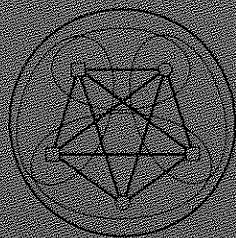


THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones



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

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

Rédaction: Prière d'adresser la correspondance à :

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

Secrétaire de rédaction: E. Terribilini

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

Paiements aux Editions Médecine et Hygiène:

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

Pour la France:

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

Prix de l'abonnement annuel:

Abonnements individuels :			
FRS 60. —	FF 250. —	FB 1540. —	\$CAN 50. —
Bibliothèques et abonnements collectifs :			
FRS 75. —	FF 315. —	FB 1925. —	\$CAN 62,50
Numéro séparé :			
FRS 20. —	FF 83. —	FB 515. —	\$CAN 16,70

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

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

LA CRÉATION DE L'ESPACE THÉRAPEUTIQUE LORS DE L'ANALYSE DE LA DEMANDE

E. TILMANS-OSTYN¹

Cet article est l'occasion de partager avec vous une réflexion à propos de tout ce qui se passe autour et à l'entour d'une « demande », qu'il s'agisse d'une demande de consultation, d'une demande d'hospitalisation ou encore d'une demande de formation.

Actuellement, tout ce qui touche de près ou de loin à la famille et aux entretiens systémiques est devenu très à la mode... probablement trop. Nous pouvons craindre que malgré notre bonne volonté et nos connaissances, nous ne réalisons pas suffisamment l'impact et les conséquences d'une telle prise en charge et que nous allions trop vite en besogne. Aussi, nous proposons dès le départ, d'être vigilants à l'impact d'une « prise en charge ». Cette réflexion s'élabore dès la première rencontre avec un individu ou une famille, quel que soit le contexte.

C'est le moment en effet où tout est encore possible, et où d'emblée, il s'agit de repérer les messages que l'intervenant reçoit, et notamment ceux qui nous signalent qu'il ne faut pas aller trop vite : avant d'avancer, tâchons de savoir sur quel terrain nous nous trouvons.

Ce sont les jeunes enfants, qui nous ont obligé, lors des entretiens familiaux, à tenir compte d'emblée de la demande plutôt que de la plainte. Les enfants en effet servent de baromètre de la séance, et bien souvent nous communiquent des informations précises quant à la dynamique familiale et le processus thérapeutique.

Ainsi, comme nous l'avons exprimé dans notre article sur les jeunes enfants (1981), leurs manifestations bruyantes peuvent être recadrées comme la nécessité de ne pas avancer trop vite dans le contenu de la thérapie, l'intérêt à d'emblée entendre tous les risques que court la famille à venir en consultation. Il s'agit de mieux contrôler l'accélération.

Cette notion de frein sert de fil conducteur et même de moteur tout au long du travail et sera présentée à travers cet article.

¹ Madame E. Tilmans-Ostyn, psychologue, chargée de clinique, formation et recherche en thérapie familiale à l'U.C.L. à Bruxelles, Centre de Guidance, Département Enfants.

Pour poursuivre, nous allons diviser le texte en trois parties selon le contexte dans lequel la demande est élaborée en approfondissant surtout la demande de consultation. Les demandes d'hospitalisation et de formation seront évoquées plus brièvement.

1. LA DEMANDE DE CONSULTATION

Avant toute écoute de la plainte, il y a des règles importantes à déduire des premières données que l'on récolte. Nous tâcherons, d'une part de voir comment métacommuniquer sur les messages implicites qui nous sont livrés dès la première séance, notamment en ce qui concerne le lieu de consultation, le symptôme annoncé et le ou les membres de la famille présent(s), et d'autre part, comment créer un espace intermédiaire pour la thérapie surtout quand la famille ne vient pas de sa propre initiative.

a) Le lieu

Qu'est-ce qu'une famille nous communique par le choix du lieu ou de la personne qu'elle vient consulter ? Nous percevons très vite l'énorme différence qu'il y a à aller consulter un psychologue, un conseiller conjugal, un avocat ou un médecin. Quand une famille ou un de ses membres s'adresse à un centre de guidance pédopsychiatrique, elle nous « dit » sans le déclarer, que l'on peut parler des problèmes des enfants, que l'on peut toucher à la relation parents-enfants, mais que ce n'est pas le moment de parler de ce qui concerne directement le couple.

Si la famille avait en effet vécu un lien quelconque entre le symptôme et une relation conjugale difficile, et qu'elle se sentait le droit et la force d'investiguer cette relation, elle aurait probablement consulté un centre plus spécialisé pour ce type de problème.

La spécificité du lieu de consultation définit très clairement les domaines que le consultant peut aborder et ceux qui sont plus tabous, même si le thérapeute voit à la première consultation un lien entre le symptôme et un risque de divorce au niveau du couple.

Il en est de même pour une maladie psychosomatique pour laquelle on s'adresse au généraliste, à l'interniste ou au gynécologue. Il s'agit bien là de regarder, de palper et de soigner le corps, sans toucher de trop près à la partie psychique et relationnelle. Le lieu même de la consultation nous donne donc une indication précieuse quant à la carte du langage (G. Ausloos, 1984), qu'utilise la famille et que nous pourrions utiliser avec elle.

Le médecin qui perçoit les deux facettes de la maladie devra dès lors pointer la partie psychique et relationnelle avec beaucoup de prudence, rejoignant les riches que pressent la famille par rapport à une exploration qui toucherait la partie psychique et relationnelle tout en les

déclarant. Le médecin peut à ce moment exprimer qu'il se porte garant de la partie organique et que pour la partie plus psychologique, il pense que les patients ont l'intuition qu'il y a des risques à s'y arrêter et à poser des questions à ce sujet.

Une dernière illustration est celle de la consultation juridique où le message implicite à saisir est un peu le suivant : « Passez à l'acte, aidez-nous à mettre suffisamment de garanties autour de ce qui peut se faire, mais pas au niveau de ce qui peut se vivre ou se sentir ».

Pour nous résumer, nous dirons que le choix du lieu détermine déjà, par le message implicite qu'il nous livre, le domaine que le consultant peut investiguer, et l'intuition d'un risque si l'on passe à un autre domaine d'exploration. Il nous incite à chercher le lien entre la fonction du symptôme pour l'ensemble du système familial, et le choix du lieu de consultation.

b) Le symptôme

Comment peut-on maintenant métacommuniquer sur le message que donne le *symptôme* au thérapeute, avant tout analyse de la plainte ?

Nous prendrons un exemple précis, celui des familles où il y a tentative de suicide et qui sont adressées à un service d'urgence hospitalier. L'hypothèse de départ souvent vérifiée, est que quelque part, dans ces familles il y a moins de risque à passer à l'acte qu'à parler. Il est certain qu'en service d'urgence, l'on essaie d'abord de retaper l'organisme et l'on préconise l'intervention « psy » car il y a « autre chose ». Le tabou de la famille est par là même levé, et le consultant « psy » doit en premier lieu freiner ses élans thérapeutiques. Il s'agit d'abord de respecter le message implicite contenu dans le symptôme, à savoir que la tentative de suicide, fait croire qu'il y aurait moins de danger pour les membres de la famille à se tuer qu'à exprimer ses émotions, qu'elles soient tendres ou agressives. Ainsi par exemple, il m'est arrivé de débiter la première consultation en disant : « Ecoutez, vous devez d'abord me rassurer sur le fait que les choses qui vont se dire ici ne seront pas trop dangereuses pour vous. Est-ce que je peux compter sur toi — la patiente identifiée — pour m'indiquer chaque fois que tu as l'impression que les mots qu'on dit, les questions que je pose, contiennent des risques pour ta famille. Comment vas-tu faire pour m'indiquer qu'il y a des risques ? Parce que ce n'est pas pour rien que tu es passée à l'acte au lieu de chercher une possibilité de parler ». Ce premier recadrage doit permettre, à travers l'étonnement qu'il provoque, qu'émerge du neuf, que surgisse une nouvelle crise avec plus de possibilités de déblocage.

L'exemple de la psychose est lui aussi très éclairant. L'on peut en effet se demander pourquoi dans cette famille, les choses ne peuvent se dire que dans le rôle du « fou » (bouffon du Roi). Shakespeare montre d'une façon très éloquente que, pendant une certaine période de l'his-

toire d'Angleterre, il n'y avait que le fou qui pouvait dire des choses importantes. Les autres ne pouvaient pas les dire. Lui seul avait un rôle où il pouvait parler. L'enfant ou l'adulte psychotique peut évoquer cela, signalant par son comportement le danger à dévoiler la réalité ou à cerner de façon plus précise la personnalité d'un individu.

Nous retrouvons le même phénomène en psychosomatique. Comme déjà mentionné, le patient exprime des choses à travers le corps comme s'il y avait des risques à les dire avec des mots. Et le « psy » est paradoxalement mis dans le rôle d'ouvre-boîte. On attend de lui qu'il ouvre la tête afin de savoir ce qu'il y a dedans, tout ce qu'il y a de caché, tout ce qui est derrière ce comportement non-dit et qui s'exprime à travers le corps. Ce qui est montré avec le corps, eczéma, encoprésie, etc., c'est polyvalent. Les parents se posent beaucoup de questions : « Qu'est-ce que cela veut dire, qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce que nous avons fait pour en arriver à cela ? » Quelque part, c'est comme si, au cas où l'enfant pouvait s'exprimer plus clairement, il y aurait une menace pour chacun, menace de différenciation, menace de culpabilisation, menace de dire des choses, de sortir d'un rôle, d'enlever une ancienne malédiction qui pèse sur cette famille.

Le lieu et le symptôme donnent déjà des messages stratégiques au thérapeute. Nous pouvons encore mieux les comprendre si nous comprenons la *fonction des freins*. Une voiture sans freins, il n'y a rien de plus dangereux. Il y a le frein à main, la pédale de frein... Il est vrai que l'on peut freiner sur le moteur, mais nous ne serions pas en sécurité si c'était là notre seul moyen de ralentir. Dans les familles également on peut voir, au moment où on y prête attention, qu'il y a des freins, des réticences bien justifiées. Notre première découverte des freins s'est faite à travers le comportement des jeunes enfants. Le jeune enfant fait du bruit, demande d'aller faire pipi, distrait ses parents, vient se coller à sa mère, les enfants commencent à se disputer entre eux, chaque fois que l'intervenant ponctue quelque chose qui est vécu comme menaçant. Ainsi, lorsqu'un sentiment dépressif est éveillé chez un des parents, l'enfant va se mettre sur ses genoux. Ces freins sont extrêmement importants et fonctionnent comme une signalisation qui se met au rouge.

Nous pouvons alors connoter positivement ce comportement qui permet de garantir une certaine sécurité de travail, en repérant quel est l'enjeu pour cette famille et quels sont les risques d'une exploration « psy ».

A nous de rechercher par la suite ce que cela signifie concrètement dans chaque famille.

c) Membre(s) présent(s) ou absent(s)

Une fois de plus, nous aurons le souci de mieux comprendre le message donné par la présence ou l'absence des membres de la famille

et ce, dès le premier entretien. Il y a des demandes de consultation où l'individu vient seul, où les parents viennent seuls, sans l'enfant, etc. D'habitude, même si je suis connue comme thérapeute familiale, lorsque je reçois un coup de téléphone, je dis que moi-même, je trouve que j'ai plus de possibilités si tous les membres sont présents, mais que ce sont eux qui connaissent leur famille, ce sont eux qui doivent décider qui viendra. J'ajoute que j'essaierai de comprendre ce que cela signifie s'ils viennent à un, deux ou toute la famille. S'il s'agit d'un enfant de plus de deux ans, je spécifie aussi qu'il me sera difficile de le traiter comme un bébé, ce qui devient une réalité s'il faut parler de lui en son absence.

Par exemple, le thérapeute peut indiquer la personne qui vient seule comme se présentant comme l'Hercule, celle qui porte le globe terrestre, toute sa famille, celle qui se sent forte assez pour s'exposer personnellement, pour déclarer un échec, une souffrance, pour supporter une mise en question assez poussée d'habitude ; et signifier en même temps que l'on ne doit surtout pas toucher aux autres, parler de ses parents, de ses frères et soeurs, des enfants, mais pas en leur présence.

Le même individu seul peut aussi venir chercher le droit à un jardin secret, à un terrain privé, comme si en parlant tous ensemble, cela signifierait une fois de plus un risque d'intrusion, de n'avoir pas le droit à son « privé »... comme on le voit dans beaucoup de familles « psy » dont nous sortons.

Ici aussi il est fort important, avant toute analyse de la plainte, de réfléchir à la signification du fait qu'il n'y ait qu'une personne qui soit venue, ou que toute la famille soit là. Ceci permet du reste un recadrage positif du personnage fort qui peut-être cherche à se débattre pour se donner un jardin secret et qui n'est pas seulement quelqu'un qui souffre, ainsi que du risque de punition si le thérapeute aide à réaliser la possibilité de ce jardin secret. Car s'il a fallu un symptôme pour justifier une démarche de consultation, n'est-ce pas lui aussi l'indicateur que la création d'un jardin secret est interdit par les autres ?

Une autre situation peut être celle des parents, ayant un adolescent ou un jeune adulte, qui préfèrent venir seuls, pour tester le terrain, pour voir si la personne à qui ils s'adressent mérite leur confiance, s'ils pourront lui confier leur enfant sans risque.

Là aussi, le consultant peut se poser la question : jusqu'où va aller cette protection ? C'est comme si leur adolescent se comportait comme un enfant de deux ans. Il est vrai que quand on a un bébé de deux ans, ce sont surtout les parents qui parlent, qui doivent protéger. Mais jusqu'où cela doit-il aller ? D'autre part, le côté positif est qu'ils sont vigilants à ne pas laisser leur enfant vivre des expériences néfastes.

J'insiste donc sur l'importance de s'arrêter à ces premiers messages et d'essayer de formuler des hypothèses qui relient cela à la fonction du symptôme et de l'utiliser comme un début de travail.

Cette vigilance, qui va encore se préciser, comme nous allons le voir, et cet essai de saisir les choses d'une façon un peu nouvelle pour la famille ou pour la personne qui consulte, ne peuvent que renforcer les liens entre elle et le consultant. Respecter le domaine qu'ils ont choisi comme domaine qui peut être exploré, c'est respecter les limites des gens, mais aussi le domaine dans lequel ils se sentent forts. Les autres domaines pourront être mobilisés de façon analogique mais pas en direct.

2. LE DEUXIÈME VOLET DE L'EXPLORATION, LORS DE LA PREMIÈRE CONSULTATION, CONSISTE EN L'ANALYSE DE LA DEMANDE ET LA PLACE TANT DU RÉFÉRENT QUE DE LA FAMILLE ELARGIE DANS LE PROCESSUS QUI S'ENCLENCHE

a) Le référent

Comment les personnes se sont-elles adressées à nous ? Sont-elles envoyées par quelqu'un, se sont-ils renseignés auprès de connaissances ? etc. Le fait d'être envoyé et de ne pas venir de propre initiative doit toujours être pris en considération. Car si le consultant passe immédiatement à l'analyse de la plainte, il se pose comme la marionnette qui exécute l'ordre du référent. C'est-à-dire qu'il accepte qu'il y ait une main au-dessus de lui, soit du médecin ou d'un assistant social, d'un juge, etc... et s'il passe immédiatement à l'analyse de la plainte, il exécute l'ordre d'une main que spontanément il effacerait plutôt. Le consultant ferait comme s'il était très fort, très indépendant et libre. Mais il efface ainsi l'impact du référent sur la famille et sur lui.

Nous élaborerons la manière dont le thérapeute doit d'abord se créer un *espace libre* par rapport au référent, s'il veut avoir un impact thérapeutique et permettre à la famille de se mouvoir plus librement. Si le thérapeute accepte de façon linéaire la demande du référent, et passe tout de suite à l'analyse de la plainte, il se pose comme exécutant de ce dernier. Bien souvent, il s'attire par ce fait même toute la colère, la déception éventuelle ou l'agressivité qui, en fait, est dirigée contre le référent (« il ne me trouve pas assez intéressant », « il me trouve trop pathologique et m'envoie donc ailleurs », « il considère que c'est ma famille qui est la cause des problèmes », etc...). Le thérapeute (Th) se pose linéairement entre le référent (R) et la famille (F) :

R. -----> Th. -----> F.

Dès le premier entretien il est nécessaire de *triangler*, c'est-à-dire de ne pas se mettre comme exécutant du référent, mais de se créer cet espace

pour soi d'abord, et pour la famille ensuite en essayant de comprendre ce que l'envoi a signifié pour la famille, ou pour un de ses membres.

Quel message est passé quand, à un moment donné, l'école, l'assistant social ou le médecin généraliste a cru qu'il devait envoyer pour une consultation familiale ?

L'idéal est d'inviter le référent à la séance, ceci afin, d'une part de permettre un échange entre la famille et le référent sur la signification de l'envoi et d'autre part de créer une alliance tant avec la famille qu'avec le référent.



Si le référent n'est pas présent, le consultant peut prendre une chaise vide pour signifier sa place. Ceci permet d'éviter le piège de croire que l'on commence à zéro avec les gens. C'est faux : toute démarche s'inscrit toujours dans une histoire. La chaise vide permet de rappeler l'importance du référent dans l'histoire de cette famille, et ce qu'il représente pour elle. Cela peut éclairer très positivement la situation. La question qui surgit alors est : « Pourquoi est-ce qu'à un certain moment, le référent a cru bon d'envoyer la famille à une consultation ? »

Il a certainement voulu bien faire pour la famille, mais peut-être ceci a-t-il été entendu autrement par la famille, ou par un membre de la famille. Le fait de permettre cet échange-là va créer une alliance très forte entre le thérapeute et la famille, parce qu'il commence par se différencier du référent et qu'il n'exécute pas spécialement l'ordre du référent. De façon analogique, il permet aussi à la famille de se différencier et de faire autre chose que d'exécuter ce que commandent les grands-parents ou d'autres personnes importantes pour elle. Cette *différenciation* entre le thérapeute et le référent va déjà introduire la fin de la thérapie : si le thérapeute peut se montrer différent sans être la marionnette du référent il permet à la famille de se préparer progressivement à cela.

Cette triangulation n'est pas toujours facile, surtout quand on se trouve dans un *rapport obligé* par rapport au référent, quand c'est un juge qui ordonne de voir des gens en consultation, ou quand c'est le chef de service qui envoie à l'assistant qui, croyant devoir remplir son rôle, se voit obligé de commencer immédiatement l'analyse de la plainte et pense ne pas avoir le droit de prendre cet espace vis-à-vis de son patron.

De la même manière, l'assistante sociale travaillant en institution, tant qu'elle ne peut se créer un espace pour parler *de* ce qui se passe au lieu de parler *pour* l'institution, peut faire des choses thérapeutiques, mais ne fait pas de la psychothérapie.

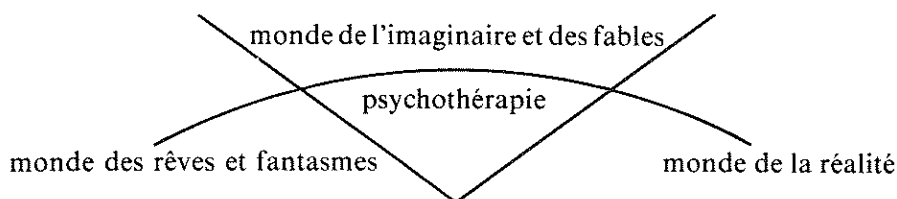
Nous ne pouvons souligner assez l'importance de pouvoir se situer par rapport au référent dès le début, et de réfléchir sur ce que cela a

signifié pour la famille d'être envoyée. C'est là que le consultant entre dans la famille en se créant un espace intermédiaire et en donnant par là-même la possibilité à la famille de se situer.

Cette notion d'*espace intermédiaire* est vraiment fondamentale pour que cela puisse aboutir à une démarche psychothérapeutique.

Permettons-nous une courte digression : la psychothérapie consiste en quelque sorte à mettre des liens entre les deux pôles de notre existence : le monde de la réalité et le monde des fantasmes. Au niveau de la réalité, nous avons la vie concrète où interviennent le médecin somaticien, l'assistant social... ; au niveau des fantasmes et des rêves, racines de nos angoisses (Groen, 1980 ; Winnicott, 1971).

La psychothérapie quant à elle, comme le monde des fables et de l'imaginaire, se doit, grâce à l'espace intermédiaire qu'elle se crée et aux liens qu'elle peut élaborer entre les deux pôles, de défaire le noeud dans lequel les membres de la famille se trouvent.



Revenons à notre sujet premier avec des exemples.

Tel un centre PMS (Centre psycho-médico social) rattaché à l'enseignement spécial qui m'adresse une famille. Je demande à la psychologue d'être présente au premier entretien et à ce moment-là, je lui pose la question suivante : « vous qui voyez beaucoup de familles confrontées à des difficultés, confrontées à un handicap qui demande plus d'efforts qu'à d'autres familles, pourquoi avez-vous choisi d'envoyer cette famille-là et pas toutes les autres familles que vous voyez ? »

La psychologue a pu répondre qu'elle avait trouvé que ces parents faisaient tellement d'efforts pour leur enfant qu'elle trouvait qu'eux pouvaient profiter d'un surplus, tandis que pour d'autres, c'était l'école qui devait tout faire.

Ainsi, cette première consultation peut comprendre des messages très positifs. Il ne s'agit pas nécessairement de messages négatifs.

Une autre question qui se pose est la suivante : si le référent n'avait pas proposé la consultation, la famille serait-elle venue d'elle-même ? Cette question est importante car elle redonne un espace d'*initiative*, un espace à la liberté personnelle. Parfois, par exemple, quand c'est le centre P.M.S. de l'école ou l'enseignant ou encore la direction de l'école qui envoie, je mets éventuellement la chaise vide s'ils ne sont pas présents, et

je pose la question : « peut-être trouvez-vous que c'est l'institutrice que nous devons prendre en thérapie, ou l'assistante sociale qui se sent tout-à-coup perdue et désespérée à l'idée qu'elle ne pourra jamais obtenir de résultats avec vous. Peut-être n'y a-t-il pas de problèmes pour vous ? »

Je ne fais pas ceci pour critiquer le référent, mais je veux créer cet espace de liberté où il y a un début d'initiative qui peut se prendre et un début de méta-communication sur la signification de l'envoi.

Je cherche aussi une *collaboration avec le référent* mais je ne veux pas me placer comme son exécutant. Le stade suivant sera de voir comment le référent peut rester dans le système et dans sa fonction. Si le référent est, par exemple, le pédiatre, le gynécologue ou quelqu'autre médecin, il est essentiel qu'il reste dans le système. Si le consultant ne définit pas bien avec lui qu'il reste l'expert dans le domaine médical (et il m'est peut-être plus facile de poser cela clairement en tant que psychologue plutôt qu'en tant que psychiatre) il ne donne aucune garantie à la famille que la partie organique qu'elle a choisie comme lieu pour s'exprimer et pour demander de l'aide, sera respectée. Alors, le consultant agit comme si le référent ne comptait plus, mais aussi comme si le domaine organique ne comptait plus. Maintenir ce référent, c'est maintenir la dualité entre « organique psychique-relationnel » et essayer que la famille puisse faire une synthèse entre les deux. Rappelons « l'image de Hegel : thèse-antithèse-synthèse ». Il y a le domaine organique qui est le domaine de leur choix, et le domaine psychique et plus relationnel qui semble contenir des risques pour eux. C'est justement en faisant tout le temps se situer la famille par rapport à ces deux pôles, qu'elle pourra trouver une nouvelle synthèse. Parfois aussi, j'en arrive à penser qu'il faut peut-être encore plus de symptômes somatiques après la première consultation. Un des meilleurs moyens pour déculpabiliser les parents et la fratrie, ne réside-t-il pas en augmentant les crises organiques après la première consultation pour bien montrer que les problèmes sont des problèmes de corps et de rien d'autre ?

A ce moment-là, il n'y a plus de coupable, c'est son corps qui fonctionne mal, et ce sont les médecins et l'évolution de la science médicale qui doivent trouver le bon remède, et personne ne doit se mettre en cause. Cela s'appelle « maintenir le domaine organique » parce que si on l'efface, on efface une partie de la réalité d l'être humain.

Il faut que le médecin reste le garant de la partie organique et que le consultant puisse maintenir la dialectique entre les deux pôles, afin que la famille puisse trouver un nouveau mode de fonctionnement et d'expression. Même dans les rapports obligés, il faut pouvoir créer ce triangle : la famille, tout comme le thérapeute, est dans un rapport obligé par rapport au référent, le juge par exemple : Que faire ? Jouer aux cartes, s'octroyer le droit de travailler à autre chose ? Comment la famille va-t-elle trouver éventuellement le moyen de prouver au juge

qu'il ne fallait pas d'entretiens familiaux ? Le thérapeute va donc tout le temps essayer de ne pas se mettre en alliance contre le juge, mais de parler *de* ce que ce message a signifié pour la famille, la bonne intention que le juge a eue en les envoyant pour des entretiens familiaux, mais en même temps ce que cela va signifier pour eux.

b) La famille élargie

Comme nous venons de le signaler, les images qui naissent parmi les membres de la famille élargie et dans l'entourage proche, au moment d'une consultation « psy » peuvent entraîner des réactions dont il faut tenir compte. Ainsi, quel sens va bien prendre aux yeux des autres, le fait qu'une famille vienne en consultation et que l'intervenant l'accepte en thérapie. Même avant cela, *qu'est-ce que la démarche va confirmer dans le regard des grands-parents*, des oncles et des tantes, des amis, du circuit aidant, concernant cette famille. C'est pour moi, une des préoccupations majeures au cours du premier entretien. Qu'est-ce que cela va *confirmer comme jugement*, le plus souvent négatif, sur la famille ou sur l'un de ses membres. Il y a des tas d'exemples : la grand-mère qui pourrait penser ou dire, de façon plus ou moins explicite à sa fille : « J'avais toujours cru que tu ne pouvais être une bonne mère. La preuve : on t'accepte à la consultation, on te conseille de t'engager dans le domaine « psy », d'aller en thérapie ».

Cette exploration plus large permet aussi de débloquer beaucoup de choses. Prenons un exemple : je reçois pour la première fois un couple et j'essaie de saisir quel sera l'enjeu de la consultation au niveau de la famille élargie. La réponse est : « Rien ! au contraire, ils trouvent ça une très bonne idée. Ils ont des conceptions modernes, donc ils trouvent ça bien ».

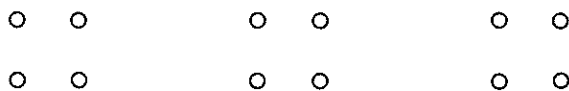
En continuant à soutenir ce questionnement, j'apprends finalement que le mari a été hospitalisé en clinique psychiatrique et que pour sa belle-mère, la consultation chez un « psy » était la seule garantie pour permettre à sa fille de se marier avec cet homme. De cela, spontanément, on ne me parlait pas. Si l'intervenant n'analyse pas le mobile qui pousse à consulter, en triangulant par rapport au référent — que ce dernier fasse partie ou non de la famille — il peut s'attendre à recevoir toute la colère suscitée par la contrainte de la consultation. On l'interpréterait du reste comme de la résistance ! A mon sens, il ne s'agit pas de résistance. C'est l'enjeu du début qu'il faut suffisamment investir pour saisir ce que signifiera le fait de venir en consultation et le fait que nous « les spécialistes du domaine « psy », les acceptions en consultation et que nous leur donnerons même un second rendez-vous.

Un autre couple vient me consulter. C'est surtout la femme qui a une demande, le mari pas. Il est essentiel d'en voir la signification.

En ce qui concerne les parents des époux, les uns sont décédés, les autres habitent à 800 kilomètres. Mais qu'est-ce qu'ils pourraient penser s'ils apprenaient que le couple venait en consultation ? Cette exploration n'apporta, au départ, pas beaucoup d'éléments. J'appris par la suite, que le mari avait des amis qui étaient aussi passés par une crise conjugale importante et que ces amis avaient pu s'en sortir sans consultation. Alors, pour lui, être de la même valeur que ses amis signifiait « ne pas accepter la consultation ». Ce n'est pas qu'il était contre moi, contre l'exploration « psy », mais il appréhendait ce que ça allait signifier entre eux et aux yeux des amis.

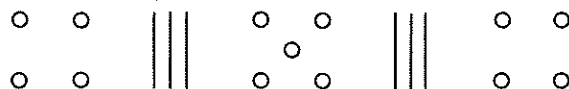
Cette exploration amène encore d'autres avantages. Elle va permettre au thérapeute de voir à qui il est *substitué*. Souvent, il ressent, en tant que thérapeute, la demande implicite de prendre la place d'un grand-parent ou d'une telle autre personne importante. Cette exploration peut permettre de saisir dans quel rôle l'intervenant va être piégé, sans le savoir, sans que ce soit son but.

Une famille d'immigrés vient consulter avec un enfant psychotique énurétique de jour et de nuit, qui est hospitalisé et qui est envoyé par le système thérapeutique de l'hôpital. Je fais l'analyse concernant le référent et ensuite, j'essaie d'explorer ce que la démarche va signifier aux yeux de la famille élargie. On apprend qu'elle va permettre plus de contacts téléphoniques avec la famille qui habite loin d'ici, et d'autre part, que le père et la mère ont trois frères et soeurs et que ceux-ci habitent très près, mais qu'il n'y a aucun contact avec eux. Je leur dis qu'en venant chez moi, ça les aide peut-être à maintenir la distance avec les frères et soeurs. A ce moment précis, l'enfant psychotique de 9 ans, qui était encore en enseignement maternel, m'a fait le dessin suivant :



Avec les données que j'avais, j'ai dit : « toi, tu es là, bien au centre, et là sont les frères et soeurs de ton père, ici les frères et soeurs de ta mère (les parents venaient de construire trois maisons, ce qui les rendait supérieurs aux autres, au niveau économique). Il y a trois murs, trois maisons entre vous, et c'est toi qui doit pisser dessus, nuit et jour, afin de les abolir ».

Nous arrivons au dessin :



C'est cette exploration là, au niveau de la famille élargie, et la question de savoir à qui j'allais être substituée qui a permis de mettre un lien avec le symptôme. La famille a été fort saisie, la mère s'est fâchée

contre moi, et je lui ai répondu : « Madame, demandez-le à votre fils, c'est lui qui me l'a fait comprendre ! » J'ai appris plus tard, qu'au retour, dans la voiture, la fille aînée a continuellement insisté pour reprendre contact avec ses oncles et tantes. Ce dessin reviendra plusieurs fois pendant toute la période de la thérapie, chaque fois introduit par l'enfant.

A plusieurs reprises l'enfant indiquera les moments auxquels il se sentit compris. Il faut donc toujours essayer de mettre un lien avec le symptôme. Il ne s'agit pas d'une question en l'air, d'une simple recherche de diagnostic.

Pour faire ce genre d'analyse, la *carte structurale* est très utile : on essaie d'y indiquer où se trouvent les sous-groupes, qui est proche de qui et quel est le type de relation (conflictuel : $A > < B$. ou très proche : $A \equiv B$). Le consultant essaie de mettre les membres de la famille et soi-même comme thérapeute sur la carte. Ceci permet d'explorer à qui le consultant va être substitué temporellement et de comprendre mieux l'enjeu des consultations (Minuchin, 1979).

Vous allez remarquer, à l'exploration de la famille élargie que c'est par exemple, à partir du décès de la grand-mère maternelle que la mère cherche plus d'aide chez d'autres personnes, dont le thérapeute. Peut-être ne pourra-t-on même pas sortir dès le début de cette relation proche de la mère, parce que le thérapeute est forcé à se substituer à la grand-mère maternelle. La carte structurale éclaircit la position des sous-groupes entre eux et permet de garder une distance vigilante qui permettra de métacommuniquer sur la relation.

L'autre aspect est celui des *jugements que le consultant signe*, auxquels le thérapeute souscrit s'il accepte la famille en thérapie. « Est-ce une preuve d'échec, comme quoi il ne pourra quand même rien sortir de bon de ce couple ? En cas de divorce, par exemple, si la nouvelle famille vient consulter, comment cela sera-t-il compris par l'ex-conjoint ? Comme preuve d'échec ? Comme un signe que le nouveau couple formé n'est pas bon ? Comment le fait qu'ils consultent pourra-t-il être utilisé contre eux ? A ce moment-là, l'on peut voir que, au plus le thérapeute se montre, et est d'ailleurs, inquiet de faire plus de tort à la famille, en l'écoutant, que de bien, au plus la famille doit commencer à l'assurer qu'il ne leur fait pas de tort, qu'ils ne sont pas si mauvais que ça, que, s'ils ont la force de venir consulter, c'est qu'ils veulent faire quelque chose de bien. En faisant l'exploration de la famille élargie, le consultant peut remarquer que la famille, au lieu de se montrer de plus en plus faible (car il faut se montrer démuni pour séduire les aidants), (*learned helplessness*, cfr. Seligman, 1975) va commencer à se trouver en confusion, puis à remonter, à rassurer le thérapeute qu'il n'y a pas tellement de risque à une exploration plus « psy », plus relationnelle.

La famille s'en ira en position plus forte qu'à l'entrée en consultation. Si le consultant passe trop vite à l'analyse de la plainte, les gens

dégringolent de plus en plus, ils se créent de plus en plus de problèmes. Nous faisons alors comme s'il se passait des choses très graves. Mais si le thérapeute se montre vigilant à ce que cela va signifier, dans le regard des autres, ce seront eux qui commenceront à le rassurer.

Ils commenceront à trouver de nouvelles solutions. A ce moment-là, le consultant apprend d'autres choses, par exemple, une des peurs des parents. Une famille où il y a eu divorce, peut craindre qu'un des enfants aille tout raconter à son père de naissance ou à la grand-mère paternelle. Là, on peut poser la question suivante : celle qui tient le patient identifié sous son pouvoir, n'est-elle pas la grand-mère paternelle à qui l'enfant fait le plaisir de mettre les parents en échec ?

Ceci permet d'élargir le contexte, de sortir de la famille nodale et de la réinscrire dans son histoire.

Le thérapeute se montrera donc préoccupé de donner un second entretien, mais cela ne signifie pas qu'il va décourager systématiquement leur démarche. Il faut en tout cas proposer un second entretien, afin de savoir comment, entretemps, ils ont trouvé les moyens pour plus rassurer le thérapeute sur le fait qu'en leur donnant une seconde consultation, il ne leur aura donné une fois de plus une insulte d'incapacité plutôt que de les aider. Ce n'est qu'à la seconde consultation que le début de l'analyse de la plainte peut se faire. Tout ce qui concerne les tests psychologiques et autres approches de diagnostics spécifiques viennent aussi beaucoup plus tard.

Nous allons envisager maintenant un autre point concernant cette exploration de la famille élargie. Nous constatons souvent, et surtout dans les familles psychosomatiques, que les membres de la famille présents dans la pièce, expriment plus facilement leur *angoisse* et leurs *critiques* sur les « psy » et le travail que font les « psy », dans la bouche de la famille élargie. Les membres présents ne peuvent dévoiler tout cela en direct, entre autre parce qu'ils sont en relation de dépendance vis-à-vis du thérapeute. Alors, il leur est plus facile d'exprimer leurs angoisses, leurs critiques et leurs présupposés dans la bouche de la famille élargie en disant par exemple : « Si la grand-mère l'apprenait, elle pourrait dire... elle me prendrait pour une folle... etc. ».

Il est beaucoup plus facile *d'exprimer des résistances* dans la bouche de la famille élargie qu'au nom des personnes présentes dans la pièce. En posant ces questions sur les déductions que ferait la famille élargie, il ne faut pas se laisser décourager par des réponses du type : « Il n'y a aucun problème, ils sont d'accord, ou : ils sont très loin ou morts ». D'habitude, ce n'est pas à la première question que l'on obtient une réponse révélatrice.

C'est quand la famille sent vraiment le thérapeute vigilant à ne pas lui faire de tort et l'acceptant telle qu'elle est, qu'elle se confiera petit à petit. Si le consultant n'investit pas cette exploration dès la première

consultation, cela se retournera contre le thérapeute ultérieurement. On peut croire qu'il s'agit de résistances, mais à notre sens, il s'agit plutôt de la survie du système.

Essayons brièvement d'appliquer ces mêmes idées dans le domaine d'une demande d'hospitalisation ou de formation.

3. LA DEMANDE D'HOSPITALISATION

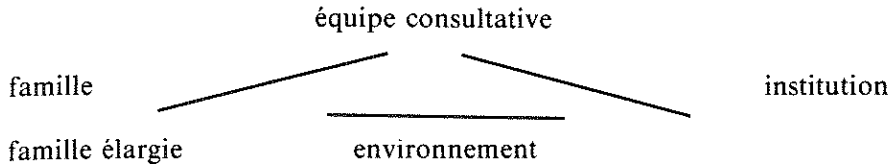
La même analyse s'applique au niveau de la demande d'hospitalisation. Lorsqu'il y a demande d'hospitalisation, il faut considérer le système famille et son patient identifié, l'institution et le réseau.



Le patient identifié fait partie de la famille et du réseau. Il n'appartient pas encore au système institution. Il n'y appartiendra peut-être jamais.

La demande d'hospitalisation et le risque de cette demande, c'est de faire croire à la famille qu'elle est le lieu pathogène et que l'institution est le lieu qui va guérir le malade : le personnel de l'institution va tout pouvoir résoudre, alors que la famille ne peut plus rien faire. Si le patient est accepté sur cette base, une fois hospitalisé, il doit mieux fonctionner dans l'institution, sinon le personnel soignant ne l'investirait pas. Mais il ne peut aller trop bien non plus sinon il va confirmer que sa famille est pathogène. Là, il sera coincé dans un problème de loyauté énorme (Boszormeny-Nagy, 1973). Dès lors, il est fondamental de se poser la question suivante : « Qu'est-ce que le fait d'envoyer quelqu'un en institution signifie pour la famille ? » S'ajoute à cela que la famille demande implicitement : « Changez-le sans nous changer ». Or, si le patient change trop, il pourrait obliger sa famille à changer aussi, et cela ne serait pas accepté.

Là aussi il y a nécessité d'éclaircir le pourquoi de la demande d'hospitalisation. Qu'est-ce que cela implique comme message non-dit ? Comment comprendre l'envoi en hospitalisation ? Ne faudrait-il pas prendre le médecin généraliste en thérapie parce qu'il se désespère, lui ? Ou faudrait-il superviser l'assistante sociale du C.P.A.S., parce qu'elle trouve que cela prend trop de temps ? Et puis, peut-être que la famille peut très bien vivre avec le patient identifié ! (Scott, 1981). Il faut donc à nouveau créer un espace où la famille peut arriver éventuellement à formuler une demande plus personnelle. Et cela ne pourra se faire que si le thérapeute a triangulé la situation. Le lieu privilégié pour cette triangulation est l'accueil à l'hôpital, au moment de la négociation de l'hospitalisation.



L'équipe consultative, si elle veut avoir un effet psychothérapeutique, doit elle aussi avoir cet espace de liberté, sinon elle ne pourra pas non plus le donner à la famille. C'est-à-dire que la personne qui ferait trop partie de l'institution, et qui a pour mission de « remplir les lits », ne peut parler que *pour* cette institution. Cette personne-là est à nouveau la marionnette de l'institution et du référent, et de tout ce que cela implique.

L'équipe consultative doit donc se créer une place où elle n'est pas obligée d'intervenir pour l'institution. Sinon elle se pose en « alliance contre », elle ne crée alors rien de neuf. Donc : il faut reprendre les messages qui n'ont pas été décodés et permettre d'en parler.

Si l'équipe consultative parvient à bien faire cette analyse-là, elle parvient à préparer le champ pour une bonne collaboration.

Au moment où les éducateurs, dans l'institution, devront prendre des décisions concernant l'enfant (en cas de fugue par exemple, ou quant à l'indication de thérapies telles que kinésithérapie, logopédie, etc...), il faudra maintenir le droit à la décision aux parents (Ausloos, 1981). Sinon, l'institution sabote ce que l'équipe de consultation a essayé de construire. Ceci s'applique aussi au travail de psychothérapie. Cette recherche reste à recommencer continuellement. Il faut toujours éviter l'escalade symétrique : qui est le bon, qui est le mauvais ? Cette dualité se marque si le thérapeute se met du côté de la famille ou s'il se met du côté de l'institution. Là, il joue le jeu du bon et du mauvais, sans veiller à son espace intermédiaire.

De nouveau, il faut évaluer ce que l'hospitalisation représentera aux yeux de la famille élargie, des proches, des amis, des collègues, etc.

L'enfant peut être hospitalisé, là n'est pas la question ! mais comment mobiliser autour de cette hospitalisation quelque chose de neuf, quelque chose qui recrée un espace au lieu de se laisser confirmer des jugements sur la famille sans même les connaître.

4. LA DEMANDE DE FORMATION

Au niveau de la formation, cette analyse devient quelque chose de déterminant dans notre façon de procéder. Quel est l'enjeu de la demande de formation et quel est l'enjeu, pour la personne qui demande une formation en thérapie familiale ou en interventions systémiques thérapeutiques, si cette demande est acceptée ? Je crois que nous-mêmes

n'avons pas assez travaillé l'enjeu au niveau institutionnel : si quelqu'un demande une formation, quel sera l'effet sur l'équipe dans laquelle il travaille ? Qu'est-ce que cela va entraîner comme changements obligatoires, ou, cela va-t-il être vécu comme une menace au sein de l'équipe ? Et quelle est la réponse des formateurs à cela ? C'est-à-dire, si les formateurs acceptent n'importe quelle demande de formation en thérapie familiale, par exemple, de personnes se trouvant dans des espaces obligés ou n'ayant pas le droit de se créer l'espace libre que nécessite la psychothérapie, ils créent l'illusion que tout est possible pour tout le monde, qu'il n'y a pas de limites qui tiennent aux mandats ni à la préformation, ni à la finalité de l'institution que les gens qui s'adressent à un éducateur, n'attendent pas autre chose que s'ils s'adressent à une assistante sociale ou à un psychothérapeute. L'on crée alors des systèmes de non-différenciation, alors qu'au niveau des familles, on va justement essayer d'aider à la différenciation. On va soutenir un désir de toute puissance comme si tout le monde était capable de faire tout, alors qu'au niveau de la famille, on va essayer de les faire vivre avec des limites, avec des relations plus claires.

C'est cette réflexion qui nous a progressivement amenés à la nécessité de faire deux types de formation : la formation en psychothérapie familiale pour des personnes qui doivent justement essayer de se créer cet espace libre afin de pouvoir commencer une psychothérapie avec des familles, et la formation à l'intervention systémique thérapeutique qui reprend la façon dont chacun peut faire des interventions systémiques dans les familles en fonction de son mandat et de la finalité de son institution, et qui permettra de faire quelque chose de neuf, dans ce cadre précis.

Nous commençons donc à analyser de très près les demandes de formation qui nous sont adressées et leurs enjeux.

CONCLUSION

Une fois que l'on commence à connaître l'enjeu d'une demande de consultation, d'une hospitalisation ou d'une formation, l'on est obligé d'apprécier de plus près l'effet que cela aura sur l'environnement familial, social ou professionnel du demandeur. L'on appréciera mieux ce que l'on méta-communique en faisant certaines choses. Ceci évitera de poser, malgré toutes les bonnes intentions présentes, des actes anti-thérapeutiques.

E. Tilmans-Ostyn
U.C.L., Centre de Guidance, Département Enfants
Clos Chapelle-aux-Champs, 30
Bte 3049
B-1200 Bruxelles

RÉSUMÉ

Si le thérapeute analyse d'emblée la plainte, il se pose comme exécutant de l'ordre implicite du référent. Il confirme aussi des jugements négatifs de l'environnement concernant son patient, jugements qu'il omet de connaître et il ne tient pas compte des messages implicites contenus dans le choix du lieu, de la personne qui se présente et de la plainte présentée.

Comment élaborer une stratégie d'intervention en utilisant toutes ces informations, est détaillé dans cet article, ceci, tant pour les demandes de thérapie que pour les demandes d'hospitalisation et de formation.

SUMMARY

If the therapist immediately makes the analysis of the complaints of the patient, he put himself as the executor of the implicit orders by the referrant. He confirms the negative judgements of the environment on his patient, judgments he even doesn't known.

Las but not least, he doesn't work with the implicit messages contained by the choice of the place for consultation, the person who consults and the complaint on his own.

How to procede working with all this informations and how to elaborate strategic interventions conducted by them, is detailed in this article. This in situations where there is request for therapy even as for hospitalisation and training.

Mots-clés :

Le passage
Espace intermédiaire
Métacommunication
Symptôme

Key words :

Referral
Intermedial space
Metacommunication
Symptom

BIBLIOGRAPHIE

AUSLOOS G. *Thérapie familiale et institutions*, in Champs professionnels, Thérapie Familiale, Genève, JES, 1981.

AUSLOOS G. *Les cartes du langage familial*, Conférence donnée à l'U.C.L., 1984.

BOSZORMENYI-NAGY I. et SPARK G.M. *Invisible loyalties*, New York, Harper & Row, 1973.

GROEN J. *Achter spiegels en maskers*, Meppel, Amsterdam, Boom, 1980.

MINUCHIN S. *Familles et thérapie*, Paris, Delorge, Traducteurs M. Du Rouquet et M. Wajeman, 1979.

SCOTT R.D. The treatment barrier in SKINNER W., *Developments in family therapy*, London, Routledge and Kegan, 30-59, 1980.

SCOTT R.D. *The shadow of the ancestor: a Historical Factor in the Transmission of Schizophrenia*, in Br. J. Med. Psychol., 42, 13-32.

SELIGMAN M. *Helplessness, on depression, development and death* Freeman & Co, San Francisco, 249, 1975.

TILMANS-OSTYN E. et KINOO Ph. *Quelques apports de la thérapie familiale pour la pratique médicale quotidienne*, in Thérapie Familiale, Genève, Vol. 5, 3, 251-266, 1984.

TILMANS-OSTYN E. *La thérapie familiale dans son approche spécifique des jeunes enfants*, in Thérapie Familiale, Genève, Vol. 2, 4, 329-335, 1981.

WINNICOTT O.W. *Playing and reality*, Pinguin Books, 1971.

L'URGENCE PSYCHIATRIQUE ET LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

M. DEMAY-LAULAN

Les admissions à l'hôpital psychiatrique posent toujours de nombreuses questions, même si les conditions de l'urgence et de l'application de la loi de 1838 en règlent les modalités pratiques. L'ouverture d'un nouveau service a permis à l'équipe médicale de les réexaminer avec comme première découverte que 47% des admissions restent le fait des médecins généralistes, comme le prouve le certificat médical de demande d'hospitalisation.

Au cours de rencontres au cabinet des médecins généralistes, ce problème a été évoqué par le médecin du service spécialisé, avec l'intention de permettre une collaboration à la sortie du patient ; la réponse quasi-unanime des médecins généralistes est négative : ils ne peuvent pas compter travailler avec les services hospitaliers parce que ces derniers ne leur en font pratiquement pas la demande. Au delà de l'amertume immédiate des généralistes, une certaine satisfaction de cet état de fait semble partagée autant par le généraliste que par le service, chacun de son côté proposant ce qui lui semble bon à la famille qui reste seule devant ses choix.

Cette absence de concertations des divers médecins concernés font le lit d'une grande insatisfaction des familles quant aux informations et conseils qu'elle souhaite recueillir et engendre la disqualification des uns au profit des autres ; le résultat le plus clair en est la difficulté d'établir un suivi des patients à leur sortie en dehors d'une catégorie de chroniques fidèles aux dispensaires.

Reprenant à notre compte les reproches de nos confrères, nous avons examiné le déroulement des hospitalisations.

Les relations des généralistes avec l'équipe de l'hôpital psychiatrique semblent réduites, à quelques exceptions près, au certificat médical d'hospitalisation. Ce certificat accompagné ou non d'une lettre est en général la seule trace que nous donne le généraliste.

Dans les meilleurs des cas lorsqu'il a été établi des contacts pour d'autres patients, il arrive que le généraliste ou l'équipe hospitalière se téléphonent pour s'informer mutuellement. Il est encore plus rare que le généraliste soit amené à intervenir en cours d'hospitalisation et vienne rencontrer son patient.

Il faut d'ailleurs reconnaître que ni les murs, ni les grilles derrière lesquelles l'institution psychiatrique se campe dans les créneaux des règlements administratifs n'en facilitent l'accès, pas plus que les brutales interprétations des découpages du secteur qui découragent les non initiés.

Exceptionnellement, le médecin généraliste se fait l'intermédiaire de la famille pour demander des comptes face aux initiatives du service : transformation de placement, visite, permission, sortie, tout est bon, qui redonne au médecin généraliste un rôle d'intermédiaire entre la famille et l'institution.

Au moment de la sortie, la lettre au généraliste est classique ; elle a le mérite d'être ritualisée comme l'échange minima exigé par le généraliste après un bilan de spécialiste. Il est facile de constater que cette lettre de « retour à l'envoyeur » est tout à fait symétrique de la lettre d'envoi du médecin généraliste à l'admission et qu'elles comportent l'une comme l'autre des informations centrées sur le diagnostic et le traitement en évacuant toute possibilité de fonctionnement en commun : ou le malade est à son domicile dans les bras de son généraliste, ou il est à l'hôpital dans les bras de l'équipe hospitalière.

Toute l'hospitalisation va se dérouler comme une pause, un silence sur ce qui « était » avant... En ce qui concerne le médecin généraliste, on voit que plus sa relation avec le patient était d'importance, plus il est absent, abandonnant tout au spécialiste de la folie, le psychiatre avec lequel il dénonce une incompréhension majeure sous-tendue par la méfiance et la peur.

Lorsqu'il sort de son silence, le médecin généraliste renvoie avec la plus grande amertume qu'il s'est trouvé solitaire face à l'urgence psychiatrique soulignant ainsi l'absence cruelle du psychiatre et son équipe à ce moment crucial.

Car le paradoxe est bien que le médecin généraliste est celui qui décide de l'opportunité du placement en institution, lui qui n'est pas le spécialiste ni l'expert et que de ce fait il perd tout contrôle et sur le patient et sur le cours de l'hospitalisation. Il recourt alors à l'absence comme le seul moyen de déplacer ce rôle de médecin commis par la société sur le psychiatre du secteur par un transfert de responsabilité qui l'en décharge désormais.

Déchiré, contraint par la violence de l'urgence, il se frustre lui-même de la relation privilégiée qui fonde sa pratique. Ah, si le psychiatre était là quand il faut, quand on a besoin de lui ! le cas de Madame G. nous a beaucoup interrogé sur le contexte de l'urgence.

« En avril 1981, Madame G., âgée de 38 ans est adressée au dispensaire du secteur par son médecin traitant le Docteur D., inquiet de ses difficultés familiales et de son refus de continuer le traitement de neuroleptiques qu'il lui prescrit depuis trois ans. En effet, à cette époque, Madame G. a été hospitalisée quel-

ques mois à l'hôpital psychiatrique de la ville d'Angoulême proche de son ancien domicile pour délire de persécution.

Madame G. rencontre une fois le psychologue puis refuse de revenir au dispensaire.

En octobre 1981, six mois après, le Docteur D. nous téléphone : il est inquiet de la violence croissante du conflit familial auquel il est confronté par les appels incessants du mari de Madame G. à son domicile : il faut que nous hospitalisons Madame G. Nous proposons une entrevue avec le couple puis avec la famille pour répondre à la demande du Docteur D.

La famille Nord-Africaine comprend :

- Monsieur G., le père, âgé de 47 ans. Il a quitté l'Algérie natale à 11 ans pour entrer dans l'armée française où il a fait une carrière très remarquable, il est actuellement commandant et chargé d'aider les jeunes recrues. A part ces activités militaires, il pratique l'équitation et aimerait pouvoir en faire quotidiennement.
- Madame G., la mère, âgée de 38 ans, née en Algérie, est originaire d'un village des montagnes et se dit très attachée aux traditions de sa famille, elle vit en France depuis son mariage, a eu cinq enfants mais parle encore le français avec une certaine gêne.
- Le fils aîné, 19 ans, pose des problèmes de scolarité malgré toute l'aide apportée par son père et des changements d'établissement, il risque de ne pas avoir son bac et d'être obligé de quitter le lycée en juin à la fin de l'année scolaire.
- La fille cadette, 17 ans, est en conflit ouvert avec sa mère, elle veut sortir avec son camarade, un français, en dépit de l'opposition de la famille.
- Les trois autres enfants participent au conflit en se plaignant des coups que leur mère distribue quand elle est en colère ; ils font tous du cheval avec papa.

La famille participe à cinq entretiens (familiaux) où le problème du traitement de Madame G. de sa « folie » est totalement remplacé par les demandes conflictuelles du couple et des enfants : le problème de la fille se traduisant par une anorexie importante et des « crises » nocturnes pour lesquelles le père appelle le service d'urgence. La famille règle ses conflits par l'appel à l'autorité du père et du fils aîné qui seuls, possèdent la clef de l'appartement !

Cependant, brutalement en juin 1982, Madame G. est adressée à l'hôpital psychiatrique en urgence par son médecin le Docteur D., les hallucinations de Madame G. sont réapparues trois jours avant et le fils aîné a dû la maîtriser et appeler le Docteur D. en l'absence de son père.

Par la suite, l'amélioration très rapide de Madame G. a permis sa sortie et son retour à la maison, son traitement ayant été repris en main par le Docteur D. ; Monsieur G. pour sa part se montre désireux d'aider sa femme et ses enfants sans autre intervention ».

Cet exemple nous a permis de nous poser quelques questions sur l'articulation de l'hospitalisation dans le service avec l'urgence sur la communication du service avec les généralistes.

Il est clair que le rôle dévolu à Madame G. de patient désigné depuis plus de trois ans permet à l'ensemble de la famille de rester unie autour de leur patiente : il est donc important que le médecin cautionne le fait en prescrivant les médicaments qui rendent la vie familiale possible.

Le rôle du médecin prescripteur a été tenu sans problèmes par le médecin de famille tant que la famille n'a pas dû faire face à d'autres problèmes que celui de conflits dans le couple : l'arrivée des problèmes posés par les deux aînés à l'adolescence, leur orientation vers la vie active et l'apparition d'une vie sexuelle, a fait émerger de multiples conflits aggravés par les difficultés d'intégration dans une culture étrangère et hors du cadre religieux traditionnel de cette famille.

La reconnaissance de ces problèmes au cours des entretiens familiaux que nous avons faits a exclu le médecin généraliste de la fonction homéostatique qu'il exerçait depuis plus de trois ans.

Satisfait d'être débarrassé de ces urgences quotidiennes, il a donc disparu de la scène familiale sans qu'il lui soit donné de faire reconnaître à la famille qu'il était inquiet d'autre chose que du traitement de la violence, de la folie de Madame G. Il a donc pu, sans difficulté, réintégrer cette fonction dans le cadre d'une autre « urgence » provoquée par le fils aîné remplaçant le père défaillant.

Le retour à l'équilibre familial antérieur a donné satisfaction à la famille comme au Docteur D. en évitant d'aller plus loin dans la crise actuelle. Cela a été possible puisque nous avons accepté la demande initiale à la fois du médecin généraliste et de la famille sans tenir compte du rôle homéostatique du généraliste et donc de sa participation au système familial de longue date.

Nous avons donc à reconnaître dans toute demande de soins, encore plus en cas de demande d'hospitalisation par le médecin traitant la place qui lui est dévolue dans le jeu des alliances au sein de la famille. Sinon la persistance de la demande initiale de désigner un bouc émissaire qu'il faut exclure par un isolement justifié par le « soir » réapparaît sous la forme de *l'urgence* qui règle la question :

« On ne peut hospitaliser toute la famille à la fois mais seulement le fauteur de trouble ».

Qu'en est-il de l'urgence et des relations du généraliste avec la famille ?

Il faut d'abord redéfinir la relation du médecin généraliste avec la famille avant d'aborder l'émergence des situations d'urgence.

J'ai beaucoup regretté de ne pas avoir d'éléments statistiques sur les modalités de la consommation médicale. Par rapport à la référence traditionnelle du médecin de famille qui connaît plusieurs générations de la même famille, il faut situer l'évolution des conditions d'exercice du

généraliste en fonction de la mobilité de la clientèle qui parfois n'a pas de médecin attitré et pratique la consultation unique et ponctuelle.

Retournons aux dires de nos confrères ; ils indiquent une tendance actuelle des familles à choisir un médecin attitré différent pour chaque membre de la famille : le médecin de la femme est différent de celui du mari et différent de celui des enfants. Mais quelles familles utilisent un tel système de préférence à un autre ? Je n'ai qu'une expérience en zone urbaine certainement très différente d'une zone rurale. Il faudrait prendre en considération et étudier de très près l'évolution des modes d'exercice de la pratique privée du libéral vers des exercices mixtes en groupes ou semi-public, sans compter les multiples lieux de consultations professionnels, mutualistes, systèmes d'«urgence», etc... Cette multiplicité modifie profondément les modèles de fonctionnement de la clientèle médicale qui tient aussi à l'importante augmentation de la démographie médicale. De nettes modifications entraînent de profondes mutations dans l'ensemble du corps social, du statut de la famille et du rôle médical. En effet, il serait important de saisir l'évolution du rôle social du médecin : hygiéniste surveillant le bon état de santé de la population par la prévention et les soins, il garantit la société de la conformité des accidents de l'individu de la naissance à la mort en passant par l'accident et l'handicap. Pour reconnaître et garantir les droits et avantages sociaux de ses patients, il faut qu'il établisse les multiples certificats qui vont aider au maintien de ce dispositif social. Il peut aussi être commis par la famille, requis par le maire ou par le commissaire de police pour mettre fin aux dangers que son patient fait courir à lui-même ou à autrui : ce n'est bien sûr pas le patient qui le lui demande, mais devant l'urgence n'est-ce pas, cela se justifie de soi. L'urgence est donc bien nécessaire et de bien des manières pour mettre fin à une situation intolérable, une menace mortelle.

Dans ce cas seulement la discussion avec les diverses parties n'est plus possible : les gestes décisifs de l'urgence sont l'apanage du médecin dont il lui est fait devoir sous peine d'être accusé de « non assistance à personne en danger » : il ne peut ni discuter ni refuser.

L'urgence crée donc la situation idéale où le médecin assure seul et dans un même geste le soin et la garantie sociale : en établissant le certificat d'hospitalisation, il certifie qu'il ne peut continuer à assumer le soin de son patient !

Il m'apparaît clairement que le moment de l'urgence est une expérience clef tant pour la famille du patient que pour le généraliste lorsqu'il signe la demande d'hospitalisation, il perd ce patient auquel il a déjà beaucoup donné de son temps, de ses espérances et auquel il s'est attaché. Il revit alors cette perte comme toutes les ruptures de soin où il est délaissé, abandonné par son patient, se jugeant disqualifié et sanctionné par cette infidélité de sa clientèle.

On peut dire que les relations des familles face au médecin généraliste obéissent à une règle qu'on peut énoncer ainsi :

« La fidélité du patient est la preuve de la qualité du médecin généraliste ».

Le prix de la fidélité est toujours différent d'une famille à l'autre. Les limites des « services » que lui doit le médecin généraliste, sont toujours l'objet de transactions : du certificat d'arrêt de travail aux appels de nuit où est testé le dévouement qui seul garantit l'éthique médicale.

Le médecin qui ne peut ni prendre l'initiative des rencontres ni imposer sa présence doit donc nouer d'autres liens que celui de la nécessité. Un rôle très particulier de confident lui est dévolu très généralement parce que l'accès à l'intimité du corps de ce qui est tû et caché mène à l'accès à la vie privée et aux secrets de la vie familiale : où trouver une telle relation où on peut tout dire à celui qui est lié par le secret médical ?

Si la première règle inscrit la relation du médecin avec son patient dans le registre de la confiance, que faire lorsqu'il faut l'abandonner pour celui de la garantie certifiée ? Autant de médecins qu'il y a de membres dans la même famille permet, en cas de conflit, que le médecin reste le fidèle allié de chacun.

Comment le médecin de famille pourrait-il sauvegarder autrement des alliances qui s'opposent systématiquement ?

La famille ne s'y trompe pas et trouve des stratagèmes pour éviter cette rupture avec son, ou ses médecins lorsque éclate la crise à laquelle est confrontée la famille, c'est le S.A.M.U. ou le service de nuit qui est appelé : on s'aperçoit que les urgences sont situées dans des tranches horaires très précises à Paris comme en province, le soir après la fermeture des bureaux de consultation et surtout les week-end et jours fériés.

Une autre évolution des mentalités a modifié sensiblement la notion de risque et d'urgence avec le recours à l'hôpital. La quasi-totalité des naissances ont lieu à la maternité et les statistiques montrent une augmentation très importante des décès en milieu hospitalier.

La place grandissante de l'hôpital dans les moments de souffrance, moments où s'affrontent la vie et la mort, se justifie du fait de la haute technicité et donc de la qualité des services hospitaliers. Cependant, on peut aussi y voir une très ancienne fonction de l'hôpital qui recueille ce qui n'a plus sa place dans les demeures et les rues de la cité : l'hôpital-hospice, lieu de la souffrance insupportable au domicile.

Si donc la naissance et la mort, moments critiques mais inévitables, ne doivent plus se vivre au domicile, il faut bien reconnaître que l'hôpital resté fidèle à sa vocation de séparation du sain et du malsain, du valide et du souffrant.

On peut alors reconnaître une deuxième règle concernant le médecin généraliste, à savoir :

« Un bon médecin doit savoir éviter la souffrance au domicile privé en éloignant à temps la source de souffrance et d'angoisse ».

En vertu de quoi, lorsque la crise familiale éclate, le médecin est convié au domicile pour y mettre fin, soit par la vertu de ses soins, soit par l'éloignement de son patient qu'il prescrit par le biais du certificat d'hospitalisation.

Cette décision qu'il ne peut pas ne pas prendre en cas d'urgence lui ôte toute possibilité de respecter les conditions indispensables à la relation de fidélité de la première règle.

Confronté à un tel paradoxe qui ne lui permet pas d'observer les deux règles qui garantissent son bon fonctionnement, le médecin souscrit à l'urgence comme justification de ses propres contradictions, face à la crise familiale où :

- celui qui l'appelle au secours n'est pas le patient ;
- celui qui souffre le plus n'est pas le patient mais un proche membre de la famille ;
- le patient ne demande aucun soin et refuse l'hospitalisation...

Le généraliste sait qu'il lui faudra attendre la sortie de l'hôpital pour être assuré que la rupture n'était que provisoire.

L'exemple que nous citons montre bien cette situation paradoxale du généraliste et quels malentendus s'installent entre les différents partenaires de l'hospitalisation.

« Monsieur A. est adressé en urgence au service par son médecin généraliste le Docteur R. pour dépression.

Professeur d'allemand au lycée, Monsieur A, 33 ans, est en arrêt de maladie et vient de subir, la veille, une expertise en vue de l'obtention du congé de longue durée.

Le Docteur R. me téléphone, dès le premier jour, pour m'avertir qu'il a fait une demande d'admission à la clinique de la Verrière à Paris où Monsieur A. sera admis dans huit jours. Il m'informe qu'il suit ce patient depuis quatre ans pour une dépression qui s'aggrave depuis quelque temps car il a suspendu ses cours depuis quatre mois et refuse de prendre son traitement. Je lui propose de venir rendre visite à son patient : il lui communiquera la date de son départ pour la Verrière, il le fait quelques jours plus tard en venant le voir sans s'annoncer dans le service.

Monsieur A., pendant ce temps, se montre très indifférent et se promène vêtu d'une robe de chambre sans ceinture, pieds nus dans la cour.

Madame A., sa femme, vient pour un entretien où elle m'apprend que je dois rencontrer sa belle-soeur qui pourra mieux répondre qu'elle aux questions que je lui pose.

Monsieur A. est informé de ce projet de rendez-vous avec sa femme et sa soeur : il s'habille et se chausse.

Lors de l'entretien familial, la soeur de Monsieur A. m'informe que seul le séjour à la Verrière guérira son frère de sa dépression, parce que leur cousine après sept ans de dépression a été guérie après un séjour à la Verrière : elle était elle aussi victime du surmenage.

Je propose que Monsieur A. sorte rapidement du service pour attendre chez lui son départ à la Verrière. La date de sortie est fixée pour la fin de la semaine afin que j'aie le temps d'en prévenir le Docteur R. qui le suivra.

La veille du jour fixé pour la sortie : coup de théâtre : Monsieur A. disparaît, on le cherche partout. Sa soeur finit par le retrouver, il est parti à pied et a gagné la propriété familiale dont sa soeur et lui ont héritée, propriété située à la campagne à 35 kilomètres !

Deux jours plus tard, le Docteur R. me téléphone pour m'apprendre que la famille lui a fait faire un certificat pour la Verrière mais qu'au dernier moment Monsieur A. a refusé de monter dans l'ambulance.

Je lui propose des entretiens familiaux en lui soulignant l'importance pour Madame A. des interventions de sa belle-soeur. A ma grande stupéfaction, il me raconte alors sa guerre avec Madame A. qui a été la méchante enseignante de sa propre fille, il a là l'occasion de lui dire ce qu'il pense d'elle. Je suis consternée mais impuissante — je maintiens la proposition d'un rendez-vous avec la famille, éloigné de plusieurs semaines.

Madame A. y vient seule, très abattue. Monsieur A. est toujours dans sa propriété. Entretemps, le Docteur R. les a rencontrées, elle et sa belle-soeur et leur a interdit d'intervenir comme elles l'ont toujours fait.

Je lui propose de continuer les entretiens familiaux en accord avec le Docteur R., entretiens qui se dérouleront sans qu'il soit question d'hospitalisation à nouveau ».

Les interventions du Docteur R., au cours de cette hospitalisation, éclairent d'une manière exemplaire le rôle important qu'il jouait depuis de nombreuses années dans le système familial.

Du coup de fil initial au service à la convocation de la famille à la sortie, il montre combien il est présent à chaque crise familiale. Bousculé par l'urgence, il a profondément modifié sa compréhension en reprenant contact avec son patient. Le recadrage qu'il a pu effectuer lors de la deuxième urgence (la fugue de Monsieur A.) a changé non seulement l'issue immédiate (pas de réhospitalisation) mais encore a placé la famille devant la nécessité de poser les problèmes en d'autres termes que « la dépression de Monsieur A. est due au surmenage ».

Au cours de ses études le généraliste a été formé à n'envisager que le soin au patient, il n'a pas été préparé à aborder la pathologie sous l'angle familial. Rien d'étonnant à ce que la crise familiale le prenne au dépourvu même s'il pressent au-delà des symptômes individuels une organisation sous-jacente.

En maintenant le patient désigné dans son statut de malade mental ne serait-ce que par la prescription de médicaments — celui qui a besoin de calmants, celui-là est le fou ; il participe au système familial souvent

de longue date, système où il joue un rôle homéostatique évident, mais qu'il n'a pas les moyens de reconnaître.

Figé dans des alliances fort anciennes sans le savoir, il ne lui est pas possible au moment de l'urgence, de refuser le « plus » que demande le système pour ne pas changer : la demande d'hospitalisation psychiatrique qui va parfaire le statut d'invalidé social du malade mental.

Convaincue de l'importance du rôle du médecin généraliste dans le système familial du patient, il m'est apparu nécessaire de lui restituer un rôle dans les divers moments de l'hospitalisation.

Chaque fois que le médecin a pu exprimer sa frustration juste après l'admission en urgence, il s'est introduit une nouvelle dynamique dans le cadre du service. Il me semble que cela peut permettre de refaire démarrer la crise familiale au cours du séjour à l'hôpital. Les interventions du généraliste auprès des membres de la famille ont toujours replacé le patient désigné dans son contexte initial, annulant au moins partiellement l'exclusion liée à la prescription d'hospitalisation.

Lorsque la famille a pu supporter une sortie rapide, des entretiens familiaux lui ont été proposés à la sortie pour éviter avant tout une répétition dans l'urgence et envisager éventuellement une demande thérapeutique.

Cependant, il est souvent évident que l'invalidation après des années de symptômes psychiatriques laisse au patient peu de chance de retrouver une réinsertion sociale trop longtemps compromise.

L'avenir nous dira si une intervention systémique beaucoup plus précoce au moment de l'apparition des symptômes, reconnus par un médecin généraliste averti comme appartenant à la crise familiale, évitera le pronostic sévère du cycle des urgences où se joue dans la violence de l'hospitalisation psychiatrique la carrière du malade mental.

Dr M. Demay-Laulan
Centre Hospitalier spécialisé
Charles-Perrens
121, rue de la Béchade
F-33076 Bordeaux Cedex

RÉSUMÉ

L'hospitalisation psychiatrique du malade mental interrompt d'une manière brutale la relation du généraliste avec son patient et sa famille.

Il nous paraît important de souligner le rôle de l'urgence qui permet, par le biais du certificat médical, de régler un conflit où le généraliste est inclus souvent depuis longtemps. La reconnaissance de son importance dans le système familial pourrait éviter ce recours à l'urgence et à ses conséquences dans la carrière du malade mental.

SUMMARY

The psychiatric hospitalisation of mental patients interrupts, abruptly, the general practitioner's relationship with the patient and his family.

It seems very important to underline the emergency role, that permits, through the utilisation of the medical certificate, to put some order in a conflict, where the general practitioner is included, often, since a long time. The recognition of his importance in the family system might prevent an emergency intervention with its consequences in the mental patient's life.

Mots-clés :
Crise familiale
Urgence
Généraliste

Key words :
Family's crisis
Emergency
Practitioner

LA FICHE TÉLÉPHONIQUE. PIERRE ANGULAIRE DE LA PREMIÈRE RENCONTRE AVEC LA FAMILLE *

Paola DI BLASIO, Ph.D. **, Jean-Marc FISCHER, M.D. ***
et Giuliana PRATA, M.D. ****

INTRODUCTION

Cet article entend souligner l'importance que nous accordons à l'élaboration au téléphone d'une fiche relationnelle avant d'engager le processus d'une thérapie familiale. Etablir une telle fiche consiste à recueillir des informations indispensables à la préparation de la première séance avec la famille. Un entretien téléphonique habilement conduit permet d'identifier et d'assembler des phénomènes particuliers d'interaction, liés aux modalités spécifiques d'organisation du système familial. Ces modalités, constituées au fil du temps, sont le reflet d'autant de « patterns » historiques répétitifs – dont certains sont dysfonctionnels – qui caractérisent la manière selon laquelle la famille entre en contact avec l'équipe thérapeutique. A ce stade, la famille – en tant qu'entité « OUT THERE » (10), c'est-à-dire un système distinct et séparé du système thérapeutique – donne à voir des modalités de fonctionnement typiques du jeu en cours et qui n'ont pas encore été influencées par la thérapie. Ce sont effectivement ces éléments qui nous montrent la route à suivre pour commencer à dresser la carte du jeu pathologique complexe, à l'intérieur duquel il nous incombe de trouver la raison d'être du symptôme.

S'engager dans une première séance de thérapie sans informations ni hypothèses sur la présence éventuelle de « patterns » historiques dys-

* Paru en anglais dans *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, Spring and Summer, 1986, vol. 5, n° 1 et 2, ISSN 0711-5075.

** Paola di Blasio, chargé de recherche à l'Institut de psychologie de l'Université catholique, Largo Gemelli 4, I-20146 Milan.

*** Jean-Marc Fischer, Michel-Servet 12, CH-1206 Genève.

**** Giuliana Prata, directeur du « Centro di Terapia Familiare Sistemica e di Ricerca », via G. Frua 6, I-20146 Milan.

fonctionnels, expose le thérapeute au risque de ne pas être à même de les reconnaître, et en conséquence de les éviter ; menace qui pourrait lui faire perdre son propre rôle thérapeutique.

Elaborer une fiche relationnelle qui contienne non seulement les données standard mais avant tout des informations significatives sur les diverses relations, permet au thérapeute d'entrer en séance bien préparé, prêt justement, à éviter dès le début le risque de s'allier, à ces « manoeuvres » dysfonctionnelles que le système familial met en oeuvre dans sa relation avec le système thérapeutique.

POURQUOI UN PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE EST-IL NÉCESSAIRE ?

Selon Mara Selvini-Palazzoli, dès le moment précis où la famille et le thérapeute entrent en interaction, ils constituent « un ensemble », c'est-à-dire un système mental qui commence son processus évolutif dans le temps et dont le thérapeute porte la responsabilité professionnelle (10). La première séance de thérapie, moment crucial où se constitue un tel ensemble, est une occasion thérapeutique importante et son organisation ne devrait pas être confiée au hasard, à l'improvisation, ni même à l'habileté du thérapeute, mais au contraire préparée avec une extrême attention. Pour ce faire, il est nécessaire de procéder à un travail préliminaire de récolte d'informations sur les relations entre les membres de la famille, travail qui peut être effectué lors d'une conversation téléphonique. En d'autres termes, dans une situation où la famille n'est pas dans un contact direct, en face à face, avec le thérapeute, mais où elle est encore une entité distincte du système thérapeutique.

Comme nous l'avons déjà mentionné, c'est lorsque la famille est encore en situation « *out there* » que le thérapeute est le mieux placé pour saisir la trame des patterns dysfonctionnels du jeu qui caractérisent l'organisation familiale et qui se manifestent d'abord dans la manière selon laquelle le système exprime sa demande d'aide.

Quelques exemples brefs nous permettrons de clarifier cette notion. Dans un récent article (11) Mara Selvini-Palazzoli en souligne l'importance. Présentant un cas traité avec succès, elle fait remarquer comment la demande de thérapie pour une soeur malade, venant d'un frère qui jouit d'un grand prestige dans la famille, est le signe indéniable de l'existence d'un « pattern » historique dysfonctionnel relié aux symptômes. L'implication de ce frère dans les problèmes de la famille, l'autorité dont il jouit permettent au thérapeute de supposer qu'il occupe dans cette famille une position non filiale. C'est cette information cruciale contenue dans la fiche qui conduira le thérapeute à l'approfondir en première séance pour éviter de s'allier au jeu qui perpétue les symptômes de la patiente désignée.

De même, le souhait d'un père de ne pas faire participer à la séance le frère cadet du patient désigné, ou son refus de se présenter avec ses beaux-parents, sont autant d'informations importantes sur les relations de la famille, qui, comprises à temps, permettent la formulation d'hypothèses sur le jeu relationnel et l'élaboration de stratégies thérapeutiques efficaces.

Dans un centre privé, de thérapie familiale comme le « Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia », un entretien téléphonique entre un thérapeute et le demandeur constitue la situation d'observation idéale de la famille en position « out there »¹. Accorder un entretien direct à un seul membre de la famille, en vue de la préparation de la fiche relationnelle comporte une série de risques : de toute évidence, certains membres de la famille se présenteraient en première séance avec le soupçon que l'équipe thérapeutique a déjà été influencée. Ce soupçon, bien que ce soit rarement le cas dans notre expérience, peut exister malgré tout et nonobstant une conduite adéquate de l'entretien téléphonique. Le thérapeute l'éliminera en première séance en s'adressant d'abord au parent qui n'a pas appelé, et, s'il y a lieu, en informant très clairement tous les participants sur les données contenues dans la fiche, avec laquelle il entre dans la salle de thérapie.

Répondre à une demande de la famille, en lui fixant rapidement un rendez-vous, en se limitant à quelques renseignements essentiels et en fixant pour objectif à la première séance la récolte des informations adéquates, constitue à notre avis un départ erroné. Cette procédure ne permet rien d'autre que la convocation à la première séance de la famille nucléaire et d'éventuels cohabitants. Par exemple, face au problème d'enfant de parents divorcés et confié à la mère, manqueraient alors les informations nécessaires permettant de comprendre s'il y a lieu d'inviter le père, tout comme il serait impossible de décider quels membres des familles élargies faire participer à la séance. Convoquer d'abord la famille nucléaire, et les grands-parents ou tout autre personne à la séance suivante constitue une procédure inverse de l'approche systémique. Selon l'approche systémique, c'est le plus complexe qui explique le plus simple et non l'inverse (5). L'élargissement du champ d'observation

¹ Cette procédure de récolte d'informations n'est pas applicable dans toutes les situations. Dans un service public, par exemple, ouvert à tous et de premier niveau, le premier contact survient souvent de personne à personne, avec quelqu'un qui n'est pas un thérapeute. La récolte d'informations doit être organisée de manière différente, qui accorde pourtant une extrême attention à ne pas permettre de confusion entre contexte thérapeutique et contexte de prise d'informations. Pour une réflexion plus approfondie sur ce thème, dans le contexte d'un service public, se référer à l'ouvrage italien de Covini A., Fiocchi E., Pasquino E., Selvini M., « Alla conquista del territorio », la nuova Italia Scientifica, Roma, 1984 (2).

est donc la première chose à faire. Ainsi les phénomènes typiques de la famille nucléaire peuvent être examinés à la lumière de la complexité du système élargi.

Nous considérons par ailleurs qu'il est plus facile et moins anxiogène d'inviter d'autres personnes en même temps que la famille à la première séance, en expliquant que les thérapeutes ont besoin de l'appui de toutes les personnes qui peuvent les aider à mieux connaître le problème. A l'inverse, faire appel à eux par la suite marquerait le contexte d'une connotation de type « judiciaire », à la recherche de témoins et de coupables.

Pour toutes ces raisons, le processus thérapeutique doit commencer par un élargissement de la modélisation à des niveaux de complexité supérieurs en convoquant à la première séance non seulement la famille nucléaire au complet ainsi que les éventuels cohabitants, mais aussi des membres de la famille élargie et/ou toute personne (réfèrent, enseignant, assistant social, etc.) qui se révélerait impliquée dans le problème. Lors des séances suivantes, le groupe familial sera articulé en fonction des situations, des problèmes, des hypothèses et des événements. La thérapie pourra se poursuivre, par exemple, avec la dyade parentale ou même un seul individu, pour autant qu'au départ aient été explorés ces nouveaux supérieurs de complexité qui permettent au thérapeute de saisir les aspects fondamentaux du jeu en cours.

L'entretien téléphonique sert à déterminer à quel niveau du système élargi de communication doit commencer la relation thérapeutique. Nous considérons donc utile et cohérent avec notre approche d'effectuer un entretien téléphonique préliminaire pour :

1. Recueillir les informations qui permettent de dresser une première « carte » des relations sur la base de laquelle :
 - a) formuler des hypothèses à vérifier en séance ;
 - b) décider qui inviter à la première séance.
2. Saisir les patterns dysfonctionnels typiques et récurrents qui souvent se manifestent déjà lors de la demande de thérapie, et qui ont tendance à se présenter à nouveau au cours du traitement.
3. Communiquer nos modalités de travail et, implicitement, les critères fondamentaux sur lesquels se base toute la thérapie, de même que définir les règles du contrat thérapeutique.

Pour la conduite de l'entretien téléphonique, il est essentiel de maintenir une position neutre qui déjoue toute tentative éventuelle de manipulation ou de coalition de la part de l'interlocuteur. C'est pourquoi il est opportun *que cet entretien soit mené par un membre de l'équipe thérapeutique*, seul à même de saisir la multiplicité des significations que sous-tend un tel échange et d'aller au-delà du simple enregistrement des renseignements standard.

AU-DELÀ DE LA SIMPLE RÉCOLTE D'INFORMATIONS

Toute recherche d'informations se réfère à la méthode qui guidera la thérapie. En ce qui nous concerne, l'exigence incontournable de formuler des hypothèses pour conduire la première séance, et la nécessité de mettre en place — dès le début — un contexte thérapeutique pour toute la famille, nous ont amenés à préparer des fiches téléphoniques toujours plus élaborées (6).

Aux premiers jours de l'activité du centre, les thérapeutes acceptaient plus ou moins passivement ce qui leur était dit au téléphone. Par la suite et de façon cohérente avec l'évolution vers un mode de pensée toujours plus circulaire, l'entretien téléphonique s'est structuré de plus en plus.

Actuellement, le type de questions ainsi que la manière dont elles sont formulées, *véhiculent et sollicitent* une série d'informations qui vont bien au-delà de la simple récolte de données. Les questions portent essentiellement sur les relations. Elles sont donc formulées de manière à faire apparaître des « différences » (4). Par exemple, une grande importance est accordée à l'investigation des liens qui unissent les différents membres de la famille nucléaire, entre eux et avec la famille élargie, ainsi qu'aux éventuels *changements* de ces liens intervenus après l'apparition du symptôme. Cette investigation doit être menée avec tact et habileté de manière à ne provoquer ni soupçons, ni réticences.

Relevons que dans la pratique du centre, l'interlocuteur est quasiment toujours l'un des parents². Il a tendance, lorsqu'il présente au thérapeute sa propre version des faits, à s'apesantir sur les symptômes du patient désigné et à exposer sa propre opinion sur les causes de la maladie.

A cette logique linéaire le thérapeute oppose une vision centrée sur les relations interpersonnelles, il cherche à identifier les personnes et les relations réellement significatives : il s'efforce de faire apparaître les véritables protagonistes du jeu en cours.

Cette démarche a pour effet de placer l'interlocuteur dans une position telle qu'il ne peut éviter de se définir dans sa relation avec les autres membres du groupe familial (5).

L'habileté du thérapeute consiste à mener son investigation avec l'interlocuteur en incluant progressivement les autres membres du système, tout en maintenant une position neutre tant vis-à-vis de l'un que

² Le centre cité est le « Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia », dirigé par Mara Selvini-Palazzoli et dont Giuliana Prata fut co-directrice jusqu'en juin 1985. 90% des cas suivis au « Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia » sont des familles dont le patient désigné est un fils ou une fille, pour qui c'est l'un des deux parents qui fait une demande de thérapie.

par rapport aux autres. Le maintien de cette neutralité implique d'éviter toute question qui pourrait induire l'interlocuteur à commenter, voire à juger, les comportements, les opinions et les sentiments des membres absents, que le thérapeute fait apparaître. A l'opposé de ce qui se passe durant la séance lorsque l'investigation circulaire prévoit que le thérapeute demande à « A » de décrire comment il voit la relation entre « B » et « C », ou d'expliquer ce que « B » ou « C » pense d'un événement précis (8), cette procédure serait erronée lors de l'entretien téléphonique, puisqu'elle ne permettrait pas de relever les réactions immédiates des membres cités. Elle privilégierait uniquement l'opinion de l'interlocuteur et porterait le risque de pousser celui-ci à prendre une position de co-thérapeute vis-à-vis des autres membres.

Il s'agit au contraire de décourager toute attitude « co-thérapeutique », en évitant d'approuver — ou de désapprouver — les jugements et les commentaires de l'interlocuteur sur les comportements ou les sentiments d'autrui.

En conduisant activement son investigation et en proposant sa propre séquence de questions, le thérapeute lui communique implicitement sa propre neutralité par rapport à tout point de vue personnel. Il sollicite uniquement *la description de faits et de comportements*. Il peut demander par exemple si le patient désigné voit plus souvent les grands-parents paternels ou maternels, à quelle fréquence la famille nucléaire rencontre les différents membres de la parenté, qui prend l'initiative de ces rencontres, qui rend visite à qui, qui téléphone à qui, qui accourt pour offrir son aide en cas de besoin, qui a espacé ou intensifié ses visites après l'apparition des symptômes, etc... Il peut ainsi faire apparaître que « depuis que Marie est anorexique, elle ne permet plus à personne de la famille de Maman de venir à la maison ou de téléphoner », ou alors que « Jean se calme uniquement si son oncle paternel reste à ses côtés ».

En résumé, au cours de l'entretien, le thérapeute n'est jamais un récepteur passif des renseignements mais recherche activement les informations. Il établit des liens entre les phénomènes décrits et à travers la succession, l'enchaînement de ses questions, il reformule les termes du problème. Ce n'est qu'ainsi qu'il pourra recueillir les informations indispensables à la formulation d'une hypothèse systémique, à savoir : une hypothèse qui tienne compte de tous les membres de la famille et qui fournisse une supposition sur le fonctionnement relationnel global de ce système (5).

Au cours de cette phase préliminaire et à la lecture de la fiche téléphonique, l'équipe thérapeutique va chercher à se faire une idée du jeu relationnel en cours entre la famille nucléaire et la famille élargie afin de décider qui inviter à la première séance. Cette décision constitue *la première intervention* en réponse à la demande de thérapie : intervention qui

place le thérapeute dans la position de celui qui définit les règles de la relation et du contexte thérapeutiques.

Les thérapeutes cherchent aussi à identifier, avant même le début de la thérapie, ces patterns dysfonctionnels du jeu, qui apparaissent lors du contact avec l'équipe thérapeutique. Leur but est de ne pas se laisser impliquer, ni de s'associer précisément aux règles de la relation qui soustiennent le symptôme.

Afin d'illustrer concrètement notre propos, nous pensons utile de présenter une fiche relationnelle rédigée par téléphone et à partir de laquelle l'équipe prépare la première séance de thérapie.

Le cas décrit concerne une famille dont la patiente désignée est une anorexique de 15 ans.

LA FICHE TÉLÉPHONIQUE RELATIONNELLE

Référent : Professeur Lebrun qui, en date du 25.10.1984, fait sortir la patiente désignée de l'hôpital après un traitement infructueux de trois semaines et qui conseille à la famille une thérapie familiale à notre centre.

Appelant : le père de la patiente qui appelle le 8.11.1984.

Motif de la demande de thérapie familiale : Nadine, la fille aînée, âgée de 15 ans, présente une anorexie mentale depuis 1982 ; elle mesure 1,72 m et pèse 38 kg. Elle est aménorrhéique depuis 1 an ¹/₂.

Nom de la famille : Blanc.

Adresse et numéro de téléphone de la famille :

Composition de la famille nucléaire :

Père : Joseph, 44 ans. Diplôme de dessinateur en mécanique ; propriétaire et directeur d'une entreprise qui occupe cinquante employés. Son activité ne l'oblige pas à voyager, mais il est peu à la maison en raison de ses charges professionnelles et de ses activités politiques.

Mère : Suzanne, 38 ans. Ménagère. Elle a un diplôme de secrétaire d'entreprise et a travaillé jusqu'à la naissance de Nadine. Selon son mari, elle a regretté d'avoir arrêté son travail même si elle l'a fait de son propre choix.

Date du mariage : 4 mai 1968.

Enfants par ordre de naissance :

Nadine : née le 25.2.1969. Elle est à deux années du baccalauréat linguistique. Elle a toujours été une excellente élève et chaque fois promue avec les meilleures notes. Avant l'apparition de l'anorexie, elle pratiquait différents sports.

Anne : 13 ans, fréquente avec succès sa troisième année de lycée, de santé un peu fragile dans l'enfance.

Sylvie : 11 ans, en première année de lycée, très bonne élève.

Cohabitants : la grand-mère paternelle a vécu avec la famille pendant de brèves périodes jusqu'en 78, année de son décès.

Composition des familles d'origine :

Famille du mari : le père est mort en 1975 et la mère en 1978. Joseph est le benjamin de cinq frères dont deux sont décédés il y a de nombreuses années. Restent : Louis, 57 ans, marié, deux enfants. Marcel, 46 ans, marié, deux enfants adoptés. Les contacts entre les frères sont rares, voire nuls. Les cousins se rencontrent très rarement.

Famille de l'épouse : le père, Rémi, 65 ans, la mère, Elise, 64 ans, vivent à trois kilomètres de la famille Blanc à laquelle ils sont très attachés et qu'ils ont toujours fréquentée avec régularité et assiduité. Depuis deux ans, en raison de difficultés à se déplacer, la mère a espacé ses visites mais téléphone souvent. Depuis que Nadine est anorexique, c'est Suzanne, fille unique, qui rend visite à sa mère presque tous les jours. Le père lui, à l'inverse, vient chaque jour chez les Blanc. Les parents ont beaucoup d'influence sur Suzanne et lui font faire ce qu'ils veulent. Dans la famille Blanc, plus que le mari, ce sont les grands-parents maternels qui prennent les décisions. Les grands-parents et Suzanne sont convaincus que Nadine (PI) est « possédée ». Ils ont consulté un sorcier qui évoque les morts et ceux-ci conseillent de prier. Cette cure dure depuis trois mois sans aucun résultat. Par le passé, ils avaient déjà consulté d'autres mages et d'autres médecins. Nadine a toujours été sceptique quant à ces « thérapies ».

Problème : l'anorexie de Nadine et ses comportements sont demeurés inchangés durant ces deux dernières années, malgré les tentatives thérapeutiques entreprises : deux thérapies individuelles ont été effectuées, la première pendant dix mois et la seconde pendant quinze mois au rythme de deux séances par semaine. Entre les deux, il a été fait recours à des guérisseurs et des sorciers. Avant son entrée à l'hôpital, Nadine avait été soumise à des pratiques magiques exécutées par un médium. Durant toute cette période, les quelques brèves améliorations ont été immédiatement suivies de rechutes. Actuellement et depuis sa sortie de l'hôpital, Nadine s'habille avec soin, se maquille et parfois, sort avec ses soeurs. Aucun changement en ce qui concerne l'alimentation : elle refuse la nourriture et n'avale que des bouillies, elle fait un large usage de laxatifs et vomit de temps à autre. Le professeur Lebrun lui a prescrit des neuroleptiques qu'elle prend fidèlement.

Convoqués : famille nucléaire et grands-parents maternels.

CHAMPS D'INVESTIGATION SUR LESQUELS FOCALISER L'ENTRETIEN :

Sur la base de la fiche téléphonique de la famille Blanc, regardons quels sont les aspects les plus significatifs qu'il faut investiguer durant l'entretien téléphonique.

Le premier concerne le référent et les modalités selon lesquelles la famille a été envoyée en thérapie. C'est un problème important et délicat, largement traité par Mara Salvini-Palazzoli *et al.* (9, 11) et nous renvoyons le lecteur à ces travaux pour une étude plus approfondie. Il nous paraît cependant utile de mentionner qu'en présence de référents membres de la fratrie ou de référents extérieurs (par exemple médecins, psychologues, psychothérapeutes, amis, etc.) très impliqués dans le jeu familial, la thérapie ne peut ni ne doit commencer sans qu'aient été mises au point des stratégies ad hoc pour résoudre l'impasse de leur implication. En effet, le référent est devenu partie prenante, ou a toujours fait partie (lorsque le référent est un membre de la fratrie) du jeu dysfonctionnel qui a produit le malaise moteur de la demande de thérapie.

Dans le cas de la famille Blanc, la position du référent est différente. D'après les réponses de son interlocuteur, le thérapeute comprend que l'indication de thérapie familiale provient d'un médecin hospitalier qui n'a eu de contact avec la famille que lors de l'hospitalisation de la patiente désignée. Il s'agit donc d'un professionnel extérieur à la famille, qui n'a avec elle aucun lien de parenté, ni d'amitié, ni aucun rapport de type psychothérapeutique avec aucun des membres.

Par contre, nous tenons à relever le fait suivant, qui se produit fréquemment : l'indication de thérapie familiale s'est vue immédiatement acceptée et probablement réutilisée par le père contre ses beaux-parents. Ce n'est qu'au cours de la deuxième séance de thérapie que nous pûmes vérifier notre hypothèse selon laquelle l'intérêt du père pour ce traitement ne découlait pas seulement de son espoir de guérir sa fille, mais aussi de celui de disqualifier les pratiques de sorcellerie, entreprises sur le conseil des beaux-parents qui intervenaient dans les décisions familiales. Mais sur ces éléments qui constituent les indices du jeu familial, nous reviendrons plus amplement par la suite.

Continuant notre examen de la fiche nous parvenons à la composition de la famille nucléaire. Au-delà des données biographiques, du niveau scolaire et des expériences professionnelles, il est nécessaire d'approfondir certains thèmes, souvent sources de conflits latents ou ouverts autour desquels s'organisent manoeuvres et contre-manoeuvres qui rendent le jeu de plus en plus complexe et répétitif. Nous pensons tout particulièrement au travail, de l'épouse surtout, aux changements ou aux interruptions d'activité de l'un ou l'autre conjoint, à l'éventualité de voyages professionnels fréquents, à des déménagements de la famille, à

des cohabitations ou des voisinages étroits avec des grands-parents ou d'autres membres de la parenté.

Sur ces points, la fiche Blanc nous informe que le mari a beaucoup d'engagements hors de la maison, pour des raisons professionnelles ou politiques, alors que son épouse ménagère, non pas tant par choix personnel du fait de la naissance de Nadine venue au monde juste neuf mois après le mariage, a été occupée à plein temps par ses trois filles. Cependant, nous ne pouvons nous contenter de ces données qui nous signalent une insatisfaction profonde et ancienne de l'épouse, mais nous devons étendre notre champ d'observation aux familles élargies, pour comprendre quelque chose de plus au conflit latent dans le couple. Apparaît alors l'existence d'un lien très étroit entre l'épouse, Suzanne, fille unique, et ses parents : lien qui semble se présenter comme une coalition niée dont le mari est exclu. A ce stade, il est impossible de dire si l'implication du mari dans son travail a poussé son épouse dans ce lien avec ses parents, ou bien, si, à l'inverse, c'est le maintien de ce lien après le mariage qui a conduit le mari à privilégier ses activités extra-familiales. D'ailleurs, il nous semble vain de décider d'une ponctuation qui ne pourrait être qu'arbitraire. Nous savons en effet, que c'est le présent qui explique et contient le passé (11).

La situation actuelle résulte d'une succession de manoeuvres individuelles qui finissent par créer un jeu dans lequel se rejoignent les stratégies individuelles. La compréhension des événements du passé ne nous est utile que pour leur contribution à l'évolution du jeu actuel.

Nous pouvons ainsi faire l'hypothèse que la première grossesse de Suzanne, intervenue sitôt après le mariage et perturbant ainsi la constitution d'une relation de couple stable, ait d'une part conduit Suzanne à abandonner son travail, et à renforcer le lien avec ses parents, tout disposés à s'occuper de leur fille et de Nadine, et ait amené d'autre part le père — vu ses nouvelles responsabilités paternelles — à intensifier ses activités professionnelles. Quant à la position de Nadine, nous pouvons facilement émettre l'hypothèse qu'au cours du temps, elle s'était cristallisée sous la forme de la situation de quelqu'un placé — depuis toujours — au milieu de deux factions en conflit. Le malaise relationnel avait dû croître progressivement chez cette jeune fille qui s'était toujours sentie inexistante, disconfirmée par ses parents du fait de « l'usage » qui était fait d'elle comme prétexte aux batailles entre les deux camps. Le véritable intérêt de chacune des factions était la défaite de l'adversaire, bien loin d'un intérêt authentique pour elle. L'explosion du symptôme anorexique était pour nous le signe de la rébellion de Nadine contre cet état de fait, ainsi que l'affirmation de son pouvoir anorexique sur les deux parties opposées : en effet, aucun des deux combattants n'avait le pouvoir de la faire manger, que ce soit par le recours à la sorcellerie ou à la médecine. Illusion de pouvoir, naturellement, puisqu'en se comportant

ainsi, elle restait à l'intérieur d'un jeu dans lequel l'instrumentalisation qui était faite d'elle par les deux factions demeurait inchangée avec en plus, pour elle, l'aggravation du symptôme.

En revenant à la fiche, apparaît un autre fait important : la cohabitation occasionnelle de la grand-mère paternelle jusqu'en 1978. Ceci nous amène à penser que le mari, lui aussi, a eu un lien étroit avec sa propre famille, qui contrebalançait probablement celui existant entre son épouse et ses beaux-parents. Sur ces aspects, nous avons pourtant très peu d'informations. Lors de l'entretien téléphonique, le thérapeute n'avait pas jugé opportun d'approfondir son investigation sur ce thème, en renvoyant l'examen à la première séance, du fait de la mort des deux parents du mari, mort qui remontait maintenant à de nombreuses années et reléguait au second plan l'importance de cette famille d'origine par rapport à celle de la mère.

Quoi qu'il en soit, nous souhaitons insister sur la nécessité, dans la fiche relationnelle, d'accorder une extrême attention à la présence d'éventuels cohabitants, qu'ils soient grands-parents ou autres membres de la parenté. Ces cohabitants, à l'égal d'autres membres de la famille font partie du système qui soutient le symptôme et c'est pourquoi ils doivent toujours être invités à la première séance. L'introduction d'un nouveau personnage à un moment donné de l'histoire familiale provoque inévitablement la réorganisation des relations. Cette réorganisation entraîne une modification de l'équilibre du système, à travers la formation d'alliances nouvelles et d'éventuelles coalitions susceptibles d'exacerber un conflit latent, de le révéler ou d'être la cause même de ce conflit.

De tout ce qui a été dit jusqu'ici, il ressort que la focalisation de l'investigation sur la famille nucléaire a donc clairement pour objectif de comprendre comment celle-ci s'est organisée sur le plan des relations. De même, la récolte d'informations sur les familles élargies, — au-delà des simples renseignements, standard, mais nécessaires — a pour but d'esquisser une première carte des relations entre chaque membre de la famille nucléaire, les familles d'origines et toute la parenté. Par exemple, il peut se produire qu'un membre d'une famille d'origine (grand-père) soit amené à jouer, et joue de fait, un rôle de substitut parental vis-à-vis des membres de la troisième génération (petits-enfants) ; ou encore que se créent, entre membres de générations différentes, des coalitions niées simples (par exemple un grand-père avec sa propre fille) ou croisées (un grand-père avec sa belle-fille), coalitions qui impliquent autant les conjoints respectifs que les membres de la dernière génération. Pour mettre ces aspects en lumière, nous devons chercher à comprendre au travers des faits et des comportements quelle est la fréquence des visites, comment se produisent les rencontres, qui appelle qui, combien de fois, etc. Dans la situation de la famille Blanc, les questions précises du théra-

peute font apparaître que, non seulement les contacts entre les grands-parents maternels et la famille sont très fréquents, mais qu'ils exercent une forte influence sur leur fille Suzanne et que ces grands-parents ont, dans cette famille, plus de pouvoir de décision que le père. Nous savons aussi que le grand-père sert de trait-d'union entre sa femme malade et la famille de sa fille.

On peut, dès lors, faire l'hypothèse de l'existence d'une sorte de noyau alternatif dans lequel les rôles parentaux sont tenus par Suzanne et par son père à l'exclusion du mari. Celui-ci annonce au téléphone que sa fille a été traitée, contre son avis, par des pratiques de sorcellerie, décidées par sa femme et ses beaux-parents. Notons qu'à partir de ces informations commencent à se faire jour des hypothèses sur le type de relations existant entre les deux familles et les personnes significatives de l'entourage.

C'est seulement après avoir achevé ce type d'investigation que l'on se penchera en détail sur le problème qui constitue l'objet de la demande de thérapie. Ce thème sera examiné en dernier pour permettre au thérapeute, tandis qu'il avance dans son investigation, de dresser mentalement une carte des interactions. Ainsi, il sera en mesure de relever les coïncidences entre certains événements et l'apparition des symptômes qui lui permettront de poser à son interlocuteur des questions spécifiques supplémentaires sur l'effet que les comportements symptomatiques ont eu, et continuent d'avoir, sur le réseau relationnel. Par exemple : ces comportements ont-ils éloigné de la famille certaines personnes et rapproché d'autres ? Quelqu'un dans la famille a-t-il la tâche de contrôler le patient désigné ? etc... C'est intentionnellement que le thérapeute ne s'appesantira pas sur l'histoire personnelle du patient désigné, sachant pertinemment que la prise en compte d'événements et de symptômes, sortis du contexte dans lequel ils se sont manifestés, lui serait de peu d'utilité.

Dans l'exemple de la famille Blanc, on notera que l'apparition des symptômes remonte à un peu plus de deux ans avant la demande de thérapie et coïncide d'une part avec les mouvements d'autonomisation liés à l'adolescence de la patiente désignée, et d'autre part à un relâchement partiel des relations avec la famille d'origine de Suzanne en raison de la maladie de la grand-mère maternelle. Les symptômes de la patiente ont eu pour effet de rapprocher les grands-parents et plus spécifiquement de réimpliquer le grand-père maternel dans les problèmes de la famille. C'est pourquoi, et compte tenu de l'insignifiance des liens avec la famille d'origine du père, l'équipe décida d'inviter les parents de Suzanne en première séance.

A la fin de l'entretien téléphonique, le thérapeute établit les bases d'une première définition du contact thérapeutique. Il s'assure que les autres membres de la famille sont au courant de la demande de thérapie

et s'informe de leur position quant à cette demande. Il annonce que le nombre maximal de séances est de dix et que l'intervalle entre deux séances est au minimum d'un mois. Il décrit les modalités de travail, l'existence d'un miroir sans tain, des caméras vidéo, ainsi que le rôle des superviseurs derrière le miroir. En outre, il informe que le contenu de l'entretien téléphonique sera discuté en équipe pour décider quelles autres personnes — en plus de la famille nucléaire et d'éventuels cohabitants — devront participer à la première séance.

Il charge l'interlocuteur de faire part de ces modalités de travail aux autres membres de la famille et lui demande de retéléphoner pour connaître la date du premier rendez-vous. Si la famille rappelle, le thérapeute, en fixant cette date, indique quelles sont les personnes convoquées. C'est à la famille elle-même qu'il incombe de solliciter leur présence. On notera que le contact thérapeutique n'est établi avec la famille que si elle partage non seulement certaines règles formelles (prix, nombre de séances, modalités techniques du travail) mais aussi l'approche méthodologique. Cette approche prévoit l'élargissement à d'autres personnages du réseau parental, la circulation des informations, l'accord sur la nécessité d'entreprendre une thérapie familiale. Il est essentiel de clarifier tous ces points lors de l'entretien téléphonique afin d'éviter qu'un membre de la famille soit moins bien informé que les autres et soit amené à commencer un traitement contre sa volonté.

COMMENT FUT UTILISÉE LA FICHE TÉLÉPHONIQUE

Passons maintenant à l'examen de l'utilisation de la fiche relationnelle dans la situation spécifique décrite plus haut. Les informations recueillies au téléphone nous ont permis de préparer la première séance, donc de :

- a) formuler des hypothèses initiales sur le jeu en cours, et faire le programme des points qui devaient être soumis à vérification ;
- b) décider quels membres de la famille élargie inviter à la première séance ;
- c) comprendre à quels patterns dysfonctionnels et répétitifs, apparus dans la relation avec l'équipe thérapeutique, nous ne devons pas nous associer.

Dans cette situation comme dans beaucoup d'autres, ces trois points sont interdépendants dans le sens que la capacité de commencer à démêler l'écheveau du jeu pathologique découle de la compréhension de la position occupée par les personnes significatives de l'entourage de la famille et de l'identification de ces modalités répétitives, modalités qui se manifestent déjà lors de la demande de thérapie. En ce qui concerne la famille Blanc, le motif pour lequel les grands-parents mater-

nels ont été invités à la première séance devrait être clair. Selon notre hypothèse, ce jeu pathologique s'articule autour de la coalition niée entre l'épouse, Suzanne, et ses parents, ou plus précisément son père. N'oublions pas qu'à ce stade l'hypothèse se présente encore comme un puzzle auquel manqueraient beaucoup de pièces, donc riche de points d'interrogations.

En première séance il s'agira donc d'utiliser la présence des grands-parents pour reconstituer la relation du couple avec les familles d'origine respectives et le type de lien, actuel et passé, entre les grands-parents et les petits-enfants. On investiguera aussi la position du mari à l'intérieur du jeu. Lors de l'entretien téléphonique, celui-ci accuse sa femme d'être fragile et dépendante de ses parents alors que simultanément il cherche une alliance avec le thérapeute en tentant implicitement de le faire se prononcer contre les pratiques de sorcellerie choisies par ses beaux-parents.

Un thérapeute systémique doit se demander immédiatement quelles sont les contraintes, dictées par le jeu relationnel, qui amènent le mari, chef de famille, à ne pas opposer sa propre autorité à celle de ses beaux-parents, et quelles sont les raisons qui l'induisent à rechercher l'alliance avec le thérapeute. A la lumière des informations en notre possession, il est possible d'avancer l'hypothèse d'un défi caché entre gendre et beaux-parents, qui s'exprime, à ce moment, sous forme d'une lutte à qui réussira à trouver la meilleure thérapie pour la patiente désignée. L'alternance de thérapies individuelles (dont il faudra vérifier en séance si elles ont été décidées par le père) et de pratiques de sorcellerie « imposées » par les grands-parents laisse à penser que, dans le jeu entre les deux camps, c'est au tour du père de jouer. C'est à lui de prendre l'initiative de chercher un traitement adéquat alors qu'à sa femme et à ses beaux-parents incombe le rôle de spectateurs plus ou moins critiques ou de saboteurs. C'est justement ce pattern dysfonctionnel et répétitif du jeu, qui se manifeste lors de la demande de thérapie familiale. Il est évident que ce pattern agit indépendamment de la volonté de chacun, de guérir la patiente désignée. Mais il est tout aussi évident que c'est justement sur ce problème que le thérapeute court le risque de se laisser impliquer et de s'associer à cette modalité dysfonctionnelle. Il pourrait tomber dans l'erreur de dévaloriser les méthodes empiriques ou magiques, provoquant ainsi le boycottage silencieux de la thérapie familiale par la mère et les grands-parents de la patiente désignée.

Le fait d'avoir identifié cette difficulté nous a permis de parer à une manœuvre potentiellement risquée. En effet, le père, lors de son appel pour confirmer l'accord de tous les membres de la famille à participer à la première séance, demanda au thérapeute si la participation de la patiente désignée à une séance de médium, organisée par ses beaux-parents, pourrait lui nuire psychiquement. Le père exprima toute sa

désapprobation uniquement par le ton de sa voix, mais verbalement il n'osa pas s'opposer à la proposition de ses beaux-parents, proposition à laquelle sa femme souscrivait.

Le thérapeute ne put éviter de donner une réponse tout en se rendant compte des implications relationnelles qu'elle comporterait, implications directement liées aux caractéristiques du jeu de cette famille. Il est évident qu'approuver ou désapprouver les séances de médium *signifierait* prendre parti soit pour le père, soit pour les grands-parents et la mère. Cela reviendrait donc à perpétuer un conflit implicite et se faire impliquer dans une modalité relationnelle dysfonctionnelle, précisément dans cette phase initiale si délicate de la création du contexte thérapeutique. Le thérapeute prit du temps pour réfléchir en équipe, il fut décidé de ne pas se laisser impliquer dans le contenu de la question tout en donnant une réponse qui rétablisse les niveaux hiérarchiques, sautant directement au coeur du problème.

La réponse donnée au père fut la suivante : « concernant le problème que vous avez posé, nous sommes convaincus que toute décision prise par vous comme chef de famille ne pourra nuire en aucune manière à votre fille ». Le père ne fit aucune objection à cette réponse, remercia et confirma la présence de tous les membres invités à la première séance.

La réponse fournie, comme nous eûmes l'occasion de le vérifier au cours de la thérapie, représenta une première intervention thérapeutique cohérente avec les interventions suivantes, visant à rétablir les niveaux hiérarchiques et à contourner les risques inhérents à une réponse sur les contenus.

RÉFLEXIONS EN GUISE DE CONCLUSION

C'est bien la responsabilité du thérapeute que d'éviter certaines erreurs et certains pièges du jeu de la famille ainsi que de ne pas s'allier aux patterns dysfonctionnels qui soutiennent le symptôme. Cette responsabilité se présente bien évidemment au cours de toute la thérapie, mais elle apparaît encore plus grande et plus cruciale dans les premières phases si délicates de la relation avec la famille, lorsque celle-ci est encore en position « out there » par rapport à l'équipe thérapeutique.

La fiche téléphonique relationnelle est d'une aide précieuse non seulement pour identifier les pistes à suivre, mais surtout pour découvrir à temps celles à éviter. Pourtant elle ne sera utile que si les faits et les informations qu'elle contient ne demeurent pas isolés mais sont organisés autour d'une hypothèse vraisemblable basée sur des faits (8).

Seule la vérification de la validité des hypothèses permet d'acquiescer les connaissances qui nous indiquent *ce qu'il ne faut pas faire*. Ce sont les *redondances* et les *phénomènes répétitifs* que la fiche fait apparaître,

qui nous permettent d'accroître toujours plus, notre capacité à distinguer les pistes à suivre de celles à éviter. Dans ce sens, et au-delà de son utilisation en vue de la préparation de la première séance, la fiche relationnelle peut être un précieux instrument de recherche. La manière dont elle est construite et dont elle est recueillie en garantissent la validité méthodologique. En effet, elle est structurée en champs d'investigation standard sur les paramètres organisationnels de la famille ; elle est toujours recueillie par la même personne (dans notre cas, un membre de l'équipe thérapeutique) et dans les mêmes conditions (par téléphone, avec la famille en position « out there »).

Le thérapeute ne peut prétendre améliorer sa compréhension des « jeux » familiaux et augmenter sa capacité à comprendre mieux et pourquoi il s'est trompé, que si l'examen a posteriori de tout ce qui est apparu au cours de la thérapie est confronté aux premières informations écrites, contenues dans la fiche, et aux premières hypothèses qui en avaient découlé.

A notre avis, il n'est possible *d'apprendre de nos erreurs* à éviter certaines interventions que si jamais l'activité thérapeutique ne cesse d'être, aussi, une activité de recherche.

Paola Di Blasio
Chargé de recherche
Institut de psychologie de l'Université catholique
Largo Gemelli 4
I-20146 Milan

RÉSUMÉ

Entreprendre une thérapie familiale sans un travail préliminaire de récolte d'informations fait courir au thérapeute un risque très grave de s'associer justement aux patterns historiques dysfonctionnels qui soutiennent le symptôme. Les auteurs de cet article proposent une méthode d'entretien téléphonique qui permette de recueillir les informations, de les organiser sous forme d'une fiche relationnelle et de les utiliser pour la préparation de la première séance. Ces phases préliminaires du processus thérapeutique sont illustrées par une situation clinique.

SUMMARY

Embarking on the process of a Family Therapy without carrying out the preliminary work of collecting information, exposes the therapists to the very serious risk of endorsing precisely those dysfunctional historical patterns which sustain the symptoms.

The authors of this paper propose the technique of a telephone interview which enables the therapists together appropriate information, organized into a relational chart and use it to prepare the first session.

These initial stages of the therapeutic process are illustrated by the account of a clinical case.

Mots-clés :

Fiche téléphonique
« Out There »
Informations relationnelles
Patterns historiques dysfonctionnels
Hypothèses
Convocation
Première séance

Key words :

Telephone Chart
« Out There »
Relational informations
Historical dysfunctionnal Patterns
Hypothesizing
Convocation
First Session

REMERCIEMENTS

Les auteurs, membres de l'équipe du « Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia » jusqu'en juin 1985, tiennent à remercier le professeur Mara Selvini-Palazzoli pour sa très précieuse critique.

BIBLIOGRAPHIE

1. BATESON G. (1972). « Vers une écologie de l'esprit », Seuil, Paris, 1980.
2. COVINI A., FIOCCHI E., PASQUINI E. e SELVINI M. « Alla Conquista Del Territorio », *Nuova Italia scientifica*, Roma, 1984.
3. LE MOIGNE J.L. « Théorie du système général : théorie de la modélisation », Presses universitaires de France, Paris, 1977.
4. MORIN E. « La méthode, Tome I. L'ordre, le désordre et l'organisation », Seuil, Paris, 1977.
5. RICCI C. (1981). « Au-delà de La Dyade : La nature multidimensionnelle de la communication, dans : SELVINI PALAZZOLI M. *et coll.* « Dans les coulisses de l'organisation », E.S.F., Paris, 1984.
6. SATIR V. « Conjoint Family Therapy », Science and behaviour books, Palo Alto, 1964. *Thérapie du couple et de la famille*, E.P.L., 1971.
7. SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G. et PRATA G. (1975). « Paradoxe et contreparadoxe », E.S.F., Paris, 1978.
8. SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G. et PRATA G. (1980). « Hypothétisation-circularité-neutralité. Guides pour celui qui conduit la séance ». *Thérapie familiale*, Genève, 1982, Vol. 3, No 3.
9. SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G. et PRATA G. « The Problem of the referring person », *Journal of marital and family therapy*, 1980, 6, 3-9. « Le problème du référent », *Thérapie familiale*, Genève, 1984, 5, 89-99.

10. SELVINI PALAZZOLI M., Review of: KEENEY B.P. «Aesthetics of Change», *Family process*, 1984, 23, 2, 282-284.
11. SELVINI PALAZZOLI M. «The Problem of the sibling as the referring person», *Journal of marital and family therapy*, 1985, 11, 1, 21-34. «Le problème du référent membre de la fratrie» (à paraître prochainement dans *Thérapie familiale*).
12. SELVINI M. (aux soins de). «Cronaca di una ricerca. L'Evoluzione della terapia Familiare nelle opere di Mara SELVINI PALAZZOLI», *Nuova Italia scientifica*, Roma, 1985.

LE LABYRINTHE DE LA SUPERVISION ¹

Alain ACKERMANS * et Chantal Van CUTSEM *

Je sens que je progresse à ceci que je recommence à ne rien comprendre à rien.

Charles-Ferdinand Ramuz

Qu'est-ce qu'une opinion ? Une limite imposée à soi-même.

Mihaly Babits

Dans l'obscurité qui règne derrière le miroir sans tain, les voies suivies par le superviseur sont parfois repérables. Nous aimerions lui emboîter le pas et tenter d'entrevoir quelle direction il emprunte.

Pour cerner notre champ d'exploration, nous parlerons ici de supervision directe c'est-à-dire d'une consultation famille-thérapeute, le superviseur se trouvant derrière le miroir sans tain (1, 8).

Dans la supervision indirecte, effectuée à partir d'une bande vidéo, la séance a déjà eu lieu, et si l'approche reste identique, le rythme et l'intensité émotionnelle par contre sont très différents. La séance est en effet passée et le temps de discussion est libre. Nous approcherons la préparation et les différents temps qui jalonnent une supervision directe, ensuite un exemple clinique donnera matière à une discussion plus approfondie.

Examinons tout d'abord la rencontre entre le superviseur et le thérapeute avant la séance. Cette rencontre a comme premier objectif de mieux cerner la difficulté éprouvée par le thérapeute. Celle-ci doit être précisée et ainsi le thérapeute en difficulté sert de porte d'entrée dans le système famille-thérapeute tout comme le patient identifié permet d'entrer dans le système familial. Le superviseur s'efforcera d'utiliser

¹ Ce texte est également le fruit de nombreux échanges tenus à bâtons rompus à l'I.T.F. de Rome durant l'année 1983-1984. Nous tenons à remercier tout particulièrement le Docteur Paolo Menghi, la Dssa Gemma Trapanese et la Dssa Christina Dobrowolski qui constituaient le groupe où il a pris naissance. Notre souhait était de laisser une trace écrite de certaines idées communes et réflexions personnelles nées dans ces rencontres toujours agréables.

* Alain Ackermans et Chantal Van Cutsem sont codirecteurs du Centre d'études de la famille et des systèmes à Bruxelles.

cette impasse en créant de nouvelles tensions qui permettront au thérapeute d'aller de l'avant.

La création de ces tensions installe un modèle de relation « nouvelle » entre thérapeute et superviseur. La difficulté rencontrée par le thérapeute a le plus souvent bloqué ses ressources émotionnelles. Ce blocage est en soi déjà une information importante. Si le superviseur peut insérer cette forme de paralysie au sein d'une dynamique plus vaste, il peut permettre alors la libération de ces émotions et une reprise du processus thérapeutique. C'est aider à réaliser ensemble le passage d'un niveau cognitif à un niveau plus émotionnel. En changeant de niveau, d'autres voies se créent, grâce auxquelles le thérapeute amplifie et complexifie ses capacités d'entrer en relation.

Le thérapeute affirme : « Je ne peux rien faire » mais la vraie question n'est-elle pas plutôt : comment pourrait-il utiliser le contenu et les émotions apportés par cette famille et donc la difficulté que cette dernière lui a créée en se dégageant surtout des présupposés qui le paralysent. Il n'y a pas d'erreur en soi mais il peut se faire que des éléments contribuent à rendre une situation dysfonctionnelle irréversible, les présupposés pouvant à leur tour favoriser et même amplifier ce malaise.

Pendant ce temps essentiel de la rencontre préalable superviseur-thérapeute, parallèlement à cette dynamique alternative qui s'installe, la récolte d'informations concernant la famille présente, elle, des risques et des avantages. Si elle permet en effet d'élaborer des hypothèses de plus en plus complexes, elle peut limiter par contre la création d'une nouvelle relation.

En effet, une fois le superviseur trop inséré par l'intermédiaire du thérapeute dans le discours familial, il lui sera difficile d'aider le thérapeute à se distancier, or justement cette création de différentes perceptions du groupe familial peut lui restituer un choix possible d'une attitude thérapeutique ou d'une intervention différente. La rencontre avant la séance permet au superviseur d'évaluer également avec le thérapeute comment celui-ci peut s'utiliser ainsi que le niveau de sa formation. Cette évaluation portera sur l'amplitude ainsi que sur la diversité de la gamme des émotions que peut vivre ce thérapeute et de l'emploi qu'il peut en faire. A nos yeux, comme le rappelle Maurizio Andolfi, refuser d'entrer dans un rôle assigné par une famille et chacun de ses membres est d'aussi peu d'utilité que d'y entrer sans s'en rendre compte (2).

Un des objectifs de la supervision est donc aussi de faire vivre des gammes d'émotions les plus vastes possibles et cette expérience permet à son tour aux deux intervenants de définir leur relation. La rencontre avant la séance n'est donc jamais une révision « technique » comme pourraient l'attendre ou le croire certains, qui ferait croire au thérapeute qu'il pourrait prendre ou garder un pouvoir et un contrôle tout à fait illusoire. Contrôler et gérer une relation sont deux façons bien diffé-

rentes d'être en relation et à nos yeux la supervision se doit d'aider à gérer une relation dans un processus de participation.

Prenons un exemple clinique. Nous relatons ici une première séance de thérapie avec une famille comprenant un père, une mère et une adolescente. Christine, âgée de 13 ans. Le thérapeute en formation va vivre sa première supervision en direct et le superviseur se trouve derrière le miroir sans tain avec le groupe de formation. La famille est informée de ce fait.

Lors de la prise de rendez-vous, le problème annoncé est celui d'un refus scolaire de la part de Christine. La famille est déjà installée dans la pièce quand le thérapeute entre.

Thérapeute : Qui veut commencer ? Nous devrions nous présenter. Nous ne nous connaissons pas.

Père : Bien sûr.

Thérapeute (à la fille) : Toi, comment t'appelles-tu et quel âge as-tu ?

Christine (patient identifié) : 13 ans !

Thérapeute (à la mère) : Et vous, comment vous appelez-vous ?

Mère : Mireille, j'ai 41 ans.

Père : Moi, je m'appelle Joseph et j'ai 50 ans. Et vous ?

Thérapeute : Bien, ici nous travaillons en équipe et derrière ce miroir, le docteur X assiste à notre travail.

Père (en riant) : Je comprends, je comprends ! en fait, il s'agit d'un problème de comportement entre moi et Christine. Christine est notre fille unique. Nous l'avons eue après de nombreuses années de mariage. Nous voulions des enfants et nous avons eu notre fille. Et maintenant qu'elle est devenue grande, il y a des discussions continuelles sur la façon de voir les choses. Peut-être y a-t-il de la nervosité à l'intérieur de la famille qui dépendrait de ma façon de voir ? Je travaille beaucoup et je ne suis presque jamais à la maison.

(Le père se lève et prend alors le cendrier, il donne une cigarette au thérapeute, et ensuite du feu.)

Père (en poursuivant) : Voyez-vous, avant, je travaillais dans une banque et mon horaire était plus régulier. C'était la routine. Maintenant j'ai repris une petite entreprise et les problèmes sont plus nombreux. Je ne comprends pas les difficultés de ma fille et tout passe par sa mère. Christine refuse d'aller à l'école ; en fait, elle peut refuser d'apprendre mais, par la suite, une fois atteint un certain âge, pour s'insérer dans la vie...

Réflexions du superviseur : C'est comme si le père dédramatisait pour minimiser la situation. Peut-être une grande angoisse est-elle pré-

sente et il s'efforce de la réduire en rationalisant continuellement tout. C'est comme s'il était le « psy » de la famille, le thérapeute de la séance. Ce père a déjà un discours relationnel car il vient pour une thérapie familiale et il cherche à établir un lien plus étroit entre lui et le thérapeute comme s'il se rendait chez un collègue ou un confrère.

Dans un premier temps, le superviseur écoute, regarde et recueille des impressions. A chaque fois qu'il en saisit une, il la tient en suspens et ne se demande pas tout de suite ce qu'il doit en faire ou comment l'utiliser. Dans un second temps seulement, il s'efforce de trouver une intervention, la plus simple, la plus claire et la plus concise possible qui intégrera le maximum de ce qu'il a perçu. Dans une supervision, c'est ce procédé de synthèse qui est le plus ardu.

Dans ce cas particulier, comment relier ces différentes impressions ?

Voici la suite de la séance :

Père : Ma fille a peur qu'ici, ce soit un lieu pour les fous. Il faut clarifier le fait qu'ici, ce n'est pas un lieu pour les fous...

Réflexions du superviseur :

En tenant compte des peurs comme des besoins de cette famille, pour le moment, je sens une peur de la part du père et je m'interroge... J'essaie de lier la peur de ce père à un type de symptôme. Si je peux me faire une idée sur ce que représente le choix du symptôme de l'adolescente en relation avec les peurs et les désirs de toute la famille, apparaîtra une image dans ma tête. Cette image, loin de tout éclairer peut devenir un point de référence, utile pour sortir de la logique de cette famille.

Je regarde les parents et la fille et mes observations s'élaborent dans ce contexte thérapeutique précis. Je tente de recueillir les divers messages que le système familial m'envoie à différents niveaux et je m'aperçois que le thérapeute y assume déjà une fonction classique, quelque peu automatique. Ce sont toujours eux qui conduisent la séance et le thérapeute n'a pas encore engagé « la confrontation » qui définit les règles de la relation thérapeutique (8). Je relie cette perception à celle de la peur du père.

A cet instant de la séance, de multiples interventions sont possibles. Essayons d'en imaginer quelques-unes. — d'abord appeler le thérapeute à un téléphone mural — intervention qui interrompt l'interaction et dans le même temps la souligne. Le thérapeute se lève et le discours du père reste « en suspens ». Le père préoccupé par ses propres peurs disqualifie et envahit la séance. Il continue à parler, la main levée.

L'intervention portera sur le discours du père et se doit d'être rapide sinon le contexte qui lui a donné naissance s'estompe et elle perd de son effet incisif d'un point de vue thérapeutique. Cette coupure physique est importante et rappelle par la même occasion un peu de la séparation présente dès les premiers instants de toute thérapie. Le thérapeute bouge, se lève, se dirige vers le téléphone et installe une séparation avec les membres de la famille. Le voilà à la fois dedans et dehors. Le superviseur passe à présent un message clair et concis, qui est une synthèse des impressions, nées du contexte de la rencontre. L'élaboration de cette synthèse doit prendre en considération ce que le thérapeute pourra recevoir et un des objectifs du superviseur reste de lui faire vivre « directement » des émotions différentes de celles qu'il vit en séance afin de lui permettre de créer des scénarios alternatifs : l'imprévisibilité comme réponse à l'immobilisme de la maladie mentale (3, 5, 6).

Une des interventions pourrait être :

Superviseur : Ça me dérange cette histoire de fous... parce que, s'il n'y a pas de fous ici ou quelqu'un qui soit prêt à le jouer... vu que nous, nous sommes spécialistes de fous, nous aurons des difficultés à faire quelque chose ensemble...

Lorsque le thérapeute passera ce message, durant un instant, la tension peut augmenter mais on utilise la peur liée à la parole « FOU » et en même temps, on la contrôle. La crainte de la folie est liée à la peur du père et ce dernier tente de la minimiser en la niant. La phrase du père nous donnait un matériel concret pour construire notre intervention et ébaucher une réponse à nos interrogations : « Quelles sont donc leurs peurs à eux tous ? »

A l'instant où retentit l'appel, l'intervention du superviseur réalisée à ce moment précis reprend des éléments du discours du père et dans un premier temps lie également la patiente identifiée qui personnifie la peur de toute la famille. On passe de la tension centrée sur le symptôme à la tension centrée sur le système (8).

Par une intervention de ce type, il est évident que le superviseur assume avec le thérapeute la co-responsabilité de la thérapie, autant que celle d'une supervision.

Une autre intervention pourrait être celle-ci :

Superviseur : Nous avons assez écouté le père, maintenant intéresse-toi à la mère.

Le risque présent ici serait que le thérapeute ne retourne en séance avec l'idée que ce qu'il fait est « faux » et l'idée que ce que suggère le superviseur est plus « vrai ».

Si le thérapeute rendu plus confus échoue, cela pourrait être un moyen pour lui de démontrer indirectement que le superviseur avait

tort. Tout cela se joue au sein du contexte d'un groupe de formation où la dépendance initiale est souvent inévitable. Le conflit potentiel et latent existant entre père et thérapeute pourrait se déplacer par ce type d'intervention, moins intégrante cette fois, entre superviseur et thérapeute et ensuite entre groupe de formation et formateur.

Nous nous situons plus au coeur d'une logique linéaire, où plus rien ne peut circuler, avec tout type d'intervention qui risquerait d'être vécu comme un jugement de valeur : voilà comment intervenir, ceci est bien, ceci est mal...

Un des risques majeurs de toute supervision serait d'amplifier cette impression d'échec ou d'erreur, ce sentiment de s'être trompé. Le superviseur doit insérer le comportement du thérapeute dans une dynamique plus large. S'il se contente d'exprimer un désaccord avec la façon dont le thérapeute travaille, son intervention n'a aucune raison d'être. « Je peux vous dire ce que je perçois, et pas ce que vous devez voir ».

De plus, en agissant de la sorte tout étudiant en formation en vient à masquer ses difficultés en disant que le superviseur ne le comprend pas, — ce en quoi il n'aurait cette fois pas tort — changer de superviseur, annuler les interventions ou dire : « ceci n'est pas mon style ». Le superviseur perd la relation *de confiance mutuelle et de respect* avec le thérapeute qui alors en arrive à penser qu'une vérité est logée dans la tête du superviseur comme la famille pense parfois qu'elle est logée dans la tête du thérapeute.

Une autre intervention du même registre serait :

Superviseur : J'aimerais que tu fasses ceci :

Le superviseur ne fait que métacommuniquer sur ce qu'il voit. Dans cet exemple, sa position devient symétrique en regard de celle du père de notre famille et nous ne sortons toujours pas du contexte explicatif mis en place : le père est en train de dire au thérapeute ce qu'il doit faire et une intervention de même niveau cognitif entre superviseur et thérapeute ne provoque rien de différent ou d'inattendu. C'est pourquoi le stimulus induisant le changement de niveau doit passer de façon concrète et il est utile, par conséquent, que le superviseur l'accompagne de quelques exemples, surtout si le thérapeute a moins d'expérience.

Il pourrait, par exemple, d'une voix calme et tranquille, dire :

Superviseur : dis-moi, qui t'est le plus antipathique ou qui te dérange le plus jusqu'à présent ?

Ou alors

Superviseur : Mais que se passe-t-il dans ta relation avec ce père ?

Le thérapeute retourne en séance dans un état de confusion. Son angoisse ou son malaise augmente car le niveau d'intervention a changé.

Cette confusion peut l'aider s'il prend conscience à présent de ce qu'il était occupé à vivre dans la séance et s'il dépasse cet état.

Mais libre à lui également de quitter la pièce pour demander au superviseur de l'aider, puisque ce dernier, s'il fait cette intervention a une hypothèse de ce qui se joue dans la relation entre ce père et ce thérapeute. Il n'est pas inutile de rappeler encore une fois que l'hypothèse n'est pas tenue d'être exacte ou fausse. Elle est instrument de travail.

De nombreuses demandes de formation contiennent aussi camouflées une volonté de regard sur soi-même, de remise en question. Mais il y a parfois confusion entre recherche d'identité professionnelle et recherche d'identité personnelle. La frontière entre formation et thérapie n'est pas toujours claire et une intervention de ce type dans ce contexte particulier peut induire cette confusion. Toute supervision contient par conséquent à la fois un aspect stratégique, didactique et personnel (4).

Ce que le thérapeute vit confronté à cette famille doit certes être considéré avec soin.

Pour se faire, un temps après la séance est indispensable, avec la participation du groupe, surtout si cette séance prend place dans un processus continu de formation. Le diagnostic relationnel s'inscrit entre ce que le thérapeute vit par rapport à une famille et ce que cette dernière rejoue avec lui dans une relation (8).

Une autre intervention pourrait être :

Superviseur : Mets-toi dans un coin. Fais organiser un jeu par le père et ne dis plus rien, observe...

Cette intervention rendrait explicite la situation vécue par le thérapeute et toucherait également le père qui n'arrête pas de parler, de remplir la séance. Nous passons d'un niveau implicite à un niveau explicite. La question est de savoir si le superviseur veut toucher le thérapeute ou un membre de la famille. Si dans ce cas particulier, nous vivons les réactions d'un thérapeute dont c'est la première supervision en direct, il apparaît évident que superviseur et thérapeute doivent être en syntonie pour pouvoir travailler ensemble et respectueux de leur différence. Plus le thérapeute est compétent, plus il incombe au superviseur de s'insérer dans le discours à un moment opportun.

Une autre intervention plus franche pourrait être :

Superviseur : Excuse-moi, mais pourquoi ne me passerais-tu pas le père au téléphone ?

Le thérapeute est touché à un niveau personnel et se sent menacé d'un « retrait » temporaire de la relation dans le processus thérapeutique.

Deux solutions s'offrent à lui : il peut s'asseoir sans rien dire mais doit de toute façon gérer à présent cette impuissance avec le père ou libre à lui de passer le père au téléphone. La relation père-thérapeute se

déplace avec le superviseur et suppose que ce dernier en ait envisagé la possibilité. Un autre souci majeur du superviseur est de provoquer le changement, en prévenant la formation de toute relation thérapeutique rigidifiée et en respectant le travail du thérapeute.

L'intervention suivante pourrait être alors (avec le père au bout du fil) :

Superviseur : Ecoutez-moi. Il me semble bien connaître ce thérapeute. Je ne comprends pas comment vous avez fait pour le rendre aussi inefficace... Pouvez-vous le lui demander ?

Suit à nouveau un instant de confusion auquel plusieurs issues sont possibles :

- le père formule sa demande au thérapeute et de ce fait, le contexte de leur relation change ;
- il s'assied sans rien dire, perplexe, et les autres membres du système lui demandent ce qui s'est passé.

Nous nous trouvons au coeur de la provocation qui, comme le terme l'indique, consiste à « appeler au devant » de la scène. Provoquer n'est pas agresser. Il s'agit toujours de provoquer une fonction et de soutenir une personne (1). Si le thérapeute confus au niveau cognitif peut ressentir ses émotions et les faire circuler, il change le niveau de l'interaction. Un des rôles du superviseur est aussi d'aider à ce changement de niveau.

C'est une prétention de croire que n'importe quel thérapeute peut être provoqué : il a besoin de résistance émotive et de capacité de distanciation. Ainsi, l'intervention provocatrice peut aider le thérapeute ou lui nuire selon le niveau de formation rejoint et l'adéquation temporelle de chaque intervention.

Beaucoup d'autres interventions restent encore possibles. Notre propos n'est pas d'en dresser la liste exhaustive.

On peut également envisager l'entrée du superviseur en séance. La gradation des interventions, elle, vient d'une évaluation subjective du superviseur : le thérapeute sortira-t-il de sa difficulté ou pas ? S'il estime que son niveau de confusion est trop élevé, la suite des interventions sera inutile pour le thérapeute comme pour la famille, et le superviseur peut décider d'entrer. Il peut prendre la décision d'entrer pour une parenthèse interactive même si à ce moment précis cela peut être vécu comme une forme de déception par le thérapeute. L'évaluation subjective du superviseur peut ensuite faire l'objet d'une discussion avec le groupe d'observation une fois la séance terminée.

De même au cas où le thérapeute quitte la salle de thérapie et communique au superviseur sa confusion, le superviseur peut décider d'entrer avec le thérapeute pour quelques minutes.

Thérapeute : Voici le docteur X.

Superviseur (à la mère, en prenant une chaise et s'asseyant près d'elle) : Madame, expliquez-moi ! pour moi, vous restez un mystère...

Le père se lève et vient serrer la main du superviseur.

Superviseur (au père) : Vous me rappelez un grand acteur de cinéma. Vous me rappelez quelqu'un qui appartient au monde de la psychiatrie et que peut-être vous ne connaissez pas. Je parle de David Cooper.

Superviseur (à la mère) : Moi, je connais David Cooper mais je ne connais pas votre mari. Si c'est vrai qu'il lui ressemble physiquement, il y a peut-être d'autres éléments en commun. Si, pour moi, il peut ressembler à David Cooper, vous, madame, par contre vous restez un mystère.

(...) Silence.

Père : Je voudrais clarifier quelque chose. Ma soeur n'est pas très bien non plus et est actuellement soignée par un psychiatre. C'est la première fois que nous en parlons devant ma fille...

La peur de la folie peut commencer à s'expliquer.

A présent voici un autre extrait d'une séance d'une famille composée d'un père, d'une mère et de trois filles. Le superviseur est confiant dans la compétence professionnelle du thérapeute et essaie de s'intégrer dans la ligne tracée par ce dernier. Depuis quelques minutes, le thérapeute et la famille parlent du père qui lui, se sent partagé entre sa femme et sa mère.

Thérapeute : Quelle est la part de vous-même que vous consacrez à votre femme ? La droite ou à gauche ? Au-dessus ou en-dessous ?

Père : Disons 50%.

Thérapeute : J'ai compris, mais quels 50% (il prend une craie et veut tracer une ligne sur le père). Les 50%, on peut les obtenir en divisant horizontalement ou verticalement.

Père : Disons, verticalement. (Le thérapeute trace à la craie une ligne verticale sur les vêtements du père.).

Thérapeute : Quelle partie avez-vous donnée à votre femme ? La droite ou la gauche ?

Père : Disons la gauche, celle du coeur. Oui, parce que nous avons été fiancés pendant six ans, et mariés pendant vingt ans ; je l'ai aimée, non ?

Thérapeute : Et quelle partie avez-vous donnée à votre mère, si une partie de l'affection vous l'avez mise ici ?

Père : Euh ! à ma mère, j'ai donné la partie droite car si elle avait besoin de moi... (il tend le poing et le bras dans un signe de force) parce que ma mère m'a tellement donné...

Intervention du superviseur : Et si chacune des filles traçait une croix sur le père dans la partie qu'elles ont soutenue le plus, celle de l'épouse ou celle de la grand-mère.

Le superviseur soutient ici le discours amorcé et le complexifie en tentant d'amplifier l'idée du thérapeute, catalysant par là-même, ce qui est occupé à naître dans ce système thérapeutique. Le thérapeute peut insérer cette intervention dans un instant thérapeutique choisi par lui.

Comme on le voit, il existe bien des manières d'utiliser le message de la supervision. Si le thérapeute est à l'intérieur d'un contexte émotif dans tous les cas, un message introduit une coupure qui préfigure aussi la séparation et peut créer de l'inattendu pour tout le système thérapeutique.

Plusieurs choix s'offrent à lui : se servir ou pas des messages ? Sous quelle forme et à quel moment ?

Parfois, il les rend de façon floue, en changeant certains mots ou d'un ton de voix inadéquat, alors le contexte demeure inchangé car le message est englobé dans le discours précédent.

Parfois, le thérapeute attend trop longtemps, et le message qui est alors transmis perd de son intensité. Parce qu'il lui faut, à ce thérapeute, tout comme au superviseur, moduler les temps dans une rencontre.

De même, si le thérapeute est trop dépendant du superviseur, il peut passer immédiatement toutes les interventions à la famille, avant même d'être assis ou de les avoir lui-même intégrées. Et, s'il peut faire le choix entre utiliser le message ou attendre, c'est déjà une preuve d'intégration de celui-ci (7).

L'intervention porte ses fruits quand le thérapeute a intégré le message dans sa dynamique thérapeutique, et qu'à ce moment, il peut soutenir un changement de contexte par d'autres interventions de sa part. Mais il faut une syntonie entre thérapeute et superviseur, surtout dans un processus de formation, où la dépendance initiale inévitable et nécessaire, peut ensuite évoluer jusqu'au moment où le thérapeute rend une dimension plus humaine à l'archétype du superviseur.

Ce mouvement de chacun, respectueux de l'histoire de tous, dans un projet commun d'une vraie rencontre avec une famille, peut aussi aider à mieux se connaître soi.

Alain Ackerman

Chantal Van Cutsem

Centre d'études de la famille et des systèmes
30 avenue Edouard Lacomblé
B-1040 Bruxelles

RÉSUMÉ

A travers l'exemple de différentes et multiples situations de supervision directe, les auteurs décrivent des interventions illustrant les diverses positions théoriques qui peuvent orienter la manière de mener une supervision. Ils insistent sur le rôle d'une forme de supervision qui centre le travail sur le repérage des émotions du thérapeute afin d'utiliser cette information comme ressource du processus à la fois de thérapie et de supervision.

SUMMARY

Through an example of two situations of life supervision, the authors describe interventions showing diverse therapeutic positions which orient the way to carry out a supervision. They insist on the role of one form of supervision which centers the work on locating the emotions of the therapist in order to use his emotions as resources for the therapeutic process and supervision.

Mots-clés :

Supervision directe
Equipe thérapeutique
Emotions
Thérapie familiale

Key words :

Life supervision
Therapeutic team
Emotions
Family therapy

BIBLIOGRAPHIE

1. ANDOLFI M., MENGHI P. La supervision provocatrice, *Terapia Familiare*, 9, 15-32, 1981.
2. ANDOLFI M. Famiglia e individuo in uno prospettiva trigerazionale *Terapia familiare*, 19, 17-25.
3. ANDOLFI M. La ridefinizione in terapia familiare, *I.T.F. Roma, Terapia Familiare*, 1, 1977.
4. BERGER M. and SS DAMMANN C. Live supervision as context treatment and training, *Family Process*, 21, 337-344, 1982.
5. LIDDLE H. Life supervision : Consultation : Conceptual and Pragmatic Guidelines for Family Therapy Trainers, *Family Process*, 4, 1983.
6. LIDDLE H.A.A. Seba, Family therapy training and supervision using mental imagery to create therapeutic and supervisory realities, *American Journal of Family Therapy*, 10, 68-72, 1982c.
7. MACDANIEL S. Approcci diversi alla supervizione : un orientamento nella formazione in *Terapia Familiare*, 15, 1984.
8. NICOLO A.M. Le emozioni del Terapista nella relazione terapeutica e in supervisione, *La Formazione Relazionale, individuo e gruppo nel processo di apprendimento*, atti II Convegno italiano I.T.F., a cura di Andolfi M. e Piccone D., Roma, Edizioni I.T.F., 1985.

Derniers titres parus

COLLECTION « PSYCHOTHÉRAPIES - MÉTHODES ET CAS »

EN MARGE DE LA DROGUE

Toxicomanes dans les appartements thérapeutiques

Françoise Lautier

120 pages

LA VIDÉO EN THÉRAPIE

Le choc de l'image de soi dans les soins psychologiques

Gérard Bleandonu

168 pages

MILTON H. ERICKSON

De l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique

Jacques-Antoine Malarewicz, Jean Godin

160 pages

COMÉDIES ET DRAMES DU MARIAGE

Psycho-guide illustré de la jungle conjugale

Guglielmo Gulotta, illustrations d'Alfredo Chiappori

144 pages

LA BIOÉNERGIE

Du risque de vivre... au plaisir d'exister

Claude Garraud

144 pages

DES ENTRETIENS COLLECTIFS AUX THÉRAPIES FAMILIALES

En psychiatrie de secteur

A. Daigremont, C. Guitton et B. Rabeau

2^e édition - 104 pages

LA GESTALT

Thérapie de l'ici et maintenant

Marie Petit

2^e édition - 184 pages

LES THÉRAPIES SEXUELLES

Charles Gellman et Josette Gellman

132 pages

L'ÉQUIPE DANS LA CRISE PSYCHIATRIQUE

Jean-Claude Benoit

100 pages

LE FACE-À-FACE EN PSYCHOTHÉRAPIE

des entretiens individuels et collectifs

Jean-Claude Benoit

2^e édition - 104 pages

Ouvrages en vente chez votre libraire ou aux :

Editions E.S.F.

17, rue Viète - 75017 Paris

VERS UN TRAVAIL SYSTÉMIQUE INDIVIDUEL

O. AMIGUET et Ph. GRESSLIN

Vers un travail systémique individuel...

Diverses formations à la thérapie familiale sont organisées en Suisse romande s'adressant notamment à des travailleurs sociaux. Leur formation terminée, ceux-ci se retrouvent souvent désemparés dans la mesure où leurs possibilités de pratiquer un travail thérapeutique avec des familles sont entravées par deux facteurs importants : d'une part le corps médical dans sa majorité se bat pour garder l'exclusivité de toute forme de « thérapie » et ne se montre pas prêt à partager le poids et le privilège de cette appellation avec, par exemple, des travailleurs sociaux et d'autre part le cadre institutionnel dans lequel évoluent les travailleurs sociaux est souvent incompatible avec une possibilité de travail thérapeutique (l'est-il plus ou moins que l'hôpital psychiatrique par exemple ? La question reste ouverte...)

Cela a pour effet que beaucoup de travailleurs sociaux formés à un travail thérapeutique systémique avec des familles en concluent que, les conditions d'application pour un tel travail n'étant pas réunies, ils ont moins de complications à renoncer à tout ce qu'ils ont appris et à revenir à des méthodes plus individualisées qui se rattachent alors à une autre épistémologie, en général d'inspiration psycho-dynamique.

Confrontés à cette question dans un service éducatif en milieu ouvert pour adultes, nous avons tenté pendant plus de trois ans de clarifier le travail que nous pouvions faire avec des adultes souvent isolés. Ne nous réclamant pas de l'étiquette « Thérapie », quel travail pouvions-nous faire qui rende compte de notre vision systémique ? C'est là ce que nous voulons partager ici.

Notre service, l'ASEMO (Action socio-éducative en milieu ouvert) est issu d'une association, « Le Relais » qui jouit d'un statut d'association privée, mais négocie avec l'Etat le prix de ses services en fixant un prix de journée pour les diverses prises en charge qui sont offertes.

Notre équipe est composée de deux éducateurs et d'une secrétaire à temps partiel.

Nous avons travaillé ensemble de 1981 à 1984, soit trois ans et demi. Les usagers nous sont adressés pour 1/3 par le Service de tutelle

(mandats civils), pour $\frac{1}{3}$ par le service des détenus libérés (mandats pénaux) et pour $\frac{1}{3}$ par des services privés, des services médicaux ou psychiatriques, par diverses institutions, voire même viennent vers nous sans intermédiaire. Ils ont au minimum 18 ans (majorité pénale). Les $\frac{2}{3}$ ont entre 18 et 30 ans, les autres sont plus âgés. Nous collaborons en moyenne avec quatorze personnes et la durée moyenne de notre travail avec eux est de six à quinze mois environ.

Chaque usager a son propre logement (nous avons la possibilité, au besoin, de sous-louer quelques studios). Nous les rencontrons individuellement dans leur milieu de vie (appartement, rue, bistrot), après avoir établi avec eux un contrat où nous déterminons les objectifs de notre collaboration. De plus nous sommes régulièrement atteignables dans des bistrots convenus (leur lieu de vie plus que notre lieu de thérapie), lors de nos « permanences ». Nous ne nous sommes pas partagé les situations, mais nous avons décidé que nous interviendrions les deux ensemble ou séparément dans la relation avec chaque usager.

Formés tous deux à la pensée systémique et à son application au travail avec les familles, nous nous sommes appliqués à utiliser nos formations dans ce contexte.

La première chose qui fut claire, c'est que, travaillant beaucoup avec des jeunes adultes, nous avons été confrontés à quelques jeunes gens ou jeunes filles qui, au sortir de l'adolescence, sont très embarrassés pour savoir comment mettre une distance satisfaisante entre leur famille et eux-mêmes. C'est par exemple, ce jeune homme qui donne son linge à laver à maman, prend un ou deux repas par jour avec ses parents, tout en ayant son domicile séparé, laisse sa mère nettoyer et ranger son appartement et son père s'occuper de faire tous ses paiements, ne leur paie bien entendu pas de pension et n'a aucun compte à leur rendre, pourvu que maman sache toujours où l'atteindre.

Ou, à l'autre extrême, des jeunes gens qui sont partis de chez eux sur un coup de tête et qui ont encore toutes leurs affaires affectives et fonctionnelles au domicile de leurs parents mais ne veulent à aucun prix entrer en négociation avec eux pour « partir avec ce qui leur tient à coeur »...

Il fut très vite évident pour nous qu'il était nécessaire de faire un travail avec la famille et que la possibilité d'inventer une autonomie ne pouvait se faire qu'en clarifiant les liens et le mode de relation qui pourraient s'établir entre la famille et le jeune qui s'en va. Nos formations en thérapie familiale nous furent utiles pour cela. La littérature sur ce sujet ne manque pas...

Mais la grande majorité des personnes avec lesquelles nous sommes en contact ne répond pas à ce profil et la plupart d'entre eux, soit n'ont pas eu de famille (élevé depuis quasi toujours en institution), soit sont issus d'une famille totalement disloquée (un frère à l'hôpital

psychiatrique, une mère décédée, un père disparu depuis très longtemps, une soeur qui est quelque part mais que l'on n'a pas revue depuis plusieurs années...), soit encore sont tellement rejetés de leur famille que toute forme de collaboration est exclue (nous en avons déjà trop fait pour lui, qu'il se débrouille tout seul, nous ne voulons plus entendre parler de lui, à vous de prendre le relais...).

Pour tous ceux-là, notre modèle d'intervention avec la famille se révélait inadéquat, sans parler des adultes dans la quarantaine qui, après un début de carrière prometteur avaient perdu emploi, femme, enfants, amis, famille et chien, laissant de plus en plus de place à la déprime et à l'alcool. Nous nous sommes alors demandé en quoi le modèle systémique avait quelque chose à nous dire pour le travail avec un adulte isolé, coupé de toute relation professionnelle, amicale, amoureuse, réduit à un comportement d'assisté.

EST-IL POSSIBLE DE FAIRE UN TRAVAIL INDIVIDUEL SYSTÉMIQUE ?

Nous avons alors commencé à être attentifs à trois choses :

1. Comment l'usager s'y prend-il pour *établir avec nous une ALLIANCE* ? Comment s'y prend-il pour se rendre sympathique, méritant de recevoir notre aide ou n'en valant pas la peine ? Comment établit-il une alliance avec l'un de nous plutôt qu'avec l'autre, ou comment forme-t-il (tente-t-il de former !) *une COALITION* avec l'un de nous contre l'autre ou avec nous contre le service placeur ? Triangule-t-il la relation avec nous et comment s'y prend-il pour cela ?

Repérer la manière dont l'usager triangule toujours la relation avec nous (par exemple au moyen de l'alcool), celle dont il fait ou ne fait pas alliance ou coalition dans les interactions avec nous, nous a permis d'émettre, puis de vérifier l'hypothèse que la manière dont il établissait alliance avec nous devait nous dire quelque chose d'important sur la manière dont il avait appris à établir alliance ou coalition et donc sur la manière avec laquelle il devait établir ou non alliance avec son patron, ses collègues, son concierge, ses voisins, ses amis, sa famille, son ami(e), etc...

Nous avons observé par exemple qu'une femme de 40 ans nous attire toujours dans des confidences au sujet d'un tiers et nous avons eu l'occasion de constater qu'elle agit de même avec son avocat, ses amis, son assistante sociale... comme si pour être bien avec quelqu'un il fallait se mettre « ensemble contre » ou « ensemble dans le secret ».

Ou pour un jeune homme de 22 ans, il faut passer par une prestation pratique concrète pour gagner sa confiance (lui trouver un studio).

Il s'est avéré que c'est là un critère essentiel pour lui aussi face à son employeur et son amie.

2. *Comment l'usager nous DIFFÉRENCIE-T-IL ?* Comment nous montre-t-il que nous sommes à ses yeux interchangeables ou différents ?

Nous avons alors constaté que certains nous confondaient constamment, mélangeant nos prénoms, attribuant à l'un les déclarations ou les actes de l'autre. Nous avons alors émis, puis vérifié, l'hypothèse que ces personnes devaient confondre les divers rôles et les fonctions différentes de leurs partenaires et prendre par exemple leur patron pour un père ou un copain, leurs collègues de travail pour des patrons, leurs amis pour des parents, leurs débiteurs pour des confesseurs, leur juge pour confident ou conseiller, etc...

D'autres, par contre, savent nous utiliser de façon très différenciée, traitant avec l'un de questions administratives et avec l'autre de problèmes affectifs ou existentiels, utilisant le sens du voyage de l'un, le goût pour l'ésotérisme de l'autre, etc... Ces personnes-là, avons-nous vérifié, sont capables de bien différencier les rôles et les personnes. C'est pour eux une ressource importante qui leur permettra, par exemple, de mobiliser plusieurs services sociaux en parallèle en brouillant les pistes pour éviter les recoupements. Ils pourront sans problèmes « manger à plusieurs rateliers ».

3. *Comment les personnes établissent-elles leurs FRONTIÈRES*, les limites de leur territoire ? Font-elles une différence entre leur logement, le bistrot et notre bureau ? Parlent-elles indifféremment de tout, n'importe où et en présence de n'importe qui ?

Certains, par exemple, peuvent exposer toute leur vie, leurs démêlés avec la justice, leurs difficultés sentimentales ou sexuelles à une table de bistrot lors de nos permanences devant deux ou trois personnes quasi inconnues pour eux. D'autres ont besoin d'intimité ou en tout cas de « non publicité » et n'oseront pas dire devant quelqu'un d'autre ce qu'elles ont mangé à leur dernier repas...

La manière dont chacun va préserver son territoire va nous donner une information sur les chances que nous avons de pouvoir entrer dans le monde de cette personne et dont nous risquons aussi de nous faire chasser. Il nous sera difficile d'entrer chez quelqu'un aux frontières rigides et il sera aussi vraisemblablement difficile, une fois entrés, de ne pas nous laisser enfermer, de ne plus pouvoir sortir de ces limites. A l'inverse, il est probable que ceux dont les frontières sont très flexibles vont nous laisser entrer sans problème mais vont faire peu de cas de toutes les informations que nous pourrions échanger. Nous aurons donc à en tenir compte pour le choix de la quantité et de l'intensité de ce que nous choisirons de travailler avec eux.

Ces observations nous ont amenés à reformuler en termes individuels des hypothèses que nous connaissions en termes d'interactions familiales, à savoir :

- a) *Toute personne, fut-elle isolée, tente de maintenir en toute circonstance une forme d'équilibre qui lui permette de sauvegarder ce qui, à ses yeux, est primordial et va maintenir au mieux l'estime qu'elle a d'elle-même.*

Qu'il faille pour cela « payer un prix fort » (aller en prison, être considéré comme illogéable, se mettre dans les dettes, avoir un comportement fou) n'a finalement pas autant d'importance que de sauvegarder cet essentiel fondamental qui préserve l'estime que chacun peut avoir de lui-même (ou la non-estime, bien sûr !).

Nous nous intéresserons donc plus aux effets des comportements qu'à leurs causes, cherchant comment chacun formule ce que ces effets permettent de sauvegarder.

Ainsi par exemple, ce jeune homme persuadé qu'on va s'occuper de lui et donc lui montrer qu'il n'a de l'importance que s'il va mal ou « fait des bêtises » et qui saura adapter ses « bêtises » aux critères de ceux qu'il côtoie (on ne fait pas les mêmes bêtises avec ses parents, son patron ou les éducateurs...).

Ou cette jeune fille qui a constamment besoin de mettre quelqu'un dans un rôle de parent pour vérifier qu'il ne peut rien lui apporter et qu'elle peut et doit se débrouiller seule.

Ou ce jeune homme qui, pour avoir de l'importance, devrait avoir une identité prestigieuse à ses yeux (médecin, chanteur punk ou peintre de renommée mondiale) et ne peut, par conséquent, se contenter d'un emploi sans gloire, préférant rester chômeur.

Ou cette femme, pour qui tout ce qui est bourgeois est haïssable et qui, malgré ses goûts de luxe et ses grandes compétences, doit vivre dans la misère pour ne pas devenir critiquable à ses propres yeux.

Nous pouvons donc considérer *toute demande d'aide de l'utilisateur comme l'expression d'une crise* (survenue souvent autour de l'apparition d'un symptôme) qui pourrait mettre en danger cet équilibre si durement acquis : il se passe maintenant, il s'est passé récemment ou il va vraisemblablement arriver un événement qui menace ces valeurs si importantes, c'est pourquoi il faut trouver de l'aide.

Alors qu'en général la demande des services placeurs peut se formuler en : « aidez-le à changer », c'est-à-dire à faire en sorte que le symptôme se modifie (par exemple que ce jeune gère correctement son argent), la demande ou l'espoir de l'utilisateur sera, face au risque de changement : « aidez-moi à ne pas changer » (par exemple à ne pas perdre la

spontanéité de ma jeunesse en me rangeant, à ne pas perdre l'estime que j'ai de moi en changeant de comportement ou de projet) ¹.

Donc, si nous voulons venir en aide à une personne, nous devons comprendre en quoi consiste l'équilibre qu'elle tente de sauvegarder même au prix de ce qui est étiqueté comme un dysfonctionnement social. Ce n'est qu'en faisant alliance avec cet équilibre que nous pourrions obtenir la collaboration de la personne, en reconnaissant explicitement la nécessité de ne pas changer cet essentiel, que nous pourrions obtenir son attention et mobiliser son énergie autrement. De cette hypothèse de base qui va fonder notre appréhension de l'usager, nous pouvons tirer des hypothèses secondes sur la manière de repérer ce que nous cherchons et sur l'utilité de ce repérage. Ce sera l'objet de nos points B et C.

b) Pour avoir accès à la compréhension de cet équilibre (*HOMÉOSTASE*) nous obtiendrons beaucoup plus d'informations en nous intéressant au processus plutôt qu'au contenu.

Pour les personnes dont les familles d'origine ont disparu ou ne sont pas mobilisables, il est fréquent que les institutions ou les services sociaux ou médicaux ou psychiatriques aient pris le relais de la famille. Nous constatons qu'observer comment la personne se comporte vis-à-vis des services sociaux, et de nous en particulier, nous donne des informations tout à fait pertinentes sur le processus par lequel la personne maintient l'homéostasie maintenant. Le handicap de ne pas avoir les interactions familiales à disposition est compensé par la longue pratique que la personne a développée dans ses diverses demandes aux services sociaux ou institutions.

Le SYMPTÔME, ou un symptôme annexe, nous donne souvent des indications utiles pour établir une hypothèse sur les règles à préserver :

Cette jeune fille constipée a tendance à tout retenir, à avoir des frontières rigides et à ne rien laisser sortir, tandis que ce jeune homme énurétique ne retient rien et lâche tout partout, comme un animal qui marquerait son territoire et maintiendrait les intrus à distance par son odeur. L'homme qui souffre de ne pas souffrir nous dit son habitude des

¹ Nous aurions peut-être pu aussi faire l'hypothèse que la demande des services placeurs pourrait se traduire par : « faites quelque chose pour que la relation entre cet usager et notre service ne se modifie pas, tout en éliminant le problème qui menace actuellement la poursuite de notre collaboration ». Nous ne nous sommes pas arrêtés à cette hypothèse dans la mesure où elle ne nous paraît fondée que dans quelques cas seulement : la surcharge des services officiels est telle que nous avons accepté plusieurs contrats avec des usagers alors que l'assistant social ne les connaissait quasi que sur dossier, les ayant vus une ou deux fois et nous les ayant envoyés immédiatement).

messages doubles, l'adolescent qui sent très mauvais peut-être « ne peut pas se sentir », et l'homme qui, sortant de prison, nous dit avoir pratiqué les métiers de tôlier, isoleur et serrurier transmet quelque chose de sa difficulté à être en relation.

Mais au-delà de ces aspects plutôt anecdotiques liés au contenu des symptômes, il convient surtout d'en observer les effets et dans ce sens, c'est plutôt *l'ensemble du cycle vital* de la personne qui nous donne les clés de la compréhension de l'homéostasie :

Ce jeune adulte utilise un service social pour se mettre en marge de sa famille, puis utilisera une autre famille pour se mettre en marge du service social, puis un projet de communauté pour se mettre en marge de la deuxième famille. Cet adolescent fuira l'affection de son père en se réfugiant chez sa mère, puis celle de sa mère en se réfugiant chez une amie de celle-ci, hésitant ensuite entre la folie et l'alcool pour prouver qu'il est plus fort et n'a pas besoin de...

Cette jeune mère, confrontée toute sa vie à de très grandes violences oscillait toujours entre le mouvement de donner beaucoup (chaleur, confiance, compréhension) puis de se retirer et de se fermer, provoquant ainsi une très grande frustration chez ses partenaires et déchaînant leur violence, lui laissant ainsi aussi la possibilité de sortir enfin sa propre violence défensive.

Cette femme encore qui en toute circonstance avait besoin de se situer « dedans mais à côté » : dans la politique mais dans des groupes marginaux, dans les groupes marginaux mais en dehors pour pouvoir les critiquer, dans un couple mais sans vivre avec un homme, dans la maternité mais sans père, dans l'alcool mais sans dépendance, dans un milieu professionnel mais seulement pour les cancans, utilisant un service social mais sans en avoir besoin... toujours en marge et en position de défi.

Nous avons constaté que dans la mesure où les difficultés que rencontre un adulte ne sont pas liées à une situation bien précise de choc émotionnel qui doit être digéré (deuil, perte d'emploi, rupture affective), le « contenu » de la difficulté n'a qu'une importance seconde par rapport à ce que celle-ci permet de préserver dans le processus d'équilibre bien nécessaire à une juste estime de soi.

Dans la mesure où, dans sa manière de maintenir l'estime que l'usager a de lui-même, la difficulté (symptôme) est nécessaire, résoudre cette difficulté avec lui (amortir ses dettes, retrouver un emploi, apprendre à cuisiner ou à laver son linge...) provoque soit une annulation de notre action (faire de nouvelles dettes, se faire renvoyer de son nouveau travail, ne pas utiliser les recettes culinaires apprises ou laisser traîner son linge sale), soit le déplacement du processus sur une autre difficulté (bien collaborer avec son patron mais se brouiller avec ses parents ou son ami(e) ou ses éducateurs...).

Nous tenterons donc d'intervenir au niveau du processus plus qu'à celui du contenu puisque c'est par lui que sont maintenues les règles actuelles de fonctionnement. Le processus actuel nous permettra peut-être d'émettre des hypothèses sur les apprentissages faits dans le cadre de la ville d'origine ou l'institution de placement et de les vérifier dans les souvenirs émotionnels antérieurs. Mais c'est en travaillant sur le processus actuel que nous pouvons favoriser des expériences interactionnelles nouvelles.

c) Notre formation, notre culture et nos expériences professionnelles antérieures nous ont appris à nous intéresser aux dysfonctionnements, aux handicaps, au pathologique. C'est une ligne de force du développement de notre profession et de nos histoires individuelles. Nous nous sommes demandé, comme d'ailleurs tout le monde dans ce métier, s'il était possible de centrer notre attention et nos actions sur les possibles, sur les ressources de la personne, sur un avenir déjà en germe. *Comment est-il alors possible de repérer les ressources de la personne à partir de l'observation du processus d'équilibration que chaque personne adopte pour garder l'estime d'elle-même ?*

Nous avons postulé, suivant en cela notamment Virginia Satir, que chaque personne se trouvant face à une difficulté, une peur, une souffrance qui, dans sa vision du monde, le met en danger a dû mettre en place une astuce, inventer une solution géniale qui lui permette d'éviter ce danger en tenant compte de ce qui est important pour elle. Ce sont ces comportements d'adaptation, ces « positions de survie »², qui sans ces difficultés n'auraient sans doute pas pu être développés, que nous recadrons comme ressources.

Ainsi, par exemple, ce jeune homme, très sensible et inquiet, incapable de trouver sécurité ou assurance dans une relation a inventé toutes sortes de manières de se disperser (comportement « non pertinent ») pour éviter d'avoir à définir une relation et a investi sa sensibilité dans la musique où il a montré de très grandes capacités d'improvisation pleines de sensibilité et d'émotions.

Ou cette femme, incapable de tenir un engagement ou de prendre une responsabilité (en position de « blâmante » : ce sont les autres qui ont... et de « soumise » : qu'est-ce que je peux faire pour regagner ton estime...) fortement alcoolique et toxicomane montrait une persévérance et une habileté très grande pour assurer envers et contre tout son appro-

² Virginia Satir dans « Pour retrouver l'harmonie familiale » (Paris, Delarge, 1980) propose quatre positions de survie : 1. le soumis ; 2. le blâmant ; 3. l'hyperraisonné ; 4. le non pertinent. Ces comportements comportent en eux-mêmes des ressources mais risquent de devenir dysfonctionnels quand ils se rigidifient.

visionnement et celui de son ami... ce qui lui permettait de supporter ce que les autres appelaient son manque de persévérance, et grâce auquel elle gardait le contrôle de la relation avec son ami.

Ce que nous repérons ainsi comme ressource nous donne donc une indication importante sur la difficulté elle-même ; c'est-à-dire que nous pouvons nous appuyer sur cette ressource en la confirmant, la soutenant, la mettant en valeur pour retrouver ce qu'elle permet d'éviter encore maintenant, notamment dans la relation avec nous. Le comportement d'adaptation étant profondément intégré, nous avons la possibilité d'observer maintenant à quel moment la personne fait appel à ses ressources ou à ses comportements de survie.

Nous avons donc, essentiellement à partir de l'observation des alliances/coalitions/triangulations du mode de différenciation et de l'établissement des frontières, retrouvé en termes individuels :

1. l'importance pour la personne d'agir son processus d'équilibration pour préserver un mode de vie qui sauvegarde l'estime d'elle-même ;
2. l'importance pour nous d'observer le processus de comportement de la personne qui nous donne beaucoup plus accès à ce processus d'équilibration que le contenu des difficultés ;
3. que c'est à travers les règles qui régissent ce processus que nous avons accès aux ressources sur lesquelles nous pourrions nous appuyer pour mettre en oeuvre une stratégie de changement.

EN QUOI VA ALORS CONSISTER CETTE STRATÉGIE ?

1. Watzlawick³ dit que la personne souffre de sa vision du monde, c'est-à-dire de l'inadéquation entre l'image de sa vie, de sa place et de son rôle dans son monde tel qu'il pense qu'il devrait être et l'image de ce qu'il pense qu'elle est en réalité.

La première conséquence stratégique pour nous va donc être de **REDÉFINIR LE BUT DE NOTRE INTERVENTION.**

Ce que l'usager vient en général nous demander, c'est que nous fassions en sorte qu'il puisse correspondre à l'image qu'il a de lui-même dans le futur, de le rendre tel qu'il devrait être. Il nous demande donc d'adapter son processus pour ne pas modifier son estime, sa vision de lui-même dans son monde (j'aimerais vivre sans dettes, ou avec un bon travail bien payé, ou sans me battre avec ma femme, ou sans être dépendant de l'alcool, ou...).

³ « Le langage du changement », Seuil, 1980, p. 47.

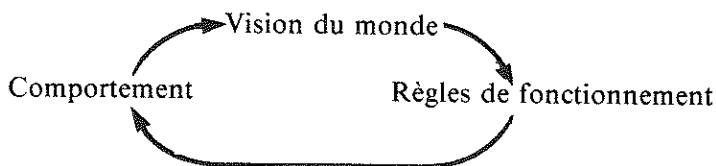
Nous allons donc inverser la vapeur et travailler, en fonction du processus que nous avons repéré, à refabriquer avec l'usager une image réaliste de son futur, tenant compte des ressources qu'il a développées et qui lui donnent des moyens en général inutilisés (la vision du monde qui le fait souffrir reste liée à la difficulté qu'il tente d'éviter et non aux ressources qu'il a développées).

Il nous faudra donc opérer un **RECADRAGE RÉALISTE** et une **REDÉFINITION** du futur qui tienne compte des valeurs que la personne tente de préserver par son processus d'équilibration actuel. Pour cela, il faudra aussi redéfinir le problème en terme de processus et non de contenu.

Ainsi ce jeune homme qui, pour rompre avec son passé familial d'immigré, imaginait devenir médecin ou professeur mais n'a pas réussi son bac. Ne pouvant se résoudre à trouver un travail sale a pu se rallier à l'idée d'avoir une blouse blanche et non un bleu de travail. Il existe d'autres métiers en blouse blanche que médecin ou professeur... Ou ce jeune rentier AI tentait toujours de trouver un travail à plein temps et se faisait régulièrement renvoyer de chaque place pour incapacité et lenteur ; il a pu se rallier à la vision de ce que sa particularité propre (qui d'ailleurs lui valait une rente) était d'avoir besoin de beaucoup de changement et de variété ; chercher un emploi stable allait à l'encontre de ce besoin et il était alors possible de trouver satisfaction de la multiplicité de petits emplois courts et variés qui lui permettent de s'offrir des extras grâce à des expériences réussies.

Ou encore cet homme, autrefois indépendant et patron de sa propre entreprise, en proie à des difficultés de santé puis d'alcool, rêvait de pouvoir un jour reprendre son entreprise. Il a dû, par tout un travail de deuil, découvrir que ce que lui apportait son entreprise (à savoir des gens qui venaient vers lui, s'intéressaient à lui et prenaient des nouvelles), pouvait être recréé en mettant sur pied un réseau autour de lui de manière à ce qu'il ne soit pas seul même s'il reste chez lui. Il pouvait alors recommencer à construire une vie et une occupation sur cette base-là.

2. A un autre niveau, d'un point de vue stratégique, le regard que nous portons sur les usagers va évoluer bien sûr, mais aussi et surtout la manière dont nous envisageons notre propre rôle. Si nous considérons que chaque personne fonctionne selon un processus qui s'autorégule en vue de maintenir un équilibre, nous pouvons schématiser ce processus d'interaction comme suit :



Notre intervention va consister à trouver un point nodal qui nous permette soit au niveau de la vision du monde (la manière dont l'utilisateur se voit lui-même dans sa peau et dans son contexte social), soit au niveau des règles de comportement (ce qu'il a mis en place comme loi, devoirs, interdits, règles éthiques...), soit au niveau des règles de comportement lui-même, par un changement minime de modifier cette boucle de rétroaction qui s'entretient elle-même.

Notre rôle va donc moins consister à résoudre le contenu de la difficulté qui a été le prétexte à notre rencontre qu'à nous intéresser au processus qui a permis l'apparition de cette difficulté. Et nous allons, en conséquence tenter de définir le contrat de collaboration en ces termes.

Ce sera donc finalement la personne elle-même qui aura à trouver les moyens pour résoudre ou modifier une partie du contexte dans lequel est apparu son symptôme. Notre rôle à nous, éducateurs, consiste alors à lui donner les moyens de repérer le processus dans lequel elle se trouve, à lui donner confiance en ses ressources et au besoin à l'accompagner dans des essais de nouveaux modèles d'interaction, de transaction (de comportement).

Ainsi au cours des années, la vision de notre rôle a passé progressivement

de...	à...
souci de socialisation de la personne	volonté de repérer ses règles de fonctionnement et le processus d'équilibration adopté ;
inventaire des ressources de la cité	inventaire des ressources de la personne ;
rôle de permettre un apprentissage permettant une intégration complète	expérimentation de nouveaux modes de transaction ;
long terme pour acquisitions solides	mise en route d'un processus avec un recadrage du contexte et une redéfinition du futur adaptée aux ressources de la personne.

3. En termes plus spécifiques, les techniques que nous avons principalement utilisées sont :

- LE RECADRAGE
du contexte de l'utilisateur.
- LA REDÉFINITION
du problème et des objectifs de la collaboration, de notre rôle.
- LA REFORMULATION
de ce que nous avons recadré ou redéfini aux autres partenaires tels que services placeurs ou patrons, amis...

- LA CONNOTATION POSITIVE
du processus et de ce qu'il préserve, ainsi que la mise en valeur des ressources.
- LE TRAVAIL SUR LES FRONTIÈRES
(à commencer par les nôtres !) par dessin, sculpture, langage analogique, génogramme, prescriptions...
- LE TRAVAIL DE DIFFÉRENCIATION
en jouant avec nos rôles ou en précisant une collaboration claire et stricte avec les services placeurs, par exemple.
- LE TRAVAIL SUR LES LOYAUTÉS
en les recadrant soit autour de notre propre service, soit autour des autres services auxquels la personne a eu affaire.

Tout cela concourt à ce que nous tentions de modifier le contexte qui a permis l'apparition du symptôme.

Nous ne nous attarderons pas sur la description de ces techniques dans la mesure où elles sont largement décrites et commentées dans les ouvrages et revues de thérapie familiale.

En résumé, ce que nous avons découvert pour nous d'essentiel, c'est qu'il est possible, mieux qu'il est utile, de traduire en termes individuels ce qui a été dit en termes de fonctionnement d'un système ; comme si... un adulte même devenu très isolé, sans relations, sans lieu d'interaction régulière et significative, fonctionnait comme un système, véhiculant avec lui sa vision du monde, ses règles de fonctionnement, son comportement. Il les mettra en oeuvre dans les interactions avec nous, ici et maintenant, et nous pourrons travailler sur son processus ou son scénario auquel est liée l'apparition des symptômes qui ont provoqué notre intervention, même s'il n'est pas possible de mobiliser le système familial d'origine.

Tout cela ne devrait pas nous faire oublier le contexte plus large dans lequel l'apparition de personnes confrontées à des difficultés et demandant l'aide d'un service social participe d'un processus d'équilibration sociale plus vaste.

Mais c'est là l'objet d'une lecture systémique de l'action sociale en général qui méritera d'être contée une autre fois...

Olivier Amiguet
Levant 43
CH-1005 Lausanne

RÉSUMÉ

Est-il possible, en travaillant avec des adultes dont le système familial n'est pas mobilisable, de faire un travail systémique individuel ?

Par l'étude des alliances, du mode de différenciation et des frontières, deux éducateurs en milieu ouvert réaffirment en termes individuels la présence d'un processus d'équilibration observable à travers le cycle de vie de chacun et dans lequel on peut avoir accès aux ressources de la personne. C'est de là que vont s'établir les stratégies d'intervention individuelles.

SUMMARY

Is it feasible, when working with adults whose family network cannot be involved, to carry out individual systemic therapy ?

Through the study of alliances, of modes of differentiation and of limits, two community workers reaffirm, on the individual's level, the existence of a pull toward equilibrium ; this process can be observed through any individual life cycle, and within it, the person's own resources can be seached. From that point, individual intervention strategies may be formulated.

Mots-clés :

Systeme
Individu
Travail social

Key words :

System
Individual
Social work

Derniers titres parus

COLLECTION « SCIENCES HUMAINES APPLIQUÉES »

LES PRATIQUES DE RÉSEAU

Santé mentale et contexte social

Sous la direction de *Mony Elkaïm*
158 pages

HISTOIRES DE FAMILLES

Scènes de familles simulées

Sous la direction de *Alain Ackermans*
et *Chantal Van Cutsem* avec *Maurizio Andolfi, Mony Elkaïm*
134 pages

**CONSTELLATIONS
FRATERNELLES ET
STRUCTURES FAMILIALES**
Leurs effets sur la personnalité
et le comportement

Walter Toman
197 pages

**THÉRAPIE FAMILIALE
STRUCTURALE**

Manuel des principes et des
éléments de base
Barbara DeFranck-Lynch
136 pages

L'HYPNOSE THÉRAPEUTIQUE

Quatre conférences

Milton H. Erickson
Textes présentés par
Jacques-Antoine Malarewicz
204 pages

**LA DÉSALIÉNATION
SYSTÉMIQUE**

Les entretiens collectifs
familiaux en institution
Jean-Claude Benoit, Denis Roume
197 pages

**FORMATIONS ET PRATIQUES
EN THÉRAPIE FAMILIALE**

Sous la direction de *Mony Elkaïm*
160 pages

DU FANTASME AU SYSTÈME

Scènes de famille en
épistémologie psychanalytique
et systémique

Michel Goutal
132 pages

FAMILLES ET THÉRAPEUTES
Lecture systémique d'une
interaction

Philippe Caillé
164 pages

L'AUTRE DEMANDE
Psychanalyse et thérapie
familiale systémique

Robert Neuburger
2^e édition - 112 pages

DEUX CONTRE UN

Les coalitions dans les triades
Théodore Caplow
184 pages

**CHANGEMENTS
SYSTÉMIQUES EN THÉRAPIE
FAMILIALE**

Textes présentés par *Jean-Claude Benoit*,
Jay Haley, Philippe Caillé, Guy Ausloos, A.J. Ferreira, Carlos E. Sluzki, Eliseo Veron,
3^e édition - 104 pages

**LA DIFFÉRENCIATION DU SOI,
LES TRIANGLES ET LES
SYSTÈMES ÉMOTIFS
FAMILIAUX**

Murray Bowen
200 pages

Ouvrages en vente chez votre libraire ou aux :

Editions E.S.F.
17, rue Viète - 75017 Paris

LE PLACEMENT FAMILIAL, SYSTÈME À DOUBLE PARENTALITÉ

Frédéric BRIDGMAN

Le modèle de double parentalité qui va être décrit et qui nous sert maintenant à travailler dans les situations de placement familial s'est élaboré progressivement à partir des échecs répétés de nos interventions systémiques. Il ne prétend pas maîtriser le changement du patient désigné mais il nous a permis de préciser le niveau de notre travail et ainsi de recadrer notre stratégie et nos objectifs.

Il apparaît donc nécessaire de reprendre ici notre démarche pour montrer le modèle que nous utilisons maintenant non comme une fin en soi mais comme un effort de changement de niveau souvent difficile à maintenir.

LE CADRE DE TRAVAIL

Nous intervenons à propos d'enfants placés, à la demande des familles d'accueil ou des travailleurs sociaux de l'Aide sociale à l'enfance, parfois du Juge des enfants dans le cadre des Centres médico-psychologiques d'intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Depuis longtemps, nous avons remarqué quelques constantes dans les consultations concernant les enfants de l'ASE :

1. La demande désigne fortement l'enfant placé, et lui seul, comme porteur de symptôme, et fait habituellement référence de manière plus ou moins voilée à la filiation naturelle de l'enfant. Le symptôme allégué reste souvent flou, se rapportant à quelques traits délictueux inopinés et à des capacités intellectuelles médiocres. Dès le premier contact le contrat de changement et sa mise en oeuvre sont réclamés en urgence, et la famille d'accueil se montre prête à faire tous les efforts nécessaires à la guérison du petit malade.
2. Au cours de cette première consultation, la symptomatologie de l'enfant s'exprime sous la forme d'inhibition, de retard scolaire sans comportements d'opposition. Le psychologue scolaire, qui souvent a provoqué indirectement la demande, note un niveau normal à l'échelle de performance du WISC avec une chute des

résultats peu explicable aux sub-tests verbaux. L'enfant est fréquemment en classe de perfectionnement ou en Section d'enseignement spécialisé. Au cours de la première consultation, il ne répond pas directement aux questions et se tourne vers la famille d'accueil. Si on insiste, on peut obtenir des attitudes d'autodisconfirmation.

3. La proportion des ruptures précoces des thérapies individuelles, surtout des psychothérapies, dépasse 80%. Les familles d'accueil allèguent des motifs futiles, ou déclarent : « Ça ne sert à rien », ou bien avec une forte connotation émotionnelle : « On le fait parler de ses parents qui lui ont pourtant fait bien du mal ! »

Ce sont ces redondances qui nous ont conduit au modèle systémique que nous allons décrire à propos de l'ASE et que nous avons utilisé pour organiser le Placement familial spécialisé de l'intersecteur. Pratiquement les difficultés que nous venons de décrire nous orientent maintenant d'emblée sur un travail familial concernant l'ensemble du système qui gravite autour de l'enfant en réservant les thérapies individuelles à plus tard dans la mesure où elles sont encore nécessaires.

DES INTERVENTIONS DE NIVEAU 1

Il y a quelques années, nous avons l'impression que les placements familiaux pour lesquels nous étions appelés nous contraignaient à accepter le dilemme suivant : évaluer en termes systémiques mais en évitant d'intervenir, ou intervenir sans être capables de maintenir une stratégie systémique.

A l'époque, nous acceptions la définition commune selon laquelle l'enfant placé appartient à deux systèmes familiaux incompatibles dont les règles de communication sont imposées par la justice et l'administration sous la forme d'une complémentarité rigide qui prescrit habituellement la position basse au système familial naturel et la position haute au système familial d'accueil.

Travailler à partir de ce modèle, semblait nous conduire à répéter des entretiens qui le rigidifiaient ; tantôt avec la famille d'origine mais sans l'enfant dont la présence est souvent limitée par la justice aux fins de semaine, tantôt avec l'enfant et la famille d'accueil renforcée par l'assistante sociale ou l'éducateur de l'Aide sociale à l'enfance.

En reconnaissant pour nous-mêmes la règle judiciaire et administrative qui interdit ou au moins réduit et conditionne la communication entre les deux familles et l'enfant, nous acceptions en alternance une coalition qui ne conduisait à aucun éclaircissement puisque la triangulation n'était pas autorisée. Les intervenants se trouvaient dans une situation d'écartèlement semblable à celle de l'enfant dans ses allées et venues entre les deux familles.

En fait, dans notre désir de faire quelque chose, nous étions souvent amenés à soutenir la famille naturelle, donc à accepter tacitement de ne pas éclaircir les causes et les conditions du placement de l'enfant imposé par la justice, et de ne pas parler de la famille d'accueil. Une fois pris dans cette coalition fixe et impuissante, nous avons le sentiment d'accentuer le conflit entre les deux familles en rendant leurs définitions respectives du problème encore plus inconciliables. Nous augmentons ainsi les ennuis du travailleur social et provoquons souvent l'indignation du juge.

Puis, peu à peu, à partir de nos difficultés internes et surtout de nos conflits avec le contexte social et judiciaire, nous avons élaboré un nouveau modèle d'évaluation et d'intervention, en considérant que le placement familial fonctionne comme un système en crise permanente, et que cette crise permet à chacun des sous-systèmes impliqués dans le placement d'en tirer légitimité et confirmation. La famille naturelle utilise la crise pour renforcer son homéostasie dans une rigidification défensive. La justice, les services sociaux et médicaux «sauvent un enfant». La famille de substitution en tire la preuve de sa compétence et de sa supériorité sur la famille d'origine. Quant à l'enfant, il est celui pour lequel et par lequel tout le système existe, à la fois demiurge et patient désigné. Ce système développe une homéostasie commune malgré les apparences de conflits et de souffrances et résiste dans son ensemble aux tentatives de changement et de réparation.

Nous allons maintenant présenter ce modèle en commençant par identifier les différents sous-systèmes concernés par le placement familial et, parmi eux, ceux qui sont constamment opérants et qui en assurent la définition. Puis nous isolerons le modèle de la double parentalité et les hypothèses de fonctionnement qui s'y rattachent, en particulier un mécanisme de double lien qui paraît assez constant pour être décrit. Enfin, nous montrerons les incidences institutionnelles de ce modèle dans le fonctionnement d'un Service de placement familial spécialisé et les stratégies généralement utilisées par notre équipe dans les entretiens collectifs et les thérapies familiales d'enfants placés. Nous terminerons par une observation.

LE SYSTÈME DU PLACEMENT FAMILIAL

Il peut se décomposer en plusieurs sous-systèmes qui entretiennent entre eux des relations variées et complexes et dont voici une liste incomplète : la famille d'origine, la famille d'accueil, le Service de l'aide sociale à l'enfance, le juge des enfants et ses services satellites – Consultation d'orientation éducative, Service d'éducation surveillée avec l'observation ou l'action éducative en milieu ouvert, Service des tutelles – les travailleurs sociaux de secteur, les diverses institutions scolaires, médico-éducatives, de soins, les médecins, etc...

L'enfant représente le seul prétexte à la communication de ces divers éléments qui interviennent sur lui à des moments variés de l'histoire du placement à partir de leurs propres définitions institutionnelles et de leurs objectifs spécifiques. L'analyse de ce réseau interactif est essentielle à la phase d'évaluation du travail systémique mais déborde les limites du sujet traité ici.

Limitons-nous donc au placement familial dans sa double définition juridique et fonctionnelle qui circonscrit habituellement trois sous-systèmes en interaction constante.

1. *La famille naturelle et d'origine* de l'enfant dont les comportements sont généralement stigmatisés par le groupe social qui l'entoure sous les attributs de marginalité, de carence, voire de dangerosité. La définition sociale de ces familles est très forte et à un niveau systémique supérieur elles sont collectivement désignées comme bouc émissaire et comme patient. Elles développent de fortes homéostases fondées sur des contre-valeurs sociales en utilisant des règles secrètes et en favorisant les loyautés invisibles.

2. *La famille d'accueil*, à l'inverse, est essentiellement définie par son statut professionnel qui la confirme dans sa compétence éducative, son adaptation sociale et son adhésion aux normes scolaires. Soumise à des changements systémiques fréquents liés aux arrivées et aux départs des enfants qui lui sont confiés, elle utilise des mécanismes morphogénétiques très dépendants de sa définition sociale et professionnelle. Elle tend donc à fonctionner selon des règles normatives et explicites qui s'expriment sous forme de rigidité et de contrainte éducatives.

3. *L'Aide sociale à l'enfance* qui doit concilier une double mission :

- retirer de gré ou de force l'enfant de sa famille naturelle comme le lui prescrit l'ordonnance de justice ;
- trouver, sélectionner selon les critères les plus rigoureux en s'entourant de tous les avis techniques nécessaires, employer et contrôler des familles substitutives qui présentent « toutes les qualités requises ».

Cette mission évoque celle bien connue du barbier de la compagnie à qui son capitaine ordonne de raser tous les hommes ne sachant pas se raser eux-mêmes et seulement ceux-là. L'A.S.E., comme le barbier, est la victime d'une confusion de types logiques : elle doit, comme le lui ordonne la justice dans une forte relation de complémentarité, classer les familles en bonnes et en mauvaises, et conjointement, comme employeur et garante absolue des familles d'accueil, elle est contrainte de s'appliquer à elle-même ses propres règles de sélection et de jugement. L'A.S.E., comme le capitaine de la compagnie et Epiménide le Crétois transgressent la théorie des ensembles de Russell, qui, selon

Koyré (7), «interdit d'admettre l'existence d'ensembles qui se contiennent eux-mêmes comme éléments», autrement dit de classes qui sont membres d'elles-mêmes. Le paradoxe est encore renforcé par le fait que la justice est initialement saisie par le Service social de secteur qui appartient comme l'Aide sociale à l'enfance aux Directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

On peut se demander si les faibles moyens dont l'A.S.E. dispose pour effectuer le contrôle des familles d'accueil (les éducateurs et les assistantes sociales de ce service ont couramment 150 à 250 placements à gérer) ne sont pas une tentative d'échapper à ce paradoxe de la toute puissance qui s'applique à elle-même, tout en prenant le risque majeur d'être jugée incompétente pour s'occuper des enfants qui lui sont confiés, comme la presse s'empresse régulièrement de le dénoncer.

Selon l'idéologie philanthropique, l'A.S.E. parentalise un système triangulaire constitué par la famille naturelle provisoirement défaillante, une famille d'accueil soigneusement sélectionnée et un enfant objet de toutes les sollicitudes. En fait, on observe le plus souvent une triangulation perverse (6) qui tend à établir une coalition plus ou moins cachée entre l'A.S.E. et la famille d'accueil quand ce n'est pas une relation de type fusionnel liée au paradoxe logique que nous venons de voir et qui entraîne l'une et l'autre dans une ubris incontrôlable.

LE SYSTÈME À DOUBLE PARENTALITÉ

Il est temps maintenant d'introduire l'enfant qui donne au placement familial sa fonction et qui va mobiliser le système selon les définitions interactives de chacun de ses éléments telles que nous les avons vues.

Les deux sous-systèmes familiaux, d'origine et d'accueil sont soumis à un type de transaction qui les situe à deux niveaux logiques différents et les rend inconciliables dans les règles, les valeurs et les fonctionnements qu'ils imposent à l'enfant. Celui-ci est confronté à une double parentalité de nature paradoxale qui associe la parentalité de loyauté du système familial naturel et la parentalité essentiellement fonctionnelle du système familial d'accueil.

La famille d'origine montre une communication souvent comportementale qui privilégie les passages à l'acte ou à l'inverse les attitudes de passivité et d'inadaptation qui font parler de débilite familiale. Dans les contacts et les entretiens, elle apparaît confuse et marquée par un niveau émotionnel important, ou bien par le silence et la pseudo quittance qu'on dit propres aux familles assistées. Le degré de différenciation paraît faible.

La famille d'accueil présente à l'inverse un comportement social normatif et adapté. Elle établit une relation régulière avec le milieu

social et scolaire, et favorise généralement la réussite à l'école, l'individuation et l'insertion socio-professionnelle. Au cours des entretiens, elle utilise à profusion le canal verbal à un niveau diacritique assez élevé dans des conduites répétitives d'autojustification qui montrent que son homéostasie repose sur des règles et des valeurs essentiellement exogènes.

Ces comportements de communication différents sinon incompatibles entre les deux familles sont généralement mis au compte de décalages socio-culturels importants, et pourtant on assiste à la même incongruence de la communication dans les cas rares où ce décalage n'existe pas ou même s'inverse.

La tension paradoxale de la double parentalité semble liée au degré de marginalité et de violence de la famille naturelle, maximum dans les cas d'enfants battus. Elle serait par contre minorée quand la famille exprime elle-même une demande de placement et se montre désireuse d'intégrer avec la famille d'accueil.

LE DOUBLE LIEN

Ce modèle de double parentalité pose l'hypothèse d'une communication paradoxale virtuelle puisque les deux familles ne se rencontrent presque jamais concrètement. Nous pensons pourtant que c'est cette virtualité qui accentue la dysfonction du système en contraignant l'enfant à être le garant de l'homéostasie du système dans son ensemble et à se trouver ainsi soumis à un mécanisme pathogène qui s'apparente au double lien de Bateson (1, 2).

Reprenons-en ici les éléments fondamentaux appliqués au système du placement familial :

1. *Deux personnes ou plus.* Il s'agit des trois sous-systèmes déjà décrits : les deux familles et l'Aide sociale à l'enfance.
2. *Une expérience répétée.* Elle est en effet répétée mais alternante, les relations de l'enfant avec les deux familles n'étant pas habituellement simultanées mais successives.
3. *Une injonction négative primaire.* Elle entre dans un contexte d'apprentissage et est exprimée par la famille d'accueil sur le mode verbal et dans une visée éducative. Elle prend la forme du : « Ne fais pas ceci ou je te punirai » ou du : « Si tu ne fais pas ceci, je te punirai ». La menace de punition évoque le rejet : « Je vais te rendre à la DDASS », ou la référence à la filiation naturelle : « Tu es bien comme ton père (ou ta mère) ; tu es bien un... (le patronyme) ».
4. *Une injonction secondaire,* qui contredit la première à un niveau plus abstrait. Comme le dit Bateson : « Elle est transmise à

l'enfant par des moyens non verbaux : attitudes, gestes, ton de la voix, actions significatives, implications cachées dans les commentaires verbaux». Il s'agit donc de comportements que la famille naturelle montre à l'enfant et qui opèrent par un mécanisme de loyauté invisible. La trahison représenterait pour l'enfant une perte d'identité.

5. *Une injonction négative tertiaire*, qui interdit à l'enfant d'échapper à la situation. Elle est prononcée par la justice puis appliquée par l'Aide sociale à l'enfance. Elle prescrit que la fuite est interdite puisqu'elle transgresse directement l'ordonnance de placement de la justice et elle indique implicitement que la métacommunication qui porterait sur l'éclaircissement des raisons et des buts du placement pourrait conduire à la punition des parents et à l'éclatement de la famille naturelle. L'injonction tertiaire est donc double et fonctionne elle-même à deux niveaux logiques. C'est sans doute la raison pour laquelle l'enfant accepte avec une surprenante facilité le placement et fugue exceptionnellement de la famille d'accueil pour rejoindre sa famille d'origine.
6. En ce qui concerne le dernier élément décrit par Bateson qui spécifie que l'un des éléments précédents est suffisant pour déclencher seul la réaction émotionnelle, nous avons vu que dans le cas de l'enfant placé la séparation dans le temps et dans l'espace des injonctions représentait la définition et était aussi la conséquence du placement lui-même.

En poussant ce modèle plus loin, on peut penser que quel que soit le degré d'incongruence entre les deux familles, l'enfant, par ses coalitions alternantes inconciliables et par sa position d'enjeu, est le garant du double lien qui définit structurellement le placement familial. La place et le rôle systémique de l'enfant dans le placement paraît se conformer assez bien au mécanisme de la parentification qui place l'enfant psychotique par ascension générationnelle au centre d'un conflit caché entre ses parents (3, 4). A la réserve essentielle que, dans le cas du placement, il ne s'agit plus d'une réciprocité circulaire entre les deux parents, mais d'une communication paradoxale virtuelle entre deux familles qui ne se rencontrent habituellement pas. Il s'agirait donc d'une forme atténuée de double lien qui explique peut-être que, selon les observations relevées dans le cadre des consultations de psychiatrie infantile, l'enfant placé ne présente jamais de troubles de la personnalité secondaires au placement. La symptomatologie habituelle est d'ordre scolaire sous la forme de passivité, d'indifférence, de pauvreté de langage, alors que les examens psychologiques de niveau ne révèlent pas de retard majeur. La famille d'accueil se plaint rarement d'un comporte-

ment perturbateur mais souvent s'inquiète de conduites d'isolement, d'une rareté de la parole, d'une inertie, d'un tableau enfin qui évoque moins la dépression qu'une athymhormie fonctionnelle. Ce qui frappe les deux familles, même quand elles entretiennent quelques relations entre elles, c'est que l'enfant est incapable de parler de ce qu'il fait dans l'une à l'autre et inversement. A l'examen, l'enfant est sage et attentif aux consignes du clinicien mais sans initiatives, sans expressions émotionnelles et affectives. Quant aux psychothérapies, elles sont le plus souvent rapidement mises en échec par la famille d'accueil qui soupçonne que dans le cadre de la thérapie l'enfant est invité à parler de sa famille d'origine, mais aussi par l'enfant lui-même qui bien souvent n'apporte qu'un matériel très pauvre tout en se prêtant sans opposition à ce qu'on lui demande, tout au moins avant l'âge de l'adolescence.

Il est probable que ces symptômes sont pour une large part des comportements de communication. Ils expriment le fonctionnement paradoxal du placement et ils sont sans doute la réponse la plus adéquate au double lien qui en résume le mécanisme.

INCIDENCES INSTITUTIONNELLES ET THÉRAPEUTIQUES

Le modèle qui vient d'être décrit a été utilisé pour restructurer le Placement familial spécialisé de l'intersecteur et en préciser les règles de fonctionnement suivantes sur lesquelles nous nous sommes mis d'accord :

1. *Un seul responsable.* Il s'agit d'une psychologue clinicienne qui représente l'unique interlocuteur pour les deux familles et l'enfant ainsi que pour le contexte social et institutionnel quel qu'il soit.
2. *Un P.F.S. de petites dimensions.* Il offre cinq places théoriques, mais en moyenne huit placements fonctionnent simultanément. La petite dimension permet à la responsable d'être le seul interlocuteur et de maintenir les relations nécessaires avec tous les intervenants.
3. *Une demande ou un état de souffrance de la famille naturelle.* Il ne s'agit pas d'exiger de la famille d'explicitement clairement une demande mais de montrer un malaise qui permette de gérer le placement au double niveau du soulagement et du respect de l'homéostasie familiale.
4. *Le pouvoir parental.* Il est constamment montré comme absolu et inaliénable et réaffirmé périodiquement par les entretiens. L'enfant n'est placé dans la famille d'accueil qu'après l'accord déterminant des parents.

5. *Les entretiens.* Ils sont dirigés par la responsable et rassemblent tous les quinze jours les deux familles et l'enfant. Ils ont pour objectif essentiel de confirmer la hiérarchie familiale en rediscutant le contrat et en redéfinissant constamment les modalités pratiques du placement.
6. *La durée limitée.* C'est sans doute la règle la plus importante car elle confirme les parents, elle limite le pouvoir de la famille d'accueil tout en mettant l'accent sur sa compétence et sa fonction essentielle dans le présent. Le terme du placement est périodiquement discuté au cours des entretiens.

L'ensemble de ces règles montre à l'ensemble du système de placement qu'il s'agit d'une crise temporaire mais qui ne remet pas en cause les hiérarchies familiales et institutionnelles. Avec un recul de trois ans, les résultats sont satisfaisants mais ne concernent évidemment qu'un nombre restreint de familles parmi toutes celles dont les enfants sont placés.

Par ailleurs, concernant les placements familiaux de l'Aide sociale à l'enfance, il faut préciser qu'il ne s'agit pas de thérapie de famille, mais d'interventions systémiques, de façon à garder la souplesse d'une approche de réseau. Elles se font sous la forme d'entretiens collectifs qui réunissent la famille naturelle avec la fratrie de l'enfant, la famille d'accueil et ses propres enfants, et l'enfant placé bien sûr. Nous avons par conséquent renoncé au terme de « thérapie familiale », qui tend à disconfirmer encore plus la famille d'origine et à inquiéter la famille d'accueil. Nous n'intervenons qu'après avoir obtenu l'accord de la justice et de l'Aide sociale à l'enfance et nous demandons à l'assistante sociale ou à l'éducateur chargé du placement de participer à un ou plusieurs entretiens dès que nous sentons que l'accord n'est plus clair ou que la définition du placement par les familles devient confuse, particulièrement dans les cas où l'ordonnance de justice devient un secret dont il est interdit de parler.

Les premiers entretiens sont habituellement marqués par un mutisme hostile entrecoupé de conflits tumultueux alors qu'on est souvent surpris de voir les familles venir aux entretiens sans difficultés. Avec l'expérience nous avons élaboré une stratégie relativement constante. Elle consiste à orienter les transactions sur des thèmes concrets et limités du type : « Qui lave le linge sale pendant les week-ends passés dans la famille naturelle ? Comment se déroulent les trajets de l'enfant entre les deux familles ? Quels sont les rôles de chacun ? » Peu importe les thèmes des séquences d'interaction qui sont explorés puis négociés dans les moindres détails, pourvu que les thérapeutes ne montrent pas leur désir que les familles s'estiment et s'entendent bien. Ils orientent sur la mésentente, ils insistent sur les expériences doulou-

reuses et les conflits, tout en évitant de disconfirmer l'une ou l'autre famille.

Le travail en cothérapie nous paraît très utile pour mener à bien ces choix stratégiques. Il permet en particulier de faire fonctionner un double lien scindé (5) qui peut répondre à la double parentalité paradoxale et en atténuer la tension. Chacun des cothérapeutes établit une coalition prévalente et connote une des deux familles. L'un se montre sensible aux règles de la famille naturelle et soutient la loyauté invisible de l'enfant. L'autre cothérapeute exprime son souci éducatif et scolaire, adopte les valeurs normatives de la famille d'accueil et favorise l'individuation de l'enfant. Les cothérapeutes ne marquent pas de contradiction et d'incompatibilité entre leurs définitions ou leurs prescriptions, et montrent ainsi à l'ensemble du système et particulièrement à l'enfant comment échapper à un dilemme en le recadrant.

Les rétroactions aux entretiens sont souvent rapides : les familles commencent à interagir d'elles-mêmes et la reprise évolutive de l'enfant se confirme. On peut profiter de ce moment pour instaurer une psychothérapie individuelle si elle est nécessaire au travail d'individuation de l'enfant.

UNE OBSERVATION

Un cas de placement familial actuellement en cours permettra de montrer le double sens du symptôme, comme prétexte au placement d'une part et comme garant de l'homéostasie.

Il s'agit d'un garçon d'une dizaine d'années, Jérôme L., que sa mère amène en consultation de psychiatrie infantile pour des troubles du comportement dont la description est assez confuse. Seul émerge comme un reproche permanent de la mère à l'égard de Jérôme l'usage constant du mensonge qu'elle ne supporte pas et qui représente la raison essentielle sinon unique pour laquelle elle ne veut plus de Jérôme à la maison. La mère prononce ce réquisitoire sur un ton très passionnel avec des expressions d'exaspération et de haine, alors que Jérôme, serein, reste tranquillement assis dans son fauteuil sans aucune parole, geste ou mimique qui montrerait qu'il n'est pas d'accord.

La mère explique ensuite qu'elle est originaire d'une famille de l'Est rigoriste, que Jérôme est né d'une liaison restée secrète suivie d'un mariage raté puis d'un divorce, et qu'elle s'est expatriée dans l'Ouest de la France à cause de Jérôme.

C'est plus tard, alors que dès le début de l'entretien il était visible qu'elle était enceinte de six mois au moins, qu'elle indique qu'elle est remariée, qu'elle a une petite fille de quatre ans et qu'elle va accoucher dans deux mois, ce qui représente selon elle une raison supplémentaire de placer Jérôme.

Un placement dans une des familles d'accueil du P.F.S. est donc envisagé. C'est alors qu'elle exige que ce placement soit couvert par le secret le plus absolu tant à l'égard du village dans lequel elle vit que vis-à-vis de ses collègues de travail à la Crèche municipale. Nous décidons d'accepter sa définition et de la confirmer dans son souci du secret.

Le placement commence, assorti d'entretiens réguliers d'orientation systémique avec les deux familles et Jérôme. La mère intervient peu sauf pour affirmer qu'elle a la certitude que Jérôme continue à mentir dans la famille d'accueil. Le ton de cette affirmation nous montre qu'il s'agit d'une prescription adressée à l'enfant. Nous connotons la mère en demandant à la famille d'accueil de téléphoner aux parents de Jérôme pour les informer de tous les mensonges qu'il aura commis et seulement pour cela puisque la mère déclare qu'elle est excédée par Jérôme et qu'elle veut en entendre parler le moins possible. Nous chargeons le beau-père, qui est chômeur et reste à la maison, de noter précisément les appels et la nature des mensonges.

Plus tard, au cours d'un entretien ultérieur, nous apprenons que la mère a repris chez elle Jérôme pendant huit jours, qu'il a été désagréable et qu'il a menti comme à l'ordinaire. Puis elle nous dit, sans indiquer de lien de causalité, que sa propre mère est venue passer cette période à la maison et elle montre à ce moment par son regard affectueux et son sourire à Jérôme qu'elle a été contente de lui parce qu'il a caché le placement à sa grand-mère comme elle le lui avait demandé. A ce moment, l'assistante maternelle s'adresse à nous et désigne explicitement le double lien en nous demandant si on peut demander à Jérôme de ne plus mentir tout en lui ordonnant de le faire à certaines occasions. Après quelques secondes de perplexité, nous indiquons aussi clairement que possible à Jérôme qu'il y a plusieurs sortes de secrets et de mensonges et que les parents savent distinguer ceux qui sont bons de ceux qui sont mauvais pour la famille.

A un entretien suivant, le beau-père de Jérôme a indiqué qu'il n'avait reçu qu'un seul coup de téléphone de la famille d'accueil et que le mensonge lui avait paru trop mineur pour être noté. Nous avons alors décidé de nous montrer contrariés et avons prescrit à chacun d'être plus attentif aux tâches que nous leur avons demandé de réaliser. Cette prescription a pour but de proposer au moins trois messages :

1. Un message à la famille d'origine qui confirme les règles concernant le secret.
2. Un message à la famille d'accueil qui peut faire ce qu'elle veut de la prescription.
3. Un message à Jérôme qui lui montre deux niveaux possibles de fonctionnement : la connotation de son rôle de patient désigné et de défenseur par ses mensonges du système placement tout

entier, et aussi à un autre niveau un contre-paradoxe du type « Sois spontané » qui le place devant le dilemme d'avoir à dés-obéir pour obéir et l'inverse.

Les rencontres suivantes ont montré des périodes de tension non verbalisées, avec une chute inquiétante des performances scolaires de Jérôme, que nous nous sommes efforcés de rompre par la recherche de motifs de conflits et de crises. Plusieurs amorces de rupture ont été ainsi évitées en travaillant de la façon la plus méticuleuse sur tous les incidents que nous connaissions dans la relation entre les deux familles. Chacune des crises dans lesquelles les deux familles s'affrontaient souvent violemment, avec de fausses sorties des entretiens, s'achevaient grâce à Jérôme qui reprenait son rôle de patient désigné protégeant l'homéostasie du système placement familial tout entier. Depuis six mois, Jérôme abîme ses vêtements et tout le système fonctionne à propos de ce symptôme. « On se tue à te payer de nouveaux vêtements, mais c'est fini ! » dit la mère avec un demi-sourire. « Il mange ses vêtements, je l'ai vu faire » renchérit le mari de l'assistante maternelle d'un ton paternel. Au moment de se quitter, on apprend incidemment, par l'assistante maternelle, que Jérôme occupe la tête de la classe, et par la mère qu'il fait des progrès remarquables au saxophone qu'elle lui a acheté il y a un an, étant elle-même très musicienne.

Frédéric Bridgman
Psychiatre des hôpitaux
Ecalles Alix
F-76190 Yvetot

RÉSUMÉ

Le placement familial crée une double parentalité dont l'enfant garantit le fonctionnement homéostatique au prix souvent de symptômes qui apparaissent comme des comportements de communication. L'auteur propose un modèle qui représente le placement comme un système soumis à des règles transactionnelles de type paradoxal parmi lesquelles il isole un mécanisme de double lien assez constant pour être décrit. Ce modèle a été utilisé pour définir le fonctionnement d'un service de Placement familial spécialisé et pour utiliser la thérapie familiale selon des choix stratégiques particuliers. Une observation illustre l'approche théorique.

SUMMARY

The placing of children in foster families creates a double parenthood which often needs child's troubles to run according to the paradoxical rules of Child Welfare. The author describes the placing as a double bind system

and he proposes family therapies with special strategies. He finishes on a case which shows his theoretical position.

Mots-clés :

Placement familial
Enfant
Parentalité
Double lien
Paradoxe
Thérapie familiale

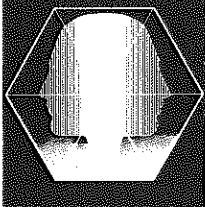
Key words :

Placing of children
Child
Parenthood
Double bind
Paradox
Family therapy

BIBLIOGRAPHIE

1. BATESON G. Vers une écologie de l'esprit. Seuil, Paris, 1980.
2. BENOÎT J.-C. Les doubles liens. PUF, Paris, 1982.
3. BOSZORMENYI-NAGY I. et SPARK G. Invisible Loyalties. Harper & Row, New York, 1973.
4. BRIDGMAN F. *et al.* Psychose infantile et parentification. A propos d'un cas de thérapie familiale. *Thérapie familiale*, vol. 1, N° 3, 223-244, Genève, 1980.
5. FERREIRA A.J. « Double lien » et délinquance, in : *Changements systémiques en thérapie familiale*, ESF, Paris, 1980.
6. HALEY J. Nouvelles stratégies en thérapie familiale. Delarge, Paris, 1979.
7. KOYRE A. Epiménide le menteur (Ensemble et catégorie). Hermann, Paris, 1947.

psychothérapies



psychothérapies

Comité de rédaction :

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

Comité scientifique :

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

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

- Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle **PSYCHOTHÉRAPIES**
pour l'année 198.....
- Prix de l'abonnement annuel : FRS 80. – FF 335. –
 \$US 48. – \$CAN 67. – FB 2055. –

*Règlement : Compte de chèques postaux : 12-8677-8, Genève.
Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6, Compte N° C 2 622 803.
Banque de l'Union Occidentale Française et Canadienne, 47 av. George V,
F-75008 Paris, Compte N° 251 10532 40. Les chèques bancaires à l'ordre de la
BUOFC sont admis.*

Nom et prénom :

Adresse :

N° postal : Ville :

Date : Signature :

A envoyer aux EDITIONS MÉDECINE & HYGIÈNE – Case postale 456 – CH-1211 Genève 4

SUR LE TERRAIN

**FORMATION ACTION RECHERCHE
ET SUPERVISION
« LE RÉSEAU RASTA »**

Pierre BENGHOZI, Catherine GIRARD et Françoise LELU

Présenter le « Réseau Rasta », c'est illustrer dans le champ social une application de l'approche systémique. C'est encore s'efforcer de rendre compte du travail, à partir d'un groupe de formation, sur le terrain même d'une circonscription d'actions sanitaires et sociales et de sa dynamique engagée dans un processus de formation-action-recherche.

1. PRÉSENTATION DU CONTEXTE

Cette circonscription se situe dans le Val de Marne. Elle est limitrophe de Paris et regroupe trois communes : Gentilly, Arcueil, Le Kremlin Bicêtre.

Sur cette circonscription, les missions d'actions sanitaires et sociales sont assurées par des professionnels en relation avec toutes les structures et les organismes qui participent aux missions de la Protection sociale. Ces différentes actions sont coordonnées par une responsable de circonscription.

2. LE GROUPE DE FORMATION

Il est pluridisciplinaire, il concerne des intervenants médico-psycho-sociaux (Assistants sociaux – Puéricultrices – Psychologues – Educateurs – Médecins – Sage-femme – Travailleuse familiale – Secrétaires) qui se réunissent une fois par semaine.

Ces professionnels, tout en étant employés par différentes institutions et touchant à la fois des services d'adultes et d'enfants, travaillent sur ce territoire géographique de la circonscription.

Il s'agit donc d'un groupe d'intervenants homogène par leur rattachement à un même territoire. C'est cette unité de terrain et non les spécificités de chacun qui le définit.

La demande de formation

Elle a émergé à la suite d'un malaise et d'insatisfactions rencontrées dans la pratique professionnelle, de difficultés à se situer face à des

STRUCTURES ET ORGANISMES IMPLANTES
SUR LA CIRCONSCRIPTION

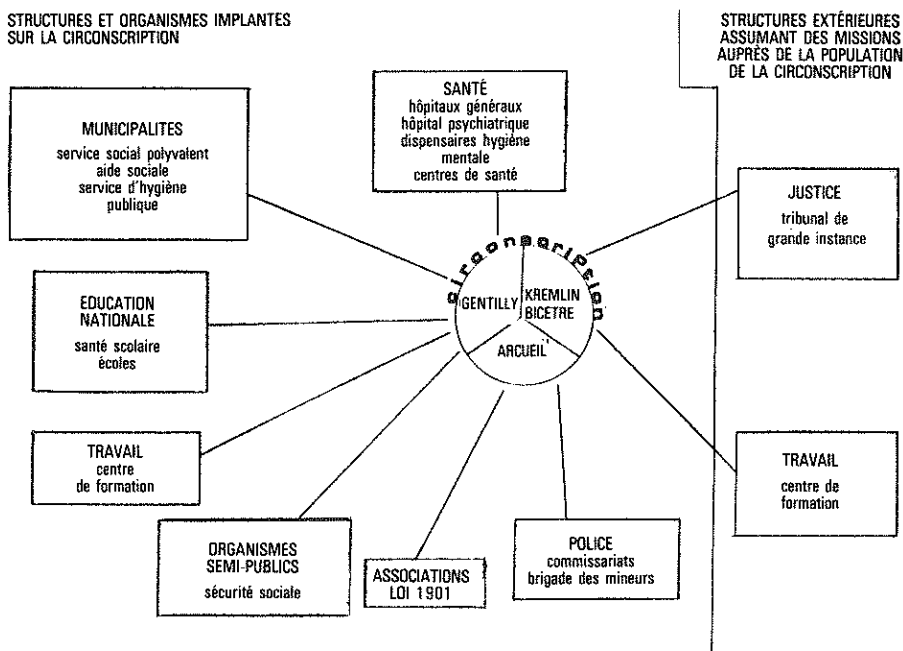


Figure 1.

situations de crise et de détresse (enfants mal traités, fugue d'adolescent, femmes et enfants fuyant le domicile, tentatives de suicide...), de sentiment d'inefficacité et d'impuissance face à la répétition de certaines problématiques, d'une impression de morcellement des prises en charge et des solutions proposées (chaque institution offrant, par exemple pour un même problème sa solution en fonction de sa spécificité, annulant ou disqualifiant le travail des autres). Les intervenants avaient également des difficultés à se situer entre la perception qu'ils avaient des besoins exprimés par la population et la nécessité d'appliquer des politiques parfois contradictoires dictées par les services centraux.

Se sont ainsi imposés un désir et un besoin de réflexion et de soutien à partir d'une formation collective.

Le processus de formation

Plus qu'un enseignement, il s'agit d'un accompagnement d'un processus de croissance où sont travaillées les dynamiques intra et inter-institutionnelles (par exemple les inter-relations avec le quartier, les associations, les structures de soins, l'école...).

L'introduction d'un modèle et de concepts théoriques s'est toujours imposée à partir de l'analyse des situations concrètes.

Une méthode privilégiée en est la *consultation réciproque avec supervision*. En effet, le consultant n'est pas celui qui sait, mais celui situé à une autre place.

Dans la consultation réciproque, les intervenants en formation sont séparés en deux sous-systèmes, chacun pouvant être consultant l'un et l'autre en fonction de la situation proposée. Le formateur est alors superviseur de l'inter-consultation.

3. L'EXEMPLE DU DIT « RÉSEAU RASTA »

Nous décrivons l'évolution, en sept stades, du processus de la rencontre entre intervenants et population, à propos d'une situation travaillée en consultation réciproque avec supervision, dans le cadre de la formation des intervenants. Se justifie bien là, sur le terrain, la notion de formation-action-recherche.

A. Stade 1

Plusieurs intervenants médico-psycho-sociaux du groupe de formation ont été concernés individuellement par des sollicitations complexes émanant de personnes d'origine antillaise ou maghrébine.

Chaque intervenant se trouvait confronté en fonction de sa spécificité à différents problèmes : grossesse à risque, toxicomanie, enfant en danger, problème de santé physique et psychique, demande d'hébergement, demande de placement, procédure d'expulsion en cours, problème financier.

Devant ces problèmes les intervenants (trois assistantes sociales, deux éducatrices, une sage-femme, un médecin) se présentent au groupe de formation ; de plus en plus dépassés par les situations, ils sollicitent une aide.

Chacun se présente dans sa fonction et parle de ce qui le préoccupe : par exemple, une éducatrice est confrontée à un problème de toxicomanie chez une adolescente ; une assistante sociale est inquiète pour une jeune femme enceinte toxicomane, sans ressources, déjà mère célibataire qui pose une demande d'hébergement.

Donc à cette période-là, à des sollicitations individuées correspondent des intervenants individués (stade 1).

C'est la situation classique dans laquelle se retrouve souvent isolé l'intervenant dans le champ social.

B. Stade 2

Le travail de consultation réciproque dans le cadre de la formation va permettre, par une métacommunication constante des interrelations, d'accompagner, en modélisant l'actualité des interrelations, le processus de la rencontre et la stratégie dynamique d'intervention.

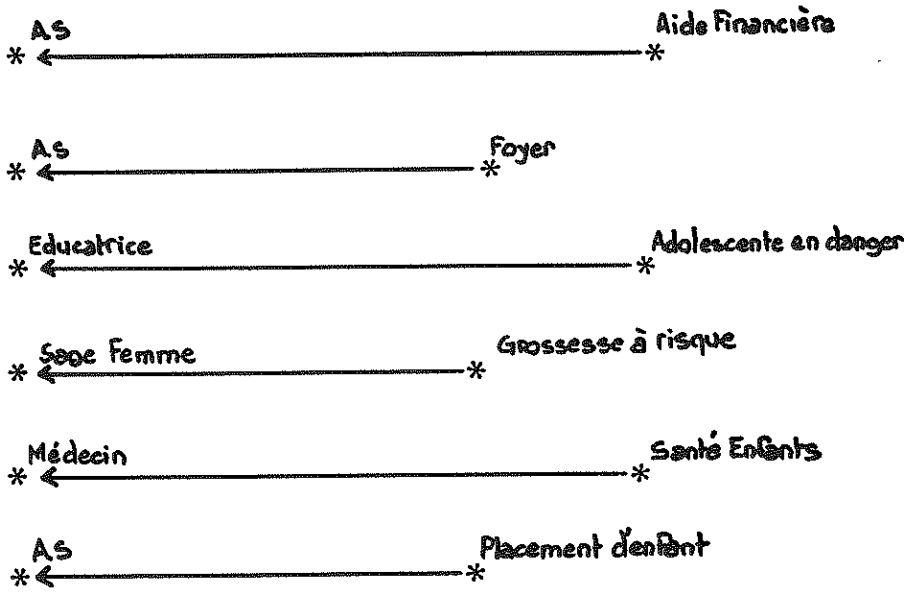
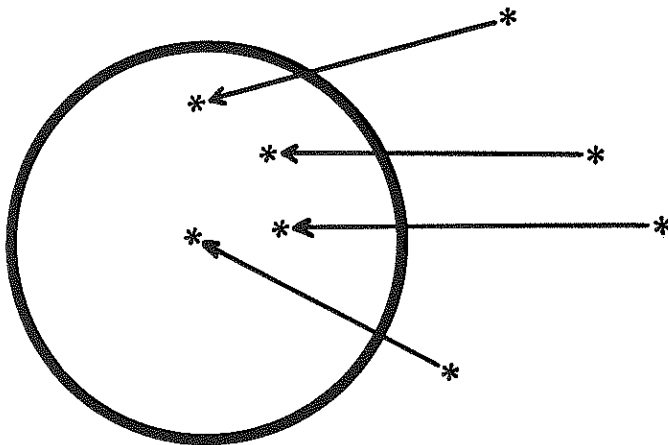


Figure 2.



Réseau des intervenants } .Appartenance
dans un même terrain } .Règles Demandes isolées

Figure 3: Stade 2.

Ainsi, au cours de cette première consultation les rôles respectifs et la place de chacun ont été clarifiés et a émergé la notion d'appartenance à un même réseau : le réseau des intervenants médico-psycho-sociaux (R.I.) travaillant sur un même terrain avec des règles communes (stade 2).

C. Stade 3

En échangeant les informations sur les problèmes évoqués, il apparaît que les sollicitations plurielles émanent de personnes en relation entre elles : elles vivent toutes sous un même toit, elles sont menacées d'expulsion d'un logement dont un des couples est le locataire en titre. Elles sont alors perçues comme un réseau : le « réseau copain » (stade 3).

Cette destabilisation et les sollicitations précédemment citées ne sont-elles pas des règles de ce sous-système caractérisé par la marginalisation ?

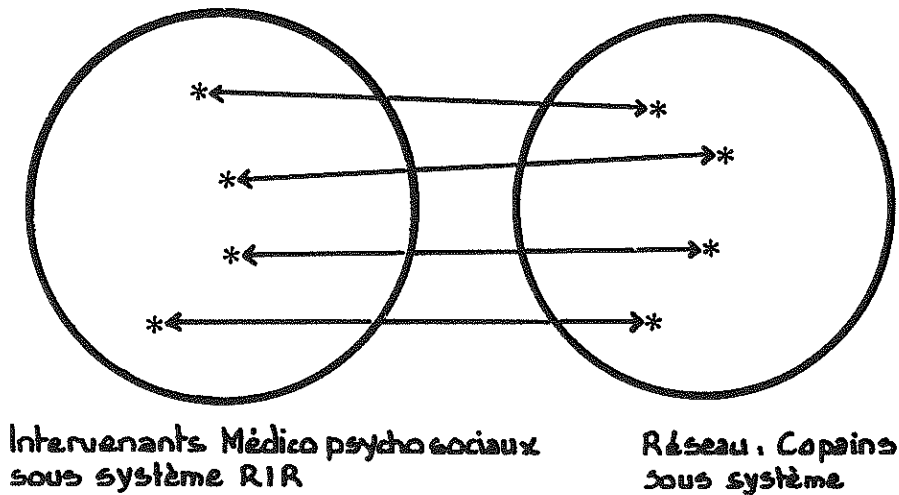


Figure 4 : Stade 3.

On constate parallèlement une évolution dans le comportement et les réactions des intervenants. Précédemment ils étaient sollicités dans un climat de catastrophe pour des solutions à des besoins urgents. Progressivement en se repérant membre d'appartenance d'un sous-système les intervenants en interrelation avec le sous-système « copain » se présentent beaucoup moins anxieux. Ils sont plus amenés à reconsidérer globalement la fonction de ces sollicitations pour le sous-système

« copain » et dans l'interrelation de celui-ci avec le sous-système intervenants.

On constate alors un déséquilibre en balançoire non plus des intervenants mais du sous-système « réseau copain ».

D. Stade 4

Plus tard, nous analysons que ce « réseau copain » est structuré autour d'un mythe que nous appellerons le « mythe Rasta ».

Vous avez pu rencontrer des groupes de jeunes métisses coiffés de petites nattes et portant des bonnets de laine avec les trois couleurs symboliques : le rouge pour la terre nourricière, le vert pour l'herbe (marijuana), le jaune pour le soleil.

Le mouvement Rasta est un mouvement politique, mystique et culturel propre aux noirs de la Jamaïque. Une de ses émanations en est la musique Reggae avec pour principal interprète Bob Marley.

Par extension, c'est encore le mythe du retour vers la terre d'origine où il fait chaud, où tout le monde s'aime, où il ne reste plus qu'à cueillir les fruits aux arbres. Fumer de l'herbe sert à se rapprocher d'une spiritualité, à mieux communiquer, à être plus proche les uns des autres.

A partir de la construction de cette métaphore « Mythe Rasta », l'exploration a permis de confirmer que le sous-système « copain » s'en réclame. En effet, vivant en collectivité, là où l'enfant est roi, l'homme ne travaille pas, reste à la maison, il fume en écoutant du Reggae.

CONFRONTATION INTERCULTURELLE

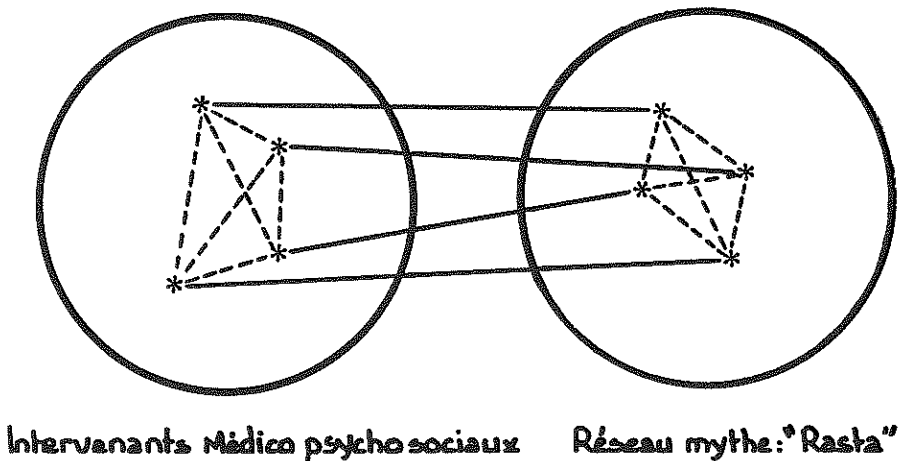


Figure 5: Confrontation interculturelle (stade 4).

Cependant, nous pouvons constater qu'ils sont déjà dans la non-loyauté par rapport aux règles traditionnelles et coutumières des Rasta. En effet, leur alimentation n'est pas uniquement végétarienne, leur seul travail devrait être la terre, il y a non respect de la non violence, ils consomment des drogues dures (héroïne) et non pas seulement de l'herbe.

A ce niveau-là, ainsi que le modélise le schéma, nous notons une confrontation interculturelle entre les deux sous-systèmes Intervenants-Rasta (stade 4).

Il y a une reconnaissance réciproque d'identité différenciée avec chaque système de règles et interrelations entre les membres d'un sous-système à l'autre.

Les intervenants sont ainsi, par exemple, amenés à restituer ce qui correspond pour eux à une norme et ne définit pas pour les autres une demande.

L'utilisation de Marijuana ne peut plus être repérée comme une simple toxicomanie mais comme participant aux rituels avec lesquels le « réseau Rasta » se structure.

Cette analyse nous apparaît fondamentale. Elle concerne de façon globale ce qu'on peut appeler la culture de l'intervenant qu'il soit assistante sociale ou psychologue. Cela nous renvoie à ce que Mony Elkaïm appelle la « carte du monde » qui inclut les aspects contre transférentiels.

Simulation en consultation réciproque

A ce moment-là de l'évolution, les intervenants sont amenés à travailler plus en groupe face au « Réseau Rasta » avec lequel ils constituent le métasystème de la rencontre.

Ainsi s'organisent des visites à domicile avec au moins deux intervenants afin, non plus de rencontrer les individus de façon isolée, mais collectivement sur leur territoire.

Au cours d'une visite à domicile les intervenants se sentent mal à l'aise sans pouvoir expliquer la nature de ce malaise. Ils éprouvent le besoin d'en parler au groupe de formation.

Le formateur propose une simulation en consultation réciproque.

Lors de cette simulation les deux intervenants se retrouvent au centre de la pièce, serrés l'un contre l'autre, comme rivés à un poteau central avec une impression de tournoiement, de brouhaha ne permettant plus de réfléchir, d'écouter, de poser le regard.

En verbalisant sur cette situation des métaphores s'imposent : images de ballet africain, de transe, de derviche tourneur, bourdonnement ; l'ensemble traduisant le mouvement de confusion où ils sont.

Il apparaît que les enfants au cours de cette visite permettaient tout en empêchant la relation entre les intervenants et les adultes du « Réseau Rasta ».

Le schéma montre le processus de phagocytose des intervenants. Ceux-ci jouent en même temps un rôle de pilier structurant pour le métasystème à la recherche d'un équilibre.

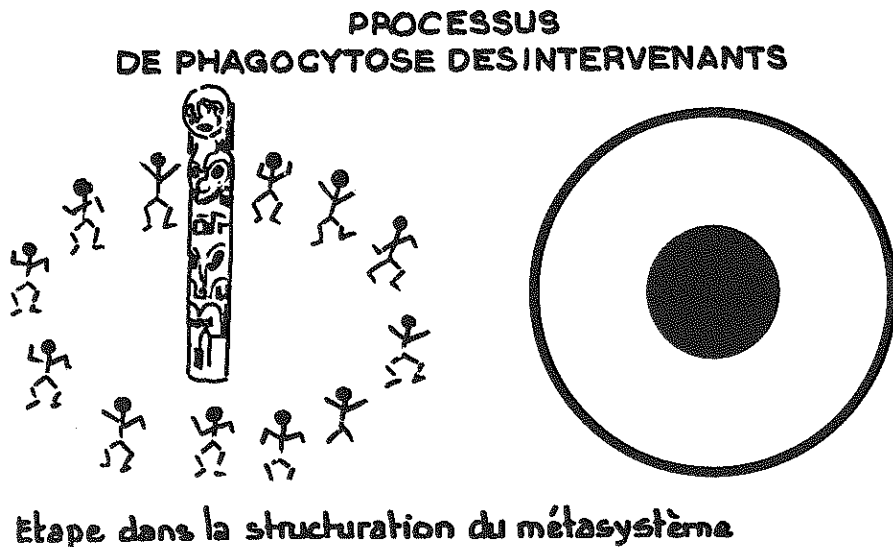


Figure 6 : Processus de phagocytose des intervenants.

Ce qui apparaît assez nettement c'est l'intersection entre les cartes du monde respectives des intervenants, du « Réseau Rasta » et du formateur-superviseur.

Ceci nous amène à bien poser qu'il n'y a pas ici découverte d'une réalité « le Réseau Rasta » mais construction de la métaphore du Réseau Rasta. Celle-ci permet aux intervenants un recadrage qui modifie le caractère de la rencontre et la stratégie de l'intervention.

Avec Mony Elkaïm nous travaillons sur les congruences entre les cartes du monde sans préjuger la réalité du territoire. Nous sommes engagés dans ce que décrit H. Maturana comme des « multivers ».

E. Stade 5

Les intervenants se présentent à la période suivante comme déprimés (nouveau balacement). Ils n'arrivent plus à se différencier profes-

sionnellement, ne sachant plus ce qui relève plus spécifiquement du ressort de l'éducatrice ou du domaine de l'assistance sociale.

Parallèlement, il est constaté que certains membres du « Réseau Rasta » viennent poser des demandes à la place les uns des autres ou alors qu'un tel se présente avec un copain à la place de sa compagne à un rendez-vous.

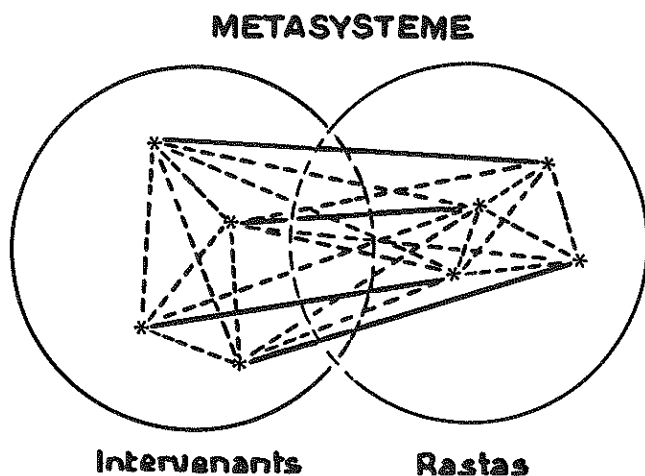


Figure 7 : Métasystème (stade 5).

Le schéma modélise l'émergence du métasystème intervenants-rastas (stade 5). On peut le rapprocher de la phase d'illusion groupale (que décrit Didier Anzieu) dans le processus de structuration inconsciente du groupe (ici métasystème). On y retrouve ce flou des différences.

F. Stade 6

Les intervenants sollicitent à nouveau les consultants.

Sont alors précisés fonctions et rôles dans le cadre des actions auprès du « Réseau Rasta ».

Cette clarification permet une différenciation : des sous-groupes se constituent ; par exemple, une assistante sociale et une éducatrice reçoivent une jeune femme et sa mère.

On assiste alors dans le « Réseau Rasta » à la constitution de nouvelles dyades.

De plus, les rastas ne s'identifient plus de la même manière au mythe : le couple hôte, par exemple, se réapproprie son logement et met à la porte certains membres du réseau.

PROCESSUS D'INDIVIDUATION : phase agrégative

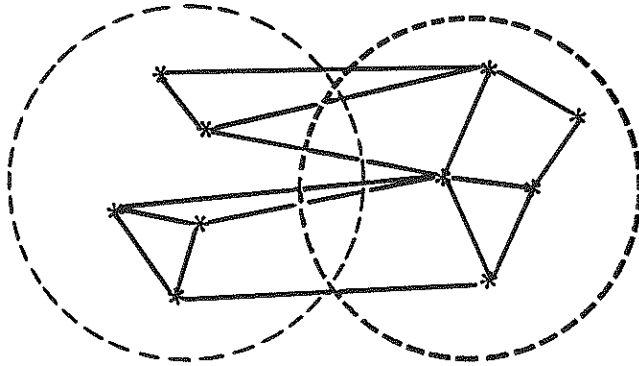


Figure 8 : Processus d'individuation : phase agrégative (stade 6).

Ceci est modélisé par le schéma montrant la phase agrégative (stade 6).

G. Stade 7

D'autres individus s'en vont et rejoignent leur famille ou leur pays d'origine. Les intervenants sont plus interpellés à un niveau individuel qu'en tant que groupe.

Le schéma suivant modélise : individuations et couplages (stade 7).

Les dyades ne sont pas là des reproductions des couples d'origine mais forment de nouveaux sous-systèmes.

COUPLAGES ET INDIVIDUATION

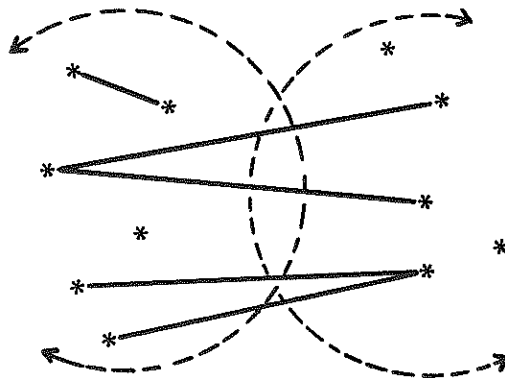


Figure 8 : Couplages et individuation (stade 7).

Ainsi a été accompagné un processus de structuration et de différenciation qui est passé par ce qui a été analysé métaphoriquement comme formant le « Réseau Rasta ».

Cette aventure se poursuit. Actuellement l'une est en cure de désintoxication, l'autre est partie aux Antilles, deux hommes se sont « branchés » dans un travail de câblage...

CONCLUSION

Nous avons ainsi essayé de rendre compte d'une pratique de réseau articulant formation et action-recherche sur le terrain concernant les champs médico-psycho-sociaux.

Avec l'exemple de la métaphore du réseau « Rasta », nous avons modélisé sept stades caractéristiques du processus de la rencontre entre sous-systèmes intervenants et demandeurs.

De la relation binôme aux structurations de nouvelles dyades, en passant par les phases agrégatives et les phases de couplage, nous pouvons repérer là, telle qu'elle s'est imposée à nous lors de la consultation réciproque avec supervision, la trame séquentielle d'un processus où s'inscrit l'élaboration et le circuit de la demande.

Ceci illustre la spécificité d'un type d'évaluation, celui correspondant au type IV selon les critères décrits par Jean Dubost.

L'évaluation, question si difficile à cerner, se réfère ici, plus à un processus qu'à un programme normatif.

Elle est ici l'expression d'un devenir et non d'une histoire close. La simulation en supervision par exemple, a permis l'exploration d'interrelations où chacun est impliqué dans un processus auto-référentiel.

Le désir du sujet et son identité d'appartenance font là, butée dans le Social ritualisé.

Pierre Benghozi

Psychiatre. Responsable de formation F.A.R.
Association de recherche en psychothérapie A.R.P.

Catherine Girard

Françoise Lelu
Association F.A.R.
3, villa Croix Nivert
F-75015 Paris

RÉSUMÉ

A partir de consultations réciproques avec supervision est analysé et modélisé le processus de croissance de la rencontre avec ceux que nous identifierons par la métaphore de « Réseau Rasta ».

Ainsi est présenté un exemple d'évaluation et de développement d'une pratique de réseau à partir d'une formation-action-recherche, dans le champ médico-psycho-social.

SUMMARY

An increasing exchange process (issued from reciprocal consultation with supervision) shall be analysed and modelized with those identified through « Rasta Network » image. Through this approach we present an illustration how to evaluate and to develop a network practice from a simultaneous set Training-Action-Research, in medical and psycho-social field.

Mots-clés :

Consultation réciproque
Réseau
Evaluation
Formation Action Recherche

Key words :

Reciprocal consultation
Network
Evaluation
Training Action Research

BIBLIOGRAPHIE

1. ANDOLFI M., ANGELO C., MENGHI P. et NICOLO A.M. « La Forteresse familiale », Dunod, 1985.
2. ANZIEU D. « Le groupe et l'inconscient », Dunod, 1978.
3. ATLAN H. « Entre le cristal et la fumée », Seuil, 1979.
4. BATESON G. « Vers une écologie de l'esprit », Tomes 1, 2, Seuil, 1977.
5. BENGHOZI P. « Approche psychanalytique et systémique des groupes Effet-mères, C.E.S. Psychiatrie, 1983. — « Structures et systèmes », in *Psychiatrie Française*, 1986. — « Crise d'Identité communautaire et rituel, thérapie conjointe avec le sorcier du village Boni », in *Actes du Colloque international de l'Association française d'anthropologie*, 1986.
6. COLLOMB H. « Pour une psychiatrie sociale », in *Thérapie familiale*, vol. 1, No 2, 1980.
7. DUBOST J. « Les critères de la recherche-action », in *La recherche-action*, POUR, No 90, juin-juillet 1984, Toulouse, Privat, 17-21.
8. DUHL F.B. et KANTOR D. « Apprentissage, espace et action en thérapie familiale : les bases de la sculpture », in *Techniques de base en Thérapie familiale*, sous la direction de BLOCH D.A., Delarge, 1979.
9. ELKAÏM M. « Système familial et système social. Agencements, pratiques de réseaux, No 1, 1979. — « A propos de Thermodynamique des processus irréversibles et de Thérapie familiale », No 3, 1980. — « Cartes, territoires et singularités », Nos 4 et 5, 1981, in *Cahiers critiques de Thérapies familiales et de pratiques de réseaux*, GAMMA, Vol. 3, 4 et 5, 1979, 1980, 1981.

10. IGODT P. et CAUFFMAN L. « Quelques développements récents dans la théorie des systèmes, contributions de MATURANA et VARELLA », in *Thérapie familiale*, No 3, 1984.
11. MATURANA H.R. « Article Autopoiesis », in Zeleni, North Holland-New York, 1982.
12. MONTAGANO S. « Mais où sont les réseaux d'antan ? » in *Cahiers critiques de Thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, GAMMA, 1980.

Sociologie et sociétés



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

Directeur : Robert Sévigny

Déjà parus :

Phénomène urbain	5\$ <input type="checkbox"/>	Développement national et économie mondialisée	7.50\$ <input type="checkbox"/>
Les systèmes d'enseignement	7.50\$ <input type="checkbox"/>	Éducation, économie et politique	7.50\$ <input type="checkbox"/>
Sémiologie et idéologie	7.50\$ <input type="checkbox"/>	Réflexions sur la sociologie	7.50\$ <input type="checkbox"/>
Femme/travail/syndicalisme	7.50\$ <input type="checkbox"/>	Écologie sociale et mouvements écologiques	7.50\$ <input type="checkbox"/>
Domination et sous-développement	7.50\$ <input type="checkbox"/>	Les Femmes dans la sociologie	7.50\$ <input type="checkbox"/>
Science et structure sociale	7.50\$ <input type="checkbox"/>	La Sociologie une question de méthodes ?	8.50\$ <input type="checkbox"/>
Travaux et recherches sur le Québec	7.50\$ <input type="checkbox"/>	Regards sur la théorie	8.50\$ <input type="checkbox"/>
Pour une sociologie du cinéma	7.50\$ <input type="checkbox"/>	L'État et la société	8.50\$ <input type="checkbox"/>
La Mobilité sociale : pour qui, pour quoi ?	7.50\$ <input type="checkbox"/>	Enjeux « ethniques »	8.50\$ <input type="checkbox"/>
La Gestion de la santé	7.50\$ <input type="checkbox"/>	L'informatisation : mutation technique, changement de société	9.50\$ <input type="checkbox"/>
Psychologie/Sociologie/Intervention (réimpression)	9.50\$ <input type="checkbox"/>	Sociétés et vieillissement	9.50\$ <input type="checkbox"/>
Le développement des relations sociales chez l'enfant	7.50\$ <input type="checkbox"/>	Santé mentale et processus sociaux	9.50\$ <input type="checkbox"/>
Changement social et rapports de classes	7.50\$ <input type="checkbox"/>	Sociologie critique et création artistique	9.50\$ <input type="checkbox"/>
Critique sociale et création culturelle	7.50\$ <input type="checkbox"/>	Droit et pouvoir. Pouvoirs du droit	9.50\$ <input type="checkbox"/>

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

Bulletin d'abonnement

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

Je désire m'abonner à la Revue *Sociologie et sociétés* pour

l'année _____ \$

Veuillez m'expédier les titres cochés.

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

Visa

Master Card

n° _____

Date d'expiration: _____

Abonnement annuel 1986

Individus :

Canada : 16\$

Étudiants : 12\$

Pays étrangers : 19.50\$

Institutions :

Tous les pays : 32\$

Le numéro : 10\$

NOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

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



LES PRESSES
DE L'UNIVERSITÉ
DE MONTRÉAL

C.P. 6128, succ. «A»
Montréal, Qué. H3C 3J7
2910, bd Edouard-Montpetit
Montréal, Qué. H3T 1J7

NOTE DE LECTURE

Dell P.F. : In Defense of « Lineal Causality »

Family Process 25 : 513-521, 1986

Depuis plusieurs années les problèmes « épistémologiques », liés tant à la pratique qu'à la théorie de la Thérapie de famille, préoccupent P. Dell. Il fait partie des théoriciens qui contribuent à intégrer les concepts de Maturana à la théorie systémique. Ils ont jeté les bases de ce qu'il est aujourd'hui convenu d'appeler la « cybernétique de second ordre », terme forgé par von Foerster. L'intérêt de l'article, ici, résumé dans les grandes lignes réside dans la clarification qu'il apporte au problème des causalités « linéaire » et « circulaire » en distinguant les niveaux de l'expérience, de la description et de l'explication.

Selon l'auteur, l'épistémologie cybernétique de Bateson, qui sépare radicalement la causalité linéaire de la causalité circulaire, a introduit passablement de confusion dans l'esprit des cliniciens. Les thérapeutes se référant à l'épistémologie de Bateson ne savent plus très bien comment, tout en restant « circulaires », parler des familles et de leurs thérapies, d'où un certain désarroi.

Pour Dell cependant, la distinction que fait Bateson entre les deux causalités *ne décrit pas* notre expérience quotidienne, mais *l'explique*. Si en effet, théoriquement, l'argument de Bateson plaidant pour la causalité circulaire et pour l'impossibilité de la causalité linéaire est plausible et valable, celle-ci ne reflète pas l'expérience quotidienne du clinicien et du thérapeute qui est une expérience de causalité linéaire. C'est ce thème que Dell développe dans ce texte. Tout d'abord il décrit la « causalité linéaire » de trois perspectives différentes :

1. La perspective batesonienne : pour Bateson, le monde, respectivement le « mind », est systémique ou cybernétique. Le « mind » individuel est immanent, non seulement dans le corps de l'individu mais aussi dans les circuits, les boucles rétroactives, formés avec les objets et les personnes avec lesquels le sujet entre en relation. La conception batesonienne de la causalité linéaire dépend directement de cette perspective cybernétique. Tout système social et tout système écologique sont organisés de façon circulaire et connectés de façon circulaire avec des circuits de plus en plus complexes. Cela implique qu'aucune partie d'un tel système interactif ne peut avoir un contrôle unilatéral sur l'une

ou les autres parties. D'après Dell, c'est à ce point que se situe l'impossibilité de la causalité linéaire dont parle Bateson : l'impossibilité qu'une partie puisse avoir le contrôle sur les autres parties. Indépendamment de notre expérience subjective, nous faisons constamment partie de boucles causales multiples qui composent le monde. Ce que Bateson appelle une erreur épistémologique c'est la non-perception, la non-prise en compte de telles boucles dont la causalité linéaire ne représente qu'une séquence à l'intérieur du circuit.

2. La perspective du clinicien ; l'action efficace : le clinicien, quant à lui, utilise la causalité linéaire pour décrire son action et son efficacité. Il est pragmatiquement linéaire et son efficacité est liée à des techniques linéaires. Par exemple le thérapeute rompt des « patterns » d'interaction dans une famille. Cela ressemble beaucoup à ce que fait le chirurgien lorsqu'il opère une appendicite. De même, on constate que Madame Dupond contrôle la famille ou bien que le thérapeute change la structure de la famille, etc. Ce sont toutes des formulations linéaires.

Demander à des thérapeutes et à des cliniciens de formuler et de se représenter chacune de leurs interventions sous une forme circulaire, avec toutes les conséquences au sein des circuits intéressés, devient une tâche pratiquement impossible. Cela impliquerait une description de l'intervention en fonction des interactions circulaires entre la famille-mère-père-patient identifié ; le patient-les yeux-les oreilles-le cerveau-les affects-l'intervention-la famille. D'où la grande irritation des thérapeutes qui commencent à parler « d'epistobabble » au lieu d'épistémologie, d'où impasse.

Comment peut-on rapprocher ces deux points de vue ? Certains auteurs, notamment les thérapeutes structuralistes, ont tenté de le faire : quoique la compréhension du thérapeute soit une compréhension systémique, ses interventions restent linéaires « alors que les processus complexes de la thérapie familiale sont considérés comme un tout et admettent nécessairement une causalité circulaire, les sous-processus dans la rencontre thérapeutique se révèlent être linéaires » (Gurman). La question qui persiste est la suivante : est-ce que ces séquences linéaires font partie, en tant que séquences, d'un circuit de causalité circulaire tel que le suggère Bateson ? Les cliniciens refusent ce point de vue, en affirmant très nettement que l'intervention thérapeutique reste purement linéaire indépendamment des circuits stipulés.

3. La perspective de Maturana ; l'interaction instructive : les travaux de Maturana jettent une autre lumière sur toute cette

affaire de causalité linéaire. Le terme de Maturana pour la causalité linéaire est «l'interaction instructive». Tout comme Bateson, il ne pense pas qu'une interaction instructive soit possible. Toutefois il diverge de Bateson en ne définissant pas la causalité linéaire par rapport à une causalité circulaire. A la place, il la définit par rapport à un déterminisme de structure ou par rapport à son existence (point de vue ontologique). Le déterminisme structural implique que l'environnement ne peut pas déterminer le comportement d'un objet ou d'un organisme. Si tel était le cas, il s'agirait ici d'une «interaction instructive», c'est-à-dire d'une causalité linéaire. Au lieu de cela, c'est la structure de l'objet ou de l'organisme qui détermine comment ce dernier va répondre à l'environnement. En termes simples, «l'interaction instructive», que l'on peut aussi nommer «information instructive», est du domaine de la causalité unilatérale. Une causalité unilatérale n'est pas possible. Par exemple, dit Dell, lorsqu'un voleur pointe son pistolet vers une victime et que cette dernière attrape le hoquet, on ne peut pas dire que c'est le voleur qui a causé le hoquet de sa victime. Si tel était le cas, cela voudrait dire que le voleur possède le pouvoir de déclencher le hoquet chez toutes les victimes sur lesquelles il pointe son pistolet. Nous savons qu'il n'en est rien. Si la victime a attrapé le hoquet, c'est en raison de sa propre structure et de sa propre réaction.

Donc sur ce point Bateson et Maturana sont d'accord : le contrôle unilatéral, linéaire, n'est pas possible. Et pourtant, très souvent, nous pensons que «l'interaction instructive» se produit, donc qu'elle existe. Par exemple, lorsque nous faisons une intervention thérapeutique couronnée de succès, nous pensons en termes d'interaction instructive ou linéaire. Tout thérapeute de famille sait qu'il opère dans un réseau circulaire, mais cela ne l'empêche pas de dire que «sans un répertoire de stratégie linéaire, aucun thérapeute ne sera efficace» ou bien que «l'intervention thérapeutique est linéaire», etc.

Expérience, description, explication :

Dell insiste sur la différence fondamentale entre l'expérience et l'explication. L'explication a sa place dans un méta-domaine par rapport à l'expérience. L'explication donne des raisons ou des causes à ce dont nous faisons l'expérience. De ce point de vue, une explication doit toujours être en position méta par rapport à l'expérience. L'expérience doit toujours précéder l'explication. Ceci a des conséquences intéressantes : nous vivons tous à l'intérieur du domaine de notre expérience.

Dans ce domaine, les choses arrivent. Nous sommes des récepteurs passifs de tout ce que nous voyons, entendons, sentons, etc. En d'autres termes, le linéaire ou l'instructif paraît constitutif de l'expérience même.

Cependant alors que d'un côté, sur le plan phénoménologique, il nous apparaît que nous ne construisons jamais nos expériences, mais qu'elles sont juste là, qu'elles arrivent, la plupart des épistémologues insistent d'un autre côté pour dire que nos expériences ne peuvent pas être linéaires et instructives, ou reçues passivement. Au contraire, elles sont construites activement comme le décrit von Glasersfeld. A nouveau nous trouvons la différence entre ce dont nous faisons l'expérience et l'explication. L'expérience est phénoménologiquement toujours linéaire ; alors que dans le méta-domaine de l'épistémologie l'expérience ne peut pas être linéaire, mais seulement refléter le produit de notre interaction avec l'environnement. La chose est complexe. Premièrement, chaque fois que l'on entend discuter une expérience, l'on fait recours au méta-domaine de l'explication. Nous ne pouvons jamais parler ou rapporter simplement l'expérience. Dès qu'on en parle, cela ne peut être qu'une réflexion sur ou une représentation de l'expérience. Donc, lorsque nous affirmons que le linéaire est constitutif de l'expérience, nous donnons simplement un commentaire ou une représentation de cette expérience. C'est une sorte d'explication.

Il y a un deuxième point complexe concernant cette question de la relation expérience/explication. Deux domaines sont, pour les humains, méta par rapport à l'expérience :

- a) la description ;
- b) l'explication.

La description correspond à la description, par le truchement d'un langage, qu'un observateur peut faire de nos expériences (que ce soit une expérience subjective sur soi-même ou une expérience perceptive du monde extérieur). L'explication, elle, ne sera donc pas simplement en position méta par rapport à l'expérience, mais aussi en position méta par rapport à la description. L'explication fournira donc des causes et des raisons à l'expérience que nous avons décrite.

Ceci nous amène à un point crucial du malentendu qui existe entre cliniciens et épistémologues à propos de cette question de causalité linéaire. Ce malentendu réside essentiellement dans le fait que, pour les cliniciens, la causalité linéaire fait partie d'une *description*, alors que pour les épistémologues elle fait partie du domaine de l'*explication*.

Ainsi lorsque, en tant que clinicien, nous décrivons un traitement ou des interventions thérapeutiques, nous partons de l'expérience et de la description du vécu, domaine où les phénomènes nous apparaissent comme instructifs ou linéaires.

A l'inverse, lorsque nous nous posons en « épistémologues » et que nous parlons de causalité linéaire, nous fournissons une explication par rapport à l'expérience décrite.

Nous sommes donc en face de *trois domaines* qui peuvent être distingués, celui de l'*explication*, celui de la *description* et celui de l'*expérience*. En nous plaçant au-delà du domaine purement philosophique — qui est un domaine où les explications foisonnent et rivalisent — nous pouvons dire, premièrement, que le linéaire est constitutif de l'expérience. Deuxièmement que, par l'expérience, nous vivons nécessairement dans un monde linéaire et instructif. Troisièmement que, pour nous, l'expérience linéaire et instructive est absolument contraignante. Quatrièmement, que des millions d'années de sélection naturelle et notre compétence dans la vie quotidienne ont montré la viabilité de l'expérience linéaire. Cinquièmement, que notre expérience linéaire pose les bases d'une description proto-explicatoire de cette expérience, description qui, du coup, risque d'être confondue avec l'explication.

C'est seulement en distinguant bien les domaines expérience, description et explication, que l'on sortira du débat stérile entre les deux types de causalités et, par conséquent, de la compétition explicative qui existe entre elles.

D. Masson

THERAPIE FAMILIALE

Revue Internationale d'Associations Francophones

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

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

Rédaction: Prière d'adresser la correspondance à :

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

Secrétaire de rédaction: E. Terribilini

Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle

THÉRAPIE FAMILIALE

pour l'année 198.....

Abonnements individuels :

FRS 60.— / FF 250.—

Collectivités, bibliothèques, abonnements collectifs :

FRS 75.— / FF 315.—

EDITIONS MÉDECINE & HYGIÈNE

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

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

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

Nom et prénom :

Adresse :

N° postal : Ville :

Date : Signature :

INFORMATIONS

CERFASY, NEUCHÂTEL: « Analyse systémique du divorce », par J. Düss-Von Werdt, automne 1987.

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

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

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

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

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

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

Morlaix: 26 septembre 1987

Besançon: 24 octobre 1987

Paris: 21 novembre 1987

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

XVIIIèmes JOURNÉES NATIONALES BALINT: « Événements de vie et groupe Balint » sous la présidence du Professeur J. Guyotat. 14 et 15 novembre 1987, Lyon.

Informations et inscriptions: Secrétariat des Journées Nationales Balint, Docteur A. Bayon De Noyer. 21, cours Franklin-Roosevelt, F-69006 Lyon.

COLLOQUE INTERNATIONAL: « La thérapie stratégique et les stratégies en psychothérapie ». Sessions de travail intensif avec la participation de Jay Haley, Cloe Madanes et de nombreux autres intervenants français et étrangers.

Parainné par : The Milton H. Erikson Foundation de Phoenix, L'ATSF, l'Institut Milton H. Erikson de Paris, l'Institut de la famille de Nice, la Société française de sexologie, le Centre G. Bateson de Lyon, l'I.F.A.T.C. de Saint-Etienne, la Société française de thérapie comportementale, le Centre de formation en thérapie familiale de Liège.

Cannes, du 10 au 14 juin 1988

Informations et inscriptions : (1100 FF avant le 31 janvier 1988) : A.T.S., 23 rue Jean Giraudoux, F-75116 Paris.

CENTRE D'ÉTUDES DE LA FAMILLE ET DES SYSTÈMES : Semaine de perfectionnement à la thérapie familiale avec le Docteur G.F. Cecchin (Centre d'Etudes de la Famille, Milan). Du 29 mai au 4 juin 1988. — Congrès international : « Neutralité et provocation en thérapie familiale ». Avec M. Andolfi (Rome) et G.F. Cecchin (Milan), les 3 et 4 juin 1988.

Journées d'études :

23 septembre 1987 : Docteur C. Van Custem : « Délinquance et filiation ».

24 novembre 1987 : Docteur J.C. Benoit : « Double lien et institution ».

9 février 1988 : Docteur R. De Bernart : « La création du système thérapeutique ».

19 mars 1988 : Docteur A. Ackermans : « La métaphore ».

Informations : Centre d'Etudes de la Famille et des Systèmes (changement d'adresse) : 30, avenue Edouard Lacomblé, B-1040 Bruxelles.

IIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE PSYCHIATRIE DE L'ADOLESCENCE : « Psychose et fonctionnement psychotique à l'adolescence ». Conférenciers : R. Cahn, A. Green, E. et M. Laufer, J. Mendlewicz, H. Searles, M. Selvini-Palazzoli, R. Shapiro.

Genève, 10 au 13 juillet 1988

Informations : IIème Congrès international de psychiatrie de l'adolescence, B.P.50, CH-1211 Genève 8.

CONDITIONS DE PUBLICATION

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

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

3 — Les articles soumis pour publication doivent être écrits à la machine, à interligne 1^{1/2}, recto seulement, à raison de 30 lignes par page. Ils n'excèdent en principe pas quinze pages.

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

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

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

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

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

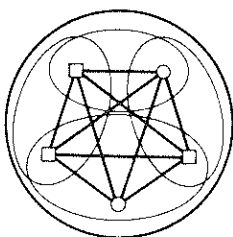
BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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



THERAPIE FAMILIALE

Vol. VIII — 1987 — N° 3

SOMMAIRE

E. TILMANS-OSTYN: La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande	229
M. DEMAY-LAULAN: L'urgence psychiatrique et le médecin généraliste	247
P. DI BLASIO, J.-M. FISCHER et G. PRATA: La fiche téléphonique. Pierre angulaire de la première rencontre avec la famille	257
A. ACKERMANS et C. VAN CUTSEM: Le labyrinthe de la supervision	275
O. AMIGUET et Ph. GRESSLIN: Vers un travail systémique individuel	287
F. BRIDGMAN: Le placement familial, système à double parentalité ..	301

Sur le terrain

P. BENGHOZI, C. GIRARD et F. LELU: Formation Action Recherche et Supervision « Le réseau RASTA »	315
Note de lecture	329
Informations	335

CONTENTS

E. TILMANS-OSTYN: The creation of a therapeutical space through the analysis of the requests of aid	229
M. DEMAY-LAULAN: The psychiatric hospital and the practitioner ..	247
P. DI BLASIO, J.-M. FISCHER and G. PRATA: The telephone chart, a connerstone of the first interview with the family	257
A. ACKERMANS and C. VAN CUTSEM: The supervision's labyrinth ..	275
O. AMIGUET and Ph. GRESSLIN: Toward individual systemic therapy ..	287
F. BRIDGMAN: The placing of children as a double parenthood system	301

Field-work

P. BENGHOZI, C. GIRARD and F. LELU: Training, Action, Research. The « Rasta network »	315
Note de lecture	329
Informations	335