – pôle homéostatique de non-changement – et la thérapie – pôle de changement souhaité impliquant créativité et acceptation de l'imprévu de la part du thérapeute mais aussi de l'institution. L'expérience que rapportent **Brigitte Wateriaux, M.-F. Poulain, L. Lamantowicz** et **L. Cabanel** montre par quel processus les auteurs parviennent à augmenter les chances du changement.

La thérapie systémique brève pratiquée à l'Institut Korzybski est empreinte d'un réalisme dont on sent qu'il respecte profondément la personne du client. **Myriam Le Fevere de Ten Hove**, tout en se focalisant sur le phénomène dit de la résistance, nous présente quelques aspects caractéristiques de cette approche thérapeutique.

D.M.

Dans le numéro précédent, plusieurs erreurs et coquilles se sont produites à la première page du texte d'Odette Masson. Nous lui adressons ici nos vives excuses. Vous trouverez dans ce fascicule un encart rectificatif à glisser ou coller à la page 31 du N° 1/96.



CRISE ET CATASTROPHE: LE CONCEPT D'HYPERESPACE DU DANGER SELON G.Y. KERVERN

Catherine GUITTON

Résumé: *Crise et catastrophe: le concept d'hyperespace du danger selon G.Y. Kervern.* – Les conceptions de la notion de crise évoluent avec le temps et l'avancée des autres disciplines.

Actuellement il existe un nouveau courant d'application pragmatique des théories systémiques qui touche le monde de l'entreprise et qui essaie d'étudier les situations de risque et de danger, ce qui rejoint nos préoccupations.

Ce courant a donné naissance aux Sciences du danger, les Cindyniques, et à l'aide de ses outils conceptuels, dont le concept « d'Hyperespace du danger » inventé par G.Y. Kervern, nous pouvons revisiter alors avec intérêt, les différentes dynamiques des organisations en crise en mettant en évidence les influences complexes des structures en réseaux, des mécanismes d'évitement et des synergies catastrophiques.

Summary: *«Risk and disaster: HyperEspace of Danger» by G.Y. Kervern.* – A new stream of pragmatic appliances in systemic theories is now appearing in the world of business, through the study of dangerous and at risk situations.

Crisis is classically described as a state of intense instability. For organisations, as well as for families, crisis is spreading on four levels: information, time, cognition and decision. The crisis situation leads to a profound desorganisation and, in extreme case, chaos.

For G.Y. Kervern, crisis is the desorganisation of actors' network, whose remedy is the urgent organisation of new networks.

As families, organisations work at a mythic level but when the mythic level is based on avoidance, this makes the organisation highly vulnerable. Families or organisations will fall into chaos when a patiently built up avoidance structure breaks.

The «hyperspace of danger» is the basic concept of the Cindyniques created by G.Y. Kervern. He describes five axis to which are related the parameters emerging from an existential crisis. A cindynic situation is delineated by a group of networks, each belonging to an hyperspace of danger, and one another connected in a limited space and in a definite period of time.

The extension of the crisis notion is the mirror of the extensive consciousness of the systemic vision in various areas of contemporary life.

Mots-clés: Crise – Instabilité – Urgence – Evitement – Réseaux – Hyperespace du danger – Cindynique.

Key words: Crisis – Instability – Emergency – Networks – Hyperspace for danger – Cindynic approach – Avoidance.

Au cours de ces ateliers, je souhaiterais reprendre les notions de crise car elles sont essentielles dans l'approche systémique mais leurs conceptions évoluent avec le temps et l'avancée des autres disciplines. Actuellement, il existe un nouveau courant d'application pragmatique des théories systémiques, qui touche le monde de

l'entreprise et qui essaye d'étudier les situations de risques et de danger, ce qui rejoint nos préoccupations. Cette recherche, née en 1988, a démarré après quelques grandes catastrophes écologiques et technologiques majeures, et elle regroupe des gens d'horizons divers (entreprises, assurances, politiques). Ainsi leurs travaux ont fondé les «cindyniques» (de *kindunos*, le danger en grec), c'est-à-dire les sciences du risque. Elles utilisent aussi la notion de crise et l'explicitent de façon intéressante pour nous. C'est pourquoi, je vais essayer de vous les présenter après un rapide rappel des principales définitions utilisées en systémique.

On dit souvent «que la crise est ce qui précède le changement» (Héraclite). C'est donc un état d'instabilité intense qui marque une *désorganisation simultanée de plusieurs niveaux* logiques différents. Pour J.L. Lemoigne (11), «cette attaque de l'organisation» est la résultante d'une perturbation qui se joue :

- au niveau informationnel : les circuits de transmission des informations ne sont plus respectés et le système se charge de désordre ;
- au niveau temporel : le système prend du retard dans son fonctionnement interne et dans sa productivité : toutes les dynamiques de ses interactions sont touchées ;
- au niveau cognitif : les acteurs de l'organisation sont dans la confusion et dans l'incapacité d'avoir une bonne représentation des réalités en jeu. Il y a là une attaque de leurs processus mentaux ;
- au niveau décisionnel : les processus de décision et les décideurs sont concernés par toutes ces perturbations et sont entretenus dans l'impossibilité d'agir dans les temps et les lieux adéquats.

Cet état amène une profonde désorganisation, voire le chaos, et son évolution devient imprévisible. Soit les choses se remettent en ordre et l'organisation trouve elle-même ses solutions créatives d'adaptation. Soit le système disparaît et sombre dans la catastrophe : les changements apparaissent comme irréversibles et destructeurs. Soit, classiquement pour nous, thérapeutes familiaux, apparaît à ce moment-là, un patient désigné chargé de manifester le malaise général et de provoquer le système familial à faire appel à un tiers extérieur. Il permet une sorte de temporisation devant l'ensemble des problèmes.

Ces images nous amènent à proposer ici la définition de P. Lagadec, auteur du livre «La civilisation du risque» (10) qui dit : «*La crise c'est l'urgence plus la déstabilisation.*» Il attire l'attention sur la notion de vitesse dans l'enchaînement des interactions, et sur la nécessité incontournable de prendre des décisions dans un contexte mal maîtrisé. Dans un moment d'accélération imprévue et imprévisible des événements, ce qui fait la prise de risques, c'est l'obligation de choisir quand même des issues et des solutions dont on ne peut anticiper calmement les conséquences systémiques.

Il y a là un trouble de l'anticipation sur lequel nous reviendrons plus loin.

Pour G.Y. Kervern, le théoricien fondateur des Cindyniques (8), la crise touche aussi et de façon implicite, l'ensemble des réseaux qui entourent l'organisation. Pour lui «la crise est une désorganisation des réseaux d'acteurs dont *l'antidote est l'organisation d'urgence de nouveaux réseaux d'acteurs*». Il insiste ainsi sur l'aspect «diffusion en chaîne des problématiques» et sur ce qu'il appelle «l'effet Roquéplo».

Roquéplo décrit, à propos de systèmes technologiques, des courants électriques vagabonds qui diffusent dans les circuits voisins, par effet de proximité, et qui détériorent les soudures, les matériaux et les constructions métalliques, etc. de façon imprévisible et non maîtrisée. Cet effet de *toxicité de voisinage* peut tout à fait s'appliquer aux réseaux humains: on retrouve toujours autour des familles en crise des collatéraux ou des proches atteints par les effets indirects de la désorganisation momentanée de la famille. Ils en souffrent et ils se sentent engagés envers la famille. Il n'est pas rare d'ailleurs qu'ils se proposent spontanément pour collaborer avec les thérapeutes.

Pratiquement, ce qu'on retrouve en convoquant dans un nouveau contexte l'ensemble des réseaux en jeu, c'est la *connexion entre divers fragments d'informations* stockées de façon morcelée. Chaque acteur connaît des bouts d'une histoire ou d'une réalité concernant la crise familiale et son émergence, et le fait de les confronter tous ensemble, permet le retour d'une intelligibilité et d'une cohérence inattendue. Alors se remettent en route les processus individuels autant que collectifs d'élaboration, de représentation, de symbolisation et de décision.

La prise en compte du morcellement de l'information avec ses fonctionnements récurrents que sont les non-dits, les dénis, les secrets, et le clivage dans la communication, est un élément central dans la notion de crise et dans la compréhension de son déroulement. On rejoint par là le *concept de l'évitement et de sa dynamique*, tel que l'a décrit Paul Mayer dans le cahier 10 du CRG (12): «Pour une théorie des organisations en crise.»

Cet auteur distingue plusieurs degrés dans la dynamique de la crise. Avant de sombrer dans la catastrophe, une organisation dispose de plusieurs alternatives. Mais ce qui la fait chavirer dans le chaos c'est la rupture de sa structure de base, fondatrice de sa cohérence implicitement, lorsque celle-ci est construite sur l'évitement.

Pour lui, il existe au départ une cause conjecturale, liée à une modification des échanges entre l'organisation et l'extérieur. Cette cause conjecturale est l'événement déclencheur de la crise: elle oblige l'organisation à faire face à des réalités non perçues jusqu'alors.

Dans un second temps, soit l'entreprise s'adapte sans éviter la remise en cause, soit elle continue à fonctionner de façon partielle et la gestion de cet incident s'avère inappropriée: elle induit alors une crise sociale dans l'entreprise (relationnelle humaine) et finit par faire éclater les protocoles d'auto-régulation. Se trouve concerné alors ce que nous appellerions en tant que thérapeutes familiaux le niveau mythique de l'organisation, celui qui n'est jamais explicité mais qui est partagé par tous les acteurs du système car il fonde l'appartenance à ce système.

Comme les familles, les organisations fonctionnent avec un *niveau mythique* et reposent sur l'adhésion de leurs membres à la culture qui en découle. Chaque organisation a ses spécificités. Mais il existe un cas particulier qui rend l'organisation très vulnérable (ou bien qui est la conséquence de la vulnérabilité de l'organisation): c'est *lorsque ce niveau mythique est structuré sur l'évitement*. Impensé mais faisant fonction d'autorité pour l'ensemble des acteurs de l'organisation, il entraîne tout le système vers une inexorable catastrophe lorsque celui-ci se trouve dans l'obligation de s'adapter.

Nous ne reviendrons pas dans cet article sur l'analyse des processus d'évitement individuels et leurs origines psychologiques. Il est vrai que cette notion nous renvoie

chacun aux définitions du refoulement, de l'aveuglement, du déni, du clivage, etc. Nous ne garderons dans cet article que la valeur dynamique et pragmatique de ce phénomène signifiée par le terme d'évitement mais nous renvoyons les lecteurs aux auteurs traditionnels.

Donc, *l'emballlement de la dynamique de crise finit* par concerner également ce niveau d'évitement, dans un moment à haut risque, et aboutit à sa rupture violente ce qui laisse en suspens, déstabilisés dans une accélération tragique, les décideurs et les acteurs du système. C'est là qu'arrive la catastrophe tant redoutée avec son cortège de complications irréversibles: car en effet l'organisation est confrontée de plein fouet, avec son point aveugle, à savoir son impuissance à anticiper des solutions nouvelles. *Du fait de la rigidité institutionnelle* (dérivée des mécanismes dus à la structure d'évitement), *il existe des troubles de la communication et de la pensée donc de l'anticipation.*

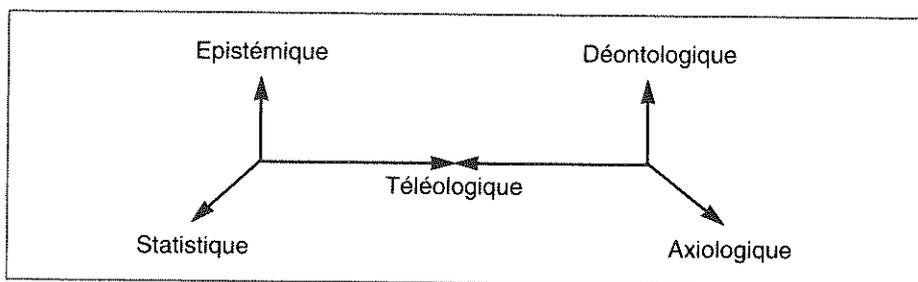
Ainsi donc, pour P. Mayer, ce qui précipite une organisation ou une famille dans le chaos et la catastrophe, c'est la rupture d'une structure d'évitement patiemment mise en place et respectée par chacun des membres du système...

Cet aspect de la crise systémique familiale se vérifie dans les faits cliniques de façon régulière également: beaucoup de séances de thérapie familiale permettent que soient révélés des secrets, des non-dits, etc. et que soient levées des ambiguïtés et des incohérences dans les communications.

Conclusion: le concept d'Hyperespace du danger

Pour finir, nous expliquerons ici un concept fondamental des Cindyniques, créés par G.Y. Kervern (8) qui est celui d'Hyperespace du danger.

En reprenant tous les constats de toutes les analyses des experts à la suite de plusieurs grandes catastrophes technologiques et écologiques (Amococadiz, Tchernobyl, Seveso, ...), G.Y. Kervern a réussi à lister et à classer toutes les causes responsables de la survenue de la catastrophe étudiée. Il a été très surpris de s'apercevoir que les causes techniques n'étaient pas les plus incriminées mais que les raisons d'ordre sociologique, relationnel, déontologique et subjectif avaient une importance majeure. Il a réussi à formaliser sur un même graphisme l'ensemble de ces raisons en respectant leur différence de nature et de niveau logique et en mettant en évidence leurs liens interactifs simultanés.



Il distingue cinq axes sur lesquels se raccrochent les paramètres intervenants dans l'émergence d'une crise existentielle.

Nous interpréterons ce schéma de la façon suivante pour le rendre plus facile d'accès au niveau des analogies possibles avec la thérapie familiale :

- L'axe dit axiologique : il correspond aux valeurs et aux mythes choisis et respectés par la famille (ou l'entreprise).
- L'axe dit épistémique : il correspond aux modèles en vigueur dans le système.
- L'axe dit statistique ou mnésique : il regroupe les expériences passées et les mémoires (dans ce qu'il en reste de leur transmission intergénérationnelle).
- L'axe dit déontologique : il concerne les règlements qui gèrent les actions et définissent les responsabilités à l'intérieur et à l'extérieur du système.
- L'axe téléologique : c'est l'axe des finalités du système.

Ainsi une situation cindynique est définie par :

- un ensemble de réseaux possédant chacun un Hyperespace du danger en interaction les uns avec les autres :
 - dans un espace limité ;
 - dans une portion de temps connue.

Cette situation développe des risques en fonction des défaillances qui existent dans les espaces des différents Hyperespaces (selon les axes) et crée des symptômes en rapport avec ces Déficit.

A partir des axes, de leur description et de leur analyse, G.Y. Kervern met à jour toute une nouvelle sémiologie des réseaux. Il définit des symptômes qui touchent séparément les divers axes (ou espace) de l'Hyperespace, puis des syndromes. Ils peuvent être reclassés en trois groupes, dégagés par une recherche empirique :

- les Déficit systémiques cindynogènes culturels (DSC culturels),
- les Déficit systémiques cindynogènes organisationnels (DSC organisationnels),
- les Déficit systémiques cindynogènes managériaux (DSC managériaux).

Une approche théorique des défauts ou défaillances des cinq espaces de l'Hyperespace du danger permet de mettre en évidence des lacunes, des disjonctions, des dégénérescences et des blocages. Ils influencent la morphologie de la crise et nécessitent des traitements différents.

Nous renvoyons maintenant le lecteur aux œuvres des cindyniciens et plus particulièrement aux travaux de G.Y. Kervern.

Il est clair, après tout ce détour, que l'extension de la notion de crise est en miroir de l'extension de la prise de conscience de son aspect systémique dans différents domaines : crise planétaire, crise mondiale, crise de notre écosystème... Crise de notre culture, crise de la famille, crise de la démocratie ? Certainement crise des objectifs et malaises sur « l'axe des finalités » !

« *Carpe diem* » « ne dure qu'un instant », comme dit la chanson, et il faut à la vie, pour durer, des raisons plus transcendantes ou plus tenaces...

C'est bien là aussi le sens des orientations données à ce congrès par les organisateurs sous le titre «Crise du lien social et crise du lien familial: quelles interactions?»

En même temps, tout ceci nous conduit à nous sentir encore davantage concernés en tant qu'acteur, constructeur et défenseur de notre propre monde, donc en tant que citoyen.

Catherine Guitton
Psychiatre des hôpitaux
127, avenue Jean-Baptiste-Clément
F-92100 Boulogne

BIBLIOGRAPHIE

1. Ausloos G. (1992): « Temps et systémique », *Thérapie Familiale*, 3, 221-226.
2. Benoît J.C. (1992): *Patients, familles et soignants*. ERES, coll. Relations, Genève.
3. Benoît J.C., Malarewicz J.A. et coll (1988): *Dictionnaire clinique des thérapies familiales*. ESF, Paris.
4. Goutal M. (1987): *Du fantasme au système*. ESF, Paris.
5. Guitton C. (1988): « Tentative de suicide, manipulation du contexte et dialectique du Dénier en thérapie familiale systémique », *Thérapie Familiale*, 2, 155-171.
6. Guitton C. (1988): *Instant et processus*. ESF, Paris.
7. Guitton C., Kervern G.Y., Monroy M., Fournier A. (1996): *Le risque psychique majeur*. Economica, Paris.
8. Kervern G.Y. (1995): *Eléments fondamentaux des cindyniques*. Economica, Paris.
9. Kervern G.Y., Rubise P. (1991): *L'archipel du danger*, Economica, Paris.
10. Lagadec P. (1981): *La civilisation du risque*. Le Seuil, Paris.
11. Le Moigne J.L. (1990): *La modélisation des systèmes complexes*. Dunod, Paris.
12. Mayer P. (1993): *Pour une théorie des organisations en crise*. CRG, Cahier n° 10, Paris, Ecole Polytechnique.

LE CORPS, LES AFFECTS ET LA RELATION À L'AUTRE

Jacques COSNIER¹, Françoise REY², Françoise ROBERT³

Résumé: *Le corps, les affects et la relation à l'autre.* – Présentation d'un atelier de formation centré sur la régulation des mécanismes d'interaction et sur la place du processus d'empathie dans ces processus.

Summary: *Body, affects and relationship.* – Presentation of a training-session centered on the regulating mechanisms of face to face interaction and more specially on the underlying empathic process.

Mots-clés: Empathie – Affects – Interaction – Formation.

Key words: Empathy – Affects – Interaction – Training.

Nous présentons dans ce qui suit l'argument d'un « atelier » et un exemple de protocole de sa réalisation. Généralement cet atelier est inclus dans un ensemble destiné à la sensibilisation aux problèmes de communication interindividuelle, mais il peut aussi être réalisé de façon autonome comme ce fut le cas lors du 8^e Colloque de Thérapie Systémique de Lyon en septembre 1995.

Introduction

Les pratiques communicatives de la vie quotidienne sont devenues au cours de ces dernières années un thème de recherche très répandu, particulièrement chez les sociologues et les linguistes (sociolinguistique interactionniste, pragmatique linguistique, ethnométhodologie, analyse conversationnelle). Beaucoup de ces travaux sont spécialement consacrés à la « conversation » qui constitue une sorte de prototype dont on peut faire dériver toutes les autres situations d'interactions « duelles », ou « dyadiques » ou encore de « face à face ». Dans cette perspective, les situations d'entretiens cliniques et/ou psychothérapeutiques ne sont que des cas particuliers parmi beaucoup d'autres.

¹ GRIC, Université Lumière, Case 11, F-69676 Bron.

² Hôpital Saint-Jean de Dieu, 290, Route de Vienne, F-69008 Lyon.

³ Centre Bourjade, 51, rue du 4-Août, F-69100 Villeurbanne.

Cependant si l'originalité de ces travaux réside dans l'attention portée au phénomène de l'«inter», longtemps négligé au profit de l'«intra», il arrive un moment où l'*inter-actionnel* ne peut éviter de poser la question de l'*inter-subjectif*.

Nos précédentes études (Cosnier, 1989, 1991) ont montré que, durant l'interaction, l'émetteur-parleur se posait quatre questions :

1. Est-ce qu'on m'entend ?
2. Est-ce qu'on m'écoute ?
3. Est-ce qu'on me comprend ?
4. Qu'est-ce qu'on en pense ? (incluant : quels sont les affects de mon partenaire ?)

Le receveur, pour sa part se poserait trois questions :

1. Qu'est-ce qu'il dit ?
2. Qu'est-ce qu'il fait ?
3. Qu'est-ce qu'il pense (incluant : quels sont ses affects ?)

On remarque que la 4^e question du parleur et la 3^e question du récepteur sont similaires et essentielles au bon déroulement de l'interaction. Tout processus d'interaction conversationnelle nécessite la mise en jeu d'*inférences empathiques*, ou pour utiliser le jargon néo-cognitivistique, de «*théories de l'esprit*» (chaque interlocuteur doit «théoriser» peu ou prou ce qui se passe dans l'«esprit» de son partenaire). Pour notre part nous continuerons à utiliser le terme d'*empathie* qui nous semble en tant que «*Psy*» mieux correspondre à la complexité du *phénomène de partage* à la fois cognitif et affectif que les termes de «théorie» et d'«esprit»; ces derniers paraissent essentiellement cognitifs et donc trop réducteurs pour notre propos justement focalisé plus particulièrement sur le corps et l'affect.

Quelques aspects du processus interactionnel

Il est couramment admis que les objectifs de l'interaction sont la transmission ou plutôt l'échange d'informations. Mais il semble important de considérer que cet échange a pour objectif sous-jacent, explicite ou implicite, de permettre un partage de représentations, d'affects et d'actions; l'échange est le plus souvent au service du partage. C'est cet aspect de partage que nous appelons **empathie**.

On peut distinguer (schématiquement) trois sortes d'empathie :

1. **Empathie de représentations**: Communauté de représentations imagées et conceptuelles à la base de l'intercompréhension.
2. **Empathie d'affect**: Communauté d'affects à la base de la contagion émotionnelle.
3. **Empathie d'action**: Echoïsation mimo-gestuelle et coordination de l'action.

D'autre part, il est habituel de distinguer deux voies qui concourent à l'accomplissement du processus interactionnel :

1. La chaîne discursive, plus particulièrement VERBALE, dont on souligne surtout la dimension informative.
2. Le dispositif de coordination ou de «copilotage» (ouverture-clôture/tour de parole/maintenance) qui est à prédominance NON-VERBALE, i.e. vocale, kinésique et mimogestuelle et qui est prédisposé à l'expression émotionnelle.
3. A ces deux voies aujourd'hui classiques, nous en ajoutons une troisième: la voie *emphatique* qui utilise directement par des processus d'échoïsation-identification ce que nous avons été amenés à appeler l'«*analyseur corporel*».

Questions

A partir des prémices précédentes, l'atelier de «formation-recherche» que nous proposons est conçu pour aborder les questions suivantes, à priori importantes pour tout clinicien:

1. Quel rôle jouent les émotions dans l'interaction conversationnelle?
2. Comment le conversant tient-il compte des éléments émotionnels d'une conversation?
3. Comment les affects participent-ils à l'activité de co-pilotage de l'interaction?
4. Quel rôle joue l'empathie dans la compréhension et la régulation conversationnelles?

Méthode d'approche

L'atelier est ainsi centré sur les moyens qu'utilise le conversant pour gérer les facteurs affectifs de l'interaction, sur la façon dont les affects participent à l'activité de **co-pilotage** de l'interaction et sur le rôle que joue le corps (**l'analyseur corporel**) dans le déroulement du **processus empathique**.

Pour ce faire, une série d'exercices est proposée qui se déroule en deux périodes.

Dans la première les participants vivent une série de situations d'interaction, qui leur donne matière à confronter leurs expériences personnelles de ces situations avec celles d'autrui. Cette première période est destinée à la fois à l'échauffement et à l'exploration de l'importance de la multicanalité dans l'interaction de face à face.

La seconde période est consacrée à l'enregistrement extemporané d'une interaction conversationnelle dont l'étude microanalytique se fait «à chaud» sur le document vidéo ainsi produit.

Nous donnerons ci-dessous un **exemple de protocole** utilisé pour un atelier de trois heures.

Après la présentation mutuelle et rapide des animateurs (si nécessaire) l'un d'eux fait l'annonce suivante: «*Nous allons travailler sur la place du corps et des affects dans la relation à l'autre; pour commencer chacun doit trouver son autre. Pour cela mettons-nous en cercle... Chacun doit recruter un partenaire, sans se déplacer*

et sans parler, donc en utilisant uniquement le regard et l'expression faciale et corporelle.»

Après la formation des couples et les commentaires sur les problèmes éprouvés, on passe à l'**exercice 1**. (Les couples sont placés en face à face, assis, à une distance qu'ils choisissent comme agréable pour converser.)

Consigne 1: *«Réfléchissez pour trouver chacun une courte histoire à raconter à votre partenaire.»* Après 3 à 4 minutes:

«L'un de vous va raconter son histoire à l'autre. Mais sans bouger. Vous devez vous efforcer de parler sans bouger les mains, le buste, sans mimiques. Seuls les organes phonatoires seront en action. Par contre celui qui écoute se conduira normalement.»

Après 5 minutes, les rôles sont échangés.

Exercice 2. (Après changement de partenaires).

«Maintenant le conteur peut bouger normalement mais c'est l'écouteur qui restera immobile.» (On peut lui demander de fermer les yeux, mais l'exercice est plus démonstratif si l'on a prévu des masques blancs.)

Après 5 minutes, les rôles sont échangés.

Exercice 3. *«Maintenant vous allez de nouveau raconter une histoire mais chacun, parleur comme écouteur, fermera les yeux. Par contre vous vous tiendrez les mains.»*

Exercice 4. (Facultatif): après avoir reformé des couples.

«Maintenant chacun va de nouveau raconter une histoire, mais en même temps que son partenaire. Attention il faut raconter une histoire, mais aussi écouter ce que dit l'autre de façon à être capable de le raconter à son tour.»

Chaque exercice est suivi de commentaires. D'une manière générale, l'exercice 1 (parleur immobile) met en évidence le rôle facilitateur du geste et pour la plupart des participants la quasi-impossibilité d'observer vraiment la consigne. L'exercice 2 (écouteur immobile) fait apparaître l'importance des activités de pilotage du receveur, l'exercice 3 (les mains tenues), les suppléances des canaux régulateurs, mais aussi parfois les difficultés d'un trop grand rapproché corporel. Enfin l'exercice 4 prouve que l'existence du dispositif des tours de parole est essentiellement causé par des nécessités cognitives.

Au total les exercices de cette première partie mettent en évidence les principaux paramètres qui assurent la régulation de l'interaction grâce à un échange de signaux et soulignent l'importance du corps et du non-verbal.

La **deuxième partie** commence par une annonce:

«Pour préciser la place du corps dans l'interaction et en particulier les processus d'accordage et d'inférence (4^e question du parleur et 3^e question de l'écouteur) un couple de volontaires va discuter devant nous, et pour étudier plus objectivement les phénomènes nous en ferons un enregistrement vidéo.» Le thème de la discussion est

librement choisi mais on s'efforcera d'éviter des sujets peu motivants ou trop intellectualisables. Pour cela il est bon que le couple s'isole quelques minutes avec un des animateurs. Pendant ce temps on prépare le groupe: *«Nous allons donc assister à une discussion, chacun de nous observera ce qui se passe en choisissant particulièrement un des deux acteurs et en s'efforçant d'inférer sur ses mouvements affectifs et cognitifs.»*

Suit l'enregistrement de l'interaction.

Quand la discussion (limitée à environ cinq minutes) est achevée, on passe à son visionnement en différé.

«Nous allons revoir l'enregistrement, mais dans un premier temps il sera soumis aux commentaires des acteurs qui pourront faire toutes les remarques qu'ils voudront sur leur propres affects et sur ce qu'ils pensaient des affects d'autrui. Il leur est possible et même conseillé de demander alors un arrêt sur image et éventuellement un retour en arrière.»

Après l'autospection différée, la discussion générale est ouverte et chacun est invité à faire ses commentaires, en particulier en comparant ses propres inférences à celles des protagonistes.

Ensuite s'engage un essai de bilan théorique à partir du matériel recueilli au cours de l'ensemble de l'atelier.

Conclusions (après les exercices et le travail sur vidéo)

Nous résumons les points principaux qui résultent de ce genre de pratique.

A. Les affects conversationnels sont de deux types

1. Les *affects toniques* sont des affects inscrits dans une certaine durée et perçus par le sujet aussi bien dans l'ici/maintenant de l'interaction que lors de l'autoscopie différée.

Par exemple, la gêne éprouvée par deux personnes inconnues entrant pour la première fois en interaction. Ou la gêne d'une personne qui se sait observée.

2. Les *affects phasiques* (dont la durée est brève) sont des affects syntones des mouvements ou des différents épisodes interactifs sans que le sujet en prenne nécessairement conscience sur le coup: mais ils peuvent être objectivés à l'aide de l'autoscopie différée. Il peut même arriver qu'un sujet déclare «à ce moment-là j'éprouvais tel sentiment mais je n'en avais pas conscience».

B. La communication affective s'effectue sur deux modes

1. *L'échange* qui se fait sur le modèle du codage-décodage de signaux plus ou moins conventionnalisés ou formalisés (par ex. le répertoire des mimiques faciales et des régulateurs: hochements, sourires, celui du répertoire prosodique, et bien sûr verbal). Dans cette dimension, se situent les systèmes de synchronie interactionnelle et de copilotage de l'interaction.

2. *Le partage* (résultat de la communication empathique) ne s'effectue pas uniquement à partir des échanges décrits ci-dessus mais par une assimilation des éléments perçus d'autrui comme si le récepteur en était le producteur (phénomènes d'échoïsation). Cette reproduction (souvent subliminaire) du modèle effecteur met le receveur dans un état corporel analogue à celui de l'émetteur.

Cet état d'identification corporelle transitoire sert d'inducteur d'éprouvés affectifs. *L'analyseur corporel* se sert donc de l'échoïsation pour identifier les affects d'autrui et, réciproquement, pour témoigner de sa compréhension de ces affects.

L'assimilation des indices perçus d'autrui et la reproduction corporelle du modèle effecteur sont deux opérations nécessaires pour empathiser, et situent l'empathie à la jonction du cognitif et de l'affectif.

Remarques en post-scriptum: Lors de l'atelier du 13 septembre 1995, le dispositif vidéo était inutilisable, tout s'est cependant déroulé de façon satisfaisante prouvant, s'il en était besoin, qu'il ne faut voir dans ce protocole qu'un schéma que chacun peut adapter selon les nécessités de la situation.

Cet atelier a d'autre part été fortement inspiré d'un travail de recherche sur l'empathie poursuivi par M.L. Brunel, professeur de Psychologie à l'Université du Québec à Montréal, et J. Cosnier.

BIBLIOGRAPHIE

- Bloch S. (1989): « Emotion ressentie, émotion recréée », *Sciences et vie*, 168, 75-88.
- Cosnier J. (1989): « Les tours de parole et le copilotage dans les interactions conversationnelles », in: Joseph (éd.), *Le parler frais d'Erving Goffman*, Minuit, Paris.
- Cosnier J. (1991): « Les gestes de la question », in: Kerbrat-Orecchioni C. (éd.), *La question*, Presses Universitaires de Lyon.
- Cosnier J. (1994): *Psychologie des émotions et des sentiments*, Retz, Paris.
- Cosnier J., Brunel M.L. (1994): *Empathy, micro-affects, and conversational interaction*, ISRE 94, Publications, Storrs, CT. USA.
- Hatfield E., Cacioppo J.T., Rapson R. (1994): *Emotional contagion*, Cambridge University Press, Cambridge, Maison des Sciences de l'Homme, Paris.
- Levenson R.W., Ekman P., Friesen W.V. (1990): « Voluntary facial action generates emotion-specific autonomic nervous system activity », *Psychophysiology*, 27, 363-384.
- Wallbott H.G. (1991): « Recognition of emotion from facial expression via imitation? Some indirect evidence of an old theory », *British Journal of Social Psychology*, 30, 207-219.

ÉLÉMENTS POUR UNE CONSTRUCTION DES SAVOIRS PROFESSIONNELS

Christine VANDER BORGHT*

Résumé: *Eléments pour une construction des savoirs professionnels.* – L'auteur s'intéresse à l'articulation de deux démarches de construction des savoirs professionnels: celle qui s'élabore sur les terrains et celle qui se fonde sur les savoirs «savants» et labellisés.

1. Le processus «former» se différencie des processus «enseigner» et «apprendre» entre autre parce que le niveau de motivation et d'implication y est très élevé étant donné la place et l'importance de la relation de formateur formé.
2. Les situations d'apprentissage doivent tenir compte du type de savoirs en jeu dans le champ de la thérapie familiale.
3. Tout processus de formation s'appuie sur un dispositif, participe à la constitution d'un corps de savoirs et contribue au travail d'élaboration des pratiques sociales.

Summary: *Elements for a building of professional knowledges.* – The author is interested in the articulation of two ways of building-up the professional knowledges: the one which is elaborated on the fields and the one which is based on the «savant» and labelled knowledges.

1. The process of «training» is different from the process of «teaching» and «learning» mainly because the relation between the one who trains and the one who is trained is very strong.
2. The learning situations have to take into account the type of knowledges which are involved in the field of the family therapy.
3. Every training process is based on a system, participates in the building-up of a network of knowledges and contributes to the work of elaboration of the social practices.

Mots-clés: Démarches de formation – Acquisitions de savoirs.

Key words: Training actions – Knowledges acquisitions.

Psychologue dans un Centre de Santé Mentale de secteur et depuis une trentaine d'années sur le terrain des institutions d'éducation et de soins, j'ai eu l'occasion de concevoir et mettre en œuvre des pratiques de formation. Depuis trois ans, je fais partie de l'équipe des thérapeutes formateurs du «groupe de formation et de recherche en thérapie familiale et intervention systémique» du «Centre Chapelle-aux-Champs», rattaché à la faculté de médecine de l'Université de Louvain. Ce groupe est impliqué dans la formation des «psy» au certificat de psychothérapie, post-graduat de trois années. Le contenu formatif de ce post-graduat se réfère donc

* Centre le Méridien, 68, rue du Méridien, B-1210 Bruxelles.

à des savoirs reconnus et authentifiés par le label universitaire. Je voudrais m'intéresser, dans ce texte, à ce qui rapproche *deux démarches de construction des savoirs professionnels* = celle qui s'élabore à partir de la pratique sur les terrains, et celle qui se fonde sur des paradigmes scientifiques agréés, reconnus par les autorités universitaires, ici et maintenant ai-je envie d'ajouter, puisque la démarche scientifique reste inscrite dans l'évolution des processus d'intelligibilité de la réalité.

J'essaierai tout d'abord de comprendre ce que les pédagogues disent de la spécificité du processus de formation, alors qu'ils l'opposent à celui de l'enseignement ou de l'apprentissage, les trois termes restant bien entendu articulés.

Ensuite, il me semble important de réfléchir au type de savoir que nous construisons dans le domaine qui nous occupe: de quelle nature est ce savoir et comment faut-il concevoir les transferts de connaissances ?

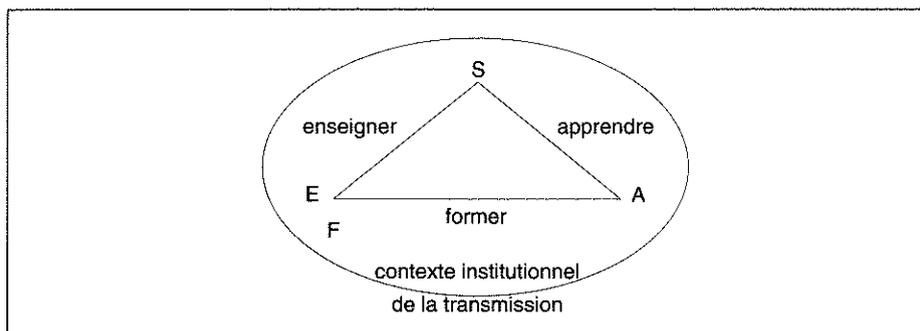
Il faut enfin, me semble-t-il, interroger les contextes d'applications et les enjeux socio-professionnels qui dynamisent ces champs de formation, de recherche et de pratique. Comment la formation se boucle-t-elle ? Elle part des terrains et elle y ramène.

1. Le processus de formation

Postulons tout d'abord que le processus de formation fait sens pour un sujet, et que c'est à partir de cette priorité que les apprentissages vont se structurer au travers d'une démarche volontaire et librement consentie.

Les pédagogues, et particulièrement Houssaye (1993), différencient le processus *former* du processus *enseigner*, et du processus *apprendre*.

Le triangle pédagogique met en relation un enseignant ou formateur, un apprenant et un savoir dans un contexte institutionnel et socioculturel précis.



Le processus *enseigner* met en relation un enseignant à «son» savoir, ou du moins au savoir qu'il a la charge de transmettre.

Le processus *apprendre* concerne la relation que l'élève veut ou peut établir avec un corpus de connaissances.

Le processus *former* met en relation le formateur à l'apprenant. C'est donc un processus dans lequel le niveau de motivation et d'implication des personnes sera très élevé. On y «paye» de sa personne, et si possible dans les conditions optimales de sécurité, d'autonomie et de disponibilité.

Chacun de ces trois processus se caractérise par le jeu d'un couplage de deux éléments du triangle, le troisième occupant la place du mort ou du fou. C'est un couplage qui exclut le 3^e terme, mais qui ne fonctionne cependant que sous prétexte de ce 3^e terme.

Ainsi, le processus *former* dans notre champ de travail est fondé sur la relation privilégiée du formateur et de l'apprenant mais fonctionne grâce à l'intentionnalité d'une transmission de savoir autour de l'intervention systémique et de la thérapie familiale. Cependant, la logique du processus veut que les règles du rapport formateur/apprenant ne soit pas données à l'avance et qu'il faille les définir et les constituer, c'est-à-dire arriver à préciser ensemble la manière dont on va intégrer le 3^e terme, le savoir.

Et lorsque cette logique de formation est à son tour inscrite dans le contexte d'une institution universitaire, on peut se trouver coincé entre des logiques antagonistes puisque « l'institution université » maintient en priorité un rapport d'identité avec le processus *enseigner*. En effet, l'université se doit de se maintenir avant tout comme gardienne et garante du savoir, le Savoir constitué en tant que construction historique des procédures intersubjectives d'objectivation et d'élaboration scientifiques, comme le souligne Morin (1992).

Tout pédagogue, au sens large toute personne qui accepte de se mettre en position de transmission de savoir, est donc avant tout un équilibriste qui choisit un axe privilégié, un fil porteur (enseigner, apprendre ou former) et un balancier qui fera contrepoids (les apprenants, lui-même en tant qu'enseignant ou le savoir). Michel Serres (1991) l'avait poétiquement souligné: «... le jeu de la pédagogie ne se joue point à deux, voyageur et destination, mais à trois. La tierce place intervient, là, en tant que seuil du passage. Or cette porte, ni l'élève ni l'initiateur n'en savent le plus souvent la place ni l'usage.»

2. Construire des situations d'apprentissage

S'interroger sur les processus d'acquisition et de transmission des savoirs, cela implique, dans une discipline donnée, de prendre en compte :

- les modes d'élaboration et de fonctionnement de ces savoirs, y compris dans leurs dimensions épistémologiques et historiques;
- les modes d'élaboration et de fonctionnement de ces savoirs chez les apprenants et chez les formateurs;
- le cadre social et les conditions de la transmission.

Les savoirs en jeu dans le champ de la thérapie familiale et de l'intervention systémique font partie des sciences dites herméneutiques (Develay, 1995) qui se différencient des sciences rationnelles et empirico-formelles. Les savoirs herméneutiques se caractérisent par la *nécessité d'incarner un sujet dans son histoire et son contexte de vie pour mieux comprendre le sens de ses comportements*. L'objet du savoir est « l'être-en-relation ». Il s'agit d'ailleurs de comprendre comment ça fonctionne plus que d'expliquer, ce qui produit fréquemment chez les chercheurs en sciences

humaines le sentiment d'avoir trouvé avant même d'avoir commencé à chercher. Mettre des hommes et des femmes au travail sur des «objets» humains de recherche favorise les interprétations, projections, résonances et transferts inhérents à tout processus qui engage la subjectivité. Quelles seraient, dès lors, les méthodes non discutables pour faire la preuve? Comment identifier des critères de vérité qui permettraient la constitution d'un corpus de connaissance?

Mon objectif n'est pas ici de recenser les modèles et les paradigmes de référence en approche systémique et thérapie familiale. De nombreux colloques y ont été consacrés, dont le dernier: «l'approche systémique dans le social: une méthode pour comprendre, un outil pour agir» des 13 et 14 octobre 1994, au cours duquel plusieurs auteurs ont tenté de clarifier les modèles et les repères qui servent de référence dans une modélisation systémique de la complexité individuelle, familiale, sociale et sociétale. Il est partout question de complexité, de logiques de niveaux et de niveaux logiques. J'y ajouterai les logiques propres à notre appareil à penser, celles de la computation et de la cogitation (Morin, 1992) notamment, processus par lesquels des instances se retrouveront en association complexe, c'est-à-dire à la fois complémentaire, concurrente et antagoniste.

La complexité de ces savoirs ne nous épargnera pas d'avoir à articuler *deux démarches d'acquisition de savoirs*: l'une répondant au principe de *didactisation*, qui vise l'acquisition systématique et rationalisée de connaissances, et l'autre répondant au principe de *finalisation*, qui justifie l'apprentissage par l'action directe du sujet immergé en situation de travail sur le terrain (Meirieu, 1993). C'est ce que nous installons comme dispositif chaque fois que nous travaillons en direct à l'aide du miroir sans tain ou du circuit vidéo. Nous créons ainsi des lieux où l'on puisse se tromper, tâtonner, et dans lesquels l'activité créatrice prime sur les apprentissages formels et formalisés.

Mais vouloir savoir n'est pas synonyme de vouloir apprendre; car apprendre est un processus coûteux en temps, en énergie et en recherche intellectuelle. Et par ailleurs, la complexité des situations réelles n'étant pas progressive, il est parfois fort délicat pour un apprenant d'être confronté à des objectifs directement très complexes. Le formateur est dès lors confronté, lui, à repérer les obstacles qui surgissent dans des situations-problèmes exposées par les étudiants et à articuler cette identification à la mise en place de ressources formatives qui permettront de réinvestir les acquis de cette boucle formative dans l'action.

Cela suppose une bonne articulation au sein de l'équipe des formateurs, afin de ne pas mélanger les processus *enseigner, apprendre et former*, tels qu'ils ont été développés dans le premier point. Nous pourrions alors peut-être *faire du processus de formation un processus non seulement interactif, mais partagé* au sens où l'entend Hameline (1993), c'est-à-dire quand l'intention d'un acteur et prise en compte et qu'elle lui revient entendue. Car les composantes personnelles des étudiants restent, bien entendu, un des éléments prioritaires de la transmission de savoirs dans notre champ, et nous travaillons au plus près avec les représentations, les nôtres aussi bien que celles des étudiants.

Le concept de représentation se situe à mi-chemin entre l'objectivité du réel et l'image mentale ou figuration du réel. Les représentations sont en quelque sorte l'interprétation subjective du monde, l'invention de la réalité, comme le souligne Watzlawick (1990), la théorie personnelle du sujet, l'interface sujet/objet.

Elles sont préexistantes aux situations d'apprentissage et mobilisent les connaissances acquises par un individu donné. Chacune de ces représentations, exprimées dans un contexte donné, est à explorer dans quatre directions (Develay, 1995):

- le champ notionnel de référence et les diverses notions impliquées dans la compréhension du concept
- la recherche des origines possibles de cette représentation: Comment a-t-elle été construite? A l'aide de quelle grille de lecture? A partir de quelles expériences subjectives?
- la compréhension par le formateur de ses propres représentations vis-à-vis du concept en question
- les contextes de production et d'utilisation de cette représentation.

A partir de ce recueil d'éléments et à partir des hypothèses interprétatives se rapportant à une représentation donnée, on pourra ensuite procéder à la construction progressive d'une nouvelle étape d'acquisition connaissance.

3. Une formation bouclée

Trois points d'appui me semblent intéressants à réfléchir lorsqu'on élabore une démarche de formation: une équipe de formateurs est en premier lieu amenée à *construire un dispositif de formation* – c'est-à-dire un cadre, des procédures, des objectifs et des méthodologies – qui va lui-même produire du sens, des relations et des effets de formation.

Apprendre, c'est non seulement intégrer des connaissances mais c'est également intégrer les valeurs du système social qui a permis et facilité l'apprentissage. Les dispositifs d'apprentissage produisent de la rivalité ou de la coopération, de la dépendance ou de la responsabilité, de l'autoritarisme ou de la participation. «Nonobstant une marge inévitable de violence et d'immoralité, le choix des moyens est déjà celui des fins», nous rappelle Pascal Bruckner (1995). Les conditions et modalités de transmission du savoir, ou pour le dire autrement sa contextualisation institutionnelle, font donc éminemment partie des processus d'apprentissage.

A titre d'exemple, ce qui se joue dans les Réseaux d'Echanges de Savoirs, mis en place à l'initiative de Claire Heber Suffrin, m'apparaît particulièrement créatif: ces réseaux fonctionnent en systèmes ouverts, fluides et flexibles, transversaux et polycentriques, dans lesquels les valeurs de parité, de réciprocité et de responsabilisation mutuelle sont fondamentales tout en gardant centrale la place de l'acteur/sujet de son apprentissage.

Ce type de structures flexibles ou «adhocratiques» est d'ailleurs ce qu'Alvin Toffler (1991) nous prédit comme unités organisationnelles de l'avenir: petites équipes de projet, pulsatiles et mobiles, à hiérarchie aplatée sinon supprimée, dans lesquelles chacun est acteur et expert, en relation de coopération avec chacun de ses collègues. Rappelons peut-être que selon ce penseur futurologue, le savoir, richesse faite d'informations et de symboles, est un des enjeux majeurs du XXI^e siècle.

Retour sur les savoirs. Ce sera mon deuxième point: le travail du formateur est de *participer à la constitution d'un corpus de « savoirs savants »*. L'appropriation de savoirs est un problème majeur de notre société; nous sommes confrontés quotidiennement aux enjeux d'avoir à rendre intelligible notre réalité de plus en plus complexe.

La constitution d'un corpus de connaissances en thérapie familiale et intervention systémique implique également de saisir les enjeux d'idées qui ont accompagné l'émergence de ce nouveau courant de travail en sciences humaines. Et nous ne pouvons négliger, dans cette analyse, combien ce contenu intellectuel représente aussi un moyen potentiel d'établir une nouvelle identité intellectuelle et un nouveau rôle professionnel pour beaucoup d'entre nous.

Mais les pratiques auront toujours le dernier mot, car elles mettent à l'épreuve les théories et les personnes.

Le travail de la personne en formation est de s'approprier et de reconstruire, pour elle, ces savoirs, de sorte qu'ils deviendront des savoirs assimilés, c'est-à-dire mobilisables dans une pratique sociale. Et comme dans la plupart des cas, les formateurs sont eux-mêmes des praticiens, c'est à travers le mouvement dialectique qui met en relation des savoirs savants et des pratiques sociales de référence que vont se constituer des savoirs à enseigner. Savoirs dont les caractéristiques (concepts – structures – principes et méthodes), et la matrice disciplinaire qui leur donne une cohérence interne, auront été explicitées.

Enfin, et pour dynamiser cette boucle récursive qui va de la pratique à la formation, et/ou inversement des savoirs assimilés aux savoirs à enseigner, j'insisterai pour y associer les *démarches de recherche*: recherche fondamentale en association avec les chercheurs universitaires, ou recherches-action, petites unités de praticiens/chercheurs mobilisés sur des questions pointues auxquelles confronte inévitablement une pratique sociale inlassablement questionnante.

C'est tout le *travail d'élaboration* qu'une équipe de terrain se doit de mener: rendre visible sa pratique, la décrire et la formaliser, afin de ne pas cesser de participer au mouvement de représentation et de transformation sociales.

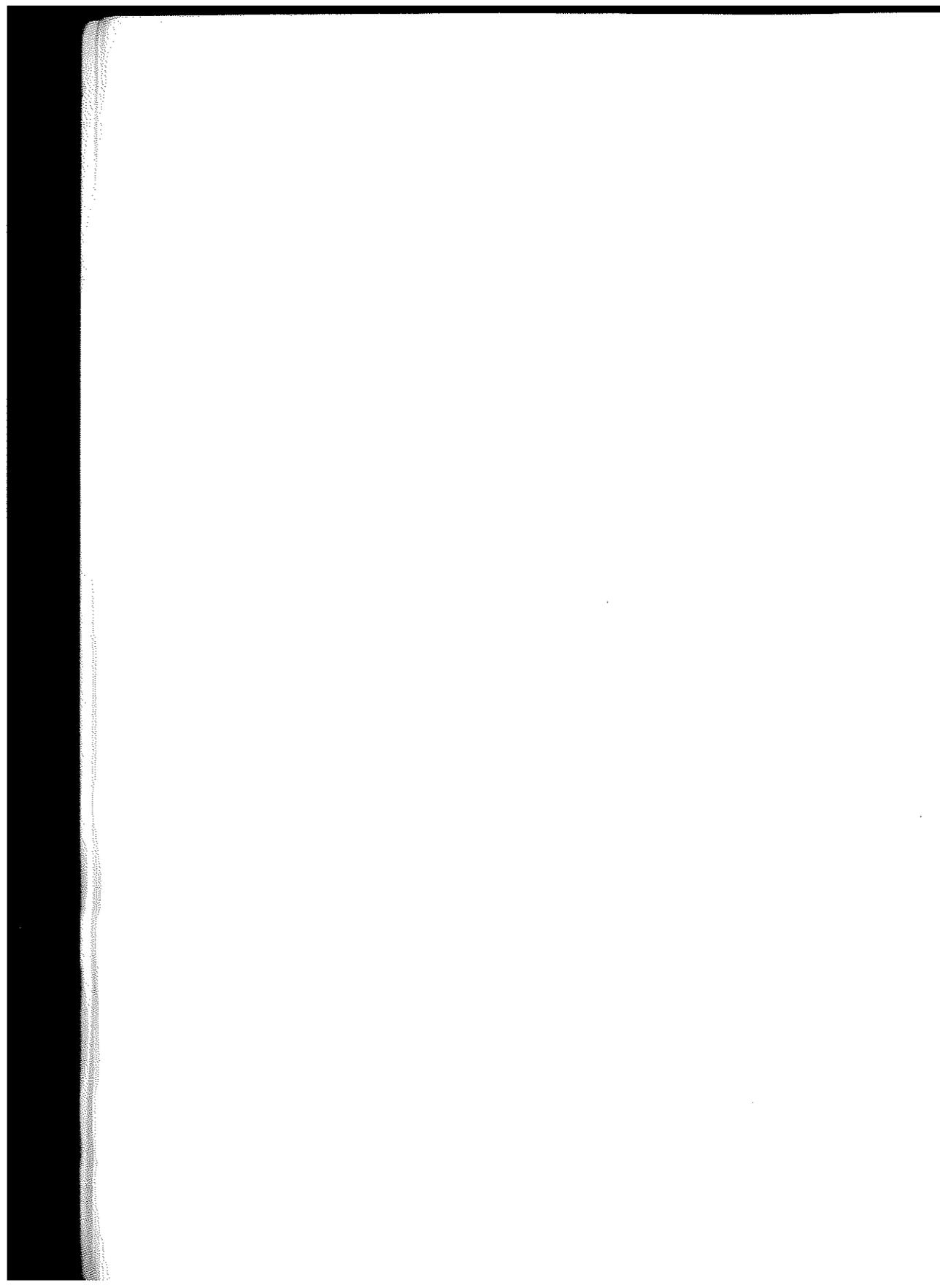
En nous rappelant que des dévouements admirables et des découvertes passionnantes ne peuvent remplacer une véritable politique sociale, si nous voulons éviter de ressembler à de gracieux funambules: artistes du déséquilibre, mais seulement du nôtre.

C. Vander Borgh

BIBLIOGRAPHIE

- Bruckner P. (1995): *La tentation de l'innocence*, Editions Grasset, Paris, p. 307.
- Develay M. (sous la direction de) (1995): « Savoirs scolaires et didactiques des disciplines », in: *Le sens d'une réflexion épistémologiques*, Edition ESF, Paris, À COMPLÉTER.
- Houssaye J. (sous la direction de) (1993): *La pédagogie: une encyclopédie pour aujourd'hui*, ESF, Paris.
- Hameline D.: « L'école, le pédagogue et le professeur », pp. 327-341.
- Houssaye J.: « Le triangle pédagogique ou comment comprendre la situation pédagogique », pp. 13- 24.
- Meirieu P.: « Objectif obstacle et situations d'apprentissage », pp. 289-299.
- Morin E. (1993): *La méthode 3. La Connaissance de la Connaissance*, Editions du Seuil, Coll. Essais, Paris.

- Schön D.A. (1994): *Le praticien réflexif*, Les Editions Logiques, Montréal.
- Serres M. (1991): *Le Tiers-Instruit*, Editions François Bourin, Paris, p. 29.
- Toffler A. (1991): *Les nouveaux pouvoirs*, Editions Fayard, Paris, p. 288.
- Watzlawick P. (1990): *L'invention de la réalité*, Editions du Seuil, Paris.
- Actes des 2^e journées francophones: « L'approche systémique dans le social », 13 et 14 oct. 1994, ITSRS
Montrouge, 92120 Montrouge.



UNE EXPÉRIENCE DE FORMATION

Charles HEIM*

Résumé: *Une expérience de formation.* – Présentation du travail de formation à l'intervention systémique, dans deux centres associés: «LA DURANCE» en Provence, et «RESCIF», en Alsace.

Summary: *An approach to training* – Presentation of a training in system's intervention, in two associated centers: «LA DURANCE», in Provence, and «RESCIF», in Alsace.

Mots-clés: Formation – Aide technique.

Key words: Training – Technical help.

Notre expérience de l'enseignement et de la formation est relativement courte (depuis 1990). Aussi souhaitons-nous ici partager avec vous nos nombreuses interrogations aussi bien que les quelques points forts que nous avons déjà expérimentés.

I. Etat des lieux

En termes de résultats techniques, l'objectif d'un organisme de formation est triple:

1. Transmettre à des personnes du savoir et du savoir-faire.
2. Faire en sorte que ces acquis soient utilisables par les personnes formées en développant leur savoir-être. C'est le domaine des bénéfices de l'apprentissage pour les stagiaires aussi bien que pour leurs clients ultérieurs.
3. Faire en sorte que ces acquis soient utilisés dans le travail quotidien par les personnes formées: c'est le domaine des bénéfices de l'apprentissage pour les institutions demandeuses aussi bien que pour l'organisme formateur.

La question se pose alors de la transmission des savoirs: de leur contenu tout d'abord: que transmettre? Des modèles opératoires de transmission ensuite: comment transmettre?

Au fur et à mesure que l'épistémologie systémique s'installait en France, se sont mis en place également les outils nécessaires à l'apprentissage de cette nouvelle

* En collaboration avec M. Christen, F. Friehe et M. Silvestre.

façon de travailler. Cet apprentissage a connu, très schématiquement, trois périodes successives:

- On a d'abord formé à la thérapie familiale sous l'impulsion de tous les « psy » qui y voyaient une alternative à la psychanalyse et à tout ce qui s'y rattache. Egalement sous l'influence du contexte anglo-saxon, où le thérapeutique n'est pas réservé aux seuls psy, mais ouvert à d'autres professionnels pourvu qu'ils soient formés et accrédités par les pairs.
- Devant la réaction de l'établissement psychiatrique, et surtout analytique, on a ensuite orienté les formations vers l'analyse systémique. Le travail social s'est d'emblée intéressé massivement au modèle, dans un contexte culturel et économique où le thérapeutique ne fait clairement pas partie de ses attributions. Il a donc été autorisé à « lire les situations en systémie » sans toucher au fonctionnement du groupe familial.
- Actuellement, toujours sous l'impulsion des travailleurs sociaux, friands du modèle à cause de l'évolution de leur contexte, de leurs tâches, des politiques sociales, des conceptions et de la rentabilité, on forme à l'intervention systémique.

Chacun de ces termes (thérapie, analyse, intervention) semble correspondre à un ajustement du contenu de la formation aux demandes exprimées par les clients, ainsi qu'aux rétroactions de l'environnement professionnel psycho, social ou éducatif.

On a donc l'idée que les organismes formateurs s'adaptent à la demande, suivent le courant. Ceci reste à démontrer et vous le contesterez ou corrigerez peut-être. Mais surtout, est-ce une bonne chose pour les uns (les formés et les utilisateurs du travail social) et les autres (les formateurs)?

En effet, notre avenir commun suppose que les demandes et les réponses (Que transmettre? Comment transmettre?) soient posées en termes de prospective, c'est-à-dire que les organismes formateurs soient à même de proposer des apprentissages pragmatiques à des institutions capables de percevoir les problèmes qu'elles auront à gérer demain.

Deux paramètres sont à considérer:

- A. La crise socio-économique contemporaine engendre de nouveaux « enjeux de société », de nouvelles conditions de vie. Le travail social est interpellé, ses méthodes et ses objectifs sont à revoir. Dans des situations de plus en plus nombreuses, on se retrouve dans des contextes de misère qu'ont eu à gérer les travailleurs sociaux de l'après-guerre. (Pas de logement, pas de travail, immigration, violence familiale et sociale.)
- B. Dans ce contexte socio-économique l'écart se creuse de plus en plus entre l'invitation à consommer, moteur principal d'une société de type libéral, et l'impossibilité de répondre à cette invitation. En travaillant dans les établissements scolaires des banlieues « chaudes » des grandes cités, on fait actuellement connaissance avec les clients des services sociaux de demain. Pour eux qui seront les adultes et les parents de demain, vivre c'est se tenir de plus en plus à l'écart de la loi qui leur interdit de s'intégrer pour cause de pauvreté, c'est vivre dans des entités fondées sur d'autres lois que l'officielle.

Comment la systémie peut-elle être perçue, et pense-t-on qu'elle puisse être utile, dans un tel contexte? En tout état de cause, les organismes de formation au travail sur l'interaction ont le devoir d'ouvrir l'accès à une compétence prospective et dynamisante aux travailleurs sociaux.

- Par prospective et dynamisante, j'entends un apprentissage pragmatique, basé sur le quotidien en évolution, et qui donne donc le goût de la recherche.
- Pourquoi particulièrement aux travailleurs sociaux? Parce que ce sont eux qui travaillent au plus près des familles ou des groupes. Parce qu'ils touchent, et toucheront de plus en plus un public qui doit pouvoir accéder au changement sans passer par la thérapie proprement dite.

La thérapie proprement dite nécessite, en effet, des moyens de tous ordres dont, souvent, ce public ne dispose pas (motivations, finances, etc.). Il n'est donc plus possible de réserver aux «Psy» l'accès à ce savoir faire.

Pour parvenir à cet objectif, il est indispensable que les organismes de formation permettent aux travailleurs sociaux et à leurs institutions de modifier la représentation qu'ils ont de leur propre travail: après avoir analysé, il faut *faire*. Il ne s'agit plus de faire des «suivis»: il faut agir et piloter le travail en vue de l'accès au changement. Les travailleurs sociaux peuvent-ils accepter d'être des acteurs du changement, de l'intégration? Dans ce cas nous avons ensemble à gérer deux héritages qui obèrent le travail socio-éducatif:

- **Héritage 1:** Il existe un «vrai» changement. Le vrai changement *n'est* produit *que* par la thérapie, et de préférence la thérapie des profondeurs et donc par les thérapeutes seuls. C'est ce que démontrent les familles en développant, sur plusieurs générations, de longues carrières de «professionnels du social» pour paraphraser O. Masson. Resterait à démontrer que la longueur de ces carrières tient à l'absence de thérapie en bonne et due forme. Reste à démontrer, à l'inverse, que des méthodologies différentes en travail social peuvent produire des résultats significativement différents. Travailler avec l'interaction est une de ces approches différentes.
- **Héritage 2:** «Les travailleurs sociaux n'ont pas à vouloir le changement de leurs clients.» Ceci s'observe surtout chez les éducateurs, dont la formation de base a été étayée par la psychologie universitaire classique et la psychanalyse (et bien entendu chez beaucoup de psychologues).
La formation des Assistants de Service Social est davantage centrée sur les relations familiales et sociales. Aussi semblent-ils avoir moins de mal à passer de la notion de changement social, à celle, plus générique, de changement interactionnel.

II. Comment enseigner/apprendre

Qu'est-ce qui est opératoire dans les processus de formation? Pour la quasi-totalité des personnes qui se présentent pour une formation, la situation qui nous

est soumise est telle que, dans un contexte de travail qui va rester inchangé (une institution éducative ou sociale), le travailleur social souhaite apprendre une façon différente de faire son travail, introduire du changement dans sa méthode. Cette demande se fait généralement en accord avec l'institution qui, le plus souvent, finance la formation.

Se pose alors à l'organisme formateur le problème de la diversité des contextes de travail des stagiaires (quand il ne s'agit pas de formation dites «en intra» dont nous parlerons plus loin).

Quand le groupe est hétérogène, les participants appartiennent à des institutions aussi diverses que l'ASE, l'AEMO judiciaire, l'Hôpital général ou psychiatrique, la Tutelle aux prestations sociales, les enquêtes sociales, les services de psychothérapie, etc.

Pourquoi des personnes venant d'horizons aussi divers acceptent-elles de se former ensemble à une même façon de travailler? Comment des institutions acceptent-elles de financer une telle auberge espagnole? Autrement dit, quelle représentation de ce que j'appellerai le «Travail Systémique», a bien pu se développer pour que ces gens acceptent d'y voir un dénominateur qui leur soit commun?

Nous acceptons pour notre part la définition suivante: par «Intervention Systémique» nous entendons toute intervention pilotée de manière contextuelle. Ainsi donc avons-nous cessé de proposer des formations à la thérapie familiale; la classe des interventions systémiques comprend toutes les interventions pilotées de manière contextuelle, et donc aussi la thérapie familiale systémique.

Ainsi se pose ensuite la question de savoir s'il existe des règles de fonctionnement (et si oui, lesquelles?), qui régissent les interactions entre les clients et ces différents «corps de métier». Dans un groupe de formation aussi diversifié, la meilleure manière de répondre à cette question est sans doute d'accentuer cette diversité, ce côté «auberge espagnole». Chaque stagiaire est donc appelé à introduire dans le groupe la singularité de son contexte professionnel, de manière à susciter une double démarche collective:

- Etablir, par comparaison, les ressemblances et différences intercontextuelles.
- Susciter ainsi, selon l'expression de Bateson, un processus de «conversion de différences», générateur d'informations permettant à chacun d'élaborer l'adaptation du pilotage contextuel à son propre lieu de travail.

De plus, par la métacommunication du groupe et des formateurs sur la participation de chacun, chaque stagiaire est invité à développer aussi dans son intervention la part qui lui est propre, le «style» dans lequel il se sent le plus opérant, ses propres «résonances» comme autant d'outils supplémentaires.

L'introduction de la diversité est également accentuée au niveau de l'équipe des formateurs. Aux trois intervenants habituels et de formations différentes s'ajoutent des invités de manière ponctuelle, y compris ceux qui viennent démontrer qu'on peut aussi ne pas faire de systémie! Varier les intervenants, c'est quitter l'idée que l'apprentissage est un phénomène transférentiel (au sens analytique). C'est éviter le formateur charismatique qui s'installe, avec le stagiaire, dans une position de dépendance. C'est également démontrer que l'interrogation sur la réalité de la réalité n'est pas une figure de style.

Comment ensuite utiliser ce dialogue interactif entre les stagiaires et les formateurs? Bien sûr, la démarche de «Que faut-il savoir?» est subordonnée à «Comment faire?». Le but de la formation étant de savoir faire, ce verbe se conjugue de toutes façons possibles: faire, faire avec, faire voir, voir faire, faire faire, ... Le contenu des journées de formation est toujours en prise directe sur le travail quotidien de chacun. C'est un aller-retour permanent d'expériences vécues, commentées, de problèmes proposés à la sagacité de chacun, parfois sous forme de cassettes que l'un ou l'autre amène. Ainsi se développe peu à peu la capacité de chacun à construire, décortiquer, reconstruire, le plus d'hypothèses possibles, expérimentant à travers le groupe la démultiplication des «réalités» dans le développement d'une intelligence collective et d'une recherche commune. Ainsi se modifie peu à peu la représentation que chacun se fait des types d'interactions au sein du groupe de formation. Je vois les autres quitter leurs positions de juges ou de censeurs de mon travail, pour devenir des collègues, des collaborateurs de ma recherche. Ainsi se prépare, de manière analogique, la transposition de cet acquis de la formation dans le contexte quotidien de chaque membre du groupe.

L'un des souvenirs les plus marquants de ma propre démarche de formation en systémie est que pour la première fois, après mon cursus universitaire et de longues années de pratique, on me demandait non pas de raconter comment je travaillais, mais de le montrer. Mes formateurs se soumettaient d'ailleurs à la même exigence. Pour la première fois le poids des mots passait après le choc des photos. Pour un psychologue formé en France, ce fut une révolution dont je me remets à peine — et nous savons tous que cette façon d'apprendre n'est pas encore bien considérée dans les universités de psychologie, pas plus que dans les IRTS et autres écoles de formation au travail social.

Il s'agit donc, en définitive, d'une formation à l'expérimentation du travail sur et à travers l'interaction:

- Interaction entre d'autres personnes et moi.
- Interaction entre un Problème à traiter et moi.
- Interaction entre un groupe de collaborateurs et moi.
- Interaction entre une façon habituelle de travailler, une autre que j'apprends, et moi.
- Interaction entre tous ces domaines.

La deuxième phase, faite d'allers-retours entre les journées de formation et les journées de travail en institutions respectives, a pour objectif de permettre à chacun de valider l'expérimentation par la recherche de résultats en temps réel.

La troisième phase, complément concomitant des deux premières, est la théorisation de l'expérimentation par un travail de lectures et d'écriture (mémoire).

A terme les stagiaires sont conduits à s'expérimenter comme acteurs de jeux interactionnels dans les situations qu'ils traitent. Que cela les amène à constater qu'ils peuvent aussi piloter leur façon d'être acteurs dans leurs institutions. Nous leurs proposons également de découvrir quelques jeux relationnels qu'ils ont pu utiliser en étant acteurs de leur vie personnelle, de manière à ce que chacun puisse repérer les éléments résonants qui dessineront les contours de son « style » personnel.

III. Supervision

Nous développons également un autre secteur d'activité, car la demande nous en est adressée de plus en plus: c'est l'aide technique en institution, ordinairement appelée «supervision». Je ne décrirai pas ce travail que nous connaissons tous. Je veux seulement vous donner les éléments de nos interrogations actuelles à ce sujet.

Nos interventions en ce domaine se font, évidemment, de manière contextuelle. Les commentaires, questions, suggestions, que nous faisons aux équipes concernées, ont cette «coloration» qui caractérise le travail autour de l'interaction. Les personnes déjà informées, ou formées à ce travail, sont en phase directement. Mais nous constatons également, au fur et à mesure des séances, qu'un processus d'apprentissage se met en place pour les personnes qui d'ordinaire travaillent différemment. Je pense à tels services éducatifs dans lesquels maintenant, la plupart des intervenants mettent en pratique la formule de Michel Gouiran*: «*Avant de traiter les problèmes de telle famille, j'ai à résoudre les problèmes que me pose l'intervention dans cette famille.*»

La supervision est donc, elle aussi, un outil de formation et nous avons jugé légitime de nous poser la question de l'efficacité comparée de la supervision et de la formation telle que je l'ai décrite plus haut.

La supervision a-t-elle sa place après la formation, comme outil de travail, ou bien à la place de la formation elle-même, dans certains contextes institutionnels? La question essentielle qui se pose alors, c'est: une institution qui organise une supervision systémique pour l'ensemble de son personnel est-elle disposée à (ou a-t-elle la possibilité d') accepter et à utiliser les informations réflexives qui en découleront nécessairement? Il peut-être malaisé d'accepter l'idée que le personnel que j'emploie a toutes les compétences requises pour traiter les situations qui lui sont proposées, mais que sa compétence est bloquée par la forme ou la nature de l'institution dont je suis le gérant. L'analyse du travail révèle trop souvent que la majeure partie des difficultés que les équipes rencontrent relève de la gestion du travail, des relations au sein des groupes, au sein des services, et avec les partenaires des autres institutions, plutôt que de la situation des clients.

IV. Conclusion

Pour nous, et bon nombre d'entre vous certainement, la seule voie efficace pour une formation pragmatique est la mise en pratique d'un des apports fondamentaux de l'épistémologie systémique: l'interaction. C'est certainement ce que nous voulons mettre en acte lorsque nous invitons aux évaluations de fin d'année et à la soutenance des mémoires des stagiaires les responsables hiérarchiques qui ont décidé et financé leur participation à la formation. Par cette participation, nous les incitons (les directeurs) à se montrer attentifs aux changements que leur décision a dû entraîner au jour le jour dans leur institution, et aux apports du modèle à son évolution.

* Psychiatre, CHU Timone, Marseille.

Ainsi, refermons-nous la boucle de la démarche de formation, de l'institution à elle-même, faisant l'hypothèse que notre travail produit alors un résultat utilisable et utilisé, dans son contexte, par la personne formée.

C. Heim

LA DURANCE

1, avenue du Cégarès

F-13840 Rognes

RESCIF

19, rue de la 1^{re} Armée

F-67000 Strasbourg



SIDA, DÉSAVEU SOCIAL ET SECRET FAMILIAL

Serge HEFEZ

Résumé: *Sida, désaveu social et secret familial.* – Le sida, maladie trop souvent vécue dans le rejet et la honte, a généré ou révélé des réseaux de communications institutionnels particuliers, marqués par les secrets et le déni collectif.

Si toutes les familles concernées sont l'objet d'énormes bouleversements, certaines avaient déjà instauré un mode relationnel particulier qui redouble l'impossibilité de cette confrontation.

Summary: *Aids, social denial and family secrets.* – Aids, an illness too often experienced with shame and rejection, has generated or revealed particular institutional communication networks, underlined by secrets and collective denial.

All the concerned families are subject to deep upheaval; some of them, in which there already was a pathological communication pattern will have an even harder time dealing with this reality.

Mots-clés: Sida – Famille – Toxicomanie – Déni – Secret.

Key words: Aids – Family – Drug – Addiction – Secret.

On a volontiers baptisé le SIDA de maladie du secret.

Plus qu'aucune autre maladie à pronostic mortel, plus que toute autre épidémie, l'irruption du VIH dans un groupe, une collectivité, une famille, notre société toute entière, a provoqué des circuits inouïs de silences, de non-dits, de secrets, silences que l'on pourrait qualifier d'assourdissants si on les compare au vacarme médiatique et politique qui entoure la maladie sous forme d'injonction à la prévention, si générale qu'elle ne s'adresse plus à personne, ou de déclarations d'intention quant à la découverte d'un traitement, dont nous n'avons hélas pas encore vu le jour.

Les silences, les non-dits, les secrets concernent à tout moment toute personne touchée et son entourage; comment le dire, à qui en parler, conserver ou non ce secret? Ce questionnement a rarement l'effet structurant dont parle Piera Aulagnier, lorsqu'elle évoque le secret comme «condition pour pouvoir penser.»

Les déterminants de ce non-dit ne trouvent en effet pas leur racine dans des mythes individuels ou familiaux mais entrent en collusion avec les multiples déterminants sociaux qui entourent l'épidémie d'un halo si particulier. Raison que vous connaissez et que je ne ferai qu'aborder: au-delà du pronostic fatal une transmission au plus intime du corps par le sperme et le sang ou de la mère à l'enfant, modes de transmission qui frappent différemment l'imaginaire collectif, que par exemple, le choléra ou la tuberculose.

«Avouer» une séropositivité ne consiste pas seulement à révéler sa condition d'être mortel (révélation en soi déjà très violente), mais est aussi, le plus souvent,

un avéu d'adultère, de mode de vie sexuel, de conduite d'addiction; on a longtemps isolé des groupes à risques avant d'évoquer des pratiques à risques (ce qui a amené cette bipartition entre victimes innocentes et victimes coupables).

Le droit au secret est à l'origine, sur le plan social, de débats innombrables et passionnés qui sont très rarement justifiés par des mesures concrètes de santé publique: dépistage obligatoire, absurdité sécuritaire qui agite tous les fantasmes de transparence et de discrimination, fermeture des frontières, sidatorium; secret médical et condition de sa levée qui mettent en tension l'Académie de Médecine et l'Ordre des Médecins; confidentialité en milieu hospitalier, pour les assurances, les employeurs, etc.; longue liste derrière laquelle se profile ce cercle infernal d'une discrimination qui impose le secret, d'un secret qui impose la clandestinité, d'une clandestinité qui augmente le risque de contamination pour ceux qui sont contraints à dissimuler leur conduite.

L'association ACT-UP sous la bannière du slogan «Silence = Mort» s'est paradoxalement trouvée contrainte à d'autres extrémités: «dénoncer» le sida, voire l'homosexualité, de telle ou telle personnalité pour rompre ce pacte du silence.

Sida et famille

Cette gangue de secret entoure les personnes touchées, leur environnement, leur famille. Ainsi sur le plan familial, nous sommes quotidiennement interpellés sur des circulations du secret qui dépassent les possibilités de mentalisation du groupe.

Les psychologues de services hospitaliers y sont confrontés tous les jours.

M. et M^{me} B., dont le fils de 14 ans, hémophile, est contaminé depuis 8 ans, se refusent toujours à lui nommer la maladie, ne communiquent pas le carnet de santé de leur fils au médecin scolaire, demandent des conseils sur le bon moment, sur les mots pour le dire, à qui en parler? aux grand-parents, aux frères et sœurs? En premier lieu, la question est bien sûr de savoir si les contraintes qu'impose le secret pèsent plus lourdement que la révélation d'un diagnostic impliquant la mort, la faute, la culpabilité des parents, leur impuissance, celle des médecins.

Tous ces niveaux apparaissent dans un raccourci saisissant avec l'histoire suivante: M. et M^{me} C., d'origine zaïroise, se présentent à ma consultation en me tendant une lettre du gynécologue de M^{me} C., lettre sur laquelle est écrit en substance: «M. C. à qui j'ai pratiqué un test sans l'en informer est séropositif, il l'ignore, M^{me} C. est enceinte de 7 mois et séronégative. Merci de ce que tu feras pour eux.»

Petite parabole où apparaissent l'angoisse des médecins-traitants, la peur et l'ignorance face aux différences culturelles, l'effet de sidération induit par le virus auprès des professionnels eux-mêmes.

Je ne détaillerai pas ici l'irruption brutale d'une séropositivité dans une famille et la façon dont cet élément tenu secret vient bouleverser ou renforcer ou amplifier des mécanismes de communication préexistants au travers des jeux d'alliance et de coalition. La tension entre droit au secret et droit à la parole crée difficilement un contexte ouvert de maturation. La topique inter-psychique proposée par André Carel, entre l'intime, le public et le privé apporte ici un éclairage intéressant:

L'intime est le «jardin secret», lieu du droit au secret et au mensonge, le **public**, l'espace sociétal dont les enjeux et les règles ont à être appréhendés dans la transparence; entre les deux, le **privé**, l'espace de la discrétion, espace transitionnel de la vie familiale.

On voit que le bouleversement de l'espace social, où la transparence et les règles structurantes sont remplacées par le déni collectif, le mensonge, la peur et la discrimination, va comme conjoncture traumatique externe bouleverser les espaces privés et intimes et créer sous nos yeux des mécanismes de déni en chaîne, de cascades de dénis, des dysfonctionnements défensifs à valeur de survie et de sauvegarde narcissique, de type paradoxal.

Ces dénis, ces mensonges portent à la fois sur le contenu et sur l'affect; l'impossibilité à faire circuler le signifiant même de SIDA rend impossible la circulation des affects douloureux qui lui sont liés.

Une absence de reconnaissance émotionnelle se met en place au profit d'une sidération psychique ou d'affects très violents de haine ou de culpabilité projetée.

Il y a quelques années, une étudiante en supervision, psychologue dans un service de pédiatrie, me raconte l'histoire suivante:

Un diagnostic de sida est fait (non sans mal) chez un superbe enfant de 9 ans; rien en effet dans l'anamnèse et dans la situation familiale ne pouvait laisser «soupçonner» cette contamination.

Le pédiatre hospitalier, se sentant dans l'incapacité d'annoncer ce diagnostic, fait appel à la psychologue du service pour créer un lien avec la famille (ce qui sans doute ne sera pas sans conséquences pour la suite, la maladie organique se transmutant par là même en maladie d'origine psychique voire magique).

Cette psychologue se trouve dans le même entretien avec le couple des parents face à une triple révélation: la maladie de l'enfant et son effroyable pronostic, la séropositivité de la mère, la «faute» du père qui l'a contaminée et qui avait eu des aventures extra-conjugales homosexuelles.

En quelques minutes se produit ainsi l'effondrement de toute une vie et de tous les projets d'une famille.

Ce couple fait alors bloc contre l'équipe médicale, développe des positions accusatrices et haineuses envers infirmières et médecins, ne ramène pas l'enfant après sa sortie, développe des pensées magiques de toute puissance (ils emmènent notamment l'enfant chez un guérisseur).

A la mort de l'enfant, ils maintiennent cette union sacrée dans un déchaînement de haine, une série de lettres de menaces au pédiatre et à la psychologue, menaces de procès que seul arrêtera un effondrement dépressif chez la mère.

Familles, toxicomanie et secrets

Nous savons que les usagers de drogues ont été décimés par la pandémie de sida; nous connaissons la rigidité des mécanismes sociaux et politiques ayant conduit au déni massif des modes de contamination et à la reconnaissance du droit à la santé dans cette population; ce déni collectif est responsable du taux record de contamination que nous rencontrons en France.

Ici encore, mécanismes familiaux et mécanismes collectifs s'interpénètrent.

Mon expérience de thérapeute familial auprès des familles de toxicomanes me fait penser que l'irruption traumatique du sida va se poser différemment dans des familles où pour beaucoup, la violence relationnelle se situe déjà dans l'absence de reconnaissance, l'annulation, le travestissement des émotions et des sensations de l'autre au sein du groupe.

De nombreux travaux ont montré comment, lorsque pour des raisons liées à son histoire, par exemple la présence de squelettes dans certains placards, une famille ne peut assurer une fonction cadre suffisamment contenante pour assumer les deuils fondamentaux (Racamier), des mécanismes de détournement de la réalité vont se mettre en œuvre au moyen d'une absence de reconnaissance des besoins et des sensations de l'autre et de soi-même.

Dans ces familles, l'autre est provoqué, défié pour qu'il soit un partenaire et un point d'appui, un tremplin pour se lancer dans la démesure de la recherche, non tant de la décharge, que de **l'EXCITATION**; et c'est le partage d'une excitation commune, indifférenciée qui me paraîtrait au mieux décrire le fonctionnement de ces familles: l'appétit d'excitation dans ses rapports avec la douleur, les affects négatifs ou le vide, est au cœur des conduites comme un but dont le modèle théorique du système plaisir/déplaisir de l'appareil psychique ne peut aucunement rendre compte.

Cette excitation familiale très intense, peu différenciée, peu symbolisée, ramène la dynamique familiale, et donc les situations thérapeutiques, à des situations pré-verbales.

La thérapie familiale devient un processus de reconnaissance émotionnelle (et donc d'accès à une possibilité représentative).

Ces familles nous ont ainsi de tout temps interrogé sur le mensonge et la vérité («Est-ce vrai qu'il ne se drogue plus?» «Est-ce toi qui as volé les bijoux de famille?» «Mon père est-il vraiment en colère ou fait-il seulement semblant?» «Est-il réellement malade?», etc.).

Face à l'énigme que constitue en lui-même le toxicomane, on sait la tentation des proches – et souvent aussi des soignants – de développer un discours psychologique d'explications sans fin.

Ce discours fonctionne comme un destin qui porte en lui une production de la mort lente. Tout se passe comme si la mort était l'échéance de ce discours qui donne au raisonnement une fonction totalitaire d'épuisement du sujet; comme si tout discours se situait du côté du mensonge.

Où situer cette vérité lorsque nous recevons une famille à transaction rigide, marquée par une paralysie émotionnelle massive où chacun est occupé par l'annulation réciproque des sensations de l'autre jusqu'à ce rituel répétitif et désenchanté, ce cérémonial qui caractérise leurs interactions?

«... une prise de conscience émotionnelle est nécessaire, car manquer d'une telle prise de conscience implique la privation de vérité et la vérité semble être essentielle à la vie psychique.» (Bion) *Learning from experience*.

Le mensonge (ou pour reprendre une expression de Gamill, la «contre-vérité psychique») est donc une façon de créer une barrière contre une reconnaissance de la vérité de ses expériences émotionnelles; ou dire que le contraire, c'est la Vérité et à l'ériger en un système explicatif qui implique un déni massif de la réalité.

Il peut donc se produire une collusion entre ce qui bouleverse l'espace public et qui empêche de ressentir des affects «normaux» liés à une maladie grave, et une organisation familiale autour du désaveu des expériences émotionnelles.

La famille F: mort et désaveu

La famille F. me paraît une bonne illustration de cette conjonction.

J'avais longuement décrit il y a une dizaine d'années la prise en charge de cette famille dans le cadre du Centre Monceau.

Thierry, âgé de 20 ans à l'époque, avait présenté une polytoxicomanie anarchique, des comas et des tentatives de suicide répétés, un comportement d'errance sexuelle et de prostitution, plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique.

Son frère Patrick, de deux ans son aîné, adoptait une attitude parfaitement complémentaire: éternel premier de la classe, gentil, poli et moralisateur.

Les rencontres avec le couple parental et les deux enfants étaient marqués d'une étrange paralysie émotionnelle, ou plutôt par un fonctionnement «comme si», comme si les problèmes étaient ailleurs, comme si tout le monde s'entendait très bien, une atmosphère de gentillesse et de jovialité accorte, comme si les symptômes tout-à-fait spectaculaires du fils se produisaient dans une autre famille.

Le père s'exprimait uniquement par des proverbes et des lieux communs, la mère conservait un masque immuable, d'où jaillissaient par moment des larmes muettes dont elle ne pouvait rien dire, l'aîné donnait des leçons, et Thierry, tel D' Jekyll, ne laissait rien soupçonner de la gravité de son comportement.

La thérapie familiale s'était construite autour d'un travail de sculpturation permettant de respecter ces aspects analogiques.

Des éléments de l'histoire familiale inconnus des enfants (mort tragique du grand-père maternel lorsque la mère avait 13 ans, déchéance progressive de la grand-mère maternelle dans l'alcool et longue hospitalisation en psychiatrie; le père quasiment abandonné par sa famille, élevé dans des internats et des institutions) liés à un travail sur la dynamique actuelle (présence de deux couples fonctionnels mère-Thierry, père-Patrick, rivalité fraternelle, danger dans l'expression des affects, situation familiale autarcique...) avait permis une amélioration symptomatique spectaculaire et un réaménagement des espaces fonctionnels de chacun.

J'avais à l'époque noté quelques éléments, relatifs au statut topique de la mort dans les familles de toxicomanes. Cette famille s'est construite sur un mythe fondateur «la mort n'existe pas» et donc sur l'illusion commune du temps arrêté.

Mais si la mort perd sa place symbolique, le langage analogique ne se réduit qu'à un seul énoncé qui ne dit que la mort (symptômes du fils, masque de la mère, expressions vides du père).

La sculpture, scène primitive où s'assemblent un père châtré et une mère meurtrière, avait permis la représentation cristallisée d'une tragédie sur trois générations, et la symbolisation de la mort au niveau préconscient, ce qui avait introduit une rupture.

Dans ce silence, le père ne peut plus être à l'aise dans un discours généralisant sur la fonction du père; si sa mythologie devient friable, il a plus de chances de devenir un père au sens de la subjectivation de sa propre mort.

Dans ces familles, le désaveu porte sur la mort ou sur les souhaits de mort ; le deuil qui consiste à prendre acte de la mort en se détachant du mort, n'a pu avoir lieu ; le deuil impossible se retourne en mortification.

Ce désaveu, qui porte à la fois sur le fait de la mort de l'objet et sur les affects qui l'entourent, le toxicomane le reprend doublement à son compte : « Je ne pleure pas le mort, je me fais mort ; j'en retire de surcroît la douleur rédemptrice de qui souffre et meurt sans parler. »

Le toxicomane réactive pathologiquement une mort par renversement de la situation réelle où c'est un autre qui est parti.

Le statut topique de la mort maintient un jeu tragique où quelqu'un est de trop ; notre travail va consister à tenter de redonner une place subjective à la mort de telle sorte que la mort ne soit plus occupée par la place d'un mort qui est encore vivant et qui se « toxicomanise » ; soit de travailler sur la fonction de représentation de la mort comme principe d'autoconservation familiale.

La famille quand elle vient en thérapie est à la recherche d'un point de rupture, peut-être la mort du patient désigné.

Cette histoire ne s'arrête malheureusement pas là.

Je reçois huit ans plus tard une veuve en grand deuil : M^{me} F. vient m'annoncer la mort de Thierry.

Lorsqu'elle a appris son sida au stade terminal (c'est seulement alors, et uniquement à elle, qu'il l'a annoncé), M^{me} F. a laissé son mari dans la maison qu'ils habitent en Province pour venir s'installer à Paris au domicile de Thierry ; elle a progressivement chassé de son appartement l'ami et l'entourage familial de son fils instaurant avec lui un huis-clos étouffant.

A son mari et ses proches, elle parle d'une « leucémie galopante » et lit la nuit au chevet de Thierry des livres de médecine pour se documenter sur les signes de cette maladie.

Lorsque son fils meurt, elle ne peut rien ressentir et n'a depuis pu verser une larme.

Elle me demande de l'aider à trouver une « association », un lieu où confrontée à d'autres comme elle, elle pourra peut-être trouver un accès à sa souffrance.

Tout était en place dans cette famille autour du désaveu de la mort et du statut particulier des affects de deuil.

Mais dans toutes les familles, dans tout le corps social, le sida a créé un point aveugle où aucun affect de deuil ne peut se vivre normalement, tant ce signifiant même produit un effet médusant.

L'intime, le privé et le public se sont rejoints pour M^{me} F. dans une conjoncture verrouillant toute possibilité d'expression ou de ressenti d'une douleur différenciée.

Le mode de transmission interroge plus que jamais sur le statut que la mort acquiert pour la pensée et pour la parole. Comment cela agit-il chez le thérapeute au point de neutraliser la neutralité en une véritable anesthésie des sources et des ressources imaginaires et affectives du langage ?

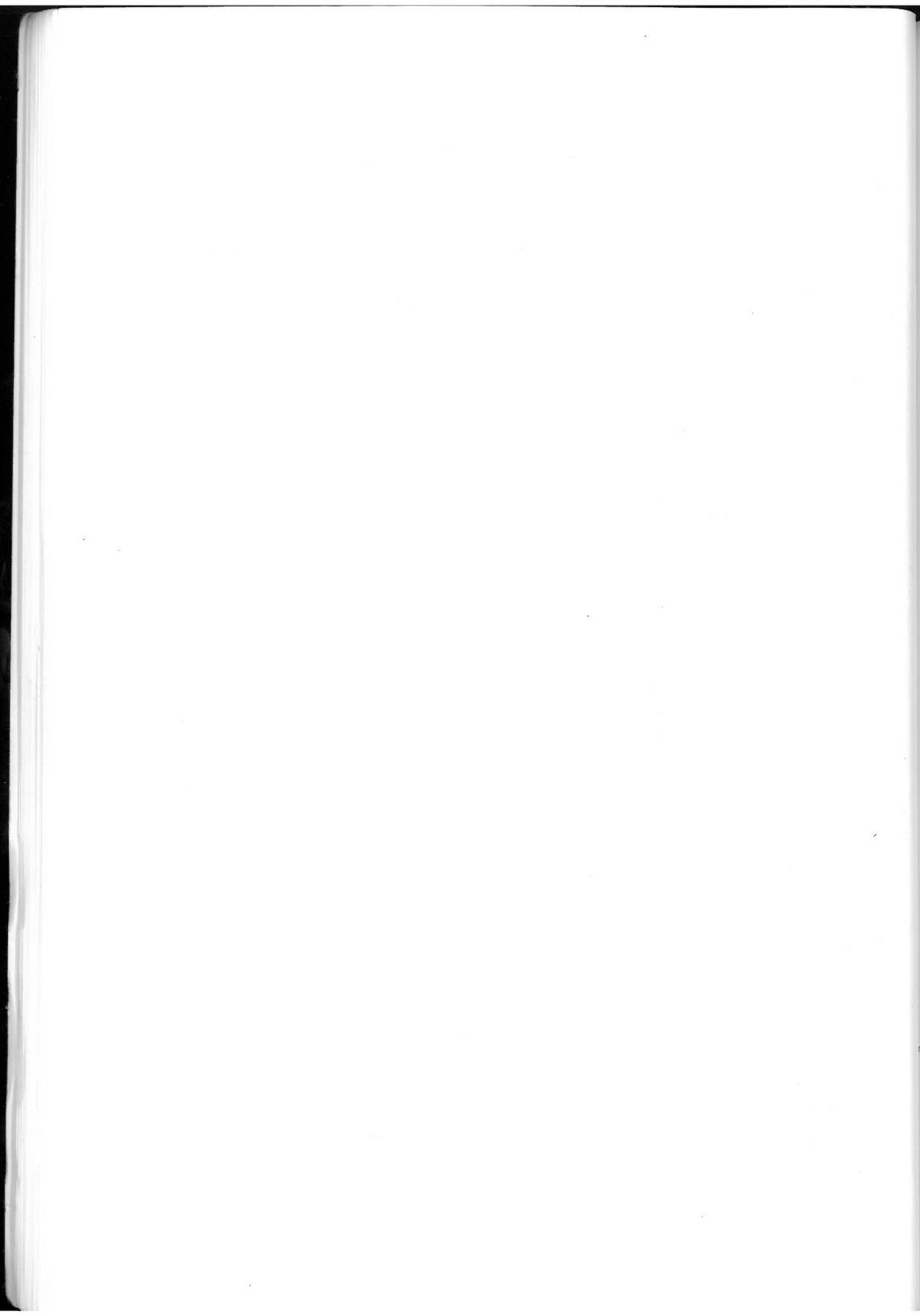
L'épidémie nous amène à repenser et à recréer dans un même mouvement logique les liens qui nous unissent à nos patients, qui unissent nos patients à leur entourage et qui nous unissent tous au discours social.

C'est seulement par l'interpénétrabilité de ces trois mouvements que nous pourrions éviter la prévalence du rejet sur le lien, ou de la mort sur la vie, dans une fascination complice.

Serge Hefez
Psychiatre, Responsable de ESPAS¹
Thérapeute familial à l'APRTF²

¹ Espace social et Psychologique d'Aide aux Personnes touchées par le Sida, 36, rue de Turbigo, F-75003 Paris.

² Association Parisienne de Recherches et de Travail avec les Familles, 8, rue Edouard-Lockroy, F-75011 Paris.



PSYCHOSOMATIQUE ET CHRONICITÉ DÉBAT AUTOUR D'UNE RECHERCHE

O. REAL DEL SARTE*

Résumé: *Psychosomatique et chronicité. Débat autour d'une recherche.* – L'objectif de cette recherche est double:

- utiliser pour la première fois le Family System Test (FAST) dans une population de jeunes adultes cancéreux et leur famille;
- mettre en évidence des patterns relationnels spécifiques à ce type de population.

Le FAST s'est révélé comme un instrument particulièrement performant pour entrer en contact avec les familles et pour mesurer deux variables essentielles de la dynamique familiale: la cohésion et la hiérarchie. Les configurations relationnelles obtenues sont à la fois semblables et différentes avec celles des familles dites « non cliniques ». Elles sont par contre clairement différentes dans leur majorité si on les compare avec celles mises en évidence par des familles cliniques (problématiques psychiatriques).

Une meilleure connaissance de la dynamique des échanges dans les familles où un membre est atteint du cancer, peut être une ressource pour l'oncologue dans la poursuite de son traitement.

Summary: *Psychosomatic and chronicity. Debate around a research.* – The impact of a cancer diagnosis upon a family has only recently become a focus of clinical and scientific interest, and only few studies have been published compared to other psychooncological investigations. The objectives of our study has been twofold: To utilize for the first time the Family System Test (FAST) in a population of families with a young adult with cancer and to document specific patterns of interaction within these families. Fifteen families have been included, and results show that the Family System Test (FAST) is a reliable diagnostic tool to measure two essential variables, namely hierarchy within the family and cohesion between its members. Second, interactions between the family members differ from those observed in families with and without a psychiatric dysfunction. We conclude, that some of the phenomena observed, such as the reversal of hierarchy within a family with a young adult with cancer, may be a normal process of family adaptation to a threatful event. Direction of future research is discussed.

Mots-clés: Cancer – Famille – Jeunes adultes – Family System Test (FAST).

Key words: Cancer – Family – Family System Test (FAST) – Young adult.

1. Présentation de la recherche

J'aimerais vous parler d'une première enquête (enquête pilote) effectuée sur la dynamique familiale des jeunes adultes cancéreux (18 à 30 ans) avec une équipe de la Division Autonome de Médecine Psychosociale (DAMPS) (Prof. P. Guex, O. Real, S. Berlie, C. Cornut, P. Reymond) au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. Mais avant de vous en livrer les premiers résultats, il me semble important de situer le contexte d'où cette recherche est partie.

* DAMPS (Prof. P. Guex, O. Real, S. Berlie, C. Cornut, P. Reymond) CHUV, Lausanne.

Au cours d'une collaboration de plusieurs années avec le Centre Pluridisciplinaire d'Oncologie (CPO) du CHUV, le Professeur P. Guex, (responsable de la DAMPS), et moi-même avons mis en évidence un type de problème concernant en particulier les jeunes adultes cancéreux (hommes ou femmes). Cette population nous a frappés par la singularité de sa problématique. Elle doit en effet affronter une situation contradictoire :

- D'une part la lutte contre la maladie avec les dépendances institutionnelles (séjour à l'hôpital, traitement) ou familiales qui en découlent (souvent retour sous le toit familial étant donné les conséquences invalidantes du traitement.) L'agenda du sujet est ainsi envahi par des contraintes qui lui sont extrinsèques et il doit négocier entre les obligations différentes qui en découlent.
- D'autre part ces patients doivent tenter de poursuivre un mouvement biologique, psychologique et social d'individuation et d'autonomisation qui est de sens contraire.

Le résultat peut en être des réactions imprévisibles et souvent contradictoires et déconcertantes pour les soignants puisqu'elles vont parfois à l'encontre de la logique des traitements.

Citons pour exemple :

- Des refus de traitement, alors que d'un point de vue médical, les résultats sont positifs, et que la rémission est envisageable.
- Des réactions dépressives paradoxales au moment d'une rémission, voire d'une guérison complète.

Notre étude pilote s'est donc adressée aux patients «jeunes adultes ou grands adolescents(es)», atteints d'un cancer, traités au moment de la recherche, ou en rémission depuis cinq ans et moins, mais régulièrement contrôlés par le CPO. Nous désirions observer leur vécu psychologique tant individuellement qu'au sein de leur famille. Il ne s'agit donc pas d'une étude prédictive qui prétendrait mettre en évidence une corrélation entre des dynamiques familiales spécifiques et l'éclosion d'un cancer chez l'un ou plusieurs membres de la famille. Il s'agit de façon plus précise et moins ambitieuse de contribuer à une meilleure compréhension de la dynamique familiale dans le contexte d'une confrontation à la maladie cancéreuse d'un de ses membres, en l'occurrence un enfant grand adolescent(e) ou jeune adulte.

Les questions suivantes se posaient :

- a) Pourrait-on trouver des co-déterminants spécifiques au niveau de la dynamique intersubjective activée par le patient avec sa famille d'origine qui soient corrélés avec la situation de malade souffrant du cancer ?
- b) Ces déterminants intersubjectifs pourraient-ils nous mettre sur la piste d'une compréhension des difficultés rencontrées par les oncologues face à la compliance au traitement de certains de ces malades ?

- c) Ces résultats pourraient-ils nous permettre de parler de certaines ressources ou au contraire de certains dysfonctionnements psychologiques et relationnels dans cette population ?

2. Méthodologie

Hypothèse 1

Le cancer est une situation stressante qui implique le sujet et toute sa famille proche. Le cancer se développe en corrélation avec des configurations d'échanges intrafamiliaux spécifiques.

Hypothèse 2

Les configurations relationnelles que nous avons mises en évidence vont nous permettre de comprendre les difficultés rencontrées par les oncologues dans leur traitement.

Pour opérationnaliser ces hypothèses, nous avons demandé à une trentaine de patients et à leur famille de participer à notre recherche. Dix ont refusé, 22 ont accepté. Pour des raisons d'homogénéité de notre échantillon, nous ne parlerons aujourd'hui que de quinze familles non divorcées ou reconstituées depuis plus de cinq ans, ayant plusieurs enfants dont l'un est le patient âgé entre 18 et 30 ans (moyenne d'âge 23 ans). Ces enfants sont domiciliés chez leurs parents ou y vivent à l'occasion du traitement. Tous ces patients sont soit en phase active de traitement chimiothérapeutique ou radiothérapeutique, soit en rémission depuis cinq ans et moins, mais toujours sous contrôle du Centre Pluridisciplinaire d'Oncologie.

L'échantillon complet (22) se compose de 11 jeunes hommes et de 11 jeunes femmes, notre échantillon restreint (échantillon expérimental de 15 familles) de 9 jeunes hommes et 6 jeunes femmes. Les familles nous étaient adressées par le CPO après une première information et un recueillement de leur consentement auprès de l'oncologue. Au cours d'un second contact soit téléphonique soit direct, le responsable de la recherche informait le patient et au moins un des deux membres du couple parental de nos objectifs et de la procédure (utilisation d'un test de déplacement de figurines et enregistrement vidéo ou audio si la famille ne désirait pas être filmée).

3. Instruments

Nous avons utilisé un outil pouvant s'appliquer tout autant au domaine thérapeutique qu'au domaine de la recherche. Utilisé dans un cadre thérapeutique, il s'est révélé fonctionner comme un véritable « objet flottant » tel que P. Caillé le définit (2). Dans le cadre de notre recherche, nous l'utiliserons plutôt dans sa dimension d'objet d'évaluation. Mon objectif serait de vous présenter succinctement cet outil,

utilisé pour la première fois dans le cadre d'une recherche en Oncologie et de vous en illustrer la pertinence dans ce contexte.

Le FAST (Family System Test) inventé dans les années 1980 par T. Gehring de l'Université de Zürich (3) est un test de déplacement de figurines élaboré pour la représentation spatiale de la cohésion et de la hiérarchie dans la famille et ses sous-systèmes (parentaux, fratrie).

Le matériel de base consiste en :

- a) Un échiquier carré de 45×45 cm divisé en 81 carrés monochromes ayant chacun 5×5 cm.
- b) En figurines très schématisées, consistant en personnages mâles et femelles de 8 cm de hauteur.
- c) En petits blocs cylindriques de respectivement 1,5 cm, 3 cm et 4,5 cm.

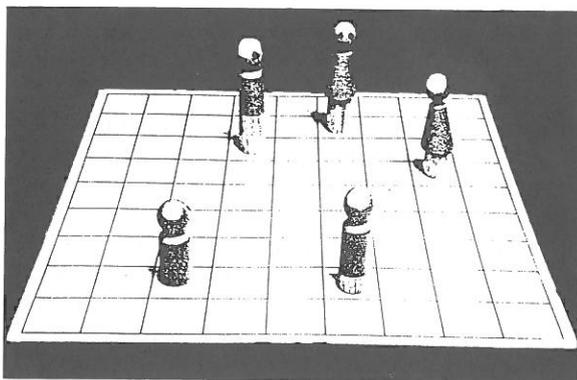


Figure 1: Représentation au FAST de la cohésion et de la hiérarchie dans une famille de cinq.

4. Procédure

Le test se passe selon deux procédures. D'abord une procédure individuelle concernant chacun des membres de la famille, ensuite une procédure impliquant toute la famille ou le groupe familial jugé pertinent pour la recherche (dans le cadre de notre recherche, nous n'avons travaillé qu'avec le père, la mère et l'enfant cancéreux).

La première question qui est posée aux sujets, tant individuellement qu'en groupe, concerne ce que nous appelons la cohésion. Nous l'énonçons de la manière suivante: «Si nous considérons cet espace quadrillé comme un espace relationnel, comment vous sentez-vous proche les uns des autres dans la famille?»

Un exemple de proximité maximum et de distance maximum est donné. Il est transmis au sujet qu'il peut utiliser n'importe quel carré de l'échiquier. L'expérimentateur soulève ensuite les figurines avec des blocs de différentes hauteurs et

explique que la position verticale exprime la capacité d'influence de chacun au sein de la famille. Nous traduisons cette dimension hiérarchique par l'expression: « Dans la famille qui a le plus son mot à dire ? » Les sujets sont informés qu'ils peuvent mettre autant de blocs qu'ils le désirent. Ces représentations de ce que nous appelons la cohésion et la hiérarchie familiales sont demandées dans deux contextes, le contexte des relations familiales habituelles typiques et le contexte des relations familiales idéales.

5. Mode de calculation des résultats

Cohésion et hiérarchie dans la famille dans son ensemble au niveau des sous-systèmes (parentaux, fratrie) sont évaluées selon trois catégories:

- basse;
- moyenne;
- haute.

La cohésion familiale est évaluée comme haute si toutes les figurines sont classées dans des carrés adjacents, elle est considérée comme moyenne si toutes les figurines sont classées dans un espace de 3×3 carrés. Autrement, la cohésion familiale est évaluée comme basse. (Barème pour une famille de trois à quatre membres. Pour des familles plus nombreuses, se référer au travail de T. Gehring.)

Pour les sous-systèmes, la procédure de mesures est la suivante: la cohésion parentale est notée haute si les deux figurines sont dans des carrés adjacents. La cohésion est moyenne si la figurine du père et la figurine de la mère sont dans des carrés situés en diagonale. La cohésion est basse s'ils sont ailleurs. La procédure de mesure pour une fratrie de deux enfants est la même. Si la fratrie est supérieure à deux enfants, alors c'est la même procédure que pour le groupe familial.

Quand une dyade père-enfant ou mère-enfant est plus cohésive que la dyade parentale alors nous parlons de coalition intergénérationnelle.

Le calcul de la hiérarchie est le résultat de la différence des hauteurs entre les figurines. La hiérarchie familiale est calculée par la différence entre le parent qui a le moins d'influence est l'enfant qui a le plus d'influence. La hiérarchie est basse si la différence est plus petite qu'un petit pion, moyenne si c'est une différence d'un petit pion ou d'un pion de taille moyenne, haute si la différence est d'un grand pion ou plus.

La hiérarchie dans les sous-systèmes parentaux et la fratrie est calculée comme basse s'il n'y a pas de différences de hauteur entre les figurines, moyenne si la différence est d'un petit pion et haute si elle est d'un pion de taille moyenne ou plus.

Les configurations relationnelles de la cohésion et de la hiérarchie sont groupées en trois types de structures relationnelles familiales dont la catégorisation a été adaptée à la spécificité de notre population de jeunes adultes:

«Balanced» (en équilibre):

Il s'agit d'une structure familiale qui est moyennement ou hautement cohésive avec une hiérarchie moyenne.

« Labile balanced » (en équilibre instable):

Il s'agit d'une structure familiale qui est moyennement cohésive mais avec une hiérarchie forte. Il peut s'agir aussi d'une structure familiale qui a une cohésion basse mais une hiérarchie moyenne.

« Unbalanced » (en déséquilibre):

Il s'agit d'une structure familiale qui a une cohésion basse avec une hiérarchie basse ou forte. Il peut s'agir aussi d'une structure familiale qui a une cohésion forte avec une hiérarchie forte.

6. Résultats

A. Constatations générales sur la représentation familiale typique du FAST de notre échantillon

Types de structures relationnelles au niveau de la représentation familiale typique du FAST (N=15)

	Pères	Mères	Patients	Groupes
B	53%	87%	80%	80%
UB	47%	13%	20%	20%

B: Structures balanced ou « en équilibre »;

UB: Structures unbalanced ou « hors l'équilibre » et labile balanced ou « en équilibre instable ». Par souci de simplification nous rangeons ces deux catégories dans une seule que nous appellerons « en déséquilibre ».

Figure 2: Tableau A.

- Dans notre population tous les membres de la famille représentent les structures familiales dans le contexte des relations typiques, actuelles, comme plus en « équilibre » (B) qu'« en déséquilibre » (UB).
- Les mères montrent significativement plus souvent de structures en équilibre que les pères et se montrent en cela significativement plus proches de leur enfant que du père.
- Il y a donc des différences significatives dans l'appréhension de la structure relationnelle de la famille entre les parents.

Si l'on compare ces résultats avec ceux obtenus au FAST sur une population clinique et non clinique (T. Gehring et D. Marti) (6) on peut dire:

- Les familles de notre échantillon montrent comme les familles non cliniques des structures relationnelles plus en équilibre qu'en déséquilibre, c'est-à-dire une

vision plus optimiste quant à la hiérarchie et à la cohésion que les familles cliniques.

- Comme dans les familles non cliniques, cet échantillon montre que les parents ne sont pas d'accord sur la vision de la famille. Dans les familles non cliniques (3) de l'échantillon de T. Gehring, ce sont les mères qui ont la vision la moins en équilibre (56%) et les pères qui ont la vision la plus en équilibre (76%) alors que dans nos familles ce sont eux (les pères) qui ont la vision la moins optimiste (53% de structures « balanced ») et les mères la vision la plus optimiste (87% de structures « balanced »).

Dans les familles cliniques, on s'aperçoit que la structure relationnelle produite diffère significativement en ce que père et mère sont d'accord pour dire que la situation est en déséquilibre et donner peu de situations en équilibre.

B. Considérations générales sur les frontières générationnelles et les renversements hiérarchiques de l'échantillon au niveau des relations typiques

Frontières générationnelles dysfonctionnelles au niveau de la représentation typique du FAST

	Pères	Mères	Patients	Groupes
RH	27%	20%	20%	0%
CL	47%	40%	47%	33%

RH: renversement hiérarchique

CL: Coalition entre les générations

Figure 3: Tableau B.

- Dans notre échantillon, on trouve un nombre significatif de renversement hiérarchiques (RH), sauf pour la passation en groupe. Il y a un nombre significatif de coalitions intergénérationnelles (CL) chez tous les membres de la famille.
- Selon les résultats produits par Gehring dans l'étude de référence précédemment citée, ce résultat est similaire à ceux que l'on trouve dans les populations cliniques (18% de renversements hiérarchiques dans les familles cliniques contre 3% dans les familles non cliniques, 38% de coalition générationnelle dans les familles cliniques contre 28% dans les familles non cliniques).

Ces résultats nous indiquent que si l'on se focalise à l'intérieur de la famille sur la triade parents-patients, on obtient des structures familiales qui rejoignent des structures en déséquilibre et nous verrons dans la discussion l'interprétation que l'on peut donner de ces résultats.

C. Constatations générales sur la représentation familiale idéale du FAST de notre échantillon

Types de structures relationnelles au niveau de la représentation familiale idéale du FAST (N=15)

	Pères	Mères	Patients	Groupes
B	87%	80%	80%	80%
UB	13%	20%	20%	20%

Figure 4: Tableau C.

- a) *Tous les membres de la famille sont d'accord pour exprimer que la famille doit être « en équilibre ».*
- b) *En conséquence le père est celui qui doit le plus changer et il montre en effet un grand désir de changement.*

Les données comparatives avec les familles non cliniques nous montrent que dans ces familles il y a un désir de changement vers plus de cohésion et moins de hiérarchie. Nous ne constatons pas cela dans notre échantillon pour le groupe familial, la mère et le patient. Par contre ce désir de changement est fortement et manifestement présent chez le père.

D. Considérations générales sur les frontières générationnelles et les renversements hiérarchiques de notre échantillon au niveau des relations idéales

Frontières générationnelles dysfonctionnelles au niveau de la représentation idéale du FAST (N=15)

	Pères	Mères	Patients	Groupes
B	0%	7%	0%	0%
UB	27%	20%	7%	7%

Figure 5: Tableau D.

Notre échantillon montre une persistance dans la configuration idéale de la coalition père/enfant ou mère/enfant. Une analyse détaillée au niveau de chaque protocole des distances et proximité père-enfant et mère-enfant indique que non seulement c'est globalement la coalition mère-fils ou fille qui domine mais encore que dans la situation idéale c'est elle qui persiste davantage que la coalition père-enfant, que l'enfant soit de sexe masculin ou de sexe féminin.

E. Considérations générales sur le sous-système parental typique de notre échantillon

*Types de structures relationnelles au niveau
de la représentation du couple parental typique du FAST (N=15)*

	Pères	Mères	Patients	Groupes
B	53%	67%	73%	73%
UB	47%	33%	27%	27%

Figure 6: Tableau E.

La relation parentale est plus souvent présentée comme en équilibre plutôt qu'en déséquilibre. C'est un résultat conforme avec ce que l'on trouve dans des familles non cliniques. Comme pour le niveau des représentations typiques de la famille, c'est le père qui a la vision la plus pessimiste des échanges au sein du couple.

E. Considérations générales sur le sous-système parental idéal de notre échantillon

*Types de structures relationnelles au niveau
de la représentation du couple parental idéal du FAST (N=15)*

	Pères	Mères	Patients	Groupes
B	73%	73%	87%	73%
UB	27%	27%	13%	27%

Figure 7: Tableau F.

Les membres de la famille représentent le couple parental idéal en équilibre. Ce résultat est là aussi conforme à ce que l'on peut trouver dans une famille non clinique. Deux phénomènes retiennent cependant notre attention:

- *Dans notre échantillon c'est le père qui veut le plus grand changement par rapport à son couple.*
- *On peut aussi remarquer que c'est l'enfant qui insiste le plus pour un fonctionnement en équilibre du couple (c'est lui qui donne le score maximum).*

G. Considération générale sur le sous-système de la fratrie typique de notre échantillon

Types de structures relationnelles au niveau de la représentation de la fratrie typique du FAST (N=15).

	Pères	Mères	Patients	Groupes
B	54%	92%	85%	62%
UB	46%	8%	15%	38%

Figure 8: Tableau G.

Les membres de la famille individuellement et en groupe montrent la structure relationnelle de la fratrie « en équilibre ». On remarquera que c'est le père qui a la vision la moins optimiste de la fratrie.

H. Considérations générales sur le sous-système de la fratrie idéale de notre échantillon

Types de structures relationnelles au niveau de la représentation de la fratrie idéale du FAST (N=15).

	Pères	Mères	Patients	Groupes
B	68%	92%	85%	54%
UB	32%	8%	15%	46%

Figure 9: Tableau H.

Il n'y a pas grand changement entre la situation typique et la situation idéale sauf du côté du père qui manifeste là aussi le plus fort désir de changement.

7. Relation du patient avec l'équipe médicale

Avant de développer cet aspect de notre enquête, il nous paraît important de rappeler qu'il ne s'agit certes pas d'opérer des généralisations à partir des résultats

d'une enquête pilote: ils sont produits à une trop petite échelle pour prétendre à autre chose que de relever une tendance qu'il s'agira de confirmer ou d'infirmier dans une recherche future.

En fin de passation, nous avons demandé au patient de nous représenter, par le biais du FAST, ses relations avec les membres des différents services médicaux qui avaient été les plus significatifs pour lui. Si l'on mesure la structure relationnelle obtenue au niveau de l'ensemble des soignants citée on voit que pour 50% d'entre eux les relations sont décrites dans des termes où la cohésion est moyenne à forte et où il n'y a que peu de hiérarchie, ce qui correspond à une structure relationnelle en équilibre compte tenu de l'âge de notre population. Si on compare ce résultat avec la description que l'on obtient du système familial par les patients, on a un pourcentage significativement différent (80% contre 50%). Si l'on ne prend que les patients en rémission complète, le score des structures en équilibre est exactement le même, mais le nombre de ces patients est trop petit (4) pour que la tendance puisse être prise en compte.

Si on se penche sur la relation avec l'oncologue, on s'aperçoit par contre que le climat relationnel est plus difficile, puisque nous ne trouvons que 23% de structures en équilibre. A côté de l'oncologue, des médecins que nous appellerons de «proximité» et qui interviennent directement sur le terrain de la maladie (ophtalmologue pour un cancer du nerf optique, infectiologue chargé de gérer les chimiothérapies ordonnées par l'oncologue, le chirurgien qui intervient directement pour enlever la tumeur...) sont parfois vécus par le patient comme plus proches de lui. Dès lors si nous choisissons à chaque fois le médecin décrit comme le plus proche du patient et occupant par rapport à lui une position hiérarchique moyenne ou basse (dans 5 cas sur les 15 patients de notre échantillon ce n'est pas l'oncologue), on obtient 57% de structures relationnelles en équilibre.

La relation avec le personnel infirmier n'est pas toujours mentionnée parmi les plus significatives: 11 patients sur 15 la citent cependant comme particulièrement significative. Parmi les 11 patients qui citent le personnel infirmier, on obtient des scores importants de structures relationnelles en équilibre: 73%. Ce pourcentage s'approche, dans le cadre de notre échantillon, avec ce que les patients situent comme relation typique avec le groupe familial: 80%. Il s'agit là encore d'une tendance qui nous confirme l'intérêt d'aller plus avant dans notre enquête et qui nous inciterait à penser que plus la relation avec le personnel médical est éthologiquement proche plus la relation avec lui emprunte des voies relationnelles similaires à celles en vigueur dans son système familial.

Et du côté de l'équipe médicale qu'en est-il de la description de sa relation aux patients et à leur famille? C'est très difficile à savoir de façon quelque peu rigoureuse, étant donné le tournus important des médecins assistants. Si l'on se réfère aux chefs de clinique et aux cadres, les quelques sondages effectués vont dans le sens d'une image très idéalisée de la cohorte de nos patients sauf pour deux cas sur 22 où un conflit par rapport à la compliance au traitement nous a été signalé. Cela voudrait-il dire que si la possibilité d'effectuer le FAST pour représenter leur relation aux patients leur était donnée, les oncologues nous donneraient des structures relationnelles proches de l'extrême positivité présentée par la mère? C'est une hypothèse que l'on peut faire, mais nous n'avons pu la vérifier, même au niveau

d'une tendance dans le cadre de cette enquête. Ce point nous semble important à prendre en compte pour le « design » d'une recherche future, dans la mesure où une attitude massivement idéalisée du patient cancéreux par l'oncologue pourrait avoir sur le médecin le même effet anesthésiant par rapport à la difficile confrontation avec des situations où il faut encore trop souvent accompagner le patient à la mort ou à de graves mutilations, confrontant ainsi le médecin à une terrible impuissance thérapeutique. Ces résultats pourraient aussi donner des pistes de compréhension sur le risque pour l'oncologue d'entrer en symétrie avec la famille et en particulier avec la mère du patient, attirant son attention sur l'importance de pouvoir créer avec le système familial un contexte de relations où la coopération plutôt que la compétition est activée. Enfin ils pourraient aider à comprendre le processus par lequel très souvent le réseau thérapeutique se constitue avec l'équipe soignante, le ou la patiente et sa mère... Le point de vue du père et de la fratrie, la reconnaissance de l'implication de chacun pourrait pourtant faciliter le bon déroulement du traitement et ménager la reprise du cycle évolutif pour le ou la patiente et sa famille.

8. Conclusion générale et discussion

Les familles de l'échantillon de notre enquête pilote montrent des structures relationnelles « en équilibre » avec une organisation des frontières intergénérationnelles peu claires. Les mères ont en général une vue plus optimiste de la situation familiale que les pères. Cette différence de perception se conserve pour les sous-systèmes parentaux et pour la fratrie. Tous les membres de la famille se retrouvent autour de l'affirmation d'un idéal commun.

Par rapport aux questions que nous nous posons en commençant notre recherche, nous avons déjà des résultats suffisamment redondants pour nous indiquer que les transactions en vigueur dans les familles de notre échantillon ne peuvent pas être qualifiées dans leur globalité de pathologiques. Certes nous avons relevé relativement souvent des frontières générationnelles peu claires. Nous avons vu qu'il s'agissait là d'un phénomène qui correspondait à la situation relationnelle actuelle pour ce qui concerne le renversement hiérarchique. Ce dernier disparaît en effet quasiment dans la considération des situations idéales. On observe par contre une notable persistance de la coalition intergénérationnelle mère-enfant dans la situation idéale. Tout se passe donc comme si devant le danger vital s'activaient, de façon puissante, des schèmes d'attachement tels que ceux décrits par Bowlby (1) dans la relation mère-enfant réclamant une grande proximité (y compris au niveau spatial) entre les partenaires. Comme Bowlby, nous ne voudrions pas pathologiser ce comportement d'attachement dont la réactivation dans le contexte de nos jeunes adultes cancéreux nous paraît adéquate. « Marquer de l'étiquette de régressif » au sens de pathologique ou tout au moins d'indésirable « le comportement d'attachement dans la vie de l'adulte est en fait ne pas tenir compte du rôle vital que ce comportement joue dans la vie de l'homme du berceau à la tombe. » Il s'agit pour nous du socle psycho-éthologique sur lequel le processus vital va tout simplement pouvoir s'appuyer et continuer. Comme notre questionnement sur les relations du

patient avec l'équipe médicale le confirme, les soins que le patient attend sont tout autant de l'ordre du support émotionnel que médical. Si le patient ne perçoit pas ce support (comme cela se passe dans une minorité des familles interviewées), alors sa solitude est immense et nous pouvons parler dès lors d'un dysfonctionnement qui nous fait penser aux familles « disengaged » de S. Minuchin (7). Le fait que dans une telle situation de stress extrême la hiérarchie et la cohésion dans la famille puissent changer nous paraît la marque des facultés adaptatives de la famille, c'est pourquoi nous proposons de parler d'**adaptation hétérarchique** (terme de W. Mc Culloch cité par D. Hofstadter (6) pour parler de systèmes cybernétiques réagissant de manière autonome en fonction des exigences de la situation présentée et non en fonction d'une hiérarchie préétablie).

Certes il ne s'agit pas de banaliser la situation des familles où il y a un cancer, les familles de nos jeunes adultes en particulier.

L'intensité de tous nos entretiens est là pour nous éloigner d'un tel point de vue. D'autre part, il est vrai que sur les 22 familles de notre échantillon complet, comme sur les 15 de notre échantillon restreint, plusieurs familles nous ont montré des patterns relationnels qui nous paraissent dysfonctionnels et que l'on pourrait approcher des typologies de familles relevées par Minuchin et Onnis (8) dans leurs études sur les familles psychosomatiques et de H. Stierlin (9) dans son étude sur les familles où un des membres souffre d'un cancer. Plutôt que d'entrer dans une discussion sur les formes de pathologie relationnelles qui concernent un quart à un tiers de notre échantillon, nous préférons rester focalisé, dans le cadre de cet exposé, sur les dynamiques relationnelles que nous avons mises en évidence. Ces dernières nous paraissent à la fois singulières et non pathologiques mais tout à fait dignes de l'intérêt et de l'attention des différents membres de l'équipe soignante.

Après avoir montré certaines singularités relationnelles de notre échantillon de patients, nous aimerions en effet terminer en attirant l'attention des soignants sur les vulnérabilités particulières de cette population. La centration hyperesthésique de la mère sur la problématique de son enfant, les plaintes du père exprimées plus dans le cadre d'un colloque individuel que face au groupe familial où elles pourraient prendre valeur d'une saine confrontation, la grande convergence des résultats produits par la mère avec ceux du patient ou de la patiente, illustrant la diminution du pouvoir du père au sein de la famille... peuvent contenir en germe les risques d'un épuisement du couple parental et l'activation de sentiments d'injustice et de victimisation. Il peut sans doute en être de même pour des raisons différentes au sein de la fratrie et si nous pouvons donner une suite à cette première enquête nous devrions davantage pouvoir intégrer le point de vue de la fratrie (convocation de tous les membres de la fratrie par exemple). Enfin pour le patient lui-même, la négociation du passage entre une situation où il est l'objet d'une centration adaptée et légitime du groupe familial à une décentration garante de la poursuite de son évolution dans la phase du cycle vital où il se trouve, au fur et à mesure de l'évolution positive de sa situation médicale, nous paraît là aussi un exercice difficile à gérer et autour duquel les soignants devraient rester attentifs et éventuellement cadrants. En définitive, notre enquête nous amène plus à soutenir dans la majorité des situations de nos familles de jeunes adultes cancéreux la légitimité d'un appui ou d'un encadrement psychologique et/ou familial plus que d'en indiquer la nécessité en fonction d'une pathologie repérée.

Par rapport aux questions que nous nous posons en commençant notre recherche, nous avons le sentiment que nos premiers résultats sont particulièrement encourageants même si nous n'avons que partiellement répondu, notamment au niveau de la spécificité du travail des oncologues avec cette population. Notre échantillon composé de familles ayant accepté de collaborer à notre travail n'est sans doute pas tout à fait représentatif des patients avec lesquels les oncologues rencontrent le plus de difficultés. Néanmoins les zones de fragilité que nous avons mise en évidence nous ouvrent à quelques pistes de compréhension. La réactivation de conduite primaire de dépendance telle que le comportement d'attachement face au danger, bien que légitime, peut être difficilement intégrable avec l'image idéale que la jeune ou le jeune adulte cancéreux peut avoir de lui-même. Les difficultés de coopération au traitement ne pourraient-elles pas être comprises comme la rééquilibration opérée par certains de ces patients(es) pour récupérer un contrôle, une maîtrise sur une réalité existentielle qu'ils sentent leur échapper, et de ce fait une reconstruction d'une image d'eux-mêmes plus proche de l'idéal propre à leur position dans le cycle vital où ils se trouvent ? D'autre part, cette situation n'est certainement pas vécue de la même façon par le jeune homme et par la jeune femme. Le retour à un lien privilégié avec la mère accompagné d'une certaine mise à distance du père retentit certainement différemment chez nos patients en fonction de leur identité sexuelle. La poursuite de notre travail de dépouillement dans le sens d'une analyse plus fine de la cohésion père-patient(e) et mère-patient(e), l'analyse plus fine de la cohésion père-patient(e) et mère-patient(e), l'analyse qualitative du contenu de tous nos enregistrements audio et vidéo, devraient nous permettre d'avancer encore dans notre questionnement. Enfin au niveau de notre échantillonnage, notre travail devrait pouvoir s'ouvrir sur une population plus nombreuse, davantage homogène au niveau d'une répartition égale des sexes, des types de cancer et du moment de la prise en charge au CPO.

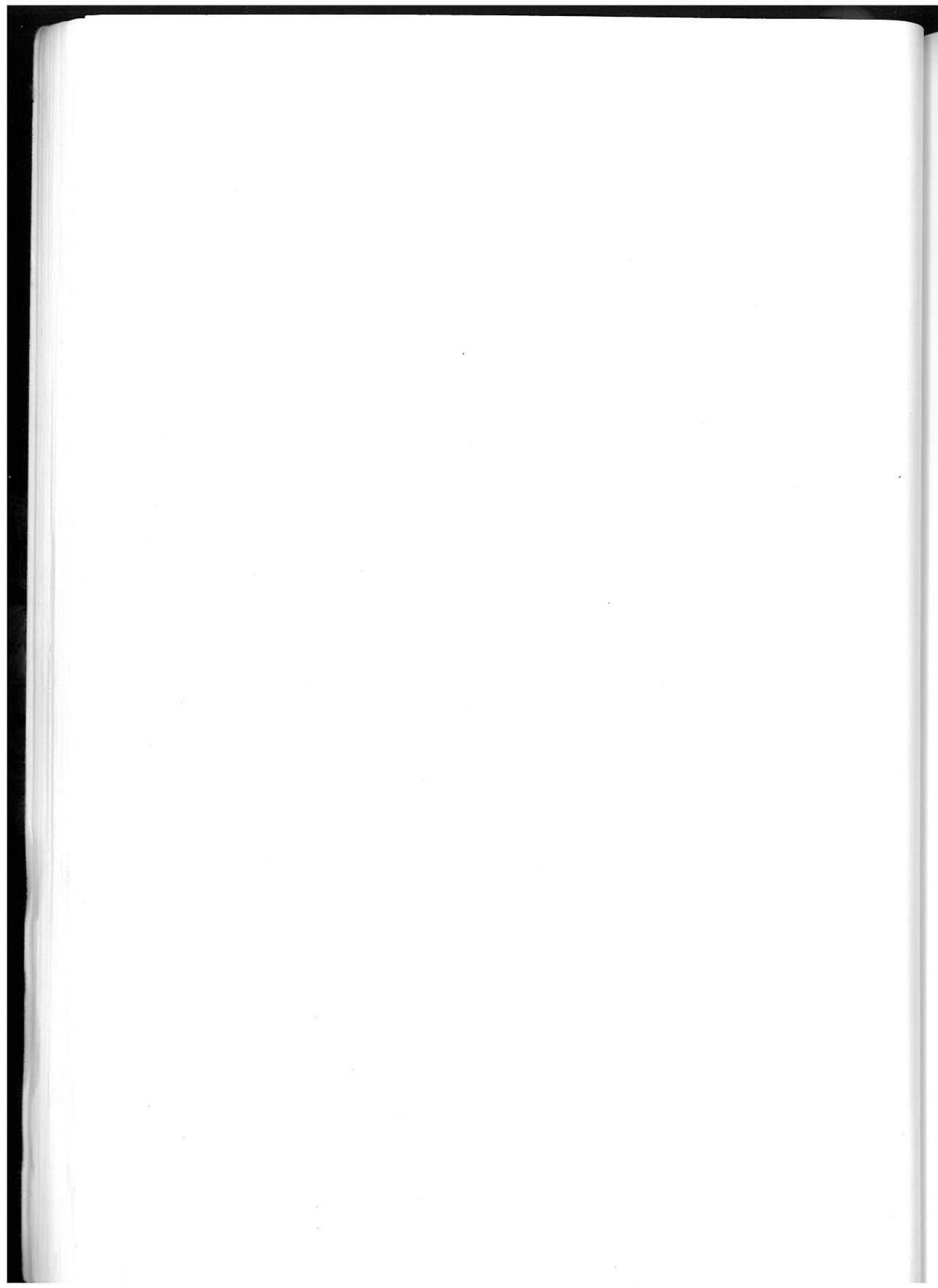
Olivier Real del Sarte
Division de médecine psycho-sociale
CHUV
CH-1011 Lausanne

BIBLIOGRAPHIE

1. Bowlby (1992): *L'attachement*, vol. 1, *Attachement et perte*, PUF, Paris (2^e édition).
2. Caillé P., Rey Y. (1988): *Il était une fois... du drame familial au conte systémique*, ESF, Paris.
3. Gehring T. (1993): *Family System Test (FAST)*, Authorized english translation by Anita Arnone Reitzle, Zurich, Switzerland. First publication in 1993 by Beltz Verlag; Federal Republic of Germany under the title of *Familiensystemtest (FAST)* Copyright Beltz Test Gesellschaft.
4. Gehring T., Marti D., Sidler A. (1994): «Family System Test (FAST): Are parents'and children's family constructs either different or similar, or both?», *Child Psychiatry and Human Development*, 25, 125-138.

5. Gehring T., Marti D. (1993): «Differences in perception of family structures between non clinical and clinical children», *J. of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 3.
6. Hofstadter D. (1985): *Gödel, Escher, Bach., Les brins d'une guirlande éternelle*, Inter Editions, Paris.
7. Minuchin S., Roseman B., Baker L. (1969): *Psychosomatic families*. Harvard University Press, Massachusetts.
8. Onnis L. (1989): *Corps et contexte, Thérapie familiale des troubles psychosomatiques*, Traduction de l'italien par L. Cabanel, ESF, Paris.
9. Stierlin H., Wirsching M., Haas B. et coll. (1986): «Médecine de la famille et cancer», *Thérapie Familiale*, 7, 1, 41-59.

Note: Au moment où nous mettons sous presse, nous apprenons la parution de la version française du FAST par T. Gehring et M. Debry copyright = «L'Application des techniques modernes SPRL», 15, Sentier Castiaux, B-1440 Braine-le-Château, Belgique, Tél./fax +32 (2) 366 97 68.



PERSPECTIVE MULTIFACTORIELLE, INTERACTIONNISTE ET DIACHRONIQUE DE L'ANOREXIE

Robert PAUZÉ¹, Brigitte CHARBOUILLOT-MANGIN²,
Frédérique SAINT-PIERRE³

Résumé: *Perspective multifactorielle, interactionniste et diachronique de l'anorexie.* – Dans le cadre de cet article, nous présentons un modèle multifactoriel, interactionniste et diachronique de l'anorexie. L'élaboration de ce modèle s'appuie sur une recension d'écrits portant sur l'identification des facteurs de risque associés à l'apparition et à l'évolution de la conduite anorexique et sur une recherche portant sur les changements vécus par les anorexiques au cours de l'année qui précède le début de leur diète.

Summary: *A multifactorial, interactionistic and diachronic perspective of anorexia.* – In this article, we present a multifactorial, interactionistic, and diachronic model of anorexia. This model is based on a review of the literature of the risks factors associated with the emergence and evolution of anorexic behaviors. This model is also based on anorexic reports of life modification, one year preceding the eating disorder.

Mots-clés: Anorexie – Systémique – Modèle explicatif.

Key words: Anorexia – Systemic – Explanatory model.

Dans le cadre de cet article, nous présentons un modèle multifactoriel, interactionniste et diachronique de l'anorexie. L'élaboration de ce modèle s'appuie sur une recension d'écrits portant sur l'identification des facteurs de risque associés à l'apparition et à l'évolution de la conduite anorexique, sur une recherche concernant les changements vécus par les anorexiques au cours de l'année qui précède le début de leur diète (Pauzé et Lacharité, 1994) et sur une expérience clinique à titre de thérapeute auprès d'une trentaine d'adolescentes et d'adolescents anorexiques et de leur famille.

Conscients que le modèle a été élaboré à partir d'une expérience clinique et de recherche limitée auprès des adolescentes anorexiques, nous n'avons pas la prétention de croire qu'il puisse rendre compte de l'ensemble des dynamiques anorexiques. Nous pensons cependant que ce modèle peut s'avérer utile pour les intervenants qui sont confrontés à ce type de situations cliniques.

¹ Psychologue et professeur agrégé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

² Psychologue, France.

³ Psychologue, Québec, Canada.

Notre démarche sera la suivante. En premier lieu, nous présenterons 1) les différents facteurs de risque qui sont associés à l'apparition et à l'évolution de la conduite anorexique, 2) les conséquences psychologiques et physiologiques résultant de la privation alimentaire, 3) une classification des anorexiques basée sur les différents profils alimentaires les plus communément observés chez ces dernières, et 4) deux modèles explicatifs systémiques récents de l'anorexie. En second lieu, nous proposerons notre modèle explicatif dans lequel nous avons tenté d'intégrer ces différentes informations en mettant l'accent sur l'aspect multidimensionnel, interactionniste et diachronique de la conduite anorexique.

I. Les facteurs de risque associés à l'apparition de l'anorexie nerveuse

1. Facteurs économiques et culturels

Selon Powdermaker (1960), dans les sociétés où l'économie était exclusivement articulée autour de la subsistance, la plus grande partie des activités concernait la production d'aliments. L'accumulation des denrées alimentaires y était considérée comme un signe de grand prestige et l'embonpoint, comme une marque de beauté et de distinction sociale chez les femmes. A l'opposé de ces sociétés, la société occidentale moderne se caractérise d'abord et avant tout par la production de biens et de services; les aliments y sont facilement accessibles. Le prestige n'est plus associé à l'obésité, mais plutôt à l'accumulation de biens.

Le rôle des femmes dans la société et les critères de beauté comme marqueur social se sont également modifiés au cours des siècles. Rimbault et Eliacheff (1989) rapportent qu'au Moyen Age, la corpulence était symbole de ventre fertile. Au XVII^e siècle, on voit s'accroître la poitrine et les fesses de la femme comme autant de symboles maternels. Le XX^e siècle valorise la renonciation aux rôles traditionnels et, dans ce contexte, la minceur des femmes symbolise l'athlétisme, une sexualité délivrée des contraintes de la reproduction, une sorte d'indépendance androgyne; elle constitue en quelque sorte un gage de reconnaissance et de réussite sociales.

A cet effet, comme le soulignent Schwartz, Thompson et Johnson (1982), on assiste depuis une trentaine d'années à une recrudescence de l'attention portée à la minceur. Par exemple, Garner *et al.* (1985) ont remarqué une augmentation de 70% du nombre d'articles traitant de la diététique dans les revues populaires entre 1969 et 1978. Qui plus est, les données épidémiologiques nous portent à croire que les nouveaux critères de beauté ont contribué à l'augmentation du nombre d'anorexiques aux Etats-Unis et en Europe au cours des dernières années. Selon les données rapportés par Strober (1986), l'augmentation de la prévalence des cas d'anorexie serait passée de 0,38 par 100 000 entre 1956 et 1958 à 1,12 par 100 000 entre 1973 et 1975 à Zurich. A New York, la situation est sensiblement la même puisqu'on observe là aussi une augmentation de la prévalence des cas d'anorexie de 0,35 par 100 000 entre 1960 et 1969 à 0,64 par 100 000 entre 1970 et 1976.

Les filles sont plus vulnérables que les garçons aux pressions sociales relatives à la minceur. A ce sujet, l'étude de Nylander (1971) révèle que 50% des adolescentes

de 14 ans se perçoivent plus grosses qu'elles ne le sont réellement et que 70% des filles de 18 ans surestiment leur poids. A l'opposé, 59% des garçons veulent gagner du poids alors que 25% d'entre eux sont plus maigres que la moyenne. Cette situation s'expliquerait, selon De Koninck *et al.* (1981), par le fait que le rapport au corps reste foncièrement différent entre filles et garçons dans notre culture. Le corps des filles serait davantage investi comme objet de séduction et de valorisation sociale.

Cependant, comme le soulignent Garfinkel et Kaplan (1986), bien qu'une grande proportion de jeunes filles soit soumise aux pressions sociales pour être minces, peu d'entre elles développent une anorexie mentale. L'anorexie se manifesterait donc principalement chez les jeunes filles plus vulnérables sur le plan psychologique.

Il faut également souligner que l'anorexie existait bien avant que la minceur soit considérée comme critère de beauté. Rimbault et Eliacheff (1989) en viennent même à se demander si l'anorexie n'a pas été un précurseur de la mode de la minceur compte tenu de la fascination que les anorexiques exercent aujourd'hui sur les femmes.

2. Facteurs sociaux

Comme le soulignent Garner *et al.* (1982), les anorexiques éprouvent des difficultés à établir des relations sociales. De façon générale, elles se sentent inférieures aux autres, incapables, insignifiantes et excessivement sensibles à l'influence d'autrui. Elles éprouvent donc plus de difficulté à s'insérer dans un groupe de pairs (Muuss, 1984) et se sentent incapables de se détacher de l'emprise familiale afin d'affronter les nouvelles réalités de la vie qui caractérisent la période de l'adolescence (Selvini-Palazzoli, 1978). De plus, selon Bruch (1973) et Pauzé et Lacharité (1994), elles tombent souvent dans l'isolement au cours de l'année qui précède le début de la maladie. Dans ce contexte, la minceur, par l'intérêt qu'elle suscite, représente pour elles un atout possible pour faciliter leur insertion sociale.

Selon Garner *et al.* (1982), la peur de l'engagement relationnel et du contrôle des autres sur elles entraîne les anorexiques à saboter la relation thérapeutique au début du traitement. Ainsi, vont-elles parfois accélérer leur perte de poids et la fréquence de leurs vomissements dès les premières semaines du traitement. Selon Garner *et al.* (1982), ces anorexiques préfèrent se faire rejeter rapidement à cause de leurs comportements plutôt que d'être rejetée plus tard à cause de leur incompétence. Cependant, il ne faut pas oublier que leur méfiance à l'égard des thérapeutes se nourrit parfois du fait qu'elles les perçoivent comme des alliés des parents, comme des personnes susceptibles de tout mettre en œuvre pour freiner leur projet.

3. Facteurs familiaux

Une étude menée par Minuchin, Rosman et Baker (1978) a permis d'identifier quatre caractéristiques des familles des adolescentes anorexiques soit l'**enchevêtrement**, l'hyperprotection, la rigidité des modèles relationnels et l'évitement des

conflits. L'enchevêtrement fait référence à une forme extrême de proximité et d'intensité dans les interactions familiales. Les frontières entre les sous-systèmes sont mal définies et facilement franchies avec, par conséquent, une confusion des fonctions et des rôles. De plus, l'autonomie et la différenciation des membres de la famille sont pauvres. **L'hyperprotection** se manifeste par le fait que chacun des membres de la famille est très concerné par le bien-être des uns et des autres. Tous sont hypersensibles aux signes de détresse et aux indices de tension et de conflit. Dans ces familles, les parents hyperprotecteurs retardent le développement de l'autonomie de leurs enfants. **La rigidité des modèles relationnels** se manifeste par une extrême résistance aux changements. Ces familles ont beaucoup de difficulté à affronter les stress provenant soit de l'intérieur ou de l'extérieur de la famille. Enfin, **la menace des conflits** est contrée par la mise en place de mécanisme d'évitement visant à cacher les désaccords afin qu'ils restent latents et n'explorent jamais ouvertement.

Une enquête réalisée par Prégent (1988) auprès de jeunes filles anorexiques nous apprend que ces dernières décrivent leur famille comme dépourvue de chaleur affective; l'expression des émotions y est interdite et la performance est une condition préalable aux marques d'affection. MacLeod (1981) observe également que ces familles exercent souvent des pressions pour que leurs jeunes filles réussissent sur le plan scolaire. Toujours selon Prégent (1988), cet environnement familial est jugé surprotecteur; il laisserait peu de place à l'exercice de l'autonomie et à l'affirmation de la personnalité des adolescentes. Dans le même ordre d'idées, Garner, Garfinkel et Bemis (1982) estiment qu'en cachant ou en niant leurs problèmes, les parents contribuent au fait que les anorexiques prennent difficilement conscience de leurs propres sentiments et émotions. Les parents feraient donc preuve d'une méconnaissance de la réalité tant pour eux-mêmes que pour leurs enfants (voir Selvini, 1995).

Une étude réalisée par Kalucy, Crisp et Hardin (1977) auprès de 56 cas d'anorexie a permis de mettre en évidence d'autres caractéristiques de ces familles. Les auteurs notent d'abord que dans 23% des cas, les membres de ces familles partagent certaines préoccupations à l'égard de leur poids, de l'apparence physique, des conduites alimentaires et de l'activité physique. Selon les données recueillies, il ressort également que 40% des parents ont peu ou pas de rapports sexuels. Cette difficulté est souvent étouffée et compensée par des activités domestiques et occupationnelles non sexualisées. De plus, il semble que l'apparition de la conduite anorexique chez l'adolescente permette d'éviter d'affronter cette difficulté. Enfin, il apparaît que dans certaines de ces familles, les contacts physiques et sexuels sont si fortement réprimés que le développement normal de l'adolescente s'en trouve entravé. Les chercheurs notent également que différents événements affectant l'équilibre familial précèdent l'apparition de la conduite anorexique. Parmi les plus fréquents, notons le décès (16%) ou le départ (34%) d'un membre de la famille, la séparation effective (7%) ou envisagée (34%) des parents, la maladie d'un des membres de la famille (21%), l'apparition de conduites agressives chez un des membres de la fratrie (18%) ou le mariage d'un des membres de la fratrie (13%). Enfin, il ressort que les adolescentes anorexiques ont une relation fusionnelle soit avec leur mère (39%), soit avec leur père (25%) ou avec les deux parents (13%).

De plus, elles entretiennent parfois des relations conflictuelles avec leur mère (11%), avec leur père (20%) ou avec les deux parents (4%).

Enfin, l'étude de Strober (1984) nous apprend que le début du régime est souvent associé à une augmentation des conflits entre les parents, à la maladie sérieuse de l'un d'eux ou à l'absence plus fréquente du père de la maison.

En conclusion, les auteurs observent que bien que les familles d'anorexiques ne présentent pas toutes ces différentes caractéristiques, elles ont malgré tout comme dénominateur commun de ne pas préparer adéquatement les enfants à affronter l'adolescence.

4. Facteurs psychologiques

Différents facteurs psychologiques sont associés à l'apparition de la conduite anorexique. Les principales conclusions de notre recension d'écrits sont les suivantes:

- L'anorexie serait une manœuvre adaptative chez les filles ayant une peur intense des changements biologiques associés à la maturité (Crisp, 1980).
- L'anorexie peut être considérée comme une conduite exprimant une peur de l'obésité, peur qui ne diminue pas, même s'il y a perte de poids (Halmi, 1975, dans Grant *et al.*, 1986). Selon Garner *et al.* (1982), la peur de grossir reflète la peur de devoir affronter les demandes liées à l'adolescence et aux changements biologiques.
- L'anorexie serait directement liée à une faible estime de soi (Bruch, 1973). Les anorexiques se perçoivent incompetentes dans leur performances personnelles et sociales. La perte de poids viserait donc à éliminer ce doute.
- L'incapacité de ces jeunes filles à fonctionner de façon indépendante est attribuable à un sentiment d'incompétence, à une inhabileté à faire confiance à leurs propres expériences, à une dépendance trop forte à leur famille et à une peur des changements biologiques (Garner *et al.*, 1982).
- La peur de faire face à des événements potentiellement non prédictibles les amène à privilégier un contrôle rigide de leur environnement et à entretenir des pensées obsessionnelles et superstitieuses (Garner *et al.*, 1982).
- Sloan et Leichner (1986) ont observé que 9 patients sur 23 ont rapporté des agressions sexuelles passées ou présentes ou un inceste. Dans ces cas, l'anorexie serait considérée comme une tentative d'éviter d'autres contacts sexuels non désirés.

De façon générale les anorexiques présentent un déficit dans l'acquisition des bases nécessaires au développement d'un sentiment de compétence et d'autonomie (Bruch, 1973). La recherche de la minceur constitue en quelque sorte une façon de combler leurs besoins de sécurité et de pouvoir, ainsi qu'une défense contre l'insécurité, l'incapacité et l'impuissance (Selvini-Palazzoli, 1978; Bruch, 1973). Dans le même ordre d'idées, Selvini (1978) considère que le rejet de la nourriture est une clé magique pour un plus grand pouvoir et une recherche de liberté, de beauté,

d'intelligence et de moralité et, selon Prigent (1988), la perte de poids serait un signe de victoire sur leur corps et sur leur entourage. Enfin, la fierté et le plaisir de pouvoir réaliser quelque chose de très difficile ainsi que l'attention qu'on leur porte constituent deux éléments renforçant la poursuite du régime (Bruch, 1973). D'ailleurs, plus la maladie progresse, plus les anorexiques sont persuadées que la maigreur les rend supérieures, extraordinaires et dignes d'intérêt (Bruch, 1973).

5. Influence relative de ces différents facteurs de risque

Les différents facteurs pouvant être associés à l'apparition de la conduite anorexique ne sont pas d'égale importance. Certains exercent manifestement une influence directe sur l'apparition de cette conduite alors que d'autres ont une influence plutôt indirecte. Par exemple, les facteurs économiques et culturels peuvent être considérés comme des facteurs de risque environnementaux ayant une influence indirecte sur l'apparition de la conduite anorexique. Les facteurs sociaux (isolement social) et familiaux (enchevêtrement, surprotection, rigidité des modèles relationnels, évitement des conflits, méconnaissance de la réalité) exercent, quant à eux, une influence plus directe sur l'apparition de la conduite anorexique. Enfin, il apparaît clairement que les caractéristiques psychologiques de ces adolescentes ont une influence déterminante sur l'apparition de ce symptôme.

Ajoutons également que ces différents facteurs sont reliés et s'influencent réciproquement. Par exemple, une vie de couple insatisfaisante peut amener des parents à surinvestir la relation qu'ils entretiennent avec leurs enfants et à éviter d'aborder leurs désaccords. Ceux-ci deviennent donc leur principal centre d'attention ce qui contribue à entraver le développement de leur compétence et de leur autonomie et à faire en sorte que ces enfants soient mal préparés à faire face aux nouvelles exigences liées à l'entrée dans l'adolescence. Dans ce contexte, l'apparition de la conduite anorexique chez l'une des adolescentes de la famille peut, de façon circulaire, réactiver le conflit entre les parents et accroître l'intrusion de ces derniers dans la vie de l'adolescente ce qui peut contribuer à nouveau à renforcer davantage l'attitude anorexique, ainsi de suite.

II. Les conséquences de la privation alimentaire

Notre recension des écrits nous a également permis de réaliser que la privation alimentaire prolongée a des conséquences tant sur le plan psychologique que physiologique. Ainsi, l'étude de Keys *et al.* (1950, dans Garner *et al.*, 1985) auprès de 36 jeunes militaires placés dans un contexte de sous-alimentation nous apprend, entre autres, que les sujets sont davantage préoccupés par les aliments, qu'ils sont enclins à la dépression, à l'irritabilité, à la nervosité et à l'apathie, qu'ils ont tendance à s'isoler, qu'ils éprouvent une perte d'appétit sexuel, qu'ils ont du mal à se concentrer, une moins bonne compréhension et un jugement moins sûr. La sous-alimentation a donc un impact sur le comportement général d'un individu. Or, comme le souligne Mitchell (1986), bien qu'il y ait plusieurs similitudes entre la

conduite anorexique et celle des personnes confrontées à la sous-alimentation, il ne faut pas oublier que ces dernières ne développent pas une peur intense de la nourriture, une distorsion de leur image corporelle et une habileté à supprimer leur sensation de faim qui sont autant de caractéristiques propres aux anorexiques.

La privation alimentaire accentuerait également certains traits obsessionnels chez les adolescentes anorexiques (Holden, 1990). Ainsi, au début de leur régime, elles exercent en effet un contrôle strict sur leur alimentation, mettant en place toute une série de conduites alimentaires ritualisées. Progressivement, ce contrôle se généralise à l'ensemble de leurs conduites. Rien ne doit être laissé au hasard ! Qui plus est, elles vont également chercher à éviter toute situation susceptible de les perturber. Ainsi, s'isoleront-elles de plus en plus socialement.

La privation alimentaire provoque aussi certains changements sur le plan physique. L'étude de Bennet *et al.* (1982, dans Garner *et al.*, 1985) a, à cet effet, permis de démontrer que le métabolisme basal s'adapte à la diminution d'apport calorique. Par conséquent, les privations prolongées prédisposent l'organisme à regagner plus de poids qu'il n'en a initialement été perdu (Wooley et Wooley, 1980). De plus, selon Brunzell (1986), le fait de maintenir un poids inférieur au poids normal stimule l'activité d'une enzyme située dans les cellules adipeuses (la lipoprotéine lipase). Cette enzyme favoriserait un gain de poids très rapide dès que la consommation alimentaire redevient normale. La combinaison de ces deux mécanismes régulateur fait en sorte que les anorexiques éprouvent, avec le temps, de plus en plus de difficulté à perdre du poids et à maintenir un poids inférieur à leur poids idéal. De plus, elles sont de plus en plus susceptibles de prendre rapidement du poids dès que leur consommation alimentaire s'améliore.

III. Hétérogénéité de l'anorexie nerveuse

Enfin, notre recension des écrits nous a permis d'identifier certaines différences entre les anorexiques restrictives et les anorexiques boulimiques (Casper *et al.*, 1980; Garfinkel *et al.*, 1980). Ces dernières, qui représentent de 30 à 50% des anorexiques, sont plus impulsives; elles auraient une plus forte propension à consommer de l'alcool ou de la drogue, à voler, à se mutiler, à être actives sexuellement. Plus que les anorexiques restrictives qui vivent le régime comme une occasion d'exercer du pouvoir sur leur corps, les anorexiques boulimiques souffrent de faim et supportent difficilement la sous-alimentation. Enfin, les anorexiques boulimiques ont une relation plus négative avec leur père et présentent un plus haut niveau de détresse. Ce groupe est également plus difficile à traiter et présente un moins bon pronostic.

IV. Présentation de deux modèles systémiques de l'anorexie

De plus en plus de chercheurs dans le champ de la systémique insistent sur l'importance de prendre en considération une multiplicité de niveaux du réel dans la lecture des désordres psychosomatiques comme celui de l'anorexie (Selvini-

Palazzoli *et al.*, 1990; Martin, 1990; Onnis, 1989; Selvini, 1987). Deux des modèles explicatifs récemment publiés ont retenu notre attention; il s'agit du modèle proposé par Selvini-Palazzoli *et al.* (1989, 1990) et de celui de Martin (1990). Le premier met particulièrement l'accent sur l'évolution du jeu familial qui précède le début de la maladie et le second porte plus spécifiquement sur l'interaction entre les multiples variables socio-familiales, psychologiques et physiologiques en cause lorsque la maladie est installée. Le modèle explicatif que nous proposons plus loin s'inspire, en partie, de ces deux modèles.

1. **Selvini-Palazzoli *et al.* (1989, 1990)**

Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini et Sorrentino (1990) retiennent parmi les principaux facteurs associés à l'apparition de la conduite anorexique, des facteurs socio-économiques (l'abondance de la nourriture), socioculturels (la mode de la minceur chez les filles) et sociofamiliaux (la position de centralité des enfants dans les familles modernes ainsi que la prolongation de la phase de dépendance des enfants à l'égard des parents). Cependant, selon ces auteurs, le jeu des relations familiales caractérisant les familles des anorexiques n'est pas un facteur associé mais plutôt un facteur étiologique de l'anorexie. Le modèle qu'ils proposent concerne donc plus spécifiquement l'évolution de ce jeu familial.

Dans leur article intitulé «Le processus anorexique dans la famille: un modèle en six phases comme guide pour la thérapie individuelle», Selvini-Palazzoli et Viaro (1989) émettent l'hypothèse que «l'apparition d'un comportement anorexique est liée à une évolution spécifique des relations familiales – par exemple, un abandon, un volte-face – à laquelle la patiente réagit et contribue activement en même temps» (p. 119). Le jeu familial en cause prendrait sa source dans la relation qui s'établit entre le père et la mère, relation au sein de laquelle chaque parent provoque constamment l'autre sans jamais obtenir une réponse appropriée. Ainsi observe-t-on assez invariablement une femme revendicatrice envers son mari concernant non pas ses propres exigences mais plutôt ses devoirs de bon père envers la famille. Le père, lui, se soustrait aux revendications de sa femme en lui opposant une définition différente de ses mêmes devoirs et en refusant la sienne. Chaque membre de la famille se trouve alors engagé dans une impasse (phase 1). De façon précoce, la future anorexique s'implique dans le jeu des parents en s'identifiant à la mère (type A) ou au père (type B). Etablissant une relation privilégiée avec l'un ou l'autre de ses parents, elle en arrive à occuper une position privilégiée dans la famille (phase 2). Et voilà qu'elle découvre que son parent allié détourne son attention vers quelqu'un d'autre. La perception qu'elle a de son père change alors de façon abrupte, ce qui l'amène même à se rapprocher encore davantage de lui. Elle se sent unie à lui en tant que victime, comme lui, d'une femme fausse et mesquine (phase 3). C'est pendant cette période d'intense malaise relationnel qu'a lieu l'avènement du régime. L'adolescente déteste l'idée de ressembler de quelque façon que ce soit à sa mère. Le régime amaigrissant est à considérer comme un défi, une tentative de protestation muette envers sa mère et un rejet de celle-ci. L'apparition du symptôme procure à la jeune fille un pouvoir extraordi-

naire. Il lui permet de retrouver un statut privilégié dans la famille. Contrairement à ses attentes, la réduction de la prise de nourriture renforce les jeux parentaux et par conséquent son implication. La mère est alors souvent tentée d'intervenir dans le régime de sa fille selon son habitude à se mêler de tout. L'adolescente entre alors en opposition de plus en plus grande envers sa mère... ce qui l'amène à manger de moins en moins ! Cette grève de la faim se trouve souvent renforcée par l'attitude du père qui se montre indécis et incapable de suivre son exemple en s'opposant, lui aussi, à la mère. Pourquoi son père n'accepte-t-il pas de s'allier à elle contre la mère ? Pourquoi choisit-il de ne pas compromettre la relation conjugale ? Elle est déçue du fait que le père ne fait rien pour s'emparer du leadership qu'elle lui offre (phase 4). Elle se sent alors trahie par lui. Ses sentiments à l'égard de son père se transforment en rancœur puis en désespoir et en mépris. Elle réduit à nouveau sa prise de nourriture jusqu'à des extrêmes absurdes. « C'est la seule façon pour elle d'amener sa mère à se soumettre, et de montrer à ce déserteur poltron de père jusqu'à quel point sa fille peut aller » (p. 123) (phase 5). Progressivement, l'anorexique découvre l'in croyable pouvoir que lui procure son symptôme. Elle occupe, grâce à son symptôme, une position centrale dans la famille. Cependant, avec le temps les différents membres de la famille apprendront à utiliser ce symptôme pour influencer indirectement le comportement d'une troisième personne. Nouvel élément dans le jeu familial, le symptôme en vient progressivement à se cristalliser (phase 6).

Les principales contributions de Selvini-Palazzoli *et al.* (1989, 1990) résident dans la description du jeu typique des familles d'anorexiques ainsi que dans la démonstration que le symptôme anorexique revêt à la fois une fonction individuelle et familiale. Cependant, nous pensons qu'à porter uniquement l'attention sur le jeu relationnel dans la famille, ce modèle laisse dans l'ombre les dimensions sociales, psychologiques et physiologiques associées à l'apparition et à l'évolution de la conduite anorexique.

2. Martin (1990)

Dans un article intitulé « The relevance of a systemic model for the study and treatment of anorexia nervosa in adolescents », Martin (1990) propose un modèle structural et cybernétique de la conduite anorexique. Selon ce modèle, différents niveaux systémiques doivent être pris en considération pour comprendre le maintien et l'aggravation de la conduite anorexique. Il s'agit de niveaux intrafamilial, sociofamilial, psychologique et physiologique. Martin (1990) met plus spécifiquement l'accent sur l'identification des boucles de rétroactions positives, récurrentes, non adaptatives entre ces différents niveaux systémiques. Ce modèle vise davantage à décrire comment ces différents niveaux systémiques interagissent lorsque la conduite anorexique est installée. Ainsi, contrairement à Selvini-Palazzoli *et al.* (1989, 1990), le modèle présenté par Martin (1990) ne tente pas d'expliquer comment la conduite anorexique voit le jour mais plutôt comment elle se maintient et s'aggrave au fil du temps.

Niveau intrafamilial

La surprotection des parents et leurs conduites inadéquates constituent une entrave au processus d'autonomisation des enfants et contribuent au renforcement de

la conduite anorexique. A son tour, la conduite anorexique fait croître la tension dans la famille ainsi que la tendance sur-protectrice des parents. Parallèlement, la capacité de la famille à résoudre ses problèmes va en s'amenuisant. Ce circuit de boucles de rétroactions positives récurrentes contribue à renforcer la conduite anorexique.

Niveau sociofamilial

L'isolement social progressif des familles qui ont une adolescente anorexique amènerait leurs membres à fonctionner de plus en plus repliés sur eux-mêmes ce qui les prive de rétroactions correctives pouvant être apportées par les amis et les différents membres de la communauté. La conduite anorexique devenant de plus en plus pathologique, le repli sur soi de la famille s'accroît et les modèles relationnels décrits précédemment s'intensifient et se rigidifient. Ce circuit de boucles de rétroactions positives récurrentes contribue également à renforcer la conduite anorexique.

Niveau psychologique

Le refus de s'alimenter peut être envisagé comme une conduite adaptative initiale pour faire face à des événements stressants. Cependant, chez les anorexiques plus jeunes, cette conduite adaptative risque d'être renforcée par certaines règles familiales qui interdisent l'expression de ce qui ne va pas. Dans ce contexte, l'adolescente peut alors éprouver des difficultés à prendre conscience de ses pulsions, de ses sentiments et de ses désirs. Cette situation, combinée avec les conséquences de la malnutrition, produit un autre circuit de boucles de rétroactions. Plus elle est envahie par ses sentiments et ses sensations physiques, plus elle doit nier leur existence. Qui plus est, plus leur existence est niée, plus ils deviennent intenses. Les effets de ce circuit de boucles de rétroactions sur l'adolescente sont de trois ordres: 1) la peur de perdre le contrôle de ses émotions, 2) une distorsion de l'image corporelle, et 3) le renforcement de la pensée littérale et concrète souvent observée chez les anorexiques.

Niveau physiologique

Le fonctionnement du système endocrinien de l'anorexique joue également un rôle dans le maintien et l'aggravation de la conduite anorexique. En effet, la malnutrition provoque une réduction du niveau des gonadotropines qui jouent un rôle important dans le développement des caractéristiques sexuelles des adolescentes et agissent comme stimuli pour l'entrée dans le monde de l'adolescence. Cette réduction des hormones sexuelles entraîne chez l'anorexique le sentiment d'être différente de ses pairs, impression qui renforce à son tour les conduites anorexiques de l'adolescente qui à leur tour réduisent la production d'hormones sexuelles.

Sur le plan physiologique, il est suggéré que l'inhabileté à convertir les hormones thyroïdiennes T4 en T3 constitue un mécanisme homéostatique en réponse à la malnutrition: cette inhabileté favorise une réduction du métabolisme de l'anorexique. Sur le plan personnel, l'hypométabolisme contribue à son tour à ce que

l'anorexique se sente moins bien physiquement ce qui renforce sa conduite anorexique.

L'intérêt de ce modèle explicatif est de montrer comment les différentes catégories de facteurs associés à la conduite anorexique contribuent au maintien et à l'aggravation de cette conduite. La présentation successive de ces catégories de facteurs permet également d'identifier différentes cibles d'intervention possibles. Cependant, ce modèle ne permet pas de rendre compte de comment et dans quel contexte la conduite anorexique voit le jour.

V. Modélisation de la conduite anorexique

La modélisation de la conduite anorexique que nous présentons ici vise à intégrer l'ensemble des informations que nous avons présentées dans la première partie de cet article. Cette modélisation s'inspire à la fois du modèle biopsychosocial de Engel (1980), du modèle cybernétique de Martin (1990), du modèle systémique diachronique de Selvini-Palazzoli *et al.* (1989, 1990) et de l'idée d'économie de souplesse de Bateson (1980).

Au modèle biopsychosocial de Engel (1980), nous avons emprunté l'idée de l'organisation hiérarchique des multiples niveaux de la réalité. Chaque niveau (physique, psychologique, familial, social et culturel) y possède sa propre identité, ses propriétés et ses caractéristiques distinctives, et constitue en même temps un élément d'un système plus vaste. Autrement dit, chaque niveau est à la fois un tout et une partie d'un tout plus vaste.

Au modèle cybernétique de Martin (1990), nous avons emprunté l'idée que des boucles de rétroactions positives et négatives récurrentes, non adaptatives entre ces niveaux systémiques contribuent au maintien et à l'évolution de la conduite anorexique.

En accord avec le modèle systémique diachronique de Selvini-Palazzoli *et al.* (1989, 1990), nous croyons également que l'étude de la conduite anorexique ne peut pas seulement être abordée sous l'angle transversal mais également sous l'angle longitudinal. Ainsi, l'anorexie sera envisagée comme une conduite multidéterminée qui évolue dans le temps et qui se nourrit du contexte relationnel.

Enfin, à Bateson (1980), nous avons emprunté l'idée d'économie de souplesse. Selon cette théorie, il est primordial de prendre en considération l'ensemble des changements auxquels fait face un individu dans la période qui entoure l'apparition d'une conduite symptomatique. En effet, chaque changement auquel nous sommes confrontés peut constituer une source de tension qui épuise notre économie de souplesse (notre capacité d'adaptation) et augmente notre vulnérabilité face à toute nouvelle demande. Selon ce point de vue, les différents changements auxquels l'adolescente a été confrontée dans la période qui précède le début de son anorexie ont altéré sa capacité d'adaptation et favorisé l'apparition de cette conduite.

Dans les pages qui suivent, nous présentons notre conception de la conduite anorexique et nous tentons de montrer comment les facteurs culturels, sociaux, familiaux, psychologiques et physiologiques associés à la conduite anorexique interagissent et coévoluent.

Evolution de la conduite anorexique

Prise de décision d'entreprendre un régime

Au départ, ces adolescentes ne décident pas de devenir anorexiques bien que certaines d'entre elles disent être devenues anorexiques après avoir visionné un documentaire ou un livre ou un article traitant de ce sujet. Généralement, leur objectif initial est de perdre quelques kilos qu'elles estiment superflus. Fait à remarquer, la majorité d'entre elles ont un poids normal au moment où elles décident de se mettre au régime.

Présence de facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque directs et indirects associés à cette prise de décision d'entreprendre un régime sont les suivants: d'une part, ces jeunes filles vivent dans un contexte culturel et familial dans lequel la minceur est souvent une source importante de préoccupation et de valorisation et, le surplus de poids, une source possible de mépris social, d'humiliation et de marginalisation (facteur de risque indirect); d'autre part, la décision d'entreprendre un régime semble être une réponse à un événement ou à la combinaison de certains événements stressants survenus au cours des derniers mois. Les événements les plus souvent mentionnés par les adolescentes que nous avons rencontrés dans le cadre de notre travail clinique et dans celui de notre recherche sont les suivants:

1. Le début des relations avec les garçons

Soit que leurs amies commencent à s'intéresser aux garçons et à les fréquenter, soit qu'elles fréquentent pour la première fois une école mixte. Dans l'une ou l'autre de ces situations, le début des relations avec les garçons constitue pour elles une grande source d'inquiétude. Seront-elles à la hauteur? Pourront-elles leur plaire? La peur de décevoir est tellement importante qu'elles préfèrent s'isoler plutôt que d'être rejetées ou ridiculisées. En perdant du poids, elles espèrent se mettre à l'abri du rejet et de l'humiliation.

2. Une première relation amoureuse décevante

Soit que leur premier copain a jeté son dévolu sur une autre fille, ce qui prouve qu'elles ne sont vraiment pas à la hauteur. En perdant du poids, elles espèrent améliorer ce qui a peut-être fait défaut, c'est-à-dire leur corps.

Soit qu'il s'est avéré un peu trop entreprenant sur le plan sexuel, ce qui les a complètement fait paniquer. En maigrissant, elles cherchent à remettre à plus tard l'expérience sexuelle. Une des adolescentes anorexiques que nous avons connues nous a dit à ce sujet qu'elle avait entrepris un régime dans le but d'être la plus parfaite possible sur le plan physique et, par le fait même, de pouvoir être en mesure de choisir un garçon qui saurait attendre après le mariage avant d'avoir des relations sexuelles.

3. Effritement du réseau social

Dans certains cas, un déménagement, un changement d'école ou la perte de contact avec les amies très proches a pour effet qu'elles se retrouvent soudaine-

ment isolées socialement. Se sentant démunies devant le fait de devoir créer de nouveaux contacts, elles peuvent décider de perdre du poids en espérant que cela facilitera leur insertion dans un réseau social.

4. Changement de configuration du groupe familial

Certains changements dans la configuration familiale – le départ d'un frère ou d'une sœur de qui elles sont particulièrement proches, le séjour prolongé d'un parent ou d'un(e) ami(e) dans la famille, la présence ou l'absence accrue d'un des parents à cause d'un changement au niveau du travail, le sentiment d'être abandonnées par le parent préféré qui se lie dorénavant à quelqu'un d'autre dans la famille – peuvent faire en sorte qu'elles développent le sentiment de perdre leur place dans la famille. Ce changement de configuration familiale aura d'autant plus d'impact que ces adolescentes sont très isolées socialement. Le fait de commencer à se sous-alimenter constitue dans ce contexte une stratégie pour reconquérir la place perdue dans la famille.

5. La grève de la faim

L'entrée dans l'adolescence amène certains parents à rigidifier leur contrôle sur les allées et venues et les fréquentations de leurs enfants. Des règles familiales trop strictes peuvent parfois entraver le processus de différenciation d'avec la famille et l'insertion des adolescentes dans un groupe d'amis(es). Cette attitude inébranlable des parents crée un contexte favorable à des conflits familiaux aigus. L'intransigeance des parents peut amener certaines adolescentes à opter pour la grève de la faim.

6. La hantise de l'obésité

Pour certaines adolescentes, le fait de vivre dans une famille au sein de laquelle plusieurs personnes sont obèses et/ou sont sans cesse au régime, constitue un contexte dans lequel le surplus de poids devient un objet de hantise. Il en est de même pour les jeunes filles qui évoluent dans des milieux où la minceur est incontournable, par exemple, chez les gymnastes, les danseuses. Celles-ci doivent à tout prix éviter de prendre du poids pour ne pas risquer d'être déclassées et perdre ainsi leur statut. Quand ces deux facteurs sont combinés, la peur de devenir obèse prend une importance démesurée.

7. Une réponse d'adaptation à une agression sexuelle

Certaines anorexiques que nous avons connues ont entrepris de perdre du poids à la suite d'une agression sexuelle. L'objectif visé est alors de se purifier.

8. Les changements physiques soudains associés à la puberté

Certaines jeunes filles vivent dans des familles où la sexualité est perçue comme dégradante et répugnante. En stoppant leur maturité physique, elles souhaitent conserver leur intégrité et leur moralité.

Facteurs de protection lacunaires

Par ailleurs, l'impact de ces facteurs de risque sera d'autant plus important que les facteurs de protection sociaux, familiaux et personnels sont lacunaires.

Sur le plan social

L'absence de réseau social de soutien les coupe d'un soutien émotionnel, d'une aide concrète et matérielle, d'informations nouvelles et de la possibilité d'avoir accès à de nouveaux contacts. Elles sont donc plus vulnérables pour faire face aux nouvelles exigences associées à l'entrée dans le monde de l'adolescence.

Sur le plan familial

Vivre dans une famille où les parents ont des attitudes hyperprotectrices à l'égard de ces jeunes filles contribue au fait qu'elles se sentent démunies pour faire face aux réalités parfois difficiles de l'adolescence.

Elles grandissent aussi parfois dans des familles où les marques d'attention et d'affection sont conditionnelles à la performance. Dans ce contexte, les parents sont souvent peu attentifs au besoin de soutien de leur fille, soutien qui leur serait pourtant indispensable pour faire face aux événements stressants auxquels elles sont confrontées. Cela est également renforcé par le fait que ces adolescentes ont appris à donner une image impeccable d'elles-mêmes ce qui encourage les parents à avoir des attentes élevées à leur égard.

Enfin, elles vivent parfois dans des familles où les parents nient leurs propres difficultés personnelles et conjugales, préférant donner une image impeccable d'eux-mêmes. Elles n'ont donc pas de modèle réaliste auquel se référer pour faire face aux difficultés qu'elles rencontrent. De plus, en niant leur propre réalité, ces parents auront parfois tendance à ne pas reconnaître la réalité de ces jeunes filles.

Sur le plan personnel

Le fait que ces jeunes filles aient une très faible estime d'elles-mêmes contribue à générer chez elles un profond sentiment d'incompétence. Cela les rend également très vulnérables à la moindre allusion ou attitude négative à leur sujet.

Prédisposition des adolescentes à développer une conduite anorexique

Les adolescentes sont d'autant plus prédisposées à développer une conduite anorexique que leur «souplesse est épuisée» (Bateson, 1980), c'est-à-dire que leur capacité d'adaptation à de nouveaux stress est épuisée. Elles ont alors le sentiment de ne plus avoir le contrôle sur leur vie. Or, l'épuisement de cette capacité d'adaptation n'est pas directement proportionnel au nombre de facteurs de stress auxquelles elles sont confrontées; il est plutôt le résultat de l'interaction entre les facteurs de stress présents et les facteurs de protection disponibles.

Début de la perte de poids

La perte de poids n'est pas toujours très rapide au début. Par contre, il suffit qu'elles perdent deux ou trois kilos pour que cet exploit les remplit d'une grande fierté. En réalisant quelque chose de très difficile et de très valorisant socialement,

elles ont l'impression de reprendre enfin le contrôle de leur vie. Perdre du poids leur procure non seulement de la fierté mais aussi un sentiment de sécurité qui les rend moins vulnérables au regard d'autrui.

Cependant elles prennent progressivement conscience que cette fierté, ce contrôle, cette sécurité nouvellement acquis ne pourront être maintenus que si elles continuent à perdre du poids. C'est ici que s'effectue un premier glissement : dorénavant, le but visé ne sera plus seulement de perdre du poids, mais aussi de nourrir cette fierté, ce contrôle, cette sécurité nouvellement acquis.

Les premiers signes extérieurs d'une conduite anorexique : la ritualisation de la conduite alimentaire

Graduellement apparaissent les premiers signes d'une conduite anorexique : les adolescentes contrôlent rigoureusement leur consommation alimentaire, ce qui produit chez elles une sensation de pureté ; elles observent les autres manger, ce qui leur permet de se sentir secrètement plus compétentes qu'eux ; elles refusent les occasions de sortir et de manger en groupe ; il leur arrive parfois de préparer des repas copieux pour la famille, repas qu'elles ne daignent pas partager. Voir manger les autres les reconforte, les confirme dans leur valeur. Au fil du temps, elles ont de plus en plus l'impression que la minceur les rend supérieures, extraordinaires et dignes d'intérêt.

Le contrôle qu'elles exercent sur leurs comportements alimentaires se généralise également à l'ensemble de leur vie. Leurs journées sont rigoureusement planifiées. Rien n'est plus laissé au hasard. Ni l'exercice physique, ni le travail intellectuel, ni le choix des vêtements, ni l'ordre de leur chambre...

Instauration du jeu familial

Un deuxième glissement s'opère : l'isolement social de ces adolescentes croissant progressivement, elles investissent donc parallèlement de plus en plus la vie en famille. C'est auprès de certains membres de la famille (généralement la mère, un frère ou une sœur) qu'elles trouvent des confidents privilégiés et, au fil du temps, ces relations deviennent féroceement exclusives et cela d'autant plus facilement que les parents vivent déjà à distance (du moins psychologiquement) l'un de l'autre. Ainsi, à vouloir occuper une place privilégiée auprès d'un des parents (généralement la mère), elles pourront entrer en conflit avec l'autre parent alors perçu comme un rival.

Progressivement, ces familles s'isolent, se referment sur elles-mêmes. Les adolescentes anorexiques deviennent ainsi le centre d'attraction principal de la famille ce qui contribue encore à renforcer leur conduite. Les parents totalement absorbés par le symptôme se coupent également de leur réseau de soutien qui, pourtant, pourrait leur être utile pour faire face à cette crise.

Souvent, la conduite de leur adolescente leur paraît tellement surprenante qu'ils ne savent plus quelles attitudes adopter. Ils se sentent totalement démunis et remis en question.

La hantise de reprendre du poids perdu

Les sentiments de fierté, de contrôle et de sécurité d'abord ressentis par les adolescentes se transforment progressivement en peur de reprendre du poids et de perdre ainsi une confiance en elles si difficilement acquise. De plus, prendre du poids aurait pour conséquence de les rendre à nouveau plus vulnérables au regard d'autrui. Pour éviter ce désastre, elles deviennent de plus en plus vigilantes et obsessionnelles. De plus, le fait que leur métabolisme basal se soit progressivement ajusté à leur consommation réduite de calories (associé à une plus grande production de lipoprotéine lipase au niveau des cellules adipeuses) augmente leur difficulté de perdre du poids. Elles doivent donc redoubler d'effort. La tension engendrée par cette sévère restriction alimentaire favorise chez certaines l'apparition de crises de boulimie. Pour éviter une prise de poids consécutive à ces crises, certaines d'entre elles commencent alors à consommer des laxatifs et à se faire vomir. Elles s'engagent dans le cycle infernal des boulimies suivies de vomissements, risquant ainsi de devenir de plus en plus à la merci d'inévitables rages alimentaires. Car à trop se priver, l'envie se fait dévorante. A se faire vomir, on peut y céder sans trop de risque.

De la crise individuelle à la crise familiale

Leur conduite de plus en plus curieuse et leur apparence émaciée font que certains membres de leur famille tentent plus ou moins habilement d'intervenir. Chaque remarque au sujet de leurs habitudes alimentaires ou de leur apparence physique soulève alors une colère qu'on ne leur connaissait pas. Mais, chaque affrontement constitue aussi un nouveau stimulant; elles ne se laisseront pas abattre. C'est ainsi que les anorexiques se montrent généralement très tyranniques envers leurs opposants; si quelqu'un s'entête malgré tout à vouloir les faire céder, il se trouve quelqu'un d'autre, généralement la mère, pour mettre un terme à cette altercation. Ce faisant, celle-ci (la mère, quelqu'un d'autre) se trouve alors prisonnière d'un conflit de loyauté entre sa fille et le reste de la famille. Qui plus est, l'entêtement inébranlable des anorexiques sabote le peu d'autorité dont pouvait faire preuve bon nombre de ces parents auparavant.

La chute de l'empire

Ainsi, elles deviennent de plus en plus irritables, leur conduite de plus en plus bizarre et leur corps de plus en plus décharné. Elles parviennent difficilement à tenir le coup, mais s'entêtent malgré tout à persévérer dans leur démarche. Elles refusent obstinément d'abdiquer. La combinaison de la perte progressive de contrôle d'elles-mêmes et les tentatives d'ingérence renouvelées des personnes de leur environnement ont pour conséquence de contraindre les anorexiques à nourrir leur sentiment de contrôle en s'opposant de façon inébranlable à toute intrusion. Les autres deviennent des ennemis et c'est leur résistance à ces ennemis qui favorise le maintien et l'aggravation de la conduite anorexique.

Au cours de cette période, certains symptômes physiques peuvent alors faire leur apparition: elles se sentent plus faibles, perdent leurs cheveux et ont froid. Leur rendement scolaire commence également à se détériorer. Par contre, elles continuent à dire qu'elles ne sont pas trop maigres; leur poids est tout à fait acceptable à leurs yeux.

Les conflits s'envenimant au sein de la famille, les parents se doivent de réagir. Ils décident, non sans hésiter et parfois à la suite de pressions des autres membres de la famille, d'amener leurs filles chez le médecin. En général, elles s'y opposent catégoriquement. Les parents les contraignent malgré tout à les accompagner, mais non sans difficultés. Cette décision survient généralement plusieurs mois après le début de la maladie. Le report de la consultation médicale peut être attribuable au fait qu'un des parents est sous le joug de l'adolescente ou que les parents sont complètement incapables de faire face aux conflits.

Une nouvelle lutte s'engage

Ces adolescentes n'ont aucune envie de rencontrer des intervenants. Elles se montrent donc distantes à leur égard et décidées à ne rien céder. Un nouveau jeu de pouvoir s'installe entre elles et eux. Elles tentent par toutes sortes de stratagèmes de convaincre leurs parents de mettre un terme au traitement. Elles leur promettent de changer d'attitude. Elles dévaluent et ridiculisent le travail des intervenants. Souvent, dans les premiers moments du traitement, elles perdent rapidement du poids et augmentent la fréquence de leurs vomissements comme pour signifier à leurs parents combien ces intervenants sont inutiles voire même nuisibles pour elles. Les parents sont parfois tentés de tout abandonner. Une partie de bras de fer s'engage entre elles, leurs parents et les intervenants. Elles feront tout en leur pouvoir pour les mettre en conflit les uns par rapport aux autres, ce qu'elles réussissent souvent très bien d'ailleurs.

Rétablissement ou chronicité

Le dénouement de ce conflit dépend, en bonne partie 1. – de la capacité du système thérapeutique (parents, médecin, nutritionniste, psychologue ou psychiatre) de garder sa cohérence malgré les manœuvres rusées «déploées» par les anorexiques pour mettre ces personnes en conflit les unes par rapport aux autres, 2. – de la capacité des parents à assumer leur rôle d'autorité dans la famille (le parent allié à l'adolescente acceptera-t-il de s'allier à son conjoint?), 3. – et du fait que ces adolescentes ne se sentent pas humiliées. Selon notre expérience, les jeux de pouvoir et de disqualification, entre les intervenants, entre les intervenants et les parents, et entre les parents eux-mêmes, ont une influence déterminante sur la chronicité de l'anorexie. Si ces adolescentes sortent gagnantes de cette lutte de pouvoir, les risques que leur conduite anorexique devienne chronique augmentent de manière exponentielle.

VI. Suggestions pour l'intervention

La prémisse de base sur laquelle s'appuie notre démarche est la suivante: puisque l'anorexie nerveuse est multidéterminée il est souhaitable de privilégier une approche thérapeutique multidimensionnelle.

A notre avis, l'intervention à privilégier auprès des anorexiques doit porter sur différentes dimensions simultanément:

- viser d'abord à créer un lien de confiance avec l'anorexique et les différents membres de sa famille;
- identifier les différents stress auxquels était confrontée l'adolescente au moment de sa décision d'entreprendre un régime;
- travailler à remanier les jeux familiaux qui ont contribué au maintien et à l'aggravation de la conduite anorexique;
- viser à briser l'isolement de la famille et de l'adolescente anorexique en cherchant à réactiver les réseaux sociaux de soutien primaires et en évitant de se substituer à ces réseaux primaires;
- viser à renforcer la compétence de l'adolescente dans les différentes sphères de sa vie;
- soutenir l'adolescente dans l'acquisition de nouvelles habitudes alimentaires et lui assurer notre disponibilité dans les moments où elle sombrera dans l'engrenage des crises de boulimie.

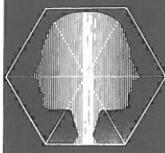
Robert Pauzé
Faculté d'Éducation
Université de Sherbrooke
Sherbrooke, Québec
Canada, J1K 2R1

BIBLIOGRAPHIE

1. Bruch H. (1973): *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*, Basic Books, New York.
2. De Koninck M. et al. (1981): *Essai sur la santé des femmes*, Publication du Gouvernement du Québec.
3. Garfinkel P.E., Kaplan (1986): «Anorexia Nervosa: Diagnostic conceptualizations» in: *Hand-book of Eating Disorders*, K.D. Brownell et J.P. Foreyt (1986), Basic Books, New York.
4. Garner D., Garfinkel P.E., Bemis K.M. (1982): «A multidimensional psychotherapy for anorexia nervosa», *International Journal of Eating Disorders*, 1, 1-46.
5. Garner D., Garfinkel P.E. (1985): *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, Guilford Press, New York.
6. Goodsitt A. (1985): «Self-regulatory disturbances in eating disorders», *International Journal of Eating Disorders*, 2, 51-60.
7. Grant C.L., Fordor I.G. (1986): «Adolescent attitudes toward body image and anorexic behavior», *Adolescence*, 82, 269-281.

8. Holden N.L. (1990): «Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder?», *British Journal of Psychiatry*, 157, 1-5.
9. Kalucy R.S., Crisp A.H., Harding B. (1977): «A study of 56 families with anorexia nervosa», *British Journal of Medical Psychology*, 50, 4, 381-395.
10. MacLeod S. (1981): *The Art of Starvation*, Virago, London.
11. Martin F.E. (1990): «The relevance of a systemic model for the study and treatment of anorexia nervosa in adolescents», *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 496-500.
12. Minuchin S., Rosman B., Baker L. (1978): *Psychosomatic families*, Harvard University Press, Cambridge.
13. Muus R.E. (1985): «Adolescent eating disorder: anorexia nervosa», *Adolescence*, 79, 525-536.
14. Nylander J. (1971): «The feeling of being fat and dieting in school population: epidemiologic interview investigation», *Acta Sociomed. Can.*, 3, 17-26.
15. Onnis L. (1989): *Corps et Contexte*, ESF, Paris.
16. Orbach S. (1986): *Hunger Strike*, Norton, New York.
17. Pausé R., Lacharité D. (1994): «Etude de la conduite anorexique selon la perspective des théories de la complexité», *Revue Québécoise de Psychologie*, 15, 1, 91-109.
18. Powdermaker H. (1960): «An anthropological approach to the problems of obesity», *Bulletin of New York Academy of Medicine*, 36, 285-295.
19. Prigent J. (1988): *La Peau et les Os*, Office National du Film du Canada, Montréal.
20. Raimbault G., Eliacheff C. (1989): *Les Indomptables: Figures de l'anorexie*, Editions Odile Jacob, Paris.
21. Schwartz D., Thompson M.G., Johnson C.L. (1982): «Anorexia nervosa and bulimia: the sociocultural context», *International Journal of Eating Disorders*, 1, 3, 95-112.
22. Selvini M. (1995): «Troubles mentaux graves et méconnaissances de la réalité», *Thérapie Familiale*, 16, 2, 131-144.
23. Selvini M. (1987): Mara Selvini-Palazzoli: *Histoire d'une recherche*, ESF, Paris.
24. Selvini-Palazzoli M. (1978): *Self-Starvation*, Jason Aronson, New York.
25. Selvini-Palazzoli M., Viaro M. (1989): «Le processus anorexique dans la famille: un modèle en six phases comme guide pour la thérapie individuelle», *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 9, 117-144.
26. Selvini-Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1990): *Les jeux psychotiques dans la famille*, ESF, Paris.
27. Sloan G., Leichner P. (1986): «Is there a relationship between sexual abuse or incest and eating disorders?», *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 656-660.
28. Strober M. (1984): «Stressful life events associated with bulimia in anorexia nervosa», *International Journal of Eating Disorders*, 3, 2, 3-16.
29. Strober M. (1986): «Anorexia Nervosa: History and Psychological concepts», in: *Handbook of Eating Disorders*, Brownell K.D., Foreyt J.P. (Eds), Basic Books, New York.
30. Wooley S., Wooley O.W. (1982): «Eating disorders: Obesity and Anorexia», in: *Women and Psychotherapy*, Brodsky A.M., Hare-Mustin H. Guilford P. (Eds), New York, 135-158.

psychothérapies



psychothérapies

Comité de rédaction:

G. Abraham, *Genève* — J.P. Bachmann, *Genève* — B. Cramer, *Genève* — F. Ferrero, *Lausanne* — A. Haynal, *Genève* — Ph. Kocher, *Genève* — N. Montgrain, *Québec* — C. Reverzy, *Paris* — 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 199
- Abonnements individuels : FS 95.— FF 415.— FB 2440.— \$US 83.— \$CAN 108.—
- Abonnements institutionnels: FS 135.— FF 585.— FB 3460.— \$US 117.— \$CAN 153.—

Règlement: Compte de chèques postaux: 12-8677-8, Genève.

Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6, Compte N° C2 622 803.0

Banque Société Générale, Immeuble Le Richmond, 118 route de Genève, F-74240 Gaillard

Compte N° 000 2 801045 6. Les chèques bancaires à l'ordre de la Banque Société Générale sont admis.

Carte de crédit: VISA EUROCARD AMEX

Numéro de carte: _____ Date d'expiration: _____

Nom et prénom: _____

Adresse: _____

N° Postal: _____ Ville: _____

Date: _____ Signature: _____

A envoyer aux ÉDITIONS MÉDECINE et HYGIÈNE — Case postale 456 — CH-1211 Genève 4

EMPRISE DU COUPLE SUR LA FAMILLE: l'envers du décor

Yveline REY*

Résumé: *Emprise du couple sur la famille: l'envers du décor.* – Dans le cadre du thème de réflexion proposé par Ph. Caillé autour des constellations familiales où il y a emprise du couple sur la famille, ce texte propose d'explorer l'envers du décor selon deux angles. D'une part, il présente brièvement les grandes mutations qui ont bouleversé le paysage familial contemporain, d'autre part, il nous incite à nous intéresser à ce que peuvent nous apprendre, à travers des cas cliniques, les familles où le lien entre les parents est peu visible.

Summary: *The ascendancy of the couple on the family: the other part of the play.* – This paper deals with families where the couple is omnipotent. In contrast to the approach proposed by Ph. Caillé, the author is mainly concerned with the hidden part of the family play. First, the social mutations which distress the actual family landscape are presented; then, clinical cases where the relation between the parents is less apparent are reported.

Mots-clés: Couple – Famille – Adolescents – Espace thérapeutique.

Key words: Couple – Family – Adolescents – Therapeutic frame.

Introduction

L'approche systémique nous a habitué à réinscrire toute problématique dans un contexte élargi, dans une vision globale.

En ce sens ce qui m'intéresse dans la question posée par P. Caillé concernant l'emprise du couple sur la famille, c'est l'«envers du décor». Mais cette trame de l'envers du décor est si vaste que je me limiterai ici à l'aborder principalement sous deux angles:

- Le premier angle, assez large, sera celui des mutations qui bouleversent le paysage familial contemporain.
- Le second plus étroit mettra l'accent sur le négatif de la photo. Autrement dit je vous propose d'accorder un peu d'attention à la constellation familiale où le lien entre parents n'apparaît pas et de réfléchir à ce que nous apprennent ces familles qui occultent le couple.

* Maître de conférence, Département de Psychologie Université de Savoie, F-73000 Chambéry. Directeur du Centre d'Etudes et de Recherches sur l'Approche Systémique, CERAS, F-38000 Grenoble.

Le grand angle des mutations

Revenons à notre grand angle, celui qui englobe les mouvements de fond et les bou-leversements qui agitent le paysage familial contemporain. J.F. Dortier (1995) constate trois grands types de mutation qui depuis les années 1970 viennent secouer et remettre en cause les structures de l'institution « famille ».

- La première concerne l'évolution des formes familiales: augmentation des divorces, des unions libres, du nombre de familles monoparentales. (Une enquête de l'INSERM de 1994 nous apprend qu'un enfant sur trois naît hors mariage, et qu'il y a 1,2 million de familles monoparentales.) Les liens de parenté basés jusque-là sur la filiation biologique deviennent le fait d'une construction ou d'une reconstruction. Cette évolution structurelle s'accompagne d'une perte de repères et de références. La société n'était en effet pas préparée à penser ces recompositions, ni dans le droit, ni dans les principes éducatifs, ni même dans le vocabulaire (Dortier J.F., 1995).
- La seconde mutation vise, elle, la redistribution des rôles et des fonctions au sein de la famille elle-même. Les relations affectives priment de plus en plus sur l'obligation, le devoir et la contrainte. Il en résulte une réorganisation des solidarités et des équilibres entre le « soi seul » et le « soi avec » (de Singly F., 1995). On constate à la fois une certaine dévalorisation de la dépendance intergénérationnelle marquée par le souci de liberté et, au niveau de la vie quotidienne, une cohabitation plus longue sous le même toit. Ce phénomène touche aussi bien la jeune génération qui continue à habiter chez les parents plus longtemps (soit en raison des études soit que ces jeunes soient à la recherche de leur premier emploi), que les personnes âgées (en particulier, la mère de la femme qui revient habiter chez sa fille lorsqu'elle devient veuve). La famille représente ainsi une sorte de protection qui s'exerce tout au long de la vie. En bref, la coexistence de l'affirmation de l'autonomie et d'une redistribution de la solidarité familiale aurait tendance à générer un nouveau type de « familialisme » (de Singly F., 1993).
- La troisième mutation se situe, elle, à un autre niveau: il s'agit des relations que la famille entretient avec les autres systèmes sociaux telles les grandes institutions (scolaires, médicales, judiciaires) ou l'entreprise. La famille apparaît de plus en plus « comme un des vecteurs qui relie l'individu à la totalité sociale » (Martin C., 1995). Là encore, il s'agit d'un miroir à deux faces: d'un côté, on observe de plus en plus l'ingérence du social et de l'état dans l'espace familial (suite à l'évolution structurelle de la famille, mais aussi avec l'explosion de phénomènes comme le chômage), alors que d'un autre côté, la famille devient un partenaire politique à part entière, en particulier pour tous les pays européens. Cette triple mutation qui actuellement imprime la dynamique familiale entraîne une reconstruction de la notion de parenté ainsi qu'une redistribution des espaces à l'intérieur même de la famille. Qu'advient-il dans la recomposition de ce paysage de l'espace du couple?

La « planète couple » qui émerge de ces glissements à plusieurs niveaux ne peut être que fragilisée. Il semble qu'elle soit aussi « survalorisée ». Une hypothèse

assez vraisemblable serait que la survalorisation du couple s'inscrit dans un modèle qui amplifie la différence, la liberté et l'exception au détriment de la norme (Neuburger R., 1995). Alors qu'à l'inverse, tout ce qui menace la cohésion du groupe, sa solidarité et donc son identité conforterait un modèle de « moi familial » et de « moi individuel » au prix de l'espace du couple. On peut aussi penser qu'il s'agit d'un cycle où les phases s'enchaînent en fonction des événements et du récit que le groupe s'en fait.

Le petit angle: le négatif de la photo

Voyons maintenant, à partir d'un exemple clinique ce que peuvent nous apprendre ces familles relativement nombreuses qui diluent, absorbent ou dissimulent la relation privilégiée entre les parents. La famille que nous appellerons **les Martin** illustre assez bien ce cas de figure.

Mon intention n'est pas ici de développer les différentes phases des interventions mais seulement de pointer les aspects les plus saillants qui me paraissent faire l'originalité de cette trame de l'envers du décor. Les problèmes de **Luc**, le fils âgé de 17 ans, sont le motif de la consultation. Entre dix et douze ans, Luc a présenté une période de dépression qui a conduit à son hospitalisation. Depuis deux ans, la violence a remplacé la dépression et nous rencontrons des gens désemparés (les parents et les deux autres enfants adoptent la même attitude) qui disent vivre sous la menace constante des éclats et réactions imprévisibles de Luc. L'adolescent très calme et en retrait s'exprime peu et seulement pour incriminer la relation avec son père. Par ailleurs, il s'agit d'une famille de cadres supérieurs performants dans leurs activités professionnelles. Il y a trois garçons, Luc est l'aîné, François et Henri (14 et 11 ans) sont de bons élèves et ne posent pas de difficultés.

Les aspects les plus caractéristiques sont apportés par :

- La représentation des relations données par les sculptures qui met en évidence deux types d'espace : un espace familial, tous sont réunis dans le même lieu, et un espace individuel. Le lien entre les parents n'est jamais évoqué. Soit on est tous ensemble, soit on est seul chacun dans son coin. Il en résulte une impression d'uniformité, de transparence et d'isolement.
- Le jeu de l'oie qui reconstruit l'histoire familiale à partir d'événements choisis par les membres de la famille. Ils se montrent tous d'accord pour faire commencer leur histoire par un voyage aux Etats-Unis qui coïncidera avec la naissance de Luc et non du mariage des parents survenu trois ans plus tôt. Le père précisera : « C'est évident, une famille ne commence qu'avec les enfants. » Pour reprendre une formule de G. Ausloos, ici plus qu'ailleurs, ce sont bien les enfants qui ont fait les parents !
- L'héritage transgénérationnel tel qu'il est rapporté à travers le génogramme. Cette famille qui se présente de manière démocratique et égalitaire, en particulier, ils s'appellent tous par leur prénom et jamais, même le plus jeune, ne dira papa ou maman, raconte une saga familiale où le modèle dominant était le type patriarcal et fortement élitiste. Le message : « Hors de l'excellence, point de

salut ni de reconnaissance » semble toujours flotter sur un drapeau encore très présent.

Les qualités émergentes de ce groupe nous interrogent à plusieurs niveaux :

- Le plus immédiat : comment s'opposer et donc se poser quand il n'y a pas de limite, ni de différence entre les générations parents-enfants ?
- A l'arrière plan : comment échapper à la spirale de l'excellence qui exacerbe les rivalités et la violence mimétique décrite par René Girard ?

Il semble bien que Luc tente le mieux possible de résoudre ces questions qui se renvoient l'une à l'autre. Au bout de trois séances, il « fuguera » chez une de ses tantes, dans le nord de la France. Il s'agit d'une sœur très proche de son père, mariée avec déjà trois enfants. Il décidera de s'installer là pour l'année scolaire réalisant un compromis très familial !

Gros plan sur un détail

Le cas de Lucia présente un certain nombre de ressemblances avec celui de Luc et pourtant il s'inscrit dans une constellation familiale où, à l'inverse, le couple est omniprésent. Cette famille d'Italiens de passage ne sera reçue qu'une fois. Adressés par des amis, ils viennent en consultation pour demander un conseil, mais surtout la confirmation d'un diagnostic pour leur fille Lucia âgée de 18 ans. Nous ne verrons que le couple. Tous deux approchent de la soixantaine. Madame est artiste peintre d'une certaine renommée, elle a déjà à son actif plusieurs expositions internationales, Monsieur est chef d'une petite entreprise, mécène et impresario des œuvres de Madame. Tous deux se présentent comme un mélange d'intellectuels libérés et d'artistes non conformistes. Dans le récit qu'ils apportent, l'art est au centre du couple, à la fois comme ciment, comme miroir, comme tiers et plus encore comme lien entre le passé et l'avenir (assurant même la postérité : Monsieur est le modèle préféré de Madame). Ils ont eu Lucia après dix ans de mariage et cette enfant était donc très attendue. Pourtant Madame dira qu'elle n'a jamais vraiment compris sa fille et que malgré ses efforts, cette dernière n'a jamais « accroché » avec elle. Lucia s'entendait un peu mieux avec son père, mais depuis deux, trois ans, elle a multiplié les « bêtises », absentéisme et échec scolaire, fugues, drogue, etc. Maintenant que Lucia approche de la majorité, Madame ne veut plus mettre son couple en péril (*sic*). Monsieur explique tout ce qu'ils ont essayé de faire pour leur fille, dont le comportement ne cesse d'empirer. Elle vient de faire une nouvelle fugue, mais cette fois Lucia s'est installée dans la famille d'une de ses amies, assez peu recommandable disent les deux parents. Ils lui donnent beaucoup d'argent et payent même une pension à cette famille, que peuvent-ils faire d'autre ? Lucia n'est-elle pas vraiment malade ?

On apprendra encore que, tels Roméo et Juliette, ce couple s'est constitué à partir de deux familles ennemies encore ébranlées par les fureurs de la dernière guerre.

A l'inverse du premier cas présenté, l'espace du couple est ici très marqué, non seulement dans le réel, mais aussi dans l'imaginaire. Cet astre si brillant a besoin,

pour continuer à resplendir, du regard des autres, sans cependant ne leur accorder aucune autre place. Et surtout, comme l'a expérimenté Lucia, ne jamais miser sur une alliance avec l'un ou l'autre des conjoints. Par contre, les valeurs sont aussi celles de l'exception. La différence est que l'exceptionnel se situe, pour l'un et l'autre cas, à un moment différent du cycle des générations, à une autre phase de l'histoire familiale. Quant aux deux adolescents, ils montrent des comportements et adoptent des solutions assez similaires, et ceci doit retenir notre attention. Tous deux, en effet, revendiquent une place et cherchent leurs marques, simultanément, ils révèlent une souffrance. Mais surtout ils s'inscrivent dans un récit qu'ils alimentent et continuent à raconter... Car ce récit, à défaut d'un autre, leur procure une position, un rôle, une fonction et plus encore une part d'identité et une histoire à se raconter. Cependant Lucia, plus que Luc, construit cette identité dans le creux, le manque, dans l'ombre et l'absence.

Pour conclure

Le couple, comme nous le raconte le mythe d'Adam et d'Eve, est à l'origine de l'humanité. Comme nous l'avons évoqué plus avant, il n'est guère étonnant que lorsque se développe une société de masse qui est soumise à de nombreux chamboulements à tous les niveaux de ses stratifications, le couple redevienne la valeur suprême et la plus fragile. Nous avons tenté de porter quelques regards croisés et complémentaires qui nous confirment que dans tous les cas il apparaît aussi inutile que dangereux de traquer le couple (famille de Luc), ou de l'attaquer (famille de Lucia) quand, par le biais du malaise des adolescents, ces familles sont amenées à demander de l'aide. La fragilité, l'effacement du couple ou sa survalorisation dénoncent le même système de survie. Cependant, ce mode d'adaptation et de défense est tourné vers le passé, renvoie à une image négative et magnifiée de leur histoire, génère une expérience destructrice.

Les risques majeurs sont ici que l'espace de la rencontre thérapeutique ne se transforme soit :

- en banque de données et d'explications, à partir d'un récit à rebours ;
- en scène de théâtre où continue à se jouer la même pièce, à se répéter le même scénario avec quelques spectateurs supplémentaires (les deux peuvent même se conjuguer assez facilement).

Les réponses techniques et structurelles peuvent être utiles, mais elles sont loin d'être toujours suffisantes, surtout si elles sont récupérées dans une norme, que ce soit celle de la famille ou celle des intervenants. Il importe, si l'on veut prendre en compte la dimension téléonomique et privilégier le « afin de » plutôt que le pourquoi (Le Moigne J.L., 1995), de réintroduire d'emblée de la perspective, de la prospective (Quels projets ? Quelles finalités ?), et de la complexité dans la linéarité du récit proposé. C'est un des objectifs de la méthodologie des Objets Flottants (Caille P., Rey Y., 1994) que d'offrir une marge, un espace blanc où puisse se reconstruire l'histoire, se réinventer le récit et s'initier un processus évolutif.

« Nous sommes chacun une bible vivante, un mythe et une généalogie. Une seconde après l'autre, nous élaborons le récit qui nous crée, nous n'arrêtons pas de l'enrichir, de le retoucher. » Michel Del Castillo (*Le crime des pères*).

Yveline Rey
Directeur du Centre d'Etudes et de Recherches sur l'Approche Systémique
(CERAS)
3, rue Emile-Augier
F-38000 Grenoble

BIBLIOGRAPHIE

1. Caillé P, Rey Y. (1988): *Il était une fois. Du drame familial au conte systémique*, ESF, Paris.
2. Caillé P, Rey Y. (1994): *Les Objets Flottants*, ESF, Paris.
3. De Singly F. (1993): *Sociologie de la famille contemporaine*, Nathan, Paris.
4. De Singly F. (1995): *La famille et la révélation de soi*, Nathan, Paris.
5. Dortier J.F. (1995): « Editorial », *Sciences Humaines*, Hors série n° 7, 4.
6. Le Moigne J.L. (1995): *Le constructivisme*, ESF, Paris.
7. Martin C. (1995): « Solidarités familiales, l'illusion du renouveau », *Sciences Humaines*, 7, déc. 1994-jan. 1995, 34-38.
8. Neuburger R. (1995): *Le mythe familial*, ESF, Paris.

COUPLE RECOMPOSÉ RECHERCHE D'IDENTITÉ

Hannelore SCHROD*

Résumé: *Couple recomposé, recherche d'identité.* – Le couple recomposé se trouve avec les bagages du couple précédent. Il est confronté au regard de l'entourage, par lequel il est souvent peu reconnu. Comment aider ces couples à trouver leur propre identité ?

Summary: *Recomposed couple, search for identity.* – The recomposed couple is confronted with the past of the previous couple. It has to face the look of relatives and friends who often don't recognize it. How to help those couples to find their own identity ?

Mots-clés: Fonctionnement du couple – Passé – Identité – Réponse thérapeutique.

Key words: Functioning of the couple – Past – Identity – Therapeutic responses.

Les thérapeutes de famille et certains psychanalystes ont scruté le couple, essayé de définir son fonctionnement, dégagé sa spécificité. Nous avons appris que le couple est le plus petit système qui existe, qu'il est considéré comme une institution, qu'il se caractérise par des mythes fondateurs et des éléments rituels propres à chaque couple.

Ph. Caillé nous dit: «Même si on ne les comprend pas, on ne pourra pas manquer de remarquer qu'il existe dans le couple un partage dense d'idées et de comportements. Cette entente fait se profiler le couple derrière les deux individus. Elle exclut les autres, marquant une frontière. Elle est la trace toujours observable de l'absolu du couple.»¹

Ph. Caillé, comme R. Neuburger soulignent avec insistance la nécessité pour tout thérapeute de respecter le mythe fondateur et l'absolu relationnel du couple, de ne pas devenir le réparateur de la relation, évitant ainsi le risque de banaliser et de détruire la relation.

Nous avons également appris que le choix du partenaire relève d'une multitude de facteurs sociologiques, économiques, culturels, psychologiques. Que ce choix est fortement orienté par des besoins inconscients, influencé par nos relations avec nos parents.

* Docteur en sociologie, psychothérapeute familiale, formatrice au Centre de Formation à la Thérapie Familiale CFTF, 11, rue Fabry, 4000 Liège.

¹ Ph. Caillé, *Un et un font trois*, ESF 1991, p. 40.

Dans nos sociétés, la durabilité du couple s'est avérée fragile et l'expérience répétée de construire une relation à deux devient fréquente.

Dans la littérature et dans les journées d'études, beaucoup d'attention est donnée aux problèmes des enfants dans les familles recomposées. Dans mon expérience clinique, je suis fortement interpellée par le couple recomposé. Robert et Michèle Neuburger soulignent que les familles recomposées ne produisent pas plus de problèmes que d'autres familles mais que leur perception d'elles-mêmes les conduit plus facilement à des consultations.

Alors se pose la question: « Qu'est-ce qui est différent pour ces couples ? »

Nécessairement, tout couple recomposé doit gérer le passé d'un ou deux autres couples. Passé qui présente un défi. La relation actuelle est souvent comparée à l'ancienne et ce qui est proclamé, c'est que tout va mieux maintenant. Dans cette autodéfinition le regard de l'entourage est recherché pour confirmer la nouvelle relation. Souvent cette confirmation fait cruellement défaut, d'où une augmentation de l'idéalisation du nouveau couple en dénigrant l'ancien.

Il est facile d'imaginer que plus l'ancienne relation est dévalorisée, plus, bien sûr, l'ex-conjoint mais aussi les enfants vont avoir un regard critique sur le nouveau couple qui va être mis à l'épreuve.

En face du défi de faire mieux, le couple a besoin de la reconnaissance de l'entourage. Souvent, cette reconnaissance fait défaut. Le couple recomposé est regardé avec méfiance, scepticisme, jalousie et l'attente plus ou moins cachée de son échec.

Le couple recomposé déclenche l'agressivité et aussi la jalousie et l'envie. C'est autour de la notion d'envie que je vais m'arrêter un peu.

Qu'est-ce qui conduit un couple à une séparation ?

C'est la rupture du contrat initial, c'est l'absolu du couple qui est en panne, c'est l'institution qui ne reste plus hors du temps, mais c'est aussi le regard de l'un sur l'autre qui change, on n'est plus investi comme homme ou comme femme, à la limite encore comme le père ou la mère des enfants.

L'envie vient alors du fait que le nouveau partenaire a pu occuper cette place d'homme ou de femme.

Au même moment, pour le nouveau couple, ce regard différent de l'autre sur soi permet de réparer des blessures narcissiques.

Pour les enfants du couple séparé, le regard amoureux du nouveau partenaire sur un de leurs parents peut avoir un impact positif, si le couple laisse une place pour le « poids parental » après la phase de « l'insoutenable légèreté de l'être amoureux », comme dit Maggy Siméon².

Souvent la séparation d'un couple a changé des liens d'amitié et évidemment les liens avec l'ex-belle-famille et, quelquefois aussi, avec la propre famille d'origine.

Toute famille, toute relation, est aussi le lieu où l'agressivité s'exprime. « L'agressivité à un objet précis, c'est l'autre, non semblable. Sa visée est l'emprise sur cet autre. »³

² Maggy Siméon (FF, vol. XVI, 1995; 2: 223.).

³ N. Stryckman, « Violence dans les familles recomposées » dans *Bulletin Freudien* 95; 25-26: 252.

Mais l'agressivité contient la haine dans les deux sens du mot. La haine vise la destruction de l'autre. « Dans les familles recomposées, cette haine pourrait avoir inconsciemment comme mire le désir qui a donné naissance à cet enfant.

Détruire le lien de l'origine dans sa dimension imaginaire en visant, par exemple, le nom de l'enfant dans sa dimension réelle, en visant par exemple le lieu de vie de l'enfant.»⁴

Dans beaucoup de couples recomposés, l'image déformée et uniquement négative sur l'ex-conjoint pourrait se comprendre par ce mécanisme.

B. Cyrulnik considère que la famille, aussi bien naturelle que recomposée, dans n'importe quelle culture est un lieu de la violence. La violence surgit dans l'opposition des désirs individuels et des besoins de l'ensemble. Une des fonctions du couple consiste à rendre compatibles les deux aspects. C'est la dynamique de l'absolu familial qui rend la famille fonctionnelle ou dysfonctionnelle.

Pour le couple recomposé, cette tâche est d'autant plus difficile, parce qu'il ne peut pas nécessairement s'appuyer sur l'adhésion des enfants ni, bien sûr, sur celle du parent exclu.

C'est ce qui nous amène à la question d'affiliation dans des systèmes recomposés. Nos sociétés occidentales sont organisées d'un point de vue symbolique et juridique sur le lien de la filiation. Tout processus de séparation menace la filiation. Irène Théry souligne que la permanence de la filiation garantie avec la double appartenance, maternelle et paternelle, au-delà de la séparation des parents, permet d'entamer un processus d'affiliation. Affiliation voulant dire de trouver une place dans un groupe, un système familial, soutenu par une acceptation réciproque. Ce processus d'affiliation nécessite souvent du temps. Il s'agit d'aller vers une appartenance à un groupe, partageant certaines idées, croyances, c'est-à-dire un système groupal. Il y a des familles où cette « greffe mythique » comme N. Neuburger l'appelle se réalise remarquablement bien et il y a ceux où la tentative de la greffe mythique est rejetée.

Les moments de crise font réapparaître l'idée du couple idéal parental et font donc douter le nouveau couple de leur capacité à vivre avec un partenaire.

Dans cette difficulté, un travail thérapeutique qui reconnaît d'une part le couple recomposé mais qui permet aussi un regard plus juste sur les anciennes relations, semble utile et aidant. Les notions d'injustice, de légitimité et d'éthique relationnelle développées par Boszormenyi-Nagy me paraissent être un accès privilégié dans la problématique des couples et des familles recomposées.

Comme thérapeutes, nous dirigeons souvent notre regard vers des aspects plus problématiques. Mais il ne faut pas oublier que le couple recomposé possède aussi un nouvel espoir pour chacun de ses partenaires, mais également pour les enfants du couple précédent qui, eux aussi, étaient touchés dans leur représentation du couple et de la place de l'homme et de la femme.

Le couple recomposé permet une réparation narcissique à travers le regard amoureux, constitue un lieu d'apprentissage nouveau, ainsi que la réintroduction de l'avenir et des projets.

⁴ N. Stryckman, « Violence dans les familles recomposées » dans *Bulletin Freudien* 1995; 25-26: 253.

Nous avons beaucoup parlé du regard, du regard critique sur le couple recomposé, mais il me paraissait important de souligner que ce regard peut changer, permettant ainsi de découvrir des faces occultes des individus comme celles des systèmes qu'ils construisent.

Hannelore Schrod
11, rue Fabry
B-4000 Liège

BIBLIOGRAPHIE

1. Boszormenyi-Nagy J. (1986): *Between give and take*, Brunner/Mazel, New York.
2. Caillé Ph. (1991): *Un et un font trois – Le couple révélé à lui-même*, ESF Editeurs, Paris.
3. Cyrulnik B. (1993): *Les nourritures affectives*, Editions Odile Jacob, Paris.
4. Neuburger R. (1988): *Irrationnel dans le couple et la famille*, ESF Editeurs, Paris.
5. Neuburger R. (1995): *Le mythe familial*, ESF Editeurs, Paris.
6. Siméon M. (1995): «Du divorce à la famille recomposée», *Thérapie familiale*, 2, XVI, Genève.
7. Steichen R., Deneuter P. (1995): *Les familles recomposées et leurs enfants*, Academia, Louvain-la-Neuve.
8. Stryckman N. (1995): «Violence dans les familles recomposées», *Bulletin Freudien*, 95, 25-26.

PERSÉE ET MÉDUSE OU LA TRAVERSÉE DU SAISISSEMENT

Philippe TAUFOR*

Résumé: *Persée et Méduse ou la traversée du saisissement.* – Est-il possible de sortir de la sidération – fascination qui telle Méduse peut pétrifier les membres d'un couple, d'une famille, d'un système thérapeutique? La recherche d'une triangulation de l'espace, le recours aux objets flottants seraient-ils des moyens pour redonner aux cadavres la force et la vertu inspiratrice des « ancêtres »?

Summary: *Beyond Scaring.* – Can we escape from the killing and petrifying look of Medusae, we can experiment within a couple, a family or as therapist. Building a world with the use of a third entity as floating object may prevent us from falling as a corpse and meet the strength of the dead considered as ancestor and carrier of wisdom.

Mots-clés: Méduse – Fascination – Objets flottants – Couple – Cadavre.

Key words: Medusae – Fascination – Couple – Floating objects – Corpse.

Quand Philippe Caillé m'a invité à collaborer à ce symposium, j'en ai accueilli le thème avec une certaine évidence, mais également avec une certaine étrangeté. «L'emprise du couple sur la famille...»

L'évidence paraissait partagée par certains collègues.

L'un d'entre eux ne me donnait-il pas en échange de mon interrogation un magnifique tableau de rêve construit par une personne?

L'un des membres du couple concerné réalisait une sculpture dans laquelle un lierre emprisonnait une maison. La maison, c'était la famille, le lierre, le couple.

Illustration à la limite du magistral et du caricatural de la pertinence de la question de Philippe. Et pourtant le doute persistait et persiste toujours, comme le doute et l'insatisfaction têtue du Petit Prince persistaient devant les efforts désespérés du pilote pour lui dessiner un mouton.

Petit Prince ou pilote, j'ai donc poursuivi mon parcours... espérant que de mon doute... j'ai osé écrire que de ma panne au désert... vienne la poursuite du voyage.

Et comme dans tout voyage, à l'occasion des premières étapes, je suis retourné à mes provisions et à mon sac. J'ai l'impression que tous nous avançons ainsi avec nos provisions et nos visions... nos idées qui font leur chemin... à moins que nous cheminions à travers nos idées... ou par nos idées.

* Centre d'Action Educative, 114, Quai de la Rize, F-73000 Chambéry.

Vidant mon sac aux coins multiples d'une page blanche, j'en ai découvert le contenu hétéroclite... sorte d'assemblage hybride dont il faudrait me faire route.

J'y ai trouvé mes constructions dans les services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse ou dans un atelier, ma fascination pour *MÉDUSE*, l'ouvrage de J. Clair, les couples rencontrés en cours de séparation et dont les rituels m'envoyaient en ricochets sur les cérémonies de retournement des morts à Madagascar.

J'y ai trouvé également notre usage du Jeu de l'Oie auprès de tels couples, jeunes et familles et la question de Philippe comme une sorte de liant, de médium ou de lien.

Passant, passeur, passager, de raisonnement en résonances... j'ai construit cette invitation au voyage à partager avec vous.

Depuis quelques semaines, sinon quelques mois, je plie et déplie donc mes provisions de voyage. Je m'en fais des boussoles et des graffitis. En les plaçant dans la lumière, j'en invente des ombres toujours nouvelles.

J'aime les lumières du matin et du soir qui étirent les idées – moins celles du midi qui les plombent dans des certitudes verticales. J'ai la pensée lascive plus que scientifique.

Que dire si je me fais l'archéologue de mes visions et de mes provisions ?

La fascination m'a toujours fasciné...

car elle dit la différence et l'arrêt sur le monde. Je l'ai connue, et vous aussi peut-être, quand le regard amoureux rend les amoureux seuls au monde ou les rend aveugles dans la violence meurtrière.

Le saisissement, je l'ai connu et reconnu en recevant des couples pris dans la rigidité de leurs séparations. J'ai vu des enfants devenir pierre à ne plus savoir sur qui attacher ou détacher un regard. J'ai vu des couples véritables gisants, visités par les conjoints qu'ils étaient – le regard pris par un passé de granit. J'ai rencontré des hommes et des femmes lourds et présents comme lestés du poids de leur ancienne relation. Pétrifiés par ce tiers, le couple médusant, qui venait arrêter les horloges, figer les enfants, appeler les nouveaux conjoints et mobiliser des grands-parents comme gagnés par des spectres.

Et c'est à eux que j'ai pensé quand Philippe m'a invité. J'ai retrouvé les nœuds de pierre qui font les conflits interminables à propos des droits de visites...

J'ai pensé que sous la pierre battait une vie et que les partenaires et proches étaient victimes du COUPLE, objet tiers, devenu puissant comme Méduse, pétrifiant tous ceux qui s'en approchaient.

Couple médusant à la double valeur repoussant, attirant... invinciblement ambigu telle Méduse «gardienne entre les deux mondes, celui des vivants et celui des morts, celui des choses qui se voient et de celui qui ne peut se voir, celui de l'ordre et de la raison et celui de la folie et du chaos» (J. Clair).

Couple voulant se dessaisir... et courant de procédure en procédure, de conflit en conflit, d'enfant en enfant, et pris dans son saisissement, médusant ses membres et les participants invités, comme nous, à leur table de pierre.

Je veux donc surtout vous dire la fascination de ces couples séparés et qui, année après année, se remarient de leurs querelles accumulées... y mêlant enfants

et nouveaux conjoints, y perdant aussi la famille élargie, et les intervenants, non pas tant qu'ils paraissent fascinés l'un par l'autre, mais par la force du lien de l'histoire, de la singularité qu'ils ont construite en commun... et continuent de construire dans la séparation.

Fasciné par la fascination, j'ai tiré les propos de Philippe vers mon propre saisissement devant cette force, cette rigidité, cette énergie... qui forçaient notre saisissement, et la difficulté ou l'impossibilité d'envisager un face à face entre les anciens partenaires.

Interrogeant les couples, j'interroge mon propre goût pour Méduse.

De quelle emprise s'agit-il ?

Celle du couple originel et de son mythe... plus fort que tout et plus fort encore lorsqu'il deviendrait spectre... qui sidère, pétrifie et fait du dit-défunt... une présence plus présente encore ?

Une fois connue la force de Méduse... est-il possible, pour l'ensemble des partenaires engagés – membres du couple originel, enfants, famille élargie, consultants... – de sortir d'une telle fascination ?

Quel biais inventer pour se dessaisir, sortir de la rigidité de pierre ou du visage de déterré ?

C'est là que s'inscrit ou que j'inscris la rencontre avec la recherche de J. Clair... *MÉDUSE* sans laquelle ce texte ne trouverait pas ses fondements.

Persée et la Méduse: histoire de réflexions

Acrisios, roi d'Argos, n'avait qu'une enfant, Danae, dont il apprit que le descendant lui apporterait la mort. Il enferma donc sa fille dans une tour d'airain où elle fut néanmoins fécondée par Zeus, donnant naissance à un fils, Persée. Acrisios ayant constaté cette naissance, perdit au milieu des mers Danae et Persée... sans savoir qu'ils seraient sauvés par le pêcheur Dycitis.

Celui-ci secourut Danae et éleva Persée jusqu'au jour où le roi Polydecte vint à vouloir épouser Danae. Par défi, Persée promit d'offrir le plus prestigieux des présents, la tête de Méduse qui pétrifiait à l'instant celui qui le regardait.

Aidée d'Hermès, qui lui fournit une épée, Persée rejoignit les Grées – ces vieilles femmes qui avaient pour particularité de partager un œil à elle trois. Profitant de leur aveuglement commun, saisissant l'œil, il ne le restitua qu'en échange d'informations sur les nymphes du Nord qu'il devait rejoindre.

Sur la route, les Hyperboréens lui confièrent par les mains de jeunes filles des sandales ailées, une besace magique qui prenait la forme de ce qu'elle contenait et un bonnet qui rendait invisible quiconque le portait.

Pallas Athena se montra à son tour à Persée. Elle ôta le bouclier de bronze poli qui lui couvrait la poitrine et lui tendit en disant: «**Dispose ceci devant toi et regarde-le lorsque tu attaqueras la Gorgone. Alors tu l'apercevras comme dans un miroir et tu éviteras ainsi son pouvoir mortel.**»

Persée, aidé d'Hermès et d'Athena, se rendit à l'île des Gorgones. Elles étaient trois. Méduse était la seule mortelle.

«Il les voyait clairement reflétées dans le bouclier poli», dit le conteur, «des créatures aux ailes immenses, au corps recouvert d'écailles dorées, à la chevelure

faite d'affreux serpents.» Chaussé de ses sandales, prenant soin de ne regarder que son bouclier, Persée plana au-dessus des Gorgones. Il visa la gorge de Méduse, Athéna guidant sa main. «D'un seul coup, il trancha le cou de la Gorgone, puis sans regard sur elle, les yeux toujours fixés sur le bouclier, il descendit et saisit la tête tranchée, la jetant dans la besace. Puis, il s'enfuit posant sur sa tête le bonnet qui le rendait invisible.»

Sur le chemin, Persée sauva Andromède dont il demanda la main à ses parents.

A son retour, Danae et Dycis, victimes de la colère de Polydecte avaient fui. Persée délivra l'île du tyran en usant du pouvoir de la tête de Méduse, et apprit où Dycis et Danae étaient partis.

Il les rejoignit en Grèce où Danae voulait retrouver son père Acrisios.

Celui-ci assistait aux jeux athlétiques comme spectateur et fut malencontreusement victime du disque lancé par Persée qui avait rejoint les siens à cette occasion.

Persée en salle d'entretiens ou le biais du bouclier

Je vous ai dit... vous avez connu l'impossible face à face... les regards de pierre ou de déterrés. Les enfants hantés par le devenir du couple parental... joués comme victime sacrificielle... pour que cessent ou continuent le sort, l'effroi et la sidération.

Que nous apprend Persée qui puisse nous déprendre... et dépendre les protagonistes des couples médusants, se prenant dans la pierre ?

Persée par Athena nous dit le biais.

Ne pas regarder de face... toucher par le reflet ou par la réflexion.

Ne pas viser droit au but qui sidère. Atteindre par le détour... l'opacité des couples ou l'opacité du monde comme peuvent la vivre le peintre, le sculpteur, le scientifique.

Il n'est d'issue que par le biais.

«Détacher son regard de soi en le modelant sous forme de simulacre, conjurer la peur de "l'eidolon", du spectre revenu du monde des morts, en fabriquant "l'eikon" qui en figure l'effroi, c'est la possibilité d'en supporter la vue», écrit J. Clair.

Voir autrement pour saisir et ne plus être saisi... force du bouclier d'Athéna qui protège par la réflexion.

Le bouclier comme œuvre d'art, acte de créateur ou de thérapeute. «Sans les arts, la forme ne serait jamais rencontrée et l'étrangeté resterait sans voix dans le silence de la pierre», écrit G. Steiner.

Le bouclier... et son image, anamorphose primordiale, recueille le monde à condition d'en supporter le glissement, la légère transformation. C'est de cette illusion que naît une nouvelle apparence... tout comme le tableau sait donner corps au modèle.

Le bouclier... comme le même et l'autre, le même saisi différemment.

Le doux écart qui nous fait croire à la saisie du monde par les regardeurs/thérapeutes/artistes que nous sommes.

Se laisser prendre par l'inclinaison de l'artifice.

L'usage du jeu de l'oie... comme bouclier... jouer de l'anamorphose

Notre rencontre avec les « couples médusants »... de ceux qui se prenaient au piège de leur propre spectre, eux-mêmes et leurs proches, a connu un changement très important par l'introduction du Jeu de l'Oie utilisé pour reconstituer avec les deux adultes concernés la construction commune du jour de la rencontre... à la date du travail en commun.

Formellement, le Jeu de l'Oie implique trois grandes étapes :

- le choix commun des événements marquants ;
- leur qualification symbolique par des images-symboles elles-mêmes extraites du jeu originel (puits, pont, oie, hostellerie, prison ; symboles à double valence tout comme la fascination/répulsion exprimée par le couple et par le visage de la Gorgone) ;
- le choix par chacun d'une carte de départ et d'arrivée.

Pourrait-on dire que le plateau et la règle du Jeu de l'Oie sont l'un des artifices essentiels pour **décapiter, retourner le mort**, le spectre fascinant/repoussant ?

Comme d'autres objets flottants, le Jeu de l'Oie introduit le biais, le passage de **la sidération à un espace triangulé** dont l'analogique de séances est le témoin et l'acteur. Chacun penché sur le plateau réintroduit la part du temps en choisissant les étapes marquantes chronologiquement, entend l'autre à son tour, et joue d'images diverses mais limitées. Le ou les enfants sont absents de telles séances qui rappellent les cérémonies de retournement des morts.

Le couple médusant... serait un « couple/spectre »... de ceux qui hantent les vivants. De ceux dont le lien originel garderait une force pétrifiante sur les nouveaux venus et les anciens partenaires.

Le couple défunt garderait la force du cadavre qui justifie d'une première cérémonie de funérailles... puis d'une seconde.

Les premières funérailles ou rite de séparation ont pour fin de « tuer le mort » autrement dit, de tuer ce qui reste de vivant en lui en rompant les liens affectifs qui l'unissent à la communauté.

Dans les doubles funérailles, dans la cérémonie plus tardive des « cultes de l'os » (nettoyage et festivités à Madagascar) il s'agit de « **faire revivre le mort** » – le défunt passe du statut de cadavre à celui d'ancêtre qui porte le savoir de la communauté (Louis Vincent Thomas).

Le Jeu de l'Oie deviendrait alors – pour certains – y compris pour nous, une autre forme de ritualisation de la séparation, ritualisation nécessaire pour certains afin d'échapper à la force médusante, pétrifiante, mortifère mais séduisante du couple originel. Force du spectre qui attire, fascine et fige le temps.

Le Jeu de l'Oie, comme les objets flottants, mettrait du jeu dans la rigidité, du semblant dans l'emprise en désarticulant l'espace de l'affrontement. Il intervient tel Brunelleschi à la Renaissance pour introduire une nouvelle perspective... ou de nouvelles perspectives.

Le Jeu de l'Oie comme la sculpturation ou le conte...

Ce serait l'ombre portée du tableau qui vient dire la profondeur.

Ce serait une vraie et fausse ligne de fuite, une réalité perçue et transformée sur le miroir déformant du plateau.

Ce serait l'endroit où la sommation des événements subit le gauchissement par le choix d'images symboliques.

D'un tableau à l'autre, se dresse le jeu d'une passion – passage, amour et souffrance... C'est en construisant son image que se déconstruirait le conflit. C'est dans le sérieux avec lequel il est élaboré que se creuse la distance et l'enfouissement de la pierre.

C'est le parcours qui telle la besace rend la tête de Méduse inoffensive.

C'est là où la saisie deviendrait mouvement... là où le cadavre se transformerait en ancêtre.

C'est pour cette raison sans doute que le jeu est réalisé avec tant de sérieux comme savent mettre du sérieux les enfants dans leurs jeux.

C'est dans l'anamorphose que se cache le doute propice à d'autres images...

Au piège de la fascination, les consultants glissent en jeu un nouvel espace comme le peintre glisse sa toile entre lui et l'opacité du monde.

Le risque persiste, le plateau comme la toile n'offre aucune issue certaine. Il n'y a pourtant pas de place pour le compromis. Le tableau dit le monde autrement ou l'autrement du monde comme le plateau du Jeu de l'Oie dit l'autrement des regards ou les regards posés autrement.

Le tableau n'a aucune certitude comme le plateau du jeu ou le thérapeute/consultant.

Le piège du tableau existe et l'artiste peut se perdre dans une fascination de pierre.

L'autoportrait comme marque de la saisie impossible.

Méduse et Persée fondent une image de la représentation et de l'une des saisies du monde.

Le bouclier d'Athena protège et découvre.

Comment passer de l'**à-plat** de la fascination à l'**au-delà** de la représentation ?

Comment donner de l'épaisseur au monde pour ne pas succomber à son insaisissable évidence ?

Nous ne faisons qu'inventer des biais et des détours.

J'ai cru évoquer pour vous l'emprise de certains couples dans cette réalité pétrifiée que leur donnent leurs conflits chroniques à l'occasion de séparations impossibles.

J'ai cru vous dire le détour d'un jeu pour nous jouer tous de la fascination.

J'ai cru vous dire que ce jeu dit de l'oie n'est qu'un des autres jeux ou objets dits flottants qui nous détournent de l'opacité du monde.

J'ai cru vous dire qu'il ne s'agirait pas tant de découvrir une vérité supplémentaire de l'emprise du couple ou de la famille, mais plutôt de varier le pas de danse, la mettre en perspective.

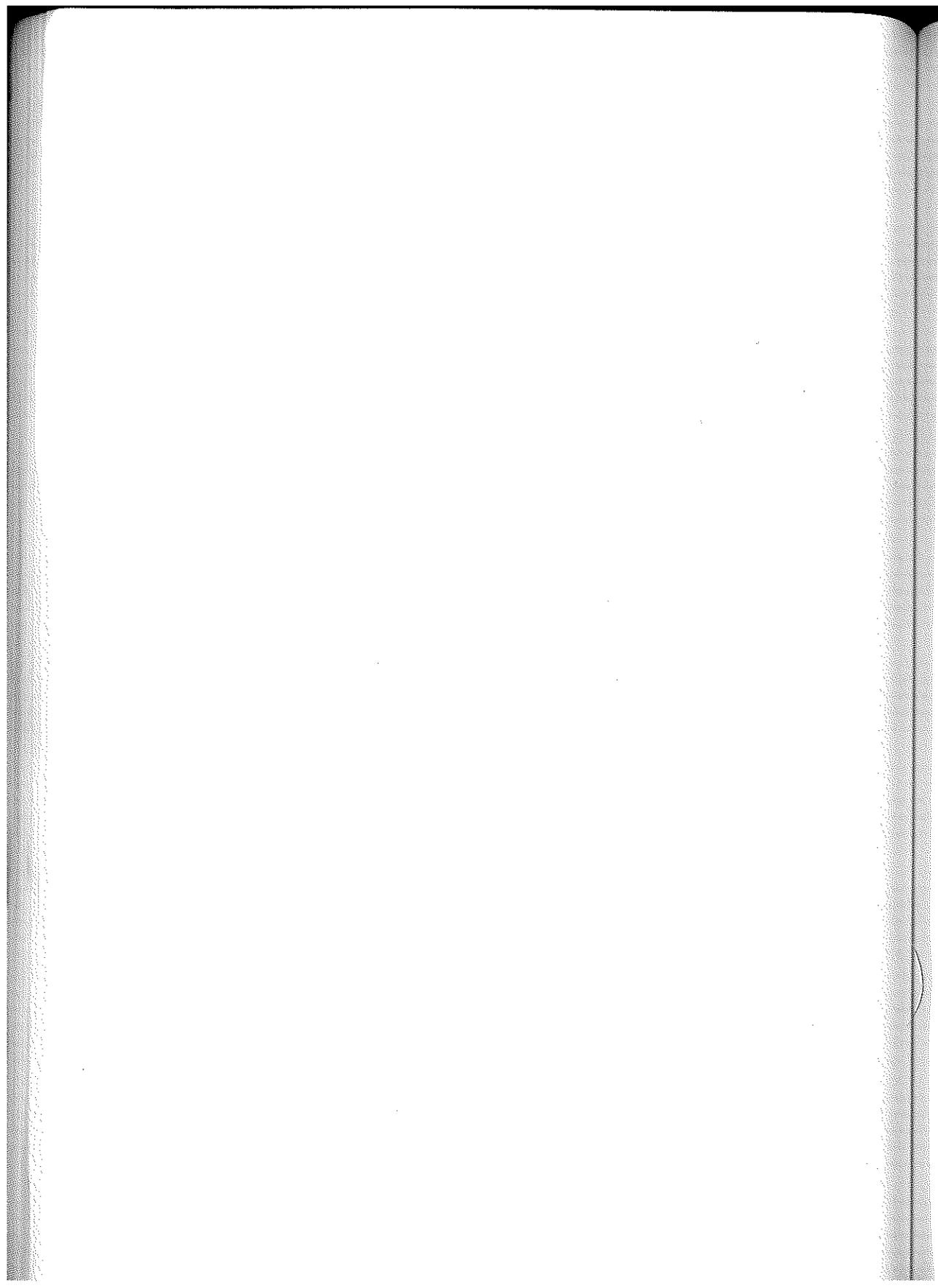
L'ombre portée du couple sur la famille... donne en tableau de famille une nouvelle profondeur et affûte le regard.

Maintenant, j'ai envie de me retourner vers Philippe et de lui dire: «J'ai tracé quelques pages... l'emprise du couple que tu évoques est dedans.» Je ne sais pas si ma ruse aura la force de celle du pilote. J'espère avoir la gravité souriante et questionnante du Petit Prince.

Philippe Taufour
Centre d'action éducative
114, quai de la Rize
F-73000 Chambéry

BIBLIOGRAPHIE

1. Caillé Ph., Rey Y. (1994): *Les objets flottants*, ESF Editeur.
2. Clair J. (1989): *MÉDUSE*, Gallimard, Connaissance de l'inconscient.
3. Steiner G. (1991): *Réelles présences*, Gallimard, NRF Essais.
4. Thomas L.V. (1980): *Le cadavre*, Col. Complexe.



L'ENFANT ACTEUR DE SON ÉCOSYSTÈME

Frédéric BRIDGMAN*

Résumé: *L'enfant acteur de son écosystème.* – L'auteur utilise l'hypothèse d'erreur logique familiale dans sa pratique pédopsychiatrique comme modèle pour rendre compte du fonctionnement linéaire indifférencié des familles maltraitantes. Il établit un rapport d'analogie entre la clarté des niveaux logiques de la communication et le degré de hiérarchisation générationnel qui détermine l'élaboration d'une double parentalité fonctionnelle. Il propose pour ces familles des stratégies s'appuyant sur l'écosystème animé par l'enfant pour organiser des systèmes triadiques hiérarchisés qui orientent la famille vers une redéfinition des rôles et des fonctions.

Summary: *Child as actor of his ecosystem.* – This article describes how the author, in his public Child Psychiatric practice, uses the familial logic error hypothesis as a pattern showing the linear disbehaviour of families with usual child abuse and neglect. This hypothesis presumes an analogic relation between communication logical levels and family generational structure, and so the family ability to act a double parenthood for the child. The strategies use the ecosystem of the child and try to organize and to activate triadic systems with the aim of changing the family logical communicational pattern.

Mots-clés: Ecosystème – Pédopsychiatrie – Maltraitance.

Key words: Ecosystem – Child Psychiatry – Child abuse.

Tout au long de ma pratique en pédopsychiatrie, mais aussi comme enfant puis comme parent, j'ai progressivement élaboré un aphorisme personnel qui pourrait s'énoncer comme ceci: «L'enfant est un metteur en scène de triades né qui, comme tout metteur en scène, dirige, aide et soutient ses acteurs avant et après le spectacle, et aussi dépend complètement d'eux au cours des représentations.» Ou plutôt, en circularisant, on pourrait dire que «l'enfant est un metteur en scène qui tient son propre rôle», un peu comme nous le propose Luigi Pirandello dans sa pièce *Six personnages en quête d'auteur* (6).

«Sur la scène d'un théâtre, veuve de tout décor, fait irruption un groupe de gens qui ont un air de famille: le Père, un petit bourgeois ayant atteint la cinquantaine; la Mère, un peu terne et fort éplorée; la Fille, rétive, ardente et belle; le Fils; enfin les deux autres Enfants plus jeunes. Au *Metteur-en-scène stupéfait*¹, le Père explique alors qu'ils sont issus de l'imagination d'un auteur, lequel les a doués de vie sans réussir pour autant à dénouer leur histoire. Ainsi, livrés à eux-mêmes, ils se sont mis en quête d'un dramaturge qui puisse les sortir du chaos. Dans cet

* Pédopsychiatre des Hôpitaux. Responsable du DU de Thérapie Familiale à l'Université de Rouen.

¹ Je souligne.

espoir, ils vident leur cœur devant le Metteur-en-scène: ne cessant de s'interrompre et de se contredire, chacun voulant s'en faire accroire aux dépens des autres, uniquement soucieux en fait d'élucider son propre cas, de se justifier et de s'attendrir sur lui-même» (4).

Cette métaphore théâtrale m'évoque le modèle triadique suivant: l'auteur représente les familles d'origine, de niveau générationnel 3; la famille, telle qu'elle apparaît, occupe le niveau parental 2 et le metteur en scène est l'enfant, simultanément appelé, interpellé et désigné pour définir les rôles et donner un sens aux comportements de la famille.

L'enfant en effet met en scène les triades dont il dépend: père et mère, parents et grands-parents, puis famille et école, famille et thérapeute, école et thérapeute... Dans ces triades, il apparaît comme le *tertius gaudens*²: le plus petit et peut-être aussi le plus essentiel.

L'enfant dans le cycle de la vie familiale

Dès sa naissance et avec un enjeu vital pour lui, l'enfant doit concilier et simultanément différencier les comportements de ses deux parents à son égard. Il devra apprendre à entendre, à décoder et à répondre à des messages paternels et maternels qui peuvent être dans un rapport de contradiction ou, plus souvent, d'incongruence. Ces messages incongruents, selon la formule de P.C. Racamier qui concernait les états schizophréniques, sont à la fois inconciliables et inopposables. Et G. Bateson (1), bien sûr, avec le concept du double lien, qui m'a offert jadis une représentation claire du paradoxe pathogène, me fournit maintenant un modèle qui m'aide à percevoir en pédopsychiatrie la communication paradoxale comme le type d'interaction le plus courant dans les triades que j'ai énumérées.

C'est en effet grâce à l'apprentissage que lui impose la double parentalité paradoxale que l'enfant acquiert progressivement la capacité de mettre en œuvre des comportements différents, ou plus précisément incongruents, qui réfèrent à la fois aux règles homéostatiques de la famille et à ses propres conduites d'individuation, ou le plus souvent aux deux simultanément. Certaines étapes de la vie de l'enfant montrent ses capacités à comprendre les attentes paradoxales qui lui sont adressées et les comportements qu'il peut mettre en œuvre pour y répondre; ce sont, en guise d'exemples, la première entrée à l'école, une réussite scolaire qui dépasse celle de ses parents, la recherche de camarades plus ou moins compatibles avec les valeurs familiales, les négociations pour obtenir une plus grande autonomie, puis plus tard la recherche exogamique du conjoint, la vocation pour un métier... Le degré des capacités de l'enfant à concilier des valeurs incompatibles permettrait-il de prévoir, à l'âge adulte, sa réussite dans le domaine socioprofessionnel, par exemple en termes de niveau et d'éloignement, et dans le choix de son conjoint sa compétence à satisfaire simultanément la loyauté attendue par les deux familles d'origine, mais aussi à élaborer une frontière intergénérationnelle suffisante? La triade caplo-

² Le troisième qui se réjouit intérieurement, qui éprouve une joie intime.

wienne (3) de type 5³ représente bien le modèle que je décris. Elle repose en effet sur une rotation des rôles et des fonctions où chacun est tour à tour en coalition avec un partenaire puis en position d'outsider. Chaque élément de la triade doit donc concilier deux relations qui sont incompatibles à moins de les circulariser.

Mais aussi, à rebours, l'enfant impose à chacun de ses parents de se reconfronter aux valeurs de sa famille d'origine et de les réévaluer pour les rendre suffisamment compatibles avec celles de son conjoint. L'enfant, à partir de ses besoins, met en scène ses parents et leur demande ou même les contraint à créer des valeurs et des comportements qui ne soient pas simplement la somme algébrique des attentes des deux familles d'origine.

L'enfant demande donc à ses parents d'élaborer un modèle communicationnel évolutif avec lui, sur la forme d'une double parentalité qui va les aider simultanément à transformer la nature de leurs relations avec leurs familles d'origine respectives. L'enfant, en contraignant ses parents à trianguler avec lui, oblige aussi le couple à retriangler ses relations avec ses deux familles. J'ai souvent l'impression que la naissance de l'enfant représente pour l'ensemble de la famille la chance à saisir d'un changement logique fondamental. A mon point de vue, quand ce travail ne se fait pas, deux éventualités dysfonctionnelles peuvent survenir: l'éclatement du couple peu après la naissance de l'enfant (famille monoparentale matrilineaire où chaque enfant a un père différent) ou famille à enfant psychotique que j'ai décrite ailleurs (2).

Les thérapies familiales que je pratique en pédopsychiatrie débutent habituellement par un travail bigénérationnel, enfant et parents, mais évoluent presque toutes vers un modèle trigénérationnel dans lequel la réévaluation des relations du couple avec ses familles d'origine prend valeur de métaphore pour les relations des deux parents et de l'enfant. De façon presque constante, le *changement* de l'enfant survient de façon imprévue alors que les parents sont engagés dans un travail de *changement* par rapport à leurs familles d'origine. Les parents apprennent à trianguler avec la génération du dessus dans le cadre de la thérapie et deviennent capables, dans leur vie quotidienne avec l'enfant, d'élaborer des modèles communicationnels qui concilient une entente suffisante dans les comportements éducatifs et une reconnaissance des valeurs différentes, sinon incompatibles, héritées de leurs familles respectives. Ils rejoignent alors la classe des familles que j'appelle «d'accord pour être en désaccord», où les parents, au niveau générationnel 2, utilisent le plus souvent, comme je l'ai décrit plus haut, la communication paradoxale pour trianguler leurs relations avec chacune des familles d'origine et être ainsi capables de proposer à leur enfant une double parentalité suffisamment fonctionnelle, c'est-à-dire suffisamment décodable. Mais ils peuvent aussi de temps en temps s'affronter sur des contenus éducatifs antagonistes sans pour autant, aux yeux de l'enfant, menacer à tous moments la relation conjugale. Quand le niveau du conflit s'accroît et nécessite le recours aux trois niveaux de la communication, au risque de confondre contenus et relations, la chambre conjugale représente alors pour le couple l'espace intime propice aux «explications».

³ $A > B > C; B + C > A.$

En somme j'utilise le travail trigénérationnel pour redéfinir sur un mode métaphorique les niveaux de la communication. Le niveau 1, celui des enfants, est celui des contenus, c'est-à-dire des messages et des injonctions verbales. Le niveau 2 est celui des parents et de la relation oscillant entre congruence et incongruence en fonction du degré d'incompatibilité au niveau 3. Le niveau 3 est celui des familles d'origine et de la métacommunication. C'est là que les valeurs et les comportements apparaissent dans un rapport de compatibilité ou de contradiction et qu'un commentaire sur la relation est possible.

Familles dysfonctionnelles – enfants porteurs de symptômes, maltraités – hypothèses

Je ne traiterai évidemment ici que des familles dans lesquelles le symptôme ou la maltraitance peuvent être compris et traduits en comportements de communication utiles au fonctionnement du système familial. Ce qui revient à dire que ces familles utilisent une confusion à peu près permanente des niveaux logiques de la communication, certainement utile à leur survie homéostatique.

Les comportements tiennent lieu de paroles, interdisant à la fois accord ou désaccord au niveau des contenus, entente ou conflit dans les relations. Le commentaire des comportements est impossible et la définition des relations est interdite. En conséquence, les frontières intergénérationnelles sont diffuses, comme la typologie minuchinienne (5) les décrit dans les *familles enchevêtrées*.

Les parents sont peu autonomes par rapport à leurs familles d'origine. Trois générations vivent sous le même toit ou l'essaimage géographique est réduit. Le couple parental peut cesser toutes relations avec l'une des familles pour faciliter l'affiliation du conjoint à sa belle famille.

Les fonctions parentales ne sont pas suffisamment définies. Les parents parlent et agissent l'un pour l'autre, ne se délèguent pas, évitent souvent de rencontrer conjointement les intervenants. En consultation, il m'arrive assez souvent d'aller chercher le père qui attend sur le trottoir ou dans la voiture qui a amené la famille. Au cours de l'entretien, les parents parlent sans tenir compte l'un de l'autre, parfois même en même temps, pendant que l'enfant somnole tranquillement ou mène une activité solitaire. Les tentatives d'éclaircissement déclenchent une confusion encore plus grande ou bien une stupeur qui ne permettent pas de définir un contrat thérapeutique à peu près clair concernant l'enfant. Les fonctions parentales apparentes peuvent être tenues à l'occasion par les grands-parents, des tantes, des oncles, des sœurs ou frères plus âgés ou encore par une voisine, parfois aussi par une travailleuse familiale, un intervenant médico-social ou judiciaire, et même des enseignants.

Ce type de famille m'apparaît comme un système très ouvert, toujours prêt à affilier de nouveaux membres qui acceptent ou qui sont contraints d'accepter les règles de la communication à moins de rompre la relation. Je pense particulièrement aux intervenants des services d'aide éducative et des services de placement qui ont un mandat à exécuter mais qui ne peuvent, à première vue, remplir leur mission qu'en renonçant au modèle qui les identifie et en acceptant la confusion logique familiale qui les disqualifie.

Ces familles privilégient sans compromis – je dirais sans pouvoir malheureusement recourir au paradoxe – leur survie homéostatique aux dépens de l'individuation de leurs membres. Elles semblent en effet ignorer la communication paradoxale qui permet de concilier suffisamment les dyades antagonistes que nous avons déjà vues : valeurs des familles d'origine et alliance conjugale, double parentalité, comportements homéostatiques et prescriptions d'individuation.

J'ajouterai que ces familles hiérarchisent, selon un modèle linéaire, les pouvoirs en fonction du niveau générationnel. Les grands-parents semblent souvent détenir à eux seuls le pouvoir et l'imposer sans commentaires à toute la famille. Ces familles refusent le modèle de la triade générationnelle circulaire, type 5 de Caplow (3), où les parents devenant grands-parents changent de modèle logique et transforment leur double parentalité en un corpus suffisamment homogène et congruent de valeurs et de règles pour favoriser l'élaboration par les jeunes parents d'une nouvelle double parentalité.

Ces familles indifférenciées, qui sont organisées sur un modèle générationnel linéaire, pérennisent d'une génération à l'autre les mêmes valeurs et les mêmes comportements. Elles ne favorisent pas la réussite scolaire des enfants, sont réticentes aux contrats thérapeutiques de changement et sont aussi souvent celles qui nécessitent et sollicitent le plus l'aide des intervenants médico-sociaux. Est-ce que le terme à la mode de « fracture sociale » désignerait une fracture logique entre les familles indifférenciées et linéaires et celles qui utilisent un modèle générationnel circulaire de nature paradoxale ?

L'hypothèse d'erreur logique familiale

Ces familles dysfonctionnelles, telles que je les perçois de mon point de vue de pédopsychiatre, utilisent donc un modèle logique linéaire et leur fonctionnement, ainsi que celui de leurs membres, est de type binaire, sur le mode du « tout ou rien ». Elles refusent ou sont incapables de trianguler deux catégories de valeurs et de comportements qui sont dans un rapport d'incompatibilité ou simplement d'incongruence. Leur fonctionnement privilégie sans compromis les valeurs intra-familiales et exclut les comportements d'individuation et ceux des membres de la famille qui tentent de les imposer.

J'ai aussi utilisé cette hypothèse d'erreur logique dans le cas des familles avec enfant psychotique (2), dans lesquelles tout changement, en termes de maturation et d'évolution, est proscrit et où la transmission intergénérationnelle des valeurs et des comportements se fait de façon linéaire. Mais alors que dans la famille à enfant psychotique, le modèle familial linéaire aboutit à fusionner les deux familles d'origine pour garantir avant tout la pérennité du couple, au prix d'une lourde pathologie portée par l'enfant, dans la famille de type enchevêtré, le modèle linéaire, à l'inverse, menace sans cesse la relation conjugale, soit par l'éclatement dans les familles matrilineaires monoparentales, soit par la pathologie d'un ou des deux parents (alcoolisme, psychopathologie...) et au prix des difficultés que nous avons vues pour l'enfant.

Dans ce type familial, poussé à un degré plus ou moins marqué, qui représente une part assez importante de ma clientèle publique de pédopsychiatrie, j'ai

progressivement développé l'hypothèse que l'indifférenciation générationnelle était dans un rapport de cause et d'effet avec la confusion logique des niveaux de communication. La famille ne peut pas concilier des valeurs et des règles antagonistes et se projeter dans une perspective téléologique. Les événements et les réactions qu'ils suscitent sont vécus et agis dans le *hic et nunc*. Le comportement est brut sans commentaire verbal. Les essais de verbalisation ne sont pas compris ou déclenchent la rupture. L'indication de psychothérapie pour l'enfant paraît évidente, mais représente pourtant la situation type où sans tarder «la solution devient le problème». La psychothérapie en effet promet un système triadique parents-enfant-thérapeute et un commentaire sur les valeurs et les comportements; elle menace ainsi directement la famille et son modèle logique dyadique indifférencié. La famille rompt, de façon souvent progressive et par omission, incapable de métacommuniquer sur la rupture, ou bien l'enfant est soumis à une loyauté scindée qui compromet encore plus son évolution.

Ces familles dysfonctionnelles, surtout les familles à enfant psychotique, me paraissent s'enfermer dans un modèle communicationnel sans issue, que j'ai appelé «erreur logique familiale», où la survie dépend entièrement de la répétition du même fonctionnement légal d'une génération à l'autre stigmatisé par l'inadaptation socioprofessionnelle, la maltraitance et les conduites incestueuses. Ces familles refusent la loi humaine fondamentale de l'exogamie et les risques de changement qu'elle représente, et en corollaire se privent du langage. Comme le dit le moraliste, «l'enfer est pavé de bonnes intentions».

Et pourtant, quand j'observe le comportement de l'enfant et de sa famille, j'ai le sentiment que le symptôme, les signes de la maltraitance et la révélation de l'inceste représentent des messages adressés au contexte. A ce titre, je considère que ces messages sont des appels et des tentatives de triangulation qui représentent des opportunités à saisir pour aider la famille à changer son modèle logique communicationnel.

Ces messages, qui renvoient pourtant à un dysfonctionnement familial souvent délictueux, donc dangereux à montrer pour la famille, sont adressés au contexte par l'enfant, mais aussi par les parents, de façon répétitive. Si le contexte ne répond pas ou n'utilise pas les canaux de communication fixés par la famille, l'intensité des messages habituellement augmente à un degré qui oblige les intervenants à prescrire la rupture familiale et laisser ainsi passer la demande de changement familial.

Les réponses du contexte

Le contexte thérapeutique, médico-social et judiciaire semble souvent répondre selon le modèle familial linéaire que j'ai décrit; c'est-à-dire dyadique indifférencié. J'ai en effet souvent l'impression, dans ma propre pratique de pédopsychiatrie publique, que la relation est supposée définie par le contenu, à savoir l'indication fixée par un intervenant, psychologue scolaire, enseignant, PMI, pédiatre ou éducateur d'AEMO. La réponse, dans ce cas, répète le modèle logique familial et confond à son tour les niveaux de communication.

C'est dans le cadre de la consultation initiale que je perçois en général assez vite la capacité des parents à trianguler l'indication d'un intervenant en une

demande de changement pour leur enfant. Cette impression repose surtout, au cours de l'entretien, sur le fonctionnement de la double parentalité, en termes d'accord et de désaccord mais aussi en termes de messages paradoxaux incongruents concernant l'enfant quand la famille sait utiliser un modèle logique triadique circulaire.

Or dans le cas des familles que je décris, pérenniser le modèle logique linéaire compromet le plus souvent la capacité thérapeutique des interventions qui s'adressent à l'enfant. Le thérapeute hérite du modèle contractuel initial et s'engage souvent dans une escalade symétrique cachée avec les parents. La famille manque des rendez-vous, rencontre d'autres intervenants sans en informer le thérapeute qui a tendance à répondre en désignant implicitement les parents comme pathogènes et en s'installant dans le rôle de substitut parental potentiel pour l'enfant. On reste donc toujours dans le même modèle logique dans lequel les rôles sont indifférenciés et où tout éclaircissement est proscrit car il risquerait d'aboutir à une rupture. L'enfant est le *metteur en scène* de la confusion salvatrice du système famille-thérapeute, mais au prix de sa stagnation évolutive.

Quant aux réponses judiciaires, elles semblent fréquemment pérenniser le même modèle logique linéaire. En amont des mesures, les intervenants acceptent souvent les confusions de niveaux dont je donnerai deux exemples: maintenir la relation avec la famille sans exprimer clairement ses soupçons sur la maltraitance ni sa décision de signalement; accepter de juxtaposer son intervention avec celles d'autres partenaires sans définir suffisamment la fonction de chacun et en informer la famille.

Au stade du signalement, la confusion souvent persiste quand le signaleur rompt la relation avec la famille en s'effaçant sans le métacommuniquer et en supposant que le problème sera résolu par les nouveaux intervenants judiciaires.

Enfin, au stade des mesures judiciaires, le même modèle se pérennise quand une ordonnance est prise concernant nominativement l'enfant et que les parents ne sont pas inculpés ou même que l'affaire n'est pas instruite et qu'elle est classée par le Parquet «pour insuffisance de preuves».

On peut penser que dans toutes ces situations, l'enfant continue à être le *metteur en scène* victime d'un système pathogène qui, en interdisant les commentaires et en ne définissant pas les relations, ne lui permet pas d'évoluer et de s'autonomiser. Là encore, l'aphorisme de la solution qui devient le problème vient à l'esprit.

Quelques hypothèses stratégiques

Ces hypothèses reposent sur le modèle décrit et ne représentent dans ma pratique qu'un guide tenu mais qui active et oriente certainement mes comportements professionnels.

En somme, il s'agit de changer le modèle familial linéaire indifférencié en un modèle circulaire. J'utilise essentiellement, en guise de métaphore triadique, mes comportements de communication avec l'écosystème de l'enfant pour organiser et mettre en œuvre des systèmes à trois partenaires au moins, dans le *hic et nunc*. Dans la consultation initiale, telle que je l'ai décrite, je m'efforce de regrouper

la famille et les porteurs d'indication, ou de les contacter par téléphone en présence de la famille, ou de leur écrire un courrier avec l'aide des parents, ou de leur réadresser l'enfant pour un avis complémentaire. J'essaie, en particulier, de prendre du temps avant de proposer une aide thérapeutique pour l'enfant et de me montrer prêt à la remettre en cause avec les parents et avec les partenaires sur le modèle: «Aidez-nous à vous aider!»

Dans le cadre du travail thérapeutique proprement dit, je n'utilise jamais avec ces familles le terme de «thérapie familiale» qui à mon sens renforce les rétroactions et je mets progressivement en place une relation opportuniste dans des lieux variés: CMP mais aussi écoles, circonscriptions, CCPE, locaux d'AEMO et des services de tutelles et de placements, rencontres fortuites de terrain. A l'occasion de ces rencontres, j'indique de façon répétée la fonction de chacun des intervenants et la hiérarchisation de nos relations, en particulier la position haute de la justice et de ses services, puis de l'école comme milieu naturel de l'enfant. J'essaie aussi simplement d'engager un travail intergénérationnel dans le but de redéfinir et réévaluer les valeurs des deux familles d'origine des parents et de favoriser indirectement une renégociation de la conjugalité que je n'aborde jamais directement. Comme je l'ai décrit plus haut, je pense que ce travail intergénérationnel entretient un rapport d'analogie avec les niveaux de communication et tend à les éclaircir. Enfin j'espère, *sans chercher à le savoir*, que ce travail aidera les parents à élaborer une double parentalité fonctionnelle pour l'enfant.

Je dirai pour conclure que le modèle et les hypothèses stratégiques que j'ai décrits ne sont pour moi que des outils qui me paraissent utiles compte tenu de la place que nous occupons en tant que service de pédopsychiatrie dans l'écosystème de l'enfant. Ils ont pour but d'organiser autour de l'enfant des triades hiérarchisées qui ont valeur de métaphore pour la redéfinition des rôles et des fonctions familiales. Ce changement est évidemment progressif et ce sont nos partenaires qui sont les mieux placés pour le constater et nous en informer à l'occasion.

Frédéric Bridgman
15, rue de Crosne
F-76000 Rouen

BIBLIOGRAPHIE

1. Bateson G. (1977): *Vers une écologie de l'esprit*. Seuil, Paris.
2. Bridgman F. (1995): Les psychoses infantiles: aspects et stratégies systémiques. *Thérapie Familiale*, 1, Vol. 16, pp. 27-38.
3. Caplow T. (1984): *Deux contre un*. ESF, Paris.
4. *Dictionnaire des œuvres*, (1981) Robert Laffont, Paris.
5. Minuchin S. (1979): *Familles en thérapie*. Delarge, Paris.
6. Pirandello L. (1994): *Six personnages en quête d'auteur*. Flammarion, Paris.

LES VIOLENCES SEXUELLES DANS LA FAMILLE

Abuser – Etre famille abusive – Etre abusé – Avoir abusé – Avoir été famille abusive – Avoir été abusé

Paule LEBBE-BERRIER

1^{re} partie

Résumé: *Les violences sexuelles dans la famille. Abuser – Etre famille abusive – Etre abusé – Avoir abusé – Avoir été famille abusive – Avoir été abusé.* – Cette réflexion est le fruit d'un long travail de recherche concernant l'analyse et la compréhension des dynamiques avec des familles incestueuses. Celles-ci nous ont permis de découvrir les nombreuses embûches dans ce passage vers un autre mode de fonctionnement. L'emprise de la transgression de cet interdit est telle que les règles du système familial continuent d'entretenir les mêmes jeux cachés et rendent complexe le passage de «être» à «avoir été» abusé, abuseur...

Summary: *Sexual violences in the family. To abuse – To be an abusive family – To be abused – To have abused – To have been an abusive family – To have been abused.* – This reflection is the fruit of a long term research project based on analyzing and understanding the dynamics of incestuous families. It has enabled us to discover the numerous pitfalls on the path to a new way of functioning. Transgressing the taboo has such a powerful impact that the rules governing the family system go on supporting forbidden games, thus complicating the transition from «being» to «having been» abused, abuser.

Mots-clés: Abus sexuels – Familles incestueuses – Jeux – Emprise.

Key words: Sexual abuse – Incestuous families – Games – Ascendancy.

Introduction

Etre et avoir été abusé. *Un cheminement long, un processus d'aide indispensable dans l'engluement de l'emprise de l'inceste qui peut durer toute une vie.*

Contrainte et emprise *versus* cadre de contrainte et prise de parole, *une première étape, elle aussi indispensable, pour émerger de l'engluement mais certainement pas de l'emprise de l'inceste.*

Notre contexte de travail

Ces deux points résument en quelque sorte l'orientation et la méthodologie que nous avons développées depuis la loi de juillet 1989 dans les quelques 200 expertises familiales ordonnées par les juges des enfants pour les situations d'abus sexuels: en majorité, père/fille/fils ou beau-père/belle-fille/beau-fils mais aussi frère et sœur. Les incestes mère/fils nous sont moins connus et plus complexes à évaluer.

Dans notre pratique professionnelle et clinique, et dans celle de formateur et superviseur de professionnels spécialistes de l'aide, la complexité et la méthodologie diffèrent et fluctuent selon plusieurs cas de figure. Au départ, nous étions sans modèles comme un ethnologue qui va découvrir un autre monde sans carte établie, sans guide. Nous avons donc essayé, fait des erreurs analysées avec soin et nous avons beaucoup travaillé nos résonances. Peu à peu, nous avons posé des balises, tout en effectuant ce parcours «de l'angoisse à la méthode» pour reprendre le titre d'un ouvrage passionnant de G. Devereux. C'est ainsi que se sont élaborées et esquissées des approches méthodologiques relativement différentes selon qu'il s'agisse :

- De la suspicion d'abus et d'un secret encore gardé.
- De la révélation d'un signalement, avec attente de preuves et de décision judiciaire concernant l'abuseur.
- De l'ordonnance judiciaire d'expertise familiale après la révélation et la décision judiciaire. Les attendus et objectifs sont très explicites, mais des variantes existent selon que cette expertise est ordonnée :
 - Très tôt, au moment de la crise de la famille, du système social d'intervention et aussi de l'instruction du dossier.
 - Très longtemps après la révélation et du fait des symptômes graves portés par la victime le plus souvent, mais aussi par la fratrie.
- De la demande d'un adulte abusé autrefois, qui a l'espoir que le travail thérapeutique entrepris, le libérera de ce secret, du silence l'encombrant toujours et des difficultés qui ont parsemé sa vie.

Ces différents cas de figures constitueront l'essentiel de la deuxième partie de ce travail sur nos essais de modélisations d'interventions dans ces différentes situations contextuelles.

Pour l'instant nous allons réfléchir à des problèmes de conjugaison autour de **être et avoir été**.

Etre et avoir été...

Ce passage de ÊTRE à AVOIR ÉTÉ est semé de nombreuses et imprévisibles embûches que nous avons peu à peu repérées. Ces embûches sont logiques avec le fonctionnement du système et constantes dans ce long passage de ÊTRE à AVOIR ÉTÉ. La majorité des situations d'expertise familiale que nous avons rencontrées sont, actuellement, quelque part dans ce passage périlleux et parfois paralysant, entre «être et avoir été». Notre questionnement concerne les relais de prise en charge et d'aide pour ces différents membres de la famille après ce temps limité, occupé par l'expertise familiale.

1. Abuser/être abusé: une dynamique complètement inclusive

Avant la révélation mais encore et parfois tout autant après la révélation; que l'abuseur soit ou non incarcéré, cette dynamique continue d'évoluer dans ce même sens. Pour reprendre une image, ce pourrait être celle de l'oiseau longtemps

enfermé, qui reste dans la cage, même avec la porte ouverte. Si on le sort et qu'il tente de voler, il se bute partout, se blesse, peut se détruire, car il n'a aucun repère des limites en dehors de celles connues. Cette constatation peut donner sens à ces quelques exemples et démonstrations autant du côté de l'abuseur que de la mère ou de l'enfant abusé.

- Nous avons eu un certain nombre de situations où l'abus continuait par le **courrier**. Lorsque nous en informions les juges des enfants, le courrier était filtré. Force était de constater la main-mise possessive et amoureuse que l'abuseur conservait sur la victime, la fratrie et sur son partenaire. Telle cette jeune adolescente de 14 ans, atteinte d'une calvitie totale depuis l'âge de 8/9 ans. Après l'incarcération de son père effectuée 1 an et demi avant l'ordonnance d'expertise familiale, il y eut à plusieurs reprises un début de pousse des cheveux, qui régulièrement tombaient au grand désespoir de la mère. Ceci, jusqu'au moment où cette mère, analphabète, a fait le lien entre la chute des cheveux et les courriers recus par sa fille et ses fils; courriers qui avaient attiré son attention par les symboles amoureux tout à fait évidents qu'ils contenaient. Ce lien a pu se faire grâce à notre perplexité exprimée en cours d'expertise familiale, devant la non-collaboration des enfants et surtout des garçons, mais aussi leurs jeux de cache-cache derrière des coussins. La mère a sorti du buffet un paquet d'une cinquantaine de lettres adressées aux enfants et à elle-même, en nous demandant d'en prendre connaissance et de les remettre au Juge des Enfants... Toutes avaient été lues en famille et remises à la mère par les enfants. Cette mère venait de poser une limite à ce père, et à l'inceste en se positionnant tiers réel. Un détail étonnant dans une lettre que la jeune nous a montrée était le désir du père qu'elle ait une chevelure comme Dorothee (il mettait sa photo en entête des courriers). Sa fille avant d'être chauve avait des cheveux noirs, frisés et crépus. La calvitie totale était-elle une solution à ce contexte de double contrainte ?

Cet exemple nous permet de parler de **familles profondément incestueuses** alors que d'autres sont plus vite dans le regret... **repentantes**. De toute façon cette réflexion proposée est valable pour toutes les familles violentes et abusives: **Quand cesse-t-on d'abuser et d'être abusé** lorsqu'on a vécu cette réalité ?

Le processus est long, percutant, du fait de l'intensité de l'emprise. Les liens avec la famille se doivent d'être importants dans une « affiliation » qui pourra nous aider à utiliser l'énergie de notre propre agressivité pour entrer de façon positive et créative dans ces systèmes de violence et d'emprise.

Du côté de l'abuseur et avec lui, quelles résonances ?

- Certains pères ayant purgé leur peine et que nous rencontrions avec ou sans la famille, selon les règles posées par les juges, restaient en quelque sorte abuseurs, sans passer à l'acte d'attouchement ou d'intrusion physique nous semblait-il. C'est ainsi qu'après avoir beaucoup travaillé, analysé nos résonances et/ou contre-transferts face aux **regards** de plusieurs pères ou frères abuseurs, il nous est arrivé de leur parler de leurs yeux et de la capacité qu'ils avaient développée de continuer à abuser avec leurs yeux... Oserions-nous parler d'**inceste visuel**, comme on parle d'**inceste psychique** entre mère et fils... ?

Ce travail sur le regard et notre vécu fut essentiel pour accéder à une autre étape avec les sous-systèmes de la famille et le jeune abusé. Lorsque cette hypothèse leur fut proposée, elle eut toujours l'effet d'une bombe, faisant exploser le caché, le non-dit persistant. En même temps, elle a étonnamment libéré chacun, de cette insistance malsaine et hypnotisante du regard que nous vivions aussi nous-même en tant qu'intervenant. En fait, **nous seuls pouvions nous donner le droit à la parole interdite concernant ces réactions émotionnelles, ces vécus intra-familiaux cachés, qui avaient « résonné » en nous.**

- D'une autre façon, même seuls et emprisonnés, certains pères restaient dans la **toute-puissance**, gardaient tout pouvoir et emprise sur leur famille, et tentaient de nous y associer. Ils induisaient constamment de la confusion, mêlant et utilisant tous les cadres et informations.

Ou encore, ils continuaient à organiser une sorte d'aliénation subtile, en se présentant impuissants, désabusés, victimes. **Tous les rôles** étaient inversés, au point que c'était le jeune abusé qui avait abusé l'abuseur, en révélant, « en le mettant en prison ». C'est une lecture logique dans leur dynamique familiale avec leur grille d'analyse qu'ils nous présentaient comme « naturelle » ! Dans le même temps, qu'il soit dénié ou non, cet abus sexuel était posé, expliqué comme le résultat de la responsabilité de l'autre; de l'épouse décevante ou qui refusait les relations sexuelles ou encore de l'enfant qui l'avait incité à poser cet acte, ou même l'avait sollicité (toucher son sexe, montrer ses fesses, s'asseoir sur ses genoux, se coller sur lui...). Ce **clivage responsabilité/pouvoir** reste longtemps présent comme « naturel », allant de soi dans une dynamique familiale incestueuse. C'est de la mise en place d'un « pontage » au-dessus de ce clivage pouvoir/responsabilité qu'émergera peu à peu une possibilité de passage de être à avoir été... D'où l'importance d'un travail avec les pères et les frères durant cette ouverture constituée par l'expertise familiale.

Du côté de la mère

Autre point important à souligner, contrairement à ce qui se passait avant la révélation, c'est la conjointe ou la mère qui devient, plus explicitement **le pivot autour de ce clivage**, qui le signe, mais surtout le maintient.

Il a toujours été troublant dans nos entretiens d'expertise, de rencontrer ou de redécouvrir l'emprise masquée et habile que l'abuseur entretient avec sa conjointe ou concubine ou sa propre mère après la révélation des abus. De même, la proximité excessivement forte de la mère et du fils abuseur de sa sœur, est particulièrement étonnante. Quelle que soit la qualité de l'abuseur, cette femme devient **son porte-parole, son intermédiaire**, auprès de l'enfant abusé et de la fratrie, perpétuant l'emprise de l'abuseur et maintenant, en partie, la loi du silence, la loi du doute qui se renforce avec l'absence de preuves repérées par elle, pendant l'abus. « C'est impossible... » « je ne le-la crois pas... » « il n'aurait jamais fait ça... » « il n'était pas porté sur la chose... »

Rares sont les femmes qui ont « stoppé » toutes relations et par exemple demandé le divorce (5 sur 200 expertises au moment où nous effectuions ces expertises) ou encore des mères qui ont cru et parlé à leur enfant. Nous avons, bien au

contraire, et très souvent, découvert des femmes redevenues amoureuses ou en « lune de miel », d'un homme qui subitement n'était plus dangereux pour elle et les enfants. Sidérées par la révélation et illusionnées par une nouvelle séduction, que l'abuseur a su développer et utiliser dans le chaos de la crise, elles sont beaucoup plus prêtes à croire les paroles du père, du frère, que celles de leur enfant abusé. Les paroles de ce dernier sont en général reprises par l'extérieur mais non entendues à l'intérieur de la famille. Le père et le frère, dans la force de l'emprise qu'ils ont sur la famille, savent facilement mettre en doute la véracité des révélations de l'enfant victime, tel l'oiseau dans la cage ouverte.

Malgré ses propres déclarations aux interrogatoires de Police, la garde à vue, l'emprisonnement du père ou le placement des enfants, l'abuseur sait garder le pouvoir de rétablir **sa vérité** auprès de la mère. Emues, rassurées, sous emprise, elles restent « loyales » au système, même si elles sont quelque peu aux prises avec des doutes concernant leur enfant. Perturbées par les difficultés de la vie carcérale et par tous les problèmes sociaux émergeant après ces révélations, elles sont peu ou pas du tout à l'écoute de l'enfant. La relation très particulière qui souvent se crée entre cette mère et l'abuseur, les deux ou trois visites habituelles et hebdomadaires au Centre de détention, ou encore une relation épistolaire très soutenue, très narcissisante, très émouvante pour ces femmes prennent en fait toute la place et peuvent transformer l'emprise violente en emprise aveuglante.

Du côté des enfants et adolescents des deux sexes.

Bien sûr, cette réalité émerge devant le jeune, médusé, par ce qu'il voit, saisit, comprend... toujours en attente longue, très longue dans le silence, la culpabilité, ou la colère. Dans le même temps, ces mères nous montrent avec une « inconscience » ahurissante, les courriers ou encore des messages du conjoint comme une évolution, un changement important pour elles-mêmes puisqu'elles existent à nouveau pour lui.

Tout cela peut donner sens au fait que rapidement, dans les familles abusives, la réalité de l'abus sexuel est enterrée, jamais reparlée, même avec la mère et ce, pendant des mois et des années... l'enfant révélateur des abus peut être plus ou moins laissé pour compte, avec son problème et sa trahison des secrets, oublié ou encore tenu responsable, coupable de tous les malheurs et éclatements familiaux.

La tentative d'orienter en thérapie est intéressante, mais encore faut-il que pour ces situations, le thérapeute ne soit pas enfermé dans le modèle idéologiquement premier de « la demande thérapeutique ». La révélation n'est pas en soi une demande d'aide, mais une demande « que ça s'arrête » parce que l'abuseur a trahi ou est passé à un autre niveau. Parler signifie aussi trahir, ce n'est pas parce que l'enfant est envoyé en thérapie, que pour autant la parole émergera, si le thérapeute ne se positionne pas clairement sur ce qu'il sait... Bien des jeux de cache-cache s'organisent là aussi, et, pendant des années, régissent implicitement un espace de « complicité », silencieuse, reproduisant la loi familiale du silence, sous couvert de l'attente d'une demande émergente. **L'HUÎTRE S'EST-ELLE REFERMÉE?...** Sommes-nous dedans, produisons-nous ensemble une perle ?

Bien des spécificités existent selon le type de familles. Bien sûr, dans les familles **dictatoriales**, «**pétrifiées**» (J. Barudy), le déni fait loi, englobe et digère rapidement la trahison de **la loi du silence**. La mère est restée sous cette emprise du père qui l'exerce de loin, avec une force de contrôle, de persuasion, de fascination aussi bien sur elle, que sur chacun des membres. Dans ce type de famille, il faut absolument savoir utiliser la force de notre parole, notre agressivité émergente et positive pour faire ouverture.

«Au nom de» ce que nous savons officiellement de par leurs propres déclarations à la Justice, «au nom de» notre mission d'expert, «au nom de» notre capacité de poser un «cadre de contrainte», mandatés par le juge pour enfants; mais aussi «en notre nom», avec notre vécu nous pouvons commencer ou continuer à chercher avec eux, donner sens, entendre, expliciter nos hypothèses. L'enfant abusé et silencieux est là, souvent sans voix, coupable... mais en espoir, en attente, en écoute.

Certaines **familles incestueuses sont plus repentantes**, moins manichéennes et le clivage est moins évident. Considérées comme des familles «promiscues» ou «enchevêtrées», la réalité reste relativement identique. L'abuseur disparu, la loi du silence est aussi reprise en fidélité et en loyauté au mythe familial. Mais dans ce type de famille tous restent plus ou moins accessibles à la parole de l'autre, extérieur au système **si cet autre se donne ce droit**. Par contre, pour ce type de pères, la prison leur permet parfois de développer les mêmes stratégies de déni surtout s'ils vivent la promiscuité des cellules de prison. Bien souvent les «pointeurs», tels que sont désignés les abuseurs sexuels, sont mis ensemble, restent ensemble en vase clos, dans la même cellule. Ils ne sortent pas ou plus puisqu'ils ont été agressés par les autres détenus ou ont peur de l'être. Il va sans dire que la fermentation des stratégies est fertile, surtout à certains moments du processus judiciaire. Aussi les entretiens que nous avons, démarrent-ils toujours avec un temps de travail sur la compréhension qu'ils ont de leur emprisonnement sur les attendus et objectifs de l'ordonnance... pour les dégager du déni et du poids du groupe-cellule et les réindividualiser dans leurs responsabilités. Ce sont les pères, qui entendent plus facilement nos suggestions, qui pourraient parfois s'engager dans un travail de réflexion et/ou de thérapie pendant leur incarcération, puisqu'ils ont la possibilité de faire cette demande. La grande question en suspens concerne ces pères incarcérés et leur propre réappropriation de leur responsabilité... comment et avec l'aide de qui, car cette démarche n'est pas spontanée.

2. **Quand l'abus a-t-il commencé et comment peut-il finir au-delà de la révélation, de l'emprisonnement ou du non-emprisonnement ?**

C'est une question logique avec les quelques éléments significatifs présentés ci-dessus, mais aussi centrale à analyser avec chacun et/ou en sous-systèmes intra-familiaux et transgénérationnels. Mais, lorsque nous rencontrons, entre autres, dans les expertises familiales des adolescents ou adolescentes ayant subi des années d'intrusion sexuelle plus ou moins violentes, nous sommes souvent frappés par la

multiplicité des symptômes pouvant faire obstacle à toute question et permettant par leur fonction de « paravent » la fidélité au système mais à quel prix ! Nous avons aussi constaté que, dans le cours de la recherche de sens avec la famille concernant leur propre fonctionnement incestueux, lorsqu'un autre membre (père, mère, grands-parents...) parle et cherche avec nous, parfois seuls, parfois avec les enfants..., des marges de liberté s'ouvrent peu à peu dans les conflits de loyauté.

Encore faut-il dépasser ces « obstacles-ouvertures » que sont les symptômes, car ils sont souvent de taille :

- La mutité totale pour l'une d'entre elles, qui a 17 ans, n'ose rien dire, tellement la crainte de son père non incarcéré est intense... Aucune preuve du côté du père qui n'a jamais avoué. Les preuves ont seulement été celles de la révélation et des examens médicaux. Aucune parole ne peut plus émerger de cette adolescente depuis cette plainte entendue mais bloquée : parfois une mimique, une approbation de la tête. Il a fallu l'interdiction complète de tout droit de visite de la mère et du frère aîné sur le lieu de placement de cette jeune, pour qu'une petite détente s'amorce... mais elle est majeure dans quelques mois !
- Les révoltes, souffrances, incompréhensions de jeunes placés parce que le père ou le beau-père restent à la maison. Ils se sentent « punis à leur place », et « de leur faute » « si j'avais su me taire !... ça se serait arrêté puisque ça s'est arrêté !... » En même temps, ils sont en révolte car « c'est trop injuste » disent-ils ; mais s'ils se rebellent « ils vont les mettre en prison »... Ces petites phrases signent cette question de leur responsabilité et de ces rôles inversés dont nous parlions. Ils oublient ainsi le tiers et la place de la loi, de la justice.
- Le sourire et la gentillesse de cette autre jeune de 13 ans abusée violemment par son frère. Elle ne peut qu'alléger le fardeau porté par ses parents en les rassurant silencieusement. Au moment du procès, elle s'est retrouvée seule avec son avocate devant son frère entouré par ses parents très proches de lui, le réconfortant durant les débats. Que signifie, pour une jeune adolescente, d'affronter cette famille dont elle se sent très solidaire, et comprendre que, pour ses parents, il est plus difficile de savoir « qu'il a fait ça et risque la prison », plutôt que de savoir qu'elle a été violée pendant 8 mois... « elle n'avait qu'à le dire », lui ont-il dit...

Est-ce encore une autre façon familiale d'abuser la victime que de se désolidariser d'elle ? Est-ce la punir d'avoir trahi ? Est-ce le prix à payer pour sortir de l'emprise ? Est-ce le signe que tous sont encore sous l'emprise du fils aîné ou de leur dynamique familiale incestueuse ?

- La provocation, le défi et les risques insensés pris par cette petite jeune ayant vécu un viol collectif, peu de temps après son placement, « lavant » aussi sa famille de leur responsabilité... puisqu'elle « s'expose, est responsable et s'offre ainsi sexuellement à tous !... »

Il est clair, pour nous, que la dynamique incestueuse ne cesse pas avec l'intervention judiciaire aussi élaborée et approfondie soit-elle. Nous pensons cependant que cette intervention de la loi et une parole émergente de l'extérieur sont absolument nécessaires, indispensables, dans ce type de situation pour aider le système à

se trouver d'autres alternatives. L'espace tiers entre la famille et le judiciaire passe, dans notre expérience, par la mise en place d'une expertise qui installe comme autre règle le droit à la parole, à la vérification, à l'écoute.

AVOIR ABUSÉ/AVOIR ÉTÉ UNE FAMILLE ABUSIVE/AVOIR ÉTÉ ABUSÉ n'est pas un temps conjugué rapidement.

C'est en quelque sorte la conclusion de cette première partie et l'ouverture pour un travail d'exercice et de recherche sur les effets de la parole circulante. Cette étape est simplement amorcée dans nos expertises et doit être amplifiée dans des espaces éducatifs et thérapeutiques. Par contre l'amplification de cette amorce, son dégagement ont pu s'effectuer dans des thérapies d'adultes autrefois abusés et encore pris dans les filets de l'abus sexuel...

Ces prises de conscience, ces passages obligés vont de pair avec la réalité de cette réalité: d'avoir abusé, d'avoir été abusé et d'avoir été une famille participant de près ou de loin à l'abus d'un ou de plusieurs de ses membres. Bien souvent, cette prise de conscience commence par l'abusé mais ne peut se limiter à cette personne. L'évolution de notre travail permet rarement la rencontre abuseur/abusé. Comment cette rencontre se fera-t-elle à la sortie de prison? Qui fera tiers? Qui la médiatisera?

C'est parfois une réalité terrible, pour l'abuseur, d'être confronté à la levée de son déni qu'il peut parsemer de nombreux «pourquoi» occultants.

Un champ thérapeutique difficile s'ouvre pour l'abusé certes, pour l'abuseur parfois, pour la mère et la famille nécessairement, car se limiter uniquement à l'un de ces sous-systèmes ne permet pas à l'ensemble de sortir de cette aliénation particulière aux milles facettes, que sont l'emprise, les fidélités et loyautés familiales dans l'inceste.

Paule Lebbe-Berrier

A.R.E.T.A.F.

38, rue Chanty

F-51100 Reims

LES VIOLENCES SEXUELLES DANS LA FAMILLE

Modélisations des interventions avec des familles incestueuses

Paule LEBBE-BERRIER, Odile KHELIFA, Jean-Marie BERRIER

2^e partie

Résumé: *Modélisations des interventions avec des familles incestueuses.* – Cet article rend compte de quelques aspects essentiels dans les modélisations de travail avec des familles abusives ou supposées abusives. Ces modèles se sont constitués au fil des pratiques depuis 1989, sans pour autant représenter l'ensemble de nos recherches actuelles. Les trois modélisations présentées peuvent constituer quelques pistes d'approfondissement pour les professionnels.

Summary: *Paradigms for intervening in incestuous families.* – This article explains some essential aspects of paradigms in working with abusive or supposedly abusive families. These models have grown out of our practice since 1989 and represent only part of our current research. They are intended to provide guidelines for professionals.

Mots-clés: Méthodologies – Modélisations – Abus sexuels – Inceste.

Key words: Methods – Paradigms – Sexual abuse – Incestuous families.

Notre pratique clinique et d'expert nous a amenés à développer différentes méthodologies selon le contexte et la connaissance des abus. Nous vous présentons trois modélisations ou trames ayant des points communs et des différences.

I. Modélisation en cas de suspicion d'abus sexuels non révélés

Analysons le cas où, en tant qu'intervenant, nous suspectons, nous imaginons qu'il peut y avoir abus sexuels à l'encontre d'un ou des mineurs d'une famille rencontrée dans un cadre thérapeutique, d'expertise ou d'entretien, sans que cet aspect n'ait jamais été évoqué jusque-là, ni officieusement, ni officiellement.

C'est une situation particulièrement difficile, délicate et inconfortable pour l'intervenant.

Notre malaise

Différentes raisons renforcent notre malaise :

- Dans un premier temps, ce qui nous alerte, se situe souvent dans le domaine du ressenti, de l'intuition voire de l'irrationnel, et là se pose, pour nous, la question de la confiance dans ce que nous vivons, nous sentons en nous :

- « Est-ce mon imagination qui me joue des tours »?
- « Qu'est-ce que je vais chercher là ? »

Cela nous renvoie aux questions fondamentales suivantes :

- De la normalité (la mienne, la leur, celle de la société...).
- De la réalité que nous construisons à partir des différentes expériences personnelles et professionnelles.
- De nos certitudes et incertitudes.
- Un autre aspect émerge rapidement : **la question de la responsabilité**. Responsabilités du thérapeute, du travailleur social, du médecin vis-à-vis :
 - De l'enfant qui pourrait être abusé.
 - De la famille qui est venue consulter pour d'autres motifs.
 - **Responsabilités civiles et pénales.**

A un moment donné, ces responsabilités peuvent s'emmêler et devenir antagonistes. Elles renvoient à la question de l'éthique et de la déontologie. Ces aspects sont particulièrement exacerbés lorsque nous sommes au niveau de l'intuition et de la suspicion d'abus sexuels.

Si ces intuitions, ces doutes ne sont pas à chaque fois réexplorés, ils peuvent emprisonner l'intervenant qui, par peur de l'erreur, par excès de responsabilisation dans la situation, peut perdre toute une partie de sa créativité et par là-même renforcer l'emprise du système familial vis-à-vis de ses membres et aussi vis-à-vis de lui-même, intervenant. Or, cette créativité nous semble essentielle dans ces situations, afin de ne pas renforcer la fermeture du système sur lui-même et l'amener à amplifier ses stratégies au service du silence.

Nos repérages

Qu'est-ce qui nous alerte ?

Quels sont les éléments qui nous ont amené à imaginer la possibilité d'une telle hypothèse parmi d'autres ! L'expérience de travail avec les familles où il existe une dynamique incestueuse (au sens large), nous amène à être sensible à un nombre important d'indices qui vont nous mettre en alerte. Cet état d'alerte, qui nous fait penser à l'éventualité d'une situation d'abus sexuels, doit néanmoins rester dans le domaine de l'hypothèse, c'est-à-dire une supposition, une question, une interrogation. En effet, le risque peut être grand qu'elle se transforme en une quasi-certitude orientant notre regard dans ce sens, nous amenant à retraduire tout ce que nous présente la famille et ses membres aussi bien sur le plan analogique que digital comme une recherche de confirmation de l'hypothèse.

Tous, nous savons que ce n'est pas la fonction d'une hypothèse quelle qu'elle soit, car :

- D'une part, l'hyper-complexité des systèmes ne peut être saisie dans sa totalité et l'hypothèse la plus systémique soit-elle, ne peut à elle seule prendre en compte cette complexité et l'expliquer.

- D'autre part, sa fonction appartient à l'intervenant comme trame, comme aide, pour oser pénétrer, découvrir, explorer le monde de l'autre avec l'assurance suffisamment grande de retrouver le chemin pour retourner dans son propre monde.

Quels sont ces indices, ces signaux ?

- *Sur le plan de la communication verbale et non-verbale:*

- Dessin de l'enfant.
- Attitudes.
- Propos: Un père expliquant qu'il aidait sa fille sur le plan scolaire: «Je m'en occupe de la tête aux pieds.»
- Il est important d'être attentif à *notre ressenti*, aux *émotions* que nous vivons dans la rencontre, aux *sentiments* de malaise, de gêne. Par exemple, – être indisposé par le regard ou l'attitude de l'autre; vécu que nous pouvons relier avec d'autres situations où une supposition d'abus sexuels s'est avérée exacte.

Ces signaux se situent très souvent dans le domaine de l'indicible, de l'inexplorable. Bien sûr, tous ces éléments ne se suffisent pas à eux-mêmes pour évoquer une situation d'abus. Nous les appréhendons comme des morceaux d'un puzzle, qui amènent à la construction d'une telle hypothèse.

- En tant qu'intervenant, il est particulièrement difficile, mais aussi essentiel, d'accepter et de *pouvoir oser imaginer* cette éventualité. Ceci est toujours lourd sur le plan émotionnel. Prendre en compte cette hypothèse va permettre, par ailleurs l'élaboration d'autres explications. Ces situations supposées incestueuses exercent toujours une fascination positive et négative chez tout intervenant.

Il est tout aussi difficile d'oser imaginer leur réalité que d'imaginer qu'elles ne le sont pas, lorsqu'à un moment donné les prémices d'une telle hypothèse sont apparues et se sont imposées dans notre esprit.

Nos interventions.

Que fait-on à partir du moment où nous retenons cette hypothèse parmi d'autres ?

- Nous choisissons de travailler avec les *différents sous-systèmes*: parent-enfant; frère-sœur; couple parental; et les individus seuls.

Nous prenons soin d'évaluer quelle place donner au membre de la famille qui pourrait être l'abuseur.

- Nous privilégions les *techniques analogiques* tels les « objets flottants ».

Ces techniques ont l'avantage de permettre un dialogue qui utilise d'autres canaux que les mots. Or, dans les dynamiques incestueuses, beaucoup d'efforts sont

mis au service du «*ne pas dire*». Travailler au niveau de la parole est donc très menaçant. En effet, nous nous confronterions alors directement à cet interdit du «dire» et nous renforcerions les stratégies de tous à la fermeture du système et à la mise en scène pour ceux qui n'y participent pas.

Ces techniques analogiques respectent le système dans son ensemble tout en permettant les individuations.

- Cela n'exclut pas pour autant le *recours au questionnement*. Dans ce cas, il nous semble essentiel que les questions soient à la fois suffisamment *claires* et *précises* mais non *suggestives* et *fermées*: exemple: «Ton papa se comporte-t-il comme un papa avec toi, avec ton frère, avec ta sœur?»
- On peut aussi énoncer que nous pensons qu'il y a un ou des secrets dans la famille, et évoquer les différentes fonctions de ce secret sans en chercher le dévoilement:
 - Qui porte ce secret ou qui n'est pas au courant du secret?
 - Qui protège ce secret? Comment?
 - Si ce secret n'était plus aussi bien conservé, qu'est-ce qui se passerait? pour qui?... (anticipation).
 - Quelle est la place, l'importance et la fonction des secrets dans les familles d'origine?

- *Travail avec les parents*

Nous nous adressons au couple parental chargé de protection et de responsabilité vis-à-vis de ses enfants, fonctions que nous valoriserons tout en les recherchant ou que nous rappellerons, si nécessaire.

- Comment les parents perçoivent les besoins de leurs enfants, la répartition des responsabilités.
- La hiérarchie des sous-systèmes et les places occupées par les différents membres dans le système.
- Les relations du système avec le monde extérieur.

Ces différentes explorations, dialogues, ont pour fonction de privilégier l'ouverture du système.

* * *

A notre sens, pour qu'une dynamique incestueuse cesse et se modifie, il faut:

- Qu'un événement suffisamment important vienne perturber les croyances du système l'amenant à une remise en question des paradigmes qui sous-tendent ces croyances afin que puisse émerger d'autres paradigmes.

Cet événement peut être un événement accidentel dans le système ou peut être provoqué par l'extérieur. La rencontre avec l'intervenant, peut être cet accident et créer l'événement.

- Enfin, la communication avec les différents *partenaires extérieurs au système* mais interagissant avec lui est un autre aspect de ce travail. C'est le partage des questions, des tâtonnements, c'est la cohérence des différentes interventions, et la recherche de concertation dans le respect des spécificités et des domaines de responsabilité de chacun des intervenants ou spécialistes de la relation d'aide.

En conclusion

Les grands risques dans ces situations de suspicion d'abus sexuels sont de ne pas, ni *oser imaginer*, cette hypothèse, ni *oser l'explorer*.

En effet, l'intervenant terrorisé par cette idée, terrorisé par la perspective d'explorer avec les partenaires du système et des systèmes extérieurs, risque d'être envahi par cette pensée. Celle-ci peut devenir alors certitude et réalité, puisqu'il lira et transformera toutes informations au travers de ce faisceau qui deviendra d'autant plus exclusif qu'il n'est pas reconnu.

Les non-dits se multiplieront, le fossé s'élargira entre les deux mondes (celui de la famille, celui de l'intervenant). Il n'y aura plus d'espace intermédiaire possible, donc plus de co-création possible. Le système rencontré ne pourra rien faire, de cette rencontre, sinon renforcer sa dynamique.

Lorsque nous nous risquons à explorer cette éventualité, les effets d'une telle rencontre ne sont pas toujours immédiats. Mais nous pensons cependant qu'ils peuvent agir dans un second temps, à l'occasion d'un autre événement de leur cycle de vie. C'est-à-dire qu'un ou plusieurs membres de la famille pourront saisir les ouvertures que crée l'événement puisque auparavant cette éventualité a été questionnée.

II. Modélisation: la contrainte judiciaire dans le cadre d'expertise familiale ordonnée par un juge pour enfants

Ce mandat donné et accepté sous serment est une mesure qui englobe obligatoirement toute la famille dans son sens le plus large (famille nucléaire, recomposée, élargie...). Cela ne signifie pas, bien sûr, que nous les voyons ensemble. En effet, dans les situations d'abus sexuels, nous avons une règle qui est de ne pas solliciter la famille dans son ensemble sauf de façon exceptionnelle ou parfois en fin d'expertise. Chercher à comprendre l'originalité du fonctionnement de cette famille s'organise en travaillant en harmonie avec les issues possibles ou offertes par ce système policé ou en crise. Les variantes sont très grandes, nos intuitions et hypothèses nous guident beaucoup dans nos tâtonnements méthodologiques spécifiques à chacun et à chaque situation.

LA RÈGLE DES 6 C nous est apparue peu à peu comme émergente et redondante dans nos pratiques:

- contrainte;
- collaboration;
- compréhension/confrontation;

- contestation...;
 - chaos imprévisible et crise;
 - concertation.
- Une première règle est de poser avec force et clarté le *cadre de contrainte* qui est celui de l'expertise familiale. Ces exigences sont partagées et vécues différemment par la famille ou par notre équipe (cf. différents articles écrits à ce sujet). Mais toujours, le juge reste le tiers-mandant à qui nous remettons, dans un délai défini, un rapport conséquent. Dans ce rapport nous reprenons des aspects travaillés avec la famille, en lien avec les objectifs définis, mais aussi des hypothèses émergeant de ce travail et qui resteraient à vérifier. Cette relation d'expertise familiale est essentiellement une relation triangulaire, au nom de laquelle nous intervenons. Laisser et amplifier cette place de tiers est vitale dans une situation étranglée par la dualité exclusive d'une relation où le tiers n'a pas fait fonction. Dans cette relation triangulaire, nous introduisons très souvent la possibilité d'un travail en co-expertise, laissant ainsi plus d'espace à la complexification du système, des triades, des résonances et des différences. Être co-expert, ne signifiant pas être toujours ensemble, mais d'être introduit ou de se réintroduire en fonction des situations et des nécessités produisant ainsi l'imprévu et l'imprévisible.
 - Une deuxième règle est d'énoncer nos façons de travailler, nos règles d'entretien, notre recherche avec eux pour répondre aux objectifs de l'ordonnance. La mise en place d'un cadre de collaboration dans ce cadre de contrainte est donc acceptée avec intérêt, avec étonnement ou confiance par la famille saisissant l'ouverture proposée. Ce *cadre de collaboration* contient, bien sûr, des règles explicitées qui sont paradoxales avec les règles de la commande, de la contrainte judiciaire et de la reconnaissance de la place d'un tiers. Ces règles contradictoires fonctionnent en général parfaitement, et respectent l'extérieur et l'intérieur, le dehors et le dedans, la limite, la frontière et la relation. En elles-mêmes, ces règles reconnaissent et la loi et l'autre en tant que sujet en relation. Notre expérience avec cette idéologie d'intervention et d'analyse, nous a permis de vérifier que cet objectif de collaboration en vue de comprendre et de mieux informer le Juge des Enfants, était accepté et réalisé de façon intense. 90% des familles ont réellement collaboré à ce travail d'expertise tout en sachant que le rapport, assez long en général 12/15 pages, ne leur serait pas lu ou communiqué par nous, mais utilisé par le Juge des Enfants uniquement avec une impossibilité de le photocopier ou de l'exploiter à d'autres fins, dans un conflit par exemple...
 - Une troisième règle est celle de reprendre les attendus et objectifs de l'ordonnance. Cela nous donne immédiatement beaucoup d'informations mais aussi des indices immédiats sur les tentatives de jeux d'alliances, de coalitions contre le juge ou les autres intervenants. Si nous avons consulté le dossier au Palais de Justice, le partage d'informations est à la fois une confrontation posant clairement les règles mais aussi une recherche de *Compréhension* de leur vécu, de ces

événements graves, du sens dans leur histoire familiale, histoire d'aide, histoire d'interventions. Ce rapport remis au Juge des Enfants, peut lui permettre aussi de trouver des réponses aux questions qu'il se pose en l'éclairant aussi pour des décisions ultérieures. Symboliquement et quels que soient les sentiments vécus par la famille vis-à-vis de leur juge, celui-ci est posé comme un tiers essentiel et incontournable, expérience nouvelle pour ces familles.

- Une quatrième règle, tout aussi essentielle, est celle de la provocation ajoutée à celle du **droit à la Contestation** pour tous. En leur disant nos modalités de travail, nous énonçons aussi nos «habitudes» d'entretien. Par exemple, nous redisons souvent le fait que nous nous risquons de leur transmettre une idée ou l'expression de ce que nous comprenons, ressentons, afin d'être sûr, de retransmettre au Juge des Enfants des informations bien vérifiées. Le Juge doit lui aussi comprendre leur vécu et être clairement informé. Ils peuvent, bien sûr contester, demander que nos propositions soient clarifiées pendant les différents entretiens, vérifier leurs doutes, leurs craintes. Notre but énoncé et explicité est surtout de comprendre avec eux, de les amener à découvrir le sens de ce qui a été vécu et ensuite d'informer à partir d'éléments vérifiés et approfondis ensemble.
- Une autre règle concerne notre façon de travailler selon un mode d'intervention qui peut avoir l'air **chaotique** dans un système familial percuté par la révélation mais vite réinstallé dans un système «policé». Alors que nos règles sont claires et explicitées, nous «cultivons» le désordre et la surprise dans notre choix de travail avec des individus et sous-systèmes. Ce désordre est toujours en lien avec les nouvelles informations produites par le système en interaction avec nous, avec nos intuitions, nos hypothèses, notre besoin de les vérifier, mais aussi parfois d'échapper à l'emprise.
Respecter et perturber, oser perturber parce que nous les respectons, sont des atouts rendant acceptables notre méthodologie d'apparence chaotique, chaos nécessaire pour s'informer, les informer, informer le Juge. Informer, dans son sens batesonien, où «l'information c'est une relation».

Par exemple, en collaboration avec eux et à la recherche du sens concernant leur drame familial, nous n'avons pas d'ordre pré-établi dans la progression des rencontres (individuelles, en sous-systèmes, ou avec certains membres, ou avec des personnes extérieures à la famille ou avec des personnes importantes et apparemment exclues de la famille (père, mère ou avec la famille élargie). Bien sûr, nous ne pouvons le savoir à priori, puisque nous avançons avec eux. Nous le leur avons énoncé en règle et la confiance installée favorise notre avancée collective dans ce chaos.

- Une dernière règle est celle de la **Concertation** possible, souhaitable ou nécessaire avec les autres intervenants que nous pouvons inviter avec la famille ou rencontrer seuls selon les cas. Mais nous informons les intéressés car nous privilégions en général des concertations collectives avec la famille où là nous osons dire et mettre à plat ce qui ne peut se dire, pour éliminer l'émergence d'espace possible de jeux et de fuites.

AUTRES MODALITÉS ET RÉFLEXIONS

- Une expertise familiale doit permettre de comprendre, d'informer le Juge, d'analyser les particularités de fonctionnement de chaque système familial incestueux, de remettre en circulation des informations, des paroles, d'émettre des mots. *Amorcer le passage* énoncé dans le titre (Être/Avoir été) reste l'objectif essentiel dans ce «cadre de contrainte-collaboration» mais est insuffisant s'il n'est pas poursuivi par un *autre travail* d'approfondissement social, relationnel et thérapeutique. Il est différemment douloureux:
 - De se découvrir abuseur-voleur, de réaliser cette violence portée à l'autre, d'être devant ce fameux diagnostic souvent donné: «Vous avez eu une pulsion!»
 - D'avoir été abusé, violenté par un parent de qui on attendait protection, confiance, respect.
 - De se découvrir comme mère qui s'est montrée sourde, muette et aveugle, malgré les indices plus ou moins évidents d'abus sexuels!
- Le cadre de contrainte-collaboration posé avec eux, grâce à la crise souvent réactivée par l'expertise, nous permet *de réveiller les forces autocuratives de la famille*. Nous intéresser spécifiquement au fonctionnement intra-familial nucléaire et élargi est certainement un tremplin nécessaire car sans ces dimensions transgénérationnelles, il est impossible de trouver sens et logique à l'inceste. Nous ne voulons pas du tout signifier par là que l'inceste s'engendre de génération en génération, mais plutôt que cette réalité prend vie dans des contextes et des histoires croisées, maternelle, et paternelle tout à fait particulières sans être nécessairement incestueuses.
- Dans ce cadre de contrainte, les informations emmagasinées par la lecture du dossier judiciaire, nous sont donc d'une aide très précieuse pour affronter les banalisations, lieux communs, oublis, négations ou dénis... C'est commencer à ouvrir ou réouvrir leurs capacités d'écoute, sur ce que nous savons qu'ils savent, mais ont enfoui par stratégies ou souffrance. Assez facilement, nous pouvons chercher du sens, aborder des questions différentes, percuter, provoquer, refuser, ouvrir à des impossibles, proposer des entretiens avec les conjoints pour évoquer cet abus, ou avec les lignées familiales précédentes. Nous ne faisons pas d'entretien abuseur/abusé, l'expertise familiale ne nous donnant pas ce temps ou encore l'instruction met la limite nécessaire au dossier. Mais ce travail de confrontation est-il fait plus tard avec un thérapeute ou un travailleur social médiateur afin d'aborder ces questions essentielles pour l'avenir de chacun: l'abuseur, la victime et les autres membres de la famille? C'est une grande question d'éthique pour notre équipe ARETAF. Nous ouvrons une porte et après?
- *Travail avec la mère*

Abuser, être abusé comme dynamique inclusive peut en fait commencer à se dégager avec la prise en compte dans l'analyse du système, des dimensions

transgénérationnelles mais aussi lorsque *la mère* est particulièrement entendue, soutenue, provoquée :

- Lorsque celle-ci peut se permettre la levée de l'emprise de ce fameux « secret implicite » entre elle et son enfant abusé.
- Lorsqu'elle peut parler ou découvrir chez l'abuseur cette emprise subtile, différente et actuelle de celle, vécue, pendant le « secret » de l'inceste entre elle et l'abuseur.
- Lorsqu'elle peut commencer à oser penser, se dire, dire et demander à son enfant ce qu'il a vécu... « Mais au fait qu'a-t-il fait exactement... »

Leur ignorance est souvent époustouflante même quelques années après la révélation d'abus. C'est comme si les mots dans leur réalité n'avaient pas trouvé chemin jusqu'à elles. Nous avons bien souvent repéré, dans ce processus de décodage du fonctionnement incestueux, l'émergence de nouvelles capacités de la famille, et l'amorce d'un tournant, lorsque la mère avait été « touchée » par le vécu de son enfant. Elle pouvait redevenir curieuse, inquiète, douloureuse de ce qui lui est arrivé. Elle osait le dire, nous le dire, le lui dire avec ses mots. Auparavant il avait souvent fallu la percuter, la réveiller, la déstabiliser dans sa logique pour que nos propres mots, reprenant ou amplifiant ceux de l'enfant, soient entendables pour la famille, pour elle-même, pour la fratrie.

C'est, comme si, *l'emprise de l'abuseur* commence à s'atténuer, à se libérer lorsque l'autre parent entend. Mais que de luttes à soutenir pour amorcer ce début de passage dans ce processus « être et avoir été ». Cette étape est souvent suivie de la mise en place d'un espace intermédiaire permettant à l'enfant de commencer à parler avec sa mère qui devient capable de l'entendre. En tant qu'expert/médiateur, nous devenons amplificateur, caisse de résonance, retransmetteur, vérificateur du sens, du message envoyé et de celui reçu...

- Dans notre rôle d'expert familial, nous sommes limités dans le temps (6-8 mois en général). Evaluer, chercher, c'est être informé mais c'est aussi informer le système, participer obligatoirement à une amorce de changement sans que l'expertise en soit le but défini. C'est réveiller des forces et des capacités familiales. Une suite doit être envisagée visant davantage un travail thérapeutique pour libérer chacun de l'emprise qui les enserme sans qu'ils en soient réellement conscients.

Parfois, un semblant de résolution est rapidement fait mais dans un répertoire qui peut être encore envoûtant et aliénant pour la victime. L'abuseur peut dire, j'ai abusé, je paie cher..., je souffre, c'est fini, ou n'en parle plus... parfois en disant « je m'excuse » ou « me pardonnes-tu ». Beaucoup d'abuseurs divulguent aussi les causes de leur incarcération, deviennent des victimes, des exclus de la maison d'arrêt et récupèrent de cette façon la sympathie culpabilisée de leur épouse et de leurs enfants. Il nous faut souvent beaucoup solliciter, provoquer l'abuseur pour donner un autre sens à ses paroles ou à son déni. C'est dans ces espaces de paroles partagées en cours d'expertise familiale, qu'il nous faut aussi beaucoup solliciter la mère pour lui permettre d'émerger de sa cécité, de son aveuglement, de son incompréhension

devant tous ces signaux. Les «réveiller», les sortir d'un état d'hypnose en quelque sorte est souvent difficile, complexe et terrifiant car il leur est ensuite difficile de croire qu'elles n'ont pas cru, pas vu, pas entendu... alors que c'était évident. C'est à ce moment-là que la «victime» commence à renaître, à exister peu à peu pour ceux auxquels elle est profondément liée. Lorsque l'abuseur reste dans le déni, la situation est plus complexe mais peut évoluer si la mère sort de son propre déni et accompagne son enfant.

* * *

III. Modélisation: vers un travail thérapeutique

Concernant les abus sexuels, outre leur investissement dans l'analyse de cette possibilité et dans l'expertise familiale, les membres de notre équipe reçoivent en thérapie des personnes ayant subi 5, 10 ou 20 ans auparavant un abus sexuel de la part d'un parent, un viol, ou des violences sexuelles. Toujours, nous nous trouvons devant une parole murée, enterrée, cachée derrière la honte, l'expérience de l'incompréhension: ne pas avoir été entendu, pas cru, ne pas avoir pu trouver de lieu où les mots à dire puissent être posés, criés, pleurés.

Nous exposerons ci-après quelques techniques de travail, qui, parmi d'autres, ont permis l'émergence de la parole. Cela nous semble essentiel pour commencer à sortir de l'emprise, et par la suite prendre peu à peu de la distance, continuer une croissance personnelle arrêtée, figée de manière si dramatique.

- La brièveté de l'expertise familiale (6 à 8 mois), mais aussi son objectif qui n'est pas d'ordre thérapeutique, ne nous permettent pas de compléter un travail relationnel qui pourtant s'amorce dans le cours de l'expertise, par l'émergence d'une parole que nous amplifions lorsque cela est possible.

Cette parole différente de la famille, il nous est arrivé, par exemple, de la faire naître dans une *sculpture familiale* qui nous a montré leur chaos. Devant une famille mutique en face du père abuseur présent, et en liberté conditionnelle, nous avons demandé aux enfants, les uns après les autres, de placer les membres de la famille à la place où ils les voyaient. Il s'en est suivi un ballet de chaises, peu à peu disqualifié par un père qui ne pouvait plus maîtriser ce nouveau «discours familial». Plus tard, incarcéré, il nous reparlera, lors d'un entretien réalisé en prison, de cette prise de parole symbolique.

- Dans certaines expertises familiales mandatées pour des problèmes familiaux autres que des abus sexuels, il est arrivé, à de nombreuses reprises, que ce lieu devienne l'espace d'une *prise de parole*, la *levée d'un secret*. La mère pouvait enfin parler d'un abus qu'elle avait, elle-même, vécu dans son enfance ou son adolescence: abus de la part du père, ou viol. Nous avons été amenés à partir de plusieurs cas à repérer le contexte qui a permis l'émergence d'une parole, à savoir un début de réappropriation de l'histoire familiale et une certaine mise à distance de cette histoire. Ceci peut commencer lors d'un premier entretien.

- Les références gestaltistes, qui soutiennent certaines de nos interventions, nous amènent à prendre en compte le *vécu émotionnel* qui accompagne l'évocation des abus vécus par la personne. Cette parole qui est énoncée, ce vécu émotionnel que nous recevons est amplifié et agit comme une première libération de l'emprise. C'est comme si, enfin, ces choses sont nommées et que l'on peut en parler presque naturellement. A plusieurs reprises, il nous est arrivé d'entendre des jeunes femmes dire qu'enfin elles pouvaient dire leur souffrance et qu'elles étaient comprises, que quelqu'un osait leur en parler et leur permettait d'en parler.
- *L'indicible peut être dit*. Nous nous permettons d'insister sur cet aspect de l'indicibilité, et l'importance du «dire» du thérapeute. Le «dire» ouvre une porte, une porte qui est souvent celle de l'emprise, toujours présente, même après 10, 15 ou 20 ans. Le jeune ou la jeune fille d'alors n'ayant rien pu dire ou n'ayant jamais été cru. A-t-on le droit d'attendre que la personne ouvre elle-même cette porte? Exige-t-on que ce soit elle seule qui doive le faire? N'est-ce pas alors ajouter une pression supplémentaire à l'emprise? Quelle est notre fonction de thérapeute dans ces problématiques d'abus sexuels?
- Une autre étape importante du processus d'accompagnement et de distanciation passe par *l'invitation à écrire une lettre ou des lettres* successives à l'abuseur. La lettre devient *objet tiers*. Elle peut être remise au thérapeute, comme si, on confiait un objet dont on ne veut plus, le chargeant de le mettre à la poubelle. Toujours, la personne nous demande de la lire. Souvent elle nous la laisse comme on se débarrasse d'une honte, d'une vieille peau. Chaque fois, nous prenons cette lettre comme un cadeau qu'elle nous fait, mais qu'elle se fait pour se donner le droit de vivre, d'être femme, épouse et mère. Souvent nous sommes le seul dépositaire de ce secret que le conjoint lui-même peut ne pas connaître, secret qui devient lui aussi objet de travail.
- Mais il peut arriver aussi, rarement, qu'une *parole soit dite à l'abuseur*. C'est certainement plus facile quand l'emprise n'a pas été trop prégnante, ou que le jeune s'en est apparemment dégagé, ou encore lorsqu'à un moment donné l'adolescent(e) ou le jeune a pu dire «non». Il restait alors quelque chose d'inachevé: une place de fille à reprendre, que la femme peut enfin se donner face à son père. C'est Hélène victime d'attouchements à l'adolescence qui, dans un entretien avec son père, à la fin de notre intervention, lui dit spontanément «Maintenant je ne t'appellerai plus jamais par ton prénom comme tu le demandais, je t'appellerai: «papa.»
- Si la lettre est importante pour permettre que l'histoire appartienne au passé, c'est tout un processus enclenché dans *l'Ici et Maintenant* qu'il faut accompagner dans l'entretien, et la relation thérapeutique. Dans ce processus, la personne s'expérimente dans sa parole, elle se libère par sa parole. Elle peut alors entendre des choses essentielles sur la vie, sur la sexualité, quelque chose qu'elle n'avait jamais entendu, jamais cru.
- Dans un groupe de thérapie, ces mots peuvent être dits par un membre du groupe choisi par elle, à l'invitation du thérapeute comme étant pour elle la *représentation de la sagesse*. Présentée de cette façon, la parole dite et amplifiée

par le thérapeute, peut avoir sur la personne un effet libérateur même à un niveau très archaïque. En face des archétypes liés à l'emprise, cette parole fait émerger des archétypes libérateurs: une nouvelle croyance qui remplace celle installée par le contexte de l'abus.

Cet exposé n'est pas exhaustif, loin de là, l'implication du thérapeute dans l'entretien, son attention au processus, à toute expression verbale ou non verbale, aux micro-gestes, sont autant d'occasions à créer et à saisir pour qu'un contact s'établisse. Dans le travail thérapeutique avec les personnes abusées, ce contact nous apparaît un élément essentiel.

A.R.E.T.A.F.
38, rue Chanty
F-51100 Reims

BIBLIOGRAPHIE

1. Barudy J. (1989): « Le dévoilement de l'inceste et de l'abus sexuel: crise pour la famille, crise pour l'intervenant », in *Violence Familiale, inceste et famille*. Cahiers critiques de Thérapie familiale et de pratiques de réseau, 1989, n° 10, Ed. Privat.
2. Cirillo S., Di Blasio P. (1992): *La Famille Maltraitante*, Ed. ESF.
3. Ferenczi S. (1982): « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », in *Psychanalyse IV - Œuvres Complètes (1927-1933)*, ch. IX, pp. 125-135, Ed. Payot.
4. Gonsalves P., Chaperon C., Megrez (1990): « L'inceste, symptôme de troubles hiérarchiques graves dans la famille », in *Thérapie Familiale*, vol. 11, n° 2, pp. 155-156, Genève.
5. Morin E. (1982): « L'erreur de sous-estimer l'erreur », in *Prospective et Santé*, n° 21, Printemps.
6. Perrone R., Nannini M. (1995): « Violence et abus sexuels dans la famille, une approche systémique et communicationnelle », Ed. ESF.

Livres de Paule Lebbe-Berrier

- Lebbe-Berrier P.: « Pouvoir et créativité du travailleur social », 2^e édition 1994, Ed. ESF, Paris.
- Lebbe-Berrier P.: « Méthodologie systémique: support d'une recherche de créativité en travail social », dans *Travail social et systémique*, Colloque francophone, Genève 8-9 oct. 1992, Ed. IES, 1994, Genève.
- Lebbe-Berrier P.: « L'Expertise familiale ou comment réintégrer le tiers dans l'approche systémique dans le social », Actes des 2^{es} Journées francophones, 13-14 oct. 1994. *Revue TRACES*, pp. 158-166 hors série Montrouge.

Articles de Paule Lebbe-Berrier

- « L'inceste, un défi pour le travail social en intervention familiale », *Le Groupe Familial, Les Thérapies Familiales*, n° 82, pp. 28-38, janvier 1979.
- « Enfance maltraitée et approche systémique », *Convergences Creai Basse Normandie*, n° 62, pp. 4-21, avril 1991.
- « Cadre de travail en intervention sociale » - *Thérapie familiale*, Vol. 13, n° 2, pp. 143-154, 1992, Genève.
- « L'inceste ou le temps emprisonné », Congrès de Reims, Société de Psychiatrie de Champagne Ardenne, « Le Cycle de la vie familiale et l'adolescence », 4-5 juin 1995.

- *Psychologie Médicale*, 1994; 26, Spécial 9: 891-896.
- « Dans les méandres du pardon: l'impardonnable dans les incestes », *Cahiers de l'AFIREM*, n° 25, mars 1995.

Documents de Paule Lebbe-Berrier

- « Mandat – Signalement – Expertise – Travail social, Quel cadre de travail? Réflexions méthodologiques », Congrès de Lyon, sept. 1991.
- « L'expertise familiale, un espace spécifique entre le judiciaire et le thérapeutique, illustration avec un cas clinique », Colloque Epernay (Marne), juin 1993.
- « Cadre judiciaire, support pour un espace de libération » – « De la complexité et des exigences du cadre administratif », le CRIC – « Contrat sans contrainte? Demande de Contrainte? », Colloque, 21 octobre 1993, Tournai (Belgique).
- « Cadre de l'intervention sociale en psychiatrie » – « Les Rencontres de la Psychiatrie » 17-19 mars 1994, Palais des Congrès, Paris.
- « Les incestes: d'appartenir à s'appartenir », 10^e journées Nationales de l'ATSF à Rouen, nov. 1994.

A B O N N E M E N T

Je souhaite m'abonner à la revue trimestrielle
DEVENIR
pour l'année 199_

Prix de l'abonnement annuel:

Abonnements individuels:

FS 80 - FB 2050 - FF 350 - \$ US 70 - \$ CAN 91

Bibliothèques et abonnements institutionnels:

FS 120 - FB 3080 - FF 520 - \$ US 104 - \$ CAN 136

ÉDITIONS MÉDECINE ET HYGIÈNE

Case 456

CH-1211 Genève 4

C.P. 456 - CH-1211 GENÈVE - CCP 12 - 8677 - 8 Genève

Société de Banque Suisse - CH-1211 Genève 6 -

C2-622-803.0

En France, libeller les chèques bancaires ou postaux à l'ordre de la banque Société Générale - Compte N° 000 28010456 et envoyer à Editions Médecine et Hygiène, Case postale 456, CH-1211 Genève 4 (Suisse)

Carte de crédit: VISA EUROCARD AMEX

Numéro de carte: _____

Date d'expiration: _____

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Code: _____ Ville: _____

Pays: _____

Spécialité (facultatif): _____

Date: _____ Signature: _____

Bulletin à envoyer à:

ÉDITIONS MÉDECINE ET HYGIÈNE, Case 456

CH-1211 Genève 4

L'APPROCHE DES FAMILLES DÉFAVORISÉES

Geneviève PLATTEAU*

Résumé: *L'approche des familles défavorisées.* – Le chômage est une réalité sociale qui plonge les individus dans l'exclusion et la dépression. Des familles de chômeurs engendrent des enfants qui désinvestissent tout apprentissage. L'approche de ces familles est psycho-socio-économique. Le thérapeute tente d'aider la famille à franchir le passage entre l'assistance et l'autonomisation en tentant d'aborder tout ce qui est de l'ordre de la « perte ».

Summary: *The therapy for marginalized family.* – Unemployment is a reality which drives individuals into social exclusion and nervous breakdown. The children of the unemployed tend to respond to their parents idleness by eschewing any learning process. The approach followed in this article is psycho-socio-economic. The therapist tries to help the affected families to dispense with assistance and to become gradually more autonomous. This requires that the unemployed reckons and then overcomes the « losses » which his present predicament involves after having traced back all the past frustrations which it evokes more or less consciously.

Mots-clés: Chômage – Défavorisé – Exclusion – Dépression – Perte – Fusion – Séparation – Autonomie.

Key words: Unemployment – Marginalized – Exclusion – Nervous breakdown – Loss – Fusion – Separation – Autonomy.

Plus nos technologies évoluent et structurent notre manière de vivre, plus l'humanisme se déstructure.

Notre civilisation a choisi de sacrifier à l'économique les aspirations vitales de l'homme.

En Belgique, il y a actuellement dans la région du Centre 33% de chômeurs (15% dans tout le pays).

La perte d'emploi engendre une perte de statut social et ampute l'individu d'une liberté globale: c'est-à-dire sociale, familiale et individuelle.

Travaillant aux Centres de Santé Mentale de l'ULB et de La Louvière, nous avons pu remarquer que ces familles « sans travail » engendrent des enfants qui, imprégnés de ce contexte désoccupé, ne peuvent pas non plus investir leur scolarité et se formuler des projets d'avenir. Ils chôment déjà à l'école.

Après avoir réfléchi au fonctionnement spécifique de ces familles, j'ai tenté de réfléchir aux possibilités d'individuation des personnes vivant dans de tels contextes. En effet, ces familles fonctionnent sur un mode de structuration dysharmonique.

* Centre de Santé Mentale de l'ULB. Centre de Santé Mentale de La Louvière.

La question pour le thérapeute reste: cette situation est-elle réactionnelle au contexte social actuel ou y a-t-il une répétition de quelque chose de plus caché au niveau de leur histoire ?

Ne pourrait-on faire l'hypothèse qu'il existe des liens entre le drame social des familles défavorisées, exclues de la société majoritaire, et leur fonctionnement intra-psychique ?

Je peux de plus en plus imaginer que ce lien existe: il s'agirait de la répétition d'une douleur interne, non résolue, sans doute déniée, d'un deuil enkysté.

Mais je pense aussi qu'il existe de la même façon un lien entre ces familles minoritaires exclues par leur manque d'argent et le fonctionnement de notre société majoritaire.

Une blessure narcissique profonde aurait son origine dans la relation à la mère ou à l'objet primaire. Cette relation aurait été «défaillante» et la recherche du bon objet, d'un bon contenant, serait toujours actuelle.

L'objet a disparu depuis longtemps, mais le sujet persévère dans sa chasse illusoire, c'est-à-dire comme si cet objet restait vivant, présent, magique.

Il devient dépendant de cette quête de l'objet rêvé, halluciné, idéalisé.

Cette croyance interne le rend dépendant, assisté d'une société que l'on peut associer à une membrane maternelle: membrane à la fois «bonne» puisque donnante (elle fournit les revenus sociaux) et à la fois «mauvaise» (elle ne leur donne aucune occupation valable et leur interdit même). Elle en fait ainsi des enfants exclus, rejetés.

L'ambivalence est cependant refoulée.

Le jeune est pris dans une double contrainte:

- soit il poursuit sa scolarité, mais a le sentiment à la fois de dépasser son père et à la fois de l'enfoncer encore plus dans sa dépression de chômeur. En même temps, il répare le sentiment d'échec de la famille;
- soit il fuit l'école, échoue, est symptomatique: il donne alors aux parents le sentiment d'être utile, en se préoccupant de lui. Dans sa fidélité familiale, il adhère à leur sentiment d'être les «condamnés innocents» d'une société déshumanisée. Le jeune est donc confronté à la fois à un espace rempli de doubles contraintes, devant un choix impossible. Il peut, en étant différent du père, être comme les autres: «Exclu du père ou exclu de la société.» Peut-être est-il important de vous donner quelques chiffres sur la place des enfants des milieux défavorisés en enseignement spécial ?

Septante-sept pour cent de la population issue des milieux défavorisés est en enseignement spécial maternel et primaire.

Quarante-huit pour cent des enfants de ces milieux sont en échec en primaire dans l'enseignement normal.

Ces familles sont caractérisées par un fonctionnement qui a sans cesse à voir avec l'indifférenciation et la fusion. Elles sont devenues inertes, elles subissent leur réalité quotidienne et se sentent persécutées par le regard de l'autre. Le mauvais objet est dehors: c'est pourquoi les individus de ces familles restent très unis. Ils sont contraints à rester ensemble et ne peuvent choisir de se séparer. Seul le dedans est vécu comme «bon, protecteur» parce que «identique et idéalisé». Chacun vit le

même désarroi dans le même espace et dans un temps qui n'a plus de sens, plus d'existence, un temps qui est tué chaque jour...

Caractéristiques de ces familles

Dans ces familles, il n'y a aucune élaboration de la position dépressive mais une recherche permanente dans la réalité externe de trouver l'introuvable... de combler le manque, de nier la perte. On pourrait parler de la maladie du deuil.

La position sociale de la famille accentue la dépendance affective.

Le parent reste l'enfant de ses propres parents, non individué et soumis.

Le monde interne semble nié.

La fidélité transgénérationnelle est indispensable pour ne pas se retrouver seul, exclu, perdu dans un monde menaçant.

Le mythe familial reste quelque chose de très unitaire. Les familles sont très isolées, c'est-à-dire repliées sur elles-mêmes, sans lien avec l'extérieur: portes ouvertes à l'intérieur, mais portes fermées pour l'extérieur.

Exemples cliniques

1. Patrick

Patrick est âgé de 11 ans quand il consulte notre Centre.

Il est venu avec sa mère, il y a 6 ans, envoyé par l'école, pour des symptômes d'absentéisme scolaire et de petite délinquance. Ses parents sont séparés: il vit dans un logement social avec sa mère. Sa mère vit des revenus du CPAS.

Son père travaille à l'usine et vit avec une belle-sœur (femme de son frère).

Des plaintes sont portées contre Patrick dans la cité pour tenter d'exclure la famille de la cité.

C'est toujours la demande d'un tiers qui a amené Patrick et sa mère à être suivis: l'école, le PMS, le médecin traitant et finalement un juge de la jeunesse.

Très vite, nous avons effectué nos séances à domicile à deux thérapeutes car Patrick supportait très mal de venir dans un centre qu'il disait être «pour les fous».

L'intérieur du logement, délabré au départ, fut réinvesti par la mère et prit une allure agréable.

Nos visites semblent avoir revalorisé cette famille.

Après 5 années de consultations à domicile, Patrick décide de travailler dans le monde des forains, dès sa majorité.

Cette famille fusionnelle et indifférenciée a évolué vers des comportements plus adaptés, moins désorganisés. Tous les symptômes de Patrick, qui a dormi avec sa mère jusqu'à 16 ans, disparurent sauf celui de l'absentéisme scolaire. Même le juge capitule à 6 mois de sa majorité plutôt que d'adopter une attitude rigide et de le placer.

Comment comprendre ce cheminement ?

Peut-être ce non-changement du symptôme qui a motivé la consultation a-t-il un sens au niveau individuel, familial et social ?

Les thérapeutes ont défini le cadre de la permanence en déterminant l'espace des séances dans le temps, tandis que la famille définissait le cadre spatial puisque nous nous déplaçons sur leur territoire.

Le non-changement du symptôme est l'illustration d'une résistance majeure, symbole de revendication intense aux lois sociales.

Patrick, malgré les visites régulières chez le juge, refuse l'apprentissage obligatoire dans un établissement scolaire. Patrick agit les sentiments d'inégalité de la famille et peut transgresser la loi: il refuse de respecter la loi comme les autres, estimant avoir moins que les autres.

La loi est inflexible.

Patrick est parvenu à la contourner et à assouplir le juge.

Ce symptôme rigidifié, gelé, ne pourrait-il avoir la fonction de montrer que c'est ailleurs que les choses doivent changer? La loi de l'obligation scolaire jusqu'à 18 ans est une aberration dans ces milieux. En effet, les repères, comme l'apprentissage d'un métier dès l'âge de 14 ans, sont perdus.

La famille, et le père principalement, est castrée de ses capacités de transmission du métier.

2. Sébastien

Je pense à un autre père qui consulte pour son fils Sébastien, âgé de 15 ans. Il vient nous voir au Centre, inquiet parce que son fils a manqué plusieurs jours d'école, fréquente des copains douteux et fume en cachette. Le père est un chômeur de longue durée qui a un niveau d'études d'humanités inférieures et était employé. Il a cinq enfants et habite dans une cité sociale: sa femme chôme aussi, mais a trouvé quelques petits travaux de ménage rémunérés.

Il est impensable de faire venir cette famille au Centre, vu le coût des déplacements avec les transports publics.

Nous nous sommes donc rendus à domicile et nous nous sommes trouvés devant une famille très déprimée et déprimante.

L'ambiance morbide imprégnait une maison trop rangée où il ne semblait y avoir aucune place pour la vie malgré le nombre d'enfants.

L'accueil y était froid, le père se traînait avec ses pantoufles remplissant de sa parole le vide familial.

Très vite, d'autres symptômes furent nommés comme les difficultés d'apprentissage des deux cadets, les conflits du couple, l'alcoolisme des parents (qui semble suspendu depuis 3 ans), la dépression des aînés, la résignation de la mère à cette vie sans issue.

Les aînés s'exprimèrent dans un déluge de larmes. Hypermatures, ils semblent avoir porté et encaissé les défaillances parentales durant la période d'alcoolisme. Cette famille et ce couple nous semblaient dominés par la pulsion de mort – «apprivoiser la mort, c'est la contraindre à se lier à la vie» (Ciccone).

La règle dans cette famille semble: «vivre ensemble nous tue, nous séparer est mortel.»

L'immobilité du père semble mortifère et entraîne la haine de sa femme. Le père s'occupe quelque peu dans des mouvements de la pensée communiste, de

lutte pour la défense des chômeurs, pour la Ligue des Familles, mais dans aucune activité qui puisse être rémunérée. Il « pense » intensivement, ce qui le déprime, mais il n'agit pas. C'est ainsi qu'il a réfléchi à résoudre ses problèmes de couple en se suicidant plutôt qu'en se séparant. En effet, c'est pour lui la manière la plus adéquate de laisser sa famille dans une situation décente, économiquement parlant.

Chaque parent « séparé » est voué à la pauvreté. Tandis que si lui meurt, sa femme aura une pension de veuve et les enfants bénéficieront d'allocations familiales d'orphelins, donc doublées. La suppression d'un des partenaires est plus rentable que la séparation.

L'organisation économique de notre société engendre une organisation familiale mortifère. La mort est plus rentable que la vie.

Deux ans après une série d'entretiens familiaux, devant la dépression croissante du père, je lui propose des entretiens individuels au Centre (de type analytique). Le père accepte sans hésitation.

Depuis deux ans, il vient seul, deux fois par semaine, au Centre, ce qui lui demande deux fois trois heures de trajet par les transports publics.

Ce monsieur, après avoir dit tout son désarroi profond, pourra petit à petit faire des liens entre son « idéal communiste » et la faillite qu'ont vécu ses parents quand il était adolescent, lien entre sa dépression et son sentiment de non-valeur, entre sa violence refoulée et les conflits avec son père.

Il pourra ainsi donner sens à sa passivité et retrouver irrégulièrement de l'énergie. Il parlera du désir de fonctionner sept jours sur sept comme avant.

C'est ainsi qu'il s'inscrira comme candidat aux élections de sa commune, ce qui le contraint à assister à des réunions, construire des projets, entrer en rivalité.

Le couple recommunique et une proximité neuve s'est installée.

Tous les enfants réussissent leur scolarité. Le père pense à comment fêter ses 25 ans de mariage, trouvant qu'il y a eu du positif.

Approche systémique de ces familles

La caractéristique thérapeutique de l'approche de ces familles serait de médiatiser dans la réalité les processus de développement « fusion-séparation » afin de permettre une élaboration mentale qui crée le maillon manquant, c'est-à-dire les processus de représentation.

La représentation et le développement de la symbolisation permet de mettre à distance le poids de la réalité quotidienne et permet l'émergence des processus de deuil. Le deuil autoriserait un regard nouveau sur le monde externe.

En effet, la capacité de donner sens aux expériences objectales passées permet aussi de faire un lien avec la réalité externe plutôt que de la subir comme une « exécution sociétale ».

Le caractère déficitaire des représentations ne doit pas pour autant les sous-estimer.

Il y a à la fois séparation et déplacement du problème passé, fréquemment lié au vécu du rejet, d'exclusion, d'échec à la dépression due au manque d'image maternelle adéquate.

Le thérapeute serait un médiateur de la restauration du fonctionnement symbolique puisqu'il existe un défaut de médiatisation par le symbolique dans la relation à l'objet, c'est-à-dire que la relation est tout à fait désymbolisée dans ces familles. Le thérapeute tente d'aider la famille à franchir le passage entre la dépendance et l'autonomisation. Il est l'agent d'un double mouvement permanent qui est d'entrer dans la fusion et l'indifférenciation et de sortir de cette fusion.

Le thérapeute est contre-transférentiellement dans ce double sentiment, de faire confiance aux ressources familiales et de craindre d'être englouti dans ce système mortifère.

Le système thérapeutique se calque dans un premier temps sur le fonctionnement symbiotique de la famille pour, dans un deuxième temps, tenter de s'en distancer et amener le tiers, réel d'abord, symbolique ensuite.

Nous introduisons alors la différence, l'individu, le conflit, l'altérité. Chaque thérapeute s'identifie à un niveau émotionnel défini en fonction de son histoire familiale personnelle. L'un s'identifie à tout ce qui est fusion (et donc à l'homéostasie) et l'autre à tout ce qui est différenciation (donc à tout ce qui est changement).

Chaque thérapeute reste fidèle à son identification et mène, devant la famille, son combat avec l'autre thérapeute.

L'hypothèse serait que le désaccord entre les thérapeutes, dans une alliance tacite, puisse servir de modèle identificatoire à la famille.

Le système thérapeutique agit ainsi les processus de « fusion » et d'« exclusion » dans la réalité afin de créer l'unité rassurante dont ils ont besoin et afin de les entraîner dans un processus de différenciation ou de séparation (en s'alliant à l'un des thérapeutes) sans angoisse de perte réelle.

A ce moment, une élaboration de l'angoisse de perte peut être travaillée dans la relation transférentielle aux thérapeutes et être reliée aux expériences passées.

Conclusions

La perte d'emploi confronte tout individu à l'angoisse et à la dépression. L'élaboration de cette dépression et la possibilité de la dépasser ne sont pas évidentes. Sans doute, cette expérience de perte et ensuite d'exclusion sociale réveille-t-elle de vieilles expériences de manque, de rejet, jamais élaborées. On pourrait parler d'individus « dysmatures » avec une fixation archaïque.

Chercher un travail, c'est-à-dire risquer d'être refusé, pris à l'essai ou non, pris en considération, confronte l'individu aux processus de séparation et d'individuation. Ces processus sont tributaires de la position dépressive (la position dépressive occupe une place prévalante dans le destin psychique).

Souvent, la prise de contact avec l'expérience d'une douleur dépressive a pu être évitée, c'est-à-dire que l'expérience de la perte l'a été aussi.

La pathologisation résultera d'une incapacité majeure de tolérance à la douleur dépressive (Ciccone, p. 151).

Nous pouvons remarquer que chez certains individus dépendants de revenus sociaux, les « acting » de séparation sont nombreux : les couples se dissocient régulièrement, l'emploi est instable ou absent, les ruptures familiales sont nombreuses, toujours pour reformer une unité.

La détresse issue de ces séparations est niée ou déniée.

C'est comme si ces individus étaient d'anciens abonnés absents. Absents au sentiment d'absence.

Il y a, en quelque sorte, une mort psychique.

1. Famille sans possibilités d'individuation

Dans la famille de Patrick, illustrative de ce type de familles, rien ne peut être dit, ni élaboré, autour de tout affect de séparation. La mentalisation reste défaillante ainsi que toute représentation de l'absence. Il y a un déni de l'expérience de séparation et de la douleur dépressive.

L'intrication des liens, l'unité du groupe familial restent essentielles, considérées comme une protection magique par rapport à l'environnement extérieur. La seule frontière nette et claire est celle entre la famille et la société. Ces familles sont « portes ouvertes » à l'intérieur, mais « portes fermées pour l'extérieur ». La pensée reste très opératoire. Toute difficulté est vécue comme « à cause de cet extérieur ». La société est fantasmée comme celle qui agresse et celle qui persécute. Il n'y a pas d'espace transitionnel entre la famille et le monde extérieur. Ils sont dans la fusion et la confusion : « le tout » dedans, le « rien » dehors. Il y a une restauration narcissique progressive des individus mais il n'y a pas d'élaboration mentale possible : on pourrait parler de psychose blanche. Les compromis sont inexistantes. Le sens de l'altérité est absent.

Pour ne pas souffrir, ils ne s'avouent pas ce mal qui ne les quitte pas, cette maladie incurable du manque, de l'insatisfaction, du mal de vivre.

C'est la « maladie du deuil », c'est-à-dire la non-élaboration de l'affect dépressif.

Toute perte réactive une problématique archaïque et narcissique. L'hypothèse de certains individus exclus par la société serait donc la répétition d'une exclusion très primaire d'une dépendance aliénante. L'expérience de cette première exclusion où l'enfant doit se débrouiller seul, se passer de sa mère, adopter un comportement de recherche permanente d'une bonne mère. L'image de leur propre mère est à ce point négative et insatisfaisante qu'ils ne peuvent ni l'aborder ni se la représenter.

Ce sont des systèmes rigides, rigidifiés, atrophiés de tout mouvement vers l'extérieur. Tout processus d'individuation reste avorté. Les liens emprisonnent l'individu et on pourrait imaginer « des familles incorporatives », appropriatives c'est-à-dire où le phénomène d'incorporation fait partie du fonctionnement familial : elles s'approprient leurs sujets :

- je suis comme si j'étais toi ;
- notre union fait notre force ;
- restons unis pour être bien ;
- le groupe nous étouffe de bonnes choses et nous rend inséparables.

Ces familles s'enferment et sont satisfaites de leur repli unitaire.

2. Familles avec possibilité d'individuation

Dans la famille de Sébastien, dès le début, le mot de séparation fut énoncé et différentes formes de séparation furent évoquées: comme la mort, la mise en pension d'un enfant, l'émigration des enfants pour trouver du travail.

Les affects de perte furent élaborables: l'absence devenait un manque à ce point douloureux et insupportable qu'il provoquait un appel à l'aide et donc aux tiers. Le compromis est présent, tel que « survivre », « s'enterrer » ou « vivre ».

Le combat contre l'injustice est clair et la conflictualisation des affects dépressifs par rapport à la société permet la différenciation moi-non moi et ouvrent à l'altérité.

Dans cette famille, un processus d'individuation fut possible.

La demande de thérapie individuelle du père permit l'autonomie et la réussite de chacun des membres du système.

La troisième génération a un désir de différenciation, donc de réussite.

Le père était déprimé, mais parlait de sa dépression.

Il était révolté mais il parlait de sa révolte.

Les enfants étaient tristes, pleuraient et parlaient de leur insatisfaction.

La souffrance est montrée et une demande d'aide par rapport à celle-ci a pu être formulée. L'individu devient un sujet « séparé des autres ». La représentation du manque est possible après une large période d'appropriation.

Conclusions sociales

Le thérapeute qui choisit de s'occuper de ces milieux défavorisés mène sans doute un combat commun, tacite, avec ces familles, pour une société plus humanitaire, plus égalitaire.

Il s'allie aux minoritaires pour tenter de les amener à prendre une place dans la société: comme psychothérapeute, par leur prise en charge, il leur reconnaît cette place.

Ce thérapeute est supposé avoir élaboré ses propres deuils et donc pouvoir penser, se représenter, créer. Il est le demandeur. Contraint à revoir la fonction de l'aide, il innove un espace intermédiaire ou transitionnel où les pertes pourront être déposées, reçues, élaborées et transformées (pertes économiques d'abord, familiales ensuite et individuelles enfin).

Les individus des milieux minoritaires ont tous vécu soit l'absence, le deuil, le rejet, le placement ou l'exclusion... mais peuvent-ils en parler et l'élaborer ?

L'homme déclassé, sans travail, non-concurrentiel, a perdu tout sentiment d'intériorité puisqu'il se sent sans valeur, sans utilité. Il n'est plus qu'une chose dépendante de qui veut bien avoir un regard pour lui, tout comme le petit enfant en quête d'amour, de sécurité, de reconnaissance par l'autre pour se développer.

Il s'agit d'une dépendance qui devient aliénante puisqu'elle le met dans une position « d'étranger ».

L'accroissement du taux de chômeurs a un rôle révélateur d'une société perversive. L'homme est sacrifié aux impératifs de la production.

Le psychothérapeute privilégie l'épanouissement du sujet et sa liberté, c'est-à-dire les processus d'autonomisation.

Peut-il, en travaillant en institution, refuser de s'occuper de ceux qui en sont privés économiquement, socialement, et donc psychiquement ?

Peut-il refuser d'être l'esclave d'un système qui privilégie le développement matériel niant le développement humain ?

S'il le peut, c'est qu'il est lui-même prisonnier d'une pensée limitée et alliée à une élite exclusive.

Peut-être préfère-t-il éviter de vivre le naufrage de tous ces moments de désymbolisation relationnelle afin de ne pas être confronté à ses propres manques ?

G. Platteau

Centre de Santé mentale de l'Université de Bruxelles

Centre de Santé mentale de La Louvière

Rue Chopin 8

B-1070 Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

1. Berger M. (1992): *Les troubles du développement cognitif*, Ed. Privat.
2. Berger M. (1990): *Des entretiens familiaux, à la représentation de soi*, Ed. Apsygée.
3. Ciconne A., Lhopital M. (1991): *Naissance de la vie psychique*, Ed. Dunod.
4. Caillot J.P., Descherf G. (1982): *Thérapie familiale, psychanalyse et paradoxalité*, collection Psychopée
5. Gaulejac V. de (1987): *La névrose de classe*, Ed. HG.
6. Tustin (1985): *Le trou noir de la psyché*, Ed. Seuil.

SYSTÉMIE EN INSTITUTION: DÉCALOGUE OU MÉTALOGUE?

B. WATERNAUX*

Résumé: *Systemic approach and institution: Decalogue or Metalogue?* – Vision humoristique et délibérément lapidaire d'une réflexion collective d'un groupe de systémiciens, réunis par le «hasard» de la préparation d'un symposium pour les 8^{es} Journées de Thérapie Familiale de Lyon, et se penchant à cette occasion sur leurs conditions d'exercice.

Summary: *Systemic approach and institution: Decalogue or Metalogue?* – A systemic group have by chance met to built a Symposium for the 1995 Lyon's Congress. They have their practise status and present here an humorous and resolutely meditation.

Mots-clés: Institution – Complexité – Attracteur étrange – Modélisation – Identité – Appartenance.

Key words: Institution – Complexity – Peculiar attraction – Modelling – Identity – Belonging.

Introduction

Ce «Décalogue ou Métalogue» éponyme du symposium présenté aux 8^{es} Journées de Thérapie Familiale de Lyon, congrès de Lyon, tire sa source de la mise en commun de la réflexion des orateurs au cours de quelques réunions. Le titre et le décalogue furent ainsi élaborés ensemble.

Ce fut le contrepoint de ce symposium polyphonique, qui permit d'entendre successivement la voix de systémiciens exerçant dans diverses institutions.

Anna Kaplan détailla une expérience réussie d'intégration de l'épistémologie systémique dans une institution privée qui ne semblait pas destinée à s'ouvrir à de tels horizons.

Denis Roume nous apprit comment, par des changements de type I puis II voire III, il arriva au cours de son cursus de systémicien en institution à se créer un réseau propice au développement d'une consultation de thérapie familiale.

Diane Beauséjour exposa comment en tant que consultante organisationnelle au Canada, elle privilégie les concepts de responsabilité, de circulation de l'information et d'émergence des solutions.

Elida Romano nous montra, à partir de son expérience, la richesse et la complémentarité qui marquent la double appartenance à des institutions privée et publique.

* Psychiatre, thérapeute familial.

Enfin Marie-Françoise Poulain retraça le parcours de réflexion d'un petit groupe de praticiens partageant une même idéologie systémique dans une institution publique.

Décalogue

1. Tu ne prononceras pas en vain le mot systémie.
2. Six jours par semaine tu travailleras et feras ta besogne institutionnelle, et le septième jour tu honoreras ton maître en systémie selon les rituels et les croyances de ta secte.
3. Tu honoreras ton père (chef de service) et ta mère (surveillante générale) afin que se prolongent tes jours sur le sol de l'institution.
4. Tu ne tueras point le grand-père Freud par tes métacommentaires, ni ton patient par des prescriptions paradoxales inconsidérées.
5. Tu ne commettras pas l'adultère biologico-systémique.
6. Tu ne voleras pas la fonction ni la place de ton chef de service, ni même celle de tes pairs.
7. Tu ne déposeras pas de faux témoignages sur tes succès thérapeutiques, ni même n'alimenteras le radio-couloir du service par des disqualifications superfétatoires.
8. Tu ne prendras surtout pas de plaisir à exercer ton art.
9. Tu n'attendras aucune reconnaissance institutionnelle, ni même de signe patent que tu existes dans ta spécificité ou ton individualité.
10. Loyal tu resteras à ton système familial d'origine.

Métalogue

A: Ce décalogue c'est une plaisanterie ? Tu ne vas pas dire qu'il peut être réellement utilisé comme une méthodologie d'implantation dans une institution.

B: Ce n'est pas une plaisanterie, c'est un jeu et c'est sérieux aussi. Nous l'avons écrit à partir de nos expériences personnelles.

A: Mais cela n'est qu'une série de recettes. Et si l'on me pardonne cette paraphrase du métalogue de Bateson qui s'intitulait : « Pourquoi les choses se mettent-elles en désordre ? », je dirai : « Pourquoi les recettes ne marchent-elles pas ? »

B: Bateson expliquait à sa fille qu'il y a peu de « manières ordonnées » et un nombre infini de « manières désordonnées », et que la manière ordonnée de l'un n'est pas la manière ordonnée d'un autre.

On peut se souvenir aussi qu'une recette est un algorithme. Un algorithme est une suite finie de règles à appliquer à un nombre fini de données pour arriver à un résultat certain sans indétermination ou ambiguïté. Une formule mathématique ou un programme d'ordinateur ne sont que des algorithmes.

Or l'intervention thérapeutique possède certes un aspect algorithmique comme par exemple le corpus théorique ou encore les règles de fonctionnement qui constituent le cadre thérapeutique. Mais cet aspect algorithmique s'il est nécessaire se révèle non suffisant pour prendre en compte la complexité des relations humaines, puisque par définition le calcul algorithmique est idéalement possible face à des variables de fonctions linéaires et nous savons bien que les relations humaines ne sont pas linéaires.

A: C'est effectivement le problème qui se pose inévitablement au systémicien en formation comme au formateur. Impossible de se contenter d'apprendre des trucs ou des recettes, c'est bien connu il faut apprendre à apprendre.

B: En d'autres termes on peut dire que le complément obligé de l'algorithme est la recherche heuristique qui est un ensemble de règles ou un raisonnement conduisant de façon plausible, mais non certaine, à un résultat non certain. Les marqueurs personnels des thérapeutes, leur manière de recueillir des informations, la prise en compte des enjeux institutionnels (autrement dit le contexte) constituent autant de chemins possibles permettant d'atteindre de façon plus acceptable la complexité des niveaux tant individuels que familiaux et institutionnels.

A: Est-ce à dire que l'expérience institutionnelle est au fond intransmissible ?

B: Sous forme de décalogue certes, car cela ne correspond qu'à la partie algorithmique, voilà pourquoi nous nous sommes essayés à ce métalogue qui, si imparfait soit-il, est une tentative heuristique.

Il nous est apparu lorsque nous discutons, que nos échanges étaient plus fructueux lorsqu'ils s'organisaient autour des questions que nous nous posions.

A: Bien sûr, cela relève du processus de la maïeutique. La maïeutique, comme tu le sais, est l'art d'accoucher les esprits par exemple en posant les questions qui permettent à chacun de trouver en soi la vraie connaissance, la connaissance intérieure.

B: Oui, je disais donc que nous en sommes arrivés à nous poser la question de ce qui nous rassemblait dans ce symposium.

Bien entendu rien de simple ne pouvait émerger de cette question, nous pouvions comparer nos expériences : ressemblances et différences apparaissaient sans que nous puissions en dégager un « mode d'emploi de l'institution au quotidien pour le systémicien qui s'installe ».

A: Comment pourrait-il en être autrement, vu ce que nous venons de voir ensemble ? Chaque institution a son propre organigramme, ses particularités de fonctionnement plus ou moins pyramidal ou au contraire transversal, son histoire depuis la création, son développement et ses relations internes, ses liens avec l'institution élargie et avec l'extérieur, son esprit du lieu, son idéologie, sa Mythologie aussi. Bref tout ce qui fait la singularité d'une institution en comparaison avec une autre, comme pour les familles. Et alors ?

B: Nous avons donc été confrontés à la complexité du système.

A: Cela n'est pas nouveau, me semble-t-il depuis le passage de la première cybernétique à la deuxième, les systémiciens immergés dans le système ont été

confrontés à un niveau de complexité croissante, dont l'étude du degré de liberté, je te le rappelle, ne fait que mesurer notre degré d'ignorance ou presque, pour reprendre H. Atlan.

B: Les systémiciens sont certes immergés dans le système...

Reprenons la théorie du chaos. Si l'on considère un système et l'ensemble de ses paramètres, trois cas de figure sont envisageables. Le premier est le désordre absolu du hasard, c'est le chaos aléatoire stochastique, là tout est imprévisible et non prédictible puisque tous les degrés de libertés sont utilisés.

Le deuxième est la simplification linéaire réductrice, c'est le déterminisme, le finalisme linéaire, mais cela est non conforme à la complexité évolutive de la réalité, car opérant de manière extrêmement régulière.

Enfin, et c'est le point intéressant, le troisième cas de figure et un désordre apparent, possédant en fait un certain degré d'ordre qui ne peut être calculé ni mis en équation mais peut être évalué qualitativement, c'est le chaos déterministe.

A: Après la deuxième cybernétique, la théorie du chaos, on y va gaiement. dépaysement garanti... nous abordons la troisième cybernétique !

B: Laisse-moi développer mon idée.

Sais-tu ce que dit J. Cosnier ? Il dit, que la psychothérapie sollicite le thérapeute dans ses aspects les plus névrotiques, et que la théorie sert alors à limiter les dégâts en permettant au thérapeute un minimum d'organisation de sa conduite. Je pense que la pratique institutionnelle sollicite tout autant le systémicien, et pas toujours dans ses aspects les plus névrotiques, il est donc indispensable de théoriser, pour poser quelques bornes.

A: Tu as raison, tout le monde sait que même les bornes ont des limites...

B: Dans le cas du chaos déterministe, les trajectoires du système qui restent très irrégulières n'occupent qu'une certaine portion de l'espace, comme si elles étaient limitées à une seule partie de cet espace par ce qu'on appelle un attracteur étrange.

A: Et cette particule possède-t-elle un parfum ?

B: Ton microscope est déréglé, si je ne m'abuse.

Je voulais parler de nos trajectoires professionnelles. Dans nos discussions, nous avons pu constater un thème commun : l'intérêt pour le travail en institution et finalement une certaine satisfaction à fonctionner dans ces lieux particuliers que sont les institutions psychiatriques.

Si l'on considère que cet intérêt et cette satisfaction présente une analogie avec les trajectoires irrégulières qui n'occupent pourtant qu'une certaine portion de l'espace, comme si elles étaient limitées à une seule partie de cet espace, il faut pouvoir modéliser notre réflexion, et pour cela il nous faut imaginer quel(s) serai(en)t le ou les attracteurs étranges de nos trajectoires.

A: Je crois que je commence à voir ce que tu veux dire...

B: Puisque ton microscope est enfin réglé. Je dirai que ce qui peut apparaître comme « un attracteur étrange » dans le sens d'une différence qui peut faire la différence (Bateson encore et toujours), c'est une appartenance, que je qualifierai de

« plurielle ». Chacun d'entre nous s'est découvert avoir plusieurs implantations différenciées, pour certains c'est un travail dans deux institutions différentes, pour les autres c'est un travail dans une institution et une activité de formation dans une association.

A: Ce serait cette singularité d'appartenance à plusieurs lieux, qui permettrait, pour nous du moins, intérêt et satisfaction. Peut-être parce qu'entre chaque lieu se crée un espace virtuel de réflexion (réflexion aussi bien dans le sens de penser que dans le sens de refléter). Un processus de coévolution entre les deux systèmes est alors possible, l'élaboration en cours dans un système institutionnel sert à l'autre système institutionnel et réciproquement. Les différences entre les deux lieux que je soulignais tout à l'heure prennent alors toute leur valeur significative, dans une tentative de modélisation.

Dans une diversité d'expérience on en vient à penser à l'expérience de l'expérience, à l'enseignement de l'enseignement, à la mémoire de la mémoire. Bref, c'est une généralisation autour de la notion singulière de deuxième niveau, ce serait donc un troisième niveau. Pour la systémie ce serait non plus l'application de la systémie au quotidien mais la prise en compte de l'image de la systémie... N'est-ce pas là l'ébauche de la troisième cybernétique?...

B: Bon, voilà que cela te reprend... Excusez-le cela ne se reproduira plus...

Revenons à notre attracteur étrange. Pour ma part je voudrais compléter ce que tu as dit sur la richesse d'une appartenance à plusieurs lieux qui permet un espace de réflexion en précisant que ce que tu appelles espace virtuel, peut ne pas être virtuel du tout. Certains d'entre nous ne l'ont-ils pas concrétisé sous la forme de groupe-ressource?

A: Tu veux dire un groupe de systémiciens exerçant dans une même institution, donc en connaissant les règles de fonctionnement, ce qui donne une plus grande pertinence pour la faisabilité des solutions envisageables...

B: Exactement. Comme dirait Bateson, lorsque ceux qui parlent désirent s'écouter ils peuvent faire plus que d'échanger des informations, ils peuvent découvrir quelque chose qu'aucun d'eux ne connaissait auparavant. Nous avons découvert que chacun d'entre nous avait mis en place sous une forme ou sous une autre, de semblables sous-systèmes institutionnels. Ces sous-systèmes de pairs p-a-i-r-s offrent à chacun un temps et un espace de prise de recul pour favoriser l'élaboration et la recherche clinique.

Mais il est temps de redonner la parole à ceux qui nous écoutent afin qu'ils nous enrichissent maintenant de leur propre expérience.

B. Waternaux

UTF

41, rue Saint-Denis

F-92100 Boulogne

CH P. Guiraud

54, av. de la République

F-94800 Villejuif

BIBLIOGRAPHIE

1. Atlan H.L. (1979): *Entre le cristal et la fumée*, Seuil, Paris.
2. Bateson G. (1980): *Vers une écologie de l'esprit*, Seuil, Paris.
3. Benoit J.-C. (1995): *Le traitement des désordres familiaux*, Dunod, Paris.
4. Benoit J.-C., Roume D. (1986): *La Désaliénation systémique*, ESF, Paris.
5. Colloque de Cerisy (1983): *L'auto-organisation*, Seuil, Paris.
6. Colloque de Cerisy (1988): *Bateson premier état d'un héritage*, Seuil, Paris.
7. *Dictionnaire clinique des Thérapies Familiales Systémiques* sous la direction de Benoit J.-C. (1988), ESF, Paris.
8. *Dictionnaire des Thérapies Familiales* sous la direction de Miermont J. (1987): Payot, Paris.

LE THÉRAPEUTE FAMILIAL À L'INTERSECTION DE DIVERS CHAMPS INTERACTIONNELS

Gianella PERONI*

Résumé: *Le thérapeute familial à l'intersection de divers champs interactionnels.* – Quels «outils», quelles demandes, quels «clients», quels intervenants, quelles stratégies? En analysant ces questions, nous examinerons les enjeux du thérapeute familial qui se propose de faire des «interventions familiales systémiques» dans une institution. Le sujet sera développé au départ d'une expérience concrète: dans un Centre Psycho-Social pour jeunes psychotiques (centre de jour). On essayera de dégager les risques et les défis du thérapeute face à la complexité des intersections des différents champs en question.

Summary: *The family therapist at the intersection of the different interaction fields* – Which are the tools, the demands, the «clients», the actors, the strategies? Looking into these questions we will explore the cross-roads of the family therapist who intends to perform «systemic family interventions» in an institution. We will elaborate the subject based on an individual experience from a Psycho-social Center for the psychotic young (Day Center). We will try to draw out the risks and challenges faced by the therapist confronting the complex interfacing of the different fields.

Mots-clés: Thérapeute familial et institution – Champs interactionnels – Famille – Réseau – Interventions systémiques dans l'institution.

Key words: Family therapist in the institution – Interacting fields – Family – Networks – Systemic interventions in the institution.

I. Introduction

Ce travail est l'aboutissement de quelques réflexions faites à propos de l'expérience acquise comme thérapeute familial au niveau institutionnel. Cette pratique s'est développée au sein d'une institution: le Centre Psycho-Social «Sur Palermo» à Montevideo (Uruguay).

Le but principal de cette réflexion est de partager certains aspects qui puissent aider au débat sur les différentes formes de travail du thérapeute familial en institution.

Même sans en arriver à des recettes ou des formules définitives, nous croyons utile de traiter ce sujet à l'occasion de ces journées de Thérapie Familiale. En effet, très souvent, le rôle du thérapeute familial, au niveau institutionnel, est de trouver

* Pédopsychiatre et thérapeute familiale. Collaboratrice dans la formation et la clinique au service de Pédopsychiatrie, Faculté de Médecine, Hôpital Pereira Rossell. Responsable des interventions avec les familles au Centre Psycho-Social «Sur Palermo». Co-directeur de l'Institut des Thérapies Systémiques, Luis Piera 1835 ap. 24, 11200 Montevideo, Uruguay.

des formes multiples, non orthodoxes et créatives d'intervention conjointe, surtout dans nos pays, où le contexte socio-économique joue un rôle très important dans la genèse et le maintien des problèmes, ainsi que dans les formes d'intervention.

En effet, il semble impossible de travailler seul pour faire face à des pathologies graves ou à des problèmes de Santé mentale dans les Services publiques. Les facteurs socio-économiques, culturels et familiaux interagissent et amènent un degré de complexité très grand rendant difficile leur compréhension et leur solution.

Notre premier défi est, alors, de trouver la manière de travailler en équipe, avec d'autres disciplines, d'autres approches, d'autres épistémologies, c'est-à-dire de comment coexister dans cette écologie. Le deuxième défi se pose par l'intégration du « poids » du contexte social et culturel à la pratique du thérapeute.

En tant que psychiatres et thérapeutes, nous nous voyons souvent confrontés aux échecs et/ou limitations de nos interventions. Bien souvent aussi, les problèmes rencontrés sont graves, les familles sont multi-assistées, elles sont prises en charge parallèlement ou successivement par différents professionnels qui déploient toute leur énergie à « soutenir », « appuyer » et « aider », de mille manières différentes, leurs patients « incapables » et leurs familles qui, elles, ne changent pas. Plusieurs fois ces différentes institutions ou intervenants s'ajoutent ou coexistent sans aucune coordination, sans élaborer ensemble une stratégie thérapeutique, et sans s'arrêter ni analyser leur propre fonctionnement. Chacun agit isolément; les relations entre eux reproduisent souvent le conflit familial ou amplifient l'incapacité de la famille à résoudre ses propres problèmes.

Lorsque la pathologie est grave d'emblée, le patient et sa famille rentrent dans le circuit psychiatrique (recherche d'un « coupable », d'une « cause »: étiquetage diagnostique, et choix d'un long traitement), ce qui favorise la stigmatisation du patient comme « malade », et de la famille comme « coupable », « impuissante » ou bien « ignorante ».

L'étiquette d'« incapacité » des familles est, de cette façon, doublement amplifiée: d'un côté par l'épistémologie dominante (psychiatrie traditionnelle et psychanalyse) causaliste, individualiste et linéaire. De l'autre côté la réalité socio-économique qui place les familles dans une situation paradoxale: on leur demande de remplir certaines fonctions convenablement mais on ne leur donne pas les possibilités matérielles pour le faire.

Définir alors le rôle du thérapeute familial en institution et dans ce contexte socioculturel implique de dégager d'abord les différents champs d'action et les possibles interventions et définir des objectifs prioritaires qui puissent être atteints.

Dans les lignes qui suivent, le contexte général est le contexte institutionnel où s'est développée l'expérience seront décrits. Je ferai une mention très synthétique de notre cadre théorique; puis je vous ferai part de quelques aspects relevant de cette expérience. Finalement, nous partagerons certaines réflexions.

II. Contexte général

Comme d'autres pays de l'Amérique latine, l'Uruguay a subi un régime militaire dictatorial, entre les années 1973 et 1984.

Beaucoup d'avantages sociaux acquis auparavant ont disparu pendant la dictature; les désavantages des grandes couches de la population se sont accentués, notamment dans le domaine de la santé, de l'éducation et de l'alimentation.

Au niveau de la santé, le domaine de la santé mentale a été un des plus abandonnés depuis toujours. Au niveau de prestations de soins, les possibilités étaient insuffisantes et les structures étaient inadéquates et périmées.

Depuis l'arrivée au pouvoir d'un gouvernement démocratique, il y a eu un large débat et des efforts multiples ont été fournis (Faculté de médecine, Ministère de la Santé publique, organisations scientifiques et syndicales, et mouvements des familles de patients), pour trouver de nouvelles formes d'approche et de traitement des problèmes de Santé mentale. Au départ de ces échanges, un Programme National de Santé mentale a été établi dont l'objectif principal était la création d'un système de soins avec différents niveaux de complexité. L'accent était mis sur les aspects préventifs et la création de modèles de soins alternatifs, qui permettent plus d'efficacité et le maintien du patient dans son milieu de vie habituel, qui assurent aussi une extension de la couverture et une participation populaire.

C'est dans ce contexte particulier que nous retrouvons le Centre Psycho-Social « Sur Palermo » en 1991.

III. Cadre théorique

Quelques précisions nous semblent nécessaires pour nous situer dans le champ systémique.

La lecture systémique implique l'analyse des phénomènes humains dans leur complexité contextuelle, au départ d'une approche multicausale, multidimensionnelle et circulaire. Dans cette façon de regarder les problèmes, la relation (interaction) entre les personnes et leur contextes se hiérarchise.

Les familles, les professionnels et les thérapeutes familiaux, font partie d'un système social plus large qui définit ce qui est « sain », ce qui est « malade », ainsi que la façon de « guérir ».

Dans la rencontre thérapeute-famille, il faut alors tenir compte non seulement du contexte familial, mais aussi du contexte du thérapeute et du contexte plus large (social, institutionnel, écologique) dans lequel se produit cette rencontre. De cette interaction circulaire dépendra notre compréhension des problèmes et le résultat de notre action.

D'après cette perspective, le symptôme est entretenu dans un circuit relationnel qui agit en diminuant la tension entre les membres de la famille. En même temps, les comportements du système familial sont soutenus par les croyances, partagées par tout le monde, concernant la « maladie mentale ». Le patient identifié, en diminuant la perception des autres membres de la famille à propos de leurs propres conflits interactionnels, diminue la tension relationnelle du groupe. La même fonction est parfois accomplie pour diminuer des tensions inter-systémiques (ex.: famille-école ou famille-institution de soins). Dans certaines familles, le symptôme apparaît comme une façon de stabiliser la crise lors de la transition d'une étape vitale à une autre. Par exemple, la crise psychotique du jeune adulte (entre autres

facteurs) peut exercer ce genre de fonction. L'intervention psychiatrique, l'étiquetage et l'institutionnalisation contribuent à stabiliser cette situation. Elles confirment et réalimentent des comportements définis comme «malades», «anormaux», pour les personnes porteuses de symptômes, et de ceux définis comme «sains», «normaux» pour les personnes de l'entourage (famille, institutions).

Le changement ne peut pas être alors un changement individuel dans la psyché d'un individu, mais un changement *entre* les comportements des personnes et/ou entre les systèmes.

Parmi les écoles de thérapie familiale systémique, nous nous situons avec celles qui priorisent le système thérapeutique, c'est-à-dire la relation système demandant-thérapeute(s) comme l'outil fondamental. Cette conception part de la conviction que la famille a ses propres ressources. La finalité du thérapeute, plutôt que de la changer ou de la guérir, est de créer un espace de liberté d'action qui permette à ses membres la possibilité de changement. La relation thérapeutique a comme but principal, celui de restituer au groupe familial la faculté de gérer, résoudre, ses difficultés interactionnelles.

Dans cette perspective, la demande, la création d'un espace thérapeutique, ainsi que les possibilités de changement, sont le résultat d'une négociation (des interactions), entre la famille et son entourage, d'un côté; et les différents intervenants et leurs entourages respectifs, d'un autre. La demande n'existe pas a priori, mais elle s'organise et se définit à l'intérieur de relations et de contexte précis.

IV. Contexte institutionnel

Le Centre psycho-social «Sur Palermo»

Cette expérience a comme cadre le Centre Psycho-Social Sur Palermo. Cette institution a été créée en 1987, dans le cadre général du pays décrit plus loin.

C'est une institution non gouvernementale installée dans un quartier populaire de Montevideo. Elle fonctionne comme une Communauté thérapeutique diurne à laquelle participent plusieurs travailleurs de la Santé mentale de différentes professions et de différentes orientations théoriques. Elle constitue un projet alternatif pour le traitement des jeunes avec des troubles psychologiques graves ou gravement désocialisés, et appartenant aux milieux défavorisés de la population.

Les objectifs généraux du Centre visent à rendre possible la «réhabilitation» des adolescents et des jeunes adultes. Plus spécifiquement on cherche :

- a) A renforcer la socialisation à travers l'expérience de vie en commun, l'exercice des capacités pratiques d'interaction avec le monde extérieur, la participation active du patient et de la famille dans le processus thérapeutique; l'acceptation et la réintégration du «malade» dans la société: quartier, institutions éducatives et économiques de travail.
- b) A développer une pratique thérapeutique qui permette d'éviter l'hospitalisation ou la raccourcir, diminuer le nombre de rechutes ainsi qu'à rendre possible une vie plus proche de la «normalité», c'est-à-dire travailler ou étudier, gagner sa vie, avoir un partenaire sexuel durable ou non, avoir des amis, etc.

Le processus thérapeutique se base sur un ensemble de techniques intégrées qui stimulent la participation des usagers et de leurs familles. L'axe de la vie communautaire est l'échange en groupe, avec en parallèle, le travail avec les familles et les activités externes du centre.

La définition de Communauté thérapeutique implique une hiérarchisation des niveaux relationnels et sociaux comme outils d'intervention thérapeutique. Cependant, dans la pratique, nous avons constaté des contradictions entre cette définition et les attitudes et stratégies institutionnelles face aux familles.

Les professionnels responsables du Centre partageaient une conception multifactorielle de la maladie mentale. Leur formation de base, psychiatrique ou psychanalytique, déterminait certaines différences quant au « poids » de chaque facteur en jeu (biologique, psychologique), mais aussi des ressemblances fondamentales quant à l'épistémologie sous-jacente. Cette épistémologie conditionnait certains aspects significatifs dans le processus thérapeutique :

1. La localisation du problème dans l'individu, celui-ci étant l'objet à transformer.
2. La vision, très hiérarchisée, de la relation professionnel-patient, où le savoir retombe sur le professionnel.
3. La place de la famille dans le processus thérapeutique. Avec des nuances, la plupart des techniciens partageaient le besoin d'inclure la famille dans le processus thérapeutique communautaire; mais plutôt comme une source d'information ou bien comme « une aide » pour réussir le changement du patient. Cette vision cachait, en fait, la conviction que les familles « résistent » au changement: elles étaient l'« empêchement » principal du changement du patient ou les « coupables » des échecs thérapeutiques.

A côté de cette conception, il y avait aussi les caractéristiques propres à chaque famille et la façon dont elles nous parvenaient. En général, ce sont des familles qui sont envoyées par un autre professionnel ou institution, avec le diagnostic de schizophrénie ou psychose. La plupart d'entre elles viennent de parcourir un long chemin d'interventions et d'« aides » multiples: médecins, thérapeutes, hospitalisations, avec la stigmatisation correspondante. Dans la plupart des cas, elles appartiennent aussi à des milieux défavorisés de la population. Ces trois caractéristiques: familles « envoyées », carrière de stigmatisation et familles pauvres, amplifient leurs sentiments d'impuissance et de désespérance et leur isolement.

C'est dans ce contexte, et avec l'intention de travailler plus systématiquement avec les familles, que l'équipe technique responsable a engagé un thérapeute familial.

La demande adressée explicitement était de 1) faire des thérapies familiales avec certaines familles et 2) aider l'équipe technique à dégager des critères diagnostiques pour différencier les familles capables de changements de celles qui y résistent.

Une expérience d'intervention systémique

Partant de cette réalité institutionnelle et du contexte socioculturel, nous avons fixé quelques objectifs prioritaires dans une première étape, puis après, nous avons choisi et essayé des moyens possibles pour les atteindre.

Les objectifs étaient :

1. Donner à la famille une place de vraie partenaire dans le processus thérapeutique institutionnel et par tous les moyens possibles : en stimulant ses ressources, son protagonisme et sa créativité. En premier lieu, tout ceci implique la re-définition de la relation avec la famille : celle-ci devient une relation de « collaboration » et la famille devient « capable ».
2. Redéfinir le travail avec les familles comme un processus de coparticipation à construire ensemble.

Pour atteindre ces objectifs, l'action du thérapeute familial s'est développée à plusieurs niveaux :

- A. Avec les techniciens du Centre.
- B. Avec les familles et d'autres systèmes.
- C. A l'intersection de ceux-ci.

A. Avec les techniciens

Nous avons systématisé des réunions périodiques avec l'équipe technique dans le but d'analyser les différentes instances en contact avec la famille et d'élaborer des stratégies destinées à redéfinir la relation avec celle-ci.

L'énergie principale a été déployée pour trouver un langage commun par rapport aux familles et une attitude de renforcement positive de celles-ci. Nous avons utilisé des jeux de rôles, des sculptures et des métacomUNICATIONS avec l'équipe responsable et les autres membres du personnel. C'est ainsi que nous avons modifié ou dessiné ensemble certains aspects de la stratégie institutionnelle aux différents moments de rencontre avec la famille.

Par exemple :

1. Elaboration d'un processus d'admission, qui inclut :
 - de se donner un temps pour la décision, consacrant 2 ou 3 entretiens à l'établissement d'un contexte de collaboration (analyse des différentes demandes personnelles et systémiques, définition conjointe des objectifs concrets). Il s'agit d'analyser les demandes de la famille, de l'institution et d'autres intervenants, de dégager les différences et de permettre leur explication ;
 - de conditionner l'admission du patient à la participation active de la famille au processus thérapeutique communautaire.
2. Elargir l'espace des activités ouvertes à l'extérieur à la participation des familles (fonctions de théâtre, fêtes, promenades).
3. Dans le suivi familial, changement des objectifs poursuivis aux entretiens. Plus que la recherche d'information, l'aspect fondamental est devenu la déculpabilisation et la re-définition de la relation au travers des attitudes et techniques en accord avec ce propos.
4. A la sortie, on donne à nouveau à la famille une place hiérarchisée par rapport à cette décision, à l'évaluation et aux projets futurs. La famille est définie

explicitement comme le garant des réussites acquises par le patient et par elle-même.

B. Avec les familles

a) Les réunions multifamiliales sont à remarquer comme forme d'intervention conjointe.

Dans cette forme de travail, plusieurs familles sont réunies périodiquement, animées par deux techniciens (thérapeute familial et autre professionnel). Cet espace a permis aux membres de la famille, par analogie et par différenciation, d'apprendre de nouvelles formes de communication, et d'expérimenter des variations dans les interactions et les rôles de chacun. Ceci favorise aussi les échanges du système familial avec l'extérieur et aide à assouplir les différences entre les «malades» et les «sains». La réunion multifamiliale, par sa forme, sa dynamique et par son contenu, relativise aussi les rôles des supposés maîtres du savoir et des «ignorants». Par toutes ces caractéristiques, la réunion multifamiliale, constitue le scénario qui favorise les échanges famille-institution-patient et où peuvent se redéfinir la place et le rôle ainsi que les compétences de chacun (coupables → responsables, ignorants → experts). Cet espace devient ainsi thérapeutique puisque chacun peut y reconnaître ses propres ressources. Aussi parce que le thérapeute perd sa place traditionnelle de pouvoir et de savoir et fait confiance au pouvoir du groupe et aux possibilités créatives de celui-ci.

b) Le travail avec des réseaux familiaux (ex. : une famille X où l'on a travaillé avec le réseau et sans le patient. En travaillant la demande d'admission, nous avons dégagé des stratégies de réseau qui remplaçaient l'admission au Centre. On a obtenu des résultats équivalents à ceux atteints après un séjour: travail, socialisation).

C. A l'intersection des différents systèmes

Il s'agit de favoriser la création d'espaces de coordination ou échanges entre les systèmes impliqués avec la famille (d'autres intervenants, institutions, famille élargie). Par exemple :

- Inclusion de l'envoyeur dans le processus d'admission.
Le but est d'établir une stratégie communicationnelle visant à déculpabiliser la famille, analyser les différentes demandes en jeu et rendre possible leur explication et leur différenciation.
- Réunions de coordination avec d'autres intervenants (envoyeurs, médecin traitant, psychothérapeute): on cherchait à dessiner des formes de travail conjoint, afin d'établir des champs spécifiques d'action entre ces systèmes (institution-famille-autres intervenants).

Ces différentes formes de travail font partie d'un processus pas encore fini. Les objectifs initiaux et les attentes par rapport à la tâche du thérapeute familial se sont vus modifiés et ont évolué vers différentes formes d'intervention conjointe.

Nous avons mis la priorité sur d'autres tâches et d'autres contextes relationnels que ceux «traditionnellement» attribués au thérapeute familial par les autres

professionnels (système familial comme champ d'action principal, rôle de « moteurs » de changement). C'est ainsi que le travail en équipe « à la multifamiliale », les supervisions avec l'équipe technique responsable, les réunions de coordination avec d'autres intervenants et systèmes, les ateliers avec les membres du personnel, l'utilisation des réseaux ont été nos champs d'intervention. Il y a aussi les entretiens familiaux, mais notre rôle était surtout une place « méta » par rapport à l'autre technicien.

L'objectif principal et final de ce choix restait celui de départ signalé auparavant: restituer à la famille la faculté de gérer, résoudre ses difficultés interactionnelles et utiliser ses propres ressources. Pour atteindre cet objectif, nous avons donné priorité aux outils visant un changement du système de croyances et de la famille et des professionnels.

Il y a encore des stratégies à améliorer ou à compléter: par exemple le processus d'admission, la réunion multifamiliale. En particulier celle-ci offre des possibilités qui ne sont pas complètement exploitées.

En général, cette expérience a contribué à montrer plus clairement:

1. L'utilité et l'apport de l'approche systémique dans l'abord des problèmes graves et chroniques de santé mentale.
 2. L'utilité et l'apport de l'approche systémique dans la pratique institutionnelle du thérapeute familial, puisqu'elle permet:
 - a) d'élargir la vision et la compréhension des problèmes dans leurs contextes;
 - b) de trouver des formes d'intervention conjointe avec d'autres professionnels, et une méthodologie appropriée à la pratique d'équipe interdisciplinaire;
 - c) d'incorporer la rétro-alimentation, par un questionnement sur sa propre action.
 3. Le modèle systémique n'est qu'une branche en plus dans l'écologie des idées et pratiques professionnelles. On ne peut pas prétendre aujourd'hui à l'exclusivité d'un modèle.
 4. Le défi d'adopter le modèle systémique implique de penser au-delà de la famille et de la thérapie familiale, c'est-à-dire:
 - établir un contexte de collaboration, d'échange et de respect mutuel pour coordonner et amplifier les efforts et les interventions thérapeutiques;
 - trouver des formes d'intervention multiples et conjointes avec les autres intervenants et systèmes impliqués.
- D. En particulier, notre expérience de travail au Centre psycho-social « Sur-Palermo » nous a permis de clarifier et dégager certains aspects du rôle du thérapeute familial.
1. Le rôle et les tâches (différents « chapeaux ») du thérapeute familial dépendent du contexte dans lequel son action s'insère: il peut agir comme catalyseur, médiateur, « avocat défenseur ».
 2. Dans certains contextes institutionnels (public, milieux défavorisés), le thérapeute se trouve face à des cartes imprécises et changeantes. Il doit choisir et hiérarchiser quel chapeau porter et quels champs d'action utiliser.

3. Dans ces choix, il s'expose à des risques et des défis.

Les défis principaux qui nous sont apparus dans notre expérience ont été :

- a) *La survie*; il existe tellement de difficultés qu'un «manuel de survie» devrait être élaboré: limitations matérielles, politiques, demandes et attentes multiples, systèmes institutionnels et familiaux rigides, directives imposées.
- b) *Intégrer* le contexte plus large, socio-économique et culturel à la pratique. Ceci implique parfois d'avoir plutôt un rôle (chapeau) d'intermédiaire, de négociateur entre différents systèmes, par exemple, et de ne pas situer son action directement avec la famille.

Les risques, tenant compte de ces différents «chapeaux» possibles et du besoin de coexister, sont :

- a) Devenir ou se croire tout-puissant, répondre à toutes les demandes, occupant trop de place.
- b) Devenir trop passif, immobilisé ou neutralisé par les autres systèmes (macro-système), ou perdre sa spécificité, sa différence.

En synthèse, le défi est de pouvoir choisir des chapeaux et les adapter aux contextes continuellement, sans oublier le but principal thérapeutique et la spécificité de travailleur familial systémique. Cela exige certainement une créativité, une flexibilité et une révision constante de notre pratique.

V. Conclusions

Cette expérience a contribué à nous montrer :

- I. Les multiples paradoxes des systèmes de soins et des professionnels (dont l'objectif est de «guérir» et d'«aider») par rapport aux familles, surtout dans des réalités socio-économiques défavorisées. Le système public est, par exemple, organisé dans le but de donner un «appui» aux familles, mais souvent, dans la pratique, ces familles sont fragmentées, non reconnues et violées dans leur intimité par des pratiques et des politiques qui ignorent leur diversité d'organisation, leurs différentes valeurs et leur intimité.
- II. La nécessité de fixer des priorités dans notre action.
Face aux systèmes qui annulent, immobilisent et méconnaissent la famille; la tâche première du thérapeute familial est souvent de la défendre ou de lui créer des possibilités d'expression.
- III. Les différentes formes possibles de travail pour un thérapeute familial en institution. La famille et son réseau continuent à être la ressource principale pour le changement et le but dernier de notre action. Mais on peut y arriver indirectement: la tâche du thérapeute familial peut se situer prioritairement avec d'autres systèmes et/ou à leur intersection (équipe soignante, systèmes plus larges). Le thérapeute familial peut devenir ainsi, en premier lieu, un intervenant systémique.

Finalmente, nous avons constaté comment, dans la tâche des thérapeutes, la recherche de réponses aux souffrances humaines nous maintient dans un processus créatif et vital, ouvrant des possibilités. Dans cette recherche nous poursuivons souvent l'illusion de trouver des « certitudes », mais, souvent, nous trouvons des réponses différentes ainsi que de nouvelles questions.

Sous ces latitudes, nous, les thérapeutes, avons certainement des réponses différentes: des pratiques différentes, d'autres priorités, d'autres responsabilités et peut-être même aussi des théories différentes.

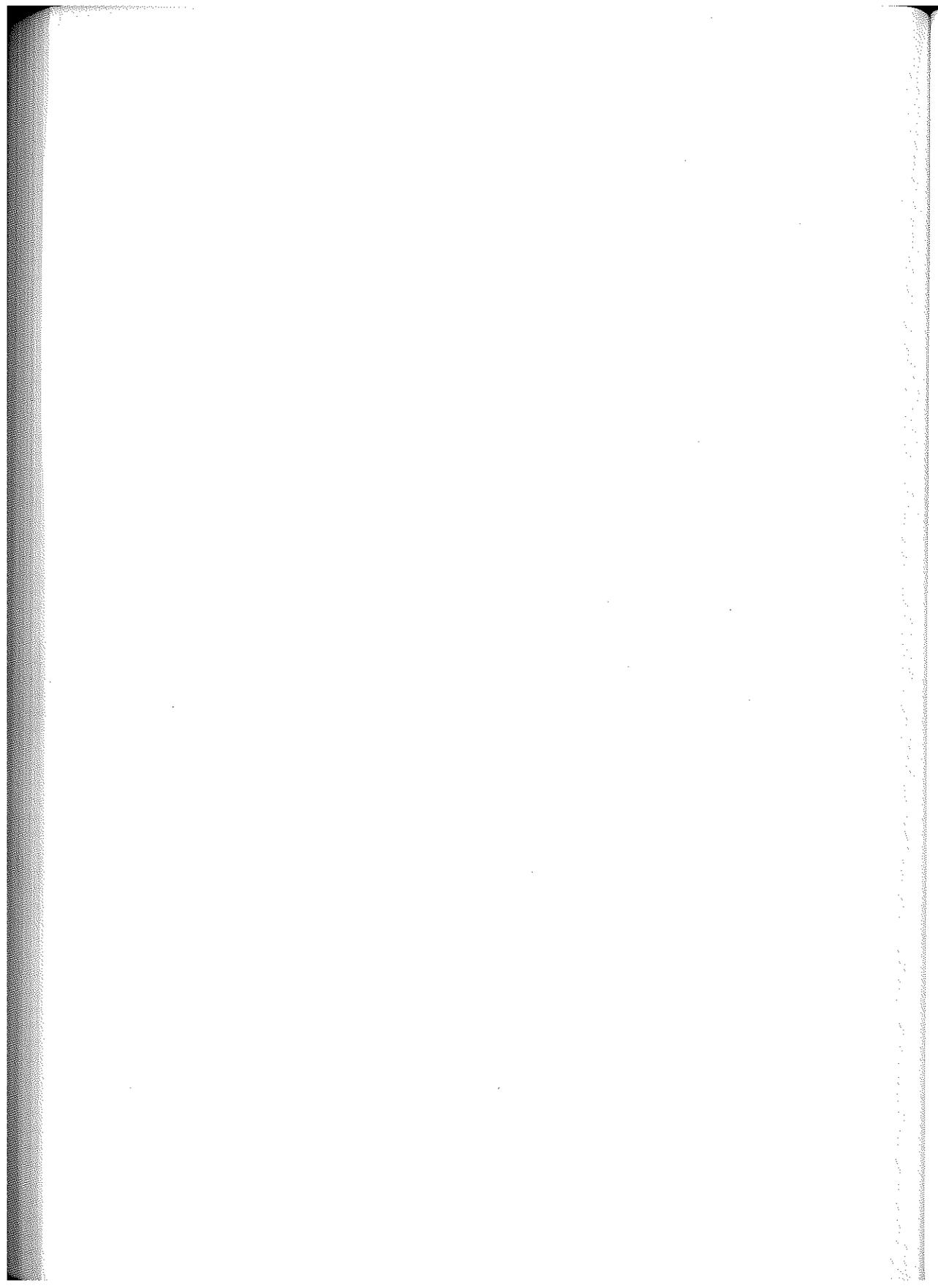
Espérons que les réponses trouvées ne deviennent pas trop des « certitudes », puisque souvent la « clarté » des certitudes se transforme en cécité ou ignorance.

Gianella Peroni
Hôpital Pereira Rossell
Luis Piera 1835, ap. 24
11200 Montevideo (Uruguay)

BIBLIOGRAPHIE

1. Andolfi M. (1987): *Terapia Familiar*, Paidós, Buenos Aires.
2. Ausloos G. (1981): «Thérapie familiale et institution», *Champs Professionnels* n° 3, Ed. IES.
3. Bechuk J. (1990): «Criterios preventivos en salud mental», *Sistemas Familiares*, ASIBA, Buenos Aires, 6, 1, 29-40.
4. Benoît J.C., Malarewicz J.A., Beaujean J., Colas Y., Kannas S. (1988): *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, ESF, Paris.
5. Cabero Alvarez A. (1995): «Apuntes para una guía de supervivencia del terapeuta familiar en un contexto publico de salud mental», in: *Avances en terapia familiar sistémica*, Ed. Paidos, Barcelona.
6. Dabas E., Frankowski S., Kelmanowicz A., Maltz A., Marron J., Reisin S. (1988): «Formación de redes en la admisión de niños y adolescentes con problemas de aprendizaje en un servicio hospitalario», *Sistemas Familiares*, ASIBA, Buenos Aires, 4, 1, 7-16.
7. Daigremont A., Gitton G., Rabeau B. (1979): *Des entretiens collectifs aux thérapies familiales*, ESF, Paris.
8. Elkaïm M. (1987): *Les pratiques de réseau*, ESF, Paris.
9. Gammer C., Cabie M.C. (1992): *L'adolescence, crise familiale*, ERES, Toulouse.
10. Imber-Black E. (1995): «La perspectiva de los sistemas más amplios que la familia», *Sistemas Familiares*, ASIBA, Buenos Aires, 11, 1, 35-59.
11. Kannas S. (1995): «Psychoses et pratique éco-systémique», *Thérapie Familiale*, XVI, 1, 49-60.
12. Keeney B.P. (1985): «Aproximación pragmática a la terapia familiar», *Sistemas familiares*, ASIBA, Buenos Aires, 1, 1, 37-45.
13. Lacroix J.L. (1990): *L'individu, sa famille et son réseau*, ESF, Paris.
14. Laqueur P.H., Laburt H.A., Morong E., Hailey J. (1980): «Terapia familiar múltiple: nuevos desarrollos», in: *Tratamiento de la familia*, Ed. Toray Barcelona.
15. Lebbe-Berrier P. (1988): *Pouvoir et créativité du travailleur social*, ESF, Paris.
16. Panizo M.E. (1987): «Reflexiones acerca de: Terapia familiar sistémica en un hospital nacional en la Argentina», *Sistemas Familiares*, ASIBA, Buenos Aires, 3, 2, 59-63.

17. Peroni G., Del Castillo R., Regazzoni E. (1995): *La terapia Multifamiliar: una experiencia en Comunidad Terapeutica*, Inédit. Travail présenté au VI° Congreso uruguayo de Psiquiatría, Montevideo, Uruguay.
18. Tilmans-Ostyn E. (1987): «La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande», *Thérapie Familiale*, VIII, 3, 229-246.
19. Vieytes-Schmitt C., Tilmans-Ostyn E. (1990): «La systémique et l'art. L'art de l'approche systémique», *Thérapie Familiale*, XI, 2, 117-125.



LE GROUPE RESSOURCE COMME MODALITÉ D'ENTRAÎNEMENT AU LÂCHER-PRISE EN INSTITUTION

B. WATERNAUX, M.F. POULAIN, L. LAMANTOWICZ, L. CABANEL*

Résumé: *Le groupe ressource comme modalité d'entraînement au lâcher-prise en institution.* – Au-delà de l'inscription d'une activité de thérapie familiale dans une CMP, les thérapeutes systémiciens ont à s'engager dans les diverses missions qu'impliquent une pratique de secteur. Les auteurs se demandent si, à partir des réponses redondantes données par un lieu de soin, un thérapeute qui choisit comme référence la complexité peut modifier sa position, tout en respectant le cadre, afin de diversifier et de singulariser ces réponses.

Dans cette optique, il ne s'agit pas de promouvoir un meilleur contrôle de la pluralité des facteurs en jeu dans cette complexité mais plutôt de favoriser l'émergence d'un processus créatif par une certaine ascèse du « lâcher-prise ». Le but est d'ouvrir la possibilité d'une cascade d'événements « hors contrôle » qui introduisent de nouvelles formes de relations entre soignants et soignés pour favoriser l'émergence de nouvelles solutions en rapport avec les capacités d'anticipation du métasystème soignants-soignés.

Summary: *How to train the letting go attitude in psychiatric institutions: the resourceful group.* – Systemic therapists working in institution, not only must develop their own practise in family therapy, but also have to play a specific role in the institution tasks. The authors are asking themselves: how a therapist referring to the complexity field could modify his/her own role to more diversified and particularized responses, while respecting the institution redundant rules.

In this regard, the therapist role must not consist in overcontrol of the different factors that interfere in such complexity but rather it may favorise a creative process to emerge by increasing his/her personal practise of letting go. The aim of such attitude is to let the possibility to uncontrol event to happen, in order to permit new relationships between care persons and patients. Such approach may permit alternatives linked to anticipating abilities of the metasytem patient-care, to come into view.

Mots-clés: Constructivisme – Lâcher-prise – Institution – Identité/Appartenance – Contrôle/Anticipation – Groupe ressource.

Key words: Constructivism – Letting go – Institution – Identity/Belonging – Control/Anticipation – Resourceful group.

Depuis quinze ans, l'évolution majeure de la théorie systémique a consisté dans le passage de la première à la seconde cybernétique ou constructivisme. Notre réflexion porte sur la signification et les implications de cette évolution pour notre pratique clinique d'intervenants systémiciens dans un secteur de psychiatrie adulte

* Psychiatres, Thérapeutes Familiaux, UTF, 41, rue Saint-Denis, F-92100 Boulogne.
CH, Paul-Guiraud, 54, avenue de la République, F-94800 Villejuif.

public. Nous présenterons dans cet article une modalité de réflexion sur la pratique clinique conforme selon nous à l'esprit du constructivisme, que nous intitulons «groupe ressource», illustrée d'une situation concrète. Dans une première partie, nous faisons le point de notre interrogation théorique.

I. Théorie du lâcher-prise

D'une cybernétique à l'autre...

A la première cybernétique, nous devons d'avoir élargi notre point de vue par la prise en compte des systèmes. Pour comprendre les interactions entre thérapeute et patient par exemple, il faut les contextualiser par l'observation des systèmes impliqués. Ce repérage des systèmes engagés dans l'interaction permet d'envisager des stratégies dans le but de modifier leur fonctionnement. Du côté du thérapeute, l'accent est mis sur le «comment agir»: comment introduire un *input*, une information nouvelle dans le système qui fera une différence et ouvrira la possibilité d'un changement.

L'idée clef de la cybernétique de second ordre ou constructivisme est de poser la question du statut de l'observation: celle-ci ne saurait être dissociée des conditions de sa mise en œuvre, c'est-à-dire de l'observateur. On ne peut observer sans participer, sans «construire» la réalité que l'on est censé décrire. L'observation témoigne surtout de l'identité de l'observateur plus même que du monde qu'elle décrit. Il s'agit là de la dimension autoréférentielle qui concerne tous les systèmes vivants.

Dès lors, le système thérapeutique n'est plus seulement ce dispositif expérimental où le système soignant va tâcher d'observer et de modifier le système «soigné» qui va tenter de résister homéostatiquement à ce changement (ce qui implique pour le premier d'élaborer une stratégie), le système thérapeutique est le lieu même du changement: c'est en tant que lui-même qu'il doit évoluer et changer. Le processus de changement est défini comme la co-évolution de deux systèmes autoréférentiels qui vont s'influencer réciproquement, entrer en résonance (Elkaïm), en formant ensemble un «couplage autoréférentiel». L'autre conséquence, c'est que le changement ne peut plus être déterminé par avance: il est imprévisible. Pour le thérapeute, il ne s'agit plus seulement de savoir comment agir ou quelles informations introduire pour perturber le système, mais plutôt savoir comment être. Cet accent mis sur l'être et non plus sur l'agir nous semble une des significations fondamentales du passage d'une cybernétique à l'autre.

Dialectique des deux cybernétiques

La réalité doit être tenue pour un phénomène complexe qui admet une multiplicité de descriptions. La seconde cybernétique ne doit pas être comprise comme un développement théorique qui vient annuler, remplacer ou dépasser la première. Il s'agit plutôt de deux modélisations possibles d'une même réalité complexe. A

notre avis, il est nécessaire de conjointre ces deux points de vue dans une pensée dialectique. En effet, on ne peut observer valablement qu'en se pensant à l'extérieur, même dans la conscience d'une construction participante de son observation.

Il faut donc à notre sens concevoir ces deux modélisations cybernétiques (cybernétique = ce qui régule et organise l'action) en termes de deux polarités qui permettent de conjuguer des aspects contradictoires des systèmes qu'il faut penser de façon dialectique.

Signalons par exemple quelques couples d'opposés:

Autonomie ou autoréférence/Hétéronomie ou hétéro-référence

Identité/Appartenance

Individuation/Triangulation

Changement/Homéostasie

Imprévisibilité/Prédictibilité

Nouveauté/Redondance, etc.

Tous ces termes antinomiques doivent être pensés de façon dialectique à l'intérieur de chaque modèle cybernétique mais aussi à travers la dialectique même de ces deux cybernétiques. (Ce qu'on pourrait appeler métacybernétique: seconde cybernétique/première cybernétique.)

Le soin: contrôle et anticipation

Nous retrouvons aussi une dialectique d'opposés au fondement de l'effet thérapeutique que nous recherchons au travers du soin. En matière de santé mentale, le soin conjugue en effet des aspects que nous avons proposé d'appeler contrôle et anticipation.

Le contrôle est lié à la technique du psychothérapeute, à son savoir-faire qui inclut tant ses prérogatives institutionnelles que ses connaissances théoriques. En terme de relation, la polarité «contrôle» accentue les aspects de conservation, de former ensemble un système stable, redondant, prévisible, incluant une organisation hiérarchique claire. Le revers d'une prégnance trop forte du contrôle est de conduire à une rigidification du système thérapeutique et de bloquer toute évolution en le chronicisant. Le risque est de déboucher sur des enjeux de pouvoirs, en général sous forme de symétries cachées au niveau de savoir qui contrôle qui. A ce jeu, le symptôme du patient est la manœuvre la plus puissante. En terme métacybernétique, le contrôle est du côté de la première cybernétique.

L'anticipation est liée à l'éthique du psychothérapeute, à son savoir-être. C'est ce qui donne le sens de l'action-contrôle et inclut tout ce qui dans la relation thérapeutique opère pour plus de différenciation, d'autonomisation, d'imprévisible. En termes de relation, l'anticipation accentue les aspects de désordre, de bruit, d'imprévisible, de non-redondance qui conduisent à complexifier la relation dans le sens de plus d'autonomie des sous-systèmes, plus d'identité, plus de disjonction. Le revers d'une prégnance trop forte de l'anticipation est de conduire au chaos, à la

dissolution du système. En terme métacybernétique, l'anticipation est du côté de la seconde cybernétique.

Le soin conjugué nécessite ces deux termes :

- Contrôler pour réduire les risques catastrophiques.
- Anticiper un nouvel état souhaitable, mais qu'on ne peut ni prévoir ni contrôler.

Ces deux principes doivent donc se conjindre pour un effet psychothérapeutique en terme de changement conçu comme auto-organisation dans la complexité. La théorie d'Atlan nous enseigne que la possibilité pour un système suffisamment redondant de se réorganiser à un niveau de complexité supérieure dépend de sa capacité à intégrer le bruit, le chaos.

Ce système doit donc être à la fois ouvert au bruit (apprendre des erreurs sans chercher à les rectifier selon des normes antérieures) et fiable, c'est-à-dire suffisamment redondant. L'action thérapeutique se situe ainsi entre cristal et fumée. Par exemple, on sait que la psychanalyse conjoint cadre et libre-association. En d'autres termes, contrôle et anticipation.

Le lâcher-prise

Pour le thérapeute qui travaille en institution, comment peut se traduire sur un plan subjectif cette nécessaire dialectique de contrôle et d'anticipation au fondement de son acte thérapeutique ? Comment pour lui concilier nécessité d'un cadre redondant fiable et ouverture à l'imprévisible ?

L'institution en tant que procédure clairement identifiée de gestion des situations qui définit les rôles, les places (le patient, le thérapeute, la famille et comment définir leur relations pour répondre au programme de l'institution) incarne cet aspect de cadre redondant fixe. Pour ce faire, elle doit garder son idéologie modeste et classique, arbitraire et non interprétable (comme le cadre en analyse). L'institution ne saurait être systémique ou analytique, c'est sa lecture qui peut l'être. L'institution inclut aussi le savoir-faire du thérapeute, son bagage théorique et expérientiel. Elle concerne donc l'hétéronomie du thérapeute.

Dans ce cadre, comment le thérapeute peut-il ouvrir le système thérapeutique à cette possibilité d'anticipation qui ne peut être contrôlée mais qui est éthiquement souhaitable ?

Le thérapeute doit résister à la tentation de tout contrôler. Ceci implique de sa part un exercice particulier de la position basse qui ne soit pas une stratégie visant à prendre de façon indirecte le pouvoir mais une capacité d'accueillir le « bruit » tout en maintenant la relation dans un cadre suffisamment redondant pour le préserver du chaos. C'est-à-dire anticiper pour le système thérapeutique une possibilité de se réorganiser par le bruit. Au niveau de son ressenti, elle va se manifester par une expérience vécue de confusion, de trou noir, d'ignorance qui va demander de sa part un exercice que nous proposons de nommer exercice du « lâcher-prise ». Cet exercice suppose pour lui d'avoir à supporter ces moments où il ne comprend pas, ne maîtrise pas, confusion dans la cohérence de l'organisation et du savoir. Le lâcher-prise renvoie le thérapeute à la question de

son autonomie qui s'expérimente comme un passage à la limite des paradoxes qui le fondent comme être.

Le lâcher-prise aide à mettre fin à une situation de symétrie cachée, situation de faire-semblant et d'épistémologie erronée où chacun prétend agir un pouvoir sur l'autre en déniaient les aliénations systémiques, ce qui pousse à toujours jouer au plus fin, le symptôme étant le fin du fin en ce domaine. Il instaure au contraire une situation de sincérité accrue où l'épistémologie systémique est finalement admise: il s'agit alors *de jouer au moins fin* en quelque sorte, en acceptant ce qu'on ne sait pas, ce qu'on ne peut pas, qu'on ne maîtrise pas et la conscience de l'incomplétude des positions assumées. Il y aurait là l'idée de savoir s'abandonner aux vents à des moments clefs pour arriver à bon port, mais sans savoir lequel, plutôt que s'obstiner à naviguer à contre-courant.¹

Le groupe-ressource que nous allons maintenant présenter est précisément une modalité d'entraînement à cet exercice du lâcher-prise.

II. Le groupe ressource

Nous allons maintenant essayer d'exposer ce que nous avons appelé le groupe ressource.

En première approche, on pourrait proposer cette définition: «Un groupe ressource serait un groupe fermé, constitué de professionnels, de soignants, qui aiderait chacun de ses membres à se différencier et à penser de façon suffisamment autonome dans sa pratique.»

En institution, les soignants expriment souvent le besoin de réexaminer leur expérience que ce soit au niveau de leur pratique, de leur système de croyance, ou du contexte dans lequel se développe cette expérience. L'effet possible est d'opérer une certaine distance, de supporter un moindre poids de la part des contraintes théoriques ou institutionnelles. Il s'agirait idéalement de favoriser un processus de réflexion, de relancer une capacité à penser et d'accroître le champ des possibles. La réflexion engagée ici concerne la position du thérapeute ou comment «être en tant que thérapeute» dans les systèmes thérapeutiques où l'institution est partie prenante. A partir de notre expérience, nous nous sommes demandés si au-delà de la pratique systémique avec des familles, notre Unité de Thérapie familiale avait pu représenter ce groupe ressource évoqué plus haut.

Dans cette équipe, tous les membres font partie de l'institution où ils travaillent, engagés dans la pratique de secteur.

L'unité de thérapie familiale appartient à ce même service.

¹ Cette question complexe est pourtant centrale dans la compréhension de l'effet thérapeutique, et ce, dans toutes les écoles de psychothérapies (sans parler des disciplines de philosophies orientales par exemple). Citons par exemple la conception de l'interprétation en psychanalyse selon Jean Guillaumin, pour qui il s'agit de reconnaître entre patient et analyste l'existence d'un non savoir, d'une limite de sens, d'un inconnu irréductible. Pour les travaux liés au constructivisme en thérapie familiale, citons Cecchin qui parle d'attitude de curiosité et d'irrévérence ou Elkaim et Stengers avec le concept de résonance et de territorialité.

Lors des réunions cliniques de l'Unité, de nombreuses situations sont exposées. Il peut s'agir des familles suivies spécifiquement par l'Unité, mais aussi de situations institutionnelles difficiles où se trouve un des membres de l'Unité. Les commentaires, faits par les autres membres, tiennent compte des caractéristiques de ce service. Chacun ici travaille pour la même institution dont il a une certaine expérience. Il en connaît les rituels, les croyances, même de façon implicite. La connaissance des redondances du système institutionnel assure pour le groupe la légitimation des commentaires et une plus grande facilité à les utiliser.

A l'intérieur du groupe, une épistémologie partagée favorise l'apparition de modèles intelligibles aux uns et aux autres, une certaine disposition d'esprit commune, au-delà d'éventuelles divergences d'opinion. Les thérapeutes systémiciens se retrouvent là en tant que pairs. Ils ont formé ce groupe dans la lente élaboration d'une équipe, constatant les limites de leur travail dans l'institution et s'interrogeant sur ces limites. De cette cohésion a émergé un espace transitionnel, où par un effet réfléchissant une « construction mutuelle du réel » (M. Elkaïm) s'ébauche. De plus, l'approche des idées issues de la complexité a orienté une démarche intellectuelle où les positions de savoir, de prévisibilité ont été peu à peu délaissées au profit d'une plus grande reconnaissance de notre degré d'ignorance.

Entre les pairs peut circuler, pour un temps, une forme de sincérité et de liberté de penser face aux règles institutionnelles mais aussi face aux systèmes de croyance dans lequel chacun peut s'enfermer. Nous pourrions, en suivant ce que nous dit J. Miermont, décrire cette activité comme une activité épistémique, c'est-à-dire, «...à partir des expériences que (nous retirons) avec les autres, avec le monde des objets, et avec soi même (...) la disposition qui (nous) permet de prendre une distance par rapport aux effets des rituels et des mythes ». Et donc aussi aux effets de l'épistémologie en tant que « savoir constitué en doctrine ».

Le groupe de pairs représente un sous-système du système institutionnel. Ce qui se passe à l'intérieur d'un tel système n'est ni vrai ni faux pour le système mais indifférent, comme un non-savoir du système pour cette part de l'activité du groupe, activité non répertoriée en quelques sorte. Ce non-savoir serait garant de liberté et de souplesse. L'absence de publicité des discussions du groupe vers l'institution permet une parole plus libre. Ces discussions ne se font pas contre mais pour l'institution, afin de permettre aux membres du groupe d'accéder à une autonomie fugace et fragile certes mais plus réelle. C'est la divulgation systématique qui peut rigidifier le système. L'impossibilité de décrire tous les composants d'un système, de les répertorier ou de les analyser est facteur de complexité et d'organisation. D'une certaine manière l'activité de ce groupe, activité décentrée et discrète, peut contribuer à accroître le degré de complexité du système tout entier.

Au travers de son activité clinique comme la consultation avec les familles et les réunions régulières, l'unité de thérapie familiale inscrit ses relations avec l'institution qui l'accepte et la reconnaît. Elles partagent une idéologie de soins et une histoire: celle de la création de l'unité qui fait date pour l'institution et de l'instauration de son rituel particulier. Ce rituel définit une zone de signes et d'échanges qui permet au système d'intégrer plus ou moins cette partie d'elle-même. Cette reconnaissance renforce l'effet de légitimation pour les membres à utiliser cet espace comme une ressource.

Le groupe ressource n'est pas un groupe de supervision. On n'y vient pas pour chercher un savoir ni une conduite à tenir. Comme nous l'avons dit, il s'agit même parfois de pouvoir prendre une certaine distance par rapport aux effets de l'épistémologie. Il y a cependant une disposition d'esprit commune. Celui qui rapporte une situation où il se trouve engagé peut énoncer des positions apparemment exclusives les unes des autres, sans risquer d'être disconfirmé, ce qu'il ne pourrait probablement pas faire dans une réunion institutionnelle.

En réponse à cet exposé, les autres participants réagissent parfois de façon perplexe, sans pouvoir par leurs commentaires dégager une proposition meilleure qu'une autre. Celui qui expose pourra néanmoins avoir le sentiment d'avoir de plus en plus parlé en fonction de ce qu'il pense et de ce qu'il est lui-même, au prix souvent d'une confusion accrue. Il est possible que ce soit bien après la discussion qu'une intuition le guide à essayer une autre compréhension, à tenir compte d'informations dérisoires ou gênantes, avec un état d'esprit peut-être différent. C'est aussi cet effet de « passage » que nous allons tenter d'illustrer avec l'exemple clinique qui va suivre.

III. Récit de la thérapeute

C'est délibérément que la thérapeute utilise dans cette observation la première personne du singulier pour rendre compte de la dimension subjective prévalente du processus décrit.

Florence est hospitalisée pour la première fois en psychiatrie à l'âge de 24 ans, pour un état d'agitation anxieux majeur sous-tendu par un délire de persécution. Cet état délirant semble évoluer depuis plusieurs mois. Une tentative d'hospitalisation en clinique a avorté deux mois plus tôt par refus de la jeune femme.

En effet, Florence se montre très réticente sinon hostile. Elle banalise et rationalise anxiété et troubles du comportement. Sous neuroleptiques, les troubles s'amendent, mais sans que Florence ait évoqué et encore moins critiqué ses idées délirantes qui semblent tourner, selon les dires de l'entourage, autour de thèmes de filiation et de persécution.

A l'occasion de cette hospitalisation, je fais connaissance avec les parents de Florence. Je crois déceler entre eux une tension masquée notamment à travers l'antinomie des discours tenus sur Florence bien qu'ils adoptent tous deux une tonalité plus professionnelle qu'affective. Madame travaille dans le domaine social. Elle présente sa fille comme perturbée de longue date, ce dont témoignent, selon elle, sa difficulté ancienne à suivre une scolarité correcte (baccalauréat repassé deux fois, échec d'une école de commerce), ses manifestations caractérielles qui rendent la vie quotidienne difficile, et ses dépenses inconsidérées, notamment une accumulation d'amendes avec la voiture offerte par ses parents. Elle souhaite la mise sous curatelle et l'obtention d'une pension d'handicapée face à la gravité de l'état de sa fille. Le père, ingénieur, a fait une licence de psychologie; il insiste plutôt sur les éléments de bon pronostic de l'état de sa fille: capacité d'adaptation sociale, qualité des relations amicales eu égard au diagnostic de schizophrénie. Les troubles de Florence sont survenus à un moment important de sa vie puisque après

avoir vécu deux ans avec un ami, elle a réintégré le domicile familial il y a un an. Trois mois plus tard, les troubles apparaissent.

Je suis très intéressée par cette situation et en même temps frustrée puisque toutes les tentatives d'approfondissement échouent lamentablement : les entretiens psychothérapeutiques avec Florence du fait de sa réticence, et les entretiens familiaux à cause de l'impression que j'ai d'aggraver la désignation de Florence par l'organisation d'entretiens centrés sur ses troubles. Au bout d'un mois, Florence sort avec une prescription de neuroleptiques, la sortie est à l'essai afin de maintenir un traitement évitant une rechute précoce et ce malgré l'absence d'adhésion de Florence. Florence fera faire son injection trois fois, en se plaignant amèrement des effets secondaires, après des sollicitations plus qu'insistantes de ma part. Au bout de trois mois, je préfère cesser cet acharnement thérapeutique, je fais lever la mesure d'hospitalisation sous contrainte et Florence disparaît.

Un an plus tard elle est réhospitalisée pour des troubles analogues. Elle a entre-temps entrepris une formation de visiteur médical à laquelle elle était assidue jusque quinze jours avant l'hospitalisation. Elle est plus réticente et rationalisatrice que jamais, impute son malaise à une rupture sentimentale récente et se dit déprimée.

Afin de tenter de l'apprivoiser, j'instaure un traitement antidépresseur d'autant plus inefficace qu'elle le recrache subrepticement profitant du scepticisme de l'équipe qui la trouve bien délirante comme en témoigne son comportement perturbé : elle dort sous son lit, surveille la nourriture...

Cet « hubris » de changer Florence à tout prix va se trouver renforcé d'une part par l'idée préalable que je m'étais faite du couple parental : « ce couple fonctionne mal », d'autre part par deux faits qui vont ponctuer l'hospitalisation de Florence.

- Un entretien familial où je convoque le frère et les deux sœurs de Florence sur le thème proposé par la mère : Florence est invivable, elle perturbe tout le monde, elle ne peut pas rentrer à la maison. La question, somme toute légitime, posée alors par la famille est celle du contrôle de Florence et de la prévision de ses troubles. Comment aurais-je pu ou dû leur éviter les troubles qui ont précédé l'hospitalisation de Florence : alerte du voisinage, appel de la police, le frère se plaint d'avoir dû maîtriser physiquement sa sœur.
- La mère me téléphone ensuite pour me dire qu'elle a consulté une éminente collègue dans le privé qui a prescrit la solution : un foyer de post-cure.

Sans m'en rendre compte, je m'engage dans une escalade symétrique avec Florence et sa famille. Ils doivent changer individuellement ou familialement mais ils ne me changeront pas, c'est eux ou moi. Concrètement cela se manifeste pour une résistance passive de ma part, une « pseudo-position basse » :

- « Je ne peux rien décider, Madame, puisque votre fille ne me parle pas. »
- « Je ne peux rien décider concernant votre sortie Florence, puisque votre famille ne veut pas de vous. »

Un apparent « lâcher-prise » qui n'est en fait que la manifestation de l'hubris. Je serai plus rigide qu'eux et ils seront bien obligés de céder, de changer : elle, devenir une patiente coopérante, eux, devenir une bonne famille compréhensive et

ouverte. C'est à ce moment-là que je présente le cas en réunion de l'UTF, avec pour objectif l'organisation d'entretiens familiaux pour «faire changer la famille».

L'état de confusion dans lequel je me trouve constitue une bifurcation, une situation de forte instabilité qui peut aussi bien aboutir à plus de rigidification ou au contraire à une ouverture sur «d'autres possibles».

A travers les échanges informels qui ont lieu à l'intérieur du groupe, dans le climat de sincérité que nous évoquions, ma position subjective va changer sans que rien de précis ne m'ait été prescrit par le groupe.

Je peux alors de nouveau supporter de participer au jeu sans me sentir menacée dans mon identité, résumée à ce moment-là à un enjeu de pouvoir. J'abandonne ma recherche de jouer «au plus fin», c'est une forme de lâcher-prise. J'accepte de nouveau la part d'imprévisible de la situation et je la sollicite même. Je ne cherche plus à me montrer aux yeux de la mère meilleure thérapeute que mon éminente collègue. Mais je deviens curieuse des conséquences de la prescription d'un foyer pour Florence sur l'évolution de la situation. J'accepte de jouer le rôle qui m'est imparti dans le jeu actuel.

Je fais les démarches pour le foyer de post-cure prescrit par ma collègue. La question n'est pas de savoir si grâce au groupe j'ai trouvé le bon coup à jouer dans la situation, mais plutôt que ce choix est sous-tendu par une nouvelle façon d'appréhender la situation de ma part. C'est la réinscription dans un processus évolutif qui passe par une certaine prise de risque dans une situation redéfinie comme un jeu relationnel. Florence sort de l'hôpital pour se rendre dans ce foyer de post-cure où elle n'ira jamais. La mère soutenue par moi établit alors avec sa fille un contrat d'accueil chez elle en contrepartie de l'injection retard. Les entretiens avec moi sont définis comme facultatifs, la prescription de neuroleptiques se faisant par courrier, ce qui a le mérite pour l'instant de nous dégager elle et moi du double lien de contrôle et psychothérapie, la situation étant définie clairement comme une situation de contrôle chimiothérapique sans «obligation» de psychothérapie.

IV. Le thérapeute et son territoire

Comme nous l'avons évoqué dans la première partie, le thérapeute est confronté dans son action à de multiples dualités qui ne s'excluent pas mutuellement mais se complètent.

Dualité de l'apport des deux cybernétiques

La première cybernétique offre une vision stratégique: «comment agir» (pour faire changer la famille résistante au changement) et la deuxième cybernétique introduit des termes constructivistes: «comment être» (en co-évolution avec la famille vers de nouvelles solutions). On peut en voir une illustration dans certaines séquences de la prise en charge de Florence. Ainsi lorsque la thérapeute axe son effort vers la nécessité, qu'elle imagine, que la famille change pour que la patiente évolue, elle se situe dans une référence à la première cybernétique. Lorsque la thérapeute s'interroge avec le groupe ressource sur la spécificité de sa relation avec la famille, elle se situe dans une référence à la deuxième cybernétique.

On ne saurait se priver de la richesse de ces deux approches en privilégiant l'une d'entre elles. Mais comment faire avec l'apparente contradiction qui oppose l'une à l'autre ?

Dualité de sa position de thérapeute qui doit remplir la double fonction de contrôle et d'anticipation

Le contrôle répond aux nécessités institutionnelles de prendre en compte les effets du symptôme, tout en restant dans le cadre structurel imposé par l'institution (ses règles, ses rituels et la mythologie qui préside à leur organisation). Dans cette fonction le thérapeute est désigné par l'institution qui lui délègue sa fonction de contrôleur.

L'anticipation est la possibilité de rester ouvert à l'imprévisibilité de la situation afin de pouvoir s'engager sur des chemins nouveaux ignorés de tous mais qui peuvent se révéler en certains temps de la prise en charge.

C'est cette dualité même qui par moments peut être à l'origine de la confusion du thérapeute qui peut s'imaginer être pris dans un double lien institutionnel car il doit répondre à ces deux missions sans pouvoir métacommuniquer sous peine de remettre en cause la mythologie institutionnelle.

Dualité des notions d'identité et d'appartenance

Identité du thérapeute et appartenance institutionnelle se jouent en miroir de l'identité du patient et de son appartenance familiale. Ce sont des questions qui sont à l'œuvre pour tout thérapeute institutionnel, mais qui ne semblent pas avoir été beaucoup théorisées en termes d'épistémologie systémique.

Ce sont ces opposés qui ont fondé notre réflexion de groupe sur notre pratique quotidienne. C'est donc dans une perspective historique que nous nous proposons maintenant de retracer brièvement l'évolution de ce groupe et la construction de notre cheminement de pensée.

Depuis que nous travaillons ensemble nous avons augmenté notre « savoir ». Nous nous sommes intéressés à la théorie de la complexité vue par H. Atlan. De cette théorie, nous avons appris que dans les systèmes auto-organisationnels, il est nécessaire qu'il y ait une certaine redondance des circuits structurels qui correspond à l'existence de contraintes internes, nous assimilons cela à la notion de contrôle. Dans ces systèmes auto-organisationnels, il y a une certaine ouverture au bruit. (Le bruit est défini comme ce qui ne peut pas être immédiatement décrypté dans le système, mais qui inquiète et interroge par l'indétermination qu'il laisse persister sur sa signification.) Cette ouverture au bruit, nous l'avons traduit en terme de lâcher-prise. Le lâcher-prise prélude à l'anticipation.

Précisons que l'anticipation *n'est pas* la prévision. En effet, prévoir c'est élaborer un plan théorique à partir d'observations diverses et vouloir s'y tenir coûte que coûte, jusqu'à obtenir le résultat attendu: la pièce est déjà écrite. Anticiper au contraire se rapproche plus de l'improvisation comme dans la *commedia dell'arte* qui exige du comédien un jeu plastique très souple (Sutter). Un état nouveau est anticipé sans que la connexion avec ce que l'on pense ou agit soit clairement établi.

(Cette réflexion sur le nécessaire va-et-vient entre contrôle et anticipation a été publiée dans un précédent article dans «*Thérapie Familiale*.»)

Peut-on pour autant assimiler notre groupe à un groupe de savoir? Certainement pas, augmenter la connaissance, le savoir partagé nous apparaît plutôt comme l'équivalent de l'augmentation du nombre de circuits redondants utilisables par nous. Or on se souvient que plus un système auto-organisationnel possède de circuits redondants, plus il est fiable et dans le même temps plus il est capable d'augmenter son niveau de complexité et de fonctionner avec une compétence supérieure (car le bruit devient un facteur d'organisation). Ce savoir partagé devient pour nous garant d'une certaine pertinence de nos interrogations mais pas de nos solutions, au point que nous avons à un certain moment envisagé le terme de *groupe de perplexité*... C'est-à-dire que nos conversations à bâtons rompus peuvent être assimilées à du bruit, facteur d'organisation. En ce sens plus la perplexité est grande, plus le bruit a des chances de pousser le système à se complexifier.

On pourrait dire aussi qu'un plus de narration et de conversation accroît la territorialité du groupe. La territorialité se fonde dans la recherche d'un savoir et non sur le savoir acquis lui-même. Cette recherche va utiliser des chemins de pensée divers, parfois vagues ou imprécis, voire confus à propos du problème et qui peuvent avoir à l'occasion une connotation littéraire ou poétique. Les détours autour de la situation, que l'on peut qualifier d'«esthétiques», ne sont pas sans lien avec la solution du problème posé, même s'ils n'en disent rien à proprement parler. Ils nous permettent d'acquérir un plus vaste territoire pour notre être, un plus vaste espace de pensée, qui nous permettent de nous libérer des contraintes de la situation bloquée et nous invitent à y être différents.

Si maintenant nous nous demandons comment un savoir fiable (redondance) et un territoire esthétique plus vaste (bruit) peuvent favoriser l'émergence de solutions nouvelles (passage à un niveau de complexité supérieure), il nous faut faire un détour par les notions opposées d'autonomie et d'hétéronomie.

L'autonomie assure, de l'intérieur, la cohérence dans la définition du système par lui-même, ainsi que la cohérence dans la mise en place d'initiatives et d'impulsions spontanées, et dans la différenciation d'une identité spécifique. C'est le «self» du système.

L'hétéronomie conduit à justifier ou infirmer de l'extérieur la cohérence du système, à rendre fonctionnelle son autonomie et à en modifier éventuellement sa structure.

De même qu'il est à la fois homéostatique et capable de changement, un système est à la fois autonome et hétéronome.

Notre groupe est à la fois hétéronome et autonome.

- Il est est doublement hétéronome. D'une part, parce que s'inscrivant dans l'institution, notre groupe s'inscrit dans l'échange d'information entre intérieur et extérieur: les règles de l'institution et son idéologie sont implicitement présentes lorsque nous nous réunissons, nous n'avons même pas besoin de les verbaliser. D'autre part, il y a une autre référence extérieure qui nous reste présente à l'esprit. Cette référence est d'un autre ordre: c'est la référence épistémologique dont nous nous réclamons tous. C'est notre «culture» théorique commune, les

idées et les mouvements évolutifs de la pensée systémique marquent notre réflexion. A ce double titre le groupe nous permet une meilleure adaptation à l'environnement.

- Il est autonome (Varela emploie le terme de clôture opérationnelle), car le retour de la réflexion du groupe sur elle-même lui assure sa propre cohérence organisationnelle. A ce titre notre groupe possède une capacité de création subversive et permet d'inscrire les relations groupe-environnement dans un modèle de co-évolution.

Ce mouvement dialectique qui s'instaure entre autonomie et hétéronomie permet parfois des instants fugitifs de créativité. La créativité entendue comme la possibilité d'adopter une position esthétique (qui n'est pas une solution en soi), et la possibilité d'être différent dans les situations qui posent problèmes.

Dans l'illustration clinique proposée à la réflexion du groupe, à aucun moment l'un d'entre nous n'a été en mesure ni n'a eu envie d'inventer une solution à la place de la thérapeute qui se sentait en situation de «pat» (comme dirait Mara Selvini). Mais la capacité potentielle d'autonomie du groupe a permis à la thérapeute de se créer des chemins nouveaux, dans le mouvement de co-évolution déjà évoqué. Elle le décrit elle-même lorsqu'elle dit que la conversation entre nous lui a permis le lâcher-prise qui consiste paradoxalement à prendre position: elle met en œuvre une sortie vers le foyer. Elle accepte alors une prise de risque par rapport à sa fonction: le risque de se tromper en tant que thérapeute, et d'être remise en cause en tant qu'intervenante institutionnelle. Ce lâcher-prise permet la relance du jeu relationnel entre la thérapeute et sa patiente, la patiente et sa famille, la famille et la thérapeute. Cette relance n'est qu'une des sorties possibles de la situation de pat, un autre thérapeute aurait, en fonction de son histoire propre et de son trajet institutionnel, inventé une autre issue. Le groupe n'a fait qu'aider la thérapeute à supporter la confusion où elle se trouvait. Elle peut alors considérer à nouveau que «ceci n'est qu'un jeu» et sortir de situation d'impuissance thérapeutique, qui est le corollaire de la toute-puissance thérapeutique et de l'hubris thérapeutique (Mara Selvini).

La question se pose alors: comment l'autonomie du groupe, même si elle n'est que partielle, peut entraîner l'autonomie de l'un de ses membres? Sans doute peut-on imaginer que le groupe est une aide à la différenciation de soi (selon Murray Bowen), non pas tant comme Bowen le décrit vis-à-vis de la famille d'origine du thérapeute que vis-à-vis de l'institution dont il fait partie. En effet parce qu'il fonctionne dans la parité (qui est l'équivalent de la fratrie), il permet une meilleure gestion émotionnelle (Jean-Claude Benoît) en réintroduisant la notion du «ceci est un jeu» et favorise cette différenciation du soi.

On peut souligner les autres caractéristiques du groupe qui vont aussi dans le sens d'une aide à la différenciation du soi.

- En premier lieu, la possibilité pour chacun d'exprimer simplement ses doutes, voire ses échecs. La hiérarchie institutionnelle n'ayant pas cours, chacun est présent en tant qu'individu et non pas en tant qu'intervenant ayant une fonc-

tion institutionnelle à remplir. La prise de recul face au contexte institutionnel est donc favorisée.

- En second lieu, l'appartenance à l'institution est globalement assumée par l'ensemble du groupe, qui est une interface avec l'institution. Ceci autorise une autonomisation individuelle. On peut dire que le groupe a pour fonction d'interroger l'institution, dans un mouvement de co-évolution (au même titre que les autres sous-systèmes institutionnels), comme l'adolescent qui remet en question la mythologie familiale, sans cesser de s'y référer, au travers des rituels de son groupe de pairs, ce qui lui permet de s'autonomiser de sa famille d'origine.
- En dernier lieu, la « discrétion » qui entoure la réflexion du groupe constitué et fermé. Cette discrétion n'est pas *contre* les règles établies par l'institution, mais *pour* une élaboration clinique, plus dans la complexité que dans une cohérence réductrice: elle protège une réflexion personnalisée, qui va aussi dans le sens d'une autonomie.

En conclusion

Nous avons essayé de décrire l'évolution de notre travail commun au fil des années. Au travers d'une observation, nous avons voulu réfléchir sur l'apport que représente pour nous le partage d'une élaboration sous-tendue par la même épistémologie systémique. Sans vouloir réduire notre propos à une autosatisfaction qui ne serait pas pertinente, ce qui nous apparaît comme fondamental, c'est ce que nous constatons dans notre quotidien: nous exerçons avec plaisir, malgré les contraintes institutionnelles et au delà des avantages de la pratique en équipe. Pour avoir échangé avec d'autres systémiciens en institution, il nous apparaît que ce groupe que nous avons appelé ressource, n'est pas étranger à cela. C'est un espace et un temps de relance de la pensée.

B. Wateriaux, M.F. Poulain,
L. Lamantowicz, L. Cabanel
UTF
41, rue Saint-Denis
F-92100 Boulogne

BIBLIOGRAPHIE

1. Atlan H.L. (1979): *Entre le cristal et la fumée, Essai sur l'organisation du vivant*, Seuil, Paris.
2. Atlan H.L. (1994): *A tort et à raison, Intercritique de la science et du mythe*, Seuil, Points, Paris.
3. Bateson G. (1980): *Vers une écologie de l'esprit*, Seuil, Paris.
4. Benoit J.C., Berta M. (1987): *La pénombre du double, L'anticipation par les images positives et négatives*, ESF, Paris.
5. Benoit J.C., Malarewicz J.A. (1988): *Dictionnaire clinique des Thérapies Familiales Systémiques*, ESF, Paris.

6. Benoit J.C. (1985): *Le traitement des désordres familiaux*, Dunod, Paris.
7. Anonymus (Bowen M.) (1994): « A propos de la différenciation de soi à l'intérieur de sa propre famille. », *Thérapie Familiale*, 15, 2, 99-148.
8. Cabanel L., Lamantowicz L., Poulain M.F., Waternaux B. (1995): « PMD entre contrôle et anticipation », *Thérapie Familiale*, 16, 1, 87-97.
9. Elkaïm M. (1987): « Constructions mutuelles du réel, assemblage et thérapie familiale », in: Ackermans C., Custens C. von (Eds), *Histoires de familles*, ESF, Paris.
10. Elkaïm M. (1989): *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*, Seuil, Paris.
11. Foerster H. von (1988): « La construction d'une réalité », in: *L'invention de la réalité*, Seuil, Paris.
12. Guillaumin J. (1995): « Théories en négatif ou pensée en négatif en psychanalyse », in: Green A. et coll. (Ed.), *Le Négatif*, L'esprit du Temps, Paris.
13. Le Moigne J.L. (1994): *Le Constructivisme*, ESF, Paris.
14. Miermont J. (1987): *Dictionnaire des Thérapies Familiales*, Payot, Paris.
15. Miermont J. (1993): *Ecologie des liens*, ESF, Paris.
16. Selvini M. (1987): *Mara SELVINI, histoire d'une recherche*, ESF, Paris.
17. Sutter J. (1990): *L'anticipation*, PUF, Paris.
18. Sutter J., Berta M. (1991): *L'anticipation et ses applications cliniques*, PUF, Paris.

LE PAYS OÙ LA RÉSISTANCE N'EXISTE (PRESQUE) PAS

ou, comment infléchir la résistance vers une coopération?

Myriam LE FEVERE DE TEN HOVE*

Résumé: *Le pays où la résistance n'existe (presque) pas.* – En appliquant les principes systémiques d'une manière conséquente et en nous focalisant sur les mécanismes d'autorégulation des systèmes humains, nous parvenons à infléchir la «résistance» vers une coopération. Des méthodes concrètes pour obtenir ce résultat sont présentées.

Summary: *The land of (almost) no resistance.* – By applying the systemic principles in a consequent way and by focusing on the autoregulatory mechanisms of human systems, we gain the possibility of converting «resistance» into cooperation. Concrete methods, useful to reach this target, are presented.

Mots-clés: Résistance – L'arbre de décisions: un schéma d'intervention.

Key words: Resistance – Decision tree: an intervention guide.

Parfois, nos clients nous submergent par leurs problèmes, à première vue, insolubles. Ils attendent de nous une solution magique. Ils veulent «guérir» sans rien devoir changer. Ils manifestent des comportements qui ne sont apparemment d'aucune utilité pour des objectifs thérapeutiques: c'est ce que nous appelons «résistance» à nos interventions. Ils nous emprisonnent dans leur stratégie d'échec. Est-ce notre sort que d'être condamnés à devenir des victimes du «burn-out»? Ou bien peut-on survivre à de telles frustrations? Ou – mieux encore – est-il possible de muer cette résistance en une coopération?

Evidemment, lorsque nous employons le terme «résistance», cela ne provoque pas que de la frustration. Nous en retirons un certain confort: ce client, cette famille, ne veut pas coopérer. C'est qu'ils ne sont pas motivés. En tous cas, nous, thérapeutes, avons fait tout notre possible... nous n'avons rien à nous reprocher.

En pensant ainsi, nous situons la «résistance» chez le client, ou dans son système familial. Nous considérons cette résistance comme une qualité intrinsèque du client ou de son système...

* Pédopsychiatre, Centre de guidance mentale, Pres. Rooseveltplein 12a, 8500 Kortrijk, Oude Leielaan 83A, 8930 Menen. Belgique: Institut Korzybski de Bruges, collaboratrice à l'Institut Korzybski de Paris.

Mais c'est là déjà le premier piège. Affirmer que le client ne veut pas coopérer à une démarche thérapeutique, c'est situer la *cause* chez le client... En vérité, une façon très linéaire et très causale de penser! Nous sommes alors conduits à élaborer toutes sortes de théories fort compliquées afin d'expliquer l'apparition – comme la disparition – de cette résistance.

Menons plus loin notre réflexion en élargissant notre champ de vision et en tenant compte du contexte et des interactions. Nous observons que :

- c'est toujours à quelque chose ou à quelqu'un, à une certaine intervention de la part d'un certain thérapeute, à un certain moment de la thérapie, dans un certain contexte... que le client résiste.

Il ne s'agit donc pas d'une qualité intrinsèque du client – ou de son système – mais d'un événement relationnel. Ce qui nous rappelle que nous pouvons échapper aux pièges des situations désespérées si nous appliquons l'épistémologie systémique, circulaire, selon laquelle le client réagit lorsque le thérapeute agit. Ou l'inverse: le client fait quelque chose et le thérapeute réagit...

En thérapie systémique, nous avons la bonne habitude de porter attention à cette circularité. Mais lorsque les choses deviennent apparemment difficiles, forte est la tentation de retourner à la pensée linéaire, tellement séduisante et confortable... du moins à première vue... car cet apaisement («c'est la faute du client») n'est que de courte durée. En fait, il nous bloque, il nous rend incapables d'agir utilement.

Supposons que nous ayons le courage de persévérer dans le mode de pensée systémique. Cela nous fournit au moins un confort: celui de pouvoir choisir par où entrer dans le cercle des interactions. Et si nous entrons dans cette circularité, non par le client, mais par le thérapeute? C'est lorsque le thérapeute agit que le client fait quelque chose...

L'avantage est que, cette fois, le thérapeute dispose de nouveau de la possibilité d'agir. Il n'est plus bloqué par une «qualité intrinsèque» des clients, dont il ne peut rien faire.

Nous décodons alors le comportement du client comme un message, cela nous fournit de l'information sur notre propre intervention et sur ce qu'elle produit chez lui. En somme, une idée très systémique: «les symptômes transmettent un message.»

Voilà la clé magique pour résoudre les résistances! Il suffit d'être cohérent et conséquent dans la pensée systémique en décodant le comportement du client comme une information. Personne ne pourra nier qu'un client qui donne de l'information est un client coopérant.

Mais, comment décoder cette information? Que nous raconte-t-elle? Cette information nous indique que nos interventions ne sont pas adaptées à ce que les clients veulent ou peuvent faire à ce moment précis. Nos demandes peuvent être trop difficiles à réaliser ou inutiles. Ou bien, cela peut venir d'un mandat insuffisant¹.

¹ Nous entendons ici par le terme mandat, la délégation de pouvoir qui se négocie dans toute demande de soin. Elle est à la fois le moyen et le résultat de la négociation du travail de joining et de l'accord sur la demande.

En effet, nous devons avant tout nous interroger sur le mandat que nous avons obtenu. Très souvent, nous aimerions disposer de plus de mandat que le client ne nous en donne. C'est une très grande erreur que d'agir comme si nous avions reçu plus de mandat. Cela a le plus souvent pour conséquence d'engendrer de la «résistance».

Dire non est une réaction saine du client lorsque nous voulons lui imposer plus que ce que lui-même demande. Dès lors, il ne serait pas raisonnable de critiquer les patients lorsque ceux-ci prennent le risque de s'affirmer. Il est donc très important d'ajuster nos interventions thérapeutiques au mandat obtenu.

Afin de faciliter cet ajustement, à l'Institut Korzybski de Bruges, nous avons développé l'utilisation de «l'arbre de décisions». Pour ce faire, nous nous sommes inspirés de Steve De Shazer, thérapeute américain, lui-même fort impressionné par le travail de Milton Erickson. L'arbre de décision guide un schéma d'interventions (ce n'est donc pas un diagnostic) basé sur les niveaux de relation client-thérapeute.

D'abord, nous établissons une distinction entre:

- les «limitations»: ce que rien ne peut changer (âge, sexe, traumatismes, faits en général, etc.); le but du traitement sera ici: comment gérer cette limitation?
- et les «problèmes»: données susceptibles de faire l'objet d'un changement. Nous posons pour cela la question: y-a-t-il des solutions possibles?

Ensuite, nous prenons la mesure du mandat obtenu (et pour les limitations, et pour les problèmes) en posant trois questions:

1. Y-a-t-il une demande d'aide?
2. L'aide demandée est-elle réalisable?
3. Le client dispose-t-il de ressources pertinentes?

Une réponse négative à la première question caractérise pour nous la relation thérapeute-client par la définition de ce dernier comme PASSANT.

Par contre, en cas de réponse positive à cette première question, on passe à la seconde. Une réponse négative à la deuxième question caractérise la relation thérapeute-client et définit ce dernier comme CHERCHEUR.

Après deux réponses positives aux premières et deuxième questions, une réponse négative à la troisième définit l'ACHETEUR.

Trois réponses positives aux trois questions posées définissent la relation et le client comme un CO-THÉRAPEUTE.

A chaque niveau de relation, différentes interventions utiles et adaptées au mandat obtenu sont élaborées. Chaque fois, notre objectif est d'élargir le mandat afin d'aboutir au niveau du co-thérapeute.

Si nous avons adapté nos interventions aux mandats obtenus et que les clients continuent à réagir d'une façon que nous décodons comme une «résistance», une stratégie utile consiste à se demander si les interventions ou les tâches ne sont pas trop difficiles, ou inadéquates à ce moment de la thérapie. Ce sont bien les réactions de nos clients qui nous donnent une information importante, nous invitant à ajuster nos interventions.

Comment opérer pour nous guider utilement en vue de cet ajustement? De Maturana et Varela, nous avons appris que les systèmes humains sont doués d'une capacité d'autorégulation. En particulier, ils possèdent un potentiel de croissance et

de créativité remarquable. Pourtant, les familles qui recherchent de l'aide sont souvent prisonnières d'interactions stéréotypées et dysfonctionnelles qui bloquent leurs possibilités d'évolution et d'adaptation aux étapes successives de leur vie.

De plus, la capacité d'autorégulation implique que les familles sont elles-mêmes les experts des changements qui leur sont les plus utiles. Comme le formule De Shazer, ce ne sont pas nous, thérapeutes, qui sommes les experts de la guérison de nos clients, mais eux-mêmes. Ils savent eux-mêmes le mieux ce qui leur est utile, ce qui est possible à chaque instant. Cependant, ils ne sont pas toujours conscients de ce savoir. Et c'est à nous qu'il incombe de les aider à découvrir leur propre savoir. Comment les aider à obtenir cette information sur leurs possibilités alors qu'ils ne les ont pas encore découvertes?... De cette information qui les aidera à discerner « une différence qui fait la différence » (Bateson)?

Trois types de questions sont utiles à ce sujet:

- A. Des questions qui leur feront découvrir leurs propres ressources.
- B. Des questions qui leur feront faire des projections dans l'avenir.
- C. Des questions qui leur feront trouver ce qui sera, pour eux, la plus petite différence qui fera une différence...

A. **A la recherche des ressources.** Les questions sur les exceptions au comportement symptomatique (il y a bien des pauses, des rémissions à la souffrance, au symptôme?) leur permettront de découvrir que, déjà, il y a des moments où des solutions partielles sont présentes.

Peut-être même sont-ils capables de produire un autre comportement que le comportement symptomatique: une bagarre peut aboutir à une alcoolisation excessive, à une fuite, à une querelle... Il se peut que la famille ou le patient découvre la possibilité de changer le comportement symptomatique: en le réduisant, en en changeant le lieu de survenue, le moment, les interactions. Et, presque toujours on découvrira que, même dans le comportement symptomatique, des solutions (partielles) sont déjà présentes: boire avec excès peut aussi aider à diminuer les sentiments agressifs, à soulager le chagrin... Nous rechercherons ces ressources chez le client, dans sa famille, son environnement, sa famille d'origine par le génogramme solutionniste en composant un arbre généalogique qui fasse apparaître les ressources propres à cette famille. Afin que nos clients obtiennent cette information, nous leur proposons souvent des tableaux où sont consignés les résultats de l'observation portant sur les disparitions ou les diminutions d'importance du symptôme.

Nous pouvons également utiliser des échelles: on trace une échelle de zéro à dix, où zéro correspond au pire moment qu'ils ont vécu, et dix celui où ils estimeront se trouver dans des conditions telles que la thérapie est parvenue à son terme. C'est-à-dire, le moment où le degré de résolution des problèmes pour lesquels ils ont entrepris la thérapie est suffisant pour qu'on arrête l'action. Nous leur demandons alors de se situer dans l'instant présent sur cette échelle ainsi définie.

Par exemple, entre 0 et 10 ils se situeront à 2. Cela signifie donc qu'ils ont déjà trouvé un certain nombre de solutions.

Le thérapeute demande alors:

- *A quels signes jugez-vous que vous en êtes au N° 2? En particulier, que faites-vous de différent? Comment avez-vous fait pour parvenir à l'indice 2? Qu'est-ce qui vous a aidé? Comment cette aide s'est-elle manifestée?*

A l'évaluation d'un premier changement il sera également judicieux de demander: «*Est-ce que quelque chose a changé depuis que vous avez pris ce rendez-vous?*» Ces changements indiquent des solutions que les membres de la famille ont déjà trouvées par eux-mêmes.

Notons au passage que, pour les clients qui ont tendance à se placer au plus bas de l'échelle, des questions touchant au «comment faire avec» les aideront à découvrir qu'ils utilisent sans le savoir des ressources dont ils ne soupçonnaient pas l'existence:

- *Mais comment faites-vous pour faire face à tout cela? Comment faites-vous pour tenir le coup?*

B. Les projections dans l'avenir. Toujours en employant les échelles ci-dessus, toutes questions qui demandent de l'information sur ce qui permet de discerner une différence entre un état N et l'état N+1 sont utiles. Aussi, nous empruntons volontiers à De Shazer la «question miracle»:

- *Supposons que les miracles existent et donc qu'une nuit, un miracle se produise. Ce miracle fait que les problèmes pour lesquels vous êtes venu me voir sont résolus de façon suffisante. Comment vous en rendez-vous compte le lendemain et les jours suivants? Comment votre conjoint, vos enfants, vos parents, etc. s'en rendent-ils compte? Que ferez-vous alors de différent?*

La réponse indique le niveau 10 de l'échelle.

Bien que s'appliquant à l'imaginaire, le fait de poser ces questions implique que nous, thérapeutes, sommes convaincus qu'il existe un avenir. Beaucoup de clients sont tellement fixés sur le présent ou leur passé, à la recherche des causes de leurs problèmes, qu'ils en finissent par vivre comme s'il n'y avait plus de futur. Ainsi, ils en reviennent sans cesse à leurs idées fixes et, de cette façon, se placent dans les conditions de la prophétie auto-vérificatrice (Watzlawick), celle-ci les amène à réaliser précisément ce qu'ils craignent le plus.

En leur proposant à des projections dans l'avenir, nous aidons nos clients à prendre conscience de l'existence de cet avenir, à le rendre concret, et donc secondairement, à évoluer vers les conditions d'une prophétie auto-vérificatrice positive.

De plus, le client dessine son propre progrès très concrètement en se centrant sur ce qui est faisable par lui, à sa manière. Il est alors très réconfortant pour lui de découvrir qu'il parvient à son but par lui-même et que sa manière d'opérer est approuvée.

Or, comme nous le savons, le but, l'objectif, est indiqué par le client, non par le thérapeute. Dans cette démarche, le fait de décrire concrètement le pas suivant, lui permet de se donner une image de cette étape. L'hypnose nous a appris à quel point cette dynamique a un effet suggestif: ce que l'on s' imagine concrètement a forte tendance à se produire. En particulier dans la forme négative: nous connaissons tous bien les prophéties auto-vérificatrices, et en particulier

l'effet néfaste des commandements en forme négative (ne pas boire, ne pas faire ceci ou cela, etc.).

Un des avantages de cette stratégie, c'est que les clients ne montrent pas de «résistance», puisque ce sont eux qui indiquent le pas suivant dans la thérapie en le négociant avec le thérapeute. C'est un mandat *circulaire* – au sens strict – qui fonctionne.

C. La plus petite différence utile. Si 3 est défini arbitrairement comme une étape d'amélioration par rapport à 2,

- *Quelle est la plus petite différence qui vous permettra de constater que vous vous situez à 3?*
- *A quoi le remarquerez-vous?*
- *Que ferez-vous différemment?*
- *A quoi vos amis, votre partenaire, remarqueront-ils que vous en êtes à 3?*

Par l'énoncé de ces questions, nous pratiquons un *recadrage*. Peut-être est-ce même la façon la plus élégante de le faire. En effet, nous créons alors un contexte de créativité, d'utilité pragmatique, de sens, qui se substitue à celui de psychopathologie, d'inutilité, de blocage. Un contexte dans lequel apparaissent de nouvelles façons d'observer, de penser, de faire...

Corrélativement, le mythe suivant lequel les symptômes se manifesteraient spontanément chez un patient passif, sans pouvoir, est démantelé. Par ces questions, une alternative active et positive occupe progressivement tout le terrain et les ressources du client et de la famille sont mobilisées.

Lorsque les clients manifestent tout de même des comportements que, dans un réflexe non contrôlé, nous sommes tentés d'interpréter comme des «résistances», rien ne nous empêche de nous livrer à l'exercice mental du retour à la pensée systémique, en nous demandant, quelle information nous donne ainsi le client, et en notant positivement ce qu'ils nous montre.

Une telle attitude a plusieurs avantages:

- Elle nous aide à prendre conscience du fait que le client nous fournit de l'information. Et donc qu'il est coopérant.
- Elle nous donne plus de confort et moins de frustrations comme thérapeute: qui pourrait ne pas se sentir à l'aise avec un client coopérant?
- De plus, elle crée un double-lien thérapeutique (le meilleur antidote des doubles-liens pathologiques).

Si nous connotons positivement tout ce que fait le client, il est nécessairement défini comme coopérant. Dès lors, il ne peut que gagner.

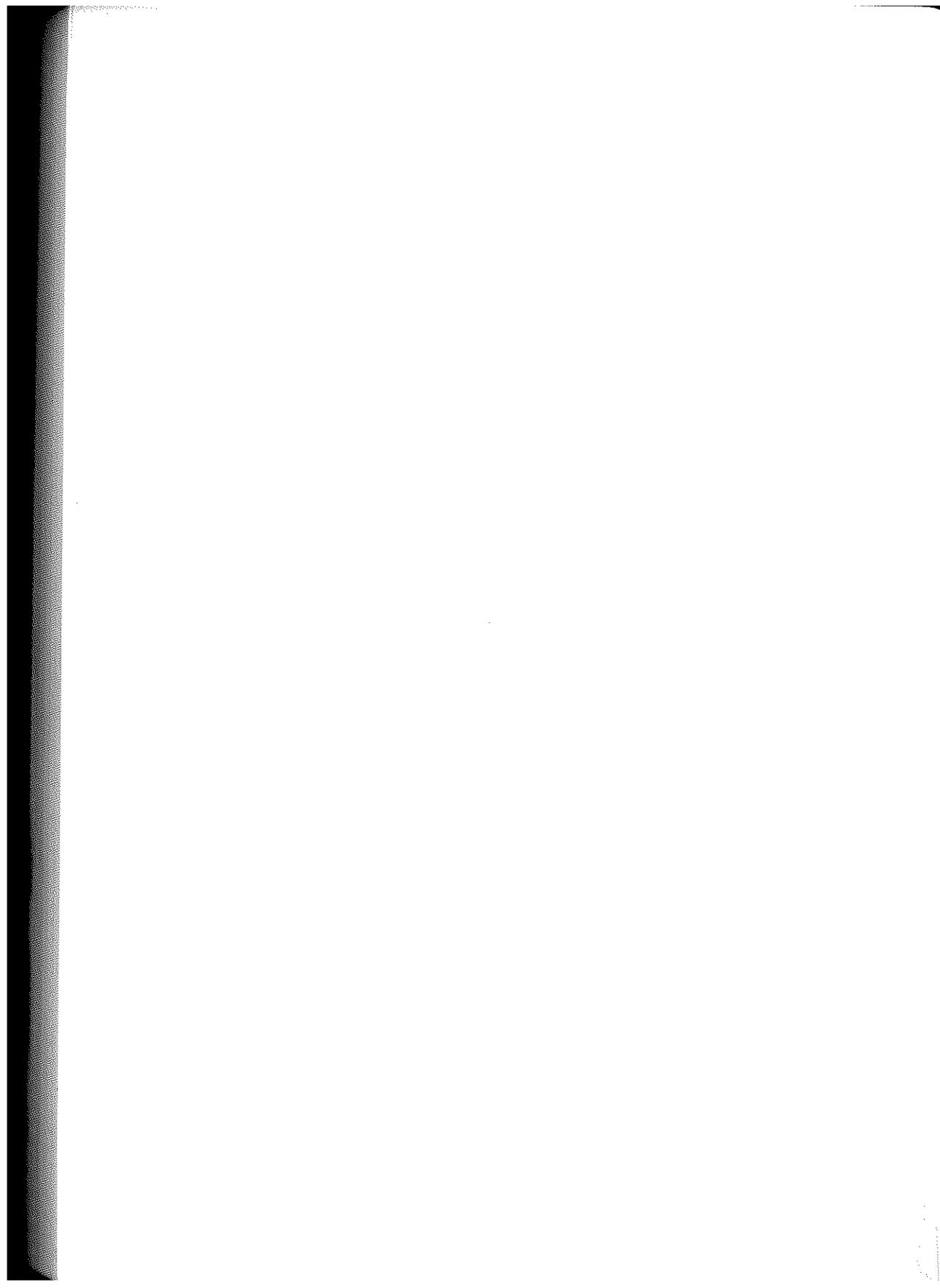
- Ou bien il continue à manifester le même comportement, et donc il continue à collaborer en donnant de l'information,
- Ou bien il change son comportement d'une façon utile à la progression de sa thérapie: aucune raison de nous plaindre!

Dans cette approche, le thème principal est le «respect» pour le client, pour ses ressources, le respect pour son épistémologie. En induisant un mandat partagé – donc circulaire – nous le laissons définir lui-même ses propres objectifs et ses façons de progresser. Il faut, pour cela, respecter l'information qu'il nous donne, et lui faire découvrir qu'il a à nouveau devant lui un choix. Ce point nous paraît essentiel dans toute thérapie.

Myriam Le Fevere de Ten Hove
Centre de guidance mentale
Pres. Rooseveltplein 12A
B-8500 Kortrijk

BIBLIOGRAPHIE

1. Keeney Bradford P. (1985): *Aesthetics of change*, The Guilford Press, New York.
2. Bateson G. (1972): *Steps to an ecology of mind*, Ballantine, New York.
3. Haley J. (1973): *Uncommon Therapy*, Norton, New York.
4. De Shazer St. (1988): *Clues*, Norton, New York.
5. Selinni-Palazzoli, Cecchin M., Prata G. and Boscolo L. (1978): *Paradox and Counter paradox*, Jason Arouson, New York.
6. Selinni-Palazzoli (1980): «Hypothesising – Circularity – Neutrality». *Family Process*, 19, 3-12.
7. Varela F. (1979): *Principles of Biological Autonomy*, Elsevier North Holland, New York.
8. Watzlawick P. (1967): *Pragmatics of Human Communication*, W.W. Norton, New York.
9. Melchior Th. (1995): *De quelques croyances erronées concernant l'hypnose*, Méthaphores, Bruxelles.



INFORMATIONS

CONGRÈS, SÉMINAIRES

3RD EUROPEAN CONGRESS ON FAMILY MEDICINE/GENERAL PRACTICE, WONCA: du 30 juin au 4 juillet 1996, Stockholm.

Informations: 3rd WONCA, 1996 Stockholm Convention Bureau, PO Box 6911, S-10239 Stockholm. Tél. +46 8 736 15 00. Fax +46 8 34 84 41.

1ST CONGRESS OF THE WORLD COUNCIL FOR PSYCHIATRY (WCP): «The World of Psychotherapy». Vienne (Autriche), du 30 juin au 4 juillet 1996. .

Informations: ICOS Congress Organisation Service GmbH, Johannesgasse 14A, A-1010 Wien. Tel. 45 1 512 80 910, Fax 431 512 80 91 80

8^E CONGRÈS INTERNATIONAL DES ASSOCIATIONS EUROPÉENNES DE PSYCHIATRIE: «La psychiatrie européenne: une force pour le futur». Londres, du 8 au 12 juillet 1996.

Informations: European Psychiatry Congress, Royal College of Psychiatrists, 17 Belgrave Square, London SW1X 8PG, England, Tel. 44(0)171 235 23 51, Fax 44 (0) 171 247 12 31.

THERAPIE MIT TÄTERN BEI SEXUELLEM MISSBRAUCH: mit Ruud Bullens (Hollande), les 8, 9 et 10 juillet 1996.

Informations: Fondation Kannerschlass Süssem (Gilbert Pregno), rue du Château, L-4992 Sanem (Luxemburg). Tél. (préf. pour la France: 19 352, sinon 00 352) 5913 84. Fax 59 47 13.

6^E CONGRÈS MONDIAL DE L'ASSOCIATION POUR LA SANTÉ MENTALE DU JEUNE ENFANT (WHAIM, ET WAIPAD): INTERVENTIONS PRÉCOCES ET RECHERCHES DANS LA PETITE ENFANCE (JUSQU'À L'ÂGE SCOLAIRE): du 24 au 28 juillet 1996, Tampere (Finlande).

Informations: Institut de Puériculture de Paris, Dr Antoine Guedeney, 26, bd Brune, 75014 Paris. Tél. (1) 45 39 17 16. Fax (1) 45 39 00 10.

XTH WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY: «One World – One Language», 23-28 août 1996, Madrid (Espagne).

Informations: Secretariat new address: Londres, 17 - 28 028 Madrid (Espagne). Tel (34-1) 361 26 00 – Fax (34-1) 355 92 08.

ARANE, QUATRIEME SESSION: «LE BÉBÉ DANS SA FAMILLE ET SES DIFFÉRENTS LIEUX D'ACCUEIL ET DE SOINS»: les 13 et 14 septembre 1996, Bordeaux.

Informations: ARANE-CMP, rue Soucarros, 33240 Saint-André de Cubaz. Tél. (16) 57 43 04 99. Fax (16) 57 43 00 27.

12TH INTERNATIONAL SYMPOSIUM FOR THE «PSYCHOTHERAPY OF SCHIZOPHRENIA»: du 13 au 16 octobre 1996, Londres.

Informations: Options Eurocongress, 129, rue Washington, 1050 Bruxelles. Tél. 32 2 346 53 01. Fax 32 2 346 54 35.

I.D'E.S. «MÈRES ET FILLES»: 19 octobre 1996, Hôpital S^{te}-Anne, Salle Denicker, 7, rue Cabanis, Paris. Avec Françoise Héritier-Auge, Françoise Couchard, Marinella Malacrea.

Informations: I.D'E.S., BP 11, F-77590 Chartrettes. Tél. (1) 64 87 10 13. Secrétaire: Corinne Sidorko.

«D'OÙ VIENNENT LES ENFANTS?» DEUX JOURS DE DÉBAT AUTOUR DE FILMS ANTHROPOLOGIQUES ET CLINIQUES: organisé par «Regards ethnopsychiatriques, Centre Georges Devereux», les 24-25 octobre 1996, Maison de la Chimie, 28, rue Saint-Dominique, F-75007 Paris.

Informations: Centre Georges Devereux, Université Paris 8, 6, rue Jules-Védrine, F-93200 Saint-Denis. Tél. 49 40 68 51. Fax 49 40 68 01.

RÉUNIONS DE LA SFPEA. «L'ENFANT DES CATASTROPHES»: novembre 1996, Paris.
«ENFANCE ET PRISON»: février 1997, Paris.

Informations: M^{me} Finucci, Secrétariat de la SFPEA, Cliniques Georges-Heuyer, La Salpêtrière, 47, bd de l'Hôpital, 75013 Paris. Tél. 42 16 23 51.

RUPTURES ET CRISES: Sociétés en crise et santé publique.

8-9-10 novembre 1996

Cité Internationale du Lyon

Renseignements: Congress Management International
7, rue du Carmartin, F-75009 Paris
Tél. ++ 33 1 43 12 34 12
Fax ++ 33 1 43 12 34 10

FORMATION

POST-FORMATION EN THÉRAPIE DE COUPLE ET INDIVIDUELLE SYSTÉMIQUE: Carmen Vieytes et Maggy Siméon. **POST-FORMATION EN THÉRAPIE FAMILIALE:** Edith Tilmans et Carmen Vieytes.

Informations: M^{me} Devos, Centre de Guidance, U.C.L., 30, Clos Chapelle-aux-Champs, boîte 3049, 1200 Bruxelles.

L'Université d'Aix-Marseille II organise sous la responsabilité du Prof. J.C. Scotto, une **ATTES-TATION UNIVERSITAIRE** de Thérapie Familiale Systémique, 2 ans, d'octobre à juin.

Informations: Dr Raymondet, Tél. 94 22 77 25 – Dr Alameda, Tél. 94 06 71 19.

FORMATION EN THÉRAPIE FAMILIALE PAR PHASES, à Paris. Chaque année, début d'un nouveau cycle de formation.

Informations: Mme L. Dumas, «Villa Yvonne», 60, rue Avaulée, F-92240 Malakoff. Tél. (1) 42 53 12 13. Fax (1) 42 53 05 05.

GROUPES DE SUPERVISION pour cliniciens ayant terminé trois années de formation.
Coordination: Carmen Vieytes-Schmitt. Horaire à la demande.

Université catholique de Louvain, Faculté de Médecine, Centre Chapelle-aux-Champs,
Groupe de formation et de recherche en approche systémique et thérapie familiale.

Inscription: Chez Madame N. Devos, 02/ 764 39 45 (lu: 9 h - 17 h; me/jeu/ve: 9 h - 12 h).

FORMATION: «Approche systémique et thérapie familiale». Organisé par l'Institut d'études
de la famille et des systèmes humains, Bruxelles, directeur M. Elkaïm et les Cliniques univer-
sitaires de Bruxelles, Hôpital Erasme, Service de psychiatrie, professeur J. Mendlewicz.

Informations: E. Goldbeter, I.E.F.S.H., rue Defacqz 1, 1050 Bruxelles. Tél. et Fax 02 538 53 26.

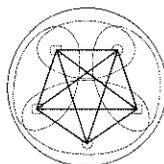
FORMATION AUX THÉRAPIES DE COUPLE animée par Philippe Caillé, Robert
Neuburger, Yveline Rey, à Paris, à partir de janvier 1997. Un groupe tous les deux ans.

Informations: auprès du C.E.F.A., 95, bd St-Michel, 75005 Paris. Tél. (1) 43 54 68 84. Fax (1)
43 54 30 28.

INSTITUT KORZYBSKY (PARIS): «Formation à la thérapie systémique brève», avec Luc
Isebaert, Myriam Le Fevere et Marie-Christine Cabié.

Informations: Dr M.-C. Cabié, Institut Korzybski, 16 rue de Pali Kao, F-75020 Paris, Tél./fax:
33(1) 43 58 47 38.

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 SIMÉON, Louvain-La-Neuve.

Paraît au rythme d'un numéro d'une centaine de pages par trimestre.

Cette revue publie:

- des articles cliniques où la réflexion s'élabore à partir de la pratique;
- des articles théoriques favorisant la confrontation de modèles différents puisant leur origine dans la théorie de la communication, les concepts systémiques, cybernétiques, les écoles psychanalytiques, les modèles sociologiques, mathématiques, etc.;
- des articles consacrés à la formation, aux questions professionnelles, aux problèmes de techniques, en particulier de techniques d'enregistrement audiovisuel;
- des traductions d'articles fondamentaux parus dans d'autres langues;
- des présentations et des critiques d'ouvrages pouvant concerner des lecteurs d'une revue de thérapie familiale;
- enfin des informations sur la vie des différentes associations, leurs possibilités de formations.

Numéro spécimen sur demande

Tel. ++ 33 1 43 12 34 12
Fax ++ 33 1 43 12 34 10

FORMATION

POST-FORMATION EN THÉRAPIE DE COUPLE ET INDIVIDUELLE SYSTÉMIQUE
Carmen Vieytes et Maggy Siméon. **POST-FORMATION EN THÉRAPIE FAMILIALE:** Edit. Tilmans et Carmen Vieytes.

Informations: M^{me} Devos, Centre de Guidance, U.C.L., 30, Clos Chapelle-aux-Champs, boîte 3049, 1200 Bruxelles.

L'Université d'Aix-Marseille II organise sous la responsabilité du Prof. J.C. Scotto, une **ATTES-TATION UNIVERSITAIRE** de Thérapie Familiale Systémique, 2 ans, d'octobre à juin.

Informations: Dr Raymondet, Tél. 94 22 77 25 – Dr Alameda, Tél. 94 06 71 19.

FORMATION EN THÉRAPIE FAMILIALE PAR PHASES, à Paris. Chaque année, début d'un nouveau cycle de formation.

Informations: Mme L. Dumas, «Villa Yvonne», 60, rue Avaulée, F-92240 Malakoff. Tél. (1) 42 53 12 13. Fax (1) 42 53 05 05.

HEURS ET MALHEURS DES INTERVENTIONS MÉDICO-SOCIALES*

Odette MASSON

Résumé: *Heurs et malheurs des interventions médico-sociales.* – Les intervenants en médecine psychosociale ne sont pas à l'abri d'exercer envers leurs patients des formes de comportements maltraitants décrites jusque là dans les relations parents-enfants. Des abus envers les malades peuvent être le fait d'intervenants isolés ou résulter de lacunes d'exploitation des ressources des réseaux de soins. Deux situations sont rapportées avec, dans un des cas, une reprise évolutive liée à un important changement des modalités thérapeutiques.

Summary: *Fortune and misfortune in psychosocial interventions.* – Psychosocial caretakers are not under cover of having an abusing behaviour towards their patients. Patients abuse can take all forms of mistreatment known of in dysfunctional relations between children and parents. It may occur with an individual caretaker or be determined by underexploitation of the networks resources. Two situations are described with, in one case, an amelioration linked to an important change in the therapeutic modalities.

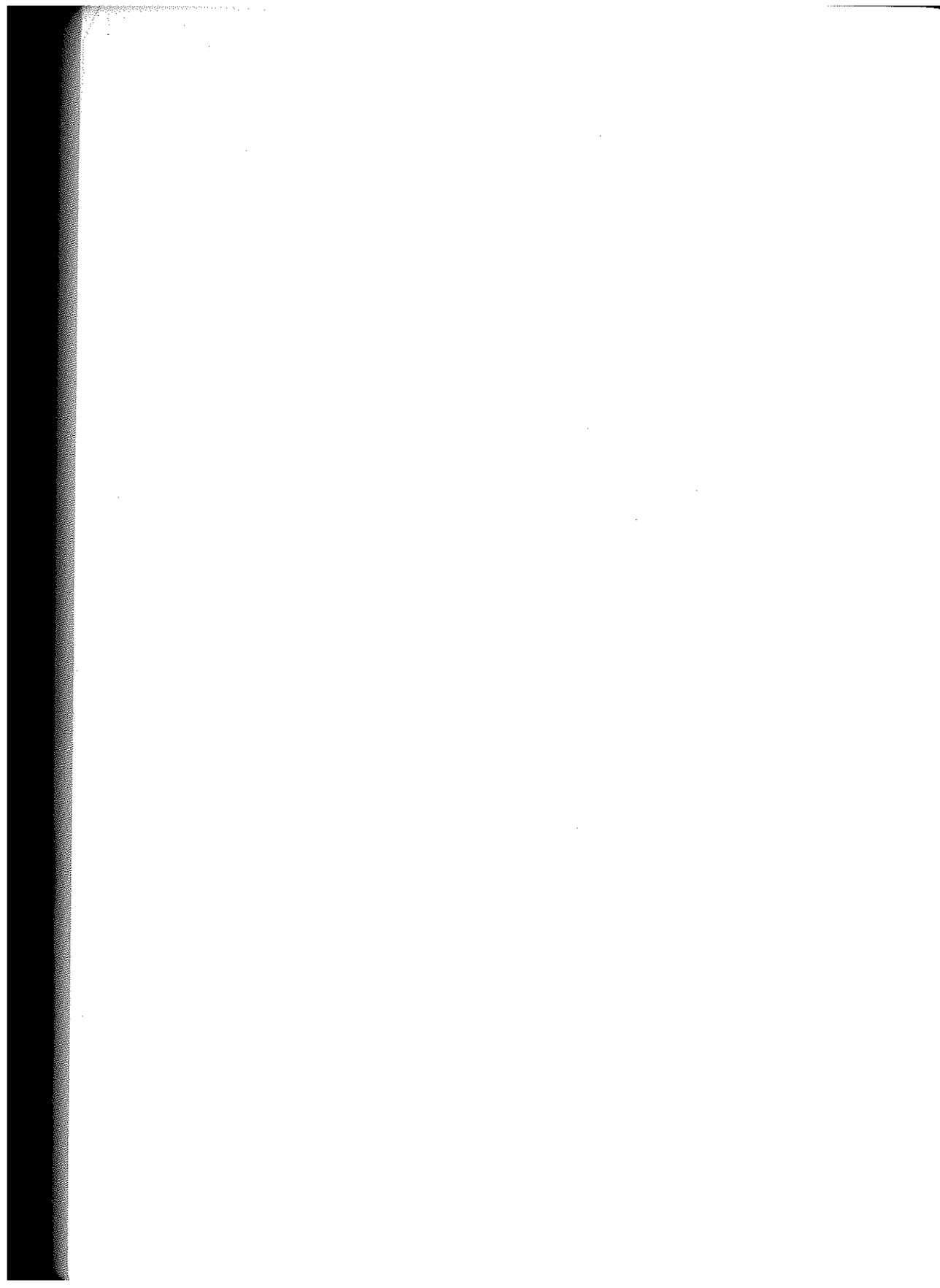
Mots-clés: Engagement thérapeutique – Continuité des soins – Fonctionnements des réseaux de soins – Mauvais traitements envers patients – Aggravations induites par les soins.

Key words: Therapeutic engagement – Therapeutic continuity – Network's functioning – Patient's ill-treating – Therapeutic induced deteriorations.

Les violences des patients, envers eux-mêmes ou autrui, ont des fonctions diverses: décharge de sentiments de désespoir, de vengeance, recherches d'attention, appels à l'aide, demande de réparations d'agressions subies, souvent dès l'enfance. Ont recours aux violences des sujets qui ont de la peine à s'exprimer verbalement et d'autres, qui ayant communiqué leurs détresses, n'ont pas été entendus ni aidés (16). Les réponses apportées par des soignants individuels ou alliés en équipe ou en réseaux peuvent en effet atténuer, calmer les violences, les perpétuer ou les aggraver.

Tout un pan de la recherche psychiatrique a été consacré dès les années 1950 à l'étude de facteurs opérant dans les systèmes soignants, qui stimulent chez les patients des évolutions positives, ou qui, au contraire, peuvent entraîner des détériorations. Ces travaux ont d'abord centré l'intérêt sur les thérapies individuelles et

* Conférence présentée le 14. 9. 1995 au symposium «Violence des patients, violence des soins». Modératrice: M. Christen. 8e Journées Francophones de Thérapie Familiale, 13-16 septembre 1995, Université Catholique, Lyon.



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 1½, 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 (si possible accompagné d'une disquette).
4. En cas d'envoi d'une disquette, il importe de savoir que le système de photocomposition de la Revue répond aux critères suivants: toutes disquettes provenant d'une saisie **Macintosh** ou du système d'exploitation **DOS** (IBM plus compatible) peuvent être utilisées, et cela sans restriction quant aux traitements de texte utilisés. L'auteur se rend alors responsable de la qualité orthographique de son manuscrit. Les manuscrits peuvent également être scannés. Dans ce cas, ils doivent être fournis non alignés à droite.
5. Les figures et les tableaux sont numérotés en continu, les figures en chiffres arabes, et les tableaux en chiffres romains.
6. Les articles soumis pour publication ne doivent pas être proposés, parallèlement à d'autres revues.
7. Le comité de rédaction décide de la publication et se réserve le droit de solliciter les modifications de forme qu'il juge nécessaire.
8. 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.
9. Les manuscrits soumis à la rédaction ne sont pas retournés à leur auteur, contrairement aux disquettes, le cas échéant.

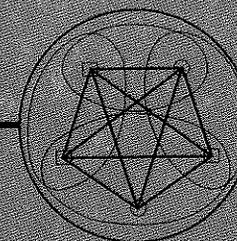
BIBLIOGRAPHIE

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; année, titre dans la langue (sauf si caractères non latins), titre de la revue non abrégé (la rédaction se réserve de l'abrégé selon la World list of scientific periodicals, Oxford) tome, première et dernière page.

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

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. XVII — 1996 — No 2

SOMMAIRE / CONTENTS

D. MASSON: Présentation / Presentation	185
C. GUITTON: Crise et catastrophe: le concept d'hyperespace du danger selon G.Y. Kervern. «Risk and disaster: HyperSpace of Dangers» by G.Y. Kervern	189
J. COSNIER, F. REY, F. ROBERT: Le corps, les affects et la relation à l'autre. Body, affects and relationship	195
C. VANDER BORGHT: Eléments pour une construction des savoirs professionnels. Elements for a building of professional knowledges	201
C. HEIM: Une expérience de formation. An approach to training	209
S. HEFEZ: Sida, désaveu social et secret familial. Aids, social denial and family secrets	217
O. REAL DEL SARTE: Psychosomatique et chronicité. Débat autour d'une recherche. Psychosomatic and chronicity. Debate around a research	225
R. PAUZÉ, B. CHARBOUILLOT-MANGIN, F. SAINT-PIERRE: Perspective multifactorielle, interactionniste et diachronique de l'anorexie. A multifactorial, interactionistic and diachronic perspective of anorexia	241
Y. REY: Emprise du couple sur la famille. L'envers du décor. The ascendancy of the couple on the family. The other part of the play	261
H. SCHROD: Couple recomposé, recherche d'identité. Recomposed couple, search for identity	267
P. TAUFOUR: Persée et Méduse ou La traversée du saisissement. Beyond scaring	271
F. BRIDGMAN: L'enfant acteur de son écosystème. Child as actor of his ecosystem	279
P. LEBBE-BERRIER: Les violences sexuelles dans la famille. Sexual violences in the family	
1 ^{re} partie: Abuser - Etre famille abusive - Etre abusé - Avoir abusé - Avoir été famille abusive - Avoir été abusé. Part one: To abuse - To be an abusive family - To be abused - To have abused - To have been an abusive family - To have been abused	287
2 ^e partie: Modélisations des interventions avec des familles incestueuses. Part two: Paradigms for intervening in incestuous families	295
G. PLATTEAU: L'approche des familles défavorisées. The therapy for marginalized family	309
B. WATERNAUX: Systémique en institution. Décalogue ou métalogue? Systemic approach and institution. Decalogue or Metalogue?	319
G. PERONI: Le thérapeute familial à l'intersection de divers champs interactionnels. The family therapist at the intersection of the different interaction fields	325
B. WATERNAUX, M.-E. POULAIN, L. LAMANTOWICZ, L. CABANEL: Le groupe ressource comme modalité d'entraînement au lâcher-prise en institution. How to train the letting go attitude in psychiatric institutions: the resourceful group	337
M. LE FEVRE DE TEN HOVE: Le pays où la résistance n'existe (presque) pas. The land of (almost) no resistance	351
INFORMATIONS / INFORMATIONS	359