

# THERAPIE FAMILIALE

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

PHOBIE ET CONTRÔLE

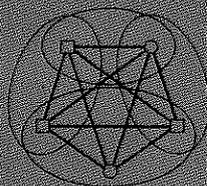
•  
ÉMIGRATION-IMMIGRATION,  
UN POINT DE VUE SYSTÉMIQUE

•  
CADRE D'INTERVENTION, QUELLE DÉFINITION?

•  
LE GÉNOGRAMME DANS LA FORMATION

•  
QUELLES INTERVENTIONS EN INSTITUTION?

•  
SYSTÉMIQUE ET CONTEXTES SOCIO-POLITIQUES



---

*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. ELKAÏM, 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:* E. Terribilini

*Recension de livre:* B. Waternaux

*Administration et abonnements:* Editions Médecine et Hygiène  
Case postale 456  
CH-1211 Genève 4

*Paiements aux Editions Médecine et Hygiène:*

- Compte de chèques postaux: 12-8677-8, Genève.
- Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6, Compte N° C2-622.803.0
- 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 B.U.O. (Banque de l'Union Occidentale à Paris) libellés en francs français.

*Prix de l'abonnement annuel:*

Abonnements individuels:

FS 64. – FF 267. – FB 1600. –

Bibliothèques et abonnements institutionnels:

FS 120. – FF 500. – FB 3000. –

Numéro séparé:

FS 32. – FF 128. – FB 800. –

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 1992 by Thérapie Familiale, Genève, Switzerland. Edité en Suisse.

ISSN 0250-4952

Revue trimestrielle, paraît quatre fois par an

## PRÉSENTATION

Des six textes que contient ce fascicule, quatre forment la suite des contributions faites lors des 7<sup>es</sup> Journées de Lyon. Celles de S. Bullrich, de M. Cauletin, de P. Lebbe-Berrier et la transcription, que nous devons à P. Segond, de la table ronde consacrée à la systémique et aux contextes socio-politiques.

Dans la continuité de leurs recherches sur les jeux familiaux, *Giuliana Prata* et *Cinzia Raffin* nous proposent une hypothèse interprétative du jeu relationnel basé sur le symptôme phobique. Le jeu phobique est défini comme un cas particulier de relation symétrique. Des dysconfirmations et des dysqualifications continues constituent les mouvements de ce jeu dont l'enjeu est le contrôle de la relation. Guérir de rage de n'avoir pas réussi à contrôler la relation thérapeutique, c'est l'histoire d'une femme que, dans un langage savoureux, nous racontent les auteurs.

De par les séparations, les deuils, les problèmes de loyauté, d'identité, de rôle, de langage, d'acculturation, de cohésion familiale, pour ne citer que quelques-unes des difficultés qu'affrontent les familles immigrantes, l'émigration et l'immigration sont d'une actualité chaque jour plus évidente dans le domaine de la santé en général et de la santé psychologique en particulier. Se basant notamment sur le concept des structures dissipatives de Prigogine et sur sa grande expérience clinique dans le domaine, *Susana Bullrich* et *Alan Schwartz* adopte une approche systémique de la famille immigrante et des processus complexes de réorganisation à de multiples niveaux que celle-ci doit opérer. Certaines familles réussissent à relever ce défi et s'adaptent, d'autres n'y parviennent pas ou mal et mettent en péril le fonctionnement familial et leur santé. C'est ce que nous explique avec nuances S. Bullrich en nous donnant d'utiles précisions quant à l'attitude thérapeutique.

Les réflexions autour du «cadre d'intervention» du travailleur social que nous livre *Paule Lebbe-Berrier* se situent dans le prolongement de sa recherche publiée sous le titre «Pouvoir et créativité du travailleur social». Dans un souci de clarification et de lutte contre le flou, elle opère une distinction entre le contexte et le cadre de travail tout en soulignant leur nécessaire interdépendance et complémentarité. Le cadre d'intervention est défini comme l'espace délimité par des éléments qui font partie du contexte (mandat, directives, pressions, ordonnances, etc.) et qui légitiment l'intervention. Et c'est la tâche du travailleur social de passer du contexte — domaine du «au nom de» — au cadre à l'intérieur duquel il parle et agit «en son nom» ce qui permet et à la famille et à l'intervenant de se sentir plus libres au cours de leurs échanges. Cette perspective implique des conséquences pratiques dans la conduite des entretiens pour laquelle P. Lebbe-Berrier nous donne de précieuses indications.

Au cours de la formation en thérapie systémique, le travail sur son propre géogramme occupe une place importante. *Michèle Cauletin* relate huit ans d'expé-

rience en tant que formatrice, cheminement au long duquel s'est posée la question de l'enracinement théorique et épistémologique ainsi que celle de la scientificité de cet outil qu'est la pratique du génogramme. Loin de l'utiliser que de façon instrumentale à la recherche d'une hypothétique objectivité ou pour établir des protocoles standardisés, l'évolution de M. Cauletin l'a conduite à faire de cette pratique un outil «esthétique» — dans le sens donné à ce terme en thérapie de famille — permettant de mieux appréhender la complexité dans laquelle nous travaillons.

Un sujet en «situation limite» est une personne socialement désinsérée, ayant perdu tout milieu de vie et toutes ressources. Pour **Jean-Luc Touret** il ne s'agit souvent plus de situations limites mais de situations dépassées. C'est à une large réflexion à propos de ces sujets isolés et démunis parmi lesquels beaucoup présentent des troubles psychiques que nous convie l'auteur. Cette réflexion, issue de son expérience clinique, débouche sur des propositions concernant la thérapie et la prévention de rechutes dans ces situations. La réponse thérapeutique, respectivement de soins, est soit de type asilaire ou institutionnelle, c'est-à-dire d'exclusion, soit de décloisonnement, d'ouverture sur le tissu social. Refusant l'exclusion, J.L. Touret s'inspire de divers modèles dont le travail sur le réseau pour aborder ces situations.

Qu'en est-il pratiquement de la systémique dans les différents pays, de son application sur le terrain par des intervenants formés? Quelle est son influence, s'il y en a une, sur les politiques de santé? Comment se fait-il que des institutions de soins travaillant avec un regard systémique aient été fermées ou sont menacées de l'être? Ce sont là quelques-unes des questions auxquelles, sous la houlette de **Pierre Segond**, les intervenants à la table ronde «Systémique et contextes socio-politiques» — **Diane Beauséjour, Maria Dauber, Serge Kannas, Odette Masson, Luigi Onnis, Carmen Rojero** — ont répondu. Dans leurs réponses les participants analysent la situation dans leurs pays respectifs et en tirent le bilan.

D.M.

## GUÉRIR DE RAGE\*

G. PRATA<sup>1</sup> (M.D.) et C. RAFFIN<sup>2</sup> (Ph.D.)

**Résumé:** *Guérir de rage.* — A partir de l'histoire d'une patiente identifiée phobique et de son traitement, les auteurs proposent une hypothèse interprétative du «jeu phobique» qui met l'accent sur les mécanismes relationnels entretenus par ce jeu. Les auteurs indiquent aussi, dans une intervention de redéfinition linguistique du vécu phobique, la possibilité d'une ligne thérapeutique.

**Summary:** *A cure through anger.* — On the basis of the case history and the therapy of an index patient, the authors put forward an hypothesis of the «phobic game», in which they stress the relational mechanisms maintained by the latter. The intervention, centered on a new linguistic definition of the phobic experience, suggests the possibility of a therapeutic way out.

**Mots-clés:** Thérapie individuelle — Jeu phobique.

**Key words:** Phobic game — Individual therapy.

### L'hypothèse

A travers l'histoire de Fernanda et de sa thérapie, nous proposons une hypothèse interprétative (18) du «jeu phobique» qui met l'accent sur les mécanismes relationnels alimentés par ce jeu et nous indiquons dans une intervention de redéfinition linguistique du vécu phobique une ligne thérapeutique possible.

Nous hypothétisons que le comportement phobique répond à un besoin obsessionnel de contrôle, de la part du patient identifié, des relations dans lesquelles il est engagé. Ce besoin empêche souvent l'instauration d'une relation thérapeutique adéquate et oblige le thérapeute à modifier non pas les comportements du patient (intervention que le patient n'accepterait pas parce qu'elle échapperait à son contrôle) mais plutôt le contexte sémantique dans lequel ces comportements se manifestent.

\* Paru dans la revue *Psicobiettivo*, numéro spécial «Le fobie», gennaio-aprile 1991, anno 11, n° 1, Roma. Traduction: G. Prata, S. Joyet.

<sup>1</sup> Directrice du Centro di Terapia Familiare Sistemica e di Ricerca, via G.-Frua 6, I-20146 Milano.

<sup>2</sup> Chargée de Recherche au Centro di Terapia Familiare Sistemica e di Ricerca et consultante au Centro di Psicologia Applicata e di Ricerca, P.ta dei Domenicani, 11, I-33170 Pordenone.

## L'histoire

Fernanda C. avait été adressée à notre Centre par la doctoresse Selvini qui n'avait pas pu la prendre en charge, car elle avait suivi en thérapie son frère aîné, un schizophrène chronique. Nous ne savons pas si la patiente était au courant du traitement et du diagnostic de son frère et si elle savait ou non que nous en étions informés. Quand elle se présenta en 1977, elle avait 50 ans. Elle était grande, laide, teutonique, avec des lunettes d'un centimètre d'épaisseur, «aveugle comme une taupe». Elle avait déjà fait trois analyses individuelles, chacune de longue durée, et terminées sans aucune amélioration<sup>3</sup>.

Elle enseignait la physique et la chimie dans un lycée privé de Milan. Elle nous raconta qu'elle était une phobique depuis le début de l'adolescence et que ses symptômes s'étaient progressivement aggravés au point de rendre sa vie invivable. Elle était riche, propriétaire d'un bel appartement dont elle devait fermer hermétiquement toutes les ouvertures donnant sur l'extérieur et maintenir grandes ouvertes toutes les portes internes. Elle souffrait de claustrophobie, ne pouvait prendre ni ascenseurs, ni métro, ni bus. Elle prenait tout juste le tram et seulement pour de courts trajets. La seule idée de l'avion la faisait suffoquer. Elle était perpétuellement angoissée, dormait mal, mais refusait de prendre des médicaments parce qu'ils lui auraient ôté le contrôle de ses actes.

Elle retira ses gants (elle craignait la contagion microbienne) comme si elle se préparait à un duel (23). Elle prit en main sa montre pour contrôler le temps de la séance pour éviter de se trouver à la fin de l'heure au beau milieu d'une phrase. Elle interrogea la doctoresse Prata (la thérapeute) sur sa formation (freudienne, jungienne, etc.) et sur son curriculum professionnel. La doctoresse Prata répondit tranquillement à ses questions (17). Fernanda disait : «Bien», et passait à la question suivante. Ceci dura deux séances. Elle décida enfin que la thérapeute avait passé l'examen et lui annonça à la troisième séance qu'elle pourrait commencer à lui poser des questions et qu'elle y répondrait avec la même franchise.

La doctoresse Prata l'interrogea d'abord sur sa famille. Ses parents étaient décédés, son père vingt ans et sa mère cinq ans auparavant. Elle avait un frère, ingénieur, de quinze ans son aîné. Il était marié et avait deux filles adolescentes. Il s'était marié tard en raison de problèmes psychologiques, il avait été hospitalisé à plusieurs reprises, avait fait des psychothérapies, prenait de fortes doses de tranquillisants et vivait une vie très réglée car il ne tolérait le moindre changement dans sa routine. Il avait été gravement phobique et obsessionnel. Maintenant, il allait bien. Une sœur aînée, célibataire, avare, odieuse, égoïste, s'emparait de tout ce qu'elle pouvait des héritages familiaux et elle entassait tout dans sa maison. Une autre sœur, qui avait quelques années de plus que Fernanda, avait été anorexique pendant des années, puis elle avait attrapé la tuberculose et était décédée. Fernanda

<sup>3</sup> Elle avait déjà détruit trois astres de la psychiatrie (19), n'avait pas pu détruire la doctoresse Selvini et maintenant elle s'adressait à nous. Nous ne faisons pas partie des astres, nous étions de quatrième catégorie par rapport aux autres, faciles à démolir et avec peu de satisfaction.

fréquentait surtout son frère qui administrait très adroitement ses biens et ceux de sa sœur. Elle ne téléphonait que par obligation à sa détestable sœur. Son père avait été un personnage très important de la haute finance, avait un appartement qui était un palace dans une des rues les plus élégantes et chères de Milan. C'était une maison conçue pour des réceptions officielles, avec beaucoup de salons et très peu de chambres à coucher et de salles de bain. La famille avait beaucoup de serviteurs, mais tout ce luxe agaçait Fernanda, l'opprimait, et l'empêchait d'avoir une vie familiale normale. Heureusement, elle avait une jeune nounou, une sorte de femme à tout faire qui avait été engagée à quinze ans alors que Fernanda avait huit ans. Son père était claustrophobe, sa mère était seulement froide, rejetante, disqualifiante, raciste, snob et autoritaire. La chambre de Fernanda communiquait avec celle des parents et ils partageaient la même salle de bain, ce qui la mettait terriblement mal à l'aise car elle devait traverser leur chambre pour aller aux toilettes. Au cours des années, son père était devenu tellement claustrophobe qu'il devait dormir avec toutes les fenêtres et les portes ouvertes. Sa femme, persécutée par les rhumatismes, avait décidé que Fernanda dormirait dans leur chambre sur un lit de camp et que son mari irait coucher dans la chambre de sa fille. Apparemment, la mère ne chérissait que son seul fils, elle le couvait, le protégeait, bref l'asphyxiait. Elle avait accepté son second enfant, une fille, la troisième beaucoup moins, et la quatrième elle l'avait carrément rejetée. D'abord parce qu'elle n'était pas un garçon, puis parce qu'elle était laide.

Apparemment, Fernanda était la préférée du père, mais lui aussi était déçu parce qu'elle n'était pas un garçon et parce qu'elle était si laide. Ses sœurs étaient belles, son frère était grand, maigre, ossu, dégingandé, mais c'était un garçon. Ce père si beau et prestigieux que Fernanda idolâtrait, se révélait à la maison une épave. Il était complètement dépendant, à la merci de son épouse. Il ronflait et souffrait d'incontinence urinaire, ce qui l'obligeait à se rendre fréquemment aux toilettes. Pour Fernanda, il était devenu deux bruits: les ronflements et les éclaboussures d'urine dans le water. Petit à petit, elle était passée de l'idolâtrie infantile pour lui, à l'admiration, à la pitié et au dégoût. Il courait toujours derrière sa femme comme un petit chien et elle (sa femme) le méprisait. L'obligation de dormir avec sa mère avait commencé pendant l'adolescence de Fernanda, avant elle dormait dans sa chambre et fermait normalement sa porte. Quand elle était trop angoissée pour dormir, elle courait à pieds nus et dans l'obscurité se réfugier en cachette dans le lit de sa nounou<sup>4</sup>. Elle était douce, ignorante, craintive, mais elle avait le pouvoir de la calmer. Dès que Fernanda arrivait chez elle, elle s'endormait immédiatement. Sa nounou la réveillait à sept heures et elle regagnait sa chambre. Son père sortait, elle faisait sa toilette et allait à l'école. Sa mère dormait finalement après une nuit blanche à cause des ronflements de son époux. Pour être irréprochables aux yeux du monde, ils n'avaient jamais voulu séparer leurs chambres. Une nuit, la mère avait surpris Fernanda et lui avait interdit, la menaçant de châtiments terribles (tel que le rejet total), de quitter son lit. Mais Fernanda ne résistait pas. Elle avait des chauchemars, des angoisses horribles et alors, terrorisée, elle se

<sup>4</sup> Aucun signe d'homosexualité latente ou manifeste ne fut observé.

faufilait et courait à pieds nus auprès de sa nounou. Une nuit, paniquée à l'idée d'être surprise, elle s'était trompée de direction et s'était trouvée coincée dans un angle. Elle voulait hurler, mais ne pouvait pas car elle aurait réveillé sa mère, elle tâtait autour d'elle et avait l'impression qu'il n'y avait que des murs infranchissables. Elle était alors tombée dans un état de confusion mentale, s'était probablement évanouie, puis avait retrouvé ses esprits juste ce qu'il fallait pour regagner sa chambre. Cette nuit tragique avait marqué le début de sa claustrophobie.

«Doctoresse, pouvez-vous m'aider?» Pour Fernanda, c'était impossible, mais l'espoir restait. La thérapeute lui répondit qu'elle ne le savait pas et que, avant de se prononcer, elle avait besoin de faire quelques séances pour mieux comprendre la situation. «Je comprends.» Fernanda avait remis sa montre et était partie. Les fois suivantes, la thérapeute l'avait interrogée sur son frère, sur sa relation avec lui, etc. Petit à petit se dessina le tableau ci-dessus. Tant que la thérapeute se limitait à lui poser des questions, Fernanda répondait : «C'est juste. Le docteur A aussi m'a demandé ça» ou bien «Personne ne m'a jamais posé cette question mais elle me semble pertinente». Par contre, lorsque la thérapeute commença à faire des hypothèses, des interprétations relationnelles, à chercher des coïncidences, Fernanda répliquait que c'était exactement le contraire de ce que lui avaient dit les docteurs A, B et C. «Je regrette de vous dire ceci, mais...» Pour la thérapeute, il devint évident que Fernanda voulait changer parce que sa vie était invivable, mais qu'elle n'aurait jamais permis que ce fut la thérapeute, ou qui que ce soit d'autre qu'elle-même, de la changer. La thérapeute fit une autre séance, la septième, au cours de laquelle elle récolta le matériel nécessaire pour la conclusion. Elle fut la suivante : quand elle téléphonait à son frère, qui peut-être était encore plus angoissé qu'elle, il avait toujours un mot aimable, il lui permettait de se défouler, de se confier. Quand elle était à bout, elle ne résistait pas et allait quelques jours chez lui et là, elle se calmait et retrouvait progressivement ses esprits. Comme leur père, son frère et elle-même pouvaient être au fond du gouffre à la maison, mais ils allaient travailler et personne ne s'apercevait qu'ils allaient mal. Quant aux hospitalisations du frère dans de coûteuses cliniques italiennes ou suisses, elles étaient étiquetées comme «séjours de diagnostic et de repos». A la fin, la thérapeute lui dit qu'en tant que psychiatre sociale, elle devait prendre en considération non seulement sa personne mais toute sa famille. Peut-être aurait-on pu faire quelque chose pour améliorer sa situation, mais ceci avec le risque de décompenser son frère. En effet, de ce qu'elle avait rapporté, il résultait que même s'il était en crise, quand elle se rendait chez lui toute angoissée, il se «remettait d'aplomb» dans le sens que, pour la rassurer, il se calmait lui-même. Probablement le fait qu'elle allait mal, qu'elle avait des symptômes, etc., l'obligeait moralement à se conduire en chef de famille, le faisait se sentir responsable vis-à-vis de cette sœur «délabrée». Ainsi son frère, précisément grâce au fait qu'elle allait si mal, réussissait à ne pas aller moins bien. Si, par hypothèse, elle s'améliorait ou guérissait, il était fort probable que lui se décompenserait. Elle était célibataire, il était marié avec deux filles à peine adolescentes. Elle (la thérapeute) était désolée, mais elle était obligée de prendre en considération tous ces facteurs. Fernanda devint une furie et s'en alla claquant violemment la porte.

Par hasard, au cours des dix années suivantes, la doctoresse Prata vit la patiente monter trois fois dans le métro et deux fois dans l'autobus (elle habite près du Centre). Exactement dix ans plus tard, Fernanda appela pour demander un rendez-vous. Elle entra avec le même rituel des gants et de la montre. Elle dit à la doctoresse Prata qu'elle ne pouvait pas imaginer jusqu'à quel point elle l'avait haïe pour sa décision. Toutefois, avec le temps, tout en la détestant, elle avait conclu que, au moins, comme thérapeute, elle avait été honnête et que, bien qu'en désaccord avec elle, elle (Fernanda) devait respecter ses convictions morales. Elle avoua que, de rage, elle avait commencé à voyager en autobus, en train et parfois même en métro. Toutefois, elle évitait encore les ascenseurs.

*Doctoresse Prata (gentiment):* Au moins ça entraîne le cœur.

*Fernanda:* Exactement. J'ai voulu faire tout cela pour vous démontrer que même si je faisais des progrès, il n'arriverait rien à mon frère. Maintenant, je suis retournée vous voir avant toute chose parce que je voulais vous dire ma haine, ensuite pour vous demander si, maintenant que mes nièces sont adultes, que mon frère vit à la campagne, qu'il s'entend bien avec son épouse et qu'on se voit presque plus, vous êtes disposée à me prendre en traitement.

La thérapeute répondit qu'avant de décider, elle voulait savoir comment ça allait. «C'est juste. Vous vous souvenez certainement que...», et elle eut la gentillesse de résumer tout ce qu'elle avait dit précédemment. La thérapeute continua à la faire parler, elle venait une fois tous les quinze jours. Fernanda avait toujours une longue liste écrite de choses à dire et à demander. On arrivait jamais à l'épuiser et, pour la séance suivante, elle ajoutait toujours à sa liste des éléments nouveaux du passé ou du présent. Ainsi on continuait, elle ne demanda plus à la thérapeute si elle pouvait la guérir, elle soulignait de temps en temps qu'elle se souvenait parfaitement qu'elle était une «psychiatre sociale» et elle ne voulait pas lui forcer la main. La doctoresse Prata lui répondait: «Entre-temps continuez à creuser.»

Quand elle arrivait, Fernanda lisait son programme très serré. Elle s'appliquait beaucoup à ce processus de recherche sur elle-même et, petit à petit, elle révélait un sens de l'humour tout à fait insoupçonné. Elle-même en était surprise et disait qu'elle ne s'amusait et ne riait jamais d'aussi bon cœur que pendant les séances. La façon de rire et de voir les choses de la thérapeute l'avait tellement contaminée que lorsqu'elle se trouvait dans une situation angoissante, elle pensait à la doctoresse Prata, se traitait elle-même d'idiote, se resaisissait et poursuivait son chemin (9). Chaque fois que Fernanda essayait de parler psychanalyse, la thérapeute le traduisait en un jargon concret, terre à terre, très milanais, personnel et imagé, que Fernanda avait entièrement adopté. Elle était devenue cordiale, elle arrivait toujours avec sa liste qu'elle avait baptisée «ma brouette pleine de cailloux». Elle faisait des progrès remarquables et trouva d'elle-même sa «voie de sortie honorable».

Un jour, elle avait eu une bronchopneumonie très grave dont elle avait failli mourir. Sa belle-sœur l'avait soignée avec détachement, son frère était tout juste venu la voir, sa sœur ne s'était même pas montrée et sa meilleure amie lui avait conseillé de prendre une infirmière à domicile. Elle leur avait toujours été dévouée et c'était ainsi qu'on la payait de retour? «Qu'ils aillent au diable, dès à présent je

penserai d'abord à moi-même puisque si je n'y pense pas moi-même, personne ne le fera.» Elle avait toujours désiré s'acheter une maison sur la Côte. Elle avait bien l'argent nécessaire, mais elle avait toujours eu peur d'être éloignée de ses proches au cas où elle aurait besoin d'eux ou eux d'elle. Maintenant elle s'en fichait, comme ils s'en fichaient d'elle; ses nièces étaient grandes et vaccinées, elle prendrait le train et irait chercher un appartement. Comment devait-elle s'y prendre? «Mettez dans votre poche un Valium de cinq milligrammes comme amulette. Si vous en avez besoin vous le prenez, si non vous le gardez dans votre poche pour la fois suivante.» Fernanda avait suivi le conseil. Elle avait trouvé un joli appartement dans une petite ville de la Côte, dans un quartier élégant. Elle avait découvert qu'en dehors de Milan les gens étaient plus humains, solidaires et se liaient plus facilement d'amitié (5). En peu de temps, elle y connaissait plus de monde qu'à Milan. Elle prenait le train et ne prenait pas le Valium, mais elle le gardait dans sa poche. Elle avait pris sa retraite anticipée et c'est seulement quand elle eut arrêté d'enseigner qu'elle avait pris conscience de l'effort que l'enseignement lui avait coûté. C'était comme si elle se disait à elle-même: «A nous la liberté!»

Elle vient tous les six mois pour des contrôles, plus pour raconter ses progrès que pour des problèmes. Disons qu'avant tout, elle s'est guérie de rage, parce que la thérapeute n'a jamais voulu la guérir: alors elle s'est guérie d'elle-même parce qu'elle a compris que c'était largement suffisant d'avoir vécu plus de la moitié de sa vie en enfer. Disons qu'elle vient en thérapie parce qu'elle s'y amuse: il y a comme une compétition, une escrime spirituelle.

Elle arrive toute centrée mais avec un regard ironique. «Alors, voilà ce qu'il y a aujourd'hui dans ma brouette. Ne riez pas, mais...» «Quand vous n'êtes pas là pour me le dire, je me dis à moi-même: 'Fernanda, lève-toi et marche!'» «Arrête de t'apitoyer sur toi-même et de traîner. Ne sois pas bête, cela suffit!»

Nous voulons évoquer l'interprétation d'un épisode qui nous semble intéressant. Pendant la deuxième tranche de la thérapie, Fernanda avait parlé du fils d'une amie qui avait la phobie des avions. Le beau-frère de ce garçon, un psychiatre, avait décidé de le guérir à tout prix en s'embarquant avec lui pour un voyage en Extrême-Orient. Pendant le trajet Rome-Beyrouth, tout s'était bien passé. Ensuite, de Beyrouth à Karachi, le garçon avait commencé à avoir la nausée et avait vomé, à plusieurs reprises, sur son beau-frère. La doctoresse Prata éclata de rire, très amusée.

«Pourquoi riez-vous?»

«Quelle idée fantastique! Il a ôté de la tête de son présomptueux beau-frère, que probablement il ne pouvait pas piffer, l'idée de le prendre et de l'emmener dans un voyage autour du monde pour le guérir. Revenir de Beyrouth, c'était trop facile. Mais je connais le trajet de Beyrouth à Karachi. C'est long et fatiguant, on change de fuseau horaire et si on ne prend pas l'avion, c'est toute une affaire.»

Morale: entre bateaux, autobus, trains, etc., le retour avait pris un temps fou. La chose, comme la thérapeute la présentait, lui parut si hilarante que pour finir Fernanda avait commencé à rire elle aussi. Néanmoins, il restait le fait qu'elle aussi avait la phobie de l'avion. «C'est un problème pour vous?» «Eh bien... oui.» «C'est un problème tant que vous le considérez un problème. Si vous le prenez comme une donnée, comme l'allergie au poisson par exemple, ça devient un fait.»

«J'ai compris.» «Comment votre vie changerait-elle si *ce fait* n'existait pas?» «En rien, parce que je ne saurais pas où aller. J'ai ma maison, la mer, je peux y aller en train. Merci doctresse, encore une fois vous avez fait mouche. Nous nous verrons la prochaine fois pour une autre brouette.»

La fin de la première phase de la thérapie avait coïncidé avec une période de terrorisme, d'attentats, de dénonciations et de (rares) arrestations en Italie. Fernanda était paniquée.

*Fernanda*: Si je me trouve dans une cellule même pour une seule nuit, je deviens folle.

*Doctresse Prata*: Je regrette, je ne peux rien faire, au maximum je pourrais vous porter des oranges.

Ce commentaire, elle le reprocha à la thérapeute dix années plus tard mais, ensuite, il entra dans le jargon et dans l'ensemble de mots d'esprits acceptés et partagés. Quand Fernanda lui avait demandé comment elle pouvait combattre sa peur de la peur, la thérapeute lui avait suggéré de lire «Les Contes» d'Edgar Allan Poe, et elle les avait lus. Elle rapporta que personne n'aurait pu décrire mieux ses états de panique et le fait que la thérapeute lui avait conseillé de lire cet auteur montrait à quel point elle la comprenait.

## Réflexions

Dès le début, Fernanda avait montré qu'elle ne voulait pas perdre le contrôle de la situation: c'était elle qui réglait la durée des séances, qui interrogeait la thérapeute et qui avait donné le feu vert au début de la thérapie. Elle avait déjà démolé trois thérapeutes réputés, ne voulait pas être «emmenée» vers la «guérison» même si, à ce moment-là, elle désirait vraiment de changer son existence.

Lorsque Fernanda avait commencé à décrire sa famille, un tableau «monotypique» était apparu (11): le père était claustrophobe, le frère avait été un phobique et un obsessionnel grave, une sœur avait été anorexique. Au-delà des comportements dérangés de la plupart de ses membres, ce qui caractérise la famille de Fernanda, c'est le besoin obsessionnel de contrôle qu'ils montrent tous.

Le père qui, apparemment, était dominé par son épouse, avait réussi, grâce à sa claustrophobie, premièrement à contrôler le sommeil, ou plutôt l'insomnie de sa femme, et ensuite à se faire éjecter définitivement du lit conjugal et à avoir ainsi un territoire privé. La mère contrôlait les déplacements nocturnes de Fernanda vers la chambre de sa nounou, au point de terroriser sa fille. Le frère menait une vie réglée comme du papier à musique et ne supportait pas le moindre changement; la sœur aînée contrôlait le patrimoine hérité de la famille râflant tout ce qu'elle pouvait; l'autre sœur, grâce à son anorexie, avait probablement contrôlé la cuisine. Par hasard, la situation lui avait échappé des mains quand la tuberculose l'avait frappée et tuée.

Fernanda, rejetée par ses parents, avait vécu dans un contexte où personne ne demandait jamais rien ouvertement, personne n'obtenait jamais rien directement

pour soi, mais tout le monde parvenait à avoir ce qu'il voulait grâce à ses symptômes; un contexte qui manquait de clarté, qui faisait peur et duquel on pouvait se défendre seulement si l'on tenait constamment la situation sous contrôle. Entre autres, Fernanda avait appris que, grâce aux phobies, on obtenait des autres des attentions et des soins qu'on ne pouvait pas recevoir autrement, et qu'on pouvait les décrocher sans rien demander explicitement et sans jamais baisser la garde ou la tête.

Au cours des années, Fernanda avait perfectionné son schéma; après la mort des parents, ses peurs lui assuraient de pouvoir toujours compter sur l'aide de son frère qui, non seulement la consolait dans ses pires moments, mais s'occupait de ses affaires et administrait ses biens.

Le comportement de la P.d. pouvait s'expliquer en termes de mécanismes relationnels tordus dont nous hypothétisons l'existence dans les familles phobiques et que nous essayerons de décrire.

A la fin de la première phase du traitement, la thérapeute avait interrompu la thérapie avec une connotation positive du symptôme qui eut des conséquences surprenantes. Bien que cette interprétation entre dans le cadre théorique général des conclusions paradoxales déjà vérifiées (1, 4, 22), dans ce cas elle s'est basée sur deux considérations importantes:

1. la volonté de Fernanda de refuser un changement venant de la thérapie;
2. l'impossibilité pour un patient phobique d'accepter qu'un autre se déclare «one up» par rapport à lui.

Ces considérations excluaient d'emblée la possibilité d'une relation thérapeutique fonctionnelle, mais l'efficacité de l'intervention est liée à son caractère paradoxal qui exploite la cohérence des patterns de comportement de la patiente et l'oblige à trouver une issue.

Dans d'autres articles (14, 16), nous avons souligné que la connotation positive du symptôme, sans un rapport interprétatif adéquat du jeu relationnel, non seulement est inefficace mais peut être vécue comme une échappatoire d'un thérapeute confronté avec un jeu complexe et difficile à démêler.

Si on admet qu'un symptôme, bien que dur à supporter, pour le simple fait qu'il se manifeste à l'intérieur d'un système, il doit procurer à celui-ci des avantages, bien qu'il ne soit pas toujours facile de comprendre quel est cet avantage et qui en tire profit.

Dans le cas de Fernanda, des faits concrets pouvaient confirmer notre interprétation: son frère allait vraiment mieux quand sa sœur faisait appel à lui pour résoudre ses problèmes. Mais une autre raison rendait cette relation de cause-effet évidente et plus acceptable au niveau rationnel.

Cette raison tient à la nature même des messages relationnels transmis par le comportement phobique.

Quelle est en fait la dynamique relationnelle de ce type de comportement? Il ne vaut pas la peine de faire la liste des différentes formes de phobie<sup>5</sup>, il vaut mieux

<sup>5</sup> Toutefois, à un niveau d'analyse supérieur, le fait de préciser la spécificité des comportements phobiques est important pour comprendre les objectifs recherchés par le P.d. (16).

parler du mécanisme relationnel qui apparaît dans la famille lorsqu'un des membres commence à présenter des comportements phobiques.

Une personne qui a peur des espaces ouverts ou fermés, de la saleté, des insectes ou de quoi que ce soit, est une personne qui se qualifie comme étant faible, sans défense, incapable de se gérer. Cette personne se définit, par rapport aux autres, comme «one down» (24). Ainsi, comme toute position relationnelle est relative, ça implique que quelqu'un d'autre soit «one up» vis-à-vis d'elle. Les membres du système d'appartenance de la personne phobique peuvent facilement et faussement croire qu'ils sont «one up»; c'est justement le fait qu'elle leur permet de se sentir «one up» qui leur fait accepter le rôle de ceux qui s'occupent d'elle et se soumettent à toutes ses manies.

En réalité le P.d., grâce à ses phobies, a un énorme pouvoir de contrôle sur le système familial, forçant souvent les membres de ce système à faire des choses inouïes comme se laver et se désinfecter continuellement (comme les familles des phobiques de la saleté, par exemple), ou comme, dans le cas de la famille de Fernanda, à dormir avec les fenêtres ouvertes avec une température au-dessous de zéro.

C'est donc le phobique qui est «one up» dans la relation avec sa famille sans jamais se définir comme tel.

Dans ces familles, il y a un imbroglio de base: le P.d. s'allie avec une symptomatologie phobique qui lui permet d'exercer un contrôle remarquable sur les autres membres; ceux-ci, de leur part, acceptent la tyrannie du P.d. parce qu'ils sentent tous sa demande d'aide qui, apparemment, les met dans un rôle de supériorité par rapport à lui, mais en fait les oblige à subir son contrôle.

Le P.d., comme les autres membres de la famille, semble tenir à se définir comme «one up» dans sa relation avec la famille. Néanmoins, le jeu phobique qui, apparemment, leur permet d'être «one up» donnant à l'un la possibilité d'exercer le contrôle et aux autres un sentiment de supériorité, empêche en fait, en tant que «jeu» basé sur des symptômes, tout le monde d'avoir un contrôle réel.

Le P.d. envoie de son côté un message ambigu et disqualifiant: «Oui, je me mets dans vos mains, j'ai besoin de vous et de votre collaboration, mais non pour ce que vous êtes, non parce que j'ai confiance en vous, mais seulement à cause de mes phobies.» C'est-à-dire: «Vous n'êtes pas 'one up' parce que je vous reconnais une position de supériorité, mais parce que, avec mes phobies, je vous permets d'être 'one up'; donc, comme cela dépend de moi, c'est moi en réalité qui suis 'one up' et pas vous.»

Les autres membres de la famille envoient un message semblable: «C'est vrai que tu nous obliges à faire ce que tu veux et que nous devons te seconder en tout, mais tu ne fais pas ça parce que tu es plus fort, ni parce que tu as plus d'autorité que nous, c'est seulement parce que tu es malade.» C'est-à-dire: «Tu n'es pas 'one up' parce que nous reconnaissons ta supériorité mais parce que, à cause de tes phobies, nous décidons de te seconder; donc, si ça dépend de nous, nous sommes 'one up' et pas toi.»

Le jeu phobique est une sorte de symétrie dans laquelle les mouvements ne sont pas des refus explicites et clairs, mais des disconfirmations et des disqualifications continues.

Fernanda a transféré les mêmes mouvements dans le contexte thérapeutique. En effet, elle n'a jamais permis à la thérapeute d'agir, sans intervenir pour donner son jugement sur la justesse de ses questions et sur la validité de ses interprétations.

C'est évident que Fernanda n'aurait jamais accepté un changement provoqué par la thérapie, ni de se mettre «one down» face à elle. Quand la thérapeute arriva à sa conclusion et refusa la thérapie disant que la guérison de Fernanda aurait décompensé son frère, non seulement elle proposa une interprétation vraisemblable, mais elle se qualifia comme celle qui avait compris la situation au point de prévoir son évolution et comme celle qui décidait sans tenir compte de la volonté de Fernanda, sur la continuation ou sur l'interruption de la thérapie. La position de la thérapeute à ce moment-là était «one up», et Fernanda avait perdu complètement le contrôle sur la thérapie. Inévitablement, cela la mettait dans un état de fureur et, pour récupérer ses positions, pour récupérer le sentiment de contrôler la situation, elle était obligée de démontrer que la thérapeute avait tort.

Le paradoxe c'est que, pour démontrer que la thérapeute avait tort, Fernanda devait démontrer que sa guérison n'endommageait nullement son frère: bref, Fernanda devait guérir. Guérir de rage, guérir pour récupérer le contrôle. En effet, Fernanda, tout en modifiant sa vie, tout en prenant sans problèmes l'autobus et le métro, dix ans plus tard, se présente de nouveau, ponctuellement, à la thérapeute pour en tirer les conclusions. Elle semble vouloir dire: «Maintenant que j'ai démontré que vous aviez tort, êtes-vous disposée à me prendre en traitement?» Ça pouvait être une revanche, une relance du jeu à la table verte de la thérapie, si la thérapeute se laissait attraper. Mais ça ne se produisit pas. Ensuite, Fernanda ne demanda plus à être guérie, au contraire, elle disait qu'elle se rappelait que la thérapeute était une «psychiatre sociale» et elle ne lui aurait pas forcé la main. La thérapeute a permis à Fernanda de croire qu'elle avait le contrôle de la thérapie; du reste, ce qu'on demande à la thérapie, ce n'est pas le changement complet de l'individu, de toute la mémoire du système, ce qui est impensable, mais seulement l'élimination de ces troubles fonctionnels qui rendent la vie invivable. Il serait utopique d'imaginer qu'on pourrait effacer le besoin obsessionnel de contrôle du phobique. Ce besoin existe et c'est un fait qu'il ne faut pas négliger; il s'agit de trouver le moyen de le satisfaire sans recourir à des symptômes, et de le maintenir sous contrôle sans l'éliminer.

Le fait de conseiller à la P.d. de garder dans sa poche un Valium comme amulette, c'est se mettre en syntonie avec le besoin de contrôle qu'elle a et que, en fin de comptes, il ne sert à rien de modifier. Fernanda doit toujours avoir une voie de sortie dans le cas où l'angoisse l'envahirait et l'amulette lui donne cette assurance, la sécurité d'avoir tout sous contrôle. Cela a suffi aussi bien à éviter l'angoisse que le besoin d'utiliser le Valium.

Un autre épisode est exemplaire pour mettre en évidence cette dynamique. Un jour, Fernanda était partie seule à la montagne pour des vacances dans une localité très réputée. Arrivée à l'hôtel, elle s'était demandée comment elle aurait pu sortir pendant la nuit et, comme elle ne voyait aucune sortie de secours, elle avait été envahie par la peur de la claustrophobie. Elle avait demandé des renseignements au propriétaire, mais elle n'avait pas obtenu l'attention qu'elle voulait: elle s'était déjà pronostiquée une nuit tragique, quand la femme de chambre l'emmenant vers

sa chambre et l'écoutant se dévouer, lui avait dit : « Je vous comprends parce que, au cours de ce travail, j'ai appris que chaque personne a des peurs; vous ne devez pas vous faire du souci parce que c'est très facile de sortir la nuit. Avez-vous remarqué cette porte avec l'écriteau : «Nuit»? Eh bien, il y a un bouton pour ouvrir la porte de service. » La femme de chambre lui avait donné toutes les informations nécessaires et l'avait accompagnée au rez-de-chaussée pour lui montrer comment ouvrir cette porte. Ainsi, Fernanda dort tranquillement pendant toutes ses vacances. En réalité, il lui suffisait de savoir qu'elle pouvait sortir et qu'elle gardait le contrôle de la situation.

Ce besoin existe et, comme nous avons dit, la thérapie permet de le maîtriser aidant le patient à le reconnaître, à vivre avec et même à se moquer de lui. Les séances avec Fernanda visaient justement ces objectifs : l'interprétation que la patiente donnait de ses comportements s'est modifiée progressivement. L'acquisition d'un nouveau langage permettait le renversement de la perspective et, finalement, les symptômes et le diagnostic n'étaient plus étiquetés de façon pré-établie. Les comportements de Fernanda n'étaient plus la conséquence inévitable de sa «maladie», mais devenaient des actions responsables.

Quand on se libère du sentiment d'inéluctable et qu'on commence à croire que ses comportements sont un choix volontaire et compétent, on acquiert une capacité critique qui permet de se débarrasser des fantasmes persécutoires du passé.

Fernanda parle maintenant en termes réalistes et concrets de ses peurs. Elle parle de la phobie des avions non plus comme d'un problème lié à la claustrophobie, mais comme d'un fait comparable à celui de l'allergie au poisson. Vu dans cette optique, le symptôme, non seulement devient acceptable, mais il cesse d'être un problème. Fernanda ne saurait pas où aller en avion et ainsi elle n'a aucune raison d'avoir peur de voler.

Mais il y a plus encore. Lorsqu'on parle de peurs en termes concrets, employant le langage de tous les jours, au lieu d'un langage psychanalytique, on fait apparaître le côté ironique de ces peurs, ce qui accélère le processus de libération et de changement du système. C'est dans cette dimension humoriste que «l'impossibilité de prendre les ascenseurs» arrive à être vue comme l'occasion pour faire un bénéfique exercice physique.

Un jour, Fernanda demanda à la thérapeute : «Si jamais ils m'arrêtent et ils me mettent dans un camp de concentration comme au temps des nazis, me donnerez-vous de la strychnine?» «Vous savez (répondit la thérapeute en riant), dans les camps de concentration c'est vite fait, car lorsqu'ils vous mettent dans le four crématoire<sup>6</sup>, vous n'avez même pas le temps d'avoir besoin de la strychnine pour ne pas mourir de peur!» «Touché!»

Le jeu de la peur ayant été dévoilé, Fernanda semble se plaisir à l'idée de pouvoir maintenir aussi cela sous contrôle.

*G. Prata - C. Raffin*  
Via G. Frua 6  
I-20146 Milan

<sup>6</sup> Attention au choix des mots! «Chambre à gaz» aurait eu un tout autre effet.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Ascher L.M. (1981): «Employing paradoxical intention in the treatment of agoraphobia», *Behavior Research and Therapy*, 19, pp. 533-542.
2. Barlow D.H., Mavissakalian M. and Hay L.R. (1981): «Couples treatment of agoraphobia: changes in marital satisfaction», *Behavior Research and Therapy*, 19, pp. 245-255.
3. Barlow D.H. and Seidner A.L. (1983): «Treatment of adolescent agoraphobics: Effects on parent-adolescent relations», *Behavior Research and Therapy*, 21, pp. 519-526.
4. Bedway, N.C. (1987): «Intervention paradoxale dans un cas de nevrose traumatique: 'Illustration clinique de l'approche systémique de Milan'», *Perspectives Psychiatriques*, 26, pp. 107-110.
5. Blanchard E.B. (1970): «Relative contributions of modeling, informational influences and physical contact in extinction of phobic behavior», *Journal of Abnormal Psychology*, 76, pp. 55-61.
6. Calvert Boyanowsky J. and Leventhal H. (1975): «The role of information in attenuating behavioral responses to stress: A reinterpretation of the misattribution phenomenon», *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, pp. 214-221.
7. Emmelkamp P.M.G. (1980): «Agoraphobics' interpersonal problems: their role in the effects of exposure *in vivo* therapy», *Archives of General Psychiatry*, 37, pp. 1303-1306.
8. Fodor I.G. (1974): «The phobic syndrome in women». In Franks V. and Burtle V., *Women in therapy*, New York, Brunner/Mazel.
9. Goldfried M.R., Decenteo E.T. and Weinberg L. (1974): «Systematic rational restructuring as a self-control technique», *Behavior Therapy*, 5, pp. 247-254.
10. Hall R. and Goldberg D. (1977): «The role of social anxiety in social interaction difficulties», *British Journal of Psychiatry*, 131, pp. 610-615.
11. Hickie I. and Silove, D. (1989): «A family panics», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, pp. 418-421.
12. Hsia H. (1984): «Structural and strategic approach to school phobia/school refusal», *Psychology in the Schools*, 21, pp. 360-367.
13. Marks, I.M. (1969): *Fears and phobias*, London, Heinemann.
14. Prata G. (1990): *A systemic Harpoon into Family Games. Preventive interventions in therapy*, New York, Brunner/Mazel.
15. Prata G. (1988): *A systemic Jolt to Family Games. The new method*, Helsinki, Valtion Painatuskeskus.
16. Prata G. (1990): «La barrière des microbes», *Thérapie familiale*, XI, 1, pp. 3-13.
17. Prata G. et Raffin C. (1989): «Setting didactique et setting thérapeutique», *Thérapie familiale*, 10, 191-203.
18. Raffin C. (1988): «Testing clinical hypotheses by means of «falsification epistemology», *Family Process*, 27, pp. 485-499.
19. Raffin C. (1988): «Una richiesta molto sospetta», *Famiglia Oggi*, 33, pp. 106-107.
20. Roberts A.H. (1964): «Housebound housewives. A follow-up study of phobic anxiety states», *British Journal of Psychiatry*, 110, pp. 191-197.
21. Ross L., Rodin J. and Zimbardo P.T. (1969): «Toward an attribution therapy. The reduction of fear through induced cognitive-emotional misattribution», *Journal of Personality and Social Psychology*, 12, pp. 279-288.
22. Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G.F. and Prata G. (1978): *Paradox and Counterparadox*, New York, Jason Aronson.
23. Viaro M. e Leonardi P. (1982): «Le insubordinazioni», *Terapia Familiare*, 12, pp. 41-62.
24. Watzlawick P., Beavin J.H. and Jackson D.D. (1967): *Pragmatics of Human Communication*, New York and London, Norton.

## IMMIGRATION ET MALADIE MENTALE: UN ÉQUILIBRE FRAGILE

Susana BULLRICH\* et Alan SCHWARTZ\*\*

**Résumé:** *Immigration et maladie mentale: un équilibre fragile.* — Dans cet article, le processus d'immigration est examiné comme étant une entreprise opérée par des familles, entreprise qui entraîne à la fois de graves dangers et de merveilleuses perspectives. Le défi que représente l'émigration et l'immigration, implique une remise en question de l'équilibre fragile à maintenir entre l'adaptation aux valeurs, coutumes et rôles nouveaux, et la conservation du lien avec la culture d'origine. Bien qu'il y ait de nombreux facteurs qui contribuent à l'adaptation d'une famille immigrante, il est crucial de jeter un regard systémique sur le fonctionnement familial. Sous cet angle, la famille immigrante est vue comme un système qui subit des réorganisations à plusieurs niveaux; réorganisations qui peuvent s'avérer sources d'adaptation ou à cause de l'entropie (énergie non disponible), peuvent mener au dysfonctionnement et à la désintégration. Les implications thérapeutiques regardent des questions de loyauté familiale, de langage, de renversement de rôles, des questions de changement par opposition à une stase.

**Summary:** *Immigration and mental illness: a delicate equilibrium.* — The process of immigration is discussed as an enterprise undertaken by families and occasioned both by great perils and wondrous opportunities. The goal of emigration and immigration involves striking a delicate balance between adapting to new values, customs, and roles while maintaining a link to the culture of origin. While many factors contribute to how well an immigrating family adapts, systemic issues relating to family functioning are crucial. The immigrant family is viewed as a system undergoing multifaceted reorganizations which can be adaptive or, as a result of Entropy (unavailable energy), can lead to dysfunction and disintegration. Implications for treatment are discussed in case examples relating to issues of family loyalty, language, roles reversals and change versus stasis.

**Mots-clés:** Immigration — Système familial.

**Key words:** Immigration — Family system.

Les Khali, une famille de la bonne société de Bombay émigrée aux Etats-Unis, furent référés pour une consultation au sujet de leur fils, Jehanghir, étudiant brillant qui avait échoué à deux examens pré-Bac, et qui ne voulait plus fréquenter l'école. Il paraissait assez déprimé. Jusque-là, il avait été un écolier très actif et

\* Professor, Institute for Graduate Clinical Psychology, Widener University, Chester, Pennsylvania. Adresse: 2217/5 Green Street, Philadelphia PA 19130, USA.

\*\* Third Year Student, Institute for Graduate Clinical Psychology, Widener University, Chester, Pennsylvania.

engagé et il avait déjà décidé qu'il voulait devenir médecin et voulait s'inscrire à une des meilleures universités du pays. Parmi les enfants, il avait été le plus enthousiaste au sujet de l'émigration. Il avait rêvé d'un futur très intéressant outre-mer et il était très curieux; donc, le plan lui convenait. Au moment de la consultation, il était silencieux, plutôt sombre et rien ne paraissait l'intéresser.

Pendant la première séance, apparut une famille composée des parents et de trois enfants: l'aînée, Rohini, âgée de 20 ans, le garçon en question, et la cadette, Anarada, âgée de 11 ans. Les filles fonctionnaient assez bien. L'aînée était à sa deuxième année universitaire et la petite était encore en élémentaire. Le fils avait toujours été très proche de sa mère, très attentif à ses émotions et à ses sentiments. Le père, un ingénieur, travaillait pour une grosse entreprise à Bombay qui lui avait offert une superbe opportunité dans sa filiale aux Etats-Unis, proposition qu'il accepta. N'ayant pas fini avec ses responsabilités administratives à Bombay, il avait décidé d'envoyer son épouse et ses enfants avant lui, surtout parce que l'année scolaire allait débiter et qu'il ne voulait pas qu'elle soit interrompue par le voyage. La mère et les enfants s'installèrent donc. Il n'y avait pas de problème de langue; tous parlaient parfaitement l'anglais. La mère, un avocat dans son pays d'origine, trouva bientôt un poste d'aide légal dans un bureau réputé en ville. Pendant toute une année, il n'y eut rien d'extraordinaire. Le père passait encore la plus grande partie de son temps à Bombay et visitait sa famille tous les trois mois durant une ou deux semaines. Cependant, la date de son entrée définitive n'était pas encore fixée. Pendant la visite qui avait précédé l'épisode de Jehanghir, il s'était montré assez ambivalent à ce sujet, en refusant de fixer une date. Il partit, et deux semaines plus tard dut retourner à cause de l'état dépressif de son fils. Sa femme, très préoccupée, lui avait demandé de rentrer au plus vite.

Une des premières remarques du thérapeute souleva la fonction du symptôme dans la famille qui avait donné comme résultat le retour du père. Le jeune homme s'était trouvé pris dans un piège; la séparation «temporaire» de ses parents semblait ne plus finir. Etait-elle définitive? Qui allait prendre sa mère en charge s'il partait étudier? Son père lui avait dit qu'il était l'homme de la famille; «il faut que tu t'occupes de ta mère», lui avait-il dit. Il l'avait sans doute fait, mais il ne pouvait plus continuer parce que, si son père ne revenait plus, il risquait de demeurer prisonnier de cette responsabilité écrasante.

Le thérapeute interrogea en détail tous les membres de la famille sur les motifs, les intérêts et les espoirs de chacun d'eux par rapport à l'immigration. Il devint clair que, bien que le père avait eu l'offre d'emploi, c'était la mère qui voulait partir depuis longtemps. Il y avait de vieilles rancunes familiales auxquelles elle voulait échapper en partant et elle avait poussé son mari pour qu'il accepte l'occasion qui se présentait. C'était devenu évident que les problèmes entre les parents avaient impliqué le garçon et qu'ils devaient les discuter entre eux. Les enfants, spécialement Jehanghir, furent invités à s'occuper de leurs affaires, à rentrer à l'école et faire de leur mieux pour regagner le temps perdu.

A ce moment-là, la thérapie se concentra sur le couple. La grande ambivalence et le ressentiment du père se montrèrent de façon plus nette. Ce n'était vraiment pas son projet et il ne se sentait pas obligé à faire tant d'efforts. Sa femme et son fils demeuraient donc responsables. La mère se sentit trahie et abandonnée, ayant

à payer un prix trop coûteux pour ce qui s'était présenté comme un projet commun. Le choc de ce qu'elle appela « la trahison » fut telle que, même si l'enfant n'habitait pas avec eux (il allait à l'école dans une autre ville), elle lui avait communiqué sa dépression et il la sentit très profondément. Jehanghir, à son tour, s'était énormément méchamment fâché contre son père (et contre sa mère), parce qu'il recevait des « doubles messages » : « occupe-toi de ta mère et sois le meilleur à l'école » ; « tu es l'homme de la maison mais tu es mon fils et tu m'obéis ». Quand la mère succomba à la dépression, l'équilibre, frêle et si difficilement maintenu jusqu'alors, se brisa. C'était trop ; il n'en pouvait plus. Il choisit d'échouer à l'école, en sachant que de cette façon ses deux parents s'intéresseraient à lui, car ils tenaient beaucoup à son succès académique. Son symptôme fut donc un appel dramatique à son père à travers l'océan pour qu'il vienne prendre en charge, de nouveau, la famille qu'il avait abandonnée.

La thérapie donna de bons résultats. Le garçon retourna à l'école. Le ressentiment contre son père fut l'objet de séances ultérieures mais l'équilibre de la famille continua d'être instable pendant encore au moins un an. La thérapie se centra sur les problèmes de relation du couple et sur les nombreuses difficultés liées au processus même de l'adaptation de la famille entière dans un pays étranger.

Le déménagement d'une famille dans un nouveau pays, — soit une simple migration à travers des frontières locales ou bien une émigration avec immigration ultérieure —, est un vrai carrefour dans la vie d'une famille. Les processus autant physiques que psychologiques de l'immigration et de son inévitable précurseur, l'émigration, illustrent bien les dangers et les opportunités provoqués par une crise familiale. Quels que soient les risques qu'elle veut éviter (économiques, politiques ou physiques), la famille émigrante est confrontée également aux sérieux risques de l'émigration même. La réussite d'une telle entreprise repose sur l'immigration et sur l'acculturation ; l'arrivée dans un nouveau pays et l'adaptation à un nouveau mode de vie, doivent toutes deux, mener l'entreprise familiale à la réalisation de ses objectifs, en préservant autant l'identité de la famille que les relations et les valeurs internes au groupe. Tous les membres de la famille doivent s'assimiler à une culture différente de celle de leurs pays d'origine, avec de nouvelles règles et une nouvelle organisation (Melikan et De Karapetian, 1977). Ce sont des étrangers dans une terre étrangère.

Le processus d'acculturation est le but final de l'immigration. Une immigration réussie entraîne un remodelage du système familial, distinct du précédent dans ses caractéristiques et son contexte. Ces élaborations nouvelles et plus complexes de la structure familiale et de ses relations internes, peuvent apparaître plus claires en prenant en considération les idées de Prigogine, en référence aux systèmes qu'il appelle « structures dissipatives », c'est-à-dire, les systèmes qui échangent de l'énergie avec l'environnement. Le concept traditionnel d'entropie et les idées de Prigogine peuvent s'appliquer ici ; selon eux, les structures qui se dissipent, d'après la seconde loi de la thermodynamique, ne le font pas au hasard mais en formant de nouveaux modèles d'organisation (Prigogine et Nicolis, 1982). Une agitation (perturbation) dans un système sera la cause de sa désorganisation et de sa réorganisation subséquente dans un nouveau modèle. Chez une famille immigrante, la nouvelle organisation va se réaliser en tenant compte de sa manière caractéristique

d'allier l'ancien et le nouveau, son acculturation. Pour certains groupes ethniques, l'assimilation culturelle se fait par un compromis entre l'isolement et la vie communautaire, ce compromis n'étant pas nécessairement contradictoire avec la loyauté due à leur culture d'origine (Hasting, Clelland et Danielson, 1982).

L'ensemble systémique «émigration-immigration» peut être compris de la façon suivante: une perturbation a lieu dans la famille ou le système dans lequel la famille se trouve fixée, ce qui introduit de l'entropie. Ceci pousse le système à changer, et l'un des changements à faire est l'émigration, c'est-à-dire à abandonner l'ancien système pour rechercher un nouveau. Dans le nouveau pays, les vieilles habitudes qui ont déjà été modifiées par le processus de l'émigration, seront davantage modifiées lors des échanges avec la nouvelle culture. Ainsi, de l'interaction des valeurs de l'ancienne et de la nouvelle culture, émerge un nouvel ordre. Il s'agit de trouver, face aux changements accélérés par l'entropie, un fragile équilibre. Une famille expérimente la tension entre le besoin de maintenir les anciennes structures familiales, leurs relations internes (morphostase) et les exigences d'accommodations aux nouveaux styles de vie (morphogénèse). C'est au moment où cette tension se fait présente, que les familles peuvent devenir dysfonctionnelles en compromettant les enfants.

Si une famille change autant, en ne retenant rien de sa cohérence antérieure, elle se désintègrera comme la carcasse d'une maison vide. D'autre part, si le changement est ressenti comme menaçant, menant la famille à s'enfermer pour se défendre du processus déclenché, elle échouera également.

Bien que l'acculturation soit particulière à chaque famille, puisqu'elle combine la culture d'origine et celle de sa relocalisation, certains modèles généraux apparaissent dans l'adaptation familiale à la tension provoquée par le processus de l'émigration-immigration. Une réponse fonctionnelle du système est de devenir centripète, c'est-à-dire, de se détacher des personnes et des expériences vécues dans l'ancienne culture, pour se refermer sur lui-même. Pour que cela soit possible, la famille doit, avant d'émigrer, se couper de ses attachements profonds pour utiliser l'énergie disponible à maintenir et renforcer sa cohésion. Une fois immigrée, la famille doit devenir centrifuge, en se lançant profondément, elle et ses membres, dans la nouvelle culture et en conservant en même temps un noyau central qui permette au système de se maintenir uni. L'acculturation aux Etats-Unis de certaines familles mexicaines semble dépendre autant du noyau stable maintenu dans le fonctionnement interne familial, que d'une importante participation aux systèmes et activités à l'extérieur du groupe (Rueschenberg et Burial, 1989). Ainsi, tant qu'existent des conflits intergroupaux entre la culture dominante et la famille, la solidité de la culture immigrante doit se fortifier, puisqu'elle est dans un temps de crise (Menchada, 1989). La compréhension de l'ensemble de la problématique systémique peut orienter les interventions thérapeutiques pour les familles immigrantes en difficulté. Cet article traite de ces principes systémiques, en examinant les circonstances de l'immigration, son impact sur une famille et sur ses membres.

## Emigration

Bien avant l'émigration, s'installe un processus, détaillé et complexe, qui tente de justifier la décision d'émigrer. Ce processus est ressenti, dans certains cas, comme une décision instantanée prise entre la vie et la mort, tandis que, dans d'autres cas, il peut prendre des mois, des années même, d'organisations et de préparations au déménagement. En effet, avant que la famille déménage, auront lieu beaucoup de changements de valeurs. Parfois, la décision d'émigrer provient d'un effort conscient de maintenir l'ordre familial tandis que, dans d'autres cas, l'énergie employée par la famille dans le processus émigratoire peut rétablir l'ordre, en précisant des idées sur l'identité familiale et la fonction de ses membres.

Malgré les efforts de précision, de planification et d'organisation que demande l'émigration, une vue d'ensemble du système selon des idées avancées par Maturana montre clairement qu'une quantité d'entropie est inévitablement présente (Maturana et Varela, 1973). Dans des systèmes humains, l'entropie peut être définie comme une quantité d'énergie non disponible pour un travail utile pendant qu'un système est en transformation. Elle peut également être définie comme le degré de désordre d'un système. Comme tous les systèmes vivants, la famille possède une certaine quantité d'énergie disponible pour un travail productif. Mais, plus d'énergie sera nécessaire pour un changement, moins d'énergie reste disponible pour le maintien de l'ordre dans le système, ce qui entraîne un accroissement de l'entropie. Par contre, un excès d'énergie menace de désintégrer la famille (Maturana, 1983-1984). Bien qu'il y ait des moyens de se préparer à affronter certaines éventualités émanant de la nouvelle culture — par exemple, définir ses propres objectifs, collecter de l'information sur la nouvelle culture, etc. — les séquelles psychologiques sont souvent méconnues (Lam, 1991). En conséquence, la névrose post-traumatique, la perte et le deuil sont, dans le quotidien, des syndromes que l'on retrouve fréquemment dans des familles immigrantes ou réfugiées (Arredondo, Orjuela et Moore, 1989).

A partir du point de vue systémique, l'émigration affecte autant la famille dans sa totalité, que chacun de ses membres. Parfois, les perturbations qui servaient de catalyseurs du processus, ne se polarisent que sur l'un des membres de la famille. Et à cet égard, il est nuisible que les enfants qui endossent le rôle parental défaillant soient les boucs-émissaires (Olson, 1988). C'est évident dans le cas-exemple présenté, où Jehanghir portait sur ses épaules le poids du fardeau familial. De telles situations provoquent un effacement manifeste des limites, bien que l'émigration exige des frontières délimitées de façon claire et précise. Il existe très peu de circonstances où les relations internes et l'identité familiale doivent être définies de manière aussi précise que lorsqu'il y a des délibérations au sujet de qui va partir et qui va suivre. A cause des multiples réalités logistiques, politiques, économiques et physiques, les frontières entre la famille nucléaire et la famille élargie, les amis, les amours, les réseaux du travail doivent être fixées distinctement au moment du départ familial.

Prenons une situation non critique, d'un homme avec une épouse et deux enfants, qui considère une offre d'emploi intéressante dans un pays étranger qui implique une émigration. Une telle perturbation du système accélère le processus

d'une décision familiale; à partir de ce processus, beaucoup d'hypothèses et de défis sont mis en question. Au regard de cette décision, la famille sera ébranlée par l'emprise soudaine de l'entropie. Si l'époux accepte l'offre, il doit assumer la responsabilité de la relocalisation de sa famille et, par là-même, les conséquences des séparations qui s'ensuivent: de leur pays d'origine, de leur famille élargie, de leur système scolaire, de leur travail, de leurs amis, de leur culture. On s'attend à ce qu'il procure des conditions de vie qui seront, sinon meilleures, au moins semblables à celles qui ont été laissées.

Ceci provoque énormément de stress autant chez l'individu que dans le système, comme nous l'avons vu dans le cas de M. Khali. Les migrations fréquentes de certains membres de la famille, qui peuvent alors être perçus comme des «astronautes» ou des «satellites», viendront compliquer davantage le processus de l'émigration (Lam, 1991; Andry, 1991).

L'épouse, en retour, doit décider ce à quoi elle veut être loyale et ce qu'elle croit être le mieux dans l'intérêt de la famille. Il est clair que ces tâches seront plus difficiles pour les familles qui n'auront pas négocié leurs objectifs auparavant; par exemple, en se séparant de leur famille d'origine et en se dévouant à une nouvelle famille.

Les enfants, qui n'ont pas le choix une fois que la décision a été prise par leurs parents, devront quand même apporter une énorme contribution à l'effort familial, en plaçant leur rôle familial au-dessus de tous les autres rôles concernant la socialisation et l'apprentissage de la culture de leur propre pays. Dans le nouveau pays, les enfants iront à l'école, on leur demandera d'apprendre et de parler une langue autre que la maternelle, et ils seront aussi exposés à de nouvelles coutumes. Malgré les difficultés que les familles immigrantes ont à éduquer et à socialiser leurs enfants dans la nouvelle situation, ce sont souvent eux qui, de fait, ouvriront la voie à leur famille pour qu'elle soit éduquée aux normes et aux mœurs de la nouvelle culture (Vasquez-Nuttall, Avila-Vivas et Morales, 1984). Dans le cas des adolescents, les conflits de leur propre développement viennent compliquer davantage la transition familiale (Baptiste, 1990).

Naturellement, on ne peut savoir clairement quels seront les aspects de la culture d'origine qui seront maintenus, et lesquels seront modifiés. Cela est pourtant le pivot d'une compréhension systémique de ces processus. De même, on ne peut connaître clairement comment ces changements auront lieu, à quel niveau des systèmes ils se produisent, à savoir qui prend les décisions, quand doivent-elles être prises et, surtout, si ce sont de vraies décisions. Ces décisions sont-elles prises par une personne et, si c'est le cas, comment cette personne est-elle sélectionnée? Cette sélection fait-elle partie du processus déclenché par le processus émigratoire? Quel que soit le processus, il se déroule au détriment du code établi de normes et de conduites de tout le groupe. Les changements distinctifs qui relèvent de ce processus sont ceux qui, en définitive, déterminent la nature et le cours de chaque saga familiale.

## **Le contexte culturel de l'immigration**

La culture, c'est la totalité du langage, des connaissances et de la technologie définis par une société donnée, qui se transmettent d'une génération à l'autre. C'est

le tao, ou voie que se donne un groupe de personnes, un modèle intégré de réponses apprises et transmises parmi ces personnes. Les modèles culturels qui leur sont propres guident les membres de chaque culture dans les tâches de la vie, en les différenciant des autres cultures (Williamson, Swingle et Sargent, 1982). Ces modèles développent et affirment l'identité culturelle d'un peuple en générant des lignes directrices autant pour les initiés que pour les étrangers à la culture. Ils promeuvent les similitudes et les différences qui définissent les cultures.

L'impact particulier, sur une famille en transition, de l'immigration à une nouvelle culture, dépend de nombreux facteurs. Parmi ceux-là, citons la nature de la famille, les traits et les modèles culturels ainsi que les alliances qui ont lieu dans la relation qui s'établit avec la nouvelle culture. La manière dont la culture bénéficiaire réagit aux différences entre sa propre organisation et celle de la famille immigrante est cruciale et détermine comment l'individu, la famille ou le groupe survivra à la transformation et adoptera la nouvelle culture. Par exemple, LaCounte (1987) suggère que les Indiens américains (qui sont fortement influencés par le même processus, même si ce ne sont pas des immigrants) évitent, en général, l'assimilation à la culture dominante, tandis que des immigrants d'origine asiatique, venus de leur propre gré, ont obtenu de bons résultats académiques et professionnels (McLeod, 1986). Le processus même est encore plus compliqué si les deux cultures, celle d'origine et celle d'adoption, s'opposent quant aux sanctions culturelles provoquées par la valeur attribuée à la violation des normes; par exemple, si une culture valorise l'indépendance, la compétitivité et l'agressivité tandis que l'autre valorise l'intimité, la coopération et la non-agressivité. Pourtant, il est difficile d'établir jusqu'à quel point le succès dans le processus d'acculturation est dû aux traits provenant de la culture ou à la nature des pressions qu'exerce la nouvelle culture sur la famille (Kapalka et Lachenmeyer, 1991).

L'acculturation requiert des ressources suffisantes pour assister la famille dans ses efforts pour supporter et neutraliser les pressions inévitables de sa situation. Plusieurs facteurs tels que le légal, le social, l'économique, peuvent influencer le processus d'acculturation. Souvent, les premiers défis que rencontrent les familles immigrantes sont associés à la pauvreté; c'est le cas des familles latino-américaines qui viennent aux Etats-Unis (Vasquez-Nuttal *et al.*, 1984). Le niveau d'éducation de la famille, son étape dans le cycle de vie familiale et les soutiens qui lui viennent de leurs proches et du système social, sont également en interaction avec les ressources disponibles de la nouvelle culture, comme les opportunités d'emploi, la tolérance culturelle et les supports du gouvernement et de la communauté. Cette interdépendance illustre la façon dont deux cultures, en «contact culturel» (Bateson, 1983), s'influencent réciproquement. Le flux et le reflux des cultures, la dominante et l'immigrante, démontrent l'aspect dialectique du processus.

Comme chaque culture a ses propres lois et ses propres normes, les violations de ces normes seront sujettes à des sanctions culturelles comme le fait d'être considéré déviant, rétrograde ou d'être banni par la famille ou la communauté. L'existence de ces sanctions a un effet profond sur les identités individuelles et sur les familles qui cherchent à s'insérer dans la culture dominante. Considérons le stigmate attribué à ceux qui ont immigré à l'Ouest pendant la Guerre froide; le fait que ces personnes soient désignées par le terme «defector», «transfuges» certes,

mais signifiant aussi que la culture dominante les considère, d'une manière ou d'une autre, défectueux, des «moins que rien». L'étiquette d'«étranger», ou l'expérience faite par beaucoup d'immigrants de se sentir «étrangers», rend explicites les différences culturelles (Bateson, 1979).

Dire de quelqu'un qu'il est étranger a des significations dénotatives autant que connotatives. En premier lieu, cela dénote qu'il n'appartient pas, qu'il est «aliéné», qu'il est atypique et déconnecté de la société. Cette expérience peut inciter des membres d'une famille à abandonner leur identité et leurs normes culturelles antérieures, pour adopter l'aspect extérieur et les manières du nouveau pays, afin de ne pas être identifiés comme étrangers. Les enfants en âge scolaire arrivent souvent à s'intégrer plus facilement que les autres membres de la famille, tandis que les adolescents ont un profond désir d'appartenir au groupe de leurs pairs. Dans les deux cas, cela peut être interprété comme déloyal envers leur famille et entraîner des difficultés. De façon connotative, être étranger implique des espérances personnelles et un certain degré d'acceptation ou de rejet du nouvel environnement. On pourrait choisir de se faire appeler étranger et choisir, ainsi, la stase plutôt que le changement, en s'accrochant aux règles et aux manières d'agir ataviques. Mais ce type d'ethnocentrisme, autant chez les immigrants que dans la culture dominante, empêche l'interdépendance et les échanges culturels, qui sont cruciaux au processus d'acculturation. La rigidité dans la tolérance d'une ou l'autre culture, produit encore plus de dissonance à ce processus. Souvent, le manque d'acceptation peut induire une instabilité émotionnelle chez les jeunes, particulièrement chez les immigrants adolescents, qui sont attirés par l'assimilation, même si leurs parents ne le sont pas (Lopez et Lopez, 1982).

Ainsi, la réorganisation familiale à un plus haut niveau de complexité, son acculturation, rend nécessaire, selon Prigogine et Nicolis (1982), une gestion des dynamiques, des interactions et des relations changeantes. La famille doit aller à un rythme qui lui permette d'évoluer, c'est-à-dire ne pas bouger trop vite au point de perdre le contrôle, ni s'attacher trop étroitement non plus aux positions qui lui sont familières. Les membres de cette famille doivent laisser assez d'espace entre la terre et eux-mêmes pour se faciliter une progression, mais pas trop, pour ne pas être emportés par les vents de l'entropie. Une fois le processus de l'immigration déclenché, il n'y a plus aucun moyen satisfaisant de maintenir une similitude avec la structure antérieure.

## **Immigration: ses tâches primordiales**

### **Connection et intégration**

La première tâche, fondamentale, que doivent affronter les familles immigrantes est celle de se connecter et de s'intégrer à la nouvelle culture. Mieux une famille pourra le faire, plus souple deviendra la structure familiale. A ce moment-là, le système familial, en interaction avec la culture d'accueil, recevra un important déferlement d'énergie qui lui permettra de catalyser son besoin de souplesse. L'entropie pousse la famille à former de nouveaux modèles de fonctionnement. Au

contraire, la famille moins acculturée et moins souple, aura beaucoup plus de stress et plus de difficulté à trouver des supports sociaux. La rigidité mène à un dysfonctionnement familial, car l'énergie disponible pour un travail utile sera consommée pour préserver le vieil ordre. La flexibilité dans la structure familiale agit comme une spirale sans fin qui lui permet de s'adapter et de changer plus facilement (Morin, 1980, 1985; Shands, 1971). Cependant, l'acculturation est un long et difficile processus d'ajustements nécessaires pour atteindre un nouveau degré d'équilibre. Il se verra compliqué par l'équilibre précaire qui existe entre son besoin de maintenir une identité et celui de changer et de s'adapter (Falicov, 1982; Selvini, Palazzoli, Boscolo, Cechin et Prata, 1978). L'identité est la grosse question avec laquelle le système se débat: à qui appartenons-nous? (Andry, 1991).

### Loyauté et langage

Un des plus grands défis auquel doit faire face une famille immigrante est celui de composer avec des problèmes de loyauté. Les parents se retrouvent dans le rôle de transmettre leur culture d'origine aux enfants, tandis que ceux-ci essaient de s'adapter à la nouvelle culture tout en conservant la loyauté envers la famille. Il y a beaucoup de familles qui émigrent pour accroître les opportunités d'éducation à leurs enfants (Kim, 1991), ce qui leur cause une énorme pression. Leung (1991) remarque que les parents chinois-américains du quartier chinois de New York, plaçant beaucoup d'espoir dans l'éducation de leurs enfants, au point de sentir qu'ils appartiennent à une génération de transition, et que les gros efforts et sacrifices faits pour leurs enfants se verront récompensés par leur réussite académique. De cette façon, les enfants, pour manifester leur reconnaissance, acceptent de porter un fardeau très lourd, en réalisant le rêve de leurs parents à travers leur réussite scolaire. Mais ils doivent également réussir leur adaptation à la nouvelle culture, c'est-à-dire apprendre les règles de l'étiquette sociale, de la culture contemporaine et de la langue. L'utilisation du langage de la culture représente un des plus gros obstacles à l'acculturation (Graham, 1983).

Un des problèmes que l'on retrouve souvent en travaillant avec des familles immigrantes, est celui des effets multiples de la barrière langagière. Le langage est essentiel. Les immigrants considèrent leur capacité de se débrouiller avec la langue parlée du pays d'adoption comme un tournant décisif dans leur sentiment d'appartenance. L'habileté à communiquer et à s'exprimer correctement demeure un mécanisme de base pour la survie et, en dernier lieu, pour l'intégration à la société. Le fait de ne pas parler la langue du pays d'adoption entraîne un isolement, avec le plus dévastateur des effets. Le résultat est que la famille reste coupée de la société. Une situation similaire se produit quand certains membres de la famille deviennent mieux acculturés que ceux qui ont eu du mal dans leur intégration à cause des difficultés langagières. Pour des parents qui résistent à l'acculturation, l'apprentissage de la langue chez leurs enfants peut être ressenti comme terriblement déloyal, un affront même à l'identité familiale. On retrouve le même sentiment dans le cas d'adolescents qui choisissent d'adopter la citoyenneté du pays d'adoption, car ils sont très souvent vus comme des traîtres (Moussaoui, 1982). Dans beaucoup de cas, les enfants finiront par parler la nouvelle langue au dehors du foyer familial,

en continuant à utiliser la langue familiale chez eux. Le renfermement familial dans la langue d'origine peut satisfaire les besoins parentaux d'identité, mais il crée beaucoup de stress chez les enfants, surtout quand les parents expriment le désir que les écoles se concentrent davantage sur l'apprentissage de la nouvelle langue (Fairbain, 1984), tout en résistant aux progrès que font leurs enfants dans ce sens. En thérapie, la langue employée peut révéler le fonctionnement familial, surtout lorsqu'elle montre des décalages chez des familles multilingues (DiNicola, 1986).

Les enfants sont parfois incapables de maintenir une position d'équilibre entre les exigences de la nouvelle culture et celles qui proviennent de leurs propres familles. Cette incapacité peut provoquer une véritable paralysie cognitive et sociale (Haley, 1979), car on leur demande, à la fois, de s'adapter et de ne pas le faire (Yao, 1985). Sluzki (1983) nous fournit un étonnant exemple de «double message» entre loyauté et langage. Il discute le cas de deux familles bilingues dont les enfants présentaient un mutisme électif. Sluzki suggère que, dans la situation d'une famille bilingue, l'élection d'une langue se réfère à la loyauté. Dans ces circonstances, un choix devient complètement impossible. L'individu n'a ni le pouvoir ni la capacité de désobéir, ce qui le contraint dans son choix. Il n'a même pas le luxe du discernement. Sa seule issue est de devenir symptomatique (p. 68).

Ainsi, les enfants sont évalués par deux groupes différents, à divers niveaux de leur comportement. Leur donnera-t-on des crédits pour leur loyauté au modèle familial, ou pour leur succès à fusionner avec la nouvelle culture? La capacité familiale à respecter son propre temps et le temps nécessaire à ses membres dans les processus d'adaptation et d'acculturation peut contribuer à un ajustement réussi, tout en maintenant un équilibre. Cet équilibre sera menacé si la famille accepte la bousculade entropique, en succombant aux pressions qui la mènent vers un changement à un rythme trop rapide. Des difficultés proviennent alors d'un sentiment de perte de contrôle. La réussite des enfants, même s'il peut devenir le jalon qu'utilisent les parents pour mesurer leur propre réussite dans l'appartenance à leur nouvelle culture, peut devenir en même temps difficile à accepter.

### **Changement de rôles**

Avec le temps, les familles apprennent à reconnaître les signes qui leur indiquent quelles sont les mœurs et les coutumes anciennes qu'ils peuvent conserver et celles qui doivent être abandonnées et en sachant pourquoi. Cela mène à une réévaluation des mythes familiaux, ainsi que des idéologies et des conceptions qui ont constitué la famille. Certaines de ces normes ont pour fonction de préserver la saga culturelle et le modèle familial, tandis que d'autres doivent être révisées ou remplacées par des nouvelles. Pendant ce processus, il est probable que certaines conduites, qui contribuent à l'adaptation de la famille, se voient renforcées, et que celles qui créent le plus de dissonance avec la culture dominante seront modifiées ou, tout simplement, disparaîtront.

L'opposition entre les vieilles et les nouvelles règles conduit, forcément, à la révision et à la redéfinition de concepts aussi fondamentaux que celui d'époux et d'épouse, de père et de mère. Même si les modèles de base de paternité et de maternité peuvent ne pas changer d'un pays à un autre, il existe certainement des diffé-

rences dans le style et les conditions dans lesquels se jouent ces rôles. Les qualités qui définissent un bon père et une bonne mère dans une culture peuvent être différentes des critères établis dans une autre culture. Les subtiles expressions de la compétence maternelle et paternelle ainsi que la définition du « bon enfant » seront alors mis à l'épreuve.

Personne ne peut savoir, dans la situation d'un changement continu des cultures et de leurs règles, quelles sont celles qui vont prévaloir et subsister. Dans ce contexte, la famille est privée du pouvoir de faire respecter ses propres lois et d'imposer ses châtiments. C'est la culture qui l'a entre les mains. Il suffit de comparer l'acceptation, dans certaines cultures, des châtiments corporels des enfants, avec les sévères règles américaines, contre les mauvais traitements infligés aux enfants. Plusieurs institutions différentes appartenant à la culture d'adoption, vont usurper l'autorité parentale au moment même où les parents luttent pour s'adapter à ces nouvelles règles et maintenir autant une identité que leur propre estime. Des institutions ou des fonctionnaires de l'Etat établiront des limites à propos de ce qui est un bon et un mauvais comportement pour le bien-être des enfants. Les parents ne sont plus la source première d'autorité.

Comme on l'a déjà dit, l'acculturation est souvent plus difficile pour le système parental. La mère d'une famille immigrante peut se voir forcée, à cause de nécessités économiques, de gagner sa vie hors du foyer, ce qui, combiné entre autres aux problèmes de langue, peut devenir extrêmement difficile; dans le cas où la femme provient d'une culture où la mère de famille reste à la maison, l'expérience de rentrer dans le marché du travail peut se faire déchirante. Le rôle maternel est aussi alourdi par des champs émotionnels semés de mines. Dans les familles où les rôles fonctionnels et affectifs sont divisés entre les parents, c'est la femme qui, souvent, prend en charge les efforts affectifs familiaux (Sluzki, 1979). Elle est la gardienne des affects et du cadre spirituel de la saga familiale, ce qui implique, bien des fois, pour elle, de se retrouver au cœur des problèmes d'intégration de l'ancien et du nouveau. De façon métaphorique, elle se situe entre son époux (qui aura une adaptation plus difficile) et les enfants (qui vont s'adapter rapidement). C'est ainsi que les mères de familles, en processus d'acculturation, qui restent à la maison la plupart du temps, courent le risque de devenir dépressives et de s'isoler (Williams et Carmichael, 1985).

Les difficultés d'ajustement au rôle peuvent également s'appliquer aux femmes non mariées. Chaffarian (1987) a trouvé que les étudiantes universitaires iraniennes aux Etats-Unis étaient moins acculturées, plus dépressives et plus anxieuses que les hommes dans la même situation. La culture d'origine, probablement en interaction avec la culture dominante, produit des effets dévastateurs chez des femmes et des mères immigrantes. Par exemple, Ho (1990) remarque que les femmes américaines d'origine orientale, ont à confronter les valeurs asiatiques de fatalisme, de persévérance et de retenue, aux fortes positions de la culture américaine envers le sexisme et le racisme. Ceci encourage la minimisation et la dissimulation de la violence domestique, de l'abus physique et verbal. Ces Américaines d'origine asiatique ne se sentent pas suffisamment motivées pour désirer changer leur situation oppressive. Pourtant, la nouvelle culture peut offrir une alternative révolutionnaire pour des femmes qui ont vécu des rôles et une liberté restreints dans leur culture

d'origine. Ingoldsby et Stanton (1988) rendent compte de l'augmentation de l'usage de moyens anticonceptionnels parmi le groupe des femmes Hutterites mariées, malgré l'interdiction religieuse absolue. Ces femmes semblent s'acculturer correctement dans leur nouveau milieu et exercent un contrôle sur leur vie, dans des sphères où, auparavant, elle n'en avait que très peu.

Ne pas parler la langue du pays a une influence non négligeable dans le rôle maternel. Il est assez fréquent que les femmes qui ne parlent pas la langue nationale, soient subordonnées à leur époux ou leurs enfants pour communiquer avec le monde extérieur. La conséquence est parfois un attachement très rigide au passé, et la paralysie dans le processus d'acculturation. D'autre part, demander aux enfants de devenir le seul moyen de communication avec le reste du monde, leur impose une tâche très lourde. Ces enfants, devenus la «voix» de leurs parents, deviennent des enfants qui endossent le rôle des parents, ce qui compromet leur intégration dans leur nouvelle culture.

Les rôles paternel et maternel peuvent aussi être compromis par les va-et-vient financiers du groupe. Tandis que certains immigrants arrivent au nouveau pays avec peu de ressources, beaucoup d'entre eux étaient des travailleurs spécialisés et même des professionnels avec une carrière derrière eux. Mais le nouveau pays leur demande souvent une éducation additionnelle et une recertification pour attester que leurs connaissances correspondent aux normes du pays. Passer d'un pays où on a connu une position sociale élevée et un travail bien rémunéré, à un autre qui exige de «prouver» sa compétence, peut devenir stressant et décourageant. La perte de contrôle sur sa carrière et son environnement peut alors mener à exercer un fort contrôle sur la famille. Des rôles flous, transformés, modifiés, peuvent précipiter une crise.

Quand les parents ne peuvent pas remplir adéquatement leur rôle parental, comme ils avaient l'habitude de le faire dans leur culture d'origine, apparaissent des sentiments de culpabilité. Des «parents absents», à cause des horaires surchargés dans des restaurants ethniques ou des usines, ne peuvent pas correctement prendre soin de leurs enfants et ils n'ont plus le contrôle sur leur rôle parental (Leung, 1991). Quand le système répond à la force d'entropie en accélérant les changements, les rôles deviennent rigides. Les enfants, devenus adultes trop vite, peuvent agir comme tels, en s'engageant rarement dans des activités propres à leurs âges et en travaillant et étudiant trop longtemps. Il est fréquent que des symptômes aient lieu quand des membres vulnérables du système se sentent engloutis par des sentiments de perte desquels ils ne peuvent se défendre. Dans le traitement de la famille, on peut s'attendre à rencontrer des expériences de pertes au-delà de ce que les familles immigrantes peuvent supporter.

En plus des conflits provenant des nouveaux rôles que les membres de la famille devront adopter, des conflits supplémentaires apparaîtront du fait que certains membres de la famille (comme les enfants) progressent rapidement dans leur processus d'acculturation, tandis que d'autres le font plus lentement. Ces voies peuvent réciproquement s'entretenir, en rendant explicites des tensions qui existent dans le système. Ces problèmes peuvent s'aggraver si les interventions du thérapeute ne tiennent pas suffisamment compte des différences culturelles (Lappin, 1983). Par exemple, mettre l'emphase sur l'indépendance personnelle et l'indivi-

dualisme dans une famille qui provient d'une culture qui encourage les liens familiaux et la coopération, peut conduire à l'échec de la thérapie ou à des résistances qui mènent à l'abandon de la thérapie. Une culture individualiste peut forcer une adaptation abusive, en provoquant une rupture totale d'un des enfants avec sa culture d'origine (Shorter, 1977); ceci peut augmenter les efforts que les enfants font déjà pour concilier et établir un équilibre acceptable entre ce qu'ils perdent et ce qu'ils ont à gagner. Insister sur les avantages de l'individualisme dans un tel cas, ne fera, sans doute, que contribuer à maintenir le problème. Le thérapeute doit aider la famille à trouver de nouveaux chemins pour équilibrer ces exigences conflictuelles dans leur comportement. Le conflit créé par des systèmes de valeurs dissonants, doit être exploré par le thérapeute dans tous ses recoins, en partant, par exemple, de l'importance de participer aux célébrations traditionnelles des fêtes ou en abordant la question des difficultés scolaires qui se posent pour un enfant immigrant (Vasquez-Nuttall *et al.*, 1984).

Ironiquement, le thérapeute doit, lui aussi, atteindre un équilibre entre sa propre culture et celle de la famille en thérapie. Pour lui, c'est aussi l'ancien et le nouveau, paradoxalement inversés. Il lui faut tendre une passerelle entre les deux (Ham, 1989).

Les tâches prioritaires de la thérapie sont celles d'écouter avec attention, empathie et compassion. La «résistance» des clients peut être davantage liée aux traits culturels qu'aux problèmes familiaux en discussion. Baptiste (1990) maintient que le thérapeute est parfois, dans son besoin d'aider la famille, l'avocat de valeurs complètement opposées aux siennes. Etre le thérapeute de familles immigrantes exige une focalisation et une connaissance des problèmes spécifiques de la question, plus particulièrement des sujets qui sont en relation avec les nombreuses pertes subies: famille d'origine, amis, pays, loyautés, car ces pertes sont, dans plusieurs cas, les déterminants de crises sérieuses. Les départs et coupures, parfois soudains et même dangereux, n'ont pas donné le temps à la famille de faire ses adieux. Et ils souffriront pour toujours de la perte de ces attachements.

## Conclusion

Le processus d'immigration fait de la famille une troupe d'acrobates. Il semble que des milliers d'opportunités, actuelles et futures, sont à la portée de la main, mais qu'en même temps on côtoie l'abîme.

Le système doit être perméable à de nouvelles expériences et informations, ainsi qu'à toute sorte de perturbations: il se trouve, continuellement, en mouvement d'adaptation en spirale. La combinaison de deux mondes s'édifie dans une structure unique. De nouveaux ponts sont tendus; les référents anciens, brûlés, restent dans le champ de bataille.

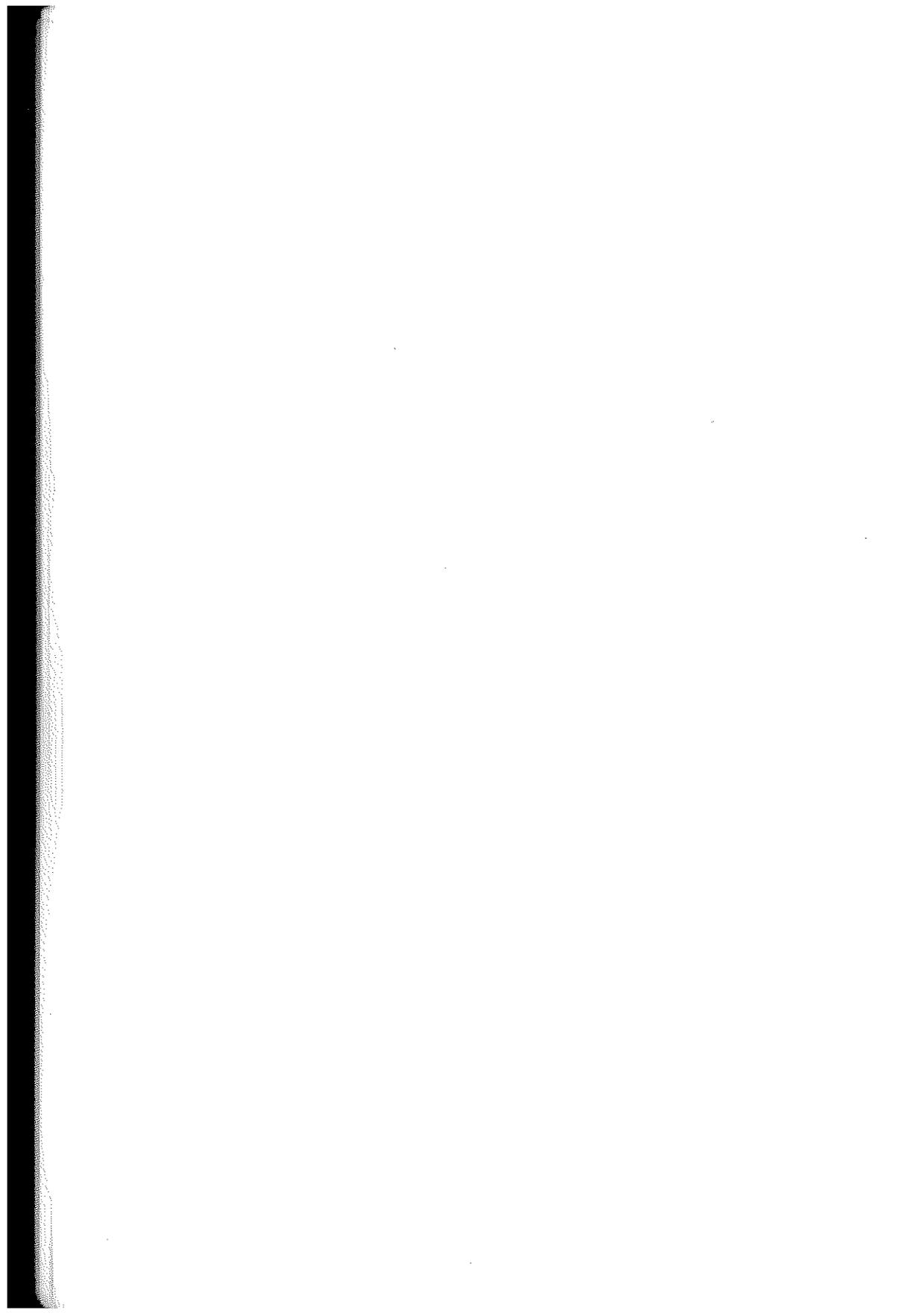
La compréhension de la famille immigrante, d'après cette perspective globale systémique, donne aux thérapeutes l'occasion de participer activement au processus, en aidant la famille à regagner son efficacité productrice et créatrice.

*Susana Bullrich*  
2217/5 Green Street  
Philadelphia PA 19130, USA

## BIBLIOGRAPHIE

1. Andry R. (1991, August): «Emigration from Hong Kong and Reimmigration to Hong Kong: The 1997 Upheaval». In: Leung A.C.N. (Chair), *Psychological impact on Asian-Americans*, Symposium Conducted at the meeting of the American Psychological Association, San Francisco.
2. Arredondo P., Orjuela E. and Moore L. (1989): «Family therapy with Central American war refugee families». Special Issue: Family Therapy with immigrant families: Constructing a Bridge between different world views, *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 8, pp. 28-35.
3. Baptiste D.A. (1990): «The treatment of adolescent immigrants and their families in cultural transition: Issues and Recommendations». Special Issue: I. First World Conference of Family Therapy, *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 12 (4), p. 365.
4. Bateson G. (1979): *Mind and Nature*, New York, E.P. Dutton.
5. Bateson G. (1983): *Steps to an ecology of mind*, New York, Ballantine Books.
6. DiNicola V.F. (1986): «Beyond Babel: Family Therapy as cultural translation», *International Journal of Family Psychiatry*, 7 (2), pp. 179-191.
7. Fairbain D.P. (1984). «Factors associated with language maintenance: The Samoans in New Zealand», *New Zealand Journal of Educational Studies*, 19 (2), pp. 99-113.
8. Falicov, C. (1982): «Mexican Families». In: McGoldrick M., Pearce J.K. and Giordano J. (Eds.), *Ethnicity and Family Therapy*, (pp. 135-161), New York, Guilford Press.
9. Ghaffarian O. (1970): «The acculturation of Iranians in the United States», *Journal of Social Psychology*, 127 (6), pp. 565-571.
10. Graham M.A. (1983): «Acculturative stress among Polynesian, Asian and American students on the Brigham Young University — Hawaii Campus», *International Journal of Intercultural Relations*, 7 (1), pp. 79-103.
11. Haley J. (1979): «The family of the schizophrenic: A model system», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 129, pp. 357-374.
12. Ham M.D. (1989): «Emphatic understanding: A skill for «joining» immigrant families». Special Issue: Families Therapy with immigrant families: Constructing a bridge between different world views, *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 8, pp. 36-40.
13. Hastings D.W., Clelland D.A. and Danielson R.L. (1982). «Gordon's assimilation paradigm revisited: The issues of ethnic communality, insularity and return migration», *Research in Race and Ethnic Relations*, 3, pp. 189-206.
14. Ho C.K. (1990): «An analysis of domestic violence in Asian-American communities: A multicultural approach to counselling». Special Issue: Diversity and complexity in feminist therapy: I, *Women and Therapy*, 9 (12), pp. 129-150.
15. Ingoldsby B.B. and Stanton M.E. (1988): «The Hutterites and fertility control», *Journal of Comparative Family Studies*, 19 (1), pp. 137-142.
16. Jeong G.J. and Scumm W.R. (1990): «Family satisfaction in Korean/American marriages: An exploratory study of the perceptions of Korean Wives», *Journal of Comparative Family Studies*, 21 (3), pp. 325-336.
17. Kapalka G.M. and Lachenmeyer J.R. (1991, August): «Family functioning and Acculturation of recent Polish Immigrants in the United States». In: Root M.P.P. and Sadowsky G.R. (Chairs), *Impact of Acculturation, Gender and Ethnicity on Perceptions of Ethnic Minorities*, Poster presentation at the meeting of the American Psychological Association, San Francisco.
18. Kim S.C. (1991, August): «Immigrational, adjustment, acculturational and clinical issues of Korean Americans». In: Leung A.C.N. (Chair), *Psychological Impact of Immigration on Asian-Americans*, Symposium conducted at the meeting of the American Psychological Association, San Francisco.

19. La Counte, D.W. (1987): «American Indian students in college», *New Directions for Student Services*, 38, pp. 65-79.
20. Lam J. (1991, August): «To immigrate or not to immigrate». In: Leung A.C.N. (Chair), *Psychological Impact of Immigration on Asian-Americans*, Symposium conducted at the meeting of the American Psychological Association, San Francisco.
21. Leung R. (1991, August). «Effects of immigration on mental illness manifestations in the Chinese-American Family: Cultural or Pathological?». In: Leung A.C.N. (Chair), *Psychological Impact of Immigration on Asian-Americans*, Symposium conducted at the meeting of the American Psychological Association, San Francisco.
22. Lappin J. (1983): «On becoming a culturally conscious family therapist», *Family Therapy Collections*, 6, pp. 122-136.
23. Lopez-Lopez A. and Lopez-Blasco A. (1982): «Young spanish emigrants in Germany: The process of emigration, integration and return», *De Juventud Revista de Estudios e Investigaciones*, 7, pp. 9-32.
24. Maturana R.H. (1983-1984): *Biologica del conocimiento*, unpublished seminar, Buenos Aires.
25. Maturana R.H. y Varela F. (1973): *De máquinas y seres vivos*, Santiago de Chile, Editorial Universitaria.
26. McLeod B. (1986): «The Oriental express», *Psychology Today*, 20 (7), pp. 48-52.
27. Melikan L.H. and De Karapetian A. (1977): «Personality change over time: Assimilation of an ethnic minority in Lebanon», *Journal of Social Psychology*, 103, pp. 185-191.
28. Menchaca M. (1989): «Chicano-Mexican cultural assimilation and Anglo-Saxon cultural dominance», *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 11 (3), pp. 203-231.
29. Morin, E. (1980): *La Méthode: Vol. 2. La vie de la vie*, Paris, Seuil.
30. Morin E. (1985): «Le vie della complessità». In: Bocchie G. e Ceruti M. (Eds.), *La sfida de la complessità*, pp. 49-59, Milan, Feltrinelli.
31. Moussaoui D. and Sayed A. (1982): «Migrant children or the impossible identity», *Annales Médico-Psychologiques*, 140 (6), pp. 588-592.
32. Prigogine I. e Nicholis G. (1982): *Le strutture dissipative*, Florence, Sansoni.
33. Rueschenberg E. and Buriel R. (1989): «Mexican American family functioning and acculturation: A family systems perspective», *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 11 (3), pp. 232-244.
34. Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G. and Prata G. (1978): *Paradox and Counterparadox*, New York, Jason Aronson.
35. Shands H.S. (1971): *The war with words*, The Hague, Mouton.
36. Shorter E. (1977): *The making of the modern family*, New York, Basic Books.
37. Sluzki C.E. (1979): «Migration and family conflict», *Family Process*, 18 (4), pp. 379-390.
38. Sluzki C.E. (1983): «The sounds of silence: Two cases of elective mutism in bilingual families», *Family Therapy Collections*, 6, pp. 68-77.
39. Vasquez-Nuttall E., Avila-Vival Z. and Morales-Barreto G. (1984): «Working with Latin American families», *Family Therapy Collections*, 9, pp. 74-90.
40. Williams H.E. and Carmichael A. (1985): «Depression in mothers in multi-ethnic urban municipality in Melbourne: Aetiological factors and effects on infants and preschool children», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26 (2), pp. 277-288.
41. Williamson R., Swingle P. and Sargent S. (1982): *Social Psychology*, Itasca, IL, E. Peacock.
42. Yao E.L. (1985): «Adjustment needs of Asian immigrant children», *Elementary School Guidance and Counselling*, 19 (3), pp. 222-227.



## «CADRE DE TRAVAIL» EN INTERVENTION SOCIALE\*

Paule LEBBE-BERRIER\*\*

**Résumé:** «*Cadre de travail*» en intervention sociale. — Cet article tente d'apporter quelques réflexions méthodologiques sur la nécessité première de la mise en place d'un cadre de travail. C'est une étape essentielle dans une méthodologie systémique concernant les interventions sociales, éducatives, mais surtout les ordonnances administratives et judiciaires. Ces interventions se situent souvent dans une histoire d'aide complexe, et dans une histoire familiale plus ou moins dysfonctionnelle. Ces familles vivent nombre d'incompréhensions autour de la mesure imposée. La délimitation de cet espace de travail doit nécessairement intégrer un temps de réflexion sur ces points et permet aussi de créer un contexte relationnel quelque soit le niveau de la demande. Cela suppose nécessairement que certains mythes si pregnants, tels la non-directivité, la non-implication ou la «bonne relation», soient profondément remis en question.

**Summary:** *The importance of «framework» in social intervention.* — This article raises some methodological considerations concerning the absolute necessity of defining a «framework» for one's work. Framing is an essential step in systemic methodology when dealing with court orders and social intervention. Court orders often follow in the wake of a complex history of social intervention with more or less dysfunctional families. Such families are likely to harbor numerous misunderstandings about compulsory measures. Defining the framework necessarily entails allotting time to consider the limits of the court order and of the social intervention. It allows for defining the context of the helping relationship regardless of the nature of the help requested. This necessarily implies the rethinking of certain widely-accepted myths such as «non-directive intervention», «personal disengagement» and «right or wrong relationships».

**Mots-clés:** Intervention sociale — Cadre de travail — Méthodologie systémique.

**Key words:** Social intervention — Framework — Framing — Systemic methodology.

La question du «cadre d'intervention» est un des points les plus délicats dans le domaine des interventions sociales. Dans une recherche précédente (dont une partie fut publiée) (1), des points d'analyse indispensables à une élaboration de méthodologies d'interventions systémiques, ont été particulièrement ciblés dans le

\* Atelier et Symposium — Journées de Lyon, septembre 1991. Réflexion élaborée avec Odile Khelifa et Jean-Marie Berrier.

\*\* Thérapeute familiale, conjugale, travailleur social, formateur et superviseur en approche systémique, Docteur en psychologie.

domaine du travail social. C'est ainsi que les questions suivantes furent mises en évidence: d'une part, l'impact subtil des *pressions*, des *demandes*, des *attentes*, et leurs circuits répétitifs et, d'autre part, les *jeux* inhérents à une non-clarification de ces circuits notamment, autour des pressions et de l'imbroglie des demandes. D'une façon très intense, les concepts de résonance, d'autoréférence sans être mentionnés sous ces vocables, étaient constamment sources d'analyse. Par ailleurs, l'influence insidieuse de mythes, tels que la non-directivité, l'illusion de l'objectivité, la non-implication, la neutralité, ont aussi été pointées comme des aspects très importants dans notre pratique.

Sur le plan conceptuel, tout au moins dans cette recherche, le cadre et le contexte restaient relativement liés, tout en insistant particulièrement sur le contexte relationnel donnant sens à toute communication. Les recherches sur le «contexte» étaient suffisamment élaborées et étayées dans le domaine de l'approche systémique. Une question restait cependant dans l'obscurité, dans le domaine du travail social, à savoir l'opérationnalisation et l'élaboration de notre «cadre» d'intervention. Dans le domaine de la psychanalyse notamment avec Anzieu, cette question fut particulièrement développée ainsi que celle du pouvoir de tout «cadre», de se faire oublier. Encore faut-il le poser! En psychanalyse, en psychothérapie, en thérapie familiale, il est certes aisé de poser, d'«imposer» un cadre, cela est une nécessité, une légitimité, une évidence même.

Dans le domaine de la thérapie familiale, de nombreux auteurs ont affiné ce concept de cadre thérapeutique en y joignant l'intérêt pour le référent (Selvini *et al.*, 2) ou «le téléguideur à distance» (Hirsch, 3). En intervention sociale, ces deux points, «référent» et «téléguideur à distance», sont en général particulièrement oubliés et occultés. Il convient, cependant, de s'y arrêter d'une façon tout à fait particulière et de les intégrer soigneusement dans le développement de ce qui devrait être le premier acte professionnel de toutes interventions sociales. La mise en place du «cadre de l'intervention» ou la création d'un «espace d'intervention» spécifique au travail social, nous semble être une étape vitale actuellement, dans la confusion qui règne dans ce domaine. Être au clair avec la mise en place de cet espace, a souvent une fonction secondaire thérapeutique, d'un haut niveau qualitatif dans le domaine éco-systémique.

\*

Les premières images qui vous viendront à l'esprit, à l'évocation de ce mot «cadre», seront sans doute fonction de ce que vous mettez sous ce mot. Dans les restructurations actuelles, un professionnel verra peut-être son chef (l'encadrant) ou un cadre encadrant verra sa fonction et connectera immédiatement à ses soucis souvent lourds ou à sa fonction d'autorité. Un professionnel pensera peut-être au lieu où se déroule son intervention. Il s'agit bien évidemment de quelque chose de différent, de limité à l'action des professionnels du social, du médico-social, de l'éducatif en contact avec les familles, parents, couples, groupes de tout ordre, que nous dénommerons souvent «client» ou «usager». La définition du Larousse, du Petit Robert, des dictionnaires de thérapies familiales, de psychanalyse, peuvent nous aider en première étape à préciser ce concept de «cadre». Au sens propre, un *cadre* est, entre autres définitions, «une bordure unie ou ouvragée entourant un

tableau, une glace...». Au figuré, «c'est ce qui circonscrit et, par extension, entoure un espace, une scène, une action» (Petit Robert) ou encore la «limite renfermant un espace lui-même» (Larousse). Ce mot «cadre» implique donc le dedans, le dehors, l'intérieur, l'extérieur donc une limite. C'est en quelque sorte une «solution de continuité», c'est-à-dire une interruption, un hiatus, une rupture. Si l'on revient au domaine spécifique du social, ces explications sont justes, même si elles restent vagues. Nous reprendrons davantage cette définition du cadre d'intervention de la façon suivante.

Le «cadre d'intervention», c'est en fait cet espace délimité, par ce qui provient de l'extérieur (pressions, directives, demandes des institutions, ordonnances...), qui légitime une intervention; et ce qui émerge de l'intérieur du système d'aide, aux dires et au vu de ces déclencheurs extérieurs et du contexte relationnel qui s'établira. C'est en somme une première action à dimension éco-systémique.

Une des actions de notre centre de consultation familiale a étayé cette réflexion sur le «cadre» de travail. Chargés d'expertises familiales systémiques sur ordonnances des juges d'enfants, nous avons dû particulièrement approfondir cette question pour les situations d'abus sexuels, inceste, maltraitance, et imbroglio intergénérationnel... Sous couvert de ces ordonnances, nous devons donc: dégager certains éléments dans ces situations bien spécifiques et très intriquées, analyser les interactions de la famille, de ses sous-systèmes, de ses relations avec l'extérieur, avec les institutions, les familles d'accueil et autres organismes sociaux... et faire un compte-rendu dynamique, évolutif, en recherche. L'impact dans un temps limité a très souvent une fonction d'aide importante. D'autres points d'appuis ont influencé cette réflexion: notre pratique de consultant et/ou superviseur d'équipes de travailleurs sociaux, soit chargés de mandats judiciaires, administratifs ou sociaux, soit d'équipes de circonscription.

Cette question de «cadre d'intervention», constamment redondante et escamotée, est une des préoccupations les plus urgentes sur le plan méthodologique dans le domaine du travail social. En qualité de formateur-superviseur, il nous est apparu que les professionnels se trouvent confrontés à de nombreuses embûches personnelles, professionnelles, institutionnelles, imaginaires dans l'opérationnalisation de cette étape de la relation d'aide. La complexité qui est affrontée est au-delà des questions du «cadre» de thérapie. Cette hyper-complexité du social, de l'éducatif, existe du fait de multiples variables s'engouffrant dans les vellétés et/ou les tentatives des professionnels pour poser ce «cadre». Le flou finit souvent par l'emporter alors que l'intention de cadrer l'intervention est envisagée. Poser un cadre de travail est quelque chose de tout autre que ces éléments qui finissent par prendre la place et que l'on nomme dans le jargon professionnel: «projet d'action», «plan d'aide»... Ces «projets» ou «plans» ne tiendront la route que dans la mesure où un cadre de travail a été posé dès le départ. Celui-ci favorise d'ailleurs à l'intérieur du système d'intervention, les réajustements et adaptations nécessaires. Comme pour tout travail thérapeutique, mais différemment, nous pensons que dans le domaine du social de la relation d'aide, que l'on soit assistants sociaux, éducateurs, conseillères en économie sociale et familiale, travailleuses familiales, puéricultrices... la mise en place de ce cadre est une **nécessité première**. Bien sûr, il est très différent du cadre thérapeutique et difficile à poser du fait de

tous ces impacts, mais c'est la seule force apte à permettre d'éviter le *flou* qui reste le *grand fléau social*.

Ces généralités restent valables quelles que soient le statut, la fonction, la position du travailleur social ou du professionnel de l'aide. Poser un cadre de travail est *vital*. C'est la limite, le contenant, c'est bien sûr enfermant, mais aussi libérateur. En effet, le cadre de travail est le garant de l'illusion de la toute-puissance de la non-limite, des «désirs d'aide» envahissants aussi forts que «désillusionnants».

Actuellement, plus nous devons avancer dans le souci de la rentabilité-efficacité du travail social, plus le marketing des «cadres» se développe, tout comme les entreprises du «cadrage social». Tous ces «cadres» de travail semblent de plus en plus imposés ou proposés de l'extérieur par les employeurs, les administratifs, les responsables, les juges, les élus... Chacun ayant le souci des résultats; et ce dernier point est une question à entendre d'une façon très expresse dans notre contexte actuel.

Face à une de nos faiblesses, qui est donc ce flou, ils tentent donc de poser (d'im-poser) ce que nous ne posons pas, ou que nous ne nous «im-posons» pas. Il s'agit donc d'un problème méthodologique souvent parlé, mais souvent évacué dans l'activité, l'activisme de l'intervention. Or, un «*cadre de travail*» tel que nous l'entendons, *ne peut qu'être posé dans un contexte relationnel* avec l'individu, la famille, le groupe et *par le professionnel* de l'aide. Par ailleurs, tout ce qui est dicté de l'extérieur de cette relation d'aide, est cependant quelque chose d'extrêmement précieux à prendre en compte, quelque soit la validité que nous pouvons donner à ces directives. Un employeur qui exige de poser un acte professionnel, un inspecteur qui organise l'acheminement d'un signalement, dans le cadre de la loi de juillet 1989 sur les maltraitances et abus sexuels, posent des repères extrêmement importantes quelles que soient ces directives. Dans des contextes de surcharge de travail, d'intolérances de tous ordres, comme nous en rencontrons en polyvalence de secteur, il devient impossible d'en voir à certains moments tout l'intérêt, car tout devient «trop» à un certain niveau d'épuisement. Mais en dehors de cette réalité, nous luttons et mettons beaucoup d'énergie à contrecarrer ou critiquer ces directives. Or, ces réalités sont des éléments précieux permettant nos balbutiements pour l'élaboration de ce que nous appelons le «cadre d'intervention».

Citons en exemple un signalement au «numéro vert»<sup>1</sup> du département fait par des voisins, concernant des «enfants, laissés seuls pendant des après-midi, une mère en rupture de couple et soupçonnée de boire, plutôt que de nourrir ses enfants». Cet appel téléphonique met en branle immédiatement tout un système administratif passant par l'inspecteur de l'aide sociale à l'enfance, puis le «social». *Au nom* de ce signalement est imposé au travailleur social de prendre immédiatement contact avec la famille, dans la journée et évaluer en urgence la situation. Comment se présenter avec cet «ordre», ce signalement anonyme qui en soi, est «acte de violence»? C'est au nom de cette pression extérieure que le travailleur social doit se faire ouvrir la porte et se dégager peu à peu un espace d'évaluation.

<sup>1</sup> Appel téléphonique gratuit, en France.

Dans un certain sens, ces «extérieurs», ces «obligations» mettent des balises, des exigences et prendront forme si le contenant se précise. Un autre image peut éclairer ce concept, un clou est nécessaire à un cadre, qui ne tient en général pas magiquement au mur. Un cadre sans un support tient difficilement, mais un support sans cadre peut être bien disgracieux dans un ensemble. Il reste présent et on finit par y mettre n'importe quoi ! Cette métaphore introduit aussi la notion d'environnement, d'éco-système qui joue une fonction essentielle et permet au cadre d'avoir une place, une fonction dans cet ensemble, de devenir parfois le point essentiel même dans un environnement désagréable au départ. Le pouvoir d'un cadre, c'est aussi de se faire oublier, puisque l'on ne voit plus que son contenu. Cette image peut cependant actuellement agacer des travailleurs sociaux en grande souffrance, ou en lutte avec des exigences administratives parfois inexplicables ou réductrices ou incohérentes, définissant ou pensant à leur place, les plages floues de ces fonctions sociales. Comment apprendre à utiliser ces réalités sans les juger, sans se mettre en symétrie avec leurs auteurs et en faire le premier étayage du cadre d'intervention ? *Trois étapes* nous apparaissent essentielles dans ce processus :

### **Poser le contour du «cadre d'intervention»**

Cette étape s'amorce dès le premier contact, le premier appel téléphonique, le premier entretien, et les premières minutes de l'entretien. D'une façon générale, les travailleurs sociaux interviennent soit à la demande des clients ou usagers dans une permanence, ou à une demande d'entretien, de visite à domicile, ou encore, comme nous venons de le mentionner suite à un signalement, ou une demande d'enquête, ou encore un mandat qu'il soit judiciaire ou administratif, dans le cadre de la protection maternelle et infantile (P.M.I.). D'autres instances de demandes institutionnelles de tout niveau et tout ordre sont aussi à l'origine de bon nombre d'interventions des travailleurs sociaux dans les familles. Ces «demandes», d'où qu'elles viennent, ne sont pas notre cadre d'intervention, mais elles en permettent l'ébauche, elles ouvrent à l'intervention d'un certain type d'encadrement venant de l'extérieur. A nous de «créer» un intérieur à cet encadrement, tout en tenant compte, dès le démarrage, de cet extérieur, de ces directives. C'est toute la nuance et le passage de cette étape «*au nom de...*» à une autre étape «*en notre nom*». Le souci du respect des clients, le désir d'être accepté, la peur de blesser, de choquer, l'impression qu'un certain nombre de points que nous connaissons ne peuvent se dire, mettent d'une façon générale, les travailleurs sociaux dans une situation de malaise au moment du démarrage de cette étape que nous avons appelé «poser le contour du cadre». Avoir beaucoup de pudeur pour protéger le «client» ou nous protéger, nous met très souvent dans une situation de non-dit, de secret et d'enfermement. La question est donc de pouvoir, et d'oser dire, lire, expliciter, mettre cartes sur table. C'est notre réalité, d'intervenant social, dans un contexte particulier, qui peut faire penser à une violence symbolique. Or, c'est du fait des directives, des injonctions et des ordres de l'extérieur, que ce soit l'inspecteur de l'aide sociale à l'enfance, ou l'institution dans laquelle nous travaillons, que nous sommes légitimés à entrer en contact avec une famille. Ces instances ont des demandes tout à fait

particulières, plus ou moins explicites. Face à une ordonnance du juge avec des attendus et des objectifs, il est certes beaucoup plus facile de la relire au démarrage de l'intervention. Dans une mesure d'action éducative administrative, le contrat signé peut en quelque sorte faire office de cette première étape pour la mise en place du cadre d'intervention.

Un autre point est la demande des clients, des usagers, qui ne doivent surtout pas nous faire escamoter l'impact excessivement important des «téléguideurs à distance» et des «référents». Un usager rencontrant un travailleur social peut avoir en tête ce que ce référent lui a dit de faire ou de demander sans forcément être en contact avec sa propre demande ou ses propres besoins. La multiplicité des aides, des allocations, des représentations, de plus en plus clivées concernant les divers travailleurs sociaux, aide les clients à développer une expertise et des stratégies l'amenant à formuler sa demande en fonction des compétences du professionnel devant lui. La question, à cette étape, est donc de prendre le temps d'entendre ce qui a été énoncé concernant l'action du travailleur social.

Sur le plan méthodologique, les préambules d'un cadre extérieur posé par d'autres: collègues, employeurs, voisins, avec des injonctions ou des directives particulières, doivent être recherchés et entendus dès le début de ce premier entretien. Il constitue les premiers jalons pour poser notre cadre de travail. Sans cela, les travailleurs sociaux peuvent avancer avec un cadre posé par d'autres sans en connaître le contenu! Cela finira toujours par créer un sentiment d'écartèlement, de tiraillement, d'épuisement ou encore de clivage des niveaux d'attentes. Nous rencontrons cela, lorsque la question du passage de «au nom de» à «en notre nom» n'est pas réglé. Ce que nous soulignons donc ici, est l'importance dans l'intervention sociale de permettre au client de mettre en mots ce qu'il a entendu, de ce que le(s) «référent(s)» lui ont dit ou énoncé, à propos de notre supposée intervention. Connaître les «téléguideurs à distance», qui garderont en général un contrôle sur ce que nous proposerons, reste aussi quelque chose d'essentiel, sinon nous risquons d'entrer dans des relations de symétrie. Il s'agit donc de saisir, de comprendre ce qui a été entendu et de s'arrêter à la recherche du sens qu'en donne le client. Dans le cas d'ordonnance judiciaire, celle-ci pose les préalables d'un cadre de travail pour le professionnel et la famille. Des mots sont écrits, de quoi sont-ils porteurs pour chacun? A quels événements sont-ils rattachés dans l'histoire d'aide et d'intervention sociale? Ces directives d'ordonnance deviennent, en quelque sorte, nos «*objets tiers*» pour poser le cadre d'intervention, créer le contexte communicationnel, même autour du refus d'aide et d'une non-demande. Cela suppose donc que le professionnel ose poser et imposer un temps de parole autour de ces balises, qu'il ose se positionner et s'imposer avec un grand respect du partenaire, sans miser sur cette prestigieuse règle: «créer d'abord une bonne relation et ensuite on passera au cadre». Cet espace premier dont nous parlons est un moment particulièrement délicat en travail social, pour différentes raisons. Si dans le domaine des thérapies, il peut être relativement facile de travailler la question des attentes et des motivations, éventuellement celle des référents, d'une façon générale, les représentations souvent positives que se font les thérapeutes d'eux-mêmes, et les clients de leur thérapeute, vont leur faciliter la mise en place plus ou moins explicite du cadre de travail. Il en est souvent différemment des travailleurs sociaux, qui peuvent être en

doute concernant leur compétence, ou encore se positionnent difficilement dans une fonction de contrôle social, ou plus souvent sont prisonniers de leur propre représentation, *hélas souvent dévalorisante*, ou encore prisonnier de mythes et de règles professionnelles.

Ces premières minutes du premier entretien, durant lesquelles est posé ce contour du cadre, peuvent donc être une étape perturbante, éprouvante, angoissante, si le travailleur social n'a pas intégré un support épistémologique et méthodologique qui va lui permettre de démystifier les croyances ou les mythes divers. Entre autre, le mythe de la création «d'une bonne relation» à tout prix, englutit souvent, dans des silences, des non-dits. Par exemple: inviter dès le premier entretien tous les membres de la famille, «poser les mots» de l'extérieur que nous connaissons tels que: violences, alcool, sévices, souffrance d'un enfant, négligence, abus sexuels, conflits entre les générations et bien d'autres... peuvent tout à fait faire craindre à nombre de professionnels de bloquer dès le départ toutes possibilités de création d'une bonne relation. Il arrive donc que ces choses connues, vraies ou non, soient tues. Or nous avons, à de très nombreuses reprises, constaté l'importance de ces mots repris à l'intérieur d'un entretien, dès le début, avec le souci premier de clarifier, de mettre «cartes sur table», de dire ce qui est connu, ce qui a été compris, mais que la famille peut tout à fait vivre différemment. Ces mots de l'extérieur, nommés à l'intérieur d'un entretien, avec des possibilités d'ouvertures, de réflexions, sont bien sûr treintés de toutes les émotions possibles des membres de la famille ou du groupe. Ils ont en même temps le pouvoir de créer un contexte de confiance, et de confirmer le cadre, côté intérieur. C'est un moment où le dedans-dehors s'ajuste en homéostasie parfois turbulente. Ne pas avoir peur des mots, du partage que l'on en fait, de l'ouverture de partage que l'on accepte, provoque toujours un effet de surprise intéressant dans notre pratique, en même temps rassure l'autre, dans le sens où le jeu de cache-cache habituel est quelque peu perturbé. Par exemple, dans le cadre des expertises familiales, dire à la famille: «nous ne connaissons que cette ordonnance, nous n'avons pas consulté votre dossier, et nous le verrons plus tard, nous avons préféré d'abord comprendre avec vous...», ou dire «j'ai consulté votre dossier et voilà ce que j'ai relevé de plus...» met en place en quelque sorte le contour du cadre de travail, et établit les marques du contexte communicationnel. Avoir posé clairement le cadre d'intervention «au nom de...» du mandat, de l'expertise, de la demande d'une institution, du responsable, du médecin, délimite, introduit l'autre espace que nous aurons à créer «en notre nom».

«Au nom de...» est une nécessité du fait d'une intervention sociale demandée, proposée, souhaitée par eux-mêmes ou par d'autres instances (comme d'autres disent: «c'est une nécessité thérapeutique»). C'est une nécessité obligatoire, car nous avons besoin de leur participation et de leur aide pour avancer avec eux. C'est vital, pour nous professionnels, essentiel; le «cadre» constituant des balises pour l'intervention. C'est une étape qui remet en cause beaucoup de mythes, de règles professionnelles autour de certaine primauté nous empêchant d'utiliser notre «autoréférence». C'est enfin utiliser les «contraintes» pour les transformer en «ressources».

## Mettre le fond du cadre

Cette étape de travail vient immédiatement après les quelques minutes du premier entretien et durant le deuxième entretien. A ce moment-là, c'est déjà en notre nom que nous avançons. Cette étape est celle du débroussaillage avec le client. Il convient donc, bien souvent, en premier lieu de revoir avec chacun «ce qui a été compris» de ce que nous avons énoncé, lors de la mise en place du contour du cadre. Les écarts sont toujours très importants, entre ce que nous disons et ce que les clients entendent. C'est aussi un temps de travail sur les *représentations* des clients sur notre travail, les entendus, sous-entendus les supposés, pré-supposés, provenant de ce qui a pu être dit par les envoyeurs-référents, ou les téléguideurs. Il est aussi intéressant de vérifier l'effet produit par certains énoncés, plus ou moins tabous, dans un système où la règle est peut-être le non-dit. Accepter à cette étape de mettre dans notre cadre de travail, de façon clairement énoncée, les plaintes, les questions, les refus, les compréhensions, les incompréhensions, la colère vis-à-vis du signalant ou du juge, le refus d'aide et la non-demande d'aide, est essentiel. C'est souvent une façon pour une famille de poser ses marques, tout en étalant nombre de difficultés, excitant en nous le désir de les aider malgré tout! C'est en fait un temps de partage, d'information communicante, dans le sens où, prenant soin de nous laisser informer par la famille elle-même, celle-ci informe en même temps les autres membres de la famille. Dans le cas où cette première intervention se passe avec un seul membre de la famille, il est tout aussi intéressant d'introduire immédiatement les autres membres de la famille, de façon tout à fait symbolique en cherchant avec cette personne «ce qu'elle s'imagine que les autres membres de sa famille diraient, s'ils étaient là», par exemple. Cet espace d'écoute que nous mettons donc en place dans ce cadre déjà délimité, est souvent un des premiers actes d'aide essentiel. C'est d'ailleurs le moyen d'approche privilégié que très souvent, en tant qu'intervenant social, nous avons intuitivement développé, et que nous pouvons encore davantage utiliser, car cette étape implique d'une façon très forte toutes les réalités familiales et de l'environnement. De la même façon que nous nous arrêtons à ce moment-là sur la recherche du vécu familial, face à cette offre d'aide, il est tout aussi important d'embrayer aussi sur ce que les différents membres de la famille ou le client présent ont «compris de l'histoire des interventions» qui peuvent être particulièrement nombreuses. Il est toujours étonnant lorsque nous prenons le temps de faire cette exploration, d'entendre ce que les clients comprennent ou se sont représentés des différents objectifs que se sont donnés les lieux institutionnels variés, satellisant d'une façon plus ou moins proche, la famille. Plus les résistances sont grandes, plus la famille peut se permettre de dire qu'elle est en non-demande (malgré les problèmes), qu'elle refuse ce qui lui est imposé ou proposé; plus il nous semble important de se donner du temps avec ce partenaire qu'est la famille, pour débroussailler tout le système de représentations qu'elle a pu se forger de par toute son histoire d'aide. Il est, en général, beaucoup trop tôt pour mettre en place à ce moment-là tout espace de réflexion sur leur demande, leur besoin, leur difficulté, leur non-demande. Travailler ce système de représentations permet de dégager le terrain, de poser le fond du cadre, de reprendre la distance, de s'approprier à ce cadre posé, imposé. C'est une étape très riche en informations, car au

travers du dégagement des représentations, nous allons peu à peu laisser l'espace à la vérification des premières hypothèses, à l'élaboration d'autres hypothèses sur les jeux en place, pour éviter le changement, ou mettre en échec tous les systèmes d'aide, déjà précédemment installés.

Cette étape de mise en place du fond du cadre, du débroussaillage des systèmes de représentation, de l'histoire de l'aide, de l'histoire de cette demande, nécessite de la part des professionnels la capacité d'utiliser des techniques autres que celles habituellement utilisées dans le domaine du socio-éducatif. Les habiletés à utiliser les techniques de travail par questions circulaires, dans une optique tout à fait systémique, nous permettent de recueillir en général une masse d'informations étayant de l'intérieur notre cadre de travail.

Un article de la première équipe de Milan (5) constitue un classique à étudier. D'autres techniques de visualisation, de schématisation sont particulièrement utilisées en approche systémique telles que celles du réseaugramme, du génogramme (6), de la sculpture familiale. La capacité de vérifier des hypothèses systémiques reste une étape très importante à développer dans la formation des travailleurs sociaux. Cela suppose que nous quittons donc, dans notre domaine du social, tout le système des interprétations qui prend souvent la place des possibilités d'évolution et fige en quelque sorte une situation dans une étiquette.

Cette étape d'informations communicantes et circulaires entre la famille et ses membres, entre la famille et les intervenants, suppose aussi que nous soyons très au clair et en souci de clarification constante avec nos élans, nos désirs d'aide, nos attentes, nos valeurs, nos idéologies, nos résonances personnelles, les résonances institutionnelles. Cette étape informante permet d'établir un contexte communicationnel, informatif, créer une relation d'affiliation dans le cadre qui a été préalablement posé et qui continue donc de se poser. C'est une étape qui est aussi souvent nécessaire de reprendre dans le processus de l'intervention, qu'elle soit mandatée ou non.

Au point où nous en sommes dans cette réflexion, nous pouvons souligner que l'exigence d'une directivité plus ou moins forte pour délimiter un cadre, nous oblige, dans le même temps, à être en connection avec notre vécu personnel et celui de l'autre, client ou co-intervenant. Même imposé, ce cadre d'intervention suppose donc un sens profond de l'accueil et de l'écoute, il n'est et ne peut être une recherche de pouvoir en soi car, à ce moment-là, il dérive en défi, en symétrie ou en jeux d'échec, piège numéro un de toutes ces interventions sociales.

Pour résumer ces deux premières étapes méthodologiques, nous pouvons donc dire que le fait de ne pas tenir compte des «imposés», des «ordres», parce que le professionnel y est rétif ou pour toute autre raison... le met donc dans la position de ne pas réintroduire ces données comme «tiers», comme «légitimité» à l'intervention.

Paradoxalement, ce refus devient obligation pour le travailleur social lui-même, du fait qu'il a pris sur lui ce qu'il refusait de l'ordre de l'autre!

## **Créer notre espace de travail**

Toujours en reprenant la métaphore du cadre, sur ce fond de cadre, pouvant tenir lieu de «Marie-Louise», qu'allons-nous y mettre, y peindre ensemble? Qu'elle sera

la dimension de cet espace de travail? C'est une autre délimitation à faire, avec le client, la famille, en tenant compte des autres partenaires de l'aide, des institutions... C'est ici, aussi, donner une dimension éco-systémique à notre intervention sociale.

Il peut arriver que cet «espace de travail» ne soit constitué que par l'écoute, l'émergence, la réflexion faite au niveau de l'étape précédente, ceci sans qu'il y ait véritablement expression d'une demande ou d'attentes et motivations à quelque chose d'autre, en terme de changement. Le fait d'avoir, avec la famille, le client, dégagé leur vécu stressant, du fait de pressions pour un changement imposé par le corps social et non souhaité par la famille, par exemple, peut permettre une émergence d'énergie et de changement à l'intérieur de la famille. En effet, dans les luttes de pouvoir s'instaurant, du fait de l'un ou l'autre partenaire des interventions, il importe de trouver l'art et la volonté de se rejoindre, tout en gardant nos repères, pour éviter des glissements de contexte. Il faut aussi penser que pour survivre dans des conditions difficiles, les clients et les familles clientes, ont appris *beaucoup de stratégies* et que, pour affronter une dizaine d'intervenants dans certains cas, il faut une intelligence tactique, tout comme pour réussir à ne pas changer et à confondre tous ces intervenants! Nous l'oublions trop souvent...

Ce petit cadre spécifique, intérieur au grand cadre, est très souvent un espace-temps dans lequel la famille peut *enfin* oser laisser émerger ses attentes, ses envies, ses désirs, ses rêves souvent bien différents de ce que le professionnel aurait supposé ou espéré. Les motivations apparaîtront bien après, au détour des peurs, des hésitations, des craintes, le tout étant exprimé, reconnu, amplifié, *positivé*. Les souffrances autour des échecs, vécus lors de tentatives d'aide antérieure, les ou le sentiment de ne pouvoir arrêter les répétitions familiales qui écrasent cette famille prendront souvent un grand temps dans cet espace restreint, et deviendront nos objets communs de recherche dans le cadre d'intervention «famille et intervenant». Ce que nous appelons «espace de travail» est appelé par d'autres «contrat», mais à condition que ce «contrat» soit élaboré *d'un commun accord*, puisque l'étape précédente a permis à la famille, au client, de se positionner, de s'exprimer, d'être reconnu dans toute sa différence par l'équipe d'intervenants.

Rester curieux dans l'exploration et le partage des constatations, de nos découvertes, de nos recherches *sans interpréter* est, toujours, à ce niveau un état d'esprit qu'il convient de garder, pour rester dans une optique de recherche avec la famille. Nous avançons avec eux, ils nous aident à découvrir, et découvrent en nous informant... Ce regard différent, concernant la relation d'aide et les règles de relation, étayent cet espace. Elles nous permettent d'expérimenter bien des techniques d'entretien, sans doute plus que si nous restions dans le piège de l'écoute passive, sans cadre de travail. Bien sûr, je soulève encore ici les mythes toujours pesants, dans nos pratiques sociales, avec ce vieux rêve de la non-directivité, de la neutralité, de la non-implication encore et toujours enseigné... Notre souci reste souvent de ne pas influencer l'autre alors que toute communication, par ses messages verbaux et non verbaux, influence nécessairement l'autre qui y participe.

Nous est-il possible d'accepter que c'est «en notre nom...» que nous élaborons ce travail d'aide, mais *avec eux*, en utilisant nombre de techniques que nous connaissons déjà, enrichies d'outils systémiques que nous avons maintenant à

notre disposition : génogramme, sculptures, visualisations, connotations positives, questions circulaires, utilisation du tiers, l'anticipation (7, 8). Toujours à ce niveau, bien des interrogations émergent encore et doivent être vérifiées avec les participants à l'entretien et ce rapidement. Par exemple: Qu'avons-nous créé depuis le démarrage du travail d'entretien? Quels intérêts, quelles gênes présentent cet espace de travail? Pouvons-nous y changer quelque chose actuellement? Est-ce le temps de repreciser des objectifs, ou encore de partager certaines hypothèses, pour les vérifier, tout en laissant d'autres plus cryptiques? Toutes ces questions partagées aident aussi à motiver les raisons sous-tendant la rencontre avec d'autres personnes ou à dynamiser notre intervention ou notre mandat. Tout n'est pas forcément explicité bien sûr, et souvent les travailleurs sociaux se croient encore obligés de le faire, pensant que «si les gens prennent conscience, ils vont changer»! (Autre mythe ou autre erreur?) Dans cet espace, posé d'un commun accord, le travail que nous faisons «en notre nom», en référence à ce que nous vivons (auto-référence), à ce que les membres expriment, reste une sécurité pour les temps difficiles de la prise en charge et du processus d'aide. Il nous arrive bien souvent, dans les situations de jeux familiaux ou institutionnels très lourds, envahissants, par leurs imbroglios, leurs instigations ou leurs courts-circuits communicationnels, de pouvoir émerger de ce magma engluant en nous raccrochant au cadre, comme à une bouée ou à des balises par temps de brouillard. Le cadre d'intervention comme nécessité dans une relation professionnelle est donc ce passage (9) d'un état à un autre «au nom de... en notre nom... avec eux...».

## En conclusion

La question du cadre de travail reste complexe dans le social, le socio-éducatif et, plus spécifiquement, dans le judiciaire. Travailler en équipe systémique permet sûrement de prendre le risque d'entrer dans les turbulences émotives de la création à l'intérieur d'un cadre, d'un tableau, tel un artiste!

La position de co-intervenant, si elle est définie dans une place différente d'implication, est souvent d'une très grande nécessité pour les allers-retours «dedans-dehors», dans cet ensemble éco-systémique que nous constituons avec la famille, son réseau et notre équipe d'intervenants.

Oser la directivité, dans la construction du cadre, implique:

- d'une part, un grand sens de la communication informante, devenue possible du fait du contexte relationnel;
- d'autre part, une profonde remise en cause de mythes et de règles professionnelles alourdissant nos capacités à dégager les jeux familiaux, ceux du groupe, ceux des institutions et de nos propres jeux...

Mettre des limites, pour un intervenant social, c'est donc aussi se dégager de la culpabilité, liée à un refus; c'est revoir nos définitions du respect de l'autre, de l'aide, de la relation. Poser cet acte professionnel qu'est la mise en place d'un cadre d'intervention, dès le début de la rencontre, implique donc de dégager de règles

encombrant notre surmoi professionnel. Oser être osé pour baliser, encadrer, puis créer avec le client, peindre avec lui à l'intérieur du cadre qui est le sien, comme le nôtre, est la première étape méthodologique.

Poser notre cadre d'intervention n'est qu'un point, dans un processus d'aide, dans un mandat. Mais c'est un repère auquel nous pouvons revenir pour l'élargir, le rétrécir, le déplacer, selon les besoins, les objectifs, les demandes, les attentes.

Il implique:

- la créativité, la non-directivité, la souplesse dans une cadre directif,
- le souci de recherche et de vérification des hypothèses...
- le non-jugement des tiers, des collègues,
- le courage de poser nous-mêmes la première touche dans le cadre.

Paule Lebbe-Berrier

ARETAF

38, rue Chanzy

F-51100 Reims

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Lebbe-Berrier P. (1988); *Pouvoir et créativité du travailleur social*, ESF, Paris.
2. Selvini, Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G. et Prata G. (1984): «Le problème du référent en thérapie familiale», *Thérapie familiale*, V, 2, pp. 89-99.
3. Hirsch S. (1990): *Formation en thérapie de couple*, CEFA, Paris.
4. Selvini Palazzoli M. (1981): «Contexte et métacontexte dans la psychothérapie de la famille», *Thérapie familiale*, II, 1, pp. 19-28; (1984): «Le problème du référent en thérapie familiale», *Thérapie familiale*, V, 2, pp. 89-100.
5. Selvini Palazzoli M., Boscolo M., Cecchin G. et Prata G. (1983): «Hypothétisation — circularité — neutralité, guide pour celui qui conduit la séance», *Thérapie familiale*, IV, 2, pp. 117-133.
6. Mac Goldrick M. et Gerson R. (1990): *Génogrammes et entretien familial*, ESF, Paris.
7. Benoit J.C. (1991): «L'anticipation: Aider l'intervenant face au changement», *Thérapie familiale*, 12, 4, pp. 315-325.
8. Benoit J.C. et Berta M. (1988): *La pénombre du double*, ESF, Paris.
9. Guitton-Cohen Addad C. (1990): «Fonctions d'autorité, appartenance institutionnelle et autoréférence», *Familles, institutions et approche systémique*, ch. 8, direction J. Plumackers, ESF, Paris, p. 207.

## DE LA THÉORIE À L'OUTIL

### *Quelques réflexions à partir de l'utilisation du génogramme en formation\**

M. CAULETIN\*\*

**Résumé:** *Quelques réflexions à partir de l'utilisation du génogramme en formation.* — Cette présentation situe notre utilisation du génogramme en formation longue à l'Approche Systémique et à la Thérapie Familiale, son évolution au fil des années et les constats qui ont pu en être tirés. La réflexion centrée sur un «outil» spécifique est en fait ici essentiellement support d'un questionnement autour de l'articulation théorie-pratique-formation: Quelles modalités construire pour maintenir une cohérence épistémologique dans l'utilisation d'outils. En quoi ce souci de cohérence épistémologique peut être en lui-même un élément constitutif essentiel du processus de formation. Comment il situe la conception du processus thérapeutique qui lui est nécessairement liée.

**Summary:** *Reflections on the use of genogrammes in training.* — The present paper situates how we use genogrammes in longterm training in systems approaches and family therapy, how they have developed over the years and what conclusions may have been come to. These considerations centred on a specific «tool» serve basically here to investigate the links between theory, practise and training: By what means is epistemological coherence to be assured in the utilisation of such tools. How may concern for epistemological coherence itself function as an integral part of the training process. What light does it shed on the necessarily related concept of a therapeutic process.

**Mots-clés:** Génogramme — Valeur systémique — Alchimie familiale — Complexité — Principe d'incomplétude et d'incertitude — Aléa — Rencontre — Expérience émotionnelle — Scientificité — Esthétique.

**Key words:** Genogramme — Systems value — Family alchemy — Complexity principle of incompleteness and uncertainty — Unpredictability encounter — Emotional experience — Scientificness — Esthetics.

### Préambule

Notre souci à tous, en tant que formateurs, se centre sur la nécessité d'inventer des modalités et un cadre de formation cohérents avec l'épistémologie systémique

\* Article reprenant le thème développé dans le Symposium formation des 7<sup>es</sup> Journées Francophones de Thérapie Familiale Systémique de Lyon, «Bilan et Perspectives».

\*\* Psychologue Clinicienne Formatrice à l'ADRETS, 5 et 7 rue des Marronniers, F-69002 Lyon.

et qui, autant que faire se peut, incarnent et organisent, au sein du groupe de formation les conditions d'une expérience formative. En ce sens, nos pratiques de formation parlent de notre intégration propre et de notre rapport au paradigme systémique. Pour illustrer cette évidence, et proposer notre propre cheminement au débat je voudrais vous présenter notre utilisation du génogramme personnel des stagiaires dans la formation à l'Approche Systémique et à la Thérapie Familiale animée par Bernard Masson et moi-même.

## **I. Le génogramme en formation**

### **Mise en question de la fonction d'un «outil»**

#### **1. Filiation de ce travail sur l'origine**

Nous sommes partis il y a huit ans de cela du cadre que nous avons expérimenté avec notre propre formateur, J. Beaujean, dans notre formation personnelle. Le travail sur son génogramme était l'un des aspects centraux de la deuxième année de formation longue, supposant une recherche personnelle et une présentation au groupe de formation, suivie d'un sculpting réalisé avec le groupe. Il se poursuivait, dans son exploitation, au cours des supervisions individuelles de troisième année.

Il s'agissait alors essentiellement pour nous d'offrir aux stagiaires l'occasion d'expérimenter un «voyage» transgénérationnel dont nous avons pu nous-même vivre l'intérêt dans notre rapport à nos propres familles d'origine et à notre propre histoire. Ce pouvait être aussi une voie précieuse pour familiariser le groupe de formation avec la rencontre des rythmes, musicalités, textures et atmosphères de familles différentes, apprendre à les approcher et en les approchant, expérimenter la force et la richesse de l'appartenance familiale, des places et rôle de chacun, de l'impact des événements dans les trajectoires individuelles et collectives, etc.

Enfin, le génogramme représentait bien sûr pour nous un outil didactique incontournable et peut-être une façon de cautionner à posteriori, notre voyeurisme dans la famille des autres en acceptant le rite initiatique qui consiste à présenter la sienne propre au groupe de formation.

L'expérience que nous avons faite à partir de là nous a révélé combien le génogramme, par lui-même et en tant que support de formation, était plus complexe et plus riche que ce que nous avons pu en pressentir.

Sa richesse est en fait apparue au rythme de notre capacité à nous ouvrir aux trésors qu'il contenait et à élaborer ce que nous avons vécu au cours de notre propre formation en découvrant la façon dont chaque personne et chaque groupe de formation s'en «saisissait — servait» de manière originale.

C'est ainsi par sa pratique régulière en groupe de formation et grâce à nos stagiaires que son sens s'est peu à peu éclairé pour nous et que s'est affirmée sa valeur systémique.

#### **2. L'esprit de l'outil**

Parler de valeur systémique suppose de ne pas rester seulement fixé sur l'outil et d'interroger comment on le fait fonctionner.

Un des problèmes majeurs de l'approche systémique, telle qu'elle a été introduite dans notre univers social et thérapeutique par le biais des Thérapies Familiales, est d'avoir souvent été recouverte par les outils qu'elle avait contribué à forger. On connaît d'elle le miroir sans tain, les interventions paradoxales ou le génogramme, ce qui finit par occulter quand ce n'est pas pervertir en le chosifiant, l'esprit qui les sous-tend. Aucun outil, bien sûr, n'est systémique ou psychanalytique par lui-même, tout dépend de ce que l'on en fait et le divan ne garantit pas plus l'authenticité du travail analytique effectué que le miroir ne garantit le travail relationnel.

Tout au long de ces années, nous avons dû nous préciser notre façon de faire fonctionner le génogramme dans le cadre de la formation et chercher à affiner la cohérence de ce que nous proposons. Cette recherche nous a permis l'année dernière un temps de réflexion avec Sylvana Montagano dont l'apport extrêmement précieux quant à l'utilisation du génogramme, relié à une qualité d'être et de présence, résonnait fortement avec ce que nous tentions de vivre.

### 3. Notre évolution au fil de l'expérience

Cette démarche nous a amenés à clarifier l'enracinement théorique et épistémologique de notre pratique du génogramme (cf. II 1 et III 1). Cette recherche a facilité pour nous une réappropriation du modèle initial reçu dans notre propre formation nous permettant d'affiner le «mode d'emploi» systémique de cet outil en formation. Conjointement à l'expérience vécue et répétée, ce travail nous a en fait confortés dans trois directions. Les deux premières concernent essentiellement l'importance d'inscrire concrètement cette pratique dans son contexte, la formation professionnelle, clairement différencié d'un contexte psychothérapeutique :

- Le génogramme se situe en deuxième année, moment où la vie du groupe de formation a pu constituer un cadre suffisamment contenant, sécurisant pour faciliter l'engagement mais aussi où l'inscription de la dimension professionnelle de la formation est suffisamment ancrée. Ce temps charnière est de plus, là, directement relié aux supervisions de la troisième année qui permettront la reprise de certains éléments du génogramme mais en lien avec les situations professionnelles apportées.
- L'exploration transgénérationnelle n'intègre pas la situation actuelle du stagiaire, elle ne prend en compte que sa famille d'origine, inscrivant là aussi une butée par rapport aux risques d'aspiration du groupe comme des formateurs dans une dérive psychothérapeutique. Elle se vit en groupe, sur un mode paritaire, comme exercice ritualisé, prenant place parmi d'autres, théoriques et pratiques, visant à explorer d'autres histoires transgénérationnelles en présence dans les pratiques (génogrammes institutionnels et génogrammes des familles rencontrées).

La troisième direction, plus directement liée au fonctionnement même du génogramme en formation a, elle, marqué un tournant dans notre pratique.

La reprise des travaux de Murray Bowen (1), l'appui trouvé auprès de Sylvana Montagano, nous ont permis progressivement de privilégier de plus en plus la trajectoire de recueil des données et l'expérience relationnelle qu'elle occasionnait pour chacun. Nos consignes sont devenues plus précises quant à l'exigence que chaque stagiaire rencontre effectivement dans son parcours, les personnes significatives de son histoire, cette expérience devenant le sens premier de «l'exercice-génogramme».

L'ensemble de ce processus de clarification, confronté aux évaluations régulières (cf. II 3) nous a enfin donné une sérénité plus grande dans la présentation et la gestion de ce temps de formation, facilitatrice bien sûr d'une meilleure appropriation par les stagiaires (vérification toujours renouvelée qu'un cadre bien intégré est le meilleur garant d'un processus vivant).

En parallèle, ceci a renforcé pour nous l'importance d'une position essentiellement facilitatrice des formateurs et du groupe garants d'un processus d'ouverture de l'expérience et de sa non-clôture dans le registre du Savoir (cf. III 2). Sans que nous l'ayions cherché, nous avons trouvé là une possibilité de faire expérimenter l'intérêt «thérapeutique» d'une situation non psychothérapeutique, concepts que nous tentons constamment de déconfusionner tout au long de la formation dans l'élaboration de la pratique des stagiaires.

## II. Considérations épistémologiques et expérimentation

### 1. Les postulats de départ

*«La connaissance la plus riche qu'on puisse avoir de l'arbre englobe à la fois le mythe et la botanique»* (G. et M.C. Bateson, 2).

La pensée systémique tendant à retrouver la complexité du réel, constituée tout autant des propriétés de ses éléments que des relations entretenues entre eux, est difficile à soutenir car *elle nous ouvre à des processus qui nous impliquent plus qu'à des diagnostics qui nous rassurent*. «La complexité est un mot problème et non un mot solution» (Morin, 3). Et si le concept de complexité renvoie au tissu, à ce qui est tissé ensemble, l'histoire individuelle et familiale, l'alchimie familiale, dirait Sylvana Montagano (4) en est probablement l'incarnation la plus humaine et émotionnelle que nous puissions trouver.

Aborder l'histoire familiale en cherchant à maintenir une cohérence systémique nous paraît alors être guidé par la nécessité de *resituer chaque individu dans la complexité d'histoires et d'héritages emmêlés et régulièrement réaménagés par des élaborations mythiques donnant sens et corps à des vécus contradictoires, à des tensions internes, historiques et sociales*. Il y a là une voie d'approche de la «culture-vérité» de l'autre, un *abord subjectif de subjectivités en interactions nommées par Bateson (2) des «épistémologies locales»*.

Le recueil des données transgénérationnelles aussi large et complet soit-il nous paraît, ainsi que le définit Morin pour la pensée complexe (3), devoir «comporter la reconnaissance d'un principe d'incertitude et d'incomplétude» tout comme intégrer «l'aléa», l'événement de vie dans son imprévisibilité et dans son impact.

Ces trois postulats semblent être des garants et des gardes-fous utiles face au risque toujours présent dans cet exercice de glisser vers une lecture interprétative facilement réductrice et figeante. Ils nous invitent également à beaucoup de vigilance pour ne pas introduire de nouveaux dualismes et réussir à maintenir la dimension systémique de notre approche qui présuppose que «la forme est affectée par le flux, la structure est affectée par le processus» (Bateson, 2).

Aussi, l'abord de l'histoire et de la dynamique familiale ne peut qu'être humble et centré sur les relations, apprendre à tenter d'entrer en relation avec des relations, chercher, là encore, à suivre Bateson: «Bien que je ne puisse rien connaître de la chose individuelle en elle-même, je peux savoir quelque chose sur les relations entre les choses» (2).

Le génogramme, ainsi appréhendé, reliera sujet et contexte dans ce que représente pour nous la *notion de contexte: une relation circulaire entre temps et espace, imaginaire et réel, mythe et événement, psychisme et culture*. Il nous donnera à voir de façon privilégiée ce qui fait la spécificité de l'apport systémique par rapport aux grilles théoriques qui ne retiendront que l'un ou l'autre des items de ces bipolarités, une voie pour articuler *réalité psychique, réalité matérielle et vécu relationnel*, à partir des liens qu'ils entretiennent.

## 2. L'application concrète

Le génogramme est donc pour nous un outil dont l'intérêt est de remettre en contact et à jour, l'expérience émotionnelle des générations antérieures ainsi que leurs traces dans l'imaginaire familial actuel pour éclairer le vécu de la génération présente et l'aider à se ressaisir de façon active et consciente de cette dynamique implicite.

Il y a là pour nous et pour chacun des stagiaires, une démarche d'historien et d'anthropologue, interrogeant les zones d'ombres, l'absence d'information sur tel événement, cherchant à reconstituer l'authenticité d'une culture originale. Mais il y a aussi l'intérêt de se mobiliser pour aller à la rencontre des personnes de son passé, de leur expérience singulière de vie, et par là même s'ouvrir à une nouvelle expérience émotionnelle à partir d'une forme de rencontre particulière provoquée et permise par la reconstruction du génogramme.

Cette demande invite à nommer et expliciter sa vision originale du monde avec ce qui l'a nourrie d'héritages complexes. Elle nécessite surtout l'effort de réinterroger les images des acteurs du passé, de chercher à retrouver quel enfant de quelle famille fut le père dont on a mémorisé, intériorisé un visage, *un personnage qui est plus le produit d'une dynamique relationnelle et contextuelle complexe qu'une voie d'accès à sa personne profonde*.

L'aspect essentiel du génogramme se finalise alors autour de la rencontre avec chaque étape du cycle de vie familiale pour désamorcer les images figées des uns et des autres en retrouvant la complexité de leur expérience humaine et des processus relationnels qui ont progressivement constitué et des relations particulières et des personnages particuliers. Démasquer, dirait B. Masson, une image tri-dimensionnelle en laissant émerger le relief charnel que le cliché photographique avait figé; retrouver ainsi beaucoup des éléments source de sens de nos trajectoires

actuelles et remettre en contact et en circulation une masse d'informations relationnelles. Celles-ci resituent chacun par rapport à sa famille d'origine, à ses positions d'enfant, d'époux, de parent, de frère ou sœur, réinsèrent son attitude dans un ensemble d'enjeux et d'influences circulaires multiples qui questionnent par là même les informations plus linéaires dont nos mémoires individuelles et collectives sont truffées, enchâssant chacun dans des rôles et attributs réducteurs.

En ce sens, «si la circularité est l'oxygène de la relation» (J.C. Benoit), le génogramme peut être un moyen pour le stagiaire d'oxygéner, donc de dynamiser, son rapport à sa vie personnelle et professionnelle en remobilisant tout ce qui l'a nourri de son histoire transgénérationnelle. L'objectif n'est donc pas là de permettre une interprétation du vécu familial ni de réussir à faire émerger tout l'implicite des mythes fondateurs. La démarche n'est pas orientée sur l'interprétation psychologique ou le diagnostic relationnel, elle s'appuie sur la *conviction des effets transformateurs puissants produits par l'énergie mobilisée dans une rencontre émotionnelle authentique avec les protagonistes de sa propre histoire.*

### 3. Les constats

Dans notre expérience de formation, nous avons pu constater que la démarche sous-tendue par le génogramme ainsi conduit suppose souvent deux temps, un temps de réappropriation de l'histoire familiale au sein duquel on ne peut que «chausser les lunettes» du discours familial qui organise la réalité que l'on peut appréhender et un deuxième temps où il devient possible d'interroger cette façade pour la reconstruire plus en relief.

Chacun s'en saisit à son rythme et en fonction du moment dans lequel il se trouve dans sa trajectoire propre comme dans l'évolution de sa vie familiale. Chacun s'en saisit également en fonction du type de dynamique de groupe qui s'est alors construit et de la façon dont le groupe imprime un rapport particulier à ce temps de la formation. Le cadre formatif et non psychothérapeutique, la situation de groupe permettant à chacun de nommer son histoire tout en recevant celle des autres, créent un contexte qui, lui aussi, est créateur d'une dynamique et d'une richesse particulière.

Avec le recul d'une centaine de génogrammes, nous avons en tout cas pu vérifier maintenant les effets «réconciliateurs» tout autant que libérateurs facilités par ce processus. Ils ne sont pas forcément tout à fait nommables ou analysables mais ils relancent indéniablement pour certains la créativité personnelle ou permettent une transformation des relations familiales, un «effet d'onde» qui va provoquer chez les proches également de nouvelles initiatives, de nouvelles rencontres, etc.

Tout se passe comme si l'opération archéologique et émotionnelle favorisait par la mobilisation d'informations relationnelles une potentialisation et une désintoxication de l'héritage ainsi que, quelques fois, la levée de certains blocages.

L'évaluation pratiquée en fin de deuxième année comme en troisième année, les contacts ultérieurs informels ainsi que les cycles de supervision post-formation mettent en tout cas en évidence l'impact majeur pour la plupart des stagiaires de cette modalité de formation. L'expérience réalisée dans le cadre du génogramme, tout en étant toujours très singulière et contingente au moment de vie dans lequel

se trouve le stagiaire, facilite généralement une réappropriation de l'histoire collective de même qu'un rapprochement d'avec les siens, *sources de plus grande liberté, authenticité et d'une différenciation plus sereine.*

Nous constatons avec eux que ce qui bouge dans la relation familiale fait évoluer bien sûr directement le rapport à la profession, à l'institution et aux familles ou personnes prises en charge. Nous voyons ainsi quelquefois se jouer des changements de service, de fonction, l'accès à des postes d'encadrement quand ce n'est pas pour certains un des facteurs occasionnant un remaniement plus profond, détonateur de la décision d'abandonner l'univers social ou soignant.

### III. Liens théorie clinique et formation

#### 1. La question de la scientificité

Notre démarche, on l'aura compris, est donc assez éloignée de la recherche de protocole standardisé ou de la volonté de dégager des «prévisions» basées sur des recueils de données considérés comme fiables et exacts.

Elle n'a pas pour objectif de favoriser une compréhension de type cognitif des patterns familiaux ainsi que cela peut être présenté dans l'ouvrage de Monica Mac Goldrick et Randy Gerson (5), «Génogramme et entretien familial».

En glissant de la recherche d'hypothèses à l'interprétation, en se mettant extérieurs au processus d'émergence des données et en centrant leurs efforts dans la production d'indicateurs utilisables en termes diagnostiques et généralisables, il nous semble en effet qu'ils entrent en contradiction avec la démarche systémique. Cela pose un certain nombre de questions sur le plan clinique mais cela montre également la grande difficulté à construire des protocoles d'évaluation et de recherche qui ne dénaturent pas l'épistémologie systémique.

Fonder la recherche et le label de scientificité qui s'y rattache sur des méthodologies et des postulats nés du cartésianisme ne peut qu'enfermer le chercheur systémicien dans une contradiction logique insurmontable. Nous nous trouvons là face à un grand chantier à défricher.

Pour notre part, notre recours actuel face à cette difficulté s'est trouvé être de viser à maintenir, comme garants d'une rigueur théorique et méthodologique, un souci de cohérence épistémologique et une recherche d'éthique dans l'intervention qu'elle soit formative, sociale ou psychothérapique.

#### 2. Le génogramme: une voie d'expérience en formation

En ce sens le génogramme en tant qu'outil, en intervention, en thérapie comme en formation, doit participer à «ouvrir le nombre des possibles» (Von Foerster), réintroduire la complexité des processus relationnels qui organisent la perception de soi et des autres et participer à l'émergence d'une *réorganisation singulière du sens*, de l'histoire qui ne peut être prédictible ni prétendre à un quelconque statut de vérité. Nous restons là dans un registre en partie mythique et métaphorique dont la richesse doit être soutenue par l'expérience émotionnelle. Celle-ci risque d'être stérilisée par l'analyse ou sa tentation du fait même de l'effort de rationalisation.

Par contre, l'ouverture risquée dans l'expérience de la rencontre représente un véhicule majeur de transformation, comme nous le confirment nos pratiques thérapeutiques.

Les consignes doivent donc favoriser *une prise en compte du contexte, une lecture des attitudes ou des personnalités comme réinsérées dans des processus conditionnés en amont et visant à produire des effets en aval, comme des modes communicationnels interactifs tout autant que des caractéristiques de personnalité.*

L'utilisation dans la relation formative doit essentiellement viser à réintroduire un niveau d'information plus riche et plus complexe dont la personne aura à se resaisir dans ce qui lui apparaîtra le plus pertinent à ce moment-là (tout en sachant qu'il y a mise en mouvement d'une dynamique qui se poursuivra).

Le formateur (tout comme le thérapeute) sera là *garant d'un processus* et non celui qui conduit une réorganisation.

En fait, le génogramme peut permettre une rencontre plus authentique avec des personnes qui pourront l'utiliser pour se rencontrer. Il s'agit pour nous d'histoires singulières qui réussiront à être d'autant plus vivantes qu'elles s'inscriront dans une relation au groupe de formation et aux formateurs elle-même singulière.

Comme dans d'autres contextes, cette démarche peut alors favoriser des élaborations spontanées, des débuts de restructuration symbolique, permettre des recadrages en partie auto-gérés par les personnes du fait même de la mise en contact et en présence de faits maintenus séparés ou de l'échange dans un cadre donné sur les événements du passé.

Elle rend vivante et concrète dans l'expérience même de la formation une conception spécifique de la relation formateur/formé, renvoyant bien sûr à notre représentation de la relation patient-thérapeute et du processus thérapeutique. L'histoire familiale, ses principaux acteurs se trouvent triangulés au sein de la relation formateur/formé ce qui organise différemment l'aspiration du formateur dans une position parentale et sa gestion. Le stagiaire se trouve lui nécessairement mobilisé dans une position active et d'engagement dans un processus qu'il a à conduire pour lui-même, tout en étant accompagné, soutenu par le groupe et les formateurs. En ce sens, l'expérience du génogramme en formation marque l'individualisation nécessaire du devenir thérapeute ou intervenant systémique. Au travers de l'attitude des formateurs, elle tente également de signifier la richesse d'une forme de regard et d'attention à «l'autre dans le monde» qui ne cède pas à la séduction de l'intervention «magistrale» ou «magicienne». Cette situation relationnelle particulière nous paraît précieuse pour soutenir des professionnels qui acceptent le risque de faire de leur travail une tentative de rencontre de l'autre et d'eux-mêmes et qui doivent pour cela s'accepter vulnérables et quelque part aussi «non savants».

### **3. La conviction esthétique**

Pour nous, c'est à ces conditions que le génogramme peut être, en tant qu'expérience formative, également, une métacommunication vivante d'une «esthétique» de l'intervention telle que la définit C. Vieytes-Schmitt (5) dans son article sur l'art de la rencontre thérapeutique. «Nous considérons le processus thérapeutique comme un processus créatif, à travers lequel une nouvelle réalité relationnelle est

créée par le système thérapeutique. Ceci implique que le thérapeute, lui-même, devra faire l'expérience subjective de cette création partagée. Il devra donc aussi faire l'expérience du processus de deuil inhérent à tout processus créatif, qui commence en fait par la destruction de la forme, de la structure existante. [...] L'entraînement artistique est d'une certaine manière l'éducation du sentiment, du 'sentir avec'. Nous pensons que la formation d'un psychothérapeute doit inclure cet entraînement artistique, qui passe aussi par une connaissance sans crainte de soi» (5).

Nous la rejoignons tout à fait dans cette «approche esthétique» qui condense à la fois notre représentation du sens du travail thérapeutique et des voies possibles d'intégration de l'approche systémique comme référent théorique de ce travail. Par là-même, elle situe pour nous le lieu de nos responsabilités de formateurs et les fils conducteurs que tentent de suivre nos pratiques de formation.

*«Les mythes dans lesquels nos vies sont enchâssées acquièrent une crédibilité à mesure qu'ils s'incorporent à une partie de nous-mêmes. Ancrés profondément dans notre caractère, ils deviennent indiscutables, souvent sans que nous en soyons conscients, religieux, en fait, comme des articles de foi.*

*»C'est envers ces mythes et les formes qu'ils pourront devenir demain, que tous nos fabricants de mythes, nos 'mythopoètes' (savants, hommes politiques et professeurs) portent une responsabilité ainsi que les médecins, juristes et journalistes qui les vivifient par les réponses qu'ils offrent à l'énigme du Sphinx» (G. Bateson, «La peur des anges»).*

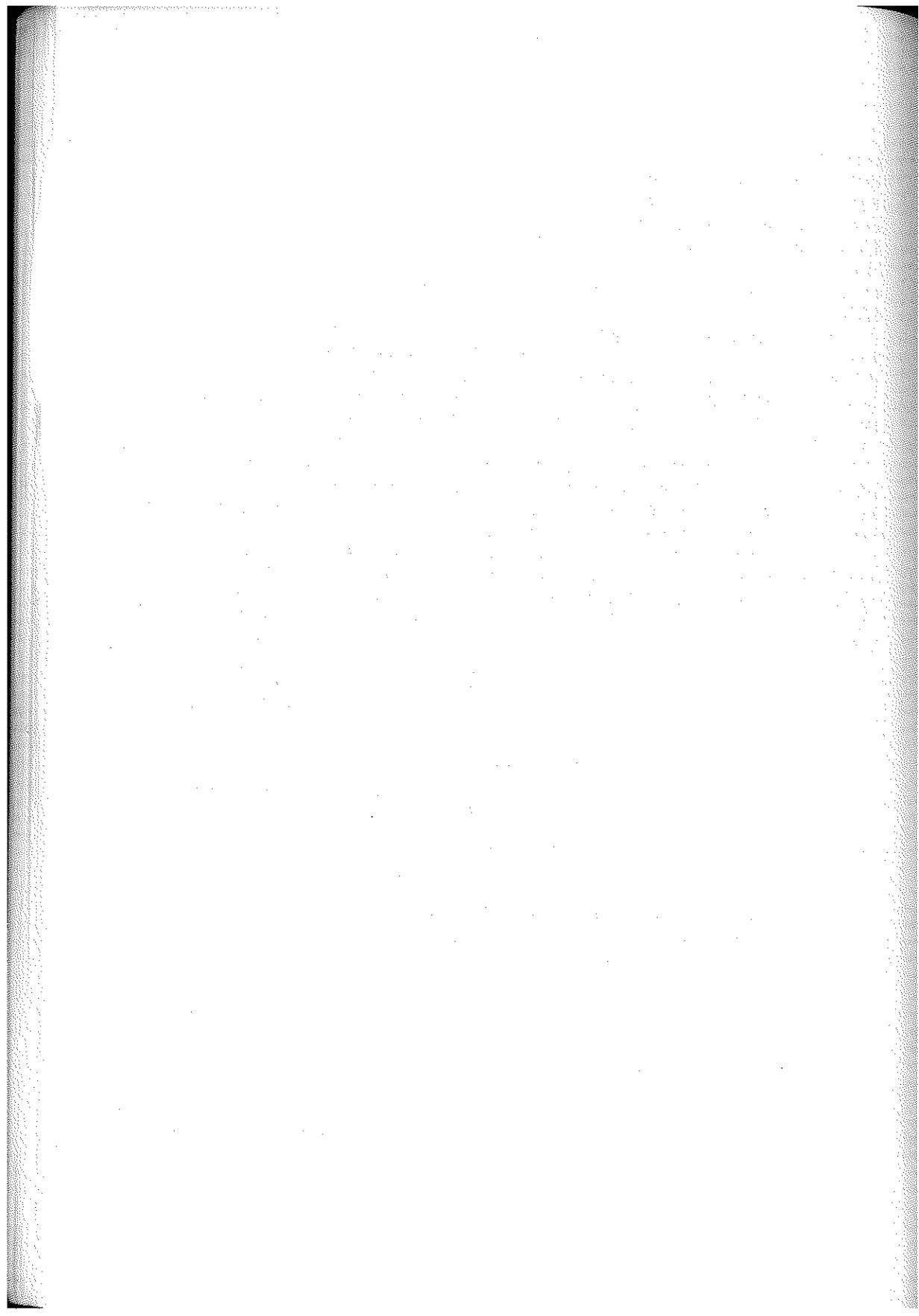
M. Cauletin

5-7, rue des Marronniers

F-69002 Lyon

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Bowen M. (1984): *La différenciation du soi — Les triangles et les systèmes émotifs familiaux*, ESF, 196 p.
2. Bateson G. et Bateson M.C. (1989): *La peur des anges*, Seuil, 296 p., pp. 269, 134, 70, 214, 246.
3. Morin E. (1991): *Introduction à la pensée complexe*, ESF, 158 p., p. 10.
4. Montagano S. (1989): *Il genogramma — Teatro di alchimie familiari*, Franco Angeli, 214 p.
5. Mac Goldrick M. et Gerson R. (1990): *Génogramme et entretien familial*, ESF, 199 p.
6. Vieytes-Schmitt C. (1990): «L'art de la rencontre thérapeutique — Considérations épistémologiques», *Thérapie familiale*, 2, pp. 117-125.



**SITUATIONS LIMITES\***  
**Une gestion systémique  
de l'action et des institutions  
peut contribuer  
à la prévention et au traitement  
des situations d'isolement social majeur**

J.L. TOURET\*\*

**Résumé:** *Situations limites: Une gestion systémique de l'action et des institutions peut contribuer à la prévention et au traitement des situations d'isolement social majeur.* — Les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (C.H.R.S.) reçoivent des personnes qui sont souvent dépourvues de relations sociales et de ressources financières. La tentation est grande, pour les équipes des C.H.R.S., de répondre à tous les besoins de ces personnes dans une démarche généreuse, mais totalisante. Les équipes psychiatriques connaissent aussi de telles tentations. Un exemple clinique illustre dans quel esprit il est possible, parfois, de prévenir de telles situations d'isolement social et d'éviter les réponses totalisantes. Quelques propositions en sont déduites quant à l'organisation des institutions soignantes et sociales et aux règles minimales susceptibles de favoriser l'efficacité de leurs collaborations.

**Summary:** *Homeless and resourceless people.* — Our «C.H.R.S.» (Half way Houses) cater for multi-problem individuals, often completely isolated and without any financial resources. C.H.R.S. teams are greatly tempted to generously respond to each and every problem. Psychiatric teams also have to resist such impulses. A clinical example shows how it may be possible to prevent situations of total isolation and to avoid the trap of total support (becoming saviors). A few suggestions follow as the way to organise social and sanitary organisations, and some rules offered to promote the efficiency of their teams and reciprocal collaborations.

**Mots-clés:** Isolement social massif — Travail en réseau — Travail avec les familles.

**Key words:** Total social isolation — «Networking» and helpers network — Working with families versus family therapy.

\* Texte remanié présenté à la Journée régionale d'étude de la Fédération Nationale des Associations de Réadaptation sociale des Pays de Loire, 28 mai 1988, La Pommeraiie-sur-Loire, et au Congrès National de la Fédération Nationale des Associations de Réadaptation sociale, Dijon.

\*\* Psychiatre, chef de secteur.

## 1. Introduction

La Fédération Nationale des Associations de Réadaptation Sociale fédère un grand nombre d'établissements d'accueil et de vie pour isolés sociaux. Elle est confrontée aux problèmes des sujets totalement désinsérés, ayant perdu tout milieu de vie et toute ressource. C'est la situation de ces sujets qu'elle définit comme «situations limites».

Elle a souhaité associer à sa réflexion un Psychiatre de Secteur et ce sont ces réflexions qui font l'objet de cet article.

\*

Nul n'est une île en soi-même.

Il n'est personne qui soit capable d'exister sans entretenir des liens avec ses semblables.

Il semble que cette règle de base de la condition humaine, à savoir que l'homme est un animal foncièrement social, fasse actuellement l'objet d'une redécouverte, comme s'il s'agissait d'une nouveauté.

Il n'est pas sans humour (et pourtant logique) que cette redécouverte se fasse par le truchement de ceux qui ont pour fonction de s'occuper des exclus effectifs ou potentiels, particulièrement, pour ce qui occupe ici, les travailleurs sociaux et les responsables de Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale en conjonction avec des Psychiatres.

Gageons qu'ils ne sont pas les seuls concernés.

N'est-ce pas un processus fréquent que nous prenons conscience d'un de nos organes ou d'une de nos fonctions précisément lorsque cet organe, ou cette fonction, vient à nous faire défaut, ou à nous faire souffrir?

Qui de nous a conscience de son estomac ou de ses orteils en dehors des moments où il en souffre?

Or, il se trouve que le corps social actuel a «mal à sa solidarité», c'est-à-dire à ses liens. Ceux qui ont pour fonction de rencontrer, aider, soigner ou juger les membres du corps social «en situation d'amputation» menaçante ou réalisée sont bien placés pour ressentir et exprimer les douleurs et les nocivités de l'isolement, de la déperdition des liens, que ce soit dans les difficultés de leur action ou dans ce qu'ils perçoivent de la souffrance de leurs «clients».

En conséquence, l'élément de solution suggéré dans le sous-titre dans la rencontre paraît central, même s'il reste partiel. Non suffisant, il est **nécessaire**.

Comment des aidesurs en situation d'isolement pourraient-ils avoir la moindre chance d'aider des sujets eux-mêmes isolés à se reconstruire des liens?

Ils ne pourraient, au mieux, que reconstruire avec eux un «néo-monde» coupé du corps social commun et tournant en rond sur lui-même. Cela est la définition précise de l'asile, avec pour seul changement, un déplacement du problème. La psychiatrie, vous le voyez, n'est pas loin.

Il peut être piquant de rappeler que les hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques, les hospices, sont les enfants historiques de «l'hôpital général», fondé en 1656 par Edith Royal pour expurger les rues de Paris de tous les «traîneux»,

clochards, brigands et «tordus», qui infestaient Paris, précisément dans une période de difficultés économiques (Michel Foucault).

Or, les hôpitaux généraux ont cessé d'être un refuge, depuis au moins les années '60, les hôpitaux psychiatriques sont en passe de cesser de l'être et les hospices sont en cours de suppression depuis la Loi de 1975.

Le corps social se défait rapidement des institutions qu'il avait mises en place pour consacrer la réjection, faute de disposer des moyens de la prévenir ou de la guérir.

Ce pourrait être «bel et bon» si d'autres moyens, plus ouverts, plus dynamiques, moins totalitaires, bref, plus nuancés, et plus solidaires venaient les remplacer avantageusement.

C'est, certes, en partie le cas. Le progrès des soins, les splendides outils de solidarité que se sont voulus le droit du travail et la sécurité sociale, la multiplication des services et institutions sociaux ou de soins, éclatés, disséminés sur le territoire, plus différenciés et plus proches des populations desservies, tout cela constituait un début de réponse.

La création des Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale, leur multiplication, le développement de la sectorisation psychiatrique, pour revenir à nous, s'inscrivent dans les acquis positifs de ce mouvement.

Malheureusement, depuis un peu plus de dix ans, les données générales du problème évoluent à grande vitesse. Le droit du travail est battu en brèche. La Sécurité sociale se vide d'une partie de son contenu. Elle laisse un nombre croissant de personnes hors du camp de sa protection. Le marché du travail, lui-même, se rétrécit et se fait plus intolérant. Le corps social par la voix de ses responsables, proclame son système de solidarité trop lourd à porter, tandis que, dans sa fonction économique, il s'avère durablement incapable d'offrir à ses membres les moins «compétitifs» les occasions de subvenir eux-mêmes à leurs propres besoins de survie.

Les forces d'exclusion en action actuellement sont d'une vigueur toute particulièrement et, malheureusement, semble-t-il, de façon durable. Il tend à devenir quasi «normal» d'être chômeur, ou allocataire à un titre ou à un autre.

Encore, ces «indemnisés» ne sont-ils pas ceux qui nous causent les plus sévères inquiétudes. Comble de défi au bon sens, ils tendraient presque à faire figure à nos yeux de privilégiés!

Ne me suis-je pas pris au piège, il y a peu, de pousser un soupir de soulagement en apprenant qu'une mère de famille de quatre enfants, divorcée, au décours de son état dépressif, au moins un P.L.I.F!<sup>1</sup> de quelques mois à environ 1400 frs par mois!

Dans ce contexte, je me permettrai une remarque. Le terme proposé de «situation limite», pour désigner la situation des personnes n'étant plus en mesure de produire elles-mêmes la satisfaction de leurs besoins vitaux (soit par un travail, soit par un statut d'allocataire reconnu) me paraît par trop pudique. Il ne s'agit plus de situation limite, mais de situation **dépassée**, et cela de façon grave et caractérisée.

<sup>1</sup> Programme local d'insertion féminine.

Le terme de situation limite me paraîtrait plus approprié pour désigner la situation des personnes «en risque de tomber dans ces situations dépassées, mais n'y étant pas encore parvenues».

## 2. Contexte de travail

### Qu'apparaît-il, au psychiatre de secteur de ces situations limites, ou dépassées, dans sa pratique quotidienne?

Deux mots d'abord de mes conditions d'exercice.

J'ai bien connu l'asile et me suis juré, pour l'avoir vu à l'œuvre, de travailler à sa disparition pour le remplacer par des structures de soins sachant prendre acte des difficultés et des forces d'exclusion afin de les traiter au lieu de les consacrer.

Cela s'insère dans le vaste mouvement social qui dynamise les services éducatifs, thérapeutiques, sociaux, pénitentiaires, et d'autres sûrement, depuis bientôt quarante ans.

Ne voulant plus travailler «sans» (exclusion), j'ai tout naturellement été conduit à travailler «avec». Avec tous ceux qui se trouvent concernés par le problème posé: le sujet dit malade, en premier lieu, sa famille, bien sûr, son réseau social, s'il y a lieu. Bref, avec tous ceux concernés à un titre ou à un autre et avec lesquels cela s'avérait possible ou utile.

Ce mode de travail, quoique plus complexe, s'est avéré infiniment plus fécond. Et cela malgré ses inévitables et nombreuses imperfections. Au point que je sais plus travailler autrement.

Seul, face à un malade, lui-même, seul, sans aucun accès au contexte, je me sens amputé et très limité.

J'ai la grande chance de travailler avec des équipes, des administrateurs, qui partagent ce choix et dans un contexte social qui le permet.

Le service sectorisé de psychiatrie pour lequel je travaille est rattaché à un hôpital général de moyenne importance, sis dans un milieu à prédominance rurale.

Il possède très peu de lits d'hospitalisation et travaille autant que le lui permettent ses moyens sur le mode prévalent des soins ambulatoires en réseau.

Nous rencontrons environ 850 malades par an environ et plusieurs milliers de personnes.

Nous travaillons dans de multiples lieux, autant que cela s'avère possible et nécessaire.

Pour nous, ce qui compte le plus, ce n'est pas d'abord ce que nous faisons, mais ce que nos clients, leurs proches et leurs interlocuteurs, peuvent faire et en faire pour résoudre leurs problèmes ou aménager leur propre vie, là où ils la vivent.

Bien sûr, il s'agit d'un service psychiatrique, et nous ne sommes pas concernés par toutes les difficultés de l'existence. Pour recourir à nos services, il faut «présenter un passeport». Ce «passeport» est l'existence de signes cliniques entrant dans le cadre de la symptomatologie psychiatrique. Là se limitent notre champ et nos compétences (mais non nos intérêts).

C'est pourquoi «notre clientèle» se recoupe avec la vôtre, mais ne s'y superpose pas.

La conscience que je peux avoir des situations limites et/ou dépassées est donc partielle et relative à ce contexte d'exercice.

### **Les situations limites et/ou dépassées, telles que peut les appréhender un psychiatre travaillant dans ces conditions**

Encore une réserve: ne vous attendez pas à un tableau exhaustif, agrémenté de savantes statistiques. Un tel travail est hors de mes moyens.

Mes propos seront entachés de subjectivité. Je me limiterai à vous dire ce qu'il me semble, en espérant que cela a un rapport suffisant avec ce qui est.

Permettez d'abord que je joue un peu les «grands-pères»: les situations limites, et même dépassées, nous y avons affaire, les psychiatres, depuis fort longtemps, même si cela n'a pas toujours été dans le même contexte qu'actuellement.

Notre loi fondatrice, celle qui, jusqu'à ces dernières décades a fait de nous ces personnages ambigus que l'on craint encore souvent, je veux dire la **Loi du 30 juin 1838\***, est bien une Loi organisant les procédures concernant les personnes dangereuses pour elles-mêmes et pour autrui. Il n'est pas rare que ces personnes soient socialement et/ou économiquement en situation limite au sens où nous l'entendons aujourd'hui.

Les profondes modifications de nos conditions d'exercice, actuellement en cours, n'ont en rien annulé ce triste phénomène. (Elles y offrent cependant des possibilités de réponse beaucoup plus souples.)

Les maladies mentales mettent, souvent, durement à l'épreuve les capacités de tolérance de l'environnement social. Elles génèrent ainsi trop souvent des situations de rejet (donc de rupture des liens) si l'on n'y prend pas soigneusement garde.

Ajoutez-y qu'elles grèvent fréquemment les capacités opératoires de ceux qui en sont atteints, autant dans le domaine du travail que dans celui des démarches administratives de nature à faire valoir ses droits, et vous comprendrez aisément qu'un certain nombre de nos patients soient des candidats tous désignés aux situations limites.

Encore avons-nous «la chance» de pouvoir faire accéder un nombre non négligeable des plus affligés à ce qui fait presque figure désormais de privilège, à savoir l'Allocation aux Adultes Handicapés.

Mais, depuis 1978, nous avons senti l'étau se resserrer très fort sur eux. Jusqu'alors, nous parvenions à permettre au plus grand nombre d'accéder au travail, fût-ce pour quelques-uns sur un mode protégé. Nous avons vu depuis le statut de travailleur handicapé avec garantie de ressources tomber pratiquement en désuétude.

Ce sont les postes de travail normal qui se sont raréfiés depuis. Maintenant, la pression porte sur le remboursement des soins.

C'est dire que, si les situations limites ne concernent pas, Dieu merci, la totalité de nos clients, elles sont pourtant pour nous un souci fréquent.

---

\* Texte rédigé avant la promulgation de la loi de 1990.

### 3. Cas cliniques

Il est des cas tragiques.

Je me souviens par exemple de cet ancien ouvrier agricole qui, ne s'étant pas remis de la perte de son poste, suite à la retraite de son patron, avait abouti au Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale de Fontenay.

Là, ses sentiments abandonniques, que son niveau intellectuel fortement limité ne lui permettait pas d'élaborer, l'avaient conduit à des alcoolisations brutales et massives socialement insupportables, quasi suicidaires.

Il était sans ressources et surtout totalement désinséré socialement. Admis dans le service de psychiatrie, il paraissait s'être vite remis. Mais sa sortie fut tragique, puisque à peine quelques jours après il était retrouvé mort dans une cabane de jardin.

Tous ne sont pas aussi tristes.

Il est des cas, déjà moins rares, où de nombreuses et anciennes ruptures obligent à toute une gymnastique pour reconstituer un réseau vivable autour du sujet, au moyen de restes épars et disparates.

Témoin cette vieille dame délirante de 84 ans, divorcée, émigrée d'Europe de l'Est, et dont il a fallu découvrir le frère en Belgique.

Témoin, aussi, ce jeune de 18 ans, membre d'une fratrie de onze enfants, tous placés en bas âge, tous ou débiles, ou délirants et qui, après plusieurs placements et séjours en psychiatrie infantile, a passé l'essentiel de sa jeunesse dans un institut médico-pédagogique. Là, aucun lien n'a été entretenu, ni avec les services de l'Aide à l'Enfance, ni avec les familles nourricières successives.

A 18 ans, cet institut médico-pédagogique s'est avisé qu'il présentait des difficultés croissantes et s'en est débarrassé sur le service de psychiatrie voisin sans transition ni aménagement. (Il n'en va pas de même avec tous les instituts médico-pédagogiques.)

Le souci majeur, après avoir fait connaissance bien sûr, a été:

- de reprendre contact avec l'institut médico-pédagogique (laborieux!) afin que la fin de son séjour lui soit signifié et que quelques contacts lui permettent de faire son deuil;
- de rétablir des contacts «travaillables» avec la dernière famille d'accueil, et avec les travailleurs du Service d'Aide à l'Enfance afin que se reconstitue autour de lui un embryon de réseau social.

L'affaire est en cours et l'issue finale est loin d'en être jouée. Mais, à tout le moins, elle n'est plus injouable.

Le cas le plus fréquent que nous rencontrons est encore celui des personnes en risque de rupture grave avec leur milieu, et pour lesquelles tous nos efforts vont à restaurer des liens vivables, de façon à prévenir l'instauration d'une situation dépassée.

En voici un exemple, un peu long, mais illustratif:

## Le cas de Monsieur Dupont

Monsieur Dupont est hospitalisé en décembre 1986, en urgence, en placement volontaire, dans un climat de drame. Nous ne le connaissons pas antérieurement. Le certificat du médecin est succinct et alarmant: «Ce patient présente un état de démence gravissime. Il peut être dangereux pour autrui. Un placement d'office dans un établissement régi par la loi du 30 juin 1838 est nécessaire.»

L'intéressé raconte que les pompiers et les gendarmes sont venus le chercher «comme ça», il exprime un délire très actif et très abondant, tournant autour de deux thèmes principaux:

- Il a une femme qui l'aime dans une ville voisine. Elle lui a donné quatre enfants dont il a la photo sur sa cheminée. On l'empêche de voir cette femme et il est très mécontent.
- Il a des micros et un radar qui cherchent les gens qui font le mal et les dénoncent aux gendarmes. C'est logique puisqu'il est ancien pompier. Diverses personnalités locales et un certain nombre d'anonymes sont mêlés à l'histoire enchevêtrée qui s'en suit.

### *Premiers objectifs:*

- Bilan somatique: (entre autres, découverte d'une hypertension à 24/15).
- Calmer et rassurer l'intéressé qui est très tendu. Pour cela:
  - chambre d'isolement (prévention des «esclandres»);
  - neuroleptiques à dose importante (hypothèse vraisemblable d'un délire chronique résistant);
  - attitude ferme, mais ouverte, de l'équipe infirmière.
- Faire plus ample connaissance avec l'intéressé; s'en faire reconnaître comme interlocuteurs valables (en commençant par le reconnaître, lui).
- Donner à l'entourage, vraisemblablement «stressé», le temps de se retourner, et (on peut l'espérer) de commencer à se calmer aussi.
- Devant le manque flagrant d'informations pertinentes sur le contexte, chercher à obtenir des informations du et sur le contexte. (Commencer par un tiers qui a des chances de bien le connaître tout en étant moins impliqué: le généraliste.)

Premiers embryons d'une future, possible, hypothèse stratégique: il est vieux garçon, vit dans un petit village du marais, seul auprès d'une sœur, depuis environ huit ans.

«Seul depuis huit ans. Ah! c'est dur», dit-il.

Son délire ne remonterait-il pas à cette époque? Si oui, serait-il possible de trouver un moyen de pallier cette solitude?

Question sans réponse pour l'instant, mais qui va permettre d'orienter les investigations (quitte à y renoncer pour une autre, si elle s'avère non féconde).

Appel téléphonique au généraliste (deux jours après, les premiers appels étant restés infructueux):

- Crie beaucoup; invective le voisinage, y compris le garde-champêtre;
- Climat tendu dans la commune: «Tout le monde veut le voir embarqué.»
- Ces derniers temps, buvait beaucoup et ne mangeait pas. (Dans le service, a parfaitement supporté le sevrage et ne présente pas de signes biologiques marqués d'alcoolisme.)
- Confirme le délire et apporte des précisions sur les thèmes développés sur place: il y en a pour tout le monde!
- Par ailleurs, la commune connaît une difficulté d'un autre ordre: le maire vient de démissionner la veille (pour des raisons tout autres).
- Le délire remonte bien à sept ou huit ans, date du décès de la mère de M. Dupont; mère avec laquelle il vivait.
- Pour le généraliste, cependant, c'est une liaison avec une dame atteinte de syphilis nerveuse (tabès) qui lui aurait «tourné la tête» (recherche de syphilis négative).
- Perturbe la commune.
- Le généraliste rapporte toutes ces informations avec beaucoup d'angoisse et d'émotion. Localement, l'alerte semble avoir été chaude! Conclusion: s'en tenir momentanément aux directives actuelles et attendre avant d'adopter une attitude plus active.

Quinze jours plus tard:

- Il supporte son hospitalisation avec un calme résigné. Il est au courant de nos démarches dont il est parlé avec lui.
- Son délire est toujours aussi massif, mais s'exprime avec moins d'émotion. Ses contacts sont cordiaux, avec les infirmiers, comme avec les autres malades.

Appel téléphonique avec sa sœur la plus proche:

Difficile! Elle est très apeurée: «Oh! je ne le vois pas rentrer à la maison!» Travail de prise de contact de réassurance: «Effectivement, après ce qui s'est passé, ce n'est pas évident!»

Elle habite la maison mitoyenne, l'aide depuis des années dans la mesure de ses moyens. Elle a elle-même une hyperthyroïdie et est très émotive. Elle a eu très peur. Elle a encore peur. Elle ne veut pas trop parler au téléphone, mais elle accepte de venir nous rencontrer trois jours plus tard avec sa sœur (tiens! une interlocutrice de plus) et leurs deux maris, «pour parler de la situation».

M. Dupont, prévenu, attend ce jour avec intérêt.

Trois jours plus tard: entrevue avec les deux sœurs et le mari de la seconde (celui de la première n'a pas pu venir).

Dans un premier temps, M. Dupont attend, hors du bureau. L'entretien porte sur les difficultés vécues sur place autour de M. Dupont. La première sœur, environ soixante ans, est effectivement très émotive, et très émue. Moins, cependant, qu'au téléphone. La seconde, plus jeune, habitant un peu plus loin, est plus calme, ainsi que son mari. Leurs contacts entre eux trois sont chaleureux.

La situation est donc bien difficile.

Entrée de M. Dupont. Il maintient, calmement, mais avec conviction, sa vision délirante des choses. La sœur la plus âgée montre une certaine irritation et le lui dit.

Note est prise devant tous de ce «problème» et que cela n'est pas étonnant que, avec une vision si différente des choses, la vie quotidienne soit difficile, voire impossible. Auquel cas il n'y a pas d'autre alternative que la continuation de l'hospitalisation. Mais celle-ci ne saurait durer toujours; pour l'instant, nous partageons le lourd souci que cela représente. D'ailleurs, il est trop tôt pour s'en préoccuper et il ne saurait en aucun cas être question que des situations aussi dramatiques se reproduisent.

En attendant, que tous tirent profit de l'hospitalisation pour se reposer.

Rendez-vous est pris pour dans quinze jours: «Pour prendre acte de l'évolution».

Instauration d'un traitement neuroleptique retard injectable.

Notons que les relations de la famille avec M. Dupont sont chaleureuses malgré le conflit, et avec nous, confiantes.

Dans les jours suivants, M. Dupont se détend. Il est souriant et aborde volontiers d'autres sujets de conversation, tel son passé professionnel.

Quinze jours plus tard: seconde entrevue avec la famille. La relation en sera un peu longue, car il s'agit d'une intervention importante et complexe.

Première partie: nouveau travail d'établissement du contact. On échange des nouvelles de part et d'autre. L'ambiance est confiante, chaleureuse même. Les sœurs ont visité M. Dupont à plusieurs reprises et constaté sa détente. La plus âgée est plus détendue, reposée.

Seconde partie: dès son entrée, M. Dupont parle de sa femme et de ses enfants. La sœur plus âgée montre à nouveau de l'agacement mais de façon plus détendue que quinze jours avant. Il dit alors à M. Dupont qu'il a bien le droit d'avoir la femme qu'il juge bon, mais que c'est une affaire privée et qu'il n'a pas à en parler à ses sœurs. La surprise se peint sur son visage. De fait, si sa femme était sur place, si ses sœurs l'avaient vue, alors ce serait une affaire de famille et il pourrait en parler légitimement avec ses sœurs. Mais, pour l'instant, elle n'existe que pour lui: c'est une affaire privée et on ne parle pas de sa vie privée sur la place publique. M. Dupont, dérouté, ne comprend pas ce message, à vrai dire surprenant. Mais les deux sœurs et le mari présent écoutent avec un intérêt et un plaisir évidents. «Voyons, M. Dupont, ce n'est tout de même pas à un homme expérimenté comme vous qu'il faut expliquer ce qui arrive, dans votre village, aux personnes qui racontent toutes leurs affaires au café, ou sur la place; et tous les ennuis qui s'en suivent!» Là, il est bien placé pour comprendre et opine de la tête. «Et votre radar, M. Dupont, votre radar, que se passerait-il si tous les habitants de X... étaient au courant de votre radar?» Une lumière se fait dans son regard: «Ce qui se passerait...», est, justement, ce qui s'est passé! «Sincèrement, M. Dupont, ne croyez-vous pas votre radar, c'est une affaire privée, plus, un secret entre vous et les gendarmes?» Il approuve. «Donc, votre radar ne regarde en rien vos sœurs.» Il approuve à nouveau. «Pas plus que quiconque, d'ailleurs. Mais, vous, un ancien pompier, les gendarmes, vous les connaissez bien les gendarmes!» Il approuve encore plus chaudement. (A son hospitalisation, au moment où tout était au plus mal, il nous avait expliqué: «Et les gendarmes sont venus. Je leur ai montré mon

diplôme d'infirmier. Infirmier, pompier, la différence n'est pas significative ici. C'est ancien pompier qu'il est; il en est très fier. J'ai monté dans leur voiture puisque je n'étais pas malade.»)

«Eh bien, pour votre femme, avec vos sœurs, c'est pareil. C'est une affaire privée qui ne les regarde pas.» Il se referme. Cela, ça ne passe pas. Mais les sœurs et le beau-frère n'ont pas perdu «une miette» de ce qui s'est dit. Leur intérêt est vivement éveillé. Le médecin se tourne vers eux: «M. Dupont ne semble pas bien comprendre que sa 'femme', ce soit une affaire privée. Ah! il en irait tout autrement s'il arrivait à l'amener à la maison. Mais ce n'est pas le cas. Alors, si c'est trop dur pour lui, peut-être, pourriez-vous l'aider, par exemple, en ne l'écoutant pas, ou en parlant d'autres choses.» Les deux sœurs se déclarent d'accord. Près d'une heure va être utilisée à leur faire mimer la scène. La conviction des deux sœurs va progressivement emporter celle de M. Dupont.

S'adressant de nouveau à M. Dupont: «Bien sûr, des choses aussi importantes que votre femme (approbation), vous ne pouvez pas rester sans en parler à personne! Mais, s'agissant de questions aussi spéciales, il faut que ce soient des spécialistes et, qui plus est, soumis au secret, pour que vous soyez sûr qu'il n'en sera pas fait un usage que vous ne voudriez pas (il se détend). Vous pourrez donc en parler, si vous le voulez, à votre docteur, que vous connaissez si bien ('oh! oui!'), à votre psychiatre. Car vous le reverrez, votre psychiatre, si vous rentrez un jour à la maison (murmure indigné généralisé: tout le monde espère maintenant qu'il va rentrer un jour prochain à la maison).

»C'est son métier, à votre psychiatre, de comprendre ces choses spéciales. Et puis aussi, à votre infirmier visiteur. Il est aussi soumis au secret. Car, si vous rentrez à la maison, un infirmier ira vous voir pour vous aider avec toutes ces choses, vous et vos sœurs qui vous aident tant (soupir de soulagement de la sœur la plus proche). Et, il y a tant de choses dont vous pourrez parler avec vos sœurs.» (Suit un long catalogue de toutes les mille préoccupations qui peuvent entraîner des échanges de paroles, mais aussi de matières et de services entre lui, ses sœurs et même ses beaux-frères.)

Petit commentaire: il avait été convenu avec ses sœurs et beau-frère que, vu l'ancienneté et l'importance du délire, il était peu vraisemblable d'obtenir sa disparition. Mais que, s'il cessait d'importuner tout le voisinage avec, et, s'il était possible d'établir avec M. Dupont des rapports quotidiens sur le banal de la vie fructueux et satisfaisants, il y aurait peut-être un espoir que la vie puisse se dérouler de façon possible (réponse à l'hypothèse initiale sur la solitude).

Conclusion pratique: sortie d'essai de cinq jours, à la satisfaction de tous; et sous réserve d'une réintégration immédiate, sans formalités, s'il se présentait des difficultés. Retour cinq jours plus tard: tout s'est passé à merveille. La consigne du silence à propos du délire a été respectée par tous.

A l'occasion de ce travail, on a par ailleurs constaté que M. Dupont, quoique matois, présentait un certain degré de débilité.

Dix jours plus tard (un peu moins de deux mois après l'admission): sortie d'essai de deux mois, avec mise en place de l'infirmier visiteur (deux mesures fort rassurantes pour la sœur voisine) et des consultations. Maintien d'un traitement neuroleptique retard injectable à dose élevée, plus un traitement oral que lui

donnera sa sœur (c'est important, car c'est elle qui est en charge de la sécurité quotidienne).

Coordination téléphonique et épistolaire avec le généraliste pour le tenir au courant de l'évolution, des risques et façons de les pallier; et, ce n'est pas le moins important, le mettre dans le coup des consignes.

La suite dure maintenant depuis un an. Il n'y a pas eu de rechute, ni de nouvelle crise. M. Dupont est vu régulièrement en consultation tous les mois et demi et toutes les semaines à domicile par l'infirmier visiteur. Ce dernier rencontre à chaque fois au moins la sœur voisine. Des contacts épisodiques ont lieu avec le généraliste.

Il a fallu quelques réajustements en cours de route. Un conflit entre M. Dupont et sa sœur s'est fait jour. Sous la férule, oh combien attentionnée, de sa sœur, il s'est d'abord transformé en un grand poupon, rose, tiré à quatre épingles et béat! Ce n'était pourtant pas son genre. Aussi, cela n'a-t-il pas duré. Il est entré en rébellion à peine voilée. Au grand dam de cette sœur qui se donnait tant de mal pour faire de «cet ours mal léché» un émouvant premier communiant! La sœur, maîtresse de maison plus que modèle (au point que son propre mari préfère avoir le plus souvent possible affaire à l'extérieur), faisait preuve d'une attention pour le moins étouffante. Cela pouvait devenir grave et faire le lit d'une rechute. Il a donc été nécessaire de les aider à réguler cette situation. Raconter comment serait intéressant, mais trop long.

Actuellement, trois nouveaux éléments sont en chantier:

- L'infirmier visiteur vient de changer. Il faut faire reconnaître la collègue qui le remplace.
- Il est temps d'envisager une baisse prudente du traitement neuroleptique.
- Un événement familial risque de modifier l'équilibre: la petite-fille de la sœur principale est atteinte d'une tumeur cérébrale, tandis que l'autre sœur souffre de rhumatismes vertébraux sévères. De nouveaux ajustements sont donc à prévoir.

Sur un plan purement nosographique, l'évolution actuelle est la suivante: M. Dupont a, plusieurs mois, tû son délire. Il n'a fait qu'un essai pour réinquiéter sa sœur par ce moyen (en lui demandant un timbre pour poster une lettre. La sœur a évidemment voulu voir la lettre: elle s'adressait à la «femme» de M. Dupont!). Il en a parlé une fois à son généraliste et une fois à son psychiatre, succinctement et sans passion. Il semblerait qu'il ne délire plus.

Sous une apparence de banalité, de nombreuses manœuvres de réorganisation des relations et de l'«économie» de la vie quotidienne ont été engagées dans ce traitement. Elle ont été coordonnées entre elles, de façon à se renforcer. Elles ont fait appel aux aspirations et aux ressources de chacune des personnes présentes. Elles ont été constamment réajustées en fonction des réactions de chacune. Les trois principales de ces opérations sont les suivantes:

1. Rencontrer les intéressés sur le propre terrain. Pour M. Dupont: se faire entendre et n'être plus seul. Pour ses sœurs, pouvoir manifester leur peur et leur inquiétude. Se sentir comprises et soutenues dans leur souci de sécurité.

2. Redéfinir d'une façon acceptable par tous le problème, dans des termes tels qu'une solution en soit élaborable par les intéressés avec les moyens que constituent leurs échanges quotidiens. (Le but n'est plus que M. Dupont renonce à son délire. Mais que, avec ou sans délire, la vie quotidienne soit possible, voire gratifiante.)
3. Initier un changement dans ces relations quotidiennes tel que chacun y trouve un bénéfice réel et concret; et correspondant à ce pourquoi il a fait preuve d'intérêt personnel. Ici, le recours au délire a été considéré comme un appel tragique à remédier à une solitude insupportable. L'opération réalisée a consisté à rendre le délire d'abord moins effrayant (rétablissement du calme, l'institution et l'équipe soignante assumant la fonction de sécurité-recours aux neuroleptiques), puis inopérant (en annulant sa fonction d'échange par l'interdiction d'en parler), enfin, inutile, en promouvant avec la complicité active de tous un nouveau système d'échanges plus praticable et plus gratifiant. Ces nouveaux échanges viennent à point nommé compléter l'action purement privative des neuroleptiques.)

Cette observation est caractéristique de notre mode de travail. Elle image ce que nous souhaitons faire, et parvenons à faire, dans une certaine mesure. Elle met aussi en évidence certains des manques auxquels nous souffrons de n'avoir pas pu remédier jusqu'ici.

Nous espérons qu'elle aura permis de comprendre ce que nous entendons par :

- a) Coordination d'équipe. C'est un point que nous y avons peu développé. Mais il est clair, en filigrane au moins, que de telles thérapeutiques nécessitent une bonne collaboration de tous les membres du service qu'ils soient médecin, infirmier, visiteur ou hospitalier, assistante sociale (le cas échéant), etc. Noter que, au cours de ce traitement, le thérapeute principal a eu à s'absenter trois mois, peu après l'hospitalisation. Pendant ce temps, malade et famille ont été reçus par deux autres médecins, sans hiatus notable dans la poursuite du traitement.
- b) Coordination avec le milieu de vie habituel du patient.
- c) Travail avec les ressources du client et de sa famille, pour les aider à trouver avec leurs ressources propres des solutions qui soient «à leur main», et applicables sur place. Il y faut beaucoup de disponibilité, d'attention, et pas mal, parfois, d'imagination. Nous pensons que le bénéfice est en proportion. Il nous apparaît ceci : puisque c'est dans la trame de la vie quotidienne des gens que se vivent leurs difficultés, c'est dans cette même trame que peuvent s'élaborer les solutions les plus à «leur main» et les plus solides. Autre formulation : ce que eux, qui sont dans leur propre vie 24 heures sur 24, font, a des chances d'être autrement plus efficace que ce que nous pourrions faire, nous qui ne faisons que croiser leur vie (et encore de façon si fugace et si partielle). Ce ne sont que des conséquences logiques d'une vieille constatation, la «folie» est un drame qui se joue à plusieurs. Nous osons en tirer le corollaire : la guérison de la «folie» est une aventure qui se construit à plusieurs (dont les principaux protagonistes du drame, autant que faire se peut).

- d) Cela suppose, il va de soi, une collaboration aussi bonne que possible, avec tous les tiers impliqués: au premier rang desquels les généralistes, mais aussi, les assistants sociaux et non rarement, les maires et les gendarmes, etc.

#### 4. Modèle théorique

Le modèle théorique sous-jacent à ce travail est un composé pratique des modèles suivants:

1° En ce qui concerne le mode d'organisation sanitaire, le modèle est celui de la psychiatrie de secteur.

Celle-ci est conçue non comme une ère de recrutement des malades, mais comme l'ensemble d'une population dans laquelle l'équipe psychiatrique doit être immergée et avec qui elle doit établir des liens de collaboration fonctionnelle.

2° Sur cette base d'organisation, le modèle clinique est celui des thérapies systémiques ainsi que du travail en réseau. Ce modèle permet de déterminer la nature du système en jeu selon l'intervention choisie et de tenir compte des interactions avec les supras et sous-systèmes. Dans ce cadre, les indications thérapeutiques se font sur un mode stratégique.

3° Dans ce cadre est aussi intégré un certain nombre d'éléments empruntés à divers auteurs, notamment:

- Salvador Minuchin, en ce qui concerne le travail sur la structure familiale (transposée à la structure des systèmes en jeu);
- Jay Haley;
- Milton H. Erickson, en ce qui concerne l'utilisation de la confusion comme préalable à un recadrage et le souci de travailler avec les ressources des intéressés.

Il est clair aussi que dans notre définition du problème, divers schèmes de références sont utilisés. La nosologie psychiatrique et l'utilisation de la pharmacologie se conjuguent variablement selon le moment de la thérapie avec les modèles précédents.

Tel est donc l'esprit de notre travail. Il va de soi que notre clientèle est très variée. La forme concrète que prend ce travail varie donc en conséquence avec chaque cas.

Par rapport au sujet d'aujourd'hui, le risque à craindre, ou réalisé, de situation limite ou dépassée, est lui-même bien différent d'un cas à l'autre.

Dans la mesure de ce risque, deux variables principales sont à prendre en compte:

- a) **La situation économique** de l'intéressé et de ses proches.
- b) **La nature, l'importance de leurs liens** (mesurables plus à la quantité et à la variété de leurs échanges quotidiens qu'à un quelconque jugement de valeur sur leur « qualité » réelle ou supposée)

Il est très important de prendre en compte les facteurs d'intolérance susceptibles d'altérer ces liens et d'en mesurer les dimensions durables ou momentanées, ainsi que leur curabilité.

A notre sens, les situations dépassées sont à prévenir par tous les moyens possibles. Les premiers et plus importants de ces moyens sont ceux qui sont mobilisables par l'intéressé et son milieu eux-mêmes. A nous de leur en faciliter l'accès et l'usage.

## 5. L'importance de collaborations locales

Mais cela ne suffit pas toujours. D'autres moyens, d'autres services sont assez fréquemment nécessaires.

Au premier chef, les services médicaux (nous, le généraliste, et, de toute évidence, les services sociaux).

Ces derniers se limitent souvent aux Assistants sociaux polyvalents ou spécialisés. L'étanchéité éventuelle des services, lorsqu'elle se manifeste est vécue par nous comme une limite sévère à l'efficacité de l'action. L'inverse doit être tout aussi vrai.

Il est des cas où cela ne suffit encore pas. Aussi, avons-nous créé, en convention avec la S.V.A.S.M. (Société Vendéenne d'Aide à la Santé Mentale) le *Foyer de la Porte Saint-Michel* (F.P.S.M.).

Le Foyer de la Porte Saint-Michel est un foyer d'hébergement pour malades mentaux, ayant pour but de prévenir la désinsertion et la désadaptation.

Recevant ses stagiaires, des services psychiatriques, des services sociaux et des instituts médico-pédagogiques, il n'est pas lui-même soignant.

Animé par des éducateurs spécialisés et des moniteurs techniques, il travaille en réseau (c'est même une des conditions d'admission) avec la famille de l'intéressé, le service pourvoyeur et toutes les personnes utiles, autour de l'intéressé lui-même.

Il s'adresse à des personnes dont la pathologie a trop limité les possibilités d'autonomie personnelle et matérielle (psychose, débilité, alcoolisme, troubles du caractère, etc.) pour se trouver une place dans le corps social.

Il a pour objectif, au cours des deux ans maximum du séjour, de permettre aux intéressés de développer au maximum possible leur autonomie.

A condition de respecter la règle d'un travail partagé, le Foyer de la Porte Saint-Michel s'est avéré un outil d'une efficacité certaine.

Je crains, qu'à entendre ce qui précède, que nombre de vous n'éprouvent un sentiment un peu amer. Ce travail peut paraître s'exercer dans des conditions privilégiées et s'adresser à des cas «moins lourds» que ceux auxquels nombre d'équipes de Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale se trouvent confrontés.

Bien que ne connaissant pas votre pratique aussi bien que vous, j'opinerais à penser que (toute proportion gardée) il puisse y avoir du vrai dans une telle réaction.

De loin, nous n'avons pas à connaître tous les sujets en situation gravement dépassée. Nombre d'entre eux ne présentent pas une symptomatologie psychiatrique reconnue suffisante pour que notre intervention soit justifiée. De plus, notre région rurale n'est pas un lieu de passage massif pour les gens sans domicile fixe.

Par définition, il est logique que nous ne soyions pas « bons à tout » et que notre conscience du problème d'aujourd'hui soit partielle.

Je puis vous dire, et cela ne vous surprendra pas, que plus un sujet est dépourvu de ressources, personnelles, financières et sociales, plus les difficultés que nous rencontrons à l'aider sont grandes et d'efficacité aléatoire. Il nous arrive, rarement Dieu merci, de devoir constater notre impuissance.

Pourtant, il existe encore une ressource :

— notre collaboration avec le Centre d'Hébergement de Réadaptation Sociale et de la Communauté d'Emmaüs de Fontenay.

C'est une collaboration à double sens, prolongée dans le temps, variable selon les besoins et parfois les circonstances, ou les interlocuteurs (autrement dit réalistement humaine).

A mes yeux, elle est le grand prix pour nous tous.

Elle est un élément important, bien que partiel, de la réponse à un dernier aspect de la question.

## 6. Quelques propositions

### Que faire lorsque la situation dépassée est réalisée ?

Lorsque le sujet n'a plus aucune relation personnelle utilisable, une altération plus ou moins profondes de ses ressources humaines personnelles, et aucune ressource financière ?

Je ne vois, à l'échelon local concret, qu'un espoir de possible solution éventuelle ultérieure :

— Reconstruire, et ce peut être difficile, avec le sujet et autour de lui, un « néo-milieu prothèse » à partir de la collaboration effective et coordonnée de tous les professionnels susceptibles d'être impliqués dans le respect de leurs compétences et champ d'action.

Autrement dit commencer par appliquer aux professionnels ce qui serait la condition première du succès pour l'intéressé, si elle était possible. Et dans l'espoir que cela la rende possible un jour.

« Néo-milieu prothèse » ? Voilà un terme qui, à première vue, évoque fort le « néo-monde » que nous disions, en commençant, en grave danger d'être un reduplication déplacée de l'asile.

La question n'est pas superflue. Les aventures et mésaventures de la psychiatrie de secteur sont ici de nature à nous donner quelques renseignements utiles.

L'asile, sous sa noble fonction de lieu refuge, a vu sa toxicité naître de deux de ses caractéristiques structurales de fondation. Ceci s'est produit à l'insu de ses fondateurs dont les intentions étaient les meilleures du monde. Ces caractéristiques fondatrices sont :

— La fondation sur le rejet : l'asile était le lieu de recueil des sujets intolérables ailleurs. La violence réelle ou alléguée n'était qu'une des composantes de cette

situation d'intolérabilité. N'est-ce pas aussi l'une des raisons d'être des Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale.

- La mise en place, en partie en réponse à cette impossibilité de vivre ailleurs, d'une réponse totalisante.

Une réponse totalisante est une réponse qui, par choix, par contrainte ou par hasard (???!!), se veut répondre à tous les besoins de ceux à qui elle s'adresse; qu'il s'agisse des besoins de survie (boire, manger, dormir, excréter et loger), des besoins de relation (parler, échanger, établir ou défaire des liens matériels, affectifs, culturels ou moraux) ou autres.

Nous sommes en risque de proposer de telles solutions totalisantes, lorsque, par nécessité, ou par choix, nous nous trouvons seuls pour assurer la vie de gens qui ont fait la preuve de leur impossibilité à l'assurer eux-mêmes. (Quels que soient les mécanismes réels ou supposés de cette impossibilité.)

Les nécessités impérieuses s'unissent ici à nos sentiments humanitaires pour constituer un mélange redoutable!

N'est-ce pas aussi un des dilemmes quotidiens des Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale?

Les conséquences «mathématiques» des réponses totalisantes sont inéluctables:

- consécration de la dépendance de ceux qui en «bénéficient»;
- perte corrélative de tout accès pour eux à un devenir propre (ou consécration de cette perte si elle était déjà réalisée);
- constitution progressive de ces «bénéficiaires» et de leurs aidants en un isolat culturel et matériel, vivant hors du monde et hors du temps.

Bref, l'asile, non plus refuge, mais cul de sac.

C'est ici que les aventures, bonnes et fâcheuses, de l'évolution des structures psychiatriques peuvent, par analogie, nous enseigner utilement.

Elles nous montrent qu'il est possible, mais dangereux, de confondre la forme et le fond.

La forme, ce sont les murs. Nombre de soignants ont cru et parfois croient encore, qu'il suffisait de mettre les malades hors des murs, et de les aider pour qu'il s'en suive une désaliénation automatique.

Le fond, c'est que l'asile n'est pas seulement dans les murs, il est **dans nos têtes**, et par voie de conséquence dans la façon dont nous concevons et organisons nos rapports avec nos clients, les autres intervenants, et le corps social ambiant.

Tant que, fascinés par l'excellence de nos sentiments, autant que par les insuffisances de la «méchante société», et les manques de nos clients, nous nous comportons comme étant tout pour nos «protégés», nous restons enfermés dans une dynamique asilaire.

Que nous soyons un ou cent à collaborer dans ce genre de pratique ne change rien à l'affaire.

Le «néo-milieu prothèse» peut donc être une forme modernisée du «néo-monde clos» de l'asile. Encore que ce soit plus difficile, si les intervenants divers diffèrent par leurs professions, leurs services d'appartenance et leurs fonctions.

«Faire des choses avec d'autres est charmant mais peut manquer de discernement.»

Ce peut aussi être un bon moyen de se compliquer la vie pour un bénéfice aléatoire.

En préciser les conditions structurelles d'efficacité vraisemblable serait d'un grand intérêt.

Me permettez-vous d'essayer?

## 7. **Esquisse des conditions structurelles de base de nature à permettre à un travail décloisonné (en réseau) de faciliter avec des chances raisonnables un meilleur résultat pour les personnes en situation limite**

Ces conditions me paraissent tenir en quelques mots-clés :

- **Manque et nécessité** sont les plus importants.
- **Impuissance et respect** des différences en sont presque des corollaires.

### **Manque**

D'abord parce que nous travaillons dans des situations marquées par le manque, et pour des gens lourdement porteurs de manques.

Vouloir tout faire pour eux risque trop de les acculer encore plus à ne rien faire pour eux-mêmes. C'est aussi une négation par surcompensation du manque et de l'impuissance. Manque et impuissance, du sujet, de nous, et non rarement du corps social dans son ensemble.

Comment prendre acte d'une situation si l'on est si désireux d'y trouver solution qu'on ne prend même pas le temps physique et mental de la mesurer?

Manque, notre manque, seul support sur la base duquel prendre conscience de nos ressources et de nos limites.

Manque, curateur des tentations de toute puissance, base de la reconnaissance du besoin et de la reconnaissance de l'autre.

Manque, sans lequel on ne voit pas ce qui pourrait justifier l'appel à la compétence ou aux moyens d'autres.

N'est-ce pas là la reconnaissance d'une loi sociale de base?

Qui, à moins de vivre dans l'autarcie de Robinson Crusoé, n'a pas besoin des autres, ne fût-ce que pour le pain qu'il mange?

Qui pourrait prétendre avoir quelque chance d'aider les isolés et dépourvus à se retrouver une place un jour, si dans le fonctionnement quotidien de son «aide» il niait structurellement une pareille nécessité?

### **Nécessité**

Quoi d'autre que le manque peut constituer l'épine irritative de la reconnaissance de la nécessité. Reconnaissance d'où naît le besoin; le besoin étant lui-même la racine et le moyen de l'autonomie et de l'individuation, après avoir été la justification de la dépendance.

La massivité du besoin de nos clients à leur arrivée au centre nécessite que nous leur offrions la dépendance initiale indispensable à apporter une première réponse à leurs besoins de base.

L'impuissance dans laquelle nous sommes de répondre à tous leurs besoins est la bienheureuse pierre d'attente grâce à laquelle ils ont une chance d'y chercher eux-mêmes réponse et de se retrouver ainsi individuation et autonomie.

Un moyen de ce processus d'individuation est le besoin de recourir à d'autres compétences, rendue nécessaires par notre propre manque.

Avoir besoin des autres, à notre niveau, est le modèle et la condition de permettre à nos clients de retrouver la valeur reconstructrice d'autonomie du recours nécessaire à autrui.

### **Impuissance**

Nous venons de voir assez que ce terme était indissociable de ceux du manque, nécessité et besoin.

### **Respect des différences**

C'est une conséquence logique de ce qui précède. Encore y faut-il un petit commentaire.

Cela vaut aussi bien pour nous que pour nos clients et pour nos interlocuteurs (ceux du réseau, autres que nous).

C'est d'abord un manque. Si c'est lui ce n'est pas nous. Si ce qu'il a, ou ce qu'il peut s'inscrit en différence par rapport à ce que nous avons, ou pouvons, c'est que nous ne l'avons pas, ou ne le pouvons pas.

C'est aussi une impuissance. Ce que va faire l'autre n'est pas nécessairement ce que nous aurions fait nous-mêmes. Ce n'est pas non plus ce que nous aurions souhaité qu'il fit. Dieu sait si cela peut nous poser des problèmes, lorsque nos clients se mettent en tête d'exercer leur capacité d'initiative avec une adéquation qui n'est pas évidente. Mais cela vaut tout autant pour nos interlocuteurs. Voilà qui vient à point nommé limiter nos velléités de toute puissance.

Que d'incompréhension en perspective!

C'est là pourtant que la dynamique peut s'inverser. Si l'autre, dans sa différence, se trouve porter la signification vivante de mon impuissance, de mon manque, il est aussi la porte ouverte à l'expression de mon besoin. Il est le chemin et la balise de mon individuation.

Dès lors, tout s'inverse.

Les différences, signe dans un premier temps de manque et de limite, deviennent facteur de richesse et d'évolution. Elles s'avèrent un irremplaçable moyen d'humanisation. (Humanisation: création d'humanité dans le respect et l'usage de la socialité incontournable des hommes.)

Me permettez-vous une nouvelle boutade?

Si vous souhaitez permettre à vos clients, le plus vite possible, de n'avoir plus besoin de vous, hâtez-vous d'avoir besoin des autres!

En sous-jacence à nos nécessaires compétences, les règles de base qui font la vie possible sont les mêmes pour nous, pour nos clients et pour nos interlocuteurs.

Après l'asile qui cherchait des solutions dans la négation de ces règles, le travail décloisonné en réseau nous offre l'occasion d'en construire de nouvelles dans leur respect.

### **Comment traduire cela en dispositions pratiques?**

1. Dans la conception et l'organisation de nos centres ou services:

En les construisant sur la compétence et le manque.

— Sur la *compétence*:

Qu'ils soient dotés des moyens propres à répondre à ceux des besoins auxquels il est impératif qu'ils répondent eux-mêmes.

— Sur le *manque*:

Qu'ils soient structurellement dépourvus des moyens correspondant aux besoins pour lesquels d'autres services ou personnes sont plus compétents ou mieux placés.

2. Dans l'établissement de nos collaborations avec des interlocuteurs extérieurs à notre organisme propre:

Ces interlocuteurs ne sont pas choisis sur leur caractère sympathique, ni sur la proximité de leurs idées avec les nôtres.

Ils le sont sur des critères de *position*, de *compétence* et de *nécessité*.

En fonction de la nécessité de répondre à un besoin précis, quelles sont les personnes accessibles dans la collectivité, qui ont les compétences voulues, appartiennent aux services adéquats, et sont en position convenable?

Ceci suppose la reconnaissance des impératifs, personnels, professionnels, et de service de ces interlocuteurs.

3. Dans la stratégie particulière concernant ce client particulier, à ce moment particulier de son évolution, il importe de déterminer à qui il revient d'effectuer tout ou partie de la prise de contact avec «cet» interlocuteur précis.

De même pour le travail qui aura à s'ensuivre.

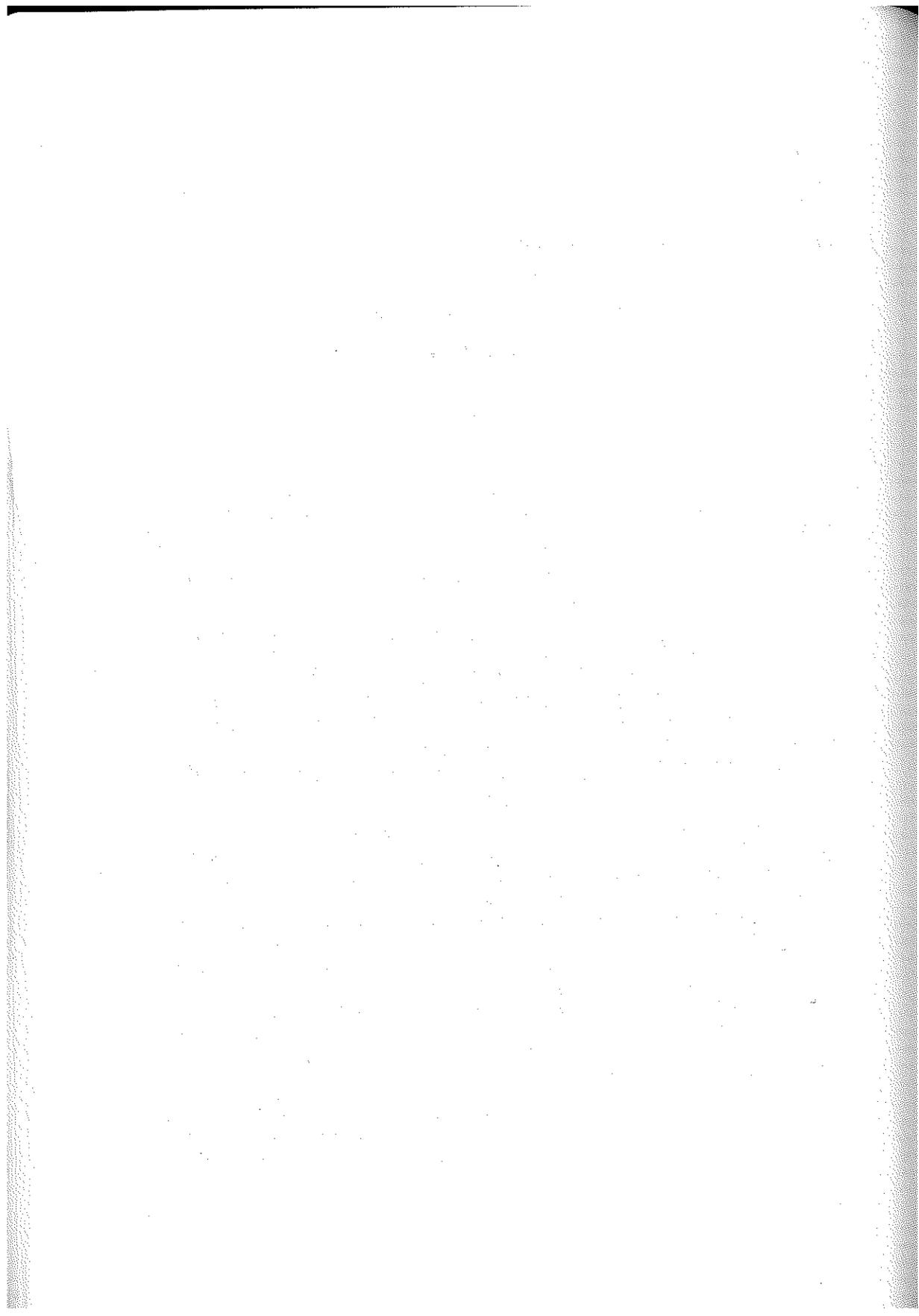
Le décloisonnement est un terme générique qui recouvre une grande multiplicité de mesures et contacts possibles. Les critères de nécessité, de compétence et de position permettront au jour le jour d'y construire les coordinations et les clarifications de fonctions indispensables.

Voilà donc terminés ces points de vue et impression. Puissent-ils, en un vœu final, contribuer au meilleur de ce travail décloisonné, en réseau, qui, sans tout résoudre, est appelé à pouvoir être si fécond.

**Nul n'est une île en soi-même.**

*J.L. Touret*

Psychiatre, Chef de secteur, Service de Psychiatrie VI  
Hôpital St-Jacques - BP 1005  
F-44035 Nantes Cedex 01



## SYSTÉMIQUE ET CONTEXTES SOCIO-POLITQUES<sup>1</sup>

P. SEGOND, *modérateur*

*Discutants:* D. BEAUSÉJOUR, M. DAUBER, S. KANNAS, O. MASSON,  
L. ONNIS, C. ROJERO

**Pierre Segond**, modérateur (France)

Nous allons partager la réflexion sur le thème «Systémique et contextes socio-politiques» en deux tours de table, en sériant les questions posées aux divers intervenants qui y répondront dans l'ordre alphabétique de leurs pays d'origine.

Dans un premier tour d'horizon, les intervenants tenteront de répondre aux interrogations suivantes:

- Où en sommes-nous aujourd'hui par rapport aux utopies si utiles à la créativité dans nos contextes de travail? Quelle influence a eu ou pourrait avoir, selon vous, la pensée systémique et, parmi ses diverses applications possibles, la thérapie familiale sur les politiques d'aide sociale, de santé mentale ainsi que sur les politiques familiales ou encore sur la «politique de la famille» (au sens de Laing)?
- Comment se fait-il, par ailleurs, que des institutions de soins, dont la qualité est indiscutable, aient été fermées ou soient en passe de l'être ou soient gravement menacées (comme cela est le cas à Lausanne, Heidelberg, Lyon, etc.)?

**Maria Dauber** (Allemagne)

Administrations et institutions une fois créées aspirent au maintien de leurs prérogatives. Il en est de même pour les individus. Aussi un changement ne sera-t-il pris en considération que lorsque cela signifiera un accroissement des prérogatives de l'administration concernée.

Un tel accroissement ne se limite pas seulement à des créations de postes. Une augmentation de la considération et du respect est également possible. Mais toute

---

<sup>1</sup> Table ronde du 14 septembre 1991, 7<sup>es</sup> Journées Francophones de Thérapie Familiale Systémique de Lyon.

autre aspiration à des changements serait déconsidérée, non seulement par les collègues de l'institution concernée, mais également par les institutions voisines.

Il existe en ce moment, en Allemagne, des collègues qui travaillent selon le modèle systémique. A Berlin-Ouest, par exemple, existaient douze Services du Conseil de la Famille (je travaille moi-même dans l'un d'eux), dont l'un était dirigé par un collègue systémicien et dont deux autres ont des directrices intéressées par ce modèle. Mais dans tous les autres Services, il y a des collègues qui travaillent également de façon systémique.

Toutes les grandes cliniques ont des thérapeutes formés à l'Institut de Heidelberg ou dans d'autres Instituts et disposent d'installations vidéo et de glaces sans tain, mais ces ressources ne sont utilisées que sur indications spécifiques et pas de façon générale.

Par ailleurs, il faut indiquer aussi qu'en Allemagne, surtout dans les grandes villes, médecins et psychologues sont en surnombre et qu'il existe une forte concurrence entre les diverses écoles thérapeutiques. En outre, la situation initiale fait que seules les psychanalyses sont remboursées actuellement par les caisses d'assurance maladie.

Les thérapies systémiques sont surtout pratiquées en cabinet ou dans des Instituts privés où les clients doivent financer par eux-mêmes leurs thérapies, ou bien dans des consultations ou des cliniques publiques. Etant donné que les cliniques peuvent disposer de financements pour la recherche et les projets, c'est là — ainsi que dans les Universités — que les luttes d'influence et la bataille pour les créations de postes sont les plus âpres. Cela peut aller, par exemple, jusqu'à conduire un professeur de pédopsychiatrie très renommé à regrouper les thérapies familiales sous le terme de «setting» dans le journal médical officiel.

Dans le secteur public, par exemple, les Maisons d'enfants ou autres institutions similaires ne sont soumises à aucune pression pour modifier en quoi que ce soit leur fonctionnement. Au contraire, et même si un placement dans un tel établissement coûte 4.000 Marks par mois, le souci essentiel est d'occuper toutes les places libres.

Malgré tout cela, certaines choses évoluent. En effet, si l'on se réfère aux réclamations des collègues dans les différents services et si on les confronte aux tâches et aux structures institutionnelles respectives, il apparaît possible de tenter de nouveaux projets, du moins tant que le besoin du maintien des prérogatives acquises est respecté.

Enfin, il est significatif de voir que l'Etat commence à se préoccuper de l'efficacité de ses services sociaux. Ceci est confirmé par la nouvelle loi, entrée en vigueur depuis janvier 1991 : selon cette loi, les services sont obligés d'établir des statistiques sur un grand nombre d'interventions, portant sur l'ampleur et la durée de celles-ci, afin que l'Etat puisse évaluer les effets de cette loi et la modifier éventuellement.

### **Carmen Rojero (Espagne)**

En Espagne, nous sommes actuellement dans une situation politique particulière. Comme vous le savez, durant la période franquiste, la Santé mentale se trou-

vait complètement marginalisée par rapport à la Santé générale. Ceci veut dire que les soins étaient dispensés dans les hôpitaux psychiatriques et qu'il n'y avait absolument pas de traitements ambulatoires.

Durant les années '70, il y a eu une grande grève conduite par les internes qui exerçaient dans les hôpitaux psychiatriques et, par la suite, une grève générale des Services de Santé. Avec le changement politique intervenu s'est ouvert un grand débat portant sur l'aide en santé mentale. On peut dire qu'en Espagne les professionnels de la Santé mentale étaient à l'avant-garde en ce qui concerne les grands débats tant sanitaires que sociaux. Ces débats ont débouché sur la production d'une loi et d'un document sur la psychiatrie en Espagne élaborés par des politiciens, des juristes, etc.

La «loi générale de la Santé», promulguée en 1985, inclut pour la première fois les soins psychiatriques et de santé mentale dans les soins de santé générale.

Une loi de décentralisation est également intervenue qui transfère la charge de la gestion et du financement des soins de l'Etat vers les Régions, qui deviennent seules compétentes en ce domaine. Actuellement, ce transfert de compétence n'est pas encore effectif et l'on se trouve encore dans la situation antérieure de grande dispersion des ressources psychiatriques, qui dépendent de différentes administrations: c'est ainsi qu'il y a des équipes qui dépendent des municipalités, d'autres qui dépendent de la Région et d'autres qui dépendent de l'Etat.

L'une des premières choses à laquelle nous nous sommes employés a été la mise en œuvre du principe d'intégration des ressources. Nous ne sommes pas un pays riche et l'on doit malgré tout gérer les contraintes en tentant de les transformer en ressources qui devront par la suite, d'une manière plus rationnelle et plus adéquate, permettre de fournir des soins à un territoire bien concret. Il faudra, par la suite, assumer toutes les responsabilités en matière de santé mentale pour ce territoire, tout en continuant de donner la préférence au travail communautaire et en démantelant progressivement les hôpitaux psychiatriques. Le principe d'intégration de la Santé mentale dans la Santé générale implique que l'hospitalisation devra désormais s'effectuer dans les hôpitaux généraux, et donc que ces hôpitaux doivent développer en leur sein des unités d'hospitalisation psychiatriques, selon le même mode que les autres services d'hospitalisation spécialisés.

Il y a donc actuellement des hôpitaux psychiatriques qui sont en train de disparaître, mais cela dépend bien sûr du développement des ressources alternatives à la communauté. A Madrid, par exemple, dans le quartier où je travaille (Carabanchel), il y avait un hôpital psychiatrique infantile qui a été démantelé et qui n'existe plus. Une partie de mon équipe actuelle est issue de cet hôpital psychiatrique qui a été, depuis, transformé en résidence pour débiles mentaux. Nous avons aussi intégré deux autres équipes qui travaillaient dans le district de Carabanchel: l'une dépendant de la Mairie de Madrid et l'autre de la Sécurité Sociale.

Il y a actuellement recherche d'intégration de toutes les ressources. Nous avons un seul service de santé mentale et les soins ne se développent pas trop mal; nous n'avons pas des équipes différentes en fonction de la nosographie, mais la spécificité des interventions se définit par rapport à des problèmes réels. Le principe de la loi est donc la territorialité du travail communautaire. On doit, de préférence, travailler à domicile, en ambulatoire, en hôpital de jour ou en centre de jour. L'accent est

mis sur une politique de santé bio-psycho-sociale et sur la dimension sociale et psychologique de la maladie en général.

### **Serge Kannas** (France)

La situation en France est à la fois bonne et mauvaise. Elle est bonne dans la mesure où nous sommes partis assez tardivement dans le développement de l'esprit systémique et que nous sommes plutôt en période de croissance dans ce domaine, ce que confirme le développement des demandes de formation et le nombre croissant des professionnels du secteur social et de la santé mentale qui utilisent ce modèle. Mais cette période de croissance ne doit pas pour autant cacher que le modèle systémique reste encore très minoritaire en France, par rapport à tous les autres modèles, ce qui, peut-être, serait plutôt un avantage pour l'instant.

En ce qui concerne le champ psychiatrique proprement dit, il est affecté par toute une série de paramètres. Tout d'abord un paramètre positif, à savoir l'officialisation par la loi de 1985 — au terme de 25 ans de pratique — du Secteur psychiatrique, ce qui n'est pas du tout contradictoire avec l'utilisation du modèle systémique, bien au contraire!

Parmi les phénomènes ou les problèmes préoccupants, je citerai ceux qui tiennent aux aspects idéologiques de la formation:

- par exemple, le maintien d'un système de santé qui reste très cloisonné, très hiérarchisé, subordonné presque exclusivement au monopole médical et qui, à mon avis, n'est pas en train d'évoluer contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays;
- la formation des psychiatres, qui devient de plus en plus marquée par la prise en compte des « sciences dures » et qui accorde de moins en moins d'importance à l'aspect relationnel, ce qui ne sera pas sans conséquences à long terme;
- un autre aspect négatif réside dans la perspective de la suppression, à partir de 1993, du Diplôme d'infirmier psychiatrique, qui sera remplacé par un Diplôme général d'infirmier diplômé d'Etat, ce qui va faire disparaître la spécificité de la formation psychiatrique de ces personnels.

Parmi les paramètres généraux, enfin, il y en a un que l'on connaît bien:

- c'est l'évolution générale des dépenses de santé, dépenses qui sont marquées en France, comme dans d'autres pays, par des restrictions croissantes de crédits opérées de façon arbitraire, c'est-à-dire que l'on taille là où l'on peut, quand on peut, sans que cette perspective uniquement financière ne décide de perspectives sanitaires et sociales.

### **Pierre Segond** (France)

J'apporterai un complément à cette information sur la situation française en évoquant ce qui se passe dans le champ du travail social. Ces dernières années ont vu se développer un réel engouement des travailleurs sociaux pour le modèle systémique. Il y a même là un certain paradoxe: beaucoup de travailleurs sociaux

(éducateurs, assistants sociaux, psychologues, etc.) ont suivi une formation au modèle systémique, mais on constate de grandes difficultés dans l'application sur les terrains de travail. Il y aurait là un autre débat sans doute concernant les modèles de formation dispensés: trop souvent, c'est la «thérapie familiale» qui a été le modèle princeps, modèle valorisant et emblématique qui, cependant, n'est pas forcément le plus adapté à leur contexte de travail. Ceci éclaire peut-être le fait qu'en dépit d'un nombre important de personnes formées, les applications «communautaires» restent encore assez localisées, assez isolées et sans grandes communications entre elles. Si l'on se découvre à l'occasion de rencontres comme ces Journées de Lyon, la plupart du temps chacun se retrouve assez seul dans son coin.

Il y a eu également des difficultés avec différents ministères de tutelle tant par rapport à l'acceptation du modèle que par rapport à la volonté que nous avons tentée parfois de mettre en œuvre, de dispenser la formation à des équipes volontaires plutôt qu'à des individus qui se retrouvent ensuite isolés dans leur institution. A cette tentative de mise en œuvre de formation d'équipes contractualisée, les administrateurs de la formation continue ont opposé des principes de droit personnel et individuel de chacun à accéder à la formation, et de souci d'éclectisme, qui n'étaient en fait que l'expression d'une résistance au changement.

Une autre difficulté également tient, là comme ailleurs, à la mise en retrait, depuis quelques années, de la dimension clinique dans la prise en compte de la souffrance dans le champ du travail social: les réponses sociales ou sociologiques larges, ce que l'on énonce sous le terme de «politiques publiques», ont été privilégiées aux dépens d'une dimension humanitaire et clinique plus directement au contact des clientèles.

Il faut enfin souligner qu'un effort important a été fait également en ce qui concerne la sensibilisation et la formation des Juges des Enfants, et plus largement des Juges de la famille et du social à cette dimension familiale et systémique des problèmes de société, effort engagé à l'origine par Siegi Hirsch et qui se poursuit actuellement dans le cadre de la formation continue de l'Ecole Nationale de la Magistrature. Cet aspect est très important pour les travailleurs sociaux qui trouvent ainsi des interlocuteurs (qui souvent les mandatent et contrôlent leurs interventions) plus à l'écoute des problèmes tels qu'ils les posent grâce à une grille de lecture partagée.

### **Luigi Onnis (Italie)**

En Italie, nous avons également des aspects positifs et d'autres qui, au contraire, présentent de grandes difficultés. Nous avons bénéficié d'une loi de réforme de l'assistance psychiatrique qui a été l'aboutissement d'une période très chaude d'enthousiasme intense et de lutte contre la ségrégation des institutions psychiatriques qui, chez nous, étaient très archaïques. Cette lutte a été menée par le mouvement des travailleurs de la Santé mentale sous la direction de Franco Basaglia, qui est également très connu à l'étranger.

Intervenue en 1978, cette loi a permis de réduire les hospitalisations dans les hôpitaux psychiatriques en offrant la possibilité d'hospitaliser les patients seulement au sein d'unités psychiatriques spécialisées à l'intérieur des hôpitaux géné-

raux, d'une façon assez analogue à ce qui se pratique actuellement en Espagne. La loi prévoyait également la création de plusieurs réseaux de Services territoriaux qui auraient pu être reliés de façon départementale avec les unités d'hospitalisation.

Je pense que l'utopie a été de penser que cette loi aurait pu d'elle-même, comme par miracle, changer la situation existante. Cela a en effet été possible là où des expériences avaient déjà été réalisées par les travailleurs intéressés qui ont permis une bonne application de la loi et de son esprit. Par contre, il y a eu des difficultés dans d'autres régions de l'Italie, et particulièrement dans le sud, où de tels réseaux territoriaux n'ont pas été créés en nombre suffisant. C'est dire donc que l'application de cette loi est loin d'être effective et que l'assistance psychiatrique qui ne dispose plus de la référence des hôpitaux psychiatriques a quand même besoin de structures territoriales intermédiaires qui souvent n'existent pas encore. Là où de tels services existent, il n'est pas dit qu'ils fonctionnent selon une logique qui ne reproduise pas simplement la logique institutionnelle classique, c'est-à-dire la logique médicale, en continuant à proposer une médicalisation de la souffrance psychique et en ayant tendance à marginaliser la déviance.

Le grand problème est donc actuellement, dans notre pays, de créer ces structures là où elles ne sont pas encore en place, ce qui dépend naturellement d'une volonté politique de le faire. Mais là où ces structures sont créées, peut se poser un problème parallèle qui est, à mon avis, très important aussi: c'est celui d'une formation adéquate selon une nouvelle orientation des travailleurs, des intervenants qui sinon resteraient dans une orientation médicale classique.

Je pense que, dans ce domaine, l'utilisation de l'approche systémique peut faire beaucoup et réellement on essaye toute une série d'expériences très riches à l'intérieur des services publics. Si je me réfère à mon histoire personnelle, je puis dire que j'ai commencé à utiliser ces instruments de l'approche systémique parce qu'il me semblait que cette approche donnait la possibilité de disposer de moyens d'intervention d'urgence sur les situations de souffrance humaine, sans perdre pour autant l'inspiration sociale et politique qui était dans l'esprit de ce mouvement dont j'ai fait partie avec beaucoup d'espoir et d'enthousiasme.

Je pense donc que l'approche systémique est pertinente pour répondre à ces problèmes, mais à condition toutefois de ne pas être réduite — et je reviendrai sur ce point lors du second tour de table — à une pure technique de thérapie familiale. Evidemment cette réduction techniciste de l'approche systémique permet qu'elle soit facilement intégrée dans les services à l'intérieur des institutions, mais elle ne devient plus alors un facteur de changement. A ce propos, je voudrais évoquer une autre utopie à l'égard de laquelle on se doit maintenant d'être critique, c'est la possibilité — beaucoup d'entre nous ont vécu cela — d'une transformation des institutions selon le modèle systémique. Ceci aussi, je pense, devra être probablement complètement revu: travailler le réseau systémique à l'intérieur des institutions, en effet, ne consiste pas à imposer le modèle systémique, mais bien plutôt à essayer d'intégrer les différentes orientations existantes en fonction des possibilités de coopération pour le bien-être des gens.

## **Diane Beauséjour (Québec)**

Nous avons la chance de vivre en ce moment au Québec ce que je considère être un très grand moment. Il y a en effet actuellement au Canada une situation de crise qui tient à ceci : au départ, nous avons cru à l'universalité des services et beaucoup d'entre eux se sont développés tant au Canada qu'au Québec sur le principe de la gratuité. Or maintenant, nous sommes confrontés, avec la crise économique, à une crise bureaucratique qui a été en fait créée par la lourdeur de ces services : nous ne sommes plus capables, manifestement, de soutenir un tel projet social, tant au niveau financier qu'à celui de la déresponsabilisation que cela a engendré aussi bien chez les intervenants sociaux que dans la population qui est par ailleurs profondément insatisfaite de ces services tels qu'ils sont organisés pour l'instant.

Il s'agit, selon moi, d'un effet de crise. Ayant travaillé en urgence psychiatrique, je connais bien les potentialités de la crise dans tout ce qui est présent au niveau des énergies de transformation : ce que je vois de possible dans cette situation, c'est le retour de l'acteur social. Je pense en effet que l'on a dépossédé, déresponsabilisé la population et que l'on s'est placé trop aisément dans une position de victimes de nos structures, alors que, de la même façon que l'on construit nos réalités personnelles, on construit également nos réalités sociales. Je trouve très réjouissante cette notion de retour de l'acteur en ce moment de crise.

Il est évident que cela va conduire à des discussions extrêmement difficiles, mais il y a encore une autre dimension à cette crise. En effet, le Québec se prépare, en ce moment, à un Référendum autour du problème de son indépendance, qui aura lieu l'an prochain : ou bien l'on arrive, par exemple par la définition d'un territoire, à créer une jonction avec le Canada autour d'un projet et d'un potentiel commun, ou alors, effectivement, ça passe ou ça casse... De toute façon, c'est une situation intéressante parce que à ce niveau-là aussi on a besoin de se définir... Je ne crois pas que l'indépendance du Québec se fasse seulement sur une dimension culturelle, mais elle se fera sur le choix d'un projet de société. Nous avons arrêté de rêver depuis une dizaine d'années et là, tout à coup, ça nous chatouille, parce qu'il va maintenant falloir se situer. Or se situer, se définir, pour moi, cela marque le début de l'autonomie et je pense qu'il deviendra alors possible également de s'organiser avec ce qu'il y a autour de nous. C'est donc, à mon avis, un grand moment ! Je n'en pouvais plus, en effet, comme beaucoup de collègues, de l'inertie et de l'absence de créativité qui sévissaient dans les esprits, les mentalités et qui flottaient comme ça dans tous les services ainsi qu'au niveau politique. C'est donc un moment d'espoir pour nous !

## **Odette Masson (Suisse)**

En Suisse, la politique sociale a pris un retard considérable, notamment en ce qui concerne la réflexion sur la répartition des ressources et l'attention portée aux cursus scolaires de tous les jeunes. Le système de Sécurité sociale est l'un des plus médiocres de l'Europe de l'Ouest : il n'existe pas d'assurance maternité, pourtant prévue dans la Constitution depuis 1945. Les autorités ne reconnaissent pas la réalité des phénomènes de maltraitance infantile, au contraire de ce qui se passe en France, en Belgique, en Italie et au Canada.

De nombreux facteurs génèrent cet état de choses. L'un, central, est lié au fait que le pouvoir démocratique ne s'exerce plus en Suisse. Les participations électorales, de l'ordre de 35% de votants, sont assurées surtout par des personnes du troisième âge. Par ailleurs, un sixième de la population est constitué par des étrangers qui n'ont pas le droit de vote, même s'ils sont nés en Suisse. Parmi les étrangers résidant en Suisse, un grand nombre occupe les emplois subalternes les moins rémunérés: personnels du bâtiment, du génie civil, de l'hôtellerie et des hôpitaux. Les grandes options prises par les autorités suivent des majorités exprimées par un électorat formé par moins d'un tiers de la population et qui n'en est pas représentatif, puisque biaisé par l'âge et le statut socio-économique. Cette frange biaisée de l'électorat pousse les autorités à privilégier un système de valeurs orienté vers l'élitisme, la compétitivité, la recherche de profits et de techniques de pointe au détriment de l'intégration sociale, de l'humanisme, de la solidarité et de la tolérance des différences.

Les effets de cette situation sont multiples. Un douzième environ de la population helvétique vit en situation de grande pauvreté; une proportion non-quantifiée connaît la pauvreté. L'inflation s'accroît principalement par rapport à un objet de première nécessité, c'est-à-dire le logement. Seuls 30% des Suisses sont propriétaires de leur logement, ce qui les place au dernier rang en Europe. Le chômage, qui est apparu vers 1989 et qui s'accroît fortement actuellement, n'en est qu'à ses débuts. Les budgets fédéraux et cantonaux sont déséquilibrés. Le tissu social est lâche. Une étude, conduite en 1991 dans la ville de Bâle, montre qu'un foyer sur deux est occupé par une seule personne dans cette cité. Pour l'ensemble de la Suisse, un foyer sur trois est occupé par une seule personne. Un mariage sur trois aboutit au divorce. Les taux de morts violentes chez les jeunes par accidents, suicides et overdoses sont en augmentation, de même que la morbidité et la mortalité liées au SIDA et que la criminalité.

### **Organisation des systèmes de santé**

L'absence d'un concept global et interactif de la santé au niveau national, et l'inexistence d'un ministère fédéral de la santé (il existe un Département fédéral des assurances sociales) laissent aux cantons la charge d'organiser, de manière par ailleurs disparates, des politiques de santé. L'actuel responsable du Département des assurances sociales est d'avis que les choses doivent rester en l'état, bien que cette situation engendre perte d'énergie et d'informations, manque de collaboration et gaspillages financiers. Au nom du fédéralisme (= régionalisation) se «justifient» beaucoup d'abus: la pauvreté de l'action sociale, le manque de programmes médico-sociaux préventifs sont souvent expliqués, dans les régions, par le manque de soutien central.

### **Evolution de la psychiatrie et de la thérapie systémique dans ce contexte**

Au cours des années 1960 et jusqu'à la fin des années 1970, l'action psychosociale avait commencé, en Suisse, à s'ouvrir aux théories étiopathogéniques modernes incluant les facteurs contextuels. Il a été possible à quelques psychothérapeutes intéressés d'instituer des modalités thérapeutiques s'adressant en même

temps aux patients et aux personnes significatives de leurs écosystèmes. Des expériences d'interventions trans-institutionnelles ont pu être menées avec des résultats intéressants. Notre équipe pédopsychiatrique, créée à Lausanne en 1974 a, jusqu'en 1990, conduit un tel travail, centré sur la prévention, se développant particulièrement auprès de jeunes familles en voie de constitution, dont un ou les deux parents présente(nt) des troubles psychologiques (dépressions, psychoses péri-partales, troubles du comportement). Ces thérapies instituées précocement, avant que les enfants n'aient trop souffert, donnent dans l'ensemble de bons résultats, bien supérieurs en tous cas à ceux obtenus par des thérapies instituées tardivement dans des familles connaissant les mêmes types de troubles.

Durant la dernière décennie s'est marquée d'une façon croissante la tendance à entraver les activités des soignants s'adressant aux familles. Sont aussi apparus dans les médias (il existe peu de presse critique en Suisse), des articles imputant essentiellement à l'hérédité toutes sortes de troubles, dont le suicide, l'alcoolisme et l'homosexualité, sans que les professeurs de psychiatrie ne réagissent. Les autorités détruisent de façon ciblée des dispositifs médico-sociaux préventifs, licencient ou forcent à la démission des professionnels qui veulent poursuivre dans la voie du soutien précoce aux enfants et à leurs familles. Par exemple, des infirmières de santé publique, auparavant engagées pour soigner les membres des familles de tous âges, ont reçu l'ordre de ne s'occuper que des personnes âgées. Leur directrice, qui ne voulait pas s'y plier, a été promptement «démissionnée». Le directeur compétent d'un foyer mères-enfants, qu'il avait animé dès son ouverture, quinze ans auparavant, a été licencié sans motifs, pour permettre une nouvelle organisation moins favorable aux usagers. Des appels irréalistes sont faits au bénévolat pour combler tous les vides ainsi créés.

La psychiatrie d'adulte donne actuellement davantage d'importance aux théories biologiques. Les patients reçoivent plus de chimiothérapies et d'électrochocs. On en voit administrés par exemple dans des cas de psychoses post-partales par cures de dix chocs. La théorie systémique peut être enseignée, mais ses applications sont assez généralement combattues. La Fédération des médecins helvétiques inscrit dans les textes de la spécialité de psychiatrie d'enfants, qu'il convient d'avoir des connaissances en prévention et en thérapie systémique. L'application générale de ce règlement n'est pas organisée, pas plus que ne sont examinées les lacunes de l'enseignement universitaire dans ce domaine.

Deux Consultations de prévention psycho-sociale ont été détruites par les autorités à Bâle en 1982, à Lausanne en 1990, sans que la Fédération des médecins suisses ne réagisse, pas plus que ne l'ont fait les Sociétés suisses de psychiatrie d'enfants et d'adultes. Le financement des prestations psychiatriques est organisé de telle manière, que les psychiatres ont avantage à attendre que les patients soient bien malades pour s'en occuper, et à les soigner individuellement, ce qui prolonge la durée des traitements. Les professionnels en médecine psycho-sociale, les médecins particulièrement, ferment les yeux sur les facteurs contextuels contribuant à la pathologie. Exemple: une enquête nationale (1989-1990) sur la maltraitance infantile auprès de 5.600 adresses médicales et sociales suisses, n'a amené au signalement (anonyme) que 1.155 situations de mauvais traitements en douze mois. La police suisse reçoit à elle seule annuellement plus de plaintes pour abus sexuels

envers des mineurs que n'ont annoncé de situations de maltraitements diverses les soignants et travailleurs sociaux de tout le pays en douze mois. Le tabou observé par les professionnels quant à la maltraitance infantile a été respecté au point que, dans certaines régions de Suisse, aucun cas n'a été annoncé.

Ainsi, bien que les enseignements théoriques de la thérapie systémique soient distribués dans de nombreux instituts (plus souvent privés qu'universitaires), leurs effets sur la pratique restent plus que discrets. Il manque généralement en Suisse des lieux où enseignements théorique et clinique se conjuguent. Le démantèlement, par les autorités politiques et administratives, de notre Consultation pédopsychiatrique s'est fait à un moment où la demande y était très forte depuis plusieurs années et où il était impossible au petit groupe de professionnels d'y répondre. Les demandes y avaient triplé pendant la même période où le Service de psychiatrie infantile traditionnel voyait diminuer les siennes de moitié.

Ce type de destruction d'un centre sur-sollicité par les opérateurs du terrain et par les familles elles-mêmes, se passe en Suisse et à l'étranger :

- Framo, au début des années 1970, à Philadelphie, a dû fermer son Unité de thérapie familiale après trois ans d'activités, tellement lourdes étaient les entraves mises par l'administration de l'institution;
- Minuchin avait déjà produit tous ses travaux sur les affections psychosomatiques lorsque, de 1976 à 1978, son Service de pédopsychiatrie de Philadelphie a été menacé fermeture par l'Association Médicale Américaine;
- En 1982, à Bâle, une unité de prévention du Service de pédopsychiatrie a été fermée après trois années d'activités au cours desquelles des interventions destinées à appuyer les jeunes familles mises en difficulté par une naissance, avaient été mises sur pied;
- En 1990, l'Université de Heidelberg décide de fermer le Centre de thérapie familiale de la Faculté de médecine;
- En 1991, c'est le Centre Bateson de Lyon qui est menacé...

Ces destructions ou menaces n'ont aucun rapport avec une quelconque adéquation des réponses médico-sociales aux besoins des usagers. Elles procèdent de motivations politiciennes particulièrement peu justifiables en période de crise.

### **Modérateur**

Pour ce deuxième tour de table, et avant de donner également la parole à la salle, les discutants devront centrer leurs interventions par rapport aux questions suivantes :

- Quelle est la part des uns et des autres dans les difficultés énoncées et, avec le recul du temps, quelles sont les erreurs que vous pensez devoir être évitées pour ne pas tomber dans le piège de ce que Siegi Hirsch appelle l'« avance freinante » ?
- Enfin, en quoi le système socio-politique élargi influence-t-il votre contexte de travail ?

**Maria Dauber** (Allemagne)

Je n'ai pas parlé de la situation de Berlin, mais je vais évoquer la situation problématique sur le plan financier qui existe depuis la réunification. Le gouvernement fédéral a décidé de rayer, sans dédommagements, toutes les subventions accordées depuis trente ans. Ceci signifie que Berlin doit répartir la majeure partie de son budget à Berlin-Est pour la reconstruction de la ville et la mise en place de l'administration. Plus concrètement, cela signifie que, pour l'année 1992, Berlin, c'est-à-dire pratiquement Berlin-Ouest, doit économiser 3 milliards de marks, dont une grande partie en ne remplaçant pas les postes vacants dans le domaine social. Par exemple, le plus grand arrondissement de Berlin, avec 320.000 habitants, devait régler comme charges au Sénat pour le premier trimestre 1991, 6,2 millions de marks, dont 3,6 de retenues sur la masse salariale. On a réussi malgré tout à n'économiser que 4,7 millions de marks. La situation à Berlin est vraiment critique et le restera au moins jusqu'en 1995.

Par ailleurs, je pense important de réfléchir sur ma propre expérience. J'ai voulu montrer que la façon de travailler de manière systémique, à n'importe quel niveau, ne rend pas la fonction des autres collègues superflue, et ne dévalorise pas leur travail, mais vise à simplifier éventuellement les choses, en rendant le travail plus intéressant et parfois même amusant: si l'on parvient à créer un tel climat, on aura soudain des combattants... C'est cela l'important!

**Carmen Rojero** (Espagne)

C'est exprès que je n'ai pas parlé du modèle systémique en Espagne, car je pense — suivant en cela la ligne tracée par Luigi Onnis — que le développement du modèle systémique correspond à une manière différente de voir les problèmes humains de la santé mentale et de la santé générale et qu'il doit être cohérent avec le développement de ces deux types de problèmes, et plus encore avec un processus socio-politique. C'est pourquoi je pense qu'avant de parler de thérapies de famille et d'imposer des modèles de thérapie familiale systémique dans les institutions, il convient maintenant d'y réfléchir. Il en est de même, à mon avis, en ce qui concerne les créations d'équipes ou d'Associations spécialisées de thérapie familiale: avant j'étais d'accord d'y participer, mais maintenant je ne le suis plus! Ma conception actuelle est d'entamer une réflexion systémique dans les équipes et dans les services, qui ouvrira des professionnels de toutes sortes à notre approche. C'est la réflexion qui doit être systémique et, en tant que chef d'un service dont le personnel est nombreux, ce qui m'intéresse c'est, pour la planification du service, de créer un contexte qui permette des discussions plus élargies sur les manières de travailler sur le territoire avec d'autres professionnels, en collaboration, en négociations. La cohérence est nécessaire car l'on doit travailler avec les médecins généralistes, les assistants sociaux, les éducateurs... Cela doit élargir la réflexion: c'est une manière de penser, de réfléchir ensemble pour travailler, de créer des équipes fonctionnelles. Nous ne voulons pas en effet des équipes monodisciplinaires rigides, mais des programmes avec des équipes fonctionnelles: les gens peuvent passer d'un programme à l'autre, peuvent travailler dans des programmes différents. On doit pouvoir travailler avec l'enfance et l'adolescence et, ensuite, avec le troisième âge... pourquoi

pas? Ce ne sont pas des choses vraiment différentes. C'est donc pour cela que je n'aime pas parler uniquement de «thérapie familiale», parce que j'ai développé ma réflexion de cette manière-là, et cela bien qu'en Espagne il y ait effectivement des quantités d'associations, de réunions sur la thérapie familiale auxquelles je ne m'intéresse plus depuis un certain temps!...

### **Serge Kannas** (France)

Un monsieur que j'aime beaucoup, qui s'appelle Carl Whitaker, disait que quand on devient missionnaire, c'est là que l'on court le risque d'être mangé. Pour introduire un des aspects de cette discussion j'avais choisi de présenter un cas, parce que j'ai l'impression que chaque fois que l'on aborde les problèmes en termes généraux on en arrive à des notions tellement importantes et à des enjeux tellement graves que l'on ne peut éviter de dépasser la profession de psychothérapeute.

Pour des raisons didactiques et de temps, je réduirai ce cas à une dimension tout à fait rudimentaire. Il s'agit de la situation d'une patiente alcoolique qui avait été hospitalisée, du fait de son alcoolisme grave, en psychiatrie pendant plusieurs années et qui avait permis, avec l'aide du secteur de psychiatrie, une connexion avec les membres du Service d'alcoolgie par lequel elle était traitée auparavant, ainsi que des connexions avec des membres du Service de Santé des Armées, car cette personne était membre du Personnel civil de l'armée: il y avait donc une assistante sociale, le secrétariat... Ce travail avait permis des connexions avec le général qui commandait le service dans lequel travaillait cette dame; cela avait également permis des connexions avec le tuteur, parce qu'elle était placée sous tutelle. Et donc — et je m'excuse pour l'aspect rudimentaire de cet exposé — ce travail avait permis toute une série de juxtapositions et de connexions qui — pour des raisons qui tenaient à la situation de cette personne — n'étaient pas familiales, mais qui avaient permis, après des années d'hospitalisation permanente, qu'elle puisse reprendre une activité et renouer des connexions différentes.

Je voulais parler de ce cas, car je me disais qu'effectivement le contexte socio-économique et politique nous influence, mais que, dans un travail psychothérapique, nous sommes surtout intéressés par ce sur quoi on peut agir et pas tellement par ce par quoi on est agi. Il est évident, pour l'histoire que je viens d'évoquer, que ce n'est pas dans le cadre de la thérapie familiale classique que l'on peut le faire, mais plutôt par des bricolages qui connectent différents systèmes à différents niveaux, mais qui nous amènent à essayer de mettre en place des leviers en fonction des situations qui nous sont présentées. Par contre, j'ai l'impression que si j'avais voulu faire de ce cas, disons «un cas militant» au niveau de l'exemplarité en psychiatrie, ou de l'exemplarité par rapport aux collègues du Service d'Alcoolologie ou par rapport aux collègues qui allaient travailler dans le Service Social de l'armée, etc., je pense que non seulement la situation n'aurait pas évolué mais qu'elle se serait dégradée...!

### **Luigi Onnis** (Italie)

Je voudrais essayer d'évoquer rapidement ce qu'il est possible de faire, à mon avis, en utilisant l'orientation systémique dans son travail en tant que travailleur

institutionnel au sein d'un service ou d'une institution. Il me semble qu'il y a quand même des marges possibles de travail. Par exemple, un travail important, à mon avis, portera sur la demande d'aide qui arrive au Service. Beaucoup de recherches démontrent actuellement que la demande qui arrive se calque sur la qualité de l'offre et de la réponse de la prestation thérapeutique qui provient habituellement du Service. Là où — comme c'est encore le cas dans la plupart des régions de notre pays de même qu'ailleurs sans doute — l'orientation de cette réponse est essentiellement encore de type médical, il ne sera pas surprenant que la demande d'aide, qui arrive au Service, soit également une demande de médicalisation de la souffrance. Je pense qu'à ce niveau il y a des marges possibles d'action pour l'intervenant d'orientation systémique. Dans la rencontre thérapeutique, il existe quand même une marge de liberté qui permettra à cet intervenant d'essayer de faire tout un travail pour réintroduire la souffrance à l'intérieur du contexte, à l'intérieur de l'histoire, pour récupérer cette trace, ce «fil égaré de significations» dont parlait si efficacement l'une de nos chères collègues qui n'est plus parmi nous et que je veux évoquer aujourd'hui, Silvana Montagano. Dans un tel cas, je pense que l'intervenant peut essayer de permettre à cette demande d'aide de s'exprimer sous une forme plus authentique, de se reformuler. Je pense en effet que ce travail de reformulation de la demande revêt une grande signification, une grande importance et il me semble être au premier plan d'une intervention et de sa signification politique, parce qu'il correspond à une lutte contre une définition encore de type médical de la souffrance psychique.

Je pense que cela est possible si l'on évite de tomber dans les risques suivants :

1. Risque d'utilisation de l'approche systémique à l'intérieur d'une institution (et je suis d'accord totalement en cela avec ce que disait Carmen Rojero) d'une façon purement technique, à savoir la thérapie familiale. En effet, si l'on utilise l'approche systémique dans ce sens réductionniste, on risque de tendre, à mon avis, vers l'idéologie médicale tout court, car l'on substitue à la pathologie des individus la pathologie des familles, parce que l'on pense pouvoir découvrir une sorte de *nature* familiale de la folie, parce que l'on interpose des étiquettes diagnostiques pour les familles exactement identiques à celles que l'on avait proposées pour les individus.
2. L'autre risque qu'il convient, à mon avis, d'éviter, est le risque opposé, mais qui me semble entraîner les mêmes conséquences, à savoir le risque de considérer, au contraire, la systémique en tant que Modèle avec un M, c'est-à-dire comme un modèle tout puissant et exhaustif d'explication. Dans ce cas, on en arrive réellement à imaginer de nouveau que d'un point de vue systémique, il est possible de contrôler les institutions, les relations sociales, etc.

Je pense, au contraire, que la grande richesse de l'approche systémique est précisément de permettre une possibilité d'intégration et de mise en intercorrélation de compétences professionnelles différentes, et même — pourquoi pas? — d'orientations psychothérapeutiques différentes. C'est-à-dire que l'approche systémique peut permettre une vision plus *complexe* de la réalité et une façon plus complexe aussi, et plus efficace, de travailler.

Il me semble donc qu'actuellement l'utilisation de l'approche systémique à l'intérieur des institutions est suspendue entre deux polarités opposées, soit d'un côté des risques de réduction et de l'autre côté également des risques de tomber dans ce *fatalisme* dont Bateson parlait. Si l'on y réfléchit bien, je pense que sous couvert de ce fatalisme, pendant des siècles, on a construit les asiles d'aliénés. C'est pourquoi je pense que ce fatalisme qui exprime le sentiment de notre impuissance et qui paralyse nos actions est justement pour nous, travailleurs en institutions, l'ennemi à abattre.

## Discussion

### Monsieur X (?)

En entendant les différents orateurs, on se dit, bien sûr, que peut-on faire? et je pense que ce qui est peut-être un peu en mon pouvoir c'est l'image que l'on veut donner de nous et comment on veut se positionner sur le champ social. Je reviens à la question que j'ai posée hier dans le cadre de la réunion de l'E.F.T.A. (European Family Therapy Association), car il me semble que Carmen Rojero et Luigi Onnis m'invitent à y venir: dans quelle mesure l'E.F.T.A., si elle se veut aussi association professionnelle, c'est-à-dire défendant des gens qui ont des compétences professionnelles, n'est pas amenée à présenter la systémique comme une nouvelle spécialisation? Or cela me semble assez peu systémique, dans la mesure où la systémique cherche à coordonner différentes identités professionnelles, d'en réserver l'accès à des gens ayant une formation systémique. C'est, de nouveau, nous positionner à côté d'autres gens qui ont des identités professionnelles. Il me semble que se pose la question de l'orientation que l'on veut donner à l'E.F.T.A.?

### Luigi Onnis (Italie)

Je vais tenter de répondre en me référant à une réponse que Jacques Pluy-mackers essayait hier de donner à la même question, lors de l'assemblée générale de l'E.F.T.A. Il disait que, dans ce cas-là, parler de «thérapie familiale» ne veut pas dire que ceux qui sont membres de l'association doivent être des thérapeutes familiaux avec une formation, rigide, codifiée... Dans le préambule du statut, il est en effet question d'intérêt pour l'approche systémique et c'est ça que l'association créée souhaite mettre en œuvre. L'esprit de l'E.F.T.A. est donc d'être la plus créative possible, pour favoriser les réactions de gens qui ont un intérêt pour la logique systémique. Cela signifie que, parmi les différentes catégories de membres, même ceux qui ne sont pas thérapeutes, mais qui ont quand même des intérêts dans des disciplines différentes, et pas seulement donc pour la psychothérapie psychiatrique, peuvent devenir membres affiliés à l'association, et contribuer ainsi aux possibilités d'échanges entre domaines différents.

Quant à l'autre problème, celui de l'identité professionnelle des thérapeutes familiaux, il me semble franchement qu'il est extérieur à notre débat de ce matin, et je sais, par ailleurs, que dans divers pays ce débat est ouvert et qu'une élaboration

tion de la réglementation des thérapies est en cours. Il me paraît donc préférable de renvoyer ce problème, pourtant très important, à un autre débat...

**Diane Beauséjour** (Québec)

Je pense qu'il est essentiel que l'on se donne une plate-forme maxima pour réfléchir ensemble à ce que l'on fait et je pense que la systémique s'est un peu trop cantonnée, jusqu'à maintenant, au niveau des microsystèmes, alors qu'il va falloir désormais, au contraire, examiner comment travailler avec les mésosystèmes et les macrosystèmes, et c'était bien d'ailleurs l'intention de notre réflexion d'aujourd'hui. Il y a des expériences qui existent, nous en vivons au Québec, et je pense qu'il serait bien important de disposer de tels cadres pour continuer d'y réfléchir. Il faut avancer, certes, mais aussi transmettre nos expériences.

**Edith Goldbeter** (Belgique)

Je voudrais réagir un peu à l'intervention de Monsieur X. Je voudrais dire qu'il ne faut quand même pas confondre le mot systémique avec le mot cosmique. Je crois que si la systémique s'occupe effectivement de mettre en relation les différentes interventions, elle ne néglige pas non plus les notions d'identité et de frontière et je pense qu'il est quand même bon aussi de pouvoir se définir... Tout le travail effectué dans les divers pays, tel qu'il vient d'être présenté par les différents orateurs montre bien également cette recherche d'identité et de la meilleure manière de la faire accepter par d'autres de telle façon que cela puisse devenir utile et fonctionnel sans pour autant devenir une manifestation d'impérialisme cosmique qui nous ferait finalement vivre dans un monde complètement indifférencié, où tout le monde posséderait l'approche systémique!

**Teresa Suarez** (Espagne)

Je voudrais tout d'abord remercier Madame Masson de nous avoir fourni des chiffres qui sont bien différents de ceux que l'on donne d'habitude dans les congrès et qui nous font énormément réfléchir. Je voudrais quand même lui demander si elle a une idée du type de contradiction sociale à laquelle on touche quand on commence à avoir des problèmes, même dans les pays dits « démocratiques »? Peut-être que nous, nous nous croyons sans problèmes simplement parce que nous n'avons pas la liberté d'avoir ces chiffres. Je lui demanderai — à propos non seulement des intervenants systémiques mais aussi de bon nombre de citoyens — où est-ce qu'on se situe, car, finalement, on a toujours une marge de manœuvre et celle-ci peut être de faire une thérapie; on attend alors des résultats dans ce domaine, mais j'ai l'impression que l'on oublie que nous sommes dans une société plus intégrée et on pourrait, si l'on veut avoir des résultats dans d'autres domaines, profiter d'autres plates-formes, pour développer également d'autres changements. Par exemple, en Espagne, en ce moment, les syndicats, dits progressistes en un autre temps, jouent un rôle absolument réactionnaire quant à la transformation de la santé mentale. Je pense donc qu'il y a là aussi une position à prendre et que ce n'est pas seulement

en m'occupant de la thérapie, voire même de l'organisation d'un service que je pourrai résoudre certains problèmes.

Je voudrais également intervenir par rapport à ce qu'à dit tout à l'heure Madame Rojero quant au rôle des associations. Nous nous sommes posés la question: est-ce que cela vaut la peine de créer chaque fois de nouvelles associations? Cela prend énormément d'énergie et conduit trop souvent à des luttes internes pour le pouvoir. Aussi nous demandons-nous si nous ne pourrions pas profiter de cette énergie pour exprimer nos opinions et travailler dans les associations existantes au sein de la santé mentale générale, car il s'agit finalement d'associations où sont regroupés aussi des professionnels des services publics qui appartiennent à des statuts bien différents. Je pense donc qu'il est plus facile d'élargir notre discours et d'avoir d'autres idées en essayant de profiter des cadres associatifs préexistants et qu'il n'est pas nécessaire d'en créer d'autres.

### **Odette Masson (Suisse)**

Il y a cohérence théorique entre développement de politiques familiale et sociale efficaces, pensée systémique et concept global interactif de la santé, alors que les mouvements de régression démocratique génèrent conflits sociaux et accroissement de l'incidence de la morbidité.

Un groupe social majoritairement élitiste pondère de façon non-scientifique les facteurs générant la pathologie médico-sociale. Il occulte l'importance des éléments contextuels et surestime par rapport à eux la pathogénéité des facteurs individuels et héréditaires. Dans un contexte peu démocratique, le décodage systémique des phénomènes morbides entre aussi forcément en contradiction avec les usages de diagnostic conformes à l'idéologie politique et il devient gênant. Les traitements, individuel et conjoint, d'une mère de famille jusque-là consommatrice chronique de soins psychiatriques ambulatoires et hospitaliers, explicite la différence des étiquetages diagnostic. Taxée de débile caractérielle, dévalorisée et souvent rejetée par les soignants, elle peut, soutenue par une redéfinition globale de la genèse de ses difficultés, élaborer en deux ans de traitement une nouvelle représentation d'elle-même et accéder à un développement autonome. L'examen psychologique proposé en fin de psychothérapie révèle un quotient intellectuel de 120. Des observations analogues se font auprès d'enfants qui, en fin d'intervention, témoignent d'une amélioration de leur fonctionnement cognitif si l'on a bien tenu compte de tous les facteurs internes et externes inhibiteurs du développement et à condition d'avoir relativisé le degré informatif de l'examen intellectuel initial.

Une autre contradiction est celle opposant l'option qui consiste à soigner les maladies et les symptômes sans réflexion causale suffisante, ce qui conduit à entretenir d'énormes machines de soins, une véritable industrie de la maladie aux coûts submergeants, à une conception écosystémique privilégiant les soins préventifs, la responsabilisation et l'autonomisation des patients. Ce deuxième choix suppose une attitude basse du soignant consistant à continuellement scier la branche sur laquelle il est assis. Cette option, visant le maintien de la santé, à commencer par celle des bébés et des enfants maltraités, ne diminuerait pas, si mise en œuvre, le volume des activités soignantes. Celles-ci changeraient peu à peu de nature, devien-

draient plus efficaces et moins coûteuses, comme le démontrent déjà des programmes préventifs dont ceux de Kempe et Langsley.

Par ailleurs, les modes de fonctionnement hiérarchique induits par une compréhension systémique sont complètement différents de ceux de type taylorien qui s'observent en Suisse dans les institutions sociales et psychiatriques. Le modèle taylorien, actuellement peu à peu remis en question dans l'industrie, ne l'est pas encore dans les services médico-sociaux. Il suppose les soignants du terrain dépourvus de créativité. Leurs rôles consistent à appliquer des règles et mesures choisies par des responsables administratifs, qui ne se confrontent, eux, pas plus aux souffrances et besoins des usagers, qu'aux effets des actions menées. Ce mode de gestion taylorien engendre des dépressions professionnelles sévères et répandues. Il représente un gaspillage majeur de forces soignantes, les personnes en épuisement professionnel étant en effet bien en peine d'en soigner d'autres. Au contraire, les équipes travaillant en respectant les secteurs de responsabilité et les rôles de chacun de leurs membres, se portent bien. Nous avons dans l'unité de prévention, travaillé intensément pendant quatorze années, sans absences autres que celles liées aux congés, aux grossesses et aux obligations de service militaire. Maladies (ulcère digestif, asthme bronchique, etc.), accidents de voiture et absentéisme sont apparus durant les derniers dix-huit mois d'activités, dès le moment où nous avons appris qu'il ne nous était plus permis de les poursuivre.

Les formes systémiques d'organisation institutionnelle sont très mobilisatrices. Comme le dit Maria Dauber, le travail en devient créatif et stimulant, gratifiant par des effets qu'il permet d'observer. Il demande beaucoup d'attention et d'énergie sans cependant provoquer de stress professionnels pathologiques, tels qu'on les observe dans les systèmes tayloriens qui paralysent l'initiative et rendent les activités mornes et souvent inefficaces. Notre équipe a pu, à Lausanne, pratiquer durant seize ans des interventions individuelles, familiales et en réseau. Pour les contextes à problèmes multiples, les traitements s'organisaient en collaboration trans-institutionnelle avec des travailleurs sociaux, des éducateurs, des enseignants, des pédiatres et parfois des juges.

L'originalité de cette pratique dans un réseau dont le fonctionnement est par ailleurs resté traditionnel, a eu pour effet de concentrer dans les entrées à l'Unité les situations les plus complexes, dont 90% avaient déjà été traitées ailleurs. Ce phénomène est connu dans tous les contextes où un petit sous-système travaille de façon différente par rapport à l'ensemble institutionnel. Les conséquences d'une telle concentration sont diverses, certaines positives, d'autres regrettables. L'abord de patients déjà traités, souvent multitraités, stimule vivement la recherche de modes nouveaux d'évaluation et de traitements. Lorsque l'on parvient à proposer, dans certains de ces cas, une démarche thérapeutique efficace, l'on provoque malheureusement plus de tensions que l'on ne suscite d'intérêt dans le réseau soignant local. Bien conscients de ces difficultés, nous ne pouvions cependant pas refuser l'entrée aux patients, sous prétexte qu'ils avaient déjà été traités antérieurement. Un autre effet des interventions systémiques, surtout lorsqu'elles sont organisées en collaboration trans-institutionnelle, consiste à élargir sensiblement l'éventail des bénéficiaires de psychothérapies. Des familles non-volontaires aux soins sont, par exemple, convaincues par un pédiatre ou par un juge, d'accepter une consultation

psychiatrique qui peut permettre l'induction d'un traitement. Dans un réseau psychiatrique comme le nôtre, où prédomine la conception que seules des personnes cherchant elles-mêmes activement des soins sont traitables, notre pratique rencontre parfois incompréhension et mépris. Des recherches sur les formes des soins psychiatriques montrent que traditionnellement les psychothérapies et les psychanalyses sont plus souvent réservées aux personnes de haut niveau de scolarité, tandis que les autres reçoivent davantage de cures médicamenteuses. «Comment faites-vous pour soigner des débiles» (c'est-à-dire des personnes peu scolarisées)? ai-je entendu. Une autre spécificité de l'approche systémique, positive en elle-même, mais critiquable dans le contexte socio-politique helvétique, consiste à permettre l'intervention préventive. C'est ainsi que la conduite des traitements mixtes, individuels et conjoints de parents psychotiques ou déprimés au moment de la naissance d'un enfant, ont pris une grande place dans nos activités. Ces formes d'approches permettant aux parents de bien recevoir leur enfant, ne rencontrent pour le moment aucun soutien administratif, politique et universitaire. Au contraire. «C'est du travail de pionnier», m'a expliqué un politicien de formation universitaire, «il est normal qu'il tombe». «La prévention psycho-sociale on n'en veut pas», explique un autre édile, «car nous avons besoin de manœuvres de troisième catégorie». Ces volontés, beaucoup plus répandues qu'affichées, s'opposent évidemment au développement de pratiques psycho-médico-sociales cohérentes et démocratiques.

### **Monsieur Z (?)**

Je voulais simplement dire qu'il me semble quand même important de bien distinguer le terme «systémique» de l'expression «thérapie familiale». En effet, la thérapie familiale n'est jamais qu'un sous-ensemble de la pensée systémique. Pour aller dans le sens de ce que disait Monsieur Onnis, je dirai que ce qui ferait le mieux avancer les choses serait de penser plus en fonction d'un modèle intégratif de différentes disciplines. Finalement ne pourrait-on pas prendre pour modèle l'exemple de la ville médiévale qui, avec ses rue des Tripiers, des Bouchers, des Arbalétriers permettait une intégration de multiples disciplines, chacune avec sa spécificité et son territoire? Je trouve que ce serait vraiment avancer et faire pour une fois quelque chose de neuf que de véritablement reculer et se payer une petite tranche de Moyen Age!

(Texte retranscrit par Pierre Segond et revu par les intervenants.)

*Diane Beauséjour*

6681, rue Briand, Montréal, Québec H4E 3L4

*Maria Dauber*

Akazienstrasse 21, D-1000 Berlin

*Serge Kannas*

105, rue Notre-Dame-des-Champs, F-75006 Paris

*Odette Masson*

CH-1095 Le Châtelard sur Lutry

*Luigi Onnis*

Viale Yonio, 389, I-00141 Roma

*Carmen Rojero*

Servicias de Salud Mental de Carabanchel  
C/General Ricardos 177, E-28025 Madrid

*Pierre Segond*

52, Bd Saint-Marcel  
F-75005 Paris

## RECENSIONS

**B. BASTARD et L. CARDIA-VONÈCHE:** «Le divorce autrement: La médiation familiale», Ed. Syros-Alternatives, 1990.

Née en 1970 aux Etats-Unis pour répondre aux problèmes posés par les divorces dont le nombre allait croissant, la médiation familiale apparaît en France dans les années 1984-1985.

La médiation familiale se définit comme: «Processus de coopération en vue de la résolution d'un conflit dans lequel un tiers impartial est sollicité par les protagonistes pour les aider à trouver un règlement amiable satisfaisant.»

Zone intermédiaire entre la prise en charge psychothérapique et le règlement judiciaire, la médiation familiale offre donc un espace tiers qui évite la crainte du psychiatre et la décision du juge...

Le livre de B. Bastard et de L. Cardia-Vonèche, tous deux sociologues répondant à une demande du secrétariat d'Etat chargé des Droits des Femmes et du ministère de la Justice, est une étude de cette nouvelle voie qui se crée dans la lignée des nouvelles formes de divorce: le consentement mutuel (1975) et de gestion de l'après-divorce: l'autorité parentale conjointe (1987).

Les auteurs soulignent les différences entre médiation et thérapie: l'objectif n'est pas l'expression des sentiments et la résolution du conflit conjugal, mais au contraire dans l'évitement de ce conflit qui est l'obstacle où s'arrête la médiation pour mieux le contourner et progresser dans l'élaboration d'un compromis autour de la séparation. La négociation s'intéresse à la gestion la plus concrète des aspects pratiques du divorce. Pour les mères, le point délicat est le plus souvent la pension alimentaire, pour les pères celui du droit de garde de l'enfant, l'un et l'autre étant très habituellement liés: le désintérêt du père vis-à-vis de l'enfant pour lequel il a l'impression qu'on lui dénie sa fonction de père se manifestant par l'arrêt du versement.

Car il est manifeste (bien que cela reste implicite dans l'exposé du développement de la médiation familiale) que c'est bien autour de l'enfant issu du couple, et donc à partir de la fonction parentale qu'a pu naître la nécessité (au-delà de l'accord sur rien sinon sur le désaccord) de poursuivre la recherche d'une entente ou plutôt d'une négociation... et finalement d'une médiation puisque le couple conjugal est en faillite et menace à tout moment de prendre le pas sur le couple parental.

Médiation partielle, concernant uniquement les relations parents-enfants, médiation globale portant sur l'ensemble des affaires à régler? Les avis sont partagés, les partisans de la seconde solution étant persuadés que le tout est indissociable et doit faire l'objet d'une négociation d'un seul tenant.

L'approche sociologique de la fonction du médiateur et de la médiation permet l'analyse de l'introduction de cette nouvelle pratique, et des différentes stratégies de construction des collectifs qui se sont constitués en équipes de réflexion.

Certains services de médiation se sont créés à l'initiative de professionnels du champ médical et social ou judiciaire, mais d'autres aussi à partir de parents ayant divorcé et souhaitant aider les autres de leur expérience. D'autres services ont élargi leur champ d'activité à la médiation familiale pour répondre aux besoins de leur clientèle.

Quelle que soit leur origine, il faut à ces médiateurs créer l'espace qui leur est propre en évitant le risque de déposséder les magistrats et les avocats d'une part de leurs prérogatives, ou celui de porter atteinte aux intérêts de professionnels de la thérapie établis dans le département.

Un répertoire qui ne prétend pas être exhaustif des associations, région par région, permet de faire le tour des possibilités existantes.

De façon intéressante, les auteurs ne «concluent» pas, dans leur conclusion — au sens où ils ne se prononcent pas : la cause n'est pas encore entendue, l'expérience de chaque collectif de médiateurs est singulière et nécessite ajustements aux contraintes et évolution constante.

Mais... «on avait beau dire que l'on travaillait dans un champ plus particulier qui est celui du divorce... nos propositions ne passaient pas... Quand on a commencé à penser 'médiation' pour notre association, cela s'est révélé très médiateur», commente la responsable d'une des associations de médiation.

*B. Wateriaux*

Coordonné par Martine SEGALEN: «Jeux de famille», Presses du CNRS, CNRS Plus, Paris, 1991 (238 p.).

Dans leurs observations de familles, les thérapeutes familiaux se posent rarement la question du contexte sociologique, accumulant un matériel sur les familles fonctionnant dans un contexte «pathologique»; ils semblent peu préoccupés par toutes les facettes d'un continuum dans la réalité, allant de ce qui est considéré par la société comme la norme admise, aux frontières du «hors normes». Le recueil de textes d'ethnologues et de sociologues, chercheurs au CNRS, «Jeux de familles» nous conduit à travers le passage sociologique français contemporain de la famille.

La parenté est «redécouverte» en tant que «système de représentations qui autorisent chacun à se situer dans l'univers social, et un système de règles qui organisent le mariage, la filiation, la résidence, la transmission, la position sociale des individus», écrit la coordinatrice de l'ouvrage, Martine Segalen.

«Pourquoi ne pas envisager qu'[une entreprise] puisse avoir des objectifs non-économiques?» s'interroge l'un des auteurs. Certaines PME deviennent ainsi des entités familiales, des institutions régies par les règles de la famille avec hiérarchie des générations, les conflits, les problèmes du mariage et du divorce, la transmission transgénérationnelle avec ses aléas, les départs des «enfants». Dans des entreprises plus grandes, le patrimoine est transmis par les pères-ouvriers à leurs fils,

bien souvent sous la forme d'accès à un poste dans cette même entreprise, les syndicats locaux aidant tacitement. La vie politique française représente un autre domaine où les forces plus ou moins «souterraines» de la parenté se manifestent, parfois comme s'il s'agissait d'une entreprise familiale.

Un chapitre particulièrement intéressant pour nous qui convoquons «tout le monde qui vit sous le même toit»: quelle était l'évolution de la cohabitation entre générations ces dernières décennies? Qui revient cohabiter plus tard dans la vie? Quelles sont les stratégies familiales pour l'achat, mais aussi pour l'occupation et pour la location avantageuse des logements? Quelles sont les distances géographiques optimales? etc. Et la maison familiale? Qui en hérite et quel est le comportement (réel ou symbolique) de ces héritiers?

Un portrait succulent des généalogistes montrera notre envie de se chercher des ancêtres... et de devenir l'un d'eux.

Quelques chapitres se rapprochent davantage des préoccupations de la thérapie familiale. La relation entre belle-mère et belle-fille montre un exemple de distances optimales à prendre et à conserver, selon la hiérarchie du conjugal par rapport aux relations parents-enfants, mais aussi selon la valeur de l'autonomie personnelle dans le couple conjugal.

Le nombre de familles recomposées après le divorce augmente chaque année en France. Quels «mots justes» emploient les enfants dans ces familles pour interpeller la nouvelle femme de leur père? D'où vient la crainte de confusion de la parenté? Ces familles sont actuellement en quête de leur identité... et la législation ne les aide pas.

On parle également de l'héritage du don artistique, de la sacro-sainte «règle des trois générations» (nos génogrammes!) et de la transformation des règles familiales de certaines régions d'Afrique dans la vie des immigrés en France.

Le livre «Jeux de familles» est un recueil de travaux. Les hypothèses plus générales restent à élaborer, au-delà des faits rapportés. Deux observations semblent utiles pour élargir le contexte, la première concernant l'objet étudié, la deuxième les «observateurs», et les deux se rapportant à nous, thérapeutes familiaux, d'une manière auto-référentielle.

Tout d'abord, le regard des ethnologues et des sociologues sur la famille française nous ramène aux réalités d'ici et maintenant, que nous rencontrons dans notre travail. Les auteurs du livre (comme nous aussi!) se réfèrent souvent à la bibliographie anglo-saxonne. Or, selon certains auteurs (1), la famille française ne serait pas du même type que la famille anglo-saxonne. Ceci pourrait, en ce qui concerne le livre, aider à mieux comprendre, par exemple, le décalage dans le temps et dans l'espace entre les études des familles recomposées aux Etats-Unis dans les années '70 et celles en France des années '80. Les règles de l'héritage seraient également corrélées aux différentes structures familiales selon les régions en France.

Deuxièmement, l'ouvrage présenté sort de l'Ecole Française de Sociologie, dont l'interprétation du comportement humain diffère largement de celle du courant culturel américain, mais également du point de vue du projet batesonien. Si pour Durkheim, la société détermine largement le comportement de l'individu, pour l'anthropologie culturelle américaine, le rôle central dans les phénomènes sociaux et culturels est attribué au sujet. Ainsi, pour l'Ecole Française de Sociolo-

gie, «les prémices de l'action et de la pensée sont extérieurs à la personne et ne relèvent pas de la psychologie ou de l'interaction» (2). Gregory Bateson, «loin de réduire l'individu à n'être que l'exécutant obéissant de l'ordre social, fait de lui un acteur riche d'expressions affectives et intellectuelles» (*ibid.*).

Ce sera la tâche du lecteur, de se retrouver dans cette complexité.

E. Hemon

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Todd E. (1983): *La troisième planète. Structures familiales et systèmes idéologiques*, Seuil, Collection Empreintes.
2. Bensa A. (1988): «Individu, structure, immanence. Gregory Bateson et l'Ecole Française de Sociologie». In: Bateson, *Premier état d'un héritage*. Colloque de Cerisy sous la direction d'Yves Winkin, Seuil.

J. MAISONDIEU, «Les Alcooléens», Bayard Editions, Paris, 1992.

Voici un livre nécessaire, dont il est bien difficile de «faire l'analyse» tant son message central se glisse à chaque page, et va créer une trame toujours identique, mêlant des contenus individuels, nuancés, humains enfin, dira-t-on, dans cet univers déshumanisé de la noyade alcoolique d'un individu et de son groupe environnant.

La dernière phrase traduit le problème: «Si le mépris n'existait pas, l'alcoolisme guérirait.» La honte et le mépris, ces deux négatifs conduisent à ce super-négatif: l'alcoolique, celui qui va se faire plus anonyme que tous. La réponse est toujours: «Je bois comme tout le monde.» Quant à la femme qui boit, elle dit: «Je ne bois pas.» Le thérapeute est pris d'embée dans le piège. Le voilà ne pouvant définir son patient que parce qu'il se dit lui-même alcoolique. L'alcoolique répond à l'alcoolique, et celui-ci ou celle-ci se cachent, là, devant lui.

L'alcoolique, lorsqu'il atteint le fond de ses échecs — et de quelques réussites où le hasard, nous dit-il, a joué un rôle certain — nous dit sa honte et toute cette lutte qu'il mène contre elle, puisqu'il lui arrive comme à chacun de mépriser ce mauvais client. L'alcoolique ne peut que percevoir ce si mince mépris du spécialiste, si bien contrôlé: dans le ton, le sourire, la poignée de main... Alors l'alcoolique, Jean Maisondieu, qui connaît déjà bien l'approche psychanalytique et l'approche systémique, nous propose courageusement un changement radical: un changement d'identité et d'identification de ces clients-là, ce seront désormais des alcooléens!!

L'alcoolique me semble proche du psychiatre institutionnel. Ce dernier a voulu, au début de sa progression systémique, rayer le terme de schizophrène et lui préférer constamment celui de psychotique. Il se souvenait de la formule de Haley: vouloir guérir une maladie que l'on a désignée soi-même comme incurable est assez absurde. Ainsi, vouloir sauver quelqu'un que l'on méprise ne l'est-il pas moins. Heureusement, existe aussi l'humilité du psychothérapeute. Un petit changement

d'abord, un si minime changement qui fera sourire ceux qui savent tout *a priori*: « Passer des 'alcooliques' aux 'alcooléens' serait un (petit) moyen, en changeant de mots, de changer de regard. D'habitude, c'est le regard porté sur autrui qui, peu à peu, encrasse de son dédain les mots qui servent à le désigner, mais l'inverse reste possible. Alcooléen, le buveur excessif cesserait pour un temps au moins d'être une caricature d'être humain pour devenir un semblable souffrant. »

Ces quelques lignes donnent une image du style vivant et chaleureux de l'ouvrage. Une longue pratique transparait à chaque page. La lecture est aisée. Les exemples ne manquent pas. Telle est la nouveauté, l'originalité de ce bon livre. Il entraîne dans une lecture détaillée, ligne à ligne. Il montre constamment cette angoisse du regard d'autrui qui ne trouve que dans « l'arme éthanol », plus ou moins secrète, son dépassement vers une relative aisance face à l'autre: « L'alcool est le produit qui, engourdissant l'esprit, est capable de faire perdre la tête, au point de faire disparaître la honte, le temps de son action. » Et: « S'il n'y avait pas de honte, il n'y aurait pas d'alcoolisme. »

Deux premiers chapitres, « Première rencontre » et « Alcoolisme: diagnostic ou jugement », rappellent au lecteur des pièges qu'il connaît et dans lesquels il chuta. Je résumerai par cette brève résolution la leçon que me donne ici Jean Maisondieu: *ne pas vouloir savoir si oui ou non aujourd'hui il, ou elle, a bu!* Humiliation, mensonge, tout ceci se transforme donc en abjection... c'est-à-dire, pour le psychanalyste, « une pathologie qui se joue dans l'innommable ».

Au delà donc des mots, individuels, peut-être faut-il dire que la société accepte assez bien ce « fléau ». Un chapitre est consacré au thème. Ceci est utile.

Puis, il s'agit de psychologie. En bref: « Etre ou ne pas être l'enfant chéri de sa mère. » L'abandon, plus ou moins précoce du fils par sa mère, c'est Jocaste remettant Œdipe au serviteur en vue de son exposition. L'enfant demeure interdit et sans voix, définitivement honteux.

Dans cette mesure, aussi, l'alcoolisme est fort souvent une « histoire de famille ». Ici commencent vraiment les récits cliniques détaillés. Dans sa famille, l'alcoolique devient quelqu'un, perturbateur et pourtant existant, le plus souvent dramatiquement. Famille d'origine ou famille créée, la honte se transmet, avec ses secrets et sa lutte contre la bouteille, les bouteilles. Ivresses et conjugalité, ou dimension multigénérationnelle? Combien il paraît difficile de transformer les thèses sur le passé en hypothèses systémiques sur le présent. C'est peut-être pourtant un espoir neuf et la raison de ce livre.

« Qui a bu (ne) boira (plus)? » A cette question semi-négative, Jean Maisondieu répond de même. Son ambition thérapeutique se limite — ou se limitait jusqu'à ce livre — à transformer d'abord son sentiment d'être peu à peu désarmé, son savoir lui semblant toujours plus futile. Peut-être ce livre nous montre-t-il de façon si juste la nécessité de ce désarmement devant chaque « alcooléen », ou mieux encore: alcooléen. Accepter ce néologisme veut être le signe d'un renoncement au mépris. A partir de là, tous les moyens sont bons: médicaux, psychothérapeutiques, familiaux...

Reconnaissant la qualité de cette bonne leçon de compréhension d'un autrui méprisé, je garde le livre de Jean Maisondieu pour m'accompagner à ma prochaine

rencontre dite thérapeutique avec quelqu'un qui aurait honte, m'incitant ainsi à le mépriser, ce qui se produit hors de l'alcoolisme, certes.

Excellent ouvrage, à consommer sans modération.

*J.C. Benoit*

Sous la direction d'Y. REY et de B. PRIEUR, «Systèmes, éthique, perspectives en thérapie familiale», Edition ESF, 1991.

Le congrès international du mois d'octobre 1990 intitulé «Systèmes, éthique, perspectives en thérapie familiale» se déroula à Paris à la Cité des Sciences et de l'Industrie à la Villette.

Ce congrès fut une grande rencontre, un carrefour d'idées, de personnages, une réussite quant à la massive participation comme à la qualité des travaux exposés.

Bernard Prieur et Yveline Rey ont publié ce livre avec des textes issus des travaux de cet événement. Certes, ce livre évoque le souvenir d'images du congrès mais il en permet surtout une lecture plus réfléchie.

La première partie est consacrée aux «Idées», où Rosnay, Watzlawick et Heinz von Foerster nous dévoilent à travers des interviews leurs cheminements intellectuels, pour après décrire les idées étoile de la systémie, telles que «système», «modélisation», «constructivisme», «cybernétique de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> ordre», «éthique»...

Une deuxième partie expose l'application de ces concepts dans les situations de crise et dans les interventions thérapeutiques.

Puis, Bernard Prieur présente un cas clinique suivi d'un débat sur l'idéologie de la famille et sur celle des intervenants.

Enfin, dans une dernière partie, sont envisagées les perspectives actuelles de la systémie.

Après avoir lu et relu ce livre, je me trouve confronté au paradoxe suivant: je cherche une définition vraie et durable de l'éthique dans la systémie, je ferme le livre avec un doute, une incertitude contractuelle. Probablement, l'éthique et la thérapie familiale riment avec le doute.

Il semble en effet que parler d'éthique et de deuxième cybernétique soit une réflexion dans un paradigme autoréférentiel qui change avec le temps.

Ainsi, l'éthique serait une quête permanente d'ouvertures vers d'autres voies...

*Ignacio Garcia-Orad*

## INFORMATIONS

**INTERNATIONAL CONFERENCE** on the use of stories and metaphors as tools in communication. Budapest, du 16 au 19 juillet 1992.

*Informations:* Congressbureau of the federation of Hungarian Medical Societies (MOTESZ), Ms Kriztina Csongradi, H-1443 Hungary, Budapest, P.O. Box 145. Tel. (36-1) 251.7999.

**MRI SUMMER SYMPOSIUM.** Première semaine: «Brief strategic therapy» (20 au 24 juillet); deuxième semaine: Michael White (27 et 28 juillet) et Francine Shapiro, EMDR (29 au 31 juillet). Stanford University, Palo Alto CA.

*Informations:* MRI Symposium, 555 Middlefield Road, Palo Alto, CA 94301, USA. Tel. (415) 321.3055.

**11<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOTHÉRAPIE DE GROUPE:** «Love and Hate: Toward resolving conflict in groups, families and nations». Palais des Congrès, Québec. Du 22 au 28 août 1992.

*Informations:* Congress Secretariat, GEMS/IAPG Congress 1992, 4260 Girouard, Suite 100, Montréal, Québec, Canada H4A3C9. Tél. (514) 485.0855. Fax (514) 487.6725.

**JOURNÉES NATIONALES DE STRASBOURG:** «Nouvelles dynamiques pour la santé mentale en Europe. Politiques de santé, stratégies des soins». Organisées par la Fédération Nationale des Associations Croix-Marine d'Aide à la Santé Mentale. Strasbourg, les 21, 22 et 23 septembre 1992.

*Informations:* Journée de la Fédération Nationale des Associations Croix-Marine d'Aide à la Santé Mentale, 31, rue de Liège, F-75007 Paris. Tél. 43.87.73.44. Fax 44.70.06.22.

**1<sup>er</sup> COLLOQUE FRANCOPHONE:** «Travail social et approche systémique». Avec P. Lebbe-Berrier, E. Goldbeter, J. Pluymaekers, P. Lüssi, J. Düss von Werdt et O. Amiguet. Ateliers sur les thèmes: le handicap, la pauvreté, la délinquance, les placements, le mandat, la gestion d'institutions, l'argent, les valeurs. Genève, les 8 et 9 octobre 1992.

*Informations:* Centre d'Etudes et de Formation Continue (CEFOC), Institut d'Etudes Sociales, 28, rue Prévost-Martin, Case postale, CH-1211 Genève 4. Tél. (022) 20.39.75.

**AMERICAN ASSOCIATION FOR MARRIAGE AND FAMILY THERAPY 50<sup>th</sup> ANNIVERSARY CONFERENCE:** «Family therapy: The next 50 years». The «Who's who and what's what» of marriage and family therapy. 500 leading family therapists demonstrate the latest approaches for working with families of the '90s. CE approved for MFT's, social workers, psychologists, counselors, sex counselors, and physicians. Miami Beach, FL, 15-18 October 1992.

*Informations:* AAMFT Conference, 1100 17th St., NW, 10th Floor, Washington, DC 20036-4601. Tel. (202) 452.0109. Fax (202) 223.2329.

**CONFÉRENCE et SÉMINAIRE:** «La création d'un espace thérapeutique lors du premier entretien», «Les jeunes enfants comme co-thérapeutes». Invitée: E. Tilmans. Fondation Kannerschlass Suessem, les 22 et 23 octobre 1992.

*Informations:* G. Pregno, Fondation Kannerschlass Suessem, rue du Château, L-4992 Sanem. Tél. 59.13.84. Fax 59.47.13.

**CONGRÈS INTERNATIONAL** sur le thème: «Sentiments et systèmes, un défi pour la thérapie familiale?». Organisé par l'European Family Therapy Association, avec la collaboration de la Società Italiana di Terapia Familiare et de la Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale. Sorrento, du 12 au 15 novembre 1992.

*Informations:* Medicon Italia Srl, Piazza A.-Mancini 4, I-00196 Roma. Tél. (06) 39.62.826. Fax (06) 39.63.641.

**23<sup>es</sup> JOURNÉES NATIONALES BALINT:** «Le travail de la maladie et la relation soignant-soigné». Sous la présidence du Professeur Guy Besançon. Nantes, Palais des Congrès, 14 et 15 novembre 1992.

*Informations:* AEMF-Journées Nationales Balint, 7, 9 rue de la Faïencerie, F-44000 Nantes. Tél. 40.99.54.00, Fax 40.99.54.29.

**INTERNATIONAL TRAINING SCHOLARSHIP IN FAMILY THERAPY.** Organised by the Family Therapy Network and the Family Systems Program of the Institute for Juvenile Research, University of Illinois at Chicago, Department of Psychiatry. Three-month training program for foreign therapists.

*Informations:* The International Training Scholarship in Family Therapy, c/o The Family Therapy Network, 7705 13th St., N.W., Washington, D.C. 20012. Tél. (202) 829.2452.

**DIPLÔME D'UNIVERSITÉ** 1992-1993: «Thérapies systémiques de la famille et pragmatique de la communication. Options: Thérapie Familiale; Pragmatique de la communication dans les systèmes en crise». Commission scientifique: Pr F. Rougeul, Pr Y. Geffroy, M. J.B. Aimar. Université de Nice-Sophia Antipolis, Faculté des lettres, arts et sciences humaines, département de psychologie: Pr F. Rougeul. Cette formation est faite en collaboration avec le département d'Art-Communication-Langage et l'U.F.R. de Médecine.

*Informations:* Service de la scolarité, 98, bld Edouard-Herriot, BP 369, F-06007 Nice Cedex. Tél. 93.37.53.10. Fax 93.37.55.36.

# **7<sup>e</sup> SÉMINAIRE INTERNATIONAL DE THÉRAPIE CONTEXTUELLE**

*avec Ivan Boszormenyi – Nagy, M.D.*

**Chexbres (Suisse)  
du 24-28 août 1992**

---

Traduction française et animation par  
*Catherine Ducommun – Nagy, M.D.*

---

Pour plus d'informations, prière de contacter:

**The Institute for Contextual Growth, Inc.  
126 South Bethlehem Pike  
Ambler, Pa 19002 USA Tél. (215) 542 1711**

Une nouvelle collection vient de paraître aux Editions ERES  
avec la collaboration de

## **THERAPIE** **FAMILIALE**

La Collection  
**RELATIONS** Familles,  
institutions,  
éco-systèmes

dirigée par: Guy AUSLOOS, Jean-Claude BENOIT, Yves COLAS, Daniel  
MASSON et Maggy SIMEON

La Collection **RELATIONS** accompagne la Revue

## **THERAPIE** **FAMILIALE**

dans la voie d'une  
recherche clinique et, plus largement, anthropologique, pour la compréhension  
simultanée des individus et de leurs environnements. Cette série d'ouvrages spé-  
cialisés étendra les apports de la Revue. Avec la Collection **RELATIONS**, une  
coévolution peut se créer entre le court terme et le plus long. Cette autre continuité,  
une série d'ouvrages, veut apporter aux praticiens de l'approche familiale, libé-  
raux, institutionnels ou sociaux, la lecture élargie et nuancée que permet le livre.  
Seront ainsi concernées de nombreuses catégories d'intervenants sociaux, médi-  
caux, psychiatriques, éducatifs, etc., qui appuient leurs actes sur les modèles fon-  
damentaux découverts dans les interactions familiales.

---

*Vient de paraître:* Jean-Claude BENOIT: PATIENTS, FAMILLES ET SOIGNANTS;  
la recherche d'un système thérapeutique institutionnel en psychiatrie (préface de  
Jacques-Antoine MALAREWICZ).

Prix: FrS. 52.10 — FF 148.— + port

---

*Sous presse:* Carole GAMMER, Marie-Christine CABIE: L'ADOLESCENCE,  
CRISE FAMILIALE; Thérapie familiale par phases.

---

Un prix de souscription sera réservé aux abonnés de THÉRAPIE FAMILIALE. Les  
commandes devront être adressées à l'éditeur de la revue:

Editions Médecine et Hygiène

Case postale 456 — CH-1211 Genève 4

Tél.: (022) 346 93 55

Fax: (022) 347 56 10

**La Fondation pour la recherche sur l'approche systémique**  
vous invite à son

**Premier Congrès multidisciplinaire international**  
qui aura lieu à

**L'Hôtel Loews le Concorde, Québec, QC**  
**du 2 au 6 février 1993**  
et qui aura comme thème:

## **Chaos et complexité; l'approche systémique en santé**

La pensée scientifique contemporaine découvre le chaos (Serres), les structures éloignées de l'équilibre (Prigogine), le désordre comme organisateur (Atlan et Dupuy). Les systèmes dans lesquels chacun de nous vit et travaille sont souvent décrits comme chaotiques. Et d'une certaine façon, notre vie n'est-elle pas un effort perpétuel pour introduire sens, ordre, prévisibilité dans le chaos qui la constitue?

A partir de réflexions sur le chaos et la complexité, ce congrès propose un nouveau regard sur les problèmes organisationnels, sociaux et de santé. Il invite les participants, professionnels de l'éducation, de la santé, de l'entreprise à développer une autre perspective du désordre et de l'imprévisible.

Faut-il organiser, structurer, mettre de l'ordre dans le chaos auquel font face clients, patients, étudiants et employés? Ou faut-il plutôt s'orienter vers une dé-prise en charge qui permettrait à chacun de reconnaître son propre chaos plutôt que de le fuir, de l'utiliser plutôt que de le mépriser, de le respecter plutôt que de l'ordonner?

Questions troublantes, et peut-être aussi provocantes, qui seront abordées lors de ce congrès, dont la spécificité est de réunir autour de l'approche systémique diverses professions et divers milieux de travail.

### **TROIS JOURS DE RÉFLEXION:**

#### **SÉANCES PLÉNIÈRES EN AVANT-MIDI; ATELIERS ET SYMPOSIA EN APRÈS-MIDI**

##### **• Modèles et pratiques systémiques**

*Isabelle STENGERS*, philosophe, co-auteur avec I. Prigogine de LA NOUVELLE ALLIANCE  
*Guy AUSLOOS*, médecin psychiatre, professeur agrégé au département de psychiatrie des universités McGill et de Montréal et enseignant de renommée internationale en approche systémique.

##### **• Le travail et son organisation**

*Isabelle Orgogozo*, maître de conférences à l'École nationale d'administration, co-auteur avec Hervé Serleyx de CHANGER LE CHANGEMENT; ON PEUT ABOLIR LA BUREAUCRATIE

##### **• Regards systémiques sur la santé**

Table ronde animée par *Yves Lamontagne*, médecin psychiatre, professeur agrégé au département de psychiatrie de l'Université de Montréal et président de l'Association des médecins psychiatres du Québec

### **Conférence**

par l'astrophysicien, *Trinh Xuan Thuan*, de l'Université de Virginie, auteur de la «MÉLODIE SECRÈTE»

La quatrième matinée sera consacrée aux discussions et échanges avec le groupe de rédaction de «**Thérapie Familiale**», revue internationale d'associations francophones intéressées à l'approche systémique

**Comité d'organisation:** M. Cousineau, S. Lamarre, L. Landry-Balas, J. Parratte, G. Boyer, H. Gilbert, L. Dessureault, Y. Lamontagne, F. Drolet, S. Trudeau

**Comité scientifique:** R. Puzé, G. Ausloos, P. Asselin, D. Beauséjour, L. Blanchet, R. Dufour, L. Landry-Balas, J. Paratte, L. Spector, M. Trottier

**Informations:** CP 954, Succursale Desjardins, **MONTRÉAL, Québec, Canada, H5B 1C1**

# *Institut de Formation Application des Thérapies de la Communication*

I.F.A.T.C., 3, rue de la République, 42000 Saint-Etienne  
Téléphone: 77 32 98 58, Téléfax 77 21 29 65

## **Formation aux applications cliniques de l'hypnose ericksonienne**

---

### **Calendrier 1992/1993**

- 13-14 juin 1992:** «Nouvelles stratégies ericksoniennes pour apprendre à apprendre» — Jane TURNER, DESS (Paris)
- de septembre 1992 à mai 1993** (6 week-ends-72 h): «Hypnose et thérapie brève stratégique» — Formation avancée et supervision. — Dr Reynaldo PERRONE et Ana LUCO, DESS (Saint-Etienne) (*cette formation est réservée à des professionnels de la santé ayant déjà une pratique de l'hypnose*)
- 3-4 octobre 1992:** «Brève ou profonde, la thérapie ou l'hypnose?» — Dr Dominique MEGGLE (Cherbourg) (*cette formation est réservée aux médecins, psychologues et paramédicaux*)
- 10-11 octobre 1992:** «Initiation à l'hypnose ericksonienne» — Ana Maria LUCO, DESS (Saint-Etienne)
- de novembre 1992 à juin 1993** (14 jours): «Formation aux applications cliniques de l'hypnose ericksonienne» — Ana LUCO et formateurs invités (*cette formation est réservée aux médecins, psychologues et paramédicaux*)
- 22 et 23 janvier 1993:** «La Régression corrective» — Sidney ROSEN, MD (USA)
- 24 janvier 1993:** «101 inductions hypnotiques» — Sidney ROSEN, MD (USA)
- 11-12 juin 1993:** «Génération Self» — Stephen GILLIGHAN, Ph D. (USA)
- 13 juin 1993:** «La thérapie comme réappropriation de son propre pouvoir» — Stephen GILLIGHAN, Ph D. (USA)
- 19-20 novembre 1993:** «La Psychobiologie» — Ernest ROSSI, Ph D. (USA)
- 21 novembre 1993:** «Utilisation thérapeutique des rythmes ultradiens» — Ernest ROSSI, Ph D. (USA)

**Programmes détaillés sur demande**

---

**Attention:** Nos stages peuvent être décommandés si, un mois avant, nous n'avons pas un nombre suffisant d'inscriptions. Ainsi, nous vous invitons à vous inscrire à l'avance, étant entendu que les chèques ne seront encaissés qu'à la date de chaque rencontre.

# PSICOBIETTIVO

REVUE DE PSYCHOTHÉRAPIES EN COMPARAISON PUBLIÉE TOUS LE 4 MOIS

**Psicobiettivo se propose de stimuler des comparaisons entre des modèles thérapeutiques différents en tenant compte de deux faits:**

- Aujourd'hui, il est en train de se développer une recherche plus minutieuse de points de contact entre des orientations thérapeutiques différentes, en respectant leurs diversités réciproques, plutôt que de contrastes rigides.
- Il est utile de nécessaire que chaque phénomène humain soit exploré en tant que réalité complexe, sous une multiplicité de points de vue.

**Dans chaque numéro:**

- Une section destinée à une monographie sur un sujet théorique ou clinique où des Auteurs ayant une orientation psychothérapeutique différente (psychodynamique, systémique, cognitiviste), donnent leurs contributions.
- Une ou plusieurs traductions d'articles étrangers significatifs en rapport avec le sujet choisi ou l'esprit de la revue.
- Une partie consacrée à la documentation et à la recherche sur des expériences psychothérapeutiques dans le service public.
- Un observatoire des principales revues internationales de psychothérapies de différentes orientations.
- Des synthèses de livres et des comptes-rendus ou des nouvelles de congrès.
- Un "forum" ouvert aux lecteurs qui veulent intervenir sur les thèmes et les finalités de la revue.

**Responsable de publication:**  
Luigi Ornis

**Rédaction:**

Sergio Cingolani,  
Marta Ciconia,  
Massimo Cuzzolaro  
Walther Galluzzo,  
Giovanni Liotti,  
Luigi Ornis,  
Susanna Scamperle,  
Giovanna Todini,  
Alberto Scavo,  
Francesca A.  
Zampino De Vincenti

**Consultants scientifiques:**

Pablo Aile (Roma),  
Maurizio Andolfi (Roma),  
Bruno G. Bara (Firenze-  
Milano),  
Sergio Bordin (Roma),  
Luigi Boscolo (Milano),  
Luigi Cancrini (Roma),  
Alfredo Canevaro  
(Macerata, Buenos Aires)  
Gianfranco Cecchin  
(Milano),  
Mauro Ceruti (Firenze),  
Marcello Cesa-Bianchi  
(Milano),  
Piero De Giacomo (Bari),  
Dario De Martis (Pavia),

Sergio De Riso (Chieti),  
Luigi Frighi (Roma),  
Pier Francesco Galli  
(Bologna),  
Vittorio F. Guidano (Roma),  
Giovanni Jervis (Roma),  
Nicola Lalli (Roma),  
Enzo Morpurgo (Milano),  
Adolfo Pazzagli (Firenze),  
Alessandro Petrilli (Roma),  
Mario Reda (Cagliari),  
Giangiacomo Rovera  
(Torino),  
Mario Trevi (Roma),  
Gaspere Vella (Roma),  
Giuseppe Vetroni (Roma),  
Vittorio Volterra (Bologna)

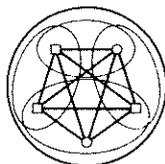
**CONDITIONS D'ABONNEMENT: 1992**

Individuel: lire 80.000  
Collectivités: lire 100.000  
Le numéro: lire 30.000

Règlement à adresser à CEDIS Srl, via F. Denza 52, 00197 Roma, Italy

cedis  
editrice

# 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 technique, en particulier de techniques d'enregistrement audio-visuel,
- 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 formation.

Numéro spécimen sur demande.

---

Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle

**THÉRAPIE FAMILIALE**

pour l'année 199\_\_ Un an (4 numéros)

Collectivités, bibliothèques, abonnements institutionnels: FS 120.- FF 500.-\*  
Abonnements individuels: FS 64.- FF 267.-\*

ÉDITIONS MÉDECINE et HYGIÈNE

C.P. 456 — CH-1211 Genève 4 — CCP 12-8677-8 Genève

Société de Banque Suisse — CH-1211 Genève 6 — C2.622.803.0

\* Les chèques bancaires ou postaux à l'ordre de la Banque de l'Union Occidentale sont admis.

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

N° postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

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

## 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 1 1/2, recto seulement, à raison de 30 lignes par page. Ils n'excèdent en principe pas quinze pages.

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

4. Les articles soumis pour publication ne doivent pas être proposés, parallèlement à d'autres revues.
5. Le comité de rédaction décide de la publication et se réserve le droit de solliciter les modifications de forme qu'il juge nécessaire.
6. Le premier auteur sera considéré comme responsable de la publication. Il assure la correction des épreuves. Les épreuves devront être retournées dans un délai d'une semaine au maximum. Le premier auteur recevra 30 tirés à part.

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

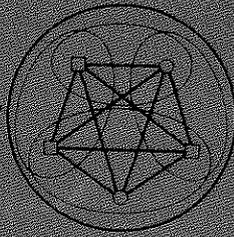
## BIBLIOGRAPHIE

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

La référence d'un article doit comporter dans l'ordre suivant: nom de l'auteur et initiales des prénoms; 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. XIII — 1992 — No 2

## SOMMAIRE

Présentation .....	113
G. PRATA et C. RAFFIN: Guérir de rage .....	115
S. BULLRICH et A. SCHWARTZ: Immigration et maladie mentale: un équilibre fragile .....	127
P. LEBBE-BERRIER: «Cadre de travail» en intervention sociale .....	143
M. CAULETIN: De la théorie à l'outil. Quelques réflexions à partir de l'utilisation du génogramme en formation .....	155
J.L. TOURET: Situations limites .....	165
P. SEGOND, D. BEAUSÉJOUR, M. DAUBER, S. KANNAS, O. MASSON, L. ONNIS et C. ROJERO: Systémique et contextes socio-politiques .....	185
Recensions .....	203
Informations .....	209

## CONTENTS

Presentation .....	113
G. PRATA and C. RAFFIN: A cure through anger .....	115
S. BULLRICH and A. SCHWARTZ: Immigration and mental illness: a delicate equilibrium .....	127
P. LEBBE-BERRIER: The importance of «framework» in social intervention .....	143
M. CAULETIN: Reflections on the use of genogrammes in training .....	155
J.L. TOURET: Homeless and resourceless people .....	165
P. SEGOND, D. BEAUSEJOUR, M. DAUBER, S. KANNAS, O. MASSON, L. ONNIS, and C. ROJERO: Systemic approach and sociopolitical contexts .....	185
Recensions .....	203
Informations .....	209