

THERAPIE FAMILIALE

Vol. VI — 1985 — N° 4

SOMMAIRE

Editorial	355
J.C. Benoît, R. Neuburger, D. Destal, C. Coirault et M.J. Wagner, P. Segond, J.A. Malarewicz: Journée d'échanges de l'A.T.S.F.	357
J.A. Serrano: L'enfant malade chronique et sa famille	375

CONTENTS

Editorial	355
J.C. Benoît, R. Neuburger, D. Destal, C. Coirault and M.J. Wagner, P. Segond, J.A. Malarewicz: Day of discussions of the A.T.S.F.	357
J.A. Serrano: The chronic ill child and his family	375

THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones



ÉDITORIAL

EN GUISE DE PRÉAMBULE

La présentation de ce numéro de notre revue est un peu particulière dans la mesure où la partie rédactionnelle se divise en deux chapitres principaux: d'une part, nous avons jugé intéressant et utile d'offrir à nos lecteurs un reflet de la journée d'échanges de l'Association de Thérapie systémique et familiale. Les sujets abordés au cours de cette journée sont d'actualité et concernent très directement nos lecteurs. La présentation relativement brève, évitant toute digression et toute répétition, permet d'offrir aux lecteurs la substance même des communications. C'est une formule qui nous a paru intéressante et le comité de rédaction serait heureux d'y recourir plus fréquemment.

La deuxième partie de ce numéro est consacrée à l'Enfant malade chronique et sa famille. L'intérêt de cette contribution est non seulement de distinguer les différents aspects de la «souffrance» familiale (celle des parents, celle de la fratrie...) mais aussi de proposer des possibilités d'intervention, d'aide concrète.

Pour 1986, nous avons d'ores et déjà le plaisir d'annoncer un numéro consacré à des travaux parus en langue allemande, que ce soit en Allemagne ou en Suisse allemande. Nous voulons ainsi permettre à des lecteurs francophones de connaître ce qui se passe ailleurs en Europe.

Un autre numéro sera consacré à la formation: face à une certaine surabondance, il a paru nécessaire au comité de rédaction de faire le point, de rappeler les objectifs et les risques d'une formation en thérapie familiale et en approche systémique. Ce numéro spécial répondra également à la demande d'un certain nombre de lecteurs de voir la revue constituer des dossiers centrés sur des sujets particuliers. Nous l'avons déjà fait en particulier pour l'alcoolisme ou pour l'enfant malade et nous sommes décidés à poursuivre dans cette voie tout en évitant d'accorder l'exclusivité de ce mode de présentation. En effet, des numéros hétérogènes permettant à différents auteurs de s'exprimer dans leur domaine particulier, ces numéros hétérogènes incitent des praticiens à transmettre leurs observations.

J.-J. Eisenring

Comité de rédaction: Guy AUSLOOS, Lausanne – Jean-Claude BENOIT, Paris – Léon CASSIERS, Bruxelles – Yves COLAS, Lyon – Jean-Jacques EISENRING, Marsens – Jacqueline PRUD'HOMME, Montréal – Maggy SIMEON, Louvain-La-Neuve.

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

Rédaction: Prière d'adresser la correspondance à:

Dr J.-J. Eisenring
Hôpital psychiatrique
CH-1633 Marsens

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

Paiements aux Editions Médecine et Hygiène:

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

Pour la France, Belgique, Canada:

- Chèques bancaires ou postaux établis à l'ordre de « Médecine et Hygiène ».

Prix de l'abonnement annuel:

Abonnements individuels:			
FRS 60. –	FF 230. –	FB 1500. –	\$CAN 36. –
Bibliothèques et abonnements collectifs:			
FRS 75. –	FF 289. –	FB 1875. –	\$CAN 44. –
Numéro séparé:			
FRS 18. –	FF 66. –	FB 445. –	\$CAN 12. –

Pour vous abonner, il convient de renvoyer le bulletin à découper joint à ce fascicule. L'éditeur vous enverra une facture libellée en monnaie locale.

Tous droits de reproduction, adaptation, traduction, même partielles strictement réservés pour tous pays. Copyright 1985 by Thérapie Familiale, Genève, Switzerland. Edité en Suisse.

JOURNÉE D'ÉCHANGES DE L'A.T.S.F.

(Association de Thérapie Systémique et Familiale)

L'A.T.S.F. a organisé une rencontre parisienne de praticiens de la thérapie familiale.

Celle-ci s'est tenue le 13 octobre 1984 au Centre Hospitalier Sainte-Anne. Les thèmes suivants étaient envisagés et préparés :

- Autour de questions cliniques, R. Neuburger (S.P.A.S.M.) et D. Destral (A.P.R.T.F.).
- Formation et pédagogie circulaire, C. Coirault et M.J. Wagner (A.R.P.), formation et évaluation, B. Prieur (C.E.C.C.O.F.).
- Recherche, D. Roume (I.S.E.F. et S.T.R.E.S.S.) et B. Martinez.
- Introduction à l'approche systémique dans différents contextes, difficulté d'accueil, J.C. Benoît (I.E.S.F.), P. Segond (C.F. Sedaine, C.R.I. Vaucresson), J.A. Malerewicz (A.P.R.E.S.).

PRÉSENTATION

J.C. BENOÎT, Président

Notre association s'est constituée d'une façon informelle il y a 6 ans. Nombre d'entre nous se sont rencontrés régulièrement depuis lors pour des échanges cliniques ou une réflexion méthodologique et surtout dans la perspective en réseau. Une décision a été finalement prise de fédérer les associations auxquelles les uns et les autres nous appartenions. Ainsi entrons-nous ensemble dans un cycle de vie, pour lequel il nous reste à sou-haïter bonne croissance, et malgré tout quelque organisation.

L'identité de l'A.T.S.F. a été formulée de la façon suivante dans ses statuts déposés selon la loi de 1901.

L'A.T.S.F. regroupe des équipes de la région parisienne travaillant avec une référence systémique. Les représentants de ces équipes se rencontrent régulièrement afin d'échanger des informations et de réfléchir sur une pratique qui s'articule d'une façon générale autour de trois axes, Clinique, Formation et Recherche. L'A.T.S.F. souhaite, avec le souci d'une réflexion critique,

contribuer au développement des courants de pensée systémique, dans des contextes divers tels que la psychiatrie, le champ social, la pédagogie, etc.

Ce statut prévoit la coopération d'autres associations ou d'autres personnes que celles actuellement fédérées.

Avant de poursuivre cette rapide présentation de notre situation, nous voulons rendre hommage à la mémoire de Jacques Rudrauf qui fut l'un des premiers parmi nous à s'intéresser passionnément à l'étude des relations familiales, et qui disparut prématurément.

Les associations et les groupes ainsi fédérés à l'A.T.S.F. ont accepté de se reconnaître comme, disons, enfants du système. Ils ont également conscience qu'en France ils sont le plus souvent liés à des institutions de soins ou d'intervention sociale.

Il semble bien que, dans chaque pays, le mouvement systémique se développe en effet face à des demandes assez caractéristiques des faits sociaux locaux. On sait combien aux U.S.A. ont été déterminantes les questions posées par exemple par la très rapide montée en nombre des divorces dans les classes sociales moyennes ou encore par les problèmes de transplantation sociale et culturelle, si l'on évoque entre autre l'école Minuchinienne. En Grande-Bretagne, on a vu le développement considérable des interventions familiales dans l'action des travailleurs sociaux. On pourrait encore dire qu'en Allemagne bien des centres de thérapie familiale sont d'origine confessionnelle ou qu'en Italie tout paraît, comme d'habitude, possible. Ces quelques remarques ont aussi pour but de souligner la fièvre institutionnelle qui s'est emparée des services de soins et d'aide sociale publics et privés ces dernières années. En psychiatrie, en particulier, le développement de la sectorisation rend plus aigu que jamais la question de la relation avec les familles des psychotiques. Dans les champs de la déviance et, éventuellement, dans celui spécifique de la délinquance, il suffit de regarder autour de soi et de lire son journal quotidien pour identifier cette demande massive même si elle reste latente, vis-à-vis de la vision globalisée que permet l'approche systémique.

Ajoutons que l'A.T.S.F. et ses participants s'affilient aisément au modèle associatif, lequel tient aujourd'hui une place de premier plan dans un mouvement d'ouverture sociale.

Les quatre thèmes de cette journée reflètent, sur un mode analogique, les symptômes des pratiques qui furent les nôtres et que nous voudrions dépasser grâce à l'appui de la pensée systémique, toujours en recherche pragmatique, dans le sens principes que G. Bateson a donné aux actions conduites sur le terrain en relation avec l'environnement. Chacun de nous cherche à introduire dans son exercice professionnel cette préoccupation évolutive. Nous savons que la technicité et le morcellement nous cachent une clinique vivante, celle que nous pouvons agir avec le patient désigné sur-le-champ des interactions familiales. Nous devinons aussi que les enseignements parcellaires, d'une

diversification constante nous empêchent d'apprendre à intervenir avec toute l'efficacité souhaitable. Nous voulons dépasser cette image, que la recherche psychologique place trop facilement devant nous, de l'individu artificiellement isolé de son contexte et de ses échanges naturels. En bref, les conceptions éthologiques sont devenues les nôtres. Elles se développent lentement et sont confrontées à des oppositions que nous devons tenter de mieux connaître.

A. USURE ET EXTENSION DES MODÈLES

R. NEUBURGER

N'étant pas du même niveau logique le modèle et sa fonction peuvent ne pas avoir plus de rapport qu'un signifiant avec un signifié.

De ce fait, plusieurs modèles peuvent assurer successivement la même fonction. Ainsi, certaines institutions peuvent se nourrir successivement de différents modèles pour assurer leur durée. Si les modèles changent biologique, analytique, systémique, leur fonction est stable: celle de créer et de renforcer les liens d'appartenance à l'intérieur de l'institution.

A avoir une telle fonction, un modèle s'use. On peut repérer des cycles répétitifs qui ne tiennent pas à la validité du modèle mais à sa fonction en tant que signe d'appartenance.

Nous distinguerons quatre phases dans ces cycles:

- 1) La phase de conversion,
- 2) La phase mystique,
- 3) La phase missionnaire,
- 4) La crise de croyance.

1) La conversion

La conversion est la découverte d'une découverte, c'est-à-dire découverte d'un modèle déjà souvent bien connu mais à un moment qui n'est pas fortuit, correspondant à l'usure de la valeur fonctionnelle institutionnelle du modèle précédent.

2) La phase mystique

Phase de croyance partagée qui établit le modèle comme objet métaphorique, totem institutionnel, de ce fait indiscutable.

3) La phase missionnaire

A la phase missionnaire, le risque de disqualification du modèle se précise. Son utilisation extensive dans des contextes de plus en plus élargis, de moins en moins spécifiques, fait qu'au bout d'un temps, il devient méconnaissable. L'extension suppose une adaptation.

Le modèle finit par n'avoir de commun avec le projet initial que l'éti-
quette. Cette phase précède de peu la...

4) **Crise de croyance**, crise de doute anxieux qui précède elle-même la décou-
verte d'une autre découverte, ainsi de suite.

Ces cycles ne tiennent pas, rappelons-le, à la validité du modèle, l'usure ne
tient pas à sa fausseté ou à sa vérité mais à l'usure de sa valeur fonctionnelle
dans l'institution.

Il semble que ce qui pourrait éventuellement préserver un modèle d'une
usure précoce est le respect de ses limites de validité en tant que modèle théra-
peutique. Ces limites sont constitutives à tout modèle: il n'y pas de modèle
universel ou définitif, «rien ne contient tout»... Un modèle ne sera jamais
qu'un modèle, c'est-à-dire que même à prouver ses limites ou y découvrir des
paradoxes ou des insuffisances ne l'empêche en rien d'être fonctionnel comme
analogie dans un domaine précis ou plutôt à préciser.

Ce qu'on appelle une découverte serait cette rencontre rare et précieuse
entre un modèle de pensée et un domaine d'application.

En ce qui nous concerne, il paraît clair que le modèle systémique, appliqué
à l'approche thérapeutique de groupes familiaux dans un contexte de souf-
france et de désignation d'un patient est une découverte irremplaçable.

Ce modèle est-il extensible à l'institution, à l'individu, à la prévention,
sans risque de perdre sa spécificité?

Il paraît déjà extensif de penser qu'on peut aider une institution pour elle-
même; il ne s'agit pas ici des relations institution-famille mais il est plutôt fait
allusion à des travaux au sein d'entreprises multinationales. Si une famille est
aussi une institution, une institution n'est en aucun cas une famille: il lui man-
quera toujours la dimension diachronique, la filiation au sens symbolique.
Ainsi, quitter une institution ou quitter une famille n'offre pas le même
degré de complexité.

Quitter la famille est en réalité la prolonger, assurer sa survie.

L'institution à l'inverse est exclusive ou inclusive, on en fait partie ou non
enfermant le sujet dans un binôme réducteur.

Certaines familles fonctionnent comme des institutions: ce sont celles que
l'on dit psychotiques et que l'on espère voir réintégrer une dimension diachro-
nique. Mais que peut-on attendre des institutions à cet égard?

De même, toute extension de l'utilisation du modèle systémique vers la
prévention comporte le risque d'abandon d'une caractéristique essentielle du
modèle à savoir la non prédictibilité. L'approche qui deviendrait typologique
et définirait implicitement un idéal. Cette utilisation attaquerait les bases et la
crédibilité du modèle extensivement utilisé.

Le modèle systémique est une analogie précieuse pour décrire et compren-
dre les changements dans les groupes familiaux.

Une extension par réduction à l'individu est-elle possible?

Rien ne prouve que le modèle psychanalytique valide pour l'approche indi-
viduelle puisse être étendu au traitement de groupes (il ne s'agit pas ici de trai-
tement individuel en groupe), ne serait-ce qu'en raison de la différence de
niveau logique: on ne saurait étendre à un groupe les propriétés d'un élément
du groupe.

L'inverse comporterait le même risque d'erreur logique. Un individu n'est
pas un groupe et un groupe n'est pas un individu.

Conclusion

L'hypothèse peut se résumer ainsi:

La validité d'un modèle se confond avec les limites de sa validité. Il s'agit
d'une seule et même question ou plutôt la question de la validité d'un modèle
«en soi» n'a pas de sens: un modèle n'a aucune validité «per se», il n'est
validé que par des analogies fonctionnelles dans tel ou tel domaine. On peut
démontrer ses limites et proposer de le remplacer par un autre modèle, rien
n'indiquera que ce nouveau modèle présentera un intérêt comme analogie
dans le domaine concerné.

B. L'UTILISATION DES INTERACTIONS SPÉCIFIQUES QUI RÉGISSENT LA RENCONTRE ENTRE SYSTÈME FAMILIAL ET SYSTÈME THÉRAPEUTIQUE

D. DESTAL

Ce que nous souhaitons du modèle que nous utilisons, c'est de parvenir à
l'user au fur et à mesure de notre apprentissage.

Les quelques idées que nous avons sur les modalités de la rencontre et de la
co-évolution entre un système familial et un système thérapeutique ne sont
encore que des questions.

Chaque famille possède son individualité et ses spécificités qui regroupent
la personnalité de chacun de ses membres, l'histoire globale et le cycle de la
famille, les liens, les relations et fonctions qui font que ce système est une
famille.

Il en est, à quelques différences près, de même pour le système thérapeute
(Thérapeute - Superviseur).

La rencontre entre ces 2 systèmes constitue le système thérapeutique.

Elle se caractérise par l'instauration d'un code interactif entre deux systè-
mes possédant chacun leur code respectif. Ce processus est très rapide.

La spécificité de chacun des protagonistes est à l'origine de la multiplicité
des modèles relationnels, non seulement d'une famille à l'autre, mais aussi
d'un thérapeute à l'autre et d'un stade à l'autre du déroulement interactif de la
thérapie.

Que cela nous plaise ou non, le fait d'utiliser les concepts systémiques n'exclut pas le thérapeute des règles habituelles de la communication et des interactions spécifiques interpersonnelles.

Prenons l'exemple de cet outil maintenant classique: *le paradoxe*.

Nous avons souvent commis l'erreur de croire que le paradoxe est quelque chose que le thérapeute impose au patient.

C'est aussi inapproprié que l'idée que le double-lien serait quelque chose qu'une mère imposerait à son enfant. C'est-à-dire qu'un aspect fondamental des interventions paradoxales conduit à les formuler comme une transaction spécifique.

Trop souvent, on considère le paradoxe comme une bombe que le thérapeute lance au P.D. pour qu'il la pose dans la famille.

Le paradoxe doit d'abord acquiescer sa qualité d'explosif dans la définition interactive spécifique au système th. $\leftrightarrow$ PD.

Le premier véhicule du changement est alors de placer l'essence du paradoxe dans la relation.

Les techniques ne sont pas paradoxales, seules les relations peuvent l'être. Mais n'importe quelle technique devient paradoxale si elle s'inscrit dans une relation thérapeutique définie comme simultanément un véhicule pour le changement et un véhicule pour la stabilité.

Etre paradoxal plutôt que donner du paradoxe.

De même, beaucoup de thérapeutes, adeptes des techniques stratégiques aspirent au rôle du magicien. Qu'ils y aspirent ou non, qu'ils veuillent jouer ce rôle de façon cachée ou non, le contexte de la thérapie est tel que la plupart des interactions S.F. $\leftrightarrow$ S.T. incorporent le thérapeute comme ayant des capacités de magicien. La question est dès lors l'utilisation cohérente avec les objectifs thérapeutiques de cette interaction spécifique.

Dire que des interactions spécifiques s'installent entre le thérapeute et la famille est un truisme.

Les utiliser permet au thérapeute de reconnaître plus facilement que les descriptions qu'il donne du système familial ne sont pas des propriétés de ce système mais des propriétés qu'il prête au système.

De la même manière la famille prête des propriétés au système-thérapeute.

Cette image que chacun se fait de l'autre le conduit à élaborer une stratégie.

La famille à la fois redoute et espère la mise en scène par le thérapeute du drame familial qu'elle lui apporte.

Quant au thérapeute, s'il imagine que la famille se présente avec une stratégie, c'est peut-être qu'il en a lui-même une dans la tête.

La stratégie de la famille consiste à trouver des solutions à ses difficultés tout en respectant le rapport:

HOMÉOSTASIE

capacité de transformation.

La stratégie du thérapeute consiste à s'insérer dans ce rapport.

Son unique objectif est de rendre à la famille la possibilité de retrouver ses ressources créatrices, c'est-à-dire de reprendre sans danger de la vitesse le long de son cycle vital.

On peut imaginer la famille en difficulté comme arrêtée en un stade X de son cycle vital. Elle alimente sa propre stratégie par de nouvelles stratégies de type I.

La transformation de la fonction d'un des membres du système familial en fonction du P.D. est un des signes de son immobilisation à ce stade X du cycle vital.

Mais il en est de même pour la fonction de chacun, y compris celle du thérapeute. Cela fait partie des stratégies de la famille de venir en thérapie.

Les fonctions que chacun prend se traduisent dans les interactions spécifiques de la relation.

Ces interactions sont véhiculées par les informations; et notamment celles qui circulent entre le S.F. et le S.T.

Schématiquement, le thérapeute doit sélectionner les informations et les lier.

1. La sélection des informations:

Dans ce travail de sélection, le thérapeute fournit des informations sur lui-même au système familial et à chacun des individus qui le composent.

La famille va elle aussi opérer une sélection des informations livrées pour le thérapeute.

2. La liaison des informations

Le thérapeute doit lier ces informations et le faire d'une manière différente de la famille.

3. Cette redéfinition systémique est la nouvelle plate-forme à partir de laquelle thérapeute et famille vont reconstruire le scénario.

Plusieurs remarques

1. Il est plus simple de lier deux messages sélectionnés dans un petit nombre.

2. Si le thérapeute est à l'intérieur de la famille, la sélection devient difficile. Un bon moyen d'être à l'intérieur de la famille, c'est de l'aimer et de vouloir faire des choses pour elle.

3. Si le thérapeute reste trop extérieur à la famille, c'est la capacité de relier différemment qu'il perd. Un bon moyen de rester à l'extérieur de la famille, c'est de croire à la situation d'observateur neutre.

4. Un bon moyen terme peut être la curiosité (image de l'aimant qui attire des aiguilles: trop près, toutes en même temps, trop loin, aucune).

Ces informations qui traduisent les informations spécifiques sont:

- explicites
- implicites.

Les informations explicites envoyées par le thérapeute sont en relation directe avec l'objectif de la thérapie.

Les informations explicites de la famille sont centrées sur le P.D.

La poignée de main explicite du thérapeute est donc la fonction du patient désigné, celle de la famille, c'est sa présence dans la salle de thérapie.

Les informations implicites sont repérables à l'implication émotionnelle de chacun et la mettent en lumière.

Si le thérapeute souhaite faire surgir le vécu émotionnel des relations à l'intérieur de la famille, il doit être prêt à ce que ses propres émotions interviennent.

Un exemple: dans la sélection des informations, celle qu'il choisit est souvent celle qui lui convient. Elle n'est pas équivalente pour lui à n'importe quelle autre.

De même, la redéfinition qu'il fera sera réalisée «à sa façon».

D'autre part, dans l'équilibre entre sa cohérence personnelle et la cohérence thérapeutique, quels moyens a-t-il pour privilégier les messages sur lui-même qu'il livre à la famille au cours de ces deux opérations?

De tous ces faits résulte le processus de CO-ÉVOLUTION.

De tous ces faits résulte la nécessité de la fonction de superviseur.

Elle consiste à évaluer la mise en place et la nature des interactions spécifiques liant famille et thérapeute.

- Le thérapeute pense avoir une vision systémique du problème. La famille a une vision linéaire du problème. Ces deux visions vont s'affronter.

La fonction du superviseur est de veiller à la bonne adaptation synchrone de des interactions spécifiques tant explicites qu'implicites.

Il doit également surveiller la vitesse du thérapeute. Celui-ci ne doit aller ni trop vite ni trop lentement. Trop vite, il impose à la famille sa vision systémique en oubliant qu'il y a de l'homéostasie dans la vitesse relative. La famille ne pourra pas accepter sa vision.

Trop lentement, il se laissera convaincre, sans s'en rendre compte par la vision linéaire qui lui est proposée.

Le niveau émotionnel participe au rapport H/T.

L'ajustement de ce niveau émotionnel, son amplification ou son maintien en fonction des informations, des relations, des feed-back est extrêmement

délicat. On connaît l'existence des pièges émotionnels que tendrait la famille, mais il y a également ceux que le thérapeute tisse ou lance sans pouvoir en mesurer l'impact.

C'est au superviseur d'utiliser ces interactions émotionnelles dans un sens ou dans l'autre en fonction du rythme de la thérapie et du rapport H/T.

Dans le travail sur la fonction du P.D., le thérapeute peut rencontrer des difficultés sur ce point. Notamment celle qui consiste à se retrouver soudé à cette fonction, souvent sur un mode symétrique, sans pouvoir activer la fonction de quelqu'un d'autre, ou bien à l'inverse, en ne reconnaissant pas le retentissement de ce mode interactif sur un autre membre de la famille.

Le superviseur là encore peut être d'un grand secours au S.T. ↔ Famille. C'est lui qui va guider cette co-évolution dynamique et synchrone qui devrait aboutir à:

- Une famille à nouveau créatrice.
- Un thérapeute un peu moins dysfonctionnel.
- Une séparation possible.

Si la définition d'un système vivant est la somme des individus qui le composent plus les relations qui les lient, on doit parcourir ce chemin à deux voies de l'individu au système et du système à l'individu.

C. PARLER FORMATION ENTRE SYSTÉMICIENS

C. COIRAULT - M.J. WAGNER

Introduction

Orateurs systémiciens et auditoires systémiciens: quels types d'interactions envisager?

Lors de la préparation de la journée de l'A.T.S.F., il avait été question de mettre en place des ateliers à thèmes. Nous nous étions proposés d'en animer un dont l'initiale (choisi par nous) était: «Formation et Pédagogie circulaire.» Entre temps, et pour diverses raisons, les ateliers furent annulés et remplacés par «des communications suivies de débats», engageant là un autre type d'interaction. Nous avions déjà écrit un texte préalable présentant le sujet de notre atelier. Nous parlons «d'objectifs qui restent ceux de toutes formations, de moyens pédagogiques, de la prise en compte de l'interaction groupe-formateur». Et partant de là nous voici projetées dans le CADRE suivant: un système donné (l'ensemble des thérapeutes familiaux systémiciens d'associations de la région parisienne) se réunit dans le contexte d'une journée de confrontation, définissant une séquence temporelle avec comme règle officielle «l'échange» (communiquer, débattre, ou encore débat à propos d'une communication).

En fait, séquence temporelle d'une journée rythmée de sous-séquences internes à celles-ci : série de communications suivies de débats, coupures dans le temps.

D'emblée, nous avons été gênées par la RÈGLE. Notre démarche était de tenter de se dégager d'une forme linéaire d'intervention. Quel est alors le cadre idéal, adéquat, pour communiquer entre systémiciens (de formations différentes)?

Recherche d'un cadre ou le décadragage

Notre communication a duré 2 min. 50". Il s'agissait d'un clip vidéo enregistré. Nous sommes donc apparues non pas à la tribune mais sur les télévisions. Cette séquence fut présentée deux fois. En voici le texte:

« Bonjour,

» Nous avons choisi d'être parmi vous dans la salle, au moment même de notre communication. Nous devons vous faire part de notre conception d'une pédagogie circulaire.

» Seulement, voilà, nous avons un problème de communication libre. Notre principal objectif, c'est de développer l'idée d'une cohérence à avoir en tant que systémicien : à savoir ajuster le fond à la forme et inversement.

» Problème : le contexte dans lequel nous nous trouvons actuellement nous met dans une situation de double contrainte. Comment vous parler de cette cohérence sans tomber dans la linéarité d'une communication à sens unique et qui se voudrait vous donner les bases d'une discussion.

» Comme quoi il est impossible de discuter d'emblée. Comme quoi il nous faut toujours, malgré nos efforts pour considérer ces séquences arbitraires, avoir un point de départ.

» Nous nous en voudrions d'imaginer que nous serions là dans un rapport enseignants-enseignés.

» Et d'ailleurs, comme nous l'avions dit dans notre présentation de la journée : 'le matériel que nous pensons adéquat, sauf votre respect, à cette réflexion sur la formation se compose de la participation de personnes ayant été ou étant en formation'. (sic)

» C'est-à-dire la grande majorité d'entre vous.

» D'un point de vue épistémologique, que pensez-vous de l'idée suivante : Est-il possible en tant que systémicien d'écrire, de parler, bref de se montrer novateur tout seul ? Est-il possible d'apporter en son nom propre en passant l'autre sous silence ?

» Nous vous invitons à analyser ce qui se passe ici et maintenant. Peut-être trouverons-nous ensemble la définition d'une pédagogie circulaire et les moyens de son application.

» Nous avons 50 minutes pour y réfléchir.

» Merci. »

Dans cette vidéo-communication, par alternance de phrases ou de mots, voir parlant en même temps, nous avons tenté d'allier la forme au fond ou comment parler ensemble.

Analyse de la forme : l'expérience vidéo

La vidéo devient tremplin :

- sortir du public pour entrer en communication devient communiquer sans quitter le public;
- elle permet dans ce contexte l'expérience de la surprise, du saut à côté;
- elle amplifie la distance entre speaker et salle (respect de la règle);
- elle opère une démultiplication : de deux intervenants, nous devenons multiples;
- la vidéo-tiers représente un méta-speaker qui nous dégage en partie du double lien énoncé;
- elle amplifie la règle de la confrontation : donner plus de temps au débat, raccourcir le temps de communication.

Analyse du fond : de l'expérience du double lien des intervenants et de la salle

Nous avons méta-communicé sur ce qui se serait passé pour nous et si nous avions communiqué dans les formes officielles, même que la forme n'y est pas. Comment parler de notre contenu (pédagogie circulaire) sans l'explicitier tout en l'exprimant en une situation expérientielle.

Nous entraînons la salle dans un autre double lien : elle ne peut que participer à notre réflexion sinon point de débat et elle se trouve prise au dépourvu devant le fait accompli d'une interaction qui l'englobait avant même qu'elle ne soit là.

Nous soulignons dans cette séquence temporelle l'existence perpétuelle de l'interaction, à la fois du passé et déjà à venir.

Nous pensions, partant de ces éléments d'analyse, opérer un « décadragage » (l'un de nos principes de pédagogie circulaire), essentiellement en modifiant la règle des échanges dans le temps et en amplifiant la notion de confrontation.

Rétroactions et vérifications

D'emblée, nous avons pu observer au cours de la discussion la vivacité des échanges dans la salle. Après coup, en revoyant le film des débats, nous avons dégagé trois grandes phases d'interactions.

La première dure quelques minutes, montre la surprise de la salle et le désir de revenir à un schéma classique, c'est-à-dire de nous interroger et d'attendre que « nous lâchions le morceau ».

Cette phase de résistance à caractère homéostatique en ce qui concerne la forme de notre intervention fait rapidement place à des commentaires et des questions sur «ce qui se passe»: «dans quel contexte se trouve-t-on? S'agit-il d'un contexte pédagogique ou de transmission, sommes-nous un groupe, suffit-il d'inverser une linéarité pour que cela devienne circulaire?» Toutes questions fort intéressantes et à propos desquelles les échanges entre les participants dans la salle se font rapidement, tantôt à notre propos, tantôt sur des sujets divers ayant trait à l'interaction, au processus de transformation.

En même temps s'amorce alors une troisième partie dans cette discussion à laquelle nous prenons plus facilement part. Il s'agit en effet de confrontations plus globales sur les processus de formation: place du formateur, transmission d'un savoir à un groupe qui n'est pas seulement là comme récepteur mais qui interagit avec le formateur.

Comment, dans le cadre d'une formation à l'approche systémique, mettre en place des tremplins qui permettent aux étudiants d'intégrer le fond et la forme, contenu et relation? Comment déformer suffisamment pour libérer des valences créatives chez les étudiants, tout en respectant leur appartenance professionnelle.

Et comment s'éviter aussi de devenir un «déformateur» usé par son modèle?

Conclusion

A travers l'intérêt que nous portons à ajuster le fond à la forme, ne serait-ce pas là encore une façon de tenter de sortir du cloisonnement auquel il soit. Vérifier nos différentes facettes personnelles ou interpersonnelles, allier la variété de nos finalités, chercher et faire le lien encore et toujours. Ne serions-nous pas pris dans le paradigme dominant, modèle conceptuel commandant tous les discours, dont Henry Atlan parle: celui du comment parler ensemble. Notre recherche a un caractère amplificateur: jusqu'où, de ce paradigme, peut-on prendre les choses à la lettre? Cherchions-nous la borne?

Nous serions donc sous influence, parlant à deux pour parler ensemble, paradigme dominant pour nous mais pas forcément pour tout systémicien.

D. INTRODUCTION DE L'APPROCHE SYSTÉMIQUE DANS LE CHAMP DU TRAVAIL SOCIAL ET DIFFICULTÉS D'ACCUEIL DU MODÈLE

P. SECOND

Plutôt que de proposer un exposé construit et exhaustif sur le thème proposé, je souhaiterais — compte tenu du temps réduit qui nous est imparti — évoquer quelques pistes de réflexion pouvant donner lieu à un débat plus

élargi, pouvant déboucher éventuellement sur une approche critique des modèles de formation proposés actuellement aux travailleurs sociaux.

Que peut-on observer en effet — avec plusieurs années de recul — dans le champ du travail social par rapport à l'intégration et aux applications du modèle systémique sur les terrains? A une telle question, qui devrait à mon sens préoccuper les formateurs en la matière, les réponses sont sans doute multiples, mais je souhaiterais mettre l'accent ici sur une contradiction latente mais qui m'apparaît de plus en plus évidente dans la période actuelle, même si quelques éléments de solutions, propres à dépasser cette contradiction, commencent à émerger.

Que constatons-nous très souvent dans le champ du travail social, lorsque celui-ci semble «touché par la grâce» du modèle systémique?

— D'une part «l'approche systémique/thérapie familiale» — modèle souvent mêlé et ambigu — suscite dans ces professions (regroupant des éducateurs, des assistants sociaux et des psychologues essentiellement) un engouement incontestable qu'atteste le développement des propositions de formation à ce modèle de travail (par exemple, on relève 205 propositions de «formation» à cette approche soumises pour l'année 1982 au seul organisme PROMOFAP) et l'intérêt très large qu'elles suscitent (difficultés à trouver des stages, particulièrement en province, allongement des listes d'attente, et ce en dépit des coûts parfois prohibitifs eu égard aux ressources financières des travailleurs concernés, du moins lorsque ceux-ci financent eux-mêmes leur formation).

— D'autre part, il est fréquent de constater par ailleurs les difficultés rencontrées ensuite sur les terrains par les stagiaires pour mettre en œuvre les acquis de leur formation et d'observer les conflits qui peuvent surgir à ce propos au sein des institutions, les résistances rencontrés à différents niveaux et les retombées que tout ceci peut produire au niveau même des instances régionales ou nationales de formation des secteurs publique ou privé de la réduction (pouvant même aller jusqu'à l'interdiction de ce nouveau modèle de formation, comme cela a pu se produire).

S'il est habituel d'entendre dénoncer à ce propos les résistances naturelles des institutions face aux changements et d'énumérer les multiples «bonnes raisons» qu'il y aurait à ne pas se risquer à introduire la «thérapie familiale» dans les institutions¹, il paraît plus rare de s'interroger — sur un mode réellement systémique — sur le «comment» du surgissement de ces difficultés. Il serait en effet peu systémique, et très linéaire, de faire porter uniquement sur les institutions concernées la responsabilité de telles résistances au changement. C'est donc bien de cet aspect des choses que je voudrais traiter ici.

¹ Cf. J. of Marriage and Family Counseling, January 1975, 3-13.

Tout d'abord, il me paraît important de s'interroger à ce propos sur le processus même des formations proposées. En effet, comment se fait-il, dans de nombreux cas, qu'une telle coupure puisse s'instaurer entre les applications de l'approche systémique à leur clientèle habituelle par les travailleurs sociaux formés et la promotion de cette approche au niveau institutionnel? Il peut sembler parfois que la moitié seulement du travail de formation ait été effectuée ou tout au moins «entendu» par les stagiaires. Comment se fait-il que des personnes formées à l'analyse systémique redevenaient aussi rapidement linéaires dans leur fonctionnement institutionnel lorsqu'elles ont à y promouvoir un changement? Il semble bien qu'à cet égard les divers organismes de formation aient une part de responsabilité non négligeable: n'y a-t-il pas, au moins, une insuffisance de réflexion de leur part quant au *contexte* de travail des stagiaires en formation?

Par ailleurs, il est évident que la crise actuelle du travail social, si souvent dénoncée, avec le vide et la déception quant aux modèles de références théoriques qui en découlent, ne peut que favoriser l'engouement des travailleurs sociaux — très démunis — vis-à-vis de ce modèle et donner à croire à ces nouveaux «adeptes» de la systémique qu'ils vont détenir enfin la «solution» à leurs incertitudes, solution qui aurait en plus l'avantage de nourrir leurs aspirations promotionnelles implicites: ils risquent de pouvoir devenir des *«thérapeutes familiaux»*...

À ce propos nous pensons utile de reprendre l'analyse très pertinente conduite dans son dernier ouvrage par Paul Fusier¹. Il importe en effet de bien prendre en compte pour l'élaboration des modèles de formation proposés de l'importance, pour les métiers de l'action sanitaire et sociale, de ce que ce chercheur désigne comme la «rémunération emblématique», l'«emblème» étant — dans ce contexte — «défini par rapport à une fonction hors du commun» de l'ordre médical ou thérapeutique.

Nous citerons plus largement cette analyse de P. Fusier qui, selon nous, devrait nous interpeller en tant que formateurs, lorsqu'il écrit par ailleurs: «... d'où l'importance pour les professions sanitaires et sociales d'obtenir l'adoubement emblématique qui signifie que l'on a rejoint les aristocrates... Il y a donc captation imaginaire par le modèle médical en tant qu'il fait prototype d'une position aristocratique. Et plus une profession se prolétarise dans le réel, plus elle est sensible à la question des emblèmes et cherche à maintenir des caractéristiques qui en feront un métier «pauvre mais noble»...! »

Cette «captation imaginaire par le modèle médical» n'a-t-elle pas quelque chose à voir avec les comportements observés chez des travailleurs sociaux formés à la systémique (ou plutôt à la «thérapie familiale» comme «on dit»...) qui, de retour sur leurs terrains, se battraient plus pour la «panoplie

emblématique» du «thérapeute familial» (répartition des prises en charge, reconnaissance statutaire, matériel vidéo, etc.) que pour instaurer et communiquer réellement le sens d'une approche systémique à l'ensemble de l'institution en tenant compte de l'histoire de celle-ci du contexte social dans lequel elle s'insère et de la clientèle qui, *a priori*, n'a pas de demande de thérapie, qui ne se vit pas comme «malade» et dont la prise en charge socio-éducative s'inscrit dans une temporalité dont le contrôle échappe nécessairement aux intervenants.

Ces quelques réflexions visaient surtout à mettre l'accent sur les risques qu'il y aurait à ne développer qu'un seul cursus de formation dont l'aboutissement inéluctable de la progression serait orienté de façon univoque vers la fonction de «thérapeute familial», comme seule voie promotionnelle possible, cecl en courant le risque de déstabiliser l'identité professionnelle des travailleurs sociaux, d'affaiblir leur nécessaire sentiment d'appartenance, sans rien leur proposer de véritablement réalisable professionnellement pour eux. En outre, à ce jeu, les promoteurs de l'analyse systémique risqueraient fort de susciter des réactions en chaîne institutionnelles conduisant à un rejet du modèle proposé, non pas en fonction de sa valeur conceptuelle, mais faute d'avoir tenu suffisamment compte du contexte et des nécessités fonctionnelles des institutions. Pour reprendre le schéma du cycle proposé ici même par Robert Neuburger dans son exposé, à savoir les phases de «conversion», «mystique», «missionnaire» et de «crise de croyance», le processus de formation ne court-il pas à l'échec s'il néglige par trop le contexte d'application du modèle et s'il brule les étapes nécessaires en faisant passer le stagiaire directement à une crise de croyance, avant même que la phase de conversion ne soit achevée et sans lui fournir les moyens d'une stratégie «missionnaire» prenant en compte les résistances institutionnelles au changement.

E. TRAVAIL SYSTÉMIQUE EN INSTITUTION

J.A. MALAREWICZ

En tant que responsable d'une équipe de soin en institution, j'ai choisi, depuis quatre ans, de travailler également avec les familles des patients hospitalisés dans le service.

Ceci signifie que je suis constamment soumis à deux contraintes opposées: celle du responsable de l'équipe qui a à garantir l'homéostasie du système institutionnel et celle du thérapeute familial qui se doit d'ouvrir aux systèmes familiaux des possibilités de changement.

Ceci signifie également que s'impose la nécessité de passer sans cesse d'une épistémologie à une autre car l'institution reste fondée sur la linéarité du

¹ Fusier (P.), *L'Enfance Inadaptée, repères pour des pratiques*, Presses Universitaires de Lyon, 1983.

symptôme même si on veut prétendre y introduire la prise en compte de la circularité des interactions.

Cependant cette position difficile, voire inconfortable, n'est pas impossible à tenir car le contexte en question, que je vais décrire rapidement en quelques points, facilite l'insertion de cette double prérogative.

D'abord le champ d'intervention (24 lits avec environ 15 à 20 intervenants immédiats), dans sa dimension modeste, permet une pratique où les possibilités de communication dans le système de soin, en tout cas vues de l'intérieur, sont satisfaisantes. Il est certain, par ailleurs, qu'à partir d'un certain seuil de complexité, l'homéostasie du système rigidifie ses contraintes.

Ce dernier point a pour corollaire un certain tassement de la hiérarchie et aussi le fait que la fonction que j'exerce est très proche d'une pleine responsabilité d'une orientation thérapeutique.

Pour l'adolescent, la qualité du bagage que constitue sa formation, compte tenu du contexte socio-économique, donne une idée des moyens dont il dispose pour assurer son automatisation. Pour nous, la sortie du service est devenue une métaphore de la sortie de la famille. C'est ainsi que peut s'énoncer la spécificité d'un travail systémique en institution, ce qui est facilité par la spécificité d'une population et des situations de crise qu'elle connaît.

Enfin, seuls quelques axiomes dans l'organisation processuelle de ce travail ont permis de l'initier, sans qu'une vision dogmatique ou transposée d'un autre contexte aient été imposés. Ces axiomes comme l'analogie système de soins/famille, le non-exigence de formation du personnel, la nécessité de cohérence dans le travail, ont été utilisés comme des instruments tout comme, dans le service, la prescription de symptôme, la connotation positive ou le refus de l'amélioration.

L'idée de la possibilité d'un travail systémique en institution s'est donc imposée peu à peu. Finalement, les résultats les plus tangibles sont l'intérêt qu'y a porté le personnel soignant et ainsi sa stabilité, la diminution sensible de la durée moyenne de séjour et, encore une fois, le fait que tout cela soit supportable.

F. LA DIFFUSION DE LA PENSÉE SYSTÉMIQUE: RISQUES ET PARADES

J.C. BENOÎT

Ce thème semble de première importance. Il est abordé également par P. Segond, sous l'aspect qui nous questionne, et par Malarewicz. Notre réunion reflète la spécificité de la pensée systémique, susceptible de nous permettre de tels échanges malgré bien des différences, dans notre formation et notre exercice professionnel comme dans nos sensibilités propres en psychothérapie.

Manifestations d'une croissance

Sur le plan de l'information, c'est bien entendu grâce à l'effort d'écriture, de traduction et de transmission du savoir réalisé ces quinze dernières années en France, que nous pouvons participer et assister à une diffusion rapide et extensive de la pensée et des pratiques systémiques. Le mouvement français d'intérêt systémique se manifeste dans les milieux de la psychiatrie, de l'assistance à l'enfance et de la déviance sociale, en grande partie grâce à la disponibilité d'ouvrages, de revues, tel *Thérapie Familiale* et d'articles.

De multiples propositions de formation viennent répondre, semble-t-il, à cette forme de demande: «comment faire évoluer ma pratique, qui me semble encore trop insatisfaisante dans de nombreux cas?» Il faut se féliciter en effet que la loi sur la formation continue facilite largement ce processus.

On sait aussi combien les propositions de conférences, colloques et congrès — telles les *Journées de Lyon* — trouvent une réponse positive chez de nombreux intervenants sociaux et soignants. D'ailleurs, les organisateurs et les responsables d'ateliers constatent aisément un progrès qualitatif chez les participants dont le niveau d'information s'améliore manifestement d'année en année.

Bien d'autres signes de diffusion de la pensée systémique existent. On note la constitution de réseaux d'échanges. L'A.P.R.T.F. s'est construite sur un tel modèle, fédératif et souple, avec une institutionnalisation minimum. Celle-ci permet de poser certaines questions et de retarder l'implicite, l'envers de la médaille.

Toute croissance «naturelle» implique la rupture de liens antérieure, dit-on par ici. Peut-être faut-il expliciter les risques de ce morcellement qui transparaissent au fur et à mesure des succès de la diffusion d'une pensée systémique qui risque d'être entraînée à l'aveugle dans les désorganisations qu'elle induit.

Risques

Un premier risque nous paraît être celui de l'exclusion. Il s'agit de cette formulation souvent entendue: *la mode des thérapies familiales*. Le choc produit par la venue rapide des idées systémiques et les manifestations d'une certaine auto-satisfaction de leurs promoteurs créent de légitimes réactions d'intolérance et de rejet. Parmi les «nouvelles thérapies», et, en particulier, sous leur intitulé «thérapie familiale», les pratiques systémiques prennent aisément la place de bouc émissaire parmi les différentes appellations d'origine californienne.

Une autre réaction naît très naturellement de l'apport d'un vocabulaire original. *Peut-être ne s'agit-il que d'un nouveau langage?* Cette banalisation de la réflexion systémique est très manifeste dans certains écrits français ou dans certaines pratiques universitaires. On peut se plaire à citer la traduction de «*Pragmatics of Human Communication*», en «*Une logique de la commu-*

nication» ou encore «La nature et la pensée», traduction de «*Mind and Nature, a necessary unity*». Tout effort de diffusion essentiellement théorique aboutit à cette linéarisation de la dialectique vivante.

Enfin il va nous être proposé, dans la confusion de certaines tables rondes ou de numéros spéciaux de revues, de présenter l'opinion des experts systématiques *porteur du message de la secré*. Pour avoir accepté de nombreuses fois de tels pièges confusionnants, nous manifesterons une certaine indulgence dans ce domaine. Sans doute, les confrontations contemporaines ne peuvent-elles se priver de l'habit d'Arlequin. Ceci hélas nous pousse à oublier l'essentiel: notre terrain professionnel de travail et la priorité du dialogue à ce niveau. En bref, il s'agit d'un risque parmi d'autres.

Quelles parades?

Il s'agit donc d'un thème de réflexion important, une fois reconnue notre participation aux erreurs ci-dessus. La première réponse serait donc de souligner malgré tout l'importance des résultats cliniques obtenus sur le terrain. Positifs ou difficiles et aléatoires, ceux-ci méritent toutefois l'effort de rédaction et de publication, spécifique de toute recherche et de toute innovation scientifique. Notre position en quelque sorte éthologique permet de nouvelles observations et celles-ci seront d'autant plus claires que nous saurons mieux les présenter autour de nous.

La conscience du caractère local de notre recherche rend prioritaire la constitution d'un *groupe de réflexion et d'échange au niveau même de notre insertion professionnelle*. Il s'agit d'une formule pragmatique où l'on établit comme prioritaire l'ouverture aux échanges, tenant compte de la diversité des formations et des sensibilités. Des rencontres régulières sur ce mode facilitent l'intégration progressive des idéologies et des personnes dans notre institution.

Il est sans doute également essentiel de répondre à la demande d'autres groupes professionnels, de coopérer avec d'autres équipes et, pourquoi pas, de conduire des formations. Là encore, la prise en considération de l'institution concernée joue un rôle déterminant dans la réussite d'un tel but.

Dans tout ceci est évoquée *la possibilité des changements lents ou discontinus* bien caractéristiques des grandes institutions où souvent nous travaillons.

Pour conclure

Il y a lieu de se préoccuper des «inconvenients du prosélytisme» et de se souvenir de quelques conseils d'Anciens. Nous rappellerons le texte «*Double Bind*, 1968», où G. Bateson montre combien les échanges relationnels du dresseur et du dauphin exigent de compréhension réciproque, de patience, de retour des erreurs, avant la création finale. Nous avons aussi à l'esprit la formulation de S. Hirsch: «Apprenez le nouveau, mais n'oubliez rien de ce que vous saviez.» Et pour finir, en hommage à l'humour, rappelons cette phrase de Whittaker: «Quand on est missionnaire, on court le risque d'être mangé.»

L'ENFANT MALADE CHRONIQUE ET SA FAMILLE

Dr J.A. SERRANO

1. INTRODUCTION

En tant que dimensions fondamentales de l'existence, la souffrance et la mort sont constamment à l'œuvre dans l'histoire humaine. La maladie, en provoquant la souffrance du sujet et de son entourage, réveille souvent le fantasme de la mort. Elle introduit une dissonance dans la mélodie individuelle et dans l'ensemble harmonique de l'orchestration familiale.

La famille élabore toujours une manière de traiter la dissonance, une stratégie d'adaptation face à la maladie et à la souffrance. A travers une vaste gamme de comportements et d'attitudes adaptatives, elle entend faire face à une situation inattendue, d'autant plus que celle-ci risque de se prolonger. Ces comportements et attitudes sont conditionnés par les valeurs de la culture environnante, par l'histoire familiale — ses règles et ses mythes — ainsi que par la signification que prend la maladie dans son économie psychique.

Maladie et souffrance sont dès lors à considérer en tant qu'*informations significantes*. Maladie et souffrance deviennent des signes qui modifient la structure familiale aussi bien au niveau des *relations* que de la *mise en forme* de ses éléments constitutifs. Mise en forme matérielle et mise en forme fantasmatique des données internes, conscientes et inconscientes, propres à une famille donnée.

Précisons que l'impact de la maladie sur la structure familiale, loin d'être inexorable et uniforme, dépend des multiples facteurs, dont les plus importants sont les plus importants sont les suivants:

- la nature de la maladie: la sévérité des manifestations cliniques, la durée, les modalités diagnostiques et thérapeutiques;
- l'âge du début de la maladie et la personnalité de l'enfant;
- la place de l'enfant dans sa famille;
- la réaction des parents et la structure familiale;
- les attitudes et paroles du médecin et des divers soignants.

Il est question dans ce travail des maladies chroniques, de ces innombrables enfants dont le développement émotionnel optimal est entravé par l'existence d'une maladie ou d'un handicap. Ceux-ci interfèrent justement avec:

- l'évolution et la qualité du monde relationnel et affectif de l'enfant, et avec
- la structure globale familiale.

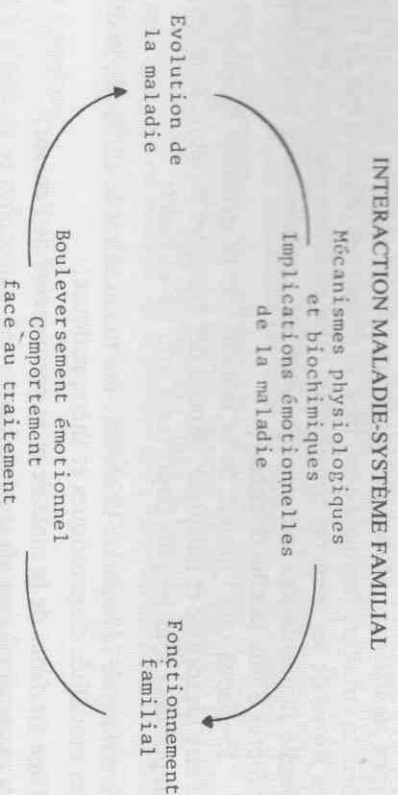
II. MALADIE CHRONIQUE ET SYSTÈME FAMILIAL

La maladie chronique est définie comme une condition morbide qui persiste plus de 3 mois. Certaines études de prévalence cumulative signalent une fréquence de 10% d'enfants chroniques parmi les enfants en dessous de 18 ans (11).

La maladie chronique infantile, outre les modifications physiologiques propres à l'affection, comporte des répercussions psychologiques et sociales. Sa longue durée met en interaction le patient, sa famille et le système de soins. Si le problème de la maladie aiguë est le diagnostic correct et la mise en route du traitement, celui de la maladie chronique en est le « management », la gestion. Par conséquent, on peut affirmer que « les maladies chroniques ne sont pas tant à guérir qu'à maîtriser » (3).

L'évolution de la maladie chronique agit certainement sur l'organisation familiale et l'entourage de l'enfant, mais à leur tour, les réactions et la configuration de l'entourage affectent l'approche de la maladie, son évolution et le cours de la thérapie (6, 9, 18, 21).

Schéma 1.



Les études concernant l'impact psychologique et social de la maladie chronique sur l'enfant (1, 2, 8, 10, 13, 15, 16, 20, 23, 25, 28, 29) et sur l'organisation familiale (3, 4, 5, 6, 7, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 26, 28) sont nombreuses.

Talbot et Howell (1971) ont résumé les principaux effets de la maladie chronique sur les familles. Ils retiennent les réactions suivantes :

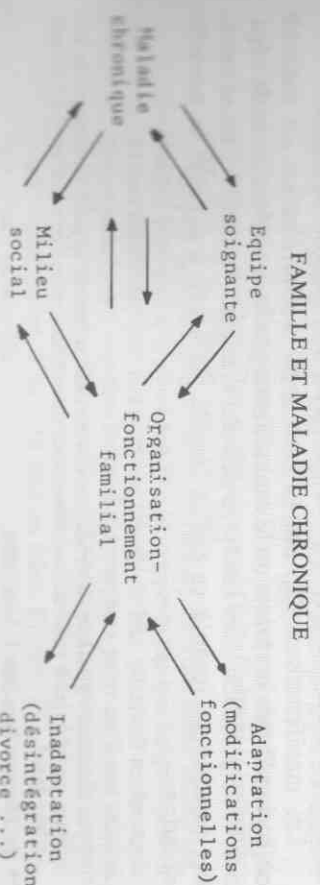
- 1) *Déception, honte ou culpabilité*, voire même dépression parentale.
- 2) *Ressentiment* ou *colère* parentale envers l'enfant malade, ressenti comme un fardeau.
- 3) *Anxiété parentale* qui explique les attitudes de surprotection, de restriction excessive ou de surindulgence.
- 4) *Polarisation de l'attention sur l'enfant malade*, ce qui entraîne une diminution d'intérêt pour les besoins des autres membres de la famille.
- 5) *Distorsion de la vie familiale* en ce qui concerne la manière de vivre et la manière d'agir.
- 6) *Ressentiment de la fratrie* envers l'enfant malade, objet d'attention spéciale, doublé d'un sentiment de honte d'avoir un membre anormal dans la fratrie.
- 7) *Vulnérabilité de la fratrie* en rapport avec l'intensité de l'investissement parental et les attitudes et pratiques de surprotection.

La présence d'un enfant malade chronique constitue donc pour la famille un élément de *stress important* qui éveille aussi des fantasmes d'abandon, de séparation ou de mort (10, 19, 20, 22, 30). La tension que soulèvent les soins et l'éducation d'un enfant malade chronique peut même précipiter, dans certains cas, la *désintégration familiale* (6) et le divorce (5).

Bien évidemment, ce n'est pas la situation la plus fréquente puisque, autant l'enfant malade que sa famille arrivent à *s'adapter*, à *assumer* ou à *compenser* le handicap. Cette adaptation se traduit par le renforcement des liens familiaux, l'amélioration de la relation parents-enfants, et un meilleur fonctionnement de la personnalité de chacun (2, 6, 7, 16, 27, 28).

Dans ce processus dynamique de prise en charge d'une situation de stress, le rôle de l'équipe soignante, voire même du milieu social (école, voisinage) est de la plus haute importance (3, 10, 13, 16, 18, 21, 24).

Schéma 2.



Il est profondément culpabilisé également. Ainsi, il sort rarement de chez lui et s'il est obligé malgré lui d'aller à une fête, il ne s'amusera pas, il refuse de s'amuser car «mon fils est handicapé et malheureux. Je refuse de m'amuser, de rire, de fêter, quand je sais que Gaétano se trouve loin de moi.»

La mère participe peu au discours dépressif et révolté du père. Ses appréciations sont beaucoup plus réalistes et sereines. Le frère aîné s'occupe peu de Gaétano : «Il a accepté la maladie mais il se désintéresse», dit le père.

A vrai dire, cette famille s'est organisée sur un mode pathologique franc et chronique. Le père, ce qui arrive moins souvent selon mon expérience, a établi une relation symbiotique avec «son» fils malade. Les week-ends, quand le fils revient à la maison, il dort avec son père. Gaétano refuse d'ailleurs d'aller se coucher sans son père. Au lit, il se blottit entièrement contre lui et se réveille aussitôt qu'il ne sent plus sa présence. Cette relation symbiotique — père plongé dans sa rumination dépressive et fils installé dans la dépendance — laisse beaucoup de «liberté» à la mère et au fils aîné. A croire que le couple parental vit une situation certaine de divorce *émotionnel*.

Les situations que je viens de présenter ne sont certes pas les plus fréquentes. Le plus souvent, la famille, devant l'information signifiante, devant la perte traumatique que représente l'annonce d'une maladie chronique, va vivre un travail de *deuil* (25). Ce travail de deuil comporte la dépression et l'anxiété, la culpabilité et les remords, le déni et la colère avant de se résoudre par une acceptation active et une adaptation fonctionnelle face à la situation.

Dans mon expérience, le deuil est en rapport avec la perte traumatique évoquée plus haut, et avec l'anticipation des défaillances physiques, voire même de la mort (23). Ce travail se termine en général, après une période qui s'étend de 6 à 12 mois (cf. Freud, 1917 — «Deuil et mélancolie»).

Un travail de deuil réussi comporterait à la fois l'acceptation réaliste de la blessure narcissique et une adaptation comportementale fonctionnelle permettant le développement de l'enfant dans la mesure de ses possibilités.

Cependant, la présence de l'enfant malade chronique suscite l'émergence de comportements familiaux dont le caractère fonctionnel est loin d'être la règle. Souvent l'enfant malade chronique est l'objet d'une *surprotection parentale* qui entraîne comme corollaire des restrictions excessives et souvent inutiles dans ses activités quotidiennes, ainsi que des difficultés plus grandes à devenir autonome. La surprotection rend ces enfants plus dépendants et cette dépendance peut entraîner des bénéfices secondaires puisque l'enfant voit ses responsabilités diminuer et ses gratifications augmenter.

Lorsque la surprotection parentale se double de *surindulgence* : «On lui laisse tout faire... il est déjà assez malheureux ainsi», l'enfant risque de ne pas prendre conscience de ses limites et son «pouvoir illimité» peut le transformer en un véritable tyran domestique.

Ces comportements révèlent à quel point l'enfant malade chronique est l'objet d'une *attention particulière* (polarisation) de la part du milieu familial.

Souvent cette polarisation n'est pas partagée de façon homogène par tous les membres de la famille, ce qui engendre des tensions importantes, surtout au niveau du couple parental.

Situation 4

Gilles avait 11 mois quand la mère remarque une certaine apathie, une diminution de l'appétit et une plus grande tendance à se mouiller. Par ailleurs, il montrait peu d'autres signes habituels de maladie.

La mère s'inquiète et fait part de ses soucis au père. Celui-ci, fonctionnaire administratif, souvent absent de la maison — même les week-ends — ne partage pas son inquiétude.

Après de longues hésitations, la mère finit par conduire son enfant chez le pédiatre qui l'hospitalise et conclut au diagnostic de diabète. C'est l'effondrement de la mère et l'indifférence chez le père.

La maladie de Gilles devient l'affaire maternelle, ouvertement concertée ou surimpliquée par la situation. C'est elle qui fait les injections devenues de véritables drames, épuisants...

Le père, dans sa tour d'ivoire, maintient son attitude de déni de la maladie. Rien ne le touche... ni les reproches de sa femme, ni la maladie de son fils. Il a même décidé de reprendre des cours du soir et de week-end et s'arrange pour ne jamais être là quand il est question de soins.

Le couple évoque le divorce mais un travail avec la mère, dans un premier temps, et avec le couple après, permet de dédramatiser la situation et de favoriser le rapprochement du couple.

Il est d'observation fréquente qu'un des parents soit *surimpliqué* dans la situation, pendant que l'autre tend de plus en plus à se détacher et à investir à l'extérieur. Ces situations relèvent de l'intervention d'un spécialiste «psy».

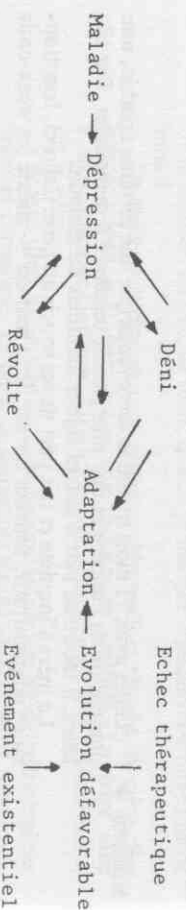
Même dans les situations les plus favorables, l'adaptation fonctionnelle de la famille ne me semble pas acquise une fois pour toutes. Un processus dynamique évoluant dans le temps peut s'installer, surtout dans les maladies chroniques qui gardent un potentiel évolutif (diabète, épilepsie...). En effet, l'incertitude qui accompagne chaque jour les cas cliniques mal stabilisés, constitue un élément significatif majeur autour duquel s'organise l'existence du malade chronique et de sa famille.

Dans certaines conditions évolutives, et à la suite de facteurs divers aggravant l'état de l'enfant, l'acceptation et l'adaptation familiales peuvent être remises en question. C'est le cas de certaines situations rebelles à toute thérapie qui évoluent défavorablement. Ce sont aussi les péripéties thérapeutiques observées chez des adolescents qui «mient» l'existence de leur maladie (diabète, épilepsie, cardiopathie, ...) et renoncent à suivre les indications de l'équipe soignante. C'est aussi le cas de certains enfants qui évoluent moins bien, suite à des situations existentielles de stress (séparation ou mort des parents, migration, ...).

Ces rechutes s'expriment au niveau émotionnel par des réactions d'anxiété, de dépression (les fantasmes de mort réapparaissent), de déni, de révolte et un nouveau cycle de travail de deuil se met à l'œuvre.

Schéma 4.

CIRCUIT D'ADAPTATION ÉMOTIONNELLE



Situation 5

La petite Stéphanie présente des absences à partir de l'âge de 6 mois. Le diagnostic de sclérose de Bourneville compliquée d'un syndrome de West est retenu.

Depuis le début des crises, la famille vit un véritable cauchemar : « On frôlait la dépression... surtout ma femme », me dit le père. « On a frappé à toutes les portes sans trouver de solution. »

La maladie de Stéphanie semble avoir été vécue comme une blessure narcissique importante pour les parents. Il s'en est suivi un retrait significatif du noyau familial vis-à-vis du monde extérieur. « Nous vivons à trois. » Les week-ends, la famille évite de sortir et de rencontrer d'autres personnes. C'est comme s'ils désiraient garder la fillette à l'écart du regard (méprisant... ?) de l'autre. Il en va de même pour les grandes vacances : isolés, loin de la ville là où « on ne voit des gens que tous les deux jours ».

La vie familiale s'est structurée autour de la maladie de la fille. Le père « fait » plus de choses avec elle ; il la surveille constamment et lui laisse peu d'autonomie. La mère voudrait un second enfant (pour elle ?), mais le père a décidé qu'avec un « cela suffit ».

Le divorce affectif des parents est clair. D'ailleurs, peu de temps après, j'apprends que la mère a décidé de se séparer et la garde de l'enfant devient problématique. L'état de la fillette, alors âgée de 6 ans, semble s'aggraver.

Si nous revenons au schéma 1, la maladie de l'enfant, par l'action des *mécanismes physiologiques et biochimiques*, interfère avec le fonctionnement psychologique et familial. Un enfant en état d'hypoglycémie ou en proie à des crises épileptiques, par exemple, peut développer des comportements peu acceptables pour l'entourage.

Il en va de même en ce qui concerne les *implications émotionnelles* de maladie aussi bien chez l'enfant que chez les parents. Une acceptation réaliste de l'affection de l'enfant chez les parents est essentielle pour que l'enfant sente confirmé dans ses attitudes adaptatives.

Certains parents réagissent à la maladie et aux instructions thérapeutiques par un comportement rigide et perfectionniste qui peut devenir la source de révolte ou de soumission passive chez l'enfant.

D'autres parents, dominés par des sentiments de culpabilité, peuvent réagir par un excès d'indulgence, à tel point que l'enfant devient égoïste, manipulant les parents à sa guise.

A son tour, le fonctionnement familial, en créant des situations de stress, peut interférer avec l'évolution de la maladie. Certaines formes de *bouleversement émotionnel*, en modifiant l'équilibre neuro-endocrinien, au niveau catécholaminergique par exemple, peuvent certainement influencer l'état somatique de l'enfant.

L'influence du fonctionnement familial est plus nette encore au niveau de *l'attitude de l'enfant face à la thérapie*. L'enfant confronté à des difficultés psychologiques et interpersonnelles significatives, a des chances d'organiser un style de vie pas toujours favorable à la poursuite d'un traitement régulier efficace.

IV. LES RÉACTIONS DE LA FRATRIE

La distorsion de la vie familiale provoquée par la maladie chronique d'un enfant touche aussi le sous-système fraternel (17).

Le retrait social ainsi que la nécessité de préserver une bonne image de la famille, imposée par les parents, conditionnent un certain *isolement* de la fratrie face au monde extérieur. D'autre part, la fratrie est souvent peu informée au sujet de l'affection de l'enfant malade, ce qui renforce leur anxiété et révèle une activité fantasmatique importante. Enfin, l'anxiété, la préoccupation et l'absence relative des parents diminuent la confiance de la fratrie à leur égard.

Si l'enfant malade est l'objet d'une *attention excessive*, parfois exclusive de la part des parents, la fratrie peut, en effet, se sentir négligée. Dans certains cas, les parents qui se montrent surprotecteurs et indulgents à l'égard de l'enfant malade, peuvent même exiger que la fratrie le prenne en charge tout en s'adaptant à son niveau de fonctionnement.

Des sentiments profonds de *rivalité*, de *jalousie*, peuvent alors surgir même s'ils ne sont pas exprimés directement. Ces sentiments négatifs s'accompagnent de culpabilité et de craintes.

L'on observe dans certains cas que les frères et sœurs tendent à exclure l'enfant malade des jeux qu'ils organisent, alors que les parents les forcent à pratiquer et à adapter leurs activités selon les possibilités de l'enfant malade. Des attitudes aussi peu réalistes créent un climat de tension et d'agressivité benvue peu favorable à l'épanouissement de chacun et à l'enrichissement de l'interaction mutuelle.

Par contre, un fonctionnement familial adéquat, qui tient compte des besoins de chacun, s'avère enrichissant pour le développement de la personnalité des frères et sœurs. Ils deviennent alors plus tolérants, compréhensifs, empathiques vis-à-vis des parents et valorisent davantage leur propre état de santé.

Les facteurs qui exercent des influences sur les réactions de la fratrie sont surtout la composition et la position occupée, ainsi que le sexe et l'âge de l'enfant sain.

Le jeune enfant qui suit immédiatement le malade, semble beaucoup plus vulnérable, étant donné que l'attention maternelle lui manque à un moment important de son développement affectif.

Les aînés bien portants semblent capables de comprendre les besoins spécifiques de l'enfant malade, ils acceptent l'excès d'attention et se montrent responsables du bien-être de l'enfant malade. Les enfants plus jeunes, enfin, se sentent souvent déplacés, surtout quand l'enfant malade montre un comportement de dépendance massive (6).

En ce qui concerne le sexe et l'âge, on note des problèmes de comportement parmi les jeunes garçons. Les enfants en âge pré-scolaire se montrent plutôt irritables et en retrait, tandis que les enfants plus âgés tendent à passer à l'acte pour exprimer leur désarroi émotionnel. Les filles en âge scolaire montrent plus de difficultés d'adaptation que les garçons du même âge, tandis que les jeunes adolescentes se montrent légèrement plus adaptées que les garçons adolescents.

Les comportements de la fratrie expriment à mon avis deux ordres de faits. D'une part, des sentiments de jalousie et d'agressivité ressentis à l'égard de l'enfant malade, objet de l'attention particulière des parents, objet du surprotection et d'indulgence. D'autre part, ils révèlent la dépression et le sentiment d'abandon, ressentis avec plus de force à des moments clés de l'évolution psycho-affective.

V. LA PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES FAMILLES

L'aide à apporter aux familles avec un enfant malade chronique constitue une nécessité qui n'est plus à justifier. Elle va de pair avec le travail plus direct auprès de l'enfant malade chronique lui-même.

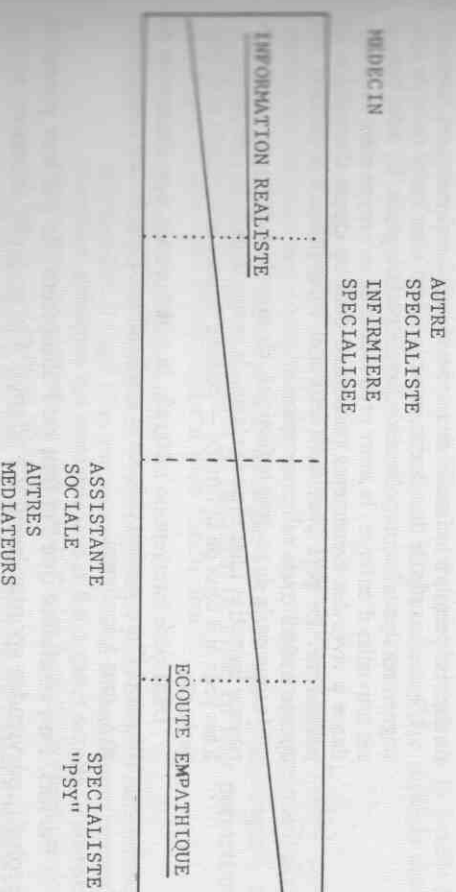
L'enfant malade chronique demande des soins spécifiques qu'il pourra assumer progressivement en fonction de ses possibilités. La demande des soins spécifiques va de pair, au niveau affectif, avec un besoin de dépendance et de protection accrus. Néanmoins, l'enfant a aussi besoin d'être conscient de ses possibilités de croissance et de se sentir motivé pour les développer. Ainsi, il est important d'aider les parents à concilier protection et dépendance avec le dynamisme du développement et de la croissance, en favorisant des attitudes éducatives les plus adéquates. Au niveau de l'enfant, à partir de l'idée qu'il se fait de lui-même «malade» et de son schéma corporel, il faudra l'aider à assumer sa particularité d'une manière réaliste et positive.

La réalisation de ces objectifs suppose un système de soutien centré sur le médecin responsable de l'enfant (22). Son intervention est essentielle déjà à partir du diagnostic, période de crise pour l'ensemble familial.

A mon avis, l'intervention de ce système de soutien se caractérise par deux dimensions: d'une part, une *information réaliste et adaptée* et d'autre part, une *écoute empathique*. Je voudrais ajouter même que cette dernière attitude n'appartient pas «uniquement» au spécialiste «psy», mais elle constitue aussi une dimension fondamentale de la pratique médicale. A son tour, le «psy» ne peut pas se permettre d'ignorer la dimension médicale du problème sous peine d'appauvrir sa propre capacité de compréhension. Ceci justifie la participation d'un pédopsychiatre dans une équipe soignante.

Schéma 5.

LES RÔLES DANS LA PRISE EN CHARGE



A partir de la phase diagnostique, il s'agit d'établir une relation de dialogue franc et ouvert et un *climat de confiance réciproque*. Le médecin discute et explique la nature de la maladie: son caractère chronique, le processus de surveillance et de soins, ses conséquences (limites et possibilités). Il ne reste pas indifférent à la souffrance de la famille dans la mesure où le diagnostic — surtout d'une maladie grave qui comporte un risque mortel — suscite en lui de l'inquiétude, de l'angoisse, ainsi que le souci d'éviter des souffrances supplémentaires à la famille. Le médecin a donc à s'expliquer avec lui-même tout en essayant de transmettre une information qui respecte le rythme d'intégration, le tempo d'assimilation de la structure familiale. Ceci, sans oublier qu'une information «entre deux portes» est mal supportée par la famille, parce qu'elle ne laisse pas la place à l'écoute, au dialogue.

Pendant la phase diagnostique, les parents ne sont pas toujours en condition d'écouter parce qu'ils sont surtout occupés à métaboliser la perte traumatique. L'*information*, qui doit rester à la fois réaliste et encourageante, est à répéter assez souvent permettant à la fois l'émergence des questions ressen-

ties au niveau fantasmatique. Signalons au passage que l'information n'appartient pas exclusivement au monde des adultes. Les enfants concernés ont aussi le droit d'être informés et entendus.

L'écoute *compréhensive* va donc de pair avec l'information. Il s'agit d'admettre que les parents, surtout au début de la maladie, se trouvent dans une situation critique qui les empêche de fonctionner rationnellement. Il y a chez eux la nécessité d'exprimer tantôt la dépression, la déception et la culpabilité, tantôt la révolte et la colère; parfois le déni, l'inhibition ou la fuite. Ces sentiments sont à respecter et à comprendre.

L'évolution d'Ivanna (situation 1) permet de mieux comprendre ce que nous venons d'exposer.

En effet, un travail intégré de l'équipe soignante centré sur la réalité du diabète permet à la famille de retrouver son fonctionnement habituel.

L'entretien séparé des parents et de la fillette s'est avéré riche de renseignements pour la compréhension psychopathologique. La mère évoque ses souvenirs d'enfance, la mort prématurée de sa propre mère et sa tendance à vivre des événements existentiels dans un climat d'anxiété et de pessimisme. Le père peut aussi exprimer l'impuissance à rassurer son épouse malgré toute sa bonne volonté.

Ivanna parle de sa propre féminité, de sa crainte de ne pas «avancer» comme les autres fillettes de sa classe, de ce que la maladie comportant — à ses yeux et à ceux de sa famille — comme menace existentielle et professionnelle.

Dans cette intervention intégrale, la collaboration avec l'ensemble de l'équipe, l'intervention précoce et systématique d'une écoute compréhensive, sont à souligner.

Parfois, l'on considère que l'enfant ou l'adolescent, de par leur potentiel évolutif, parviendra spontanément à s'adapter à la nouvelle situation, et par conséquent, l'intervention psychologique n'est prévue ou sollicitée qu'à la suite de manifestations comportementales franches. Dans mon expérience, une intervention de cet ordre s'avère souvent inefficace. Outre que le message de celui qui demande l'intervention «psy» peut être interprété par la famille comme «vous ne faites pas ce qu'il faut», l'homéostasie du système familial devient plus importante. Souvent la stratégie d'adaptation à la maladie chronique conduit les familles à adopter des comportements rigides, répétitifs, dysfonctionnels (cf. situations 2, 3, 4).

Ceci ne veut pas dire que toute intervention tardive est vouée à l'échec, puisque les familles bien adaptées à la maladie chronique peuvent «décompenser» plus tard à la suite d'événements existentiels ou de difficultés thérapeutiques (cf. schéma 4).

Situation 6

Corinne, jeune adolescente de 15 ans, syndrome de Turner, consulte, à la demande de son médecin traitant, pour des manifestations dépressives et des troubles alimentaires réactionnels à des difficultés scolaires. Depuis 3 mois, Corinne pleure souvent, refuse de manger, craint de se rendre à l'école, se décrit comme étant nerveuse chaque fois qu'elle est

confrontée à des exigences scolaires. Les difficultés scolaires, fréquentes d'ailleurs dans le syndrome de Turner, ont réveillé chez Corinne des anciens sentiments d'infériorité, compensés jusqu'alors par sa réussite scolaire, fruit d'un travail discipliné et acharné.

Se sentant «différente des autres», elle tend à s'isoler, à considérer que tout le monde est contre elle. Les parents tentent de la rassurer à ce niveau et la crise actuelle les renforce dans leur attitude de surprotection, surtout de la part de la mère. Celle-ci se montre catastrophée quand sa fille n'accepte pas les plats qu'elle prépare.

Le travail familial à court terme s'est centré sur les possibilités réelles de Corinne au niveau scolaire, sur les attentes des parents et sur la meilleure façon d'encourager Corinne à s'intégrer dans son contexte social et scolaire.

La famille décide elle-même de ne pas poursuivre les entretiens, étant donné que la situation de crise semble colmatée. De mon côté, je considère que cette décision confirme la stratégie de rendre à la famille la confiance en ses propres forces d'adaptation. Cette stratégie étant d'ailleurs discutée et décidée avec le médecin traitant.

Dans ce cas, l'intervention du spécialiste «psy» a une double finalité: permettre au médecin responsable de comprendre davantage la dynamique individuelle et familiale, et élaborer une stratégie thérapeutique plus adaptée, et faciliter l'adaptation des familles à la situation de crise en leur permettant d'essayer de nouveau comportement plus fonctionnels.

Situation 7

Sandro est un garçon de 14 ans hospitalisé pour douleurs abdominales et irritabilité. Il s'agit d'un garçon suivi depuis sa naissance pour une malformation génétique des voies urinaires et des organes sexuels. Il porte en permanence un réservoir en plastique de l'urine à partir de l'implantation des uretères sur la paroi abdominale.

Sandro travaille très bien à l'école et même si son milieu d'origine est assez modeste, son ambition est de devenir médecin.

La crise actuelle semble liée à la problématique sexuelle adolescente. Pendant l'entretien familial et parental, le thème de la sexualité «généralisée» de Sandro est en quelque sorte tabou. A vrai dire, il l'est aussi pour nous dans la mesure où il met en question notre propre représentation de la masculinité, de la relation à la femme et de notre prolongation narcissique dans nos enfants.

A croire que toutes ces questions appellent le silence: silence de la famille, silence de l'équipe soignante.

Une des premières conditions de l'écoute *empathique* serait donc l'acceptation inconditionnelle de la maladie par l'équipe soignante. L'acceptation de la maladie — par rapport à soi — permet une attitude réaliste, encourageante certes, sans tomber dans le travers des interventions passe-partout ou des fausses espérances face aux parents.

En outre, l'écoute empathique permet de faire advenir les fantasmes et les vécus affectifs (dépressifs, agressifs ou libidinaux) soulevés par la maladie aussi bien chez les parents que chez l'enfant concerné.

Le contenu de l'information gagne à souligner le caractère chronique de l'affection, aussi bien que les limites et les possibilités réelles de l'enfant.

En règle générale, les indications d'une thérapie familiale *stricto sensu* sont relativement limitées aux situations suivantes:

- a) les familles qui expriment une demande;
- b) les familles isolées, faiblement soutenues par le contexte social;
- c) les familles en transition (séparation des parents, naissances récentes, adolescence, migration);
- d) les familles qui manifestent des résistances, conscientes ou inconscientes, à appliquer correctement la thérapie;
- e) les familles où existent des problèmes psychopathologiques dans la fratrie;
- f) les familles où l'enfant malade est gravement perturbé au point de vue psychopathologique.

En dehors de ces institutions, l'intervention « psy » devrait se limiter à l'action concertée avec l'équipe soignante et à des soutiens partiels pendant la période diagnostique et à des moments de transition.

Dr J.A. Serrano

Chef de clinique adjoint,

Service de psychopathologie (Prof. L. Cassiers),

Psychopathologie de l'Enfant (Prof. P.J. Fontaine),

Cliniques Universitaires St-Luc, UCL, Louvain-en-Woluwe,

Centre Neurologique William-Lennox (Prof. Ph. Evrard), Louvain-la-Neuve,

Belgique,

Av. Hippocrate 10/1960, B-1200 Bruxelles, Belgique

RÉSUMÉ

La maladie chronique d'un enfant, de par sa signification, modifie le fonctionnement du groupe familial. L'article analyse les caractéristiques de l'intervention enfant malade chronique — maladie — système familial en tant que processus dynamique. Un schéma d'intervention auprès des familles est décrit, tenant compte à la fois de la réalité de l'équipe soignante et de la réalité familiale.

SUMMARY

The chronic illness in one child, modifies the functioning way of the entire family group, depending on illness meaning. This article analyses the charac-

teristics of the chronic ill child — the illness — the family system interaction, as a dynamic process. A strategic intervention schema is proposed encompassing both the therapeutic team and the family structure.

Mots-cles
Enfant
Maladie chronique
Famille

Key words
Child
Chronic illness
Family structure

BIBLIOGRAPHIE

1. ANTHONY, E.J.; KOUPERNIK, C.: *L'enfant dans la famille*. Vol. 2. *L'enfant devant la maladie et la mort*. Paris, Masson et Cie, 1974.
2. BEDELL, J.R.; GIORLANI, B.; AMOUR, J.L.; TAVORMIA, J.; BOLL, T.: «Life stress and the psychological and medical adjustment of chronically ill children». *J. Psychosom. Res.* (1977), 21, 237-242.
3. BERGMAN, A.S.; LEWISTON, N.J.; WEST, A.M.: «Social work practice and chronic pediatric illness». *Soc. Work Health Care* (1979), 43, 3, 265-274.
4. BOLL, T.J.; DIMINO, E.; MATTONSON, A.E.: «Parenting attitudes: the role of personality styles and childhood long term illness». *J. Psychosom. Res.* (1978), 22, 209-213.
5. BRUHN, J.: «Effects of chronic illness on the family». *J. Fam. Pract.* (1977), 4, 1057-1060.
6. BURTON, Lindy: *The family life of sick children*. London, Routledge and Kegan Paul, 1975.
7. CHODOFF, P.; STANFORD, B.; FRIEDMAN, B.; HAMBURG, D.A.: «Stress, defenses and coping behavior: observations on parents of children with malignant diseases». *Amer. J. Psychiat.* (1964), 120, 743-749.
8. EISSLER, R.S.; FREUD, A.; KRIS, M.; SOLNIT, A.J. (Eds): *Physical illness and handicap in childhood*. New Haven, Yale University Press, 1977.
9. GATH, A.; SMITH, M.A.; BAUM, J.D.: «Emotional behavioural and educational disorders in diabetic children». *Arch. Dis. Child.* (1980), 55, 371-375.
10. GEIST, R.A.: «Onset of chronic illness in children and adolescents». *Amer. J. Orthopsychiat.* (1979), 49, 1, 4-23.
11. GREEN, M.; HAGGERTY, R.J.: «Epidemiology of chronic diseases». *Ambulatory Pediatrics*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1968.
12. LANSKY, S.; GENDEL, M.: «Symbiotic regressive behavior patterns in childhood malignancy». *Clin. Pediat.* (1978), 17, 2, 133-138.
13. MACGRAB, P.R. (Ed): *Psychological management of pediatric problems: Vol I. Early life conditions and chronic diseases*. Baltimore, University Park Press, 1978.
14. MANNONI, MAUD: *L'enfant, sa «maladie» et les autres*. Paris, Ed. du Seuil, 1967.
15. MATTONSON, A.: «Long term physical illness in childhood». *Pediatrics* (1972), 50, 801.

16. Mc COLLUM, A.T.: *The chronically ill child*. New Haven, Yale University Press, 1981.
17. Mc KEEVER, P.: «Sibling of chronically ill children». *Amer. J. Orthopsychiat.* (1983), 53, 2, 209-218.
18. MINUCHIN, S.; ROSMAN, B.L.; BAKER, L.: *Psychosomatic families*. Cambridge, Boston, Harvard University Press, 1978.
19. RAIMBAULT, G.; ZYGOURIS, R.: *Corps de souffrance corps de savoir*. Lausanne, Ed. l'Age d'Homme, 1976.
20. RAIMBAULT, G.: *L'enfant et la mort*. Toulouse, 1977.
21. SARGENT, John: «The sick child: family complications». *Dev. Behav. Ped.* (1983), 4, 1, 50-56.
22. SCHNEIDERMAN, G.; LOWDEN, J.A.; RAEGRANT, Q.: «Family reactions, physicians responses, and management issues in fatal lipid storage diseases». *Clin. Pediat.* (1976), 15, 10, 887-890.
23. SCHOWALTER, J.E.: «The chronically ill child» in NOSHPITZ, J.E. (Eds): *Basic Handbook of child psychiatry*. (Vol. I). New York, Basic books, 1979, pp. 432 ss.
24. SILVERMANN, M.: «Beyond the mainstream: the special needs of the chronic child patient». *Amer. J. Orthopsychiat.* (1979), 49, 1, 62-68.
25. STUBBLEFIELD, R.: «Psychiatric complications of chronic illness in children», in DOWNEY, J.A.; LOW, N.L. (Eds): *The child with disabling illness*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1974, pp. 509 ss.
26. TALBOT, N.B.; HOWELL, M.C.: «Social and behavioral causes and consequences of disease among children», in TALBOT, N.B.; KAGAN, J.; EISENBERG, L. (Eds): *Behavioral Science in Pediatric Medicine*. Philadelphie, W.B. Saunders, 1971.
27. TOMM, K.M.; Mc ARTHUR, R.G.; LEAHEY, M.D.: «Psychological management of children with diabetes mellitus». *Clin. Pediat.* (1977), 16, 12, 1151-1156.
28. TRAVIS, G.: *Chronic illness in childhood: its impact on child and family*. Stanford (Calif.) Stanford University Press, 1976.
29. VINEY, L.L.; WESTBROOK, M.T.: «Psychological reactions to chronic illness-related disability as a function of its severity and type». *J. Psychosom. Res.* (1981), 25, 6, 513-523.
30. WHITT, J.K.; DYKSTRA, W.; TAYLOR, C.A.: «Children's conceptions of illness and cognitive development». *Clin. Pediat.* (1979), 18, 6, 327-339.

NOTES DE LECTURE

Philippe Caille, «FAMILLES ET THÉRAPEUTES. Lecture systémique d'une interaction». Editions E.S.F., Paris, 1985.

P. Caille rassemble, complète et enrichit d'exemples cliniques des articles proposés ces dernières années à ses étudiants, ou publiés dans diverses revues. La lecture de l'ensemble constitue une nouvelle découverte.

Nous retiendrons, fidèle à la pensée de Bateson, l'originalité d'un modèle: 1) d'exploration, d'observation à deux niveaux:

- le niveau phénoménologique: observation analogique et digitale des règles du fonctionnement familial autour d'un symptôme, le symptôme étant compris comme le motif de la consultation familiale auprès du thérapeute de famille;
- le niveau mythique: observation et recherche de la spécificité du système traité.

2) Puis d'hypothèses sur la fonction du symptôme au niveau phénoménologique, justifiées par des hypothèses sur le niveau mythique, qui se présentent au fur et à mesure qu'elle sont confrontées aux rétroactions familiales, au cours de la phase d'évaluation... sur l'opportunité de poursuivre le traitement.

3) ... Pour en arriver à la construction du contre-paradoxe ou double lien thérapeutique, qui contraste sur un même niveau ces deux niveaux phénoménologique et mythique.

«Il (le niveau phénoménologique) consiste en la chaîne circulaire d'interactions qui entraîne l'apparition du symptôme ou de l'accident à certains moments, sa disparition à d'autres. L'autre niveau (mythique) est celui de la représentation de la famille en tant que famille dans l'univers... Les deux niveaux sont dans leur essence des 'vérités' familiales qui ne peuvent être données par les participants, mais leur caractère de croyances partagées, de faits, apparaît clairement lorsqu'ils sont utilisés dans une prescription ou communication.»

Il clarifie le processus limité dans le temps que constitue une thérapie familiale systémique.

Il expose des exemples cliniques de son travail, en particulier de thérapie de couples, illustrant sa conception des multi-niveaux d'observation distincts, puis confondus dans le contre-paradoxe.

On trouvera également dans cet ouvrage des indications originales sur l'approche systémique en institution, des exemples cliniques autour de l'anorexie ou de la psychose, exemples de tâches et de leur fonction, exemples d'utilisation du puissant moyen d'expression que peut constituer l'analogue dans le processus thérapeutique.

Notons que P. Caille, le premier à notre connaissance parmi les thérapeutes familiaux européens, introduit la notion de processus autoréférentiel articulant les deux niveaux, rejoignant ainsi les derniers développements de la pensée systémique.

Au total, un ouvrage très dense à lire et relire, pour ceux qui veulent avoir des informations rigoureuses sur le modèle systémique conçu comme une ouverture vers un réel changement dans la relation thérapeute-famille, un processus créatif et ponctuel. Il conclut : « Une intervention systémique réussie redonne aussi bien au système familial qu'au système thérapeutique leur indépendance et leur créativité propre sans laisser de liens de dépendance ou d'infériorité. »

On peut considérer que P. Caille a prolongé et enrichi le modèle proposé par Selvini et ses collègues.

Michèle Neuburger

Théodore Caplow, « DEUX CONTRE UN ». E.S.F., Paris, 1984.

« A l'origine de ce livre, il y a une idée très simple, c'est que toute interaction sociale est par essence triangulaire et non linéaire. » Toute interaction sociale peut être ainsi schématisée par une triade composée de trois éléments liés entre eux par une relation durable; cette triangularité transparaît même dans des interactions en apparence linéaires où un tiers se révèle souvent implicite, fut-il le témoin. La pertinence d'un tel modèle, outre sa tonalité magique voire religieuse, se retrouve dans le schéma oedipien ou dans les triangles communicationnels à propos du double lien décrit par G. Bateson. Une des originalités de la pensée de Caplow réside dans l'extension de ce schéma simple, peut-être simpliste pour certains, à des systèmes de complexité croissante : ce système se retrouve aussi bien dans une entreprise, un conflit parlementaire, une révolution nationale, l'équilibre mondial des forces que dans une famille. On peut apparenter ces triades à de nouvelles grilles de lecture ce qui justifie l'interrogation de J.C. Benoit dans sa préface au sujet de cette clé possible de tous les rapports humains. La pluralité de ces interactions place l'individu dans des relations de pouvoir réciproque ce qui situe cet ouvrage à mi-distance de l'ethnologie et de la sociologie. T. Caplow ne nous propose pas un ^{ème} modèle plaqué et artificiel mais un nouvel éclairage que l'on peut apparenter à la dialectique hegelienne destiné à faciliter le décryptage de systèmes de complexité croissante.

Propriétés des triades : chaque triade est composée d'éléments désignés par A, B et C, A étant par convention le plus puissant; ce qui permet trois combinaisons, « la triade se trouve donc être le seul groupe social dans lequel le nombre de combinaisons possibles est égal au nombre d'éléments ». Autre propriété, c'est la mise en évidence du paradoxe du pouvoir de la faiblesse, « force qui se transforme en faiblesse et la faiblesse en force ». Caplow nous propose l'exemple de trois contrebandiers Ahab, Brutus et Charlie qui se partagent un butin; B et C sont de force égale mais chacun est dominé par A; si B et C se ligueraient, A serait inférieur. Trois coalitions sont possibles AB, AC et BC. On s'aperçoit rapidement que la coalition BC est la plus plausible car chacun domine ainsi A tout en restant à égalité au sein de la coalition ce qui ne serait pas le cas si l'un ou l'autre s'associait à l'élément A.

Les triades possèdent un effet catalyseur qui modifie le statut organisationnel; les triades hiérarchisées du type Médecin-Chef — assistant — interne sont fréquentes dans le monde du travail; l'élément du milieu supporte la tension entre discipline et liberté : « la présence du témoin assistant à l'interaction de deux personnes de statuts inégaux a tendance à augmenter la distance entre elles et son départ la réduit. » En l'absence d'ouvrier, le contremaître est beaucoup plus proche de la direction; au contraire, il a les mêmes revendications que l'ouvrier en l'absence de la direction. Ainsi « tout ensemble complexe, comprenant des éléments de statut différent peut se définir en termes de triades hiérarchisées et intriquées entre elles ».

Selon la distribution des forces, Caplow définit huit types de triades; dans les triades expérimentales, les forces sont représentées par un coefficient; pour les observations réelles, la répartition dépend de la force relative, ainsi dans les institutions la répartition des forces attendues est fonction du statut formel des trois protagonistes.

Mais cette distribution ne nous fournit qu'une description partielle de la triade; même une analyse sommaire doit tenir compte du contexte; l'auteur distingue :

- les situations établies où les trois éléments sont liés entre eux de façon permanente à l'intérieur d'un système plus vaste qui les oblige à interagir;
- les situations épisodiques où la coalition se défait dès que le but est acquis, cas des coalitions parlementaires qui a été beaucoup étudiée;
- les situations terminales, à l'échelle mondiale l'équilibre des grandes puissances.

Après une mise au point sur la recherche en psychosociologie dans l'étude des coalitions — en laboratoire par « le jeu de pachisi » — sur le terrain chez les primates — T. Caplow nous expose les trois chapitres fondamentaux de son ouvrage : les triades dans l'organisation, la triade familiale et les autres triades familiales.

Dans le système social durable que constitue une organisation, les éléments d'une même triade sont forcés d'entrer en interaction du fait du programme. Caplow aborde ici les manipulations, alliances et prises de pouvoir qui se multiplient dans les organisations hiérarchisées ce qui nous fait penser aux conflits institutionnels. Les programmes officiels sont souvent détournés par les programmes privés ce qui explique en partie les différences entre pouvoir hiérarchique et pouvoir réel. Bien sûr, la personnalité, l'histoire personnelle et collective des individus interviennent mais l'étude des manipulations triadiques interpersonnelles nous éclaire sur certaines alliances : coalitions conservatrices, révolutionnaires et illégitimes. L'auteur évoque ensuite les procédures d'admission, les coalitions révolutionnaires entretenues par les supérieurs affaiblis, la loi du succès de la coalition minimale et le phénomène du schisme hiérarchique.

La famille nucléaire comme la famille étendue ont une indénité collective distincte, des programmes officiels et privés, des membres en nombre limité et de nouvelles procédures d'admission précises. T. Caplow montre que la triade primaire oedipienne est mobilisée par la croissance de l'enfant, l'acquisition d'un pouvoir différent devient « une source d'instabilité pour la plupart des systèmes familiaux ». Il y a donc évolution du rapport des forces que les triades soient patripotestale, équipotestale ou matripotestale. La distinction entre coalitions semblables et dissemblables est fonction du sexe, de la génération, de la profession voire de la classe sociale en raison du principe de préférence pour les partenaires semblables. Différents modèles sociologiques permettent de comprendre l'hétérogénéité croissante des structures familiales telles les familles reconstituées et la famille monoparentale. Le thème général des trois générations réunies par le lien du couple parental — grands-parents-parents-enfants — est aussi un lieu d'échange et d'interaction où T. Caplow distingue deux catégories de relations : « les relations froides et les relations chaudes ». Dans certaines sociétés, les relations entre genre et belle-mère sont l'exemple type de la relation froide. Selon les liens de parenté, on retrouve ainsi différents types de conduites depuis la réserve marquée jusqu'à la licence et la grossièreté en passant par les relations de plaisanterie, le respect ou l'intimité. L'auteur nous rappelle les concepts d'oncle bienveillant et de neveu favori qu'on retrouve souvent dans notre société bien qu'ils ne jouent guère de rôle dans la mythologie ou la littérature occidentale.

Mais les acteurs des triades peuvent être également des collectifs ; c'est l'occasion pour T. Caplow de conclure sur « les jeux de grande envergure » et sur « la marche de l'histoire » : régimes parlementaires ou non, révolutions, guerre et paix.

Les thérapeutes qui travaillent avec les familles sont déjà familiarisés avec ces références triadiques ; J. Haley a décrit des « triades perverses », M. Bowen a basé son travail sur les triangles relationnels. Selvini-Palazzoli a récemment développé les études triadiques dans l'observation des institutions en crise. Il faut néanmoins saluer la réédition de ce travail précurseur riche et clair dont le

didactisme fait un ouvrage de référence pour tout praticien sensible à la communication qu'elle soit familiale ou institutionnelle.

P. Basard
Praticien Hospitalier C.H.S. Henri Ey

LE GROUPE FAMILIAL, n° 107, 1985. Revue trimestrielle de la fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs.

LE TISSAGE DES LIENS AUTOUR DE LA NAISSANCE.

J.-P. Almodovar: Introduction; E. Herbinet: La musique des Dieux: aperçu sur le monde sensoriel de l'enfant; Interview par M. de Wilde: 22 ans d'évolution, ou la maternité des Lilas; Témoignage: une naissance où les désirs sont respectés; S. Stoléru: Le développement des processus interactifs mère-nourisson; Témoignage: Et en cas d'urgence?; C. Cohen-Salmon: A la recherche d'une période sensible, ou comment faire une bonne mère en 12 heures; J.M. Hondermark: En cas de prématurité; B. Fonty et M. Bydlowski: Présence du père à la naissance; J. Clerget: Le poids des mots, le choc des sensations; B. Cyrulnik: Psychothérapie du jeune enfant, quelques entraves ou liberté?; D. Marcelli: Psychothérapie de la naissance; l'attachement, grandes étapes dans l'évolution des idées et des concepts; M. Rasse: D'une famille à l'autre; M. Duyme: Attachements précoces et amours tardives; F. de la Gorce: Avoir un enfant envers et contre tous; A. Holleaux: Question autour d'une fonction contestée: la maternité; N. Loure-Du-Pasquier: Le nouveau-né dialogue: compétences précoces, perspectives ouvertes et problèmes.

LE GROUPE FAMILIAL, n° 108, 1985. Revue trimestrielle de la Fédération nationale des écoles des parents et éducateurs.

SÉPARATIONS

M. David: La première enfance; M. Gruère-Arnaud: Enfance et séparation; M. Knoll: Le lien qui ne se fait pas; B. Pecherty: Approche clinique de la séparation en psychothérapie d'enfants; S. Lebovici: L'Adolescence; S. Tomkiewicz et M. Kourganoff-Duroussy: Les exclus sociaux: la famille est-elle coupable?; C. Cachard: Séparés pour la vie; J.-R. Bertolus: Les enfants du conflit; A.M. Coutrot: Divorce: les pièges du consentement mutuel; S. Counio: Le travail de deuil; R. Garaudy: Pédagogie de la mort.

PSYCHOTHÉRAPIES

J.-C. Lavié: Psychanalyse et prescription; D. Chartier: Entre l'interdit et la nécessité; R. Kaspi: Frédérique ou les avatars d'un psychanalyste; M. Reynaud: Le psychotrope, le sujet, la société; R. Debray: Psychosomatique, psychanalyse et médicaments; M. Marie-Cardine: Le psychanalyste dans l'institution de la chimiothérapie; B. Jolivet: La loi, l'enflure, le style; P. Letarte: De la cure-type au traitement des états-limites: un casse-tête; J. Miermont: Les paradoxes des prescriptions; E. Gilliéron: Les interventions brèves: quelles prescriptions?; J. Arveiller: Prescription médicamenteuse et psychothérapies d'enfants; G. Maruani: Niveaux d'apprentissage et de régulation, médicament, psychophérapie et communications.

DIALOGUE, n° 87, 1985

La rédactrice en chef de cette revue a assisté au colloque d'avril 84 organisé par le centre d'études bioéthique de l'Université catholique de Louvain sur le thème «responsabilité éthique face au développement biomédical». Ce centre, premier du genre en Europe, est situé dans la Faculté de médecine à Bruxelles (Woluwe).

Ce numéro est consacré à *Bioéthique et désir d'enfant*: G. de Parseval: Avant-propos introductif; M.-N. Mathis: ... et propos intempestifs; D.J. Roy: Les techniques actuelles de reproduction: questions éthiques actuelles; Ph. Granet: Ethique médicale et fécondation *in vitro*; F. Cahen: La double illusion (ou qu'est-ce qui fait courir les couples infertiles?); G. Delaisi de Parseval: Couples stériles, médecine féconde? A propos de l'IAD; G. Delaisi de Parseval: Le don du sperme: questions éthiques; P. Verspiere: La maternité de substitution. Réflexion éthique; M.A.M. de Wachter: Le diagnostic prénatal, la famille, la procréation; F.A. Isambert: Questions éthiques posées par le diagnostic prénatal; N. Fresco: Les moyens et la fin; A. Bouchart-Godart: Voir ou sentir; S.B. Novaes: La protection impossible; A. Fagot-Largeault: Révision scientifique et révision éthique des protocoles de recherche; M. Moulay: L'air du temps, l'enfant imaginaire: un deuil difficile dans la séparation du couple; M. Chabot: Où est papa? Où est maman? Où sont les enfants?

DIALOGUE, n° 88, 1985

Face à une famille ou à un couple, ce qu'éprouve le thérapeute est une aventure peut-être plus saisissante que dans toute autre situation clinique.

M.N. Mathis: Linaire; A. Eguier: De l'utilisation du contre-transfert en thérapie de couple et de famille; M. Colin: Le contre-transfert en thérapie de couple: une histoire d'amour à deux, ou à trois? J. Willi: La collusion entre thérapeutes et patients en thérapie de couple; E. Granjon: Le contre-transfert dans les thérapies familiales psychanalytiques avec de jeunes enfants; A.M. Blanchard: Transfert, contre-transfert et inter-transfert en thérapie familiale; A.M. Blanchard et G. Decherf: Transfert, contre-transfert et inter-transfert en thérapie familiale psychanalytique; S. Lebovici: Dialogue sur le bon usage du contre-transfert; J. Lemaire: L'utilisation des mythes familiaux en thérapie familiale et en thérapie de couple; D. Morel: Mythe et croyance; A. Ruffiot: De la pensée opératoire au mythe familial; O. Courtot: Rencontre du mythe du couple en thérapie avec le mythe du thérapeute; D. Anzieu: Dialogue sur les mythes familiaux; J.-C. Kaufmann: Démystifier le mythe; B. Olivier: Imaginaire collectif, imaginaire individuel.