

SOMMAIRE

Présentation.....	353
O. MASSON: Le syndrome d'épuisement professionnel.....	355
M. GOUIRAN et J. TEPPA: Quelques mécanismes d'action des interventions systémiques.....	371
M. SIMÉON, P. MALVAUX, J. CUMPS, Y. VANDROGENBROEK et C. RASPE: Maigrir... sans maigrir II.....	385
G. EVÉQUOZ: Y a-t-il un piloté dans la classe? Le problème de la hiérarchie dans un système artificiel.....	407
P. GONSALVES et C. MANNELLA: Un cas d'énurésie: de l'équilibrage des interactions à la différenciation intergénérationnelle.....	425
M. CAULETIN: De la délégation à la médiation.....	439
Recensions.....	453
Informations.....	457

CONTENTS

Presentation.....	353
O. MASSON: Burnout syndrom.....	355
M. GOUIRAN and J. TEPPA: Some mechanisms of the systemic interventions.....	371
M. SIMÉON, P. MALVAUX, J. CUMPS, Y. VANDROGENBROEK and C. RASPE: To lose weight... without sour II.....	385
G. EVÉQUOZ: Is there a pilote in the classroom? The problematic of hierarchy in artificial system.....	407
P. GONSALVES and C. MANNELLA: Family treatment of enuresis: reinforcing hierarchy to achieve intergenerational differentiation.....	425
M. CAULETIN: From delegation to mediation.....	439
Recensions.....	453
Informations.....	457

THÉRAPIE FAMILIALE

Revue
Internationale
d'Associations
Francophones

L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

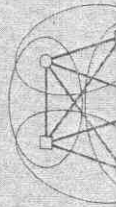
ADÉQUATION DE L'INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE

JEUNES OBÈSES, 2^e PARTIE

LA SYSTÉMIQUE À L'ÉCOLE

ÉNURÉSIE ET HIÉRARCHIE

FONCTION DES SOIGNANTS



PRÉSENTATION

Le burn-out rend l'action psycho-sociale inefficace et engendre souffrance et paralysie, tant des intervenants que des équipes, et aussi une perte de compétence pour la communauté. L'analyse qu'en fait O. Masson montre que le syndrome d'épuisement professionnel implique autant des facteurs individuels que supra-individuels, notamment de formation, de la conception de la santé, de la prévention et des soins, aussi bien au niveau institutionnel et inter-institutionnel que politique. Instaurer des mesures de protection est nécessaire et implique des démarches à de multiples niveaux.

Observant, dans certaines situations, des effets « inattendus » provoqués par une intervention systémique, M. Gouiran et J. Teppa s'interrogent sur l'adéquation entre ce qu'ils appellent « les vrais problèmes » de la famille et le type d'intervention thérapeutique. Ils proposent de différencier la résistance au changement de la résistance à l'intervention, ce qui les amène, dans leur réflexion clinique, à distinguer à leur manière une cybernétique de premier et de second ordre avant de discuter des interventions thérapeutiques qui ne semblent être d'inspiration « constructive ».

Les avatars rencontrés au cours de leur recherche consacrée au traitement des jeunes obèses ont conduit M. Siméon et collaborateurs à nous livrer quelques utiles conseils valables pour toute recherche clinique. Leur recherche sur ces jeunes obèses s'est effectuée en deux étapes visant à établir l'utilité de différentes stratégies thérapeutiques en fonction de diverses variables telles que le type d'obésité, le référent par exemple. Le traitement statistique des données recueillies permet d'établir des directives thérapeutiques pertinentes.

Un système artificiel peut produire sa propre pathologie se signalant par un ou plusieurs membres symptomatiques. G. Evéquo, dans sa contribution, décrit le système artificiel qu'est une classe d'école ainsi que sa nécessaire structure hiérarchique avec son système de pilotage. Le dérapage de cette organisation se signale par l'apparition de troubles du comportement chez un élève et d'un système de « co-pilotage » non souhaité. Il est important de pouvoir reconnaître le trouble hiérarchique au sein de la classe et de ne pas attribuer à des « problèmes de famille », sous peine de les aggraver, les troubles du comportement que peut présenter un élève dans un tel contexte. G. Evéquo propose une intervention utile et originale au sein même de la classe, reposant sur une réflexion systémique rigoureuse.

Des contextes relationnels empêchant la diminution progressive de la dépendance de l'enfant vis-à-vis de son entourage familial favorisent l'émergence de comportements régressifs et symptomatiques chez l'enfant et l'adolescent. Des troubles hiérarchiques, des frontières générationnelles insuffisantes caractérisent souvent ces contextes. Se référant aux concepts structurels de Minuchin, P. Gonsalves et

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

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

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

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

Recension de livre: B. Watternaux

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° C2-622.8030
- Compte de chèques postaux belges N° 000-0789669-89.
- Société de Banque Suisse, Montréal, Compte N° 103.377/01.08

Pour la France:

- Chèques postaux ou bancaires établis à l'ordre de la B.U.O. (Banque de l'Union Occidentale à Paris) libellés en francs français.

Prix de l'abonnement annuel:

- Abonnements individuels:
FS 60. – FF 264. – FB 1523. –
- Bibliothèques et abonnements institutionnels:
FS 110. – FF 458. – FB 2750. –
- Numéro séparé:
FS 30. – FF 125. – FB 750. –

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 1990 by Thérapie Familiale, Genève, Switzerland. Edité en Suisse.

ISSN 0250-4952

Revue trimestrielle, paraît quatre fois par an

C. Mannella relatent en détail la thérapie — suivie d'une catamnèse de cinq ans après la fin du traitement — d'une enfant de cinq ans et demi souffrant d'une énu-résie primaire.

En comparant la conception chamanique du soignant, médiateur entre les forces «du bien et du mal», et celle du soignant occidental, délégué du «savoir et des techniques scientifiques», M. Cautelin nous propose une réflexion poussée sur la fonction de soignant. «Faisant croire qu'à tout problème correspond un professionnel détenteur de la bonne réponse..., les techniques ont envahi nos champs de représentations, les ont cloisonnées, enfermant soignants et soignés dans l'univers des 'prises en charge', sur-responsabilisant le professionnel, déchargeant le patient, tout comme la communauté.» A partir de la différence entre ces conceptions de la maladie et des soins, M. Cautelin réexamine la fonction du symptôme au sein de la famille et dans la rencontre avec le système d'intervention. Elle suggère de substituer à la typologie classique de la demande, «famille volontaire» et «famille non-volontaire», une analyse du jeu relationnel se déroulant dans divers contextes, social, judiciaire et libéral.

D.M.

LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL BURNOUT*

Odette MASSON**

Résumé: *Le syndrome d'épuisement professionnel.* — Le syndrome d'épuisement professionnel est un phénomène très répandu parmi les opérateurs psycho-médico-sociaux. Des facteurs étiologiques d'ordre individuel ne suffisent pas à en expliquer la très haute incidence. S'exprimant par des symptômes psychologiques, psychosomatiques et comportementaux, il affecte souvent de manière majeure l'efficacité des professionnels qui en souffrent. L'importance des effets destructeurs de la pathologie des professionnels sur la qualité de l'attention et des soins dévolue aux patients commence à être évaluée. Traiter et prévenir le syndrome du burnout demande l'identification des facteurs complexes et intriqués le générant. Sont décrits des facteurs individuels, didactiques, institutionnels et supra-institutionnels.

Summary: *Burnout syndrom.* — Burnout syndrom is a widespread phenomenon among workers in the field of psychosocial medicine. Individual etiological factors by themselves are not sufficient to explain its high incidence. Expressing itself through psychological, psychosomatic and behavioural symptoms, it often deeply affects the efficiency of professionals who are burned out. There is growing awareness of the destructive effects due to this kind of professional pathology on the quality of attention and care delivered to the patients. Treating and preventing burnout syndrom requires identification of the complex and intricated etiological factors. Individual, didactic, institutional and supra-institutional factors are described.

Mots-clés: Syndrome d'épuisement professionnel — Facteurs étiologiques — Prévention.

Key words: Burnout syndrom — Etiological factors — Prevention.

I. Introduction

Parler du syndrome d'épuisement professionnel exige prendre du recul pour réfléchir aux modes de fonctionnement des opérateurs et des institutions en médecine psychosociale et évaluer les effets de ces modes de fonctionnement aussi bien sur l'évolution des sujets traités que sur celle des soignants.

Plusieurs raisons m'ont amenée à entreprendre cette réflexion:

* Conférence plénière II^e Congrès Européen sur les abus et négligences envers enfants, Bruxelles, 24-28 avril 1989.

** Médecin-chef au Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Privat-Docent à la Faculté de Médecine de Lausanne. Adresse actuelle: O. Masson, CH-1095 Lutry.

service universitaire de pédopsychiatrie des modèles d'interventions préventives et thérapeutiques capables de protéger le développement de mineurs vivant dans des contextes à risques. Ces activités sont menées en collaboration avec toutes les instances régionales impliquées dans l'assistance aux enfants et à leurs familles. La région compte un demi-million d'habitants. Elle dispose d'un réseau psychomédico-social dont la densité est telle qu'il n'est pas rare d'identifier une vingtaine d'opérateurs intéressés par une seule famille à quatre ou cinq personnes. Les activités transinstitutionnelles centrées autour des situations à problèmes multiples, ont ainsi constamment mis les membres de l'équipe en relation avec une foule d'intervenants de toutes disciplines, enseignants, juristes, soignants, policiers, ainsi qu'avec des laïques. 60% des situations entrant dans la consultation sont accompagnées par des intervenants extérieurs. Elles représentent une accumulation de cas lourds pour lesquels les mesures antérieures prises ont échoué. Les référents du réseau qui les adressent demandent une nouvelle forme plus globale d'intervention. L'évaluation de ces situations lourdes, dont le cumul non fonctionnel est classique dans les unités pratiquant l'approche systémique, exige une analyse soignée des relations précédemment établies entre patients et intervenants. Ces échanges avec les opérateurs du réseau demandent souvent, en début d'intervention, plus de temps que les contacts directs avec les patients (9). C'est à l'occasion de ces nombreuses interactions avec les co-intervenants du réseau que nous nous sommes inquiétés de la forte incidence des syndromes d'épuisement professionnel, et intéressés aux formes variées qu'ils peuvent prendre. Les professionnels de notre unité en ont, eux aussi, souffert. Nous avons pu ainsi analyser sur nous-mêmes les symptômes et les conséquences des différentes formes d'épuisement professionnel. En quinze ans, nous avons assisté au départ de collaborateurs compétents et engagés, qui ont décidé de quitter des activités vécues comme fatigantes, en même temps que non soutenues par les autorités sanitaires et didactiques. Parmi ces collaborateurs, certains ont quitté le champ professionnel; d'autres ont investi des fonctions institutionnelles honorifiques plus paisibles et mieux payées ou s'adonnent à la recherche, la supervision et à l'enseignement. Tous ont pris de grandes distances par rapport aux activités de soins.

II. Définition et description du syndrome d'épuisement professionnel

Pines et Maslach (14, 1978) en définissent ainsi la forme clinique la plus répandue: «Syndrome d'épuisement physique et émotionnel, impliquant le développement d'une auto-évaluation et d'attitudes professionnelles négatives, ainsi que d'une perte de l'implication et du sentiment pour les clients.»

Les opérateurs vivant leurs activités comme inefficaces et inutiles, tout en ayant le sentiment de s'épuiser à les conduire, peuvent présenter un, deux ou plusieurs des symptômes suivants qui signalent l'entrée dans un processus de burnout: l'opérateur est envahi par des doutes quant à ses capacités d'intervenir, et quant à la crédibilité des instruments professionnels. Il se sent isolé moralement, irritabile, déprimé. Il se surprend à se montrer agressif à l'égard des patients, de ses pairs. Il peut aller jusqu'à avoir des idées paranoïdes. Epuisé physiquement, il constate

1. Les coûts

Par sa haute incidence, reconnue dans la littérature (2, 3, 4, 14), le syndrome d'épuisement professionnel est humainement, socialement et économiquement extrêmement coûteux.

2. Des considérations sur les équipements de soins et les résultats des recherches épidémiologiques

Bien que les institutions psycho-médico-sociales aient énormément développé leurs effectifs dans les pays occidentaux au cours des deux dernières décennies, l'on constate une élévation de l'incidence des suicides, des morts violentes, des morts par overdose, de la morbidité psychologique en général, chez les jeunes. F. Almqvist (1), dans une étude publiée, en 1988, portant sur plus de 6000 sujets nés en 1955 à Helsinki, montre que les enfants assistés sont nettement plus perturbés que leurs pairs vivant dans leur famille et n'ayant pas fait l'objet d'interventions extérieures. Les interventions destinées aux enfants désavantagés et spécialement à ceux présentant des problèmes éducationnels et psychiatriques, se sont révélées d'efficacité limitée. Ces données suggèrent, dit l'auteur, que les besoins de ces enfants, en appui et en traitement, n'ont pas été suffisamment pris en considération. Elles supposent aussi une extension des mesures préventives et une intensification des interventions psychothérapeutiques, si l'assistance à l'enfance entend compenser les handicaps des mineurs sérieusement désavantagés et assurer à ces sujets des conditions de vie acceptables.

La contradiction entre le fort étoffement des structures de soins et l'accroissement des situations pathologiques est intrigante. Comment expliquer que la multiplication des soignants s'accompagne d'une aggravation de la morbidité chez les jeunes? Comment comprendre que tant de personnes qui en soignent tant d'autres n'obtiennent davantage de résultats? Le syndrome d'épuisement professionnel constitue un facteur explicatif essentiel de ces données contradictoires, qui soulignent les nécessités urgentes de repenser fondamentalement les finalités de l'action psycho-médico-sociale, ses bases théoriques et pratiques, son organisation structurelle et fonctionnelle.

La dépression du burnout est très souvent liée aux constats d'inefficacité des actions. Les sentiments d'inutilité, d'impuissance dans le champ personnel d'action, sont par ailleurs confirmés par les résultats des recherches épidémiologiques. Les opérateurs atteints par les différentes formes d'épuisement professionnel deviennent de moins en moins efficaces. Ceci permet de comprendre le burnout comme effet et comme cause des apragmatismes professionnels mis en évidence par les résultats des études épidémiologiques.

3. Les observations sur les propres vécus professionnels des membres d'une équipe de santé mentale insérée dans un réseau de soins particulièrement dense (10, 11, 13)

Groupés en une unité pluridisciplinaire (assistantes sociales, secrétaires, médecins, psychologues), nous avons, quinze ans durant, élaboré dans le cadre d'un

une perte d'efficacité qui n'est pas compensée par d'éventuels redoublements d'effort. L'idée lui vient de changer de poste de travail ou de profession. Font partie du cortège symptomatique, les affections psychosomatiques les plus diverses. Très fréquents sont les troubles respiratoires et digestifs, les ulcères gastro-intestinaux, les insomnies, les céphalées.

Ces réactions au stress professionnel varient en nature avec l'intensité et la durée du stress; elles varient aussi en fonction de la personnalité de l'opérateur et du contexte dans lequel il opère. Il s'agit selon Daley (2), d'un processus dynamique comprenant différents stades de développement, que le soignant traverse, sans toujours en prendre clairement conscience. Une fois établis les premiers symptômes du burnout, le processus peut évoluer de façons très diverses qui dépendent beaucoup de la personnalité du sujet, de la nature de ses motivations professionnelles et de la plus ou moins grande richesse des échanges disponibles au lieu de travail.

Quatre catégories principales de réactions sont observables

1. L'opérateur choisit de changer d'activités. Il quitte le champ professionnel ou s'engage dans un poste administratif tranquille. C'est un chemin que choisissent préventivement certains professionnels qui n'ont jamais connu personnellement le burnout, mais l'ont observé chez leurs camarades.
2. Le sujet reste à son poste en prenant d'importantes mesures d'autoprotection au détriment de la qualité et de l'efficacité de ses activités. Cette deuxième issue est de loin la plus fréquente. Les mesures d'autoprotection les plus courantes sont les suivantes:

- Le détachement émotionnel par rapport aux problèmes des clients.
- La diminution de l'implication professionnelle.
- La diminution des temps de rencontre avec les patients et l'espacement des contacts avec eux.
- La scotomisation des besoins des patients, l'absence de curiosité quant à leur vécu. Dans cet ordre d'idées, les professionnels évitent de se rendre au domicile des patients, ce qui permet d'ignorer les pathologies transactionnelles les plus lourdes. C'est ainsi que l'on voit des enfants débilisés par carences d'apports ou martyrisés sous les coups pendant des années, bien que théoriquement protégés par une mesure judiciaire de surveillance.

Les interventions sociales conduites dans ces états d'esprit, tiennent davantage de la figuration qu'elles ne représentent une activité professionnelle. Elles correspondent aux descriptions des degrés d'implications I à III de Kempe et Helfer dans «L'enfant battu et sa famille» (5). L'acteur social peut aussi essayer de se conforter par une créativité théorique. Notamment par un moyen qui consiste de la part de l'opérateur à se créer un double standard des normes du développement infantile. L'opérateur pense ainsi que les enfants élevés dans sa propre famille ou dans celles de ses collègues font leurs premiers pas à 12 mois et parlent à 2 ans. Tandis

qu'il serait physiologique de parler tard et de ne pas marcher avant l'âge de 18 mois dans les contextes défavorisés. Ces doubles standards permettent d'éviter la reconnaissance des syndromes de carences de soins.

Le détachement émotionnel par rapport aux problèmes des clients peut conduire l'opérateur à des positions idéologiques assez particulières. C'est ainsi qu'il n'est pas rare d'entendre des professionnels affirmer la nécessité de laisser des mineurs développer des débilités mentales dans des contextes carencés, en justifiant ces positions par la ferme conviction que la société a besoin d'une couche de population sous-développée mentalement.

Toutes sortes de stratégies anesthésiantes, protectrices contre la perception de la souffrance des patients, sont développées, qui viennent bien sûr entraîner l'efficacité de l'intervenant, qui devient apathique, accroit ses doutes quant à son opérativité et vit dans un grand malaise professionnel teinté de culpabilité. Cette forme de processus de burnout n'implique pas d'épuisement physique, mais un état dépressif lié aux incompatibilités existant entre pratique et éthique professionnelles.

3. L'opérateur reste décidé, malgré l'alerte que constitue son état d'épuisement à se confronter coûte que coûte à la tâche. Entrent dans cette catégorie des intervenants qui, en général, ont expérimenté des effets positifs de leur travail. Ce type-là d'acteur social place l'éthique professionnelle au-dessus de tout. Il reste attentif aux besoins des patients, il privilégie l'efficacité de ses actions, quel que soit l'effort lui en coûtant. Il peut mettre en péril sa santé s'il ne trouve pas dans le contexte de travail ou dans l'environnement privé, quelqu'un qui l'aide à se protéger.
4. L'intervenant en burnout interprète ses symptômes comme un signal de crise professionnelle qui dépasse le cadre de sa relation à ses patients. Il évalue la situation, prend du recul, s'affilie avec des pairs qui connaissent le même vécu que lui. Il s'intéresse aux déterminants contextuels larges de son vécu et peut prendre certaines mesures qui protègent en même temps sa personne, ses relations aux patients et l'efficacité de ses actions.

Cette dernière issue est évidemment la plus souhaitable parce que la seule fructueuse. Elle suppose une analyse des facteurs professionnels de stress qui conduisent la plupart des acteurs en médecine psycho-sociale dans l'un ou l'autre type de processus de burnout.

III. L'analyse des facteurs de stress professionnel

Elle gagne à être large et doit tenir compte des facteurs individuels, institutionnels et supra-institutionnels.

Facteurs individuels

Cette analyse a ses limites. Elle n'explique en effet pas que la majorité des professionnels connaissent l'une ou l'autre forme de burnout. On peut lire des explications qui, en elles-mêmes, ont un caractère déprimant. En caricaturant à peine certains écrits, l'on obtient une représentation de l'usure de l'intervenant social comme étant celle d'un Don Quichotte qui voudrait braver la marée de la misère humaine. Idéaliste et sacrifié, il se suridentifie à ses clients, aurait besoin de se faire aimer par eux. On le suspecte de fuir une vie privée qu'il ne sait pas trop comment animer, de vouloir se guérir lui-même en s'occupant d'autrui. Le burnout n'a-t-il pas ainsi été cyniquement rebaptisé aux USA récemment sous le terme de « syndrome de compassion » ?

Ce portrait-type de l'acteur social, largement véhiculé dans notre culture, traduit une vision dévalorisante des motivations moins matérialistes qui conduisent des intervenants à s'intéresser à autrui, à partager et à privilégier un système de valeurs où l'argent et la gloire ne constituent pas les premières priorités. Ecarté ce portrait-robot n'empêche pas de considérer qu'il y a des facteurs personnels qui rendent les opérateurs vulnérables au stress et peu efficaces dans leurs activités. Ce sont des facteurs non spécifiques qui gênent le sujet dans toutes les relations interpersonnelles. En font partie :

- L'immaturation du développement socio-affectif, les troubles d'individuation, le manque d'entraînement à se décentrer qui conduit l'opérateur à mélanger ses problèmes à ceux des clients, les difficultés à définir clairement les relations, à soutenir des positions conflictuelles, le manque d'entraînement à soutenir un effort.
- Entrent également dans la catégorie des problèmes individuels, les facteurs cognitifs et de formation. L'action sociale demande beaucoup de perspicacité, de multiples connaissances et un effort permanent de formation. Les personnes qui ne disposent pas d'un bagage suffisant, sont sûres de ne connaître que des échecs.

Les difficultés individuelles ne rendent compte que d'une partie des syndromes de burnout. Elles n'expliquent pas son ubiquité. Elles attirent l'attention sur l'intérêt qu'il y aurait à vouer beaucoup de soins à la sélection des candidats aux professions soignantes.

Facteurs supra-individuels, didactiques, professionnels et institutionnels

L'analyse contextuelle des facteurs générant le burnout se superpose à celles des causes d'échec des actions sociales. Il n'y a là rien de surprenant. Les opérateurs indiquent comme premier motif d'épuisement professionnel la trop grande rareté des effets positifs obtenus par leurs activités. Donnant priorité aux valeurs humanitaires, acceptant des conditions socio-économiques modestes, les intervenants psycho-médico-sociaux souhaitent, par leur travail, induire chez leurs patients une meilleure qualité de vie, une meilleure capacité d'exploiter les ressources. Comme toute personne qui s'adonne à une tâche, le soignant a besoin de donner un sens

à ses efforts et d'en observer des effets positifs. C'est lorsqu'il n'y parvient pas qu'il se déprime, se réfugie dans l'apathie et le repli.

Sont générateurs d'échecs à l'action sociale et de burnout différentes erreurs communes observables dans les secteurs professionnels concernés.

Un puissant facteur d'échec tient à un certain état d'esprit, que chacun de nous risque de cultiver, plus ou moins consciemment : celui qui fait vivre des activités comme engagées dans une cause perdue d'avance, tellement sont rares les preuves d'efficacité. Remplacer ces états d'âmes improductifs par une identification des facteurs d'échec et par la reconnaissance de résultats qu'obtiennent ici et là des groupes qui parviennent pour un temps à s'organiser, constitue une première démarche indispensable.

Pour métaphore, l'on peut rappeler que la conquête de la lune ne constituait pas une tâche facile. Y sont parvenus des humains qui disposaient des moyens technologiques, techniques, matériels nécessaires grâce aux coopérations transdisciplinaires internationales recherchées à l'échelle planétaire par des volontés gouvernementales absolument déterminées. Par comparaison, l'observation des moyens théoriques, organisationnels et pratiques mis en œuvre dans nos denses réseaux de soins nous donnent l'image de cosmonautes qui chercheraient, comme le Baron de Crac, à atteindre la lune dans une mongolfière. Se munir de nouveaux moyens plus efficaces, suppose tenir compte des programmes thérapeutiques dont les effets ont été scientifiquement contrôlés. Parmi eux, l'on peut rappeler le travail effectué au Medical Center du Colorado, publié par Langsley et Kaplan (6, 1958). L'équipe psychiatrique de ce centre a démontré la possibilité de réduire de moitié le nombre des hospitalisations psychiatriques d'un secteur, par l'instauration d'intervention systématiques de crises conduites ambulatoirement. Les effets des traitements ambulatoires sur 75 patients et les membres de leurs familles du groupe index, se sont révélés plus satisfaisants que ceux observés dans le groupe de contrôle formé par 75 patients hospitalisés. Les coûts des interventions ambulatoires sont dans ce programme six fois moins élevés que ceux occasionnés par les traitements hospitaliers. Ils ont, d'autre part, permis aux patients de maintenir leur fonctionnement social et professionnel et leur ont épargné des souffrances et des pertes d'énergie liées à la désinsertion sociale accompagnant l'hospitalisation psychiatrique. Les études analysant ainsi les effets et les coûts de nouvelles formes d'interventions ne sont pas encore répandues. Elles devraient être davantage soutenues par les décideurs qui dispensent les ressources collectives et par les responsables des institutions médico-sociales. Cette démarche est en effet essentielle pour choisir parmi les multiples formes d'approches en usage, celles qui obtiennent des effets statistiquement vérifiables sur la santé mentale et qui devraient former la base de programmes ultérieurs.

Il paraît en outre nécessaire de vérifier les effets sur la santé de tous les programmes de soins distribués. Langsley et Kaplan signalent en 1968 déjà, la situation n'a guère évolué depuis, le manque dramatique d'évaluations systématiques en psychiatrie. Ces auteurs et leurs collaborateurs ont démontré, il y a maintenant plus de 20 ans, que ces travaux peuvent et doivent être conduits. Ceci afin de permettre aux professionnels d'investir leurs efforts dans des formes de soins ayant démontré leur efficacité.

La mise en route de ces programmes d'évaluation tarde à se faire au sein des différentes disciplines concernées. Aussi paraît-il nécessaire que les autorités gouvernementales, comme l'ont fait celles du Canada, en soutiennent l'instauration.

Des arguments économiques viennent maintenant s'ajouter aux raisons humanitaires jusque-là principalement évoquées pour motiver une attention prioritaire aux questions écologiques posées par les troubles d'organisation des relations humaines et par les formes des soins. Des recherches statistiques faites en Suisse montrent que le nombre d'humains actifs, capables d'entretenir la tranche des sujets dépendants va en s'amenuisant. Reconnaître ces faits, et y réagir intelligemment en prenant des mesures protégeant précocement et durablement le développement de tous les mineurs, exige l'implication des autorités de tout niveau hiérarchique que pour soutenir les activités des professionnels concernés et leur permettre de progresser. Ceci signifie que les professionnels qui n'ont pas assez de résultats dans des régions où les autorités n'ont pas encore compris leur devoir d'implication, se trompent lorsqu'ils se chargent de responsabilités organisationnelles qui incombent à d'autres niveaux hiérarchiques. La recherche de modalités efficaces d'interventions en médecine psycho-sociale représente une tâche infiniment complexe. Elle engage les responsabilités de tous les décideurs politiques et techniques à quelque niveau hiérarchique qu'ils appartiennent. Elle intéresse plus spécifiquement les personnes actives dans les secteurs de l'enseignement, de la santé, de la prévoyance sociale, de la justice et des finances. Elle suppose que les responsables dans ces domaines planifient une gestion interdépartementale fonctionnelle des aspects complexes et intriqués des problèmes posés par les milieux en difficultés psychosociales (12).

Le cloisonnement des interventions représente une autre erreur commune à toutes les professions. Il existe des régions où la même situation à problèmes multiples peut faire l'objet d'établissement de nombreux dossiers, somatique, social, infirmier, pédagogique, logopédique, psychiatrique et éducatif. Les différents professionnels travaillent en vase clos, bien que l'invocation à la transdisciplinarité sonne déjà comme un slogan usé. Les problèmes psycho-médico-sociaux intriqués des milieux à risques ainsi débités en tranches ont peu de chances de trouver des solutions. Les opérateurs formés à respecter ces découpages, ils sont pour le moment majoritaire, travaillent beaucoup et avec peu de fruits. Une bonne évaluation globale et le choix d'une stratégie dépend en effet de la possibilité de mettre en commun les observations et les connaissances de tous les intervenants impliqués. Consistent de ce fait, les assistants sociaux désirant compléter leur information font appel à des médecins qui, parfois, refusent la collaboration en invoquant le respect du secret médical. D'autres fois, la confiance exagérée dans les instruments personnels pour identifier et traiter les facteurs de dysfonctionnement, conduit les différents intervenants à s'occuper chacun d'une partie du problème ce qui, en général, aggrave les difficultés du groupe familial concerné.

Les formations donnent rarement les instruments pragmatiques nécessaires aux professionnels en médecine psycho-sociale de quelque horizon qu'ils viennent. Cloisonnées, elles distribuent à chaque corps professionnel quelques facettes essentiellement théoriques sur les problèmes qui vont se révéler dans la pratique. Un pédiatre peut arriver au bout des douze ans de formation médicale sans avoir

appris à coordonner ses actions avec celles d'un assistant social ou d'un pédopsychiatre, Hospitalo- et somatocentré, la formation des pédiatres les laisse dans la majorité des lieux de formation, démunis lorsqu'ils rencontrent des syndromes de maltraitance dans leur consultation privée. Le fait que pratiquement aucun enfant n'échappe à l'attention des pédiatres, donne à ces professionnels une mission de détection de première importance. *Les formations des éducateurs et des assistants sociaux* comprennent deux formules: l'une, essentiellement théorique, est ouverte à de jeunes bacheliers. L'autre, *donnée en cours d'emploi*, s'adresse à des personnes qui ont déjà accompli une première formation. Les étudiants de la formule dite «en cours d'emploi», sont nettement privilégiés dans leur apprentissage du fait qu'ils suivent en même temps stages et théorie. Les observations conduites dans les contacts avec les clients leur permettent de faire un meilleur usage des enseignants et des enseignements. Les différences dans les effets des deux formules de formation sont telles qu'elles invitent à souhaiter la généralisation de la formation qui conjoint stages et formation théorique.

Les sages-femmes, infirmiers, infirmières, représentent durant leur formation, qui se donne parallèlement à un large enseignement pratique, le corps des élèves les plus sensibles et les plus ouverts aux problématiques médico-sociales. Proches des personnes dont ils s'occupent, ils reçoivent bien les enseignements *ponctuels* les sensibilisant dans ce domaine. Ceux-ci ne leur donnent cependant pas non plus les moyens d'apprendre à participer aux soins aux contextes maltraitants, ni à travailler en équipe transdisciplinaire.

Les pédopsychiatres et psychiatres reçoivent une formation post-graduée théorique éclectique. Pratiquement, la formation reste cependant essentiellement branchée sur l'évaluation et la psychothérapie individuelle; ceci principalement en fonction d'impératifs économiques. La plupart des psychiatres s'installent en effet en consultation privée, sitôt leur cursus post-gradué terminé. Par contrat, les assurances ne remboursent que les actes accomplis en relation directe avec les patients. Garder des pages vides dans l'agenda pour des urgences ou des colloques de coordination concernant les situations compliquées, éviter le répondre automatique, met en péril la situation financière du psychiatre privé. Les psychiatres indépendants ne reçoivent donc qu'une clientèle hautement sélectionnée qui s'adapte à des horaires réguliers, d'où sont éliminées les urgences et les situations à problèmes multiples. Ils adressent ces cas aux *institutions psychiatriques*. Celles-ci devraient donc être en mesure de distribuer des soins à une clientèle où s'accroissent les situations lourdes.

Certaines caractéristiques structurelles et fonctionnelles communes à de nombreuses institutions psychiatriques réduisent leurs capacités de réponses aux situations les plus complexes qui demandent à être suivies par les professionnels les mieux formés et à long terme:

- La dichotomie entre psychiatrie d'adultes et d'enfants conditionne l'extrême rareté des interventions préventives auprès des jeunes familles à risque.
- La conception des formations est modelée autour des besoins des futurs psychiatres privés, c'est-à-dire essentiellement sur l'apprentissage des traite-

ments individuels, médicamenteux et psychologiques. L'approche contextuelle intégrant les traitements individuels, est ainsi laissée de côté.

- Les formes de structuration et de fonctionnement des unités de soins. Les équipes manquent souvent de cadres formés en nombre suffisant. L'intégration de la pluridisciplinarité est faible. Le turnover des professionnels en formation est la plupart du temps si rapide qu'il ne permet pas au débutant de suivre d'un bout à l'autre le traitement d'une situation complexe. D'autre part, la rigidité des horaires d'ouverture des consultations ambulatoires ne correspond pas aux besoins des contextes à problèmes multiples. Le manque de pratique des visites à domicile gêne la perception des besoins et la récolte de données pertinentes pour l'élaboration des stratégies de soins.

Il paraît souhaitable de repenser les programmes de formations des opérateurs psycho-médico-sociaux :

1. En décloisonnant certains enseignements dès les stades prégradués afin que les représentants des différentes disciplines concernées apprennent à se connaître, à joindre leurs instruments et leurs observations et à coordonner leurs actions. Les formations continues devraient suivre ce même principe.
2. En structurant les programmes de formation de manière à conjointement enseigner des théoriques et pratiques. En prévoyant des durées de stages de formation qui tiennent compte des besoins des traitements des usagers présentant les syndromes les plus complexes. Il paraît en effet essentiel de tenir compte du fait que les soins des situations lourdes durent souvent deux, trois ans et plus alors que les engagements des candidats à la formation ne dépassent en général pas un à deux ans dans la même institution.
3. Il serait utile de prévoir des périodes probatoires en début de formation pour connaître les candidats et leur permettre de tester leurs motivations.
4. Les enseignements et les supervisions gagnent à être confiés à des personnes qui pratiquent l'action sociale à temps partiel. Les enseignements purement théoriques ne font dans le domaine de la médecine psycho-sociale pas leurs preuves. L'utilisation d'enregistrement vidéo est à généraliser, dans la mesure où elle permet aux opérateurs d'analyser de façon critique leurs implications dans les traitements et le suivi des interventions. L'habitude de procéder à une catamnèse pour chaque cas traité devrait se prendre dès la période de formation.
5. Du point de vue théorique, les enseignements en médecine psychosociale doivent s'ouvrir plus largement aux recherches conduites durant les vingt dernières années qui démontrent l'importance des expériences relationnelles pour l'acquisition des comportements d'autonomie, d'auto-protection, de négocia-

tions avec autrui et de réciprocité. La revue de l'ISPCAN*, Child Abuse and Neglect, publie régulièrement des études éclairant les connexions évidentes entre maltraitance envers mineurs et pathologie individuelle, familiale et sociale.

L'enseignement professionnel doit apprendre aux candidats en formation : la rigueur dans la conduite des observations individuelles et relationnelles, des modalités fonctionnelles d'organisation des actions entre membres transinstitutionnels de petites équipes de soins, l'importance de la qualité et de la continuité des relations établies avec les patients. Les candidats se familiarisent le mieux avec leur profession en participant activement aux soins aux côtés d'un aîné expérimenté qui peut partager avec eux ses connaissances théoriques et techniques.

Facteurs interinstitutionnels

Les institutions psychiatriques, tutellaires, sociales, médicales sont juxtaposées, fermées sur elles-mêmes, bien que théoriquement complémentaires pour donner des soins aux mêmes contextes. Chaque institution fonctionne selon ses propres règles, normes et usages, sa propre organisation, qui ne sont pas forcément modelées en fonction des besoins complexes des usagers. D'autre part, le fonctionnement intrainstitutionnel est en général fortement hiérarchisé au sens taylorien du terme. Il est loin de suivre des schémas fonctionnels de coordination proposés par les spécialistes du système (7). Une organisation moderne se veut le support de nombreux échanges mutuels entre opérateurs de la base et décideurs du système de pilotage, de manière à ce que les orientations des actions prennent un maximum de cohérence par rapport aux données organisées par les observateurs-acteurs que sont les personnes du terrain. En pratique actuelle, les opérateurs des bases institutionnelles signalent constamment, en le déplorant, leur incapacité par blocage des échanges avec les représentants du système de pilotage, de rendre efficace l'information recueillie dans leur travail quotidien. Toutes sortes d'usages institutionnels courent ces indispensables négociations. Ceci conduit les opérateurs de la base à vivre dans le sentiment extrêmement pénible de ne pas voir prises en compte leurs observations pourtant bien menées, de ne pas participer aux processus de décisions et de se voir imposer des solutions qui ne sont pas cohérentes avec leurs appréciations. Les hiatus fréquents entre propositions de soins faites par les intervenants de la base et les décisions prises par les chefs d'institutions qui, eux, ne sont pas en contact direct avec la clientèle sont troublants. Leur analyse plus poussée révèle l'existence d'agendas secrets propres aux structures hiérarchiques supérieures des différentes institutions, agendas dont les déterminants restent non-dits. Les intervenants de la base, ainsi piégés par de doubles contraintes, sont obligés, pour pouvoir continuer à occuper leurs postes, d'exécuter des programmes peu favorables pour les usagers, programmes avec lesquels ils ne sont personnellement pas

* The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.

d'accord. Les sentiments d'impuissance, de rage, de non-reconnaissance par autrui du travail assumé avec intérêt, le vécu d'être nié comme personne professionnelle, engendrent les syndromes de burnout les plus catastrophiques. C'est ainsi que les opérateurs les plus attachés à trouver des solutions efficaces et souvent les moins onéreuses pour leurs clients et la collectivité, sont aussi les plus menacés par le syndrome d'épuisement professionnel. Il arrive que l'on entende un intervenant métacommuniquer lorsqu'il découvre des incongruences pathologiques et pathogènes entre les finalités de l'institution qui le paie et les objectifs définis en fonction des besoins des usagers. L'un d'eux s'exprime après discussion d'une situation complexe intéressant deux institutions différentes: « Le plan que nous avons élaboré ensemble est cohérent et j'y adhère. Mon directeur d'institution me donne d'autres ordres et je dois les suivre. » Autre exemple: Un responsable d'institution d'accueil accompagne un garçon chez un juge. L'enfant se plaint d'avoir été sodomisé à de multiples reprises par des camarades plus âgés dans un précédent internat. L'éducateur assiste à la réprimande de l'enfant qui s'entend menacé par le juge s'il continue à parler des abus sexuels subis. Cet exemple montre que les finalités du représentant du système judiciaire visent en cette occasion la protection d'une institution où se passent de mauvais traitements réguliers et documentés par enquête de police, tandis que les objectifs de l'opérateur restent centrés sur l'intérêt de l'enfant. L'opérateur intimidé par cette audience n'a pas pu, par la suite, ouvrir la problématique avec l'enfant. De telles absences de convergences de finalités sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit. Elle représentent des obstacles majeurs aux soins. Le soignant qui se trouve dans une telle situation peut:

1. Se plier, se taire, obéir; c'est ce que font la plupart des intervenants qui entrent dans une forme apathique de burnout. Ces conduites supposent négliger les intérêts des patients et faire mine de respecter les finalités institutionnelles.
2. Changer de profession.
3. Continuer à travailler en restant strictement branché sur les intérêts des patients et les finalités déclarées par les institutions. Cette conduite peut se solder par de sévères difficultés administratives qui vont en pratique jusqu'au licenciement et à la dépression anxieuse de l'opérateur. Le conflit moral dans lequel il se trouve peut être représenté ainsi: « Suis-je en train de me tromper, de mal juger, ou bien suis-je en train de recevoir des ordres contraires aux principes éthiques de ma profession? » Survivre dans une telle situation suppose trouver des alliés qui partagent les mêmes valeurs éthiques, du soutien pour pouvoir continuer à affronter les incohérences de l'action sociale. Il existe des situations où parce qu'ils ont continué à respecter l'éthique de leur profession, des opérateurs sont soumis à des pressions qui les obligent à démissionner.

Les agendas secrets des institutions finissent par se révéler lorsqu'on analyse sur une longue durée les redondances de dysfonctionnement. Ils visent beaucoup l'occultation des phénomènes institutionnels et privés de maltraitance. Il va sans dire que l'opérateur sérieux se sent fort coupable et déprimé lorsqu'il réalise que la protection de son gagne-pain signifie participer à cette collusion du silence. Ce

silence concerne aussi le fonctionnement de certaines institutions d'accueil pour mineurs. Parmi les internats prévus pour donner des soins substitutifs aux enfants que leurs parents ne sont pas en mesure d'assister, un certain nombre présente un fonctionnement en vase clos, avec enseignements, soins psychiatriques et logopédiques incorporés. Ces institutions rassemblent souvent plusieurs dizaines d'enfants, tous très perturbés, sortis la plupart d'entre eux trop tard de contextes gravement carencés et maltraitants. Les âges des mineurs qui y résident s'étagent entre sept et seize ans. Dans ce type d'institutions, il n'est pas rare que des groupes d'adolescents abusent les plus jeunes, sexuellement, physiquement et psychologiquement. En quatre ou cinq ans, une génération d'auteurs formés par la précédente, abusent d'enfants plus jeunes. Ceci se passe sans que les directions des maisons, ni les services d'état responsables de les surveiller et de les appuyer, ne sachent comment remédier aux effets des sévices, ni comment prévenir leurs répétitions. Ces faits sont connus par un bon nombre de professionnels des réseaux. Néanmoins, les services placeurs continuent à faire entrer des mineurs dans ces établissements. Les opérateurs, complices involontaires de ces organisations, ont évidemment de la peine à assumer leurs tâches. On se demande aussi comment vivre en tant qu'éducateur dans de tels milieux, débordés par l'agressivité destructurante d'enfants très malades, qui se stimulent mutuellement à détruire. Les éducateurs réagissent par un burnout de forme particulière: il leur est demandé l'impossible, ils se retirent dans l'apathie, font leurs heures de présence, prennent distance des enfants et cherchent à changer de poste de travail le plus vite possible; ceci explique les trop fréquents changements de personnel, destructeurs pour les enfants placés, dans ce type d'établissement. Il s'avère que les délinquants sont nombreux à avoir passé une bonne partie de leur minorité dans cette sorte d'institutions, auxquelles les avaient adressés les services sociaux et psychiatriques.

Facteurs supra-institutionnels

L'expérience du travail sur le terrain en médecine psychosociale démontre régulièrement l'existence dans chaque institution de directives plus souvent orales qu'écrites qui empêchent fréquemment l'opérateur de la base d'intervenir d'une façon cohérente par rapport aux problèmes des patients. Dans une institution pédopsychiatrique, le directeur écrit que le caractère scientifique des données recueillies par les visites à domicile est à mettre en doute. Ses élèves obéissent et reçoivent dans leurs bureaux les patients motivés pour s'y rendre, ce qui évidemment exclut des soins les problématiques psychosociales les plus graves. Le chef d'un service social déconseille à des parents de signaler à la justice des situations sévères d'abus sexuels, bien qu'elles impliquent des auteurs qui vont récidiver. Un directeur d'hôpital psychiatrique interdit à un médecin de s'occuper de patients le soir. Ce ne sont là que quelques exemples parmi d'autres qui suffisent à reconnaître les isomorphismes existant entre les effets de ces injonctions contraires à la fonctionnalité des soins. Complémentaires et collusives, elles sont utiles pour ralentir la découverte de l'étendue des besoins et de leurs natures en médecine psychosociale. Les opérateurs du terrain qui se sentent impuissants devant ces attitudes

complémentaires des décideurs se surprennent parfois à entretenir des querelles avec des intervenants extérieurs qui n'ont d'autre fonction que de décharger leur rage de ne pas pouvoir dénouer les incohérences du dispositif auquel ils appartiennent. Il va sans dire que ces pertes d'énergie, qui contribuent au burnout, n'avancent guère la cause des usagers.

IV. Comment se protéger du syndrome d'épuisement professionnel

Nombreux sont les contextes professionnels qui abritent des groupes d'opérateurs en burnout, dont l'expression symptomatique la plus répandue est la forme apathique du repli, de la non-implication. Le symptôme du repli a en lui-même des effets secondaires pernicieux. Il empêche la communication avec les pairs et ainsi l'analyse du vécu, la recherche de solutions. *La démarche essentielle à entreprendre consiste donc à instituer des discussions suivies dans des groupes professionnels et interinstitutionnels sur le thème et l'analyse des facteurs pathogènes supra-individuels qui entravent l'efficacité des soins.*

Les opérateurs qui entrent dans la vie pratique se protègent du burnout en trouvant un poste de travail dans une équipe utilisant des règles professionnelles qui soient cohérentes avec le mandat, pratiquant la formation continue à l'aide de superviseurs eux-mêmes actifs et compétents dans la discipline qu'ils enseignent. En quête d'un poste de travail, l'opérateur devrait s'informer des conditions de formation continue, des possibilités de participer activement à l'élaboration des règles relationnelles concernant le fonctionnement professionnel, ainsi que sur les dispositifs d'évaluation catamnétique.

Préventives du burnout sont par ailleurs les démarches qui délimitent très clairement le champ d'action propre, celui de l'équipe et ceux des autres intervenants. Pratiquer la psychothérapie sans formation approfondie, psychologiser une intervention judiciaire, prendre le rôle de psychiatre lorsqu'on est somaticien, psychiatriser la situation d'enfants qui ont avant tout besoin de soins parentaux substitutifs adéquats, génèrent échecs pour les patients et burnout. Confusions de rôles et de territoires sont payés cher par les usagers. Se donner les moyens de réussir les entreprises thérapeutiques en créant les conditions susceptibles d'en assurer la bonne évolution représente la plus sûre méthode de prévenir l'épuisement professionnel. L'opérateur social n'est pas l'être fragile et sacrificiel que l'on cherche souvent à dépeindre comme tel. Ce n'est pas dans les échanges avec les patients qu'il perd le plus d'énergie. Sa fonction d'opérateur devient source d'épanouissement personnel lorsque l'organisation des soins ayant pris un minimum de cohérence, il peut, à l'aide de ses connaissances théoriques et pratiques adjointes à celles de ses coéquipiers, intervenir de façon coordonnée et suivie. Les patients sont très sensibles à la sécurité professionnelle qu'ils rencontrent chez l'opérateur; déprimé, démotivé, isolé dans le réseau de soins, n'arrivant pas à utiliser ses propres ressources, un soignant n'arrive pas à convaincre ses clients de faire ce qui n'est pas à sa portée dans sa propre situation.

L'action médico-sociale préventive et thérapeutique peut donner des résultats encourageants. Les volées de jeunes adultes issus de milieux à très haut risque

ayant bénéficié de soins suivis institués précocément, viennent depuis quelques années demander à la consultation des informations sur leur petite enfance, leur famille, la maladie des parents qui les ont empêchés de les élever. Rencontrer en eux des citoyens en bonne santé physique et psychique, autonomes, qui ont embrassé le métier de leur choix et s'engagent avec de bonnes cartes dans la vie, représente une gratification professionnelle majeure. De même, parvenir par des psychothérapies associées à différents appuis à soutenir l'instauration d'un fonctionnement protecteur pour les enfants dans des familles en crises périnatales et d'une façon générale aider les parents à dépasser les crises du cycle vital, représentent des activités très stimulantes.

Se préserver de sentiments dépressifs dans les professions soignées suppose abandonner la croyance que les professionnels en médecine sociale vont parvenir à eux seuls à influencer les phénomènes de maltraitance et de pathologie psychosociale. *Seule une conscience et des déterminations nouvelles des majorités électoraux et de leurs représentants parviendra à faire respecter les droits et les besoins de tous les mineurs. Le rôle des professionnels consiste plutôt à démontrer aux décideurs et aux médias l'immense importance, aujourd'hui encore niée, des facteurs contextuels dans le devenir humain et à protéger efficacement par des soins précoces, cohérents et suivis les cohortes de mineurs qui leur sont confiées.*

Le burnout rend l'action sociale inefficace. L'inefficacité génère le burnout. L'énergie disponible des opérateurs et la qualité des résultats de leurs activités augmenteront sensiblement lorsque leur travail sera reconnu, compris, respecté et appuyé par les collectivités et leurs représentants (8).

O. Masson
CH-1095 Lutry

BIBLIOGRAPHIE

1. Almqvist F. (1988): «Mental Health in young people in relation to child welfare and institutional care in childhood», *Acta psychiat. Scand.*, 78, pp. 41-48.
2. Daley M.R. (1979): «Burnout: Smoldering problem in protective services», *Social work*, 24, 5, pp. 375-379.
3. Edelwich and Brodsky (1980): *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*, Human Sciences Press, New York.
4. Freudenberg H.J. (1975): «The Staff-burn-out syndrome in alternative institutions», *Psychotherapy: theory, research and practice*, vol. 12, n° 1, pp. 73-82.
5. Kempe C.H. et Helfer R.E. (1977): *L'enfant battu et sa famille*, Ed. Fleurus.
6. Langsley D.G. and Kaplan D.M. (1968): *The treatment of Families in Crisis*, Grune and Stratton.
7. Le Moigne J.L. (1984): *La théorie du système général*, P.U.F.
8. Lewis H. (1983): «The battered helper», *Child welfare*, 59, 4, pp. 195-201.
9. Masson O. (1983): «La thérapie des patients 'professionnels' de la psychiatrie», *Thérapie familiale*, Genève, vol. IV, n° 1, pp. 101-114.
10. Masson O. (1983): «Mauvais traitements envers les enfants et thérapies familiales», *Child Abuse and Neglect*, vol. 6, pp. 47-56.

QUELQUES MÉCANISMES D'ACTION DES INTERVENTIONS SYSTÉMIQUES

Vers un guide de la stratégie psychothérapeutique pour ceux qui ne sont pas (ou pas encore) des thérapeutes géniaux

M. GOUIRAN* et J. TEPPA*

Je dois dire une chose choquante: je soupçonne que certains phénomènes, que j'attribuais à la résistance des familles au changement, étaient en fait des phénomènes artificiellement provoqués par notre setting, dans lequel la thérapie familiale était explicitement déclarée... (Selvini-Palazzoli, 1983)

Ce que l'approche systémique apporte de plus novateur à la pratique thérapeutique, c'est la possibilité de ne pas faire de thérapie, même systémique. (M.G., J.T., 1989)

Résumés: *Quelques mécanismes d'action des interventions systémiques.* — Les auteurs mènent une recherche centrée sur le décalage croissant entre la théorie systémique et les pratiques proposées par les principales écoles. Etudiant les facteurs généraux d'efficacité des interventions thérapeutiques, ils ont été amenés à travailler sur le concept de «résistance». Ils mettent en lumière que les forces homéostatiques peuvent se décomposer en résistances au changement, et en résistance à l'intervention, qu'il est indispensable de différencier dans le calcul de l'intervention. Le respect de ces règles permet d'obtenir des changements en première analyse improbables et, bien souvent, évite de devoir réaliser une «vraie thérapie».

Summary: *Some mechanisms of the systemic interventions.* — The authors work about the increasing split between the systemic theory and the uses of the principals schools. The concept of «resistance», among the general agents of therapeutic efficiency, has been specially elaborated. They show the differences between «resistance to intervention» and «resistance to change», and explain by two clinical examples the rules of utilisation of those differences. The application of those rules allows unexpected arrival of changes, and can spare to do «real therapies».

Mots-clés: Thérapie familiale systémique — Stratégie — Résistance au changement — Résistance à l'intervention.

Key-words: Systemic familial therapy — Strategy — Resistance to change — Resistance to intervention.

* Psychiatres. C.H.R. Timone, Marseille.

11. Masson O. (1987): «Contextos maltratantes y coordinación interinstitucional», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. VII, n° 23, pp. 531-556.
12. Masson O. (1988): «Pour une meilleure utilisation des forces de médecine psychosociale», in: *La science des systèmes dans le domaine de la santé*, 3: Les grands problèmes de santé, pp. 223-227, Duru G. et coll., Edit. Masson, Paris.
13. Masson O. (1988): «Mandats judiciaires et thérapies en pédopsychiatrie», *Thérapie familiale*, Genève, vol. IX, n° 4, pp. 283-300.
14. Pines A. and Maslach C. (1978): «Characteristics of staff burnout in mental health settings», *Hosp. and Comm. Psychiatr.*, 29, pp. 233-237.

La réflexion sur seize années de pratique de la «thérapie familiale» et sur l'évolution des idées nous confronte de plus en plus au décalage entre les pratiques (les nôtres comme celles des autres) et leur modélisation à partir de concepts systémiques «durs».

Ce décalage est sans doute accru par les progrès même de cette approche qui, comme le soulignait D. Masson (1988), est entrée dans la phase dite de «science normale» (Kuhn, 1970): une école amène des séries de connaissances et de réponses aux questions que l'ancien paradigme ne pouvait résoudre... mais soulève de nouvelles questions!

Bien souvent, nous ne parvenons pas à distinguer, dans ces nouvelles propositions, ce qui découle de «règles», voire de lois, dévoilées par le nouveau paradigme (qui seraient à «intégrer») de ce qui revient au savoir-faire des leaders et de leurs écoles (savoir-faire qui serait à imiter).

Cet écart est d'autant plus perceptible qu'on quitte une pratique thérapeutique hypercodifiée pour être congruente à son modèle théorique (comme peuvent l'être la cure psychanalytique, les thérapies familiales, les thérapies comportementales, les expérimentations pharmacologiques, etc.), et que le modèle utilisé se trouve alors mis à l'épreuve de la nécessité d'élaborer de nouveaux types d'interventions.

Peu d'entre nous ont la sagesse de Vansteenwegen (1988), pointant avec humour et réalisme cet écart entre pratiques et références théoriques.

Mais la plupart tentent:

- Ou bien de ramener coûte que coûte cet imprévu aux situations connues pour y appliquer les principes appris, entreprise qui s'avère le plus souvent vouée à l'échec. D'aucuns interpréteront l'inefficacité de cette démarche comme venant d'un manque de formation de leur part et multiplieront, par exemple, les supervisions.
- Ou bien de se montrer géniaux en inventant une solution inédite au «coup par coup» (Frank, 1985).

Nous craignons que les Ecoles ne favorisent actuellement ce deuxième type de réponse, comme en témoigne l'inflation de l'utilisation du concept de «créativité», qu'il s'agisse de celle du thérapeute ou de celle de la famille (Caille, 1987, et l'ensemble de ce numéro consacré à la formation...).

L'expérience nous a hélas montré qu'il est aussi impossible d'être volontairement créatif que d'être volontairement spontané...

Nous avons donc cultivé notre échec à développer cette capacité, et cherché un guide pour le «calcul» de ce type d'interventions, en partant de ce que nous montrèrent les patients que nous essayons de traiter, et en confrontant nos constatations aux explications proposées par les différentes écoles.

Ce qui est une façon de dire que nous ne pouvons oublier que des approches très différentes peuvent donner des «résultats thérapeutiques» et que la prise en compte de «facteurs généraux» de la psychothérapie nous semble s'imposer.

Donnons d'abord l'exemple clinique d'une intervention dans laquelle un changement est obtenu sans que la séance exploratoire n'ait permis «d'entrer dans le système», ni même d'être reconnus comme thérapeutes par lui.

1. De constatations hétérodoxes

Nous recevons pour une première séance de thérapie familiale (vérification de l'indication à la thérapie) une famille de quatre membres: les parents âgés d'une trentaine d'années, et leurs deux fils, jumeaux âgés de six ans, scolarisés en maternelle (grande section). Ils nous sont adressés par une psychologue établie en libéral, inquiète après une première consultation difficile.

Cette séance met en évidence plusieurs éléments:

- Une extrême agitation des deux-enfants, qui gesticulent, orientent, et parasitent (pour ne pas dire sabotent) l'entretien.
- Un calme olympien de parents tolérants, n'intervenant jamais pour faire cesser le vacarme, tout en s'en plaignant et en mettant en avant des principes éducatifs sensés et fermes.
- Un isolement de la famille nucléaire tant par rapport à la famille élargie que par rapport aux amis, conséquence évidente du comportement des enfants, qui sont également de moins en moins tolérés à l'école.
- Un thérapeute se laissant le plus souvent déborder et n'intervenant ni pour contrôler les enfants, ni pour explorer les contradictions des parents...

En un mot, l'illustration de l'incapacité d'un thérapeute à occuper cette place et à remplir cette fonction.

Les réflexions à l'interséance nous amènent à conclure de la manière suivante:

Il n'y a pas à proprement parler, et bien que la situation soit parfois dure pour vous les parents et pour l'entourage, d'indication à une thérapie familiale. En effet, vos enfants sont vifs, solidaires, courageux, et tout cela est positif. Bien sûr, il faudra qu'ils apprennent à moduler, tempérer... mais la vie le leur apprendra. Ils sont encore jeunes... on dit que l'âge de raison, c'est 7 ans.

Par contre, nos inquiétudes portent sur l'avenir car il se peut que, s'ils ne s'adaptent pas (l'un, l'autre, ou les deux), ce qui apparaît comme un comportement d'enfant jeune devienne anormal.

Nous pouvons donc, afin d'éviter ce risque évolutif, vous proposer un travail commun. Dans cette perspective, nous vous demandons pour la prochaine rencontre de noter tout ce qui augmente leur agitation.

Nous ne devons plus revoir cette famille. Quelques mois plus tard, la psychologue rencontra par hasard les parents, et nous informa des faits suivants: les parents déclarèrent que les thérapeutes «spécialisés» n'avaient en fait rien compris. Le père avait en effet décidé de reprendre les choses en main pendant les vacances, et l'avait fait...

Les jumeaux étaient rentrés au cours préparatoire sans poser de problèmes particuliers et se montraient beaucoup moins agités, ce que l'évolution ultérieure confirme.

Luc présente des « manies » depuis son enfance. Il est suivi en psychothérapie depuis plusieurs années. Ces « manies » s'aggravent depuis quelques mois.

Au premier rendez-vous, fixé au 9 février 1985 lors de l'entretien téléphonique classique, se présenteront Mme C. et ses deux fils. Nous récusâmes le rencontre et fimes, devant ce trio et dans la salle d'attente, une lettre adressée aux adresseurs (CASIM) que nous confiâmes à la mère.

En voici la teneur :

Madame,

Je vois ce matin Mme C. avec Luc et Michel. Le père les a quittés ce matin après une scène violente.

Il n'est donc malheureusement pas possible d'entamer la thérapie familiale prévue.

Un même scénario s'était déroulé il y a un an. Durant l'absence de son père, Luc avait accentué ses manies. Nous en concluons donc que ce que Luc présente n'est pas des tics (que d'ailleurs la psychothérapie aurait améliorés), mais des manies que peut-être inconsciemment il a, soit pour retenir son père, soit pour empêcher les disputes entre son père et sa mère.

Nous prévoyons donc que le départ de M. C. va amener Luc à augmenter ses manies.

Nous restons bien sûr à leur disposition pour les recevoir dès que leur situation aura décanté, et sera plus stable, même si elle se stabilise dans l'aggravation.

Meilleurs sentiments.

Première rencontre (9 mars 1985)

Cette lettre fut relue au début de la première rencontre, devant la famille au grand complet. Nous leur demandons ensuite de nous donner les éléments qui nous permettrons de savoir si notre méthode de travail convient à leur cas.

Nous apprenons que Luc présente ses « manies » à la maison, mais peu à l'extérieur, et l'isolement progressif de la famille nucléaire. Le conflit conjugal, d'abord rapporté aux divergences quant à la conduite à tenir avec Luc, est ensuite rapporté aux difficultés de relations avec les familles d'origine. Plus particulièrement, la famille du père aurait mal accueilli Mme à leur arrivée en France, et serait particulièrement intolérante aux troubles de Luc.

En conclusion de séance, les thérapeutes mettent en doute cette variabilité de troubles par ailleurs aussi graves et anciens. Une prescription est formulée, leur demandant d'amener Luc au moins une fois chez les différents membres de la famille de M. et Mme, pour vérifier cette variabilité.

Deuxième rencontre (30 mars 1985)

Cette rencontre, très « technique » (changements de places, triangulations...), et très directive, permet de vérifier :

— d'une part que la prescription n'a pas été suivie : en effet, Luc n'a pu rendre visite à la famille paternelle ;

— d'autre part qu'aucun changement notable n'est survenu, si ce n'est que le père n'est plus « parti définitivement »...

La problématique du couple semble moins mise en avant. La mère et Noëlle insistent sur le fait que Luc se plaint « de ne plus y arriver ». « Je veux arrêter, mais c'est plus fort que moi... »

Enfin, les problèmes que pose Michel sont mentionnés...

Conclusions: On pourrait penser que Luc est motivé à vouloir changer, à vouloir être différent, mais l'analyse que nous faisons, c'est que quand Luc dit cela, il « cache son jeu ».

Il y a quelque chose qui pousse Luc à continuer cela coûte que coûte, parce que sans doute il a des raisons puissantes au-dedans de lui pour agir comme cela.

Nous ne pouvons donc pas, ni vous, ni nous, ni rien, ni personne, entamer cette résolution de Luc. Nous vous devons de vous dire notre conclusion formelle: c'est quelque chose qu'on ne peut pas entamer.

Par contre, nous avons noté que spontanément les membres de la famille et aussi l'entourage ont commencé à faire des choses pour pallier tout cela. Tout ce que nous pouvons vous proposer, et c'est très peu, c'est de nous revoir régulièrement huit à dix fois pour chercher des palliatifs.

Troisième rencontre (27 avril 1985)

Cette rencontre nous réserve une « surprise »: Noëlle est absente, et la sœur aînée de la mère (mariée à un enseignant et mère de deux enfants), la remplace. Le thérapeute accepte cette participation, se contentant de l'informer de l'objectif limité de la rencontre (recherche de palliatifs).

La famille écoute avec impatience ce rappel, puis nous informe que Luc est depuis quinze jours chez sa tante, et ne présente quasiment plus de troubles...

Les thérapeutes avouent leur surprise devant ce changement inhabituel, et demandent à la famille de noter les répercussions de cette « expérience » qu'ils doivent continuer.

Suite de la « thérapie »

Luc restera à temps plein plusieurs mois chez la tante. Il se rapproche de son père, se socialise et s'autonomise. A la rentrée scolaire, il va en pension dans le Sud-Ouest. Le premier trimestre se passe bien, puis il perd pied. A son retour, et sur sa demande, il réside dans un Foyer et suit une scolarité. L'équipe du Foyer aide Luc à revenir dans sa famille les week-ends.

Nous les revoyons plus ou moins régulièrement tous les trois mois, puis tous les six mois, au long de cette évolution, en liaison avec le CASIM. Soit en tout douze fois.

Les problèmes de Luc ne sont plus au premier plan : les parents se définissent comme tels par rapport aux difficultés posées par les cadets (difficultés scolaires du frère, début d'autonomisation de la sœur).

La mère se montre dépressive après le départ de Luc. Elle accepte de suivre un stage proposé par le CASIM, ce qui est bien accepté par le père et les enfants. Ils passent des vacances satisfaisantes pour la première fois depuis longtemps.

Nous cessons de les voir en juin 1987.

L'année suivante, le père meurt subitement d'une tumeur frontale. La mère et sa sœur reprennent contact sur la demande du CASIM. Les deux thérapeutes décident de les recevoir dans un bureau (donc ensemble, et sans filmer l'entretien). Le bien-fondé de ce changement de «setting» se vérifiera rapidement, les éléments appropriés relevant d'un incontournable travail de deuil.

Aux dernières nouvelles, Luc vit toujours en Foyer, travaille comme TUC. Son autonomisation s'est confirmée. Michel et Noëlle ont une scolarité moyenne. Noëlle commencerait à sortir, ce qui pose des problèmes à la mère. La famille est toujours suivie par le CASIM.

b) Règles techniques

L'analyse des cas, par ailleurs extrêmement divers, pour lesquels ce décalage entre intervention et évolution existe (cas de plus en plus nombreux dans notre pratique), permet de dégager des règles de fonctionnement, d'abord implicitement, puis délibérément suivies. Nous espérons que le lecteur ne s'arrêtera pas à ces «trucs» (parfois utiles, il est vrai), mais qu'il s'intéressera avec nous à leur origine sous-jacente.

Nous les présenterons selon l'ordre chronologique de leur mise en œuvre :

- Les interventions commencent en fait dès avant la première séance (par exemple, le contact téléphonique n'est *jamais* un recueil passif de renseignements...).
- L'interaction avec les autres intervenants est toujours évoquée, voire emphatisée, devant la famille, de même que nos interventions sur la famille sont toujours calculées pour être également reçues par les autres intervenants.
- Par exemple, sous forme d'un courrier à remettre aux adresseurs, comme dans le cas précédent.
- L'utilisation de l'instrument «vidéo» n'est pas systématique (beaucoup d'interventions sont effectuées «sur le pas de la porte», sans verbaliser que nous agissons ainsi pour respecter nos règles de fonctionnement: cf. règle suivante).
- Les règles de fonctionnement (setting) ne sont *jamais* énoncées de manière «brutes», comme des règles, mais présentées comme des nécessités (présentant au moins autant d'inconvénients que d'avantages) s'imposant d'abord aux thérapeutes eu égard aux problèmes et à la façon dont ils se posent (nous nous imposons ainsi d'attacher plus d'importance à la manière dont les problèmes nous sont présentés qu'aux problèmes eux-mêmes...).
- Dès la préparation des séances, un enjeu (et non un «focus» ou un objectif) est toujours défini, et énoncé soit en début de séance, soit dans les conclusions. Cet enjeu peut prendre, par exemple, la forme simple de la recherche d'une indi-

cation, ou d'un diagnostic différentiel. Mais nous insistons sur les conséquences pragmatiques dramatisées de cette recherche.

Il s'agit en somme de créer (parfois de «toutes pièces», c'est-à-dire en utilisant les éléments apportés par les familles) un *problème commun*, à la *pragmatique* duquel ni la famille, ni les thérapeutes ne peuvent se dérober.

Par exemple, ce problème commun peut se concrétiser sous la forme d'un défi :

- défi direct, comme dans les «techniques de freinage» de Haley (1979), ou les techniques de l'école de Rome (M. Andolfi et coll., 1985) et leurs émules marseillais (Vola, Gavaudan, Blumen, 1984, 1989);
- défi indirect, comme la subordination d'une prochaine rencontre à la levée d'une contre-indication («nous commencerons dès que...», cf. Prata et Masson, 1984).

Nous n'avons donc plus besoin de pointer, voire de «traiter» les manifestations de résistance, ou les insubordinations (Viario, 1984).

Par exemple, lorsqu'une famille se présente incomplète à la première séance, nous les recevons, déclarons d'emblée que ce ne pourra être qu'une demi-séance, et agissons avec plus de zèle que d'habitude. La famille démontre «spontanément» la nécessité de venir au complet la fois suivante.

La périodicité des séances est le plus souvent subordonnée aux conclusions que les résultats de ce travail imposent, et non à la simple observance de notre technique.

Il arrive qu'elle semble uniquement fixée sur des contingences sociales (à chaque période de congés scolaires... après les fêtes de fin d'année...).

Il ne s'agit pas seulement de réaliser des «thérapies en contrebande» (Viario, 1980), mais, plus fondamentalement, d'instaurer un système de règles (un pattern interactionnel) qui ne puisse accroître les résistances prévisibles.

On pourrait subsumer certaines redondances des règles précédentes comme la définition simultanée :

- d'un «*reliquat non résolu*», qui «*coïncide*» le plus souvent avec la demande exprimée avec le plus de «*motivation*» par la famille, et parfois avec le *changement qu'il semblerait le plus logique de chercher à obtenir*;
- et d'un objectif de travail commun qui sera donc obligatoirement *restreint*, et donc ne pourra constituer un «vrai changement» au sens où l'entend et l'attend la famille.

Cette proposition est, si nécessaire, «verrouillée» par deux règles explicites à la famille et aux adresseurs dans la présentation de cet objectif :

- «*primum non nocere*» : le travail sur un objectif «réellement» thérapeutique risquerait d'être plus nocif qu'utile. (La thérapie est souvent définie comme à «double tranchant», nécessitant donc à tout le moins un travail préparatoire.);

- nous nous soumettons toujours à cette restriction, quoi qu'il nous en coûte de renoncer à exercer pleinement notre talent de thérapeutes...

Elle est renforcée :

- toujours par l'explication, avec des arguments « techniques », de cette limitation aux « adresseurs » ;
- et souvent par l'utilisation du paiement par les familles. (Nous insistons pour que les familles ne payent que si une « véritable thérapie » est engagée ! Une telle pratique est facilitée par le fait que le paiement n'est pas une rémunération des thérapeutes, mais une participation sous forme de don à une association à but non lucratif.)

L'observation de ces règles nous amène bien souvent à élaborer des interventions qui paraissent contre-paradoxaux aux observateurs extérieurs, mais semblent naturelles et logiques aux patients, aux adresseurs, et à nous-mêmes !

Rappelons que le plus souvent l'évolution vient « contredire » notre pronostic implicite... de sorte que le changement observé, inattendu dans la logique des thérapeutes, ne peut être corrélé avec la « thérapie » !

Quel modèle peut rendre compte de ces étranges phénomènes ?

4. Ebauche de modélisation

Formulons une hypothèse résolument « pessimiste » (Masud, Kahn, 1986) : *Le système humain qui accepte de nouer une relation avec des intervenants extérieurs définis comme lui apportant une aide entre dans une interaction qui le définit ipso facto comme « impuissant »* (ou « nul », pour employer une terminologie plus branchée).

Mais il ne peut pourtant continuer à fonctionner en tant que système qu'avec cette aide extérieure.

La même hypothèse peut d'ailleurs être faite pour le système thérapeutique « référent » (ou « adresseur »).

Une des solutions que peut trouver le système pour résoudre cette alternative est le *maintenir la relation en maintenant les problèmes qui la nécessitent*, définissant la relation comme nécessaire et inefficace (« préférant » alors jouer au même jeu avec d'autres que changer de jeu).

C'est habituellement l'impact pragmatique de ce type de relation qui amène les thérapeutes à accrédi-ter le concept de résistance au changement : l'utilisation de ce concept permettant de renvoyer sur une « propriété » intrinsèque dudit système le paradoxe pragmatique de ne pouvoir lui faire accepter l'indispensable intervention qu'il « demande » pourtant...

La « *chronicité* » nous semble souvent sous-tendue par la pérennisation de relations de ce type.

Commettons le sacrilège d'en revenir à l'usage du concept honni de « force », et de sa décomposition vectorielle.

Il est alors possible de se représenter l'évolution d'un système comme la résultante de deux forces :

- tendance à l'homéostasie ;
- capacité de changement.

Mais surtout :

- « nécessité » de changement pour le système ;
- « nécessité » de l'intervention extérieure pour obtenir le changement.

On conçoit que plus cette seconde nécessité est importante et plus le système aura tendance à développer une « *résistance à l'intervention* », afin d'éviter d'être défini négativement.

Cette dernière force deviendra elle-même une composante de la « *résistance au changement* ».

On comprend alors que plus les intervenants (ou les interventions) sont *corrélés* ou *corrélés* à la nécessité de changement, plus la résistance à l'intervention croîtra.

La *confusion de ces deux types de résistance* amène aussi bien à des changements surprenants qu'à des blocages inextricables...

Il y a donc un intérêt pragmatique à distinguer ces deux types de résistance, afin de respecter ce mécanisme « naturel » : « on commande à la nature en lui obéissant » (proverbe de jardinier).

Les *règles techniques* citées au précédent chapitre ne constituent que les applications pragmatiques, stratégiques ou tactiques, découlant « logiquement » de cette modélisation.

Elles ont pour finalité de redéfinir l'intervention *actuelle* comme n'étant pas une « vraie » intervention, puisque la « vraie » intervention est impossible, ou n'est possible que dans un hypothétique futur. La résistance à l'intervention *se déplace*, ainsi de l'intervention attendue (et donc redoutée) au « verdict » des thérapeutes, verdict énonçant une intervention comme impossible, mais constituant paradoxalement lui-même une intervention...

L'obtention de ce résultat *impose* le respect des règles de conduite de l'entretien : construire un « problème commun » demande de prendre en compte les spécificités des familles. Mais l'hypothétisation de son fonctionnement sera subordonnée à l'hypothétisation de l'utilisation qu'elle fait de ce fonctionnement avec le système thérapeutique... C'est en ce sens que nous parlons alors de « niveau stratégique ».

Cette exigence peut imposer de renoncer à une compréhension exhaustive de la problématique familiale.

L'évaluation du « contexte thérapeutique » apparaît habituellement comme une opération à la fois parallèle, voire marginale (certains types de psychothérapie la confiant d'ailleurs à d'autres que le futur thérapeute...). Elle perd ici toute spécificité (Gouiran, Teppa, 1987) : elle est intriquée à la « thérapie » elle-même.

La discussion (voire la dispute) sur les indications et contre-indications à une « thérapie familiale », constituant un « problème commun » sur lequel se déplace les résistances à l'intervention, peut permettre (si elle est judicieusement utilisée) une modification des interactions, c'est-à-dire un changement, mais qui ne peut être classé comme tel, puisqu'il se réalise « sans que ce soit le dit »...

Il n'est peut-être pas inutile de préciser que lorsque les conditions propices sont réunies, nous faisons aussi de « vraies thérapies » !

Les procédés en jeu sont de fait repérés et utilisés depuis longtemps par ceux qui construisent des tableaux en trompe-l'œil (Margritte), ou dans lesquels coexistent des mondes incompatibles (Escher).

Ils ont été précisés par Bateson (« Une théorie du jeu et du fantasme », 1977) et Watzlawick (« How real is real », 1978).

5. Conclusions

Formulons à nouveau une hypothèse résolument « pessimiste » : la théorie des systèmes peut être « interprétée » (au sens d'une interprétation en logique modale) d'au moins deux manières différentes :

- comme le modèle de la « vraie » réalité d'une part...
- comme une modélisation possible de la complexité d'où nous construisons la « réalité » d'autre part...

Une illustration de la première interprétation se repère à l'examen rigoureux de nombre d'articles et de documents vidéo « systémiques » : les interactions nouées entre familles et thérapeutes n'illustrent que la substitution d'un malade individualisé par un malade collectif : la famille.

Et ceci quelle que soit l'idéologie présentée : l'épistémologie, elle, reste la même. Cela n'empêche certes pas l'obtention de résultats positifs (fort heureusement pour les patients !). Mais cela contribue à creuser l'écart entre la pratique et les théorisations de la complexité, favorisant ainsi le dogmatisme en auto-confirmant la seule première interprétation.

L'ambition avouée de cet article aura été d'attirer l'attention sur d'autres modélisations « possibles » de la complexité de l'interaction humaine en général et, plus pragmatiquement, sur certains mécanismes dont l'utilisation respectueuse permet une meilleure efficacité dans le contexte des « thérapies familiales », et autorise l'abord d'autres domaines d'application avec moins d'empirisme.

Mais ceci est une autre recherche.

M. Gouiran et J. Teppa

Psychiatres

Département interdisciplinaire

de recherche en thérapie interactionnelle

C.H.R. Timone

Boulevard Jean-Moulin

F-13385 Marseille Cedex 5

BIBLIOGRAPHIE

3. Caillé Ph. (1987) : « Le modèle systémique des relations humaines, ou l'hypothèse de l'autonomie créative », *Thérapie familiale*, vol. 8, n° 1.
4. Cauffman L. et Igodt P. (1984) : « Quelques développements récents dans la théorie des systèmes », *Thérapie familiale*, vol. 5, n° 3.
5. Frank (1985) : « Thérapie de l'impossible dans les limites du possible », *Thérapie familiale*, vol. 6, n° 3.
6. Gouiran M. et Teppa J. (1987) : *Indications et contre-indications à la thérapie familiale*, Soc. de Psy. du S.E. (non publié).
7. Gouiran M. et Teppa J. (1989) : « La 'réalité' de la dépression, ou : un concept qui n'use que si l'on s'en sert... », *Neuro-Psy*, vol. 4, n° 3.
8. Haley J. (1979) : *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*, Editions universitaires J.P. Delarge, Paris.
9. Kuhn Th. (1970) : *La structure des révolutions scientifiques*, Flammarion.
10. Laplanche J. et Pontalis J.B. (1973) : *Vocabulaire de la Psychanalyse*, P.U.F.
11. Masson D. (1988) : « Présentation », *Thérapie familiale*, vol. 9, n° 2.
12. Masud-Khan (1986) : Texte non publié, utilisant la théorie analytique dans l'approche de la psychopathologie du thérapeute familial systémique, et mettant en lumière deux éléments caractéristiques : une régression au stade oral profond, où se manifeste pleinement l'ambivalence du désir canibalique : manger ou être mangé ; un fondamental « pessimisme » face à l'idée de pouvoir guérir.
13. Prata G. et Masson O. (1984) : « Résolution d'un syndrome de Gilles de la Tourette par une séance de consultation familiale », *Thérapie familiale*, vol. 5, n° 2.
14. Selvini-Palazzoli M. (1983) : « La naissance d'une approche systémique globale », *Thérapie familiale*, vol. 4, n° 1.
15. Vansteewegen A. (1988) : « La pensée systémique et l'approche du problème présenté », *Thérapie familiale*, vol. 9, n° 2.
16. Viaro M. (1980) : « Thérapies en contrebande », *Family Process*, vol. 19, March. Traduction DIRTI.
17. Viaro M. et Leonardi P. (1984) : « Les insubordinations », *Thérapie familiale*, vol. 5, n° 4.
18. Vola P.E., Gavaudan A. et Blumen G. (1984) : « Couple, clan, famille nucléaire, ou : un système n'en vaut pas un autre », *Thérapie familiale*, vol. 5, n° 3.
19. Vola P.E., Gavaudan A. et Blumen G. (1989) : « Induire la crise du système thérapeutique », *Thérapie familiale*, vol. 10, n° 4.
20. Watzlawick P. (1978) : *How real is real* (platement traduit par : *La réalité de la réalité...*), Editions du Seuil, Paris.

1. Andolfi M., Angelo C., Menghi P. et Nicolo A.M. (1985) : *La forteresse familiale*, Dunod, Paris.

2. Bateson G. (1977) : *Vers une écologie de l'esprit*, t. I, Le Seuil, Paris.

MAIGRIR ... SANS M'AIGRIR (II)

Résultats d'une recherche

M. SIMÉON¹, P. MALVAUX², J. CUMPS³,
Y. VANDROGENBROEK⁴, C. RASPE⁵

Résumé: *Maigrir ... sans m'aigrir (II). Résultats d'une recherche.* — Dans le cadre de la consultation intégrée, enfants et adolescents perdent du poids de façon significative. Obésités de développement et réactionnelles se différencient tant par les résultats obtenus que par les stratégies thérapeutiques utilisées. L'hospitalisation et la pratique de la kinésithérapie individuelle sont des approches thérapeutiques intéressantes pour les deux classifications.

Summary: *To lose weight ... without sour (II). Results of a research.* — In the frame of a integrated consultation children and adolescents lose weight in a significant way. Reactional and development obesity are different by obtained results as well as used therapeutic strategies. Hospitalization and individual exercises (or kinesitherapy?) are interesting for both classifications therapeutic approaches.

Mots-clés: Consultation intégrée — Psychiatrie de liaison — Obésité de l'enfant.

Key-words: Integrated consultation — Child's obesity.

Préambule ou Comment faire vous-même le malheur de votre recherche?

Comme annoncé dans un précédent article⁶, nous nous proposons de relater notre recherche, sa méthodologie, ses résultats et d'en dégager certains éléments de réflexion.

Qui dit recherche, dit chiffres, données statistiques, courbes et tableaux — mais nous rassurons les cliniciens allergiques à ce genre de présentation. Les données que nous fournirons (même si elles n'ont pas été des plus aisées à obtenir!) ne

¹ M. Siméon, psychologue, psychothérapeute familiale, service de psychopathologie, Hôpital St-Luc, UCL.

² Prof. P. Malvaux, pédiatre, responsable du département de pédiatrie, UCL.

³ J. Cumps, Docteur en sciences, biostatisticien, UCL.

⁴ Y. Vandrogenbroek, psychologue, psychothérapeute familiale, Centre Chapelle-aux-Champs, UCL.

⁵ C. Raspe, psychologue, mémoriste, UCL.

⁶ *Thérapie familiale*, Genève, 1990, vol. II, n° 2, pp. 103-116.

serviront que de base fiable et mesurable pour d'autres analyses qualitatives plus courantes dans cette revue.

Toutefois, les avatars de cette démarche ont peut-être été des plus éprouvants mais pour le moins les plus opérants dans ce processus d'apprentissage.

Nous nous sommes trouvés par nos soins noyés, écrasés sous le « poids des données ».

Et le malheur des uns (le nôtre) pouvant faire le bonheur des autres (le vôtre), voilà rassemblées les démarches à ne pas faire, pour mener à bien votre projet.

1. Confier vos données précieuses à un jeune technicien informaticien qui s'envolera avec la disquette... et partant avec la recherche!
2. Encoder des données inutiles qui chargent la mémoire ordinateur. Dans ce cas, encoder le poids et la taille réels alors que seuls les Δ poids corrigés sont intéressants et surtout comparables.
3. Ne pas traduire immédiatement les données « sciences humaines » en termes encodables par l'ordinateur.
4. Regrouper en protocoles trop longs les démarches thérapeutiques, c'est-à-dire, dans ce cas précis en catégories stratégiques trop étendues qui perdent de ce fait toute pertinence statistique (ce qui se vérifiera à l'analyse de variance).
5. Recourir à une recherche *a posteriori*... pour évaluer un processus de traitement!

Dans l'étude I, un questionnaire est adressé à 100 familles traitées pendant 3 ans, 55 reviendront et, de ceux-ci, 29 seulement pour le follow-up, 2 ans plus tard. Que sont devenus les 26 autres?

Les données manquantes auraient été les plus à même d'éclairer le pourquoi de l'échec ou de la réussite. Sans ces données, les variations liées aux stratégies employées au cours du traitement et en tenant compte des intervalles de temps, n'étaient plus mesurables.

Dès lors, pour faire le bonheur d'une recherche:

- avoir une bonne intuition clinique;
- créer, sans les multiplier, des catégories d'au moins 10 patients;
- bien différencier les données quantitatives, c'est-à-dire mesurables et de type continu (test T de Student, analyse de variance) et les données qualitatives, c'est-à-dire un test d'analyse de fréquence non paramétrique comme le χ^2 sont les trois recommandations qu'un statisticien peut faire aux cliniciens.

Dans ce cas précis, le T de Student a été utilisé parce qu'il y avait une dispersion normale autour de la valeur moyenne.

Objet de la recherche

Pour rappel¹, nos 3 ans de pratique clinique nous avaient permis d'expérimenter et d'exploiter la *consultation intégrée*, qui se révélait un cadre thérapeutique psycho-somatique intéressant. Nous savions que les jeunes patients appréciaient la *lettre personnelle* qui leur était adressée. Nous avions repéré *quatre profils cliniques* qui nous amenaient à privilégier certaines attitudes thérapeutiques.

Nous avions découvert les bienfaits de l'*hospitalisation*, temps privilégié d'activation et de mobilisation du système familial élargi, voire du réseau social.

Toutefois, la perte de poids était-elle significative? Certains obèses ne revenaient pas, quelles en étaient les raisons?

Les habitudes médicales n'étant pas de rappeler les patients, nous n'avions aucun écho quant aux bonnes raisons qu'ils avaient de nous quitter.

Nous observions des changements brusques après une *information liée au corps*, donnée par le pédiatre? Était-ce une information à portée thérapeutique intéressante?

Le fait qu'ils soient adressés par un médecin ou consultent spontanément était-ce un élément intéressant? Aurait-il un impact sur la poursuite du traitement?

Alors que l'obésité pouvait s'être installée depuis de longues années, quels événements pourraient faire naître une demande et, partant, une motivation réelle au traitement?

Les diagnostics cliniquement posés (réactionnel ou développement) correspondaient-ils à un vécu structurel, « c'est de famille », ou événementiel et traumatique chez les patients?

Les types de stratégies utilisées différaient-elles en fonction du diagnostic? Y avait-il des constantes quel que soit le diagnostic?

Que retenaient les patients des injonctions qui leur avaient été faites?

Les changements opérés se limitaient-ils au poids uniquement?

Portés par ces questions, nous avons voulu vérifier:

- si nos patients perdaient du poids de façon significative;
- si les profils repérés et stratégies poursuivies étaient statistiquement liés;
- si d'autres changements relationnels étaient significativement liés à ces premières données.

Cette recherche est une recherche *a posteriori* et comprend deux parties: Etude I (années 1982-1987) et Etude II (année académique 1987-1988).

¹ *Thérapie familiale*, Genève, vol. 11, n° 2, pp. 114-115.

Etude 1: Méthodologie

A partir de l'analyse des dossiers, nous avons construit un questionnaire dont les items ont été découpés de la façon suivante:

1. Référent
 2. Le motif de consultation
 3. Diagnostic
 4. L'évolution du poids
 5. L'accueil par l'équipe (jugé par patients)
 6. Moyens positifs ou négatifs (jugés par les patients)
 7. Moyens - stratégies (repérés par l'équipe)
 8. Changements (autres que poids) liés au traitement
- Les catégories diagnostiques ont été regroupées ainsi:

1. *Les obésités de développement* «depuis toujours» qui s'inscrivent dans une constellation familiale présentant des excès de poids, avec un poids trop élevé depuis le premier âge, avec une progression lente et constante, sans événement marquant qui le justifie.
2. *Les obésités de développement pubertaire* qui, bien qu'appartenant à une classification plus courante de stade de développement, prennent des allures paroxystiques (flambée de poids importante à ce moment précis, réactions psychosomatiques excessives) plus proches des obésités réactionnelles que de développement «depuis toujours».
3. *Les obésités réactionnelles somatiques ou psycho-rationnelles*: définies comme prise de poids importante (8 à 20 kg) dans l'année qui suit un événement lié au corps (intervention chirurgicale comme l'amydalectomie et la cryptorchidie, l'accident de voiture) ou à la sphère psycho-rationnelle (échec scolaire, déménagement, séparation ou décès de parents ou de membres de la famille).

Les stratégies employées ont été dégagées à partir de l'analyse de contenu des lettres envoyées par le médecin à chaque patient, analyse effectuée par Ch. Raspe dans le cadre d'un mémoire de psychologie à l'UCL.

Celles-ci ont été groupées en protocoles, de la façon suivante:

- Stratégie 1** Régime «vitesse de croisière», souvent devenu régime familial, associé à la prescription de sport individuel consistant en une prescription de kinésithérapie, suivi ou pas de sport de groupe et accompagné de stratégies psycho-rationnelles diverses (structuration interne familiale, alliance avec parent obèse, contrôle réciproque du régime et d'autres activités, déplacement de la satisfaction orale vers d'autres réalisations).

Stratégie 2 Régime strict avec relâches programmées, doublé de sport individuel (kiné), suivi de sport de groupe et associé à des stratégies psycho-rationnelles diverses (dramatisation, redéfinition problème, renforcement narcissique et (ou) déculpabilisation par des informations corporelles, responsabilisation...).

Stratégie 3 Hospitalisation avec traitement intégré (régime strict de 400 à 600 cal + kiné 2x par jour + école hôpital + ergothérapie + entretiens individuels et familiaux + concertation avec le personnel de l'étage).

Ce questionnaire a été adressé à 100 familles traitées depuis 1982, c'est-à-dire depuis le début de la consultation intégrée; que le traitement soit en cours, terminé ou récemment entrepris.

Nous avons obtenu 55 réponses à ce questionnaire mais retenu seulement 48 patients pour l'analyse statistique, les 7 autres ayant été écartés pour diverses raisons (tout début du traitement sans évolution possible, questionnaire incomplet...).

Deux ans après, un *follow-up* sous forme de questionnaire de contrôle a été adressé à ces mêmes familles. Nous avons obtenu 29 réponses.

Détermination du Δ

Notre échantillon se composant essentiellement d'enfants en croissance, nous avons à considérer non seulement les variations du poids, mais évidemment, le rapport constant entre ces données et les variations de la taille.

Dès lors, nous avons comparé pour chaque patient, en nous référant aux courbes de croissance de la taille et du poids du Service scolaire et Centre de calcul de l'UCL, le poids actuel au poids idéal pour la taille, déterminant ainsi l'excès de poids par rapport à cette norme (Δ poids).

Pour illustrer notre propos, consultez le tableau ci-dessous:

3 cas exemplatifs	Examen initial			Fin de traitement				Follow-up				
	PO	TO	P idéal O	ΔO	PF	TF	P idéal F	ΔF	PFw	TFw	P idéal Fw	ΔFw
Perte de poids	86	168	55	31	81	168	55	26	76	168	55	21
Gain de poids	39.5	128	25	14.5	67.5	156	43	24.5	85	171	56	29
Statu quo	60.5	154.5	42	18.5	61.5	158	44	17.5	73	176	56	17

Ces excès de poids (différence entre poids réel et poids idéal par rapport à la taille) ont été calculés à trois moments différents :

Δ_0 = à la première consultation

Δ_f = à la fin du traitement

Δ_{fw} = lors du follow-up après 2 ans.

Analyse statistique

Les moyennes des Δ poids ont été établies à partir de ces données et comparées entre elles.

Pour juger si ces différences étaient significatives, nous avons utilisé le test *T* de Student et illustré les résultats obtenus par des histogrammes descriptifs.

Les 3 catégories diagnostiques dégagées à partir de l'expérience clinique et les 3 stratégies ont été soumises à une analyse de variance pour juger de la pertinence de ces regroupements ou classifications.

Résultats

Analyse des 55 questionnaires

Le questionnaire avait pour fonction de nous permettre de dégager les premiers items pertinents et certaines tendances que l'analyse statistique confirmerait ou infirmerait.

Les patients ont entre 4 et 18 ans avec une fréquence plus élevée entre 9 et 14 ans (34/55). Ils ont adressés le plus souvent par un médecin (26), consultent spontanément (18) ou le font sur le conseil de relations ou de professionnels (8).

Le motif premier de la consultation est la crainte d'un dysfonctionnement des glandes (34), crainte émise généralement par les parents. Ensuite vient la peur des moqueries (28), motif invoqué par les enfants eux-mêmes.

Quant aux *diagnostics*¹, les obésités de type réactionnel sont majoritaires (34), les obésités de développement et de développement pubertaire se partageant le reste de la population.

Les obésités réactionnelles à une amydalectomie (13) sont proportionnellement très élevées et cette observation mériterait une étude conjointe de spécialistes des différentes disciplines.

Le poids, aux dires des patients, baisse dans 50% des cas, 30% estimant avoir maintenu un statu quo et 15% regrettant en avoir repris. Ces résultats demandent à être nuancés, car il ne s'agit pas de poids observés par le médecin et pondérés tels que nous les utiliserons dans l'analyse statistique.

Les moyens utilisés et jugés positifs par les patients sont en premier lieu l'accueil (44) et la lettre adressée par le médecin à l'enfant personnellement (22). Viennent ensuite, classés par ordre de fréquences décroissant :

le régime en famille

le régime fractionné

les récompenses

les informations données à l'enfant

les entretiens familiaux

l'hospitalisation¹

Les moyens jugés négatifs par la famille sont :

la longueur du traitement

les faibles résultats obtenus

les rechutes

éléments soulignés essentiellement par le groupe des obésités réactionnelles, ce qui nous incitera ultérieurement à prôner des régimes stricts et des hospitalisations aux effets plus rapides et plus perceptibles.

En dehors du poids, les autres changements retenus par les patients et classés par ordre d'importance sont :

les changements d'habitudes alimentaires (41)

les changements au niveau de l'activité sportive (30)

les changements sociaux (18), compris comme avoir

plus d'amis, plus de contacts divers, une meilleure

intégration dans les groupes de son âge

Que conclure à partir de ces premiers éléments?

L'analyse du questionnaire révèle que la plainte la plus souvent énoncée par les parents est bien que la peur d'un dysfonctionnement glandulaire mais que la souffrance et, partant, la motivation au traitement, est la peur des quolibets avancée par l'enfant.

Les obésités réactionnelles sont majoritaires et, dans ce cas, ce sont souvent les aînés qui en sont atteints. Les cadets et les uniques, auxquels la littérature attribue l'excès de poids, se retrouvent dans la classification des obésités de développement. Quand on sait que de nombreuses obésités surviennent après des séparations du couple parental, on retrouve l'aîné souffrant de parents divorcés, go-between dépressif à qui est adressé le message implicite « Mange et tais-toi! ».

La lettre personnelle adressée au jeune patient par le médecin, si elle est une habitude du professeur Malvaux, est très appréciée par les patients. Rappelant brièvement ce qui a été convenu lors de la consultation, elle remplit une fonction de soutien affectif, de renforcement narcissique, de structuration et de responsabilisation de l'enfant et ce en fonction de la problématique en question.

¹ *Thérapie familiale*, Genève, 1990, vol. 11, n° 2, pp. 111-112.

La longueur du traitement et les maigres résultats apparaissent comme les éléments négatifs particulièrement par les obésités réactionnelles, et à l'origine de nombreux abandons.

Pour ceux qui veulent maigrir « pour avant-hier », qui commencent un régime tous les lundis matins, et ce jusqu'à 17 heures, il n'est pas recevable de s'entendre dire que la traversée du désert sera de 2 ou 3 années, faite d'un régime au long cours, un régime de croisière, un régime de bon sens, ce qui était la tendance médicale du début.

Forte des échos reçus, l'équipe en viendra à prescrire hospitalisations et régimes stricts, antidépresseurs avérés de certaines structures paroxystiques.

-analyse statistique

Le calcul statistique a consisté en un *T de Student* portant sur les moyennes comparées des Δ poids

[du début (Δ_O) à la fin du traitement (Δ_F)]
 [du début (Δ_O) au moment du Follow-up (Δ_{FW})]

et en une analyse de variance étudiant la corrélation entre la variation du poids et différents items (référénts, diagnostics et stratégies).

Au T de Student, la perte de poids est hautement significative ($P < 0,01$) en fin de traitement:

Pour un échantillon de 48 Moyenne du Δ poids = -2,85 ESM = 0,955 tobs = 2,98 % = 0,45
--

L'histogramme confirme que la tendance à l'amaigrissement est nettement plus importante que la reprise du poids (cf. histogramme ci-joint).

Et au moment du Follow-up, la perte de poids reste significative $P < 0,05$ et est confirmée:

Pour un échantillon de 29 Moyenne du Δ poids = -4,25 ESM = 1,81 tobs = 2,35 % = 2,6
--

L'histogramme montre que les tendances se marquent plus nettement entre la perte du poids confirmé et la reprise du poids pour certains patients.

L'analyse de la variance

Il n'y a pas de corrélation significative entre les items retenus et la variation du poids. Si l'analyse de la fréquence ne montre généralement pas d'effet significatif, c'est que la faible population de certaines catégories (< 10) est insuffisante pour avoir un signal.

L'on peut toutefois dégager certaines tendances:

1. Les types de *référénts* et moyenne de variations du poids à la fin du traitement et au follow-up:

$\neq \Delta_O - \Delta_F$	Intervalles
3,4 kg pour 17 patients (famille)	-6,3 à +0,5
3 kg pour 24 patients (médecin)	-5,4 à +0,5
0,9 kg pour 6 patients-(amis, organismes)	-5,8 à +4
$\neq \Delta_O - \Delta_{FW}$	Intervalles
4,9 kg pour 11 patients (famille)	-10,5 à +0,7
4,3 kg pour 14 patients (médecin)	-9,3 à +0,6
4,3 kg pour 3 patients (amis, organismes)	-5,8 à +4

2. Les types de *diagnostics* et moyenne des variations du poids à la fin du traitement et au follow-up:

$\neq \Delta_O - \Delta_F$	Intervalles
2,6 kg pour 25 patients (ob. réact.)	-4,5 à +0,7
2,8 kg pour 8 patients (ob. pubertaire)	-6,1 à 0,5
1,8 kg pour 11 patients (ob. développ.)	-4,6 à +1
$\neq \Delta_O - \Delta_{FW}$	Intervalles
2 kg pour 12 patients (ob. réaction)	-6 à +2
9 kg pour 5 patients (ob. pubertaire)	15,5 à -2,8
2,5 kg pour 9 patients (ob. développ.)	-7,2 à 2,1

3. Les types de *stratégies* et moyennes des variations du poids à la fin du traitement et au follow-up:

$\neq \Delta_O - \Delta_F$	Intervalles
1,7 kg pour 26 patients (stratégie 1)	-3,6 à +0,1
2,8 kg pour 18 patients (stratégie 2)	-4,7 à 0,3
6,5 kg pour 2 patients (stratégie 3)	-13,1 à 0,1

N.B. — Pour rappel stratégie 1 = vitesse de croisière
stratégie 2 = Régime strict
stratégie 3 = hospitalisation.

$\neq \Delta O - \Delta FW$
Intervalles
1,8 kg pour 16 patients (stratégie 1)
3,6 kg pour 9 patients (stratégie 2)
15 kg pour 2 patients (stratégie 3)
-5,1 à +1,5
-8 à +0,8
-24,5 à -5,6

En ce qui concerne les trois types de stratégie, nous pouvons en tirer, si pas des conclusions, au moins des observations plus fiables, vu que nous sommes très proches du seuil de signification ($P=0,06$).

Nous constatons:

- que la stratégie 1 «vitesse de croisière», donne des résultats faibles, qui se maintiennent au follow-up;
- que la stratégie 2 «régime strict», donne de meilleurs résultats qui, avec le temps, ont tendance à croître;
- que l'hospitalisation donne, dans deux cas, des résultats très intéressants, résultats qui s'améliorent au moment du follow-up.

Peut-on émettre que des prises en charge plus radicales donnent des résultats meilleurs?

Que conclure à partir de cette première analyse statistique?

La *perte de poids* est *significative* et a tendance à se confirmer avec le temps. D'autre part, si les corrélations entre les pertes de poids et les différents items ne sont pas statistiquement significatives, les pertes de poids observées se renforcent généralement avec le temps, même pour les obésités de développement généralement plus rétives au changement.

Cette confirmation au follow-up est une réponse aux questions déabusées ou narquoises des médecins souvent impuissants devant la résistance passive de l'obèse: «Etes-vous sûrs qu'ils ne regrossissent pas plus vite qu'ils n'ont perdu?» «Qui vous dit qu'ils ne sont pas de bons gros adultes?»

L'histogramme est une photo significative: les tendances à la perte, comme à la reprise, s'accroissent pour quelques-uns:

A la fin du traitement	Si 13 ont maintenu le statu quo 9 ont repris du poids et 25 ont perdu du poids
Au follow-up	3 statu quo 10 reprennent du poids 16 perdent du poids

A la suite de la première étude, il nous a semblé intéressant de procéder à une seconde étude durant l'année académique 1987 - fin 1988, en tenant compte des paramètres précédemment dégagés, mais en y apportant certaines corrections.

Etude II: Méthodologie

L'étude II n'est plus rétrospective mais étudie un échantillon de patients en traitement.

L'échantillon est de 65 patients.

Durant l'année, 87 patients ont consulté, mais:

- 3 dossiers utilisés dans d'autres services n'ont pu être consultés;
- 5 patients n'ont pas reçu de deuxième rendez-vous, le traitement ne s'avérant pas nécessaire;
- 14 patients ne se sont pas présentés au second rendez-vous. Les motifs peuvent être:

a) un découragement à la suite de notre refus d'entamer le régime immédiatement sans proposer nous-mêmes un second rendez-vous:

- au vu de l'état de crise familiale;
- au vu de problèmes divers (scolaires...) à régler préalablement;
- au vu du désaccord des parents, divisés à propos de la mise à la diète de l'enfant;

— au vu des conditions économiques ou conditions matérielles impossibles pour entamer le régime;

b) que la seule demande soit un contrôle endocrinien, à la demande d'un médecin généraliste déjà fortement engagé dans la gestion du traitement;

c) pour d'autres raisons?

Les paramètres utilisés sont analogues, avec les modifications suivantes:

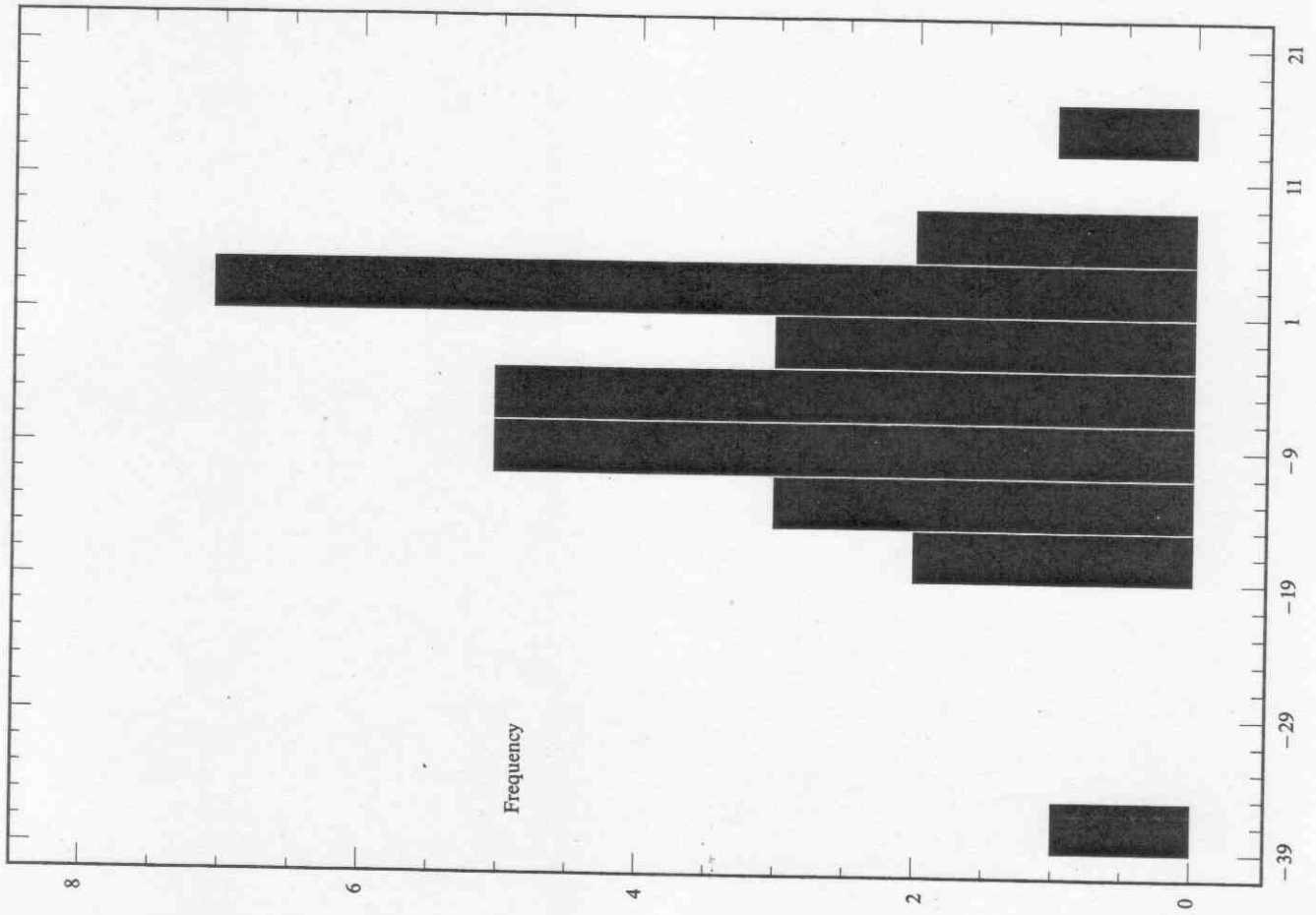
1. Les «amis» *référents* sont des amis convaincus ou d'anciens patients satisfaits.
2. Pour le *diagnostic*, les obésités réactionnelles se divisent en deux catégories:
 - obésités réactionnelles somatiques;
 - obésités réactionnelles psycho-rationnelles.
3. Les protocoles *stratégiques*, précédemment trop large que pour être pertinents, ont été différenciés pour mieux cerner l'effet de chacun d'eux.

Nous avons ainsi défini 4 types de procédure:

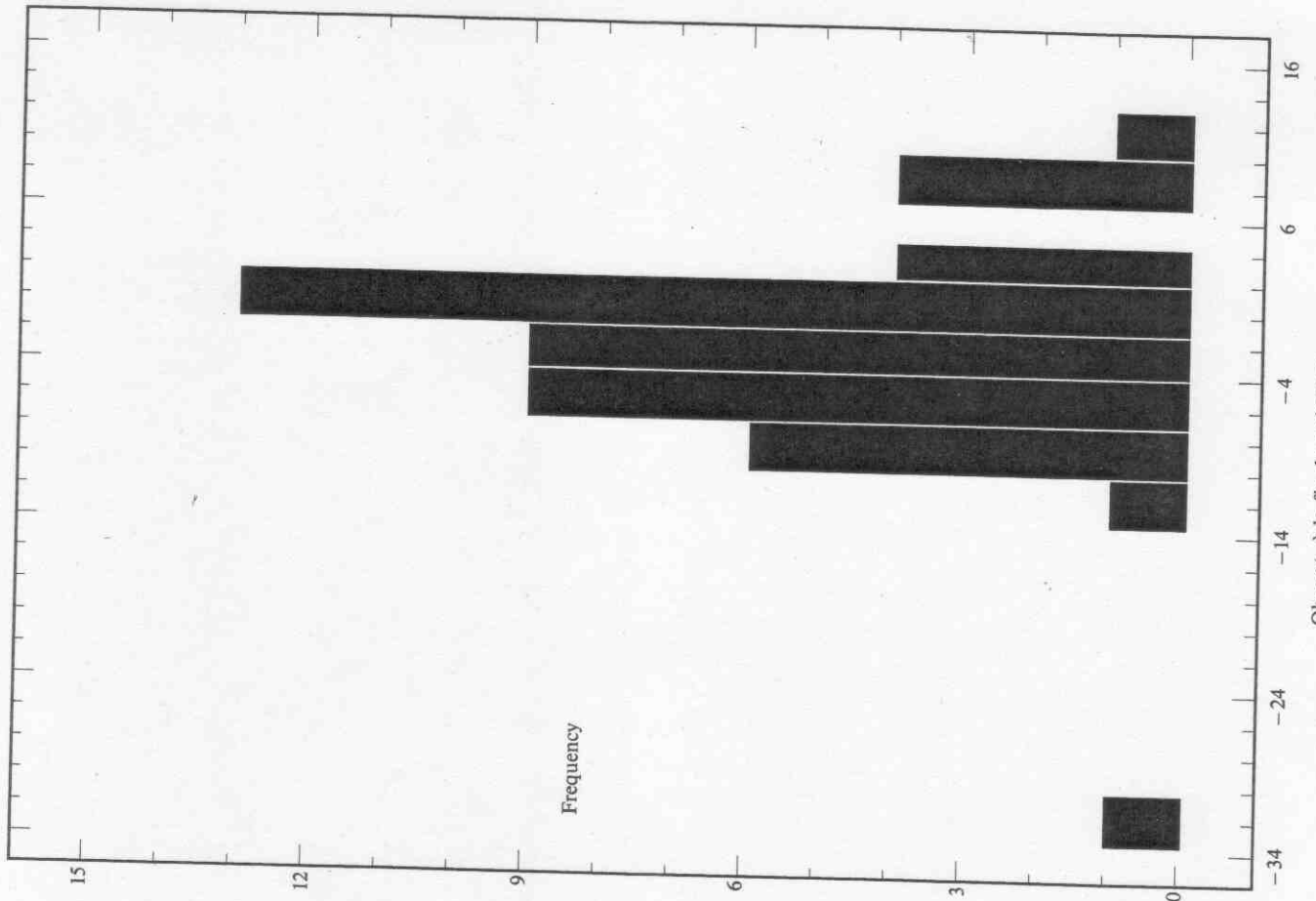
a) *Régime* où nous avons distingué:

1. prescription de non-régime;
2. prescription d'un régime cool, c'est-à-dire suppression de la prise de nourriture entre les repas, suppression de certains aliments, ...

Frequency Histogram



Frequency Histogram



Obesest. à la fin du traitement

3. prescription d'un régime strict. Ce régime est parfois accompagné de la prescription de relâche (1 fois/semaine).

b) Sport où nous avons distingué:

1. sport individuel consistant en séances de kinésithérapie;
2. sport de groupe;
3. activités physiques qui se déroulent à la maison (15 min. d'exercices par jour, ...);
4. sport individuel (kiné) + activités physiques (1+3);
5. sport individuel (kiné) + sport de groupe (1+2).

c) Modalités de traitement où nous avons distingué:

- le traitement ambulatoire;
- l'hospitalisation.

d) Stratégie à caractère psychologique où nous avons distingué:

1. structuration définie comme redéfinition ou clarification des relations au sein de la famille (rapprochement — prise de distance entre tel et tel membre de la famille), redéfinition ou clarification des rôles au sein de la famille (mère gendarme...), redéfinition ou clarification des stades familiaux (moment centrifuge de l'adolescence...);
2. responsabilisation définie comme valorisation: renforcement narcissique du patient (récompenses vestimentaires, réaménagement de la chambre, désignation du patient comme responsable des différentes activités de la maison;
3. structuration + responsabilités conjuguées.

Evolution du traitement

Il nous a semblé important de relever où en était l'enfant dans son traitement:

Te = traitement en cours;

Tf = traitement terminé, le médecin ayant conclu que la diminution du poids était suffisante et/ou que l'enfant pouvait poursuivre seul son traitement. Dans ce cas, un rendez-vous est proposé 6 ou 12 mois plus tard;

Ts = traitement stoppé (momentanément ou pas). Un rendez-vous a été proposé à l'enfant et celui-ci ne s'y est pas présenté.

Consultation avec la diététicienne

Les patients ont été classés en 2 catégories, suivant qu'ils aient reçu un régime prescrit par la diététicienne (1) ou non (2).

Résultats de l'étude statistique

a) Le test *T de Student* montre que la diminution de l'excédent de poids, entre le moment de notre étude et l'examen initial, est hautement significative ($p < 0,01\%$).

La différence entre les Δ poids connaît une diminution de -4 kg:

Ech n = 65
moyenne du Δ poids = -4 kg
ESM = 1,16
tobs = 3,42

La diminution de l'excédent de poids est, en moyenne, supérieure d'un kilo à celle obtenue lors de la première étude.

Il nous faut maintenant voir pour qui et en fonction de quels critères ce traitement a été opérant (c'est ce que nous allons tenter de dégager dans le chapitre suivant).

b) Nous avons voulu mesurer si les items retenus étaient pertinents quant à l'objet de notre étude et s'il existait une corrélation significative entre ces derniers et la variation du poids.

Pour ce faire, nous avons procédé à une *analyse de variance* et avons corrélé:

- A. les types de référents et les Δ poids
- B. les diagnostics et les Δ poids
- C. les stratégies et les Δ poids
- D. le stade du traitement et les Δ poids
- E. l'intervention de la diététicienne et les Δ poids.

La corrélation entre les items précédemment cités et le Δ poids n'est pas significative.

Nous avons dès lors comparé, regroupé certains items sur une *échelle non-paramétrique*, obtenu certains résultats intéressants ou relevé certaines tendances non dénuées d'intérêt.

Les chiffres livrés révèlent que, pour quelques patients, les référents ou diagnostics ne sont pas précisés, ou des stratégies peuvent ne pas être reprises parce que non significativement différenciées à partir des dossiers.

Sur une *échelle non-paramétrique*, si l'on compare (voir les items ci-dessus) les référents 1+3 au groupe 2, on obtient une *différence presque significative* ($P = 0,067$). Nous verrons plus loin quelle pourrait en être la raison.

Si l'on compare enfin les traitements terminés et stoppés, on obtient une *différence significative* ($P = 0,02$).

Si les résultats obtenus ne sont pas significativement liés, les moyennes comparées des Δ poids donnent des tendances reprises dans le tableau ci-dessous.

A. Référénts

1. 10 patients consultent spontanément et perdent 6,7 kg.
2. 44 patients sont adressés par un médecin et perdent 2,2 kg.
3. 7 patients adressés par des amis convaincus perdent 7,1 kg.

B. Diagnostics

1. Pour 15 obésités de développement, perte de 1,5 kg.
2. Pour 9 obésités dév. pubertaire, perte de 2 kg.
3. Pour 4 obésités réactionnelles somatiques, gain de 1 kg.
4. Pour 34 obésités réactionnelles psycho-relat., perte de 5,5 kg.

Regroupées et comparées entre elles, les résultats obtenus sont les suivants:
Pour l'obésité de développement, perte de 1,7 kg.
Pour l'obésité réactionnelle, perte de 4,8 kg.

C. Stratégies (régime)

1. 7 patients n'ont pas reçu de régime = 0 kg.
2. 3 patients ont reçu un régime cool et perdent 1,5 kg.
3. 44 patients ont reçu un régime strict et perdent 5 kg.

C. Stratégies (sport)

1. 30 prescriptions de kiné avec perte de 3,8 kg.
2. 2 prescriptions de sport de groupe avec perte de 4,2 kg.
3. 8 prescriptions d'activités avec perte de 1,3 kg.
4. 6 prescriptions de kiné + activités avec perte de 7,5 kg.
5. 3 prescriptions de kiné + groupe avec perte de 12,8 kg.

Si l'on compare 1 à (2+3+4+5), on obtient:

Pour la kinésithérapie seule, une perte de 3,8 kg.

Pour 2+3+4+5 regroupées, une perte de 5,3 kg
(prise en charge ambulatoire

1. 44 patients traités en ambulatoire + hospitalisation).
2. 19 patients hospitalisés + ambulatoire perdent 4 kg.

(stratégies thérapeutiques)

1. 10 patients avec la structuration perdent 2,7 kg.

D. Stade du traitement

1. 26 patients ont stoppé le T. et perdent 1,6 kg.
2. 11 patients ont terminé le T. et perdent 7,7 kg.
3. 23 patients ont un T. en cours et perdent 4 kg.

E. Intervention ou non de la diététicienne

1. 47 patients suivis par la diététicienne perdent 4,5 kg.
2. 18 patients sans la diététicienne perdent 2,6 kg.

Que pouvons-nous dégager de ces résultats et de ces tendances? Peut-être le scénario d'un traitement efficace

Appelons-le François Dupont. Il a entre 9 et 14 ans... Aîné de famille, il a gagné 10 kg l'année qui a suivi la séparation de ses parents et, depuis lors, il ne cesse de manger. Son obésité (réactionnelle psycho-relationnelle) le gêne beaucoup; les quolibets de ses camarades l'incitant à se replier sur lui-même. Depuis quelques mois, l'école signale son absence le jour de la gymnastique, ce qui a incité les parents à intervenir.

Un compagnon de classe, ayant perdu 5 kg à l'hôpital, François, a demandé à consulter. Accompagné de ses deux parents rassemblés pour l'occasion, il crâne beaucoup puis s'effondre en larmes, découragé pour tout: son poids, l'école, la famille. Pour l'aider à réussir et contrer le cercle vicieux d'échec, une hospitalisation est proposée. Pendant celle-ci, la diététicienne prescrit un régime strict qu'il poursuivra légèrement modifié à la maison. L'hôpital lui offre la kinésithérapie et le sport de groupe. Les discussions en famille sensibilisent les parents séparés à la souffrance de leur fils. Elles provoquent une restructuration des relations en rendant l'espace personnel à cet aîné parentifié.

Le pronostic favorable est effectivement un patient spontanément ou adressé par des amis satisfaits, souffrant d'obésité psycho-relationnelle et qui reçoit un régime strict, prescrit par la diététicienne, de préférence après une hospitalisation, avec de la kinésithérapie doublée d'exercices en groupe, patient pour lequel l'impact thérapeutique aura conduit à une restructuration des relations familiales.

Analyse qualitative des résultats

A partir des résultats bruts, plusieurs questions se posent, et l'on pourrait y apporter certaines hypothèses explicatives.

Tout d'abord, si 44 médecins adressent leur patient à cette consultation, c'est que l'équipe universitaire est plus connue, ne fût-ce que par quelques écrits ou présentations lors de journées médicales ou formations de généralistes. Par le caractère universitaire du lieu, ces médecins veulent donner le poids nécessaire à la démarche pour qu'un traitement s'instaure enfin!

Car c'est bien la *motivation de départ qui différencie le plus le groupe 2 du groupe (1+3)*. Ce groupe 2 inclut les patients adressés par la médecine scolaire, patients souffrant d'un *léger excès de poids*, généralement peu motivés à le perdre. Ce groupe 2 comprend aussi les patients qui viennent pour raisons somatiques essentiellement, qui sont poussés par leur généraliste à consulter le spécialiste devant le caractère inquiétant de *prises de poids majeures* (ex. 80 à 100 kg entre 10 et 14 ans). Ces derniers souffrent d'obésité de développement ou de grave dépression généralement partagée par d'autres membres de la famille.

Ce sont enfin les adolescents qui présentent une pseudo-gynécomastie et pour lesquels l'avis de l'endocrinologue semble judicieux.

En comparant les résultats de l'obésité réactionnelle somatique et psychoréactionnelle, on peut également s'interroger. Qu'est-ce qui justifie une telle différence entre les données?

L'analyse détaillée de chaque dossier nous a permis de relever une erreur importante quant à son influence sur les résultats. Un patient, gravement allergique et traité à la cortisone, avait consulté trois fois ponctuellement sous la pression de son médecin:

... en 1986 (Δ 21,5)
en 1987 (Δ 34,5)
en 1988 (Δ 33,5)

Comme l'étude portait sur le suivi de l'année 1987-1988, le gain de 12 kg en poids, devait être ramené à une perte de 1 kg. Les 3 autres patients de ce groupe ayant perdu respectivement 1,1 et 6 kg, le résultat global devait être une perte de ± 2 kg. Ce résultat augmente encore la différence entre l'obésité réactionnelle et de développement et ne fait que confirmer le caractère plus rétif au changement de cette dernière. Son approche thérapeutique nécessite d'ailleurs la mobilisation tant du réseau social, des habitudes familiales que du jeune patient proprement dit.

La première étude avait dégagé la nécessité de prescrire des régimes stricts aux résultats plus rapides. Ces résultats le confirment.

Par contre, ne pas prescrire de régime provoque le statu quo, voire même des abandons.

Actuellement, la politique de l'équipe est de *postposer la mise à la diète* si le caractère enchevêtré des relations familiales, le développement immature de l'enfant (obésité de développement), l'état de choc émotionnel, la dépression ou le caractère très conflictuel des relations (obésité réactionnelle) n'autorisent aucun pronostic favorable. Postposer le régime en maintenant le suivi.

Chez le patient obèse, l'attente magique du résultat rapide ne souffrant aucun délai, l'équipe doit faire preuve de beaucoup de doigté pour *créer ce cadre espace-temps thérapeutique*.

Dans le cas d'obésités de développement, nous assortissons notre proposition de délai d'une prescription de tâches diverses, testant les possibilités de limites d'une famille enchevêtrée... ou ses souplesses relationnelles.

L'enfant est invité à communiquer certains résultats par téléphone ou par écrit, la décision de régime dépendant de ces démarches.

Un rendez-vous ultérieur est clairement convenu, le délai étant lié aux engagements contractuels pris avec l'enfant et sa famille. S'il s'agit d'une tentative de structuration et de responsabilité, le projet explicite et la ponctuation donnée restent généralement «le souci pour la santé de l'enfant».

Dans les obésités réactionnelles psychoréactionnelles, pédiatre et psychologue en viennent à une co-intervention de crise.

Par l'analyse de la demande, ils mobilisent le patient et sa famille, cherchant sous l'épaisseur d'une plainte somatique redondante, la véritable souffrance.

Recréant ce *double-lien scindé thérapeutique décrit par Guy Ausloos*, ils proposent ou se défendent de toute velléité de traitement au nom de finalités somatiques et (ou) relationnelles.

La nécessité d'une perte de poids est avancée par le pédiatre en même temps que la psychologue s'interroge sur le bien-fondé de nouveaux efforts alors que la dépression est là... ou devant l'attitude fermée et boudeuse du patient, le médecin en le prenant par les épaules lui demande avec beaucoup de chaleur: «Pourquoi détruis-tu ainsi ton corps? Que t'est-il arrivé?» Colères, larmes, propos rageurs et agressifs s'échangent... et l'on décide... de ne pas décider le jour-même, mais de se revoir à une date déterminée.

De se revoir, par exemple:

- quand telle lettre aura pu être adressée au papa fugueur;
- quand mère et fille auront pu renégocier l'espace vital dont elles ont besoin;
- quand papa et maman auront pu rassurer l'équipe que le deuil récemment vécu est devenu supportable;
- quand d'autres démarches (check-up scolaire ou somatique) auront soulagé le stress actuel... que la boulimie faisait oublier.

Dans les obésités réactionnelles somatiques, ou de développement pubertaire, avant tout contrôle ou régime, le pédiatre rassure l'enfant quant à ce qui lui est arrivé et parle avec lui des développements ultérieurs prévisibles. Que ce soit une petite taille, un handicap, une pseudo-gynécomastie ou un développement sexuel trop timide. Cette première consultation devient ce lieu où l'on peut en parler enfin, moment thérapeutique de la rencontre avec le médecin qui peut lui dire la vérité quand plus personne ne veut lui répondre.

La prescription de sport individuel avec kinésithérapeute est devenue très usuelle dans notre pratique. Pourquoi?

Complexé, disqualifié par ses pairs, le patient obèse fuit toute pratique sportive de groupe. La remise en mouvement et la retribalisation ultérieure, passent par une période de pratique sportive chez un kinésithérapeute.

La prescription de kinésithérapie associée à d'autres activités de groupe est très efficace. Elle s'adresse aux patients toujours intégrés socialement et pour lesquels la souffrance narcissique n'est pas trop importante. Deux d'entre eux, également hospitalisés, perdront en Δ poids 17 à 20 kg; le 3^e, non-hospitalisé, perdant à son tour 1,5 kg.

Enfin, la seule prescription d'activités n'est pas opérante.

Seule l'association Kiné + activités respecte le caractère privé (éviter la souffrance narcissique) et soutenu de l'effort entrepris (besoin de structure et d'inscription dans le temps), les obésités de développement le justifiant le plus.

Les modes de prise en charge (ambulatoire et/ou par hospitalisation) donnent des résultats très proches.

Mais si l'on sait que l'hospitalisation est proposée aux situations difficiles:

- a) aux patients découragés ayant tenté plusieurs régimes sans succès;
- b) aux patients ayant vécu un traumatisme psycho-relacionnel suivi d'une flambée de poids et qui, à ce moment, veulent sortir de l'impasse avec des résultats tangibles;
- c) aux patients immatures (ob. dév.) pour lesquels la mise à distance relationnelle momentanée, et une prise en charge globale s'imposent (responsabilisation, restructuration de l'alimentation et des activités, thérapie de réseau).

On peut en déduire que l'hospitalisation a un effet thérapeutique positif.

Devant ces trois profils, le seul traitement ambulatoire ne réussit pas. L'hospitalisation offre ce moment de rupture des circuits d'échecs. C'est un moment de désattribution des structures rigides ou traumatisées par un choc émotionnel, c'est un moment de dramatisation pour les « définitivement résignés » seul moyen de créer cet espace-temps thérapeutique.

« Si le docteur l'a mis à l'hôpital, c'est que c'est sérieux », diront-ils et le succès des 5 à 7 kg perdus est réparateur de souffrances narcissiques avérées et thérapeutique pour les troubles dépressifs.

Bien qu'il soit particulièrement difficile de codifier les attitudes et stratégies thérapeutiques, nous croyons avoir pu identifier la structuration et la responsabilisation, associées ou non dans notre pratique.

Elles s'adressent essentiellement aux obésités de développement.

Dans d'autres catégories diagnostiques, structuration et responsabilisation « prescrites » par l'équipe peuvent autoriser les déplacements nécessaires et l'assouplissement du jeu relationnel engagé, lorsque le positionnement relationnel est dysfonctionnel ou qu'un jeu symétrique rigide s'est instauré autour de poids-prétexte.

Si l'on compare sur une échelle non paramétrique, les traitements stoppés à ceux qui sont terminés, on obtient une différence significative de $P = 0,02$. La première étude avait laissé les arrêts de traitement inexpliqués. Cette seconde étude permet plusieurs observations explicatives intéressantes.

Si 26 traitements sont interrompus, s'agit-il de 26 échecs?

Trois patients, souffrant d'un excès de poids mineur, motivés et toujours socialisés, ont reçu un régime prescrit par la diététicienne doublé d'activités sportives. Ils ne se sont pas présentés au rendez-vous de contrôle 3 mois plus tard et ont été classés dans les traitements stoppés!

L'un d'eux reviendra un an plus tard, vivant son conflit d'adolescence cristallisé autour de la table, pour solliciter une hospitalisation « où on lui fiche la paix! ».

D'autres se sont découragés après 2 à 4 consultations:

- à la suite d'une proposition d'hospitalisation;
- devant le statu-quo de leur poids;
- à la suite d'une proposition de suspendre le régime (et non le suivi!), l'enfant étant triangulé dans un conflit conjugal utilisant le poids-prétexte;
- à la suite d'une reprise de poids, liée ou non à d'autres traitements médicaux.

D'autres patients ont mis un terme au traitement sans en convenir (d'où le caractère de traitement stoppé!):

- mais après avoir perdu en Δ poids, 3, 6, 10, 20 kg, avec un traitement ambulatoire;
- après avoir perdu en Δ poids, 1, 5, 7, 9, 10, 20 kg avec un traitement ambulatoire doublé d'une hospitalisation.

Si échec il y a eu, c'est pour un nombre de 13 patients pour lesquels les résultats décevants ou (et) la redéfinition de la problématique n'étaient pas supportables.

Enfin, encadrés, dirigés par la diététicienne dans la poursuite d'un régime strict (avec « rechutes » programmées), les patients perdront plus facilement le poids désiré.

Conclusion

Aux nombreuses questions soulevées, une certitude: les enfants/adolescents obèses, pris en charge dans le cadre de la consultation intégrée, perdent du poids de façon significative; cette perte de poids a tendance à se renforcer dans le temps, ce que démontre le follow-up.

Une constat également: les aînés sont souvent les patients désignés, des obésités réactionnelles liées à la séparation des parents.

Une constante: dans un cadre espace-temps bien établi, une prise en charge stricte et structurée (hospitalisation au début, régime encadré par la diététicienne) est la voie royale vers un autre équilibre (de la balance... et narcissique).

Y A-T-IL UN PILOTE DANS LA CLASSE?

Le problème de la hiérarchie dans un système artificiel

G. EVÉQUOZ*

Résumé: *Y a-t-il un pilote dans la classe? Le problème de la hiérarchie dans un système artificiel.* — L'auteur définit les conditions qui peuvent déterminer la présence de comportements symptomatiques dans le cadre du système classe: l'enfant a des finalités qui s'éloignent de celles du groupe; l'enseignant tente de répondre à ces finalités; les autres élèves trouvent également des modalités d'adaptation. Le rôle de l'intervenant n'est pas de s'intéresser en priorité à l'enfant signalé, mais de mettre au point une structure d'encadrement dont l'objectif est de modifier l'organisation relationnelle de la classe favorable à l'émergence de telles conditions. Les modalités d'application de cette structure repose à la fois sur la capacité de mobiliser l'enseignant et sur la technique de la vidéoscopie, qui est décrite à partir d'un exemple concret. Cette méthodologie d'intervention est applicable aussi bien pour les praticiens qui travaillent au sein de l'école que pour ceux qui sont confrontés aux problèmes de l'échec scolaire dans le cadre de services de guidance.

Summary: *Is there a pilot in the classroom? The problematic of hierarchy in artificial system.* — The author defines the conditions which determine the presence of symptomatic behavior in the context of a classroom system: the child has his own aims which are different from those of the group, the teacher tries to respond to these aims, the classmates also find ways to adapt to them. The role of the consultant is not to focus on the referred child, but rather to devise and bring about a class setting and framework which aims to modify the organisation of relationships which have contributed to the emergence of such symptoms within the class. The capacity to mobilise the teacher and the use of the videoscope determine how this new setting can be implemented. This is discussed in a case presentation. This method of intervention can be applied by practitioners within the school system as well as by those who work in child guidance services and who are confronted with problems of children failing in school.

Mots-clés: Système — Finalité — Vidéo — Comportements symptomatiques.

Key-words: System — Video — Finalities — Symptomatic behavior.

Introduction

En tant que système hiérarchisé et auto-organisé, la famille fait l'objet depuis bientôt trois décennies d'un nombre impressionnant de réflexions, de publications et de recherches notamment dans le milieu du mouvement de la thérapie systé-

* Psychologue, chemin des Hauts-Cornillons 5, CH-1292 Chambésy.

Une différence: les obésités de développement sont plus rétives au changement que les obésités réactionnelles.

Le temps vécu est différent pour l'un et l'autre: temps des troubles de l'humeur ou temps paroxystique, et justifie une approche différente surtout lors de la création du cadre thérapeutique.

Le temps dans les dynamiques familiales des patients obèses et les approches thérapeutiques qui en découlent pourraient faire l'objet d'un développement ultérieur... cet article ne nous offrant pas le cadre espace-temps nécessaire!

M. Siméon
U.C.L.

Centre Chapelle-aux-Champs
Clos Chapelle-aux-Champs
B-1200 Bruxelles

mique. Ceci a eu pour conséquence de faire connaître dans le cadre des sciences sociales et humaines des concepts qui jusque-là étaient restés l'apanage des sciences dites exactes et d'introduire ainsi une nouvelle manière de penser. Cependant, un risque existe de confondre modèle systémique avec thérapie familiale et de croire en parodiant E. Morin (11) que tous les systèmes fonctionnent comme des familles alors que précisément c'est la famille qui peut être modélisée comme un système.

La transposition opérée par les auteurs du Magicien sans Magie (12) à la classe d'école des observations faites sur les familles à transactions psychotiques est pour nous l'illustration de cette confusion. Selvini et ses collaborateurs pensaient en effet que les classes avec des individus symptomatiques étaient caractérisées par des interactions rigides à l'instar des familles avec un patient schizophrénique.

Si le parallélisme peut faire aujourd'hui sourire, il semble bien mettre en évidence comment on a pu penser à une certaine époque que les systèmes interpersonnels se comportaient tous comme des familles. Ce réductionnisme, nous l'avons déjà dénoncé dans « Le contexte scolaire et ses otages » (31) dans la mesure où nous soulignons que l'utilisation de l'approche systémique à la famille n'était pas restrictive mais pouvait s'appliquer à d'autres systèmes. Par contre, notre démarche paraît essentiellement de l'étude des interactions entre l'école et la famille en donnant encore une large place à la famille mais en négligeant par contre encore complètement la classe. Nous étions surtout convaincu que les problèmes scolaires trouvaient essentiellement leur origine dans les dysfonctions de la communication inter-système.

Pourtant à partir de 1985, nous avons commencé à nous intéresser de manière plus précise à ce qui se passait dans les classes. En effet, nous nous rendions compte que dans nos interventions préalables, tout en nous intéressant aux interactions entre école et famille, nous utilisions nos connaissances sur les familles, acquises dans notre pratique de thérapeute et que celles-ci nous influençaient beaucoup, mais ce qui se passait de l'autre côté (dans la classe) nous paraissait la plupart du temps mystérieux; il nous manquait cette vision binoculaire, si chère à Grégory Bateson (2). Or en portant notre intérêt sur la classe, nous avons découvert un champ d'investigation théorique et méthodologique qui nous semble particulièrement fécond. D'une part, il permet d'analyser la structure et l'organisation d'un système artificiel, d'autre part il oblige à imaginer des possibilités d'intervention qui soient originales et qui sortent des sentiers battus de la thérapie systémique. Ce sont ces deux dimensions que nous allons décrire ici, en nous intéressant particulièrement aux formes particulières que peuvent prendre les désordres hiérarchiques dans le cadre de systèmes artificiels et aux possibilités d'y remédier.

La classe: un système artificiel

L'étude de la classe et la compréhension des phénomènes interactionnels et comportementaux qui lui sont liés nécessitent de bien distinguer ce groupe de celui de la famille dont les analogies avec les systèmes naturels ont pu être largement démontrées. Cependant, une telle analogie n'est pas possible pour la classe qui

ne se situe pas dans la même catégorie systémique. En effet ce groupe peut être modélisé comme un système artificiel. Le concept de système artificiel a été développé notamment par Atlan (1), Simon (13), Melèse (10) et Morin (11). Pour ces auteurs, un tel système a pour caractéristique principale, contrairement au système naturel, d'être constitué par l'homme ou par la société pour réaliser certains buts. Il est ainsi marqué par une volonté extérieure au système qui lui injecte des objectifs externes. Si on reprend l'exemple de la classe, les objectifs les plus communs sont l'acquisition des connaissances, la transmission des valeurs culturelles, la sélection et l'orientation. Mais un tel groupe est aussi le résultat de la composition d'un certain nombre d'individus qui vont interagir entre eux. Ainsi l'importance des plans et des programmes va donc être pondérée par celui des finalités et des désirs propres aux individus et à l'ensemble du groupe. Un équilibre doit donc être trouvé. Lorsque les objectifs externes prennent trop d'importance, ils ne permettent plus à la classe d'utiliser son potentiel et ses ressources relationnelles, alors que si au contraire, les phénomènes d'auto-organisation s'amplifient exagérément, les objectifs externes ne peuvent plus être réalisés. Schématiquement, il est possible d'admettre que les systèmes artificiels «dysfonctionnent» lorsqu'ils fonctionnent comme des systèmes naturels. Ce phénomène est largement répandu dans les classes, mais aussi dans les institutions ou dans les entreprises. Le dilemme systémique que nous avons décrit dans le chapitre précédent est donc de trouver rapidement (car sa durée de vie est limitée et elle doit être opérationnelle dès le début) une cohésion interne, alors qu'au départ il s'agit d'un groupe d'une grande hétérogénéité (de par les origines, les histoires, les contextes d'apprentissage, les attentes à l'égard de l'école, les potentialités intellectuelles et affectives des ses divers membres). Pour faire face à cette difficulté, le système classe doit pouvoir compter sur la fonction de pilotage.

A) La fonction de pilotage

De par son organisation relationnelle la classe, si on se réfère à Wallizer (14), se présente comme une structure centrée et hiérarchisée à deux niveaux, correspondant à l'existence d'un sous-système principal (l'enseignant) autour duquel s'articulent des sous-systèmes satellites (les élèves). Dans une telle organisation, le sous-système hiérarchiquement supérieur (l'enseignant) est en mesure d'exercer la fonction de pilotage. Selon Lemoigne (9), cette fonction consiste précisément en une capacité de coordination, qui implique le développement des capacités relationnelles des éléments et leur capacité de traitement de l'information. D'un point de vue systémique, l'enseignement est assimilable à une fonction de pilotage qui représente quelque chose de plus complexe que l'exercice du pouvoir et de l'autorité ou de la transmission d'un savoir. Dans une classe, le pilotage a pour but de promouvoir l'unité interne du groupe, d'obtenir la coopération et la cohésion, d'organiser les efforts des individus dans la perspective de l'ensemble du groupe, d'aider le système à effectuer des réajustements et à résoudre les conflits internes.

B) Pilotage et co-pilotage

L'hypothèse que nous défendons est alors celle-ci : dans les classes où des enfants présentent des comportements « symptomatiques », cette fonction de pilotage n'est plus complètement assumée par l'enseignant. Pour démontrer empiriquement ce qui peut paraître comme une évidence théorique, nous allons partir du comportement de l'élève « désigné comme problématique ». Or, nous observons que celui-ci a des attentes personnelles qui s'éloignent de la norme du groupe. Il se met dans une position particulière. C'est par exemple le cas d'un élève qui attend systématiquement que l'enseignant lui procure une aide individuelle. Lorsqu'une consigne est donnée à l'ensemble de la classe, cet élève va attendre qu'une deuxième consigne lui soit adressée et il va ainsi apprendre finalement à ne réagir que lorsqu'une deuxième consigne lui est adressée. Un autre cas illustratif est celui où un élève veut montrer en permanence sa différence par rapport aux autres. Dans toute une série de circonstances, il cherchera à imposer ses propres règles aux autres membres du groupe.

Si on ne prend plus seulement, en compte le comportement de l'élève mais celui de l'enseignant, on observe que ce dernier tente de répondre aux sollicitations qui lui sont faites, ce qui a bien sûr pour effet d'accentuer les cercles vicieux. Les raisons d'une telle attitude chez l'enseignant sont à chercher dans les ponctuations qu'il donne à la situation. Il interprète en effet le comportement de l'enfant en fonction de certaines informations qu'il tire du contexte. Par exemple « cet élève a besoin d'aide supplémentaire car il souffre des problèmes de son entourage », ou encore « qu'il vient d'une famille marginale » etc. D'autre part, l'enseignant peut penser que s'il ne fait pas le maximum avec cet élève, il s'attirera des ennuis, non pas seulement des parents, mais (et même surtout) de la part du prochain collègue qui aura la charge de cet enfant. Remarquons aussi que l'enseignant se plaint verbalement de cet élève mais que, dans les faits, il montre une grande compréhension face à lui et cherche toute une série d'arguments pour l'excuser, ce qui va être interprété par les autres membres de la classe comme une complicité. C'est précisément cette forme de complaisance qu'il est difficile de faire admettre à l'enseignant qui va la considérer comme une accusation.

Or, justement, si on dépasse la dyade enseignant-élève désigné, il est possible de constater que les autres élèves trouvent des modalités d'adaptation, soit en devenant plus autonomes et en se démarquant de l'enseignant, soit en cherchant, eux aussi, à devenir des pôles d'attention. Il faut insister sur le fait que la cohésion de la classe ne se fait plus à partir de la coopération de l'ensemble du groupe autour des objectifs externes mais autour de comportements spécifiques. Pour cette raison, nous pensons que ces élèves désignés comme problématiques remplissent, d'un point de vue systémique, un rôle qui s'insère dans la fonction de pilotage de la classe et, à ce titre, deviennent en quelque sorte des *co-pilotes*. Ceci permet de souligner donc que le pilotage est une fonction et que si celle-ci n'est plus remplie (ou plus entièrement) par l'enseignant, parce que celui-ci se centre trop sur des individus, d'autres membres de la classe vont aussi prendre ce rôle. Dans ce cas, l'organisation de la classe n'est plus centrée mais multi-centrée.

Peut-on agir sur le système classe?

Sur la base de ces constats, nous avons, dans un premier temps, tenté de communiquer nos observations aux enseignants, mais ces derniers disqualifiaient la plupart du temps nos perceptions (« je ne suis pas plus complaisant avec lui qu'avec un autre, je le mets au même régime que tout le monde »). D'autre part, nous nous sommes rendu compte que les enseignants considéraient notre manière de procéder comme une forme de banalisation du problème. Après la visite de classe, nous nous entendions dire : « Bon qu'est-ce que l'on fait maintenant ? Quand allez-vous commencer la thérapie de l'enfant ? Il y a un problème, il faudra bien une fois s'en occuper ; ce n'est pas dans la classe, je n'ai pas de problèmes avec les autres. » Ces réactions nous ont amené à nous interroger sur trois problèmes bien distincts que pose une intervention systémique sur la classe.

1. Une action de restructuration de classe dont le but serait de permettre à l'enseignant d'assumer seul la fonction de pilotage, ne peut se faire que dans la mesure où nous parvenons, non seulement à mobiliser l'enseignant, mais encore à « l'hyperimpliquer » réellement dans l'intervention, pour le désimpliquer ensuite des cercles vicieux auxquels il participe avec l'élève.

Ceci nécessite, dans un premier temps, de lui communiquer qu'il y a un problème et de l'amener à ce qu'il accepte que nous en partagions la responsabilité. C'est incontestablement la pierre angulaire de l'intervention. Ceci étant compliqué par le fait que pour les enseignants accepter de s'impliquer dans une coopération avec le psychologue, c'est admettre implicitement qu'ils sont déjà « coupables ». *A fortiori*, les rendre responsable d'une mauvaise gestion de leur classe, c'est les remettre en question eux-mêmes dans leur identité ; un enseignant qui parle de sa classe, parle toujours de lui-même. La question est donc de savoir comment parvenir à surmonter cet obstacle, que beaucoup de praticiens, dans les services de psychologie scolaire et les centres médico-pédagogiques, pensent insurmontable.

2. Un des paradigmes de l'intervention systémique affirme que pour connaître un système, il faut tenter de le modifier. Il est clair qu'en visitant une classe, on produit certes une influence sur son fonctionnement (pendant l'observation) mais on perd le contrôle de ce processus, puisque l'on est soi-même dans le système. D'autre part, le champ d'observation est si complexe que l'intonication d'informations est inévitable. En plus, si l'observateur reste centré sur la relation du maître et de l'élève problématique, il se ferme des portes au lieu de s'en ouvrir car il accentue ce sentiment de culpabilité chez l'enseignant et perd de vue la globalité des phénomènes interactionnels.

3. Pour réaliser une intervention sur la classe, il est indispensable de trouver un moyen original, qui donne à la fois l'occasion de stimuler le système et d'en faire émerger clairement les mécanismes interactionnels afin qu'ils soient perceptibles non seulement par l'observateur mais ensuite par les membres de la classe eux-mêmes. C'est tout le problème de la récolte des informations qui se

trouve posé ici et de la redistribution de ces informations aux personnes à qui elles « appartiennent ». Mais nous avons souligné combien l'enseignant est sensible aux informations verbales et combien ce mode de transmission est peu fiable. Ces informations doivent ainsi avoir un caractère particulier. Elles doivent, en elles-mêmes, contenir les solutions aux problèmes que l'enseignant rencontre dans sa classe et doivent ainsi avoir un effet organisateur. Nous sommes alors arrivés à la conclusion que l'intervention systémique sur la classe doit reposer essentiellement sur le mode analogique, si on veut surmonter les résistances que toute explication verbale peut engendrer à l'instar de ce que Watzlawick (15) a démontré dans « le langage du changement ».

Sur la base de ces diverses remarques, il ressort que le psychologue ne peut à lui seul réaliser l'objectif d'agir sur la structure relationnelle de la classe. Son rôle doit se limiter à la construction d'un cadre d'intervention, à son organisation et à l'évaluation de son efficacité. Pour le reste, il doit trouver un allié extrêmement fiable dont la fonction sera double; récolter des informations et ensuite les redonner au système. C'est allié, c'est la caméra vidéo qui nous permet d'entreprendre la vidéoscopie de la classe, qui n'est pas seulement un film mais fait partie de tout un processus dont les images ont leur importance mais ne sont qu'un des éléments.

L'intervention systémique sur la classe

Pour réaliser ce processus, nous avons développé une méthodologie en cinq phases, qui seront décrites ici et que nous illustrerons dans la dernière partie de l'article, à partir d'une situation clinique.

A. La recherche d'une co-gestion du problème

Au moment de l'appel, conformément à ce qui a été dit plus haut, l'enseignante se trouve, selon notre hypothèse, dans une position périphérique par rapport à sa classe et dans une position où elle n'assume plus pleinement la fonction de pilotage. D'autre part, nous considérons que l'enfant signalé se trouve lui dans une position de co-pilotage. Dans un premier temps, nous écoutons donc l'enseignante et acceptons pleinement sa vision de la réalité: l'enfant a un problème. Nous rappellerons plus loin que cette manière de faire se différencie de celle préconisée par Selvini et ses coll. (12). Par contre, tout en acceptant la définition de la situation donnée par l'enseignant, nous cherchons progressivement à mettre en évidence que la manière dont le problème est posé ne permet pas d'envisager de solutions. Ainsi, par exemple, nous avons été confronté à une enseignante qui nous a signalé un enfant en nous disant qu'il avait un « blocage du cerveau ». Nous avons, après plusieurs discussions et après avoir vu l'enfant avec ses parents, pu dire que le type de problème qu'il posait n'avait pas la forme d'un « blocage du cerveau » mais d'un « blocage du caractère » et que, pour ce type de problème, nous avions éventuellement des propositions d'intervention. L'enseignante acceptant finalement notre

redéfinition a pu coopérer. Sa manière de présenter la situation était plutôt une métaphore du fait qu'elle ne voyait, elle-même, plus aucune issue au problème.

Si le fait d'accepter dans un premier temps la définition donnée par le plaignant et d'adopter son langage est une condition pour envisager ensuite un processus de coopération, il existe une autre condition, plus fondamentale encore, qui a trait à la manière dont on considère la gravité d'un problème. Pour saisir ce deuxième aspect, il faut savoir que dans l'*épistémé des enseignants*, les psychologues ou autres spécialistes de la santé mentale ont coutume de banaliser les problèmes qui leur sont présentés par les pédagogues, ce qui va être interprétés alors par ces derniers comme une accusation implicite de leur culpabilité face aux difficultés de l'élève. Il est vrai que face à certaines formulations des enseignants, les psychologues peuvent avoir tendance à vouloir pondérer les choses et d'emblée les redéfinir, ce qui est justement perçu par les interlocuteurs comme une forme de banalisation et va engendrer des escalades symétriques: plus le psychologue pondère, plus l'enseignant va vouloir insister sur la gravité du problème.

Sur la base de ces constats, nous avons pris l'habitude, dans nos premiers contacts avec l'enseignant, de lui communiquer que non seulement la description qu'il donne de la situation nous semble réaliste mais encore qu'il y a lieu de s'inquiéter car il est fort possible que ce soit encore plus grave que ce qu'il imagine. Cette attitude ouvre la porte à la coopération et permet au psychologue de devenir le *co-gestionnaire* du problème; car une fois que l'intervenant va accepter l'idée qu'un problème existe, il sera en même temps en droit de suggérer certaines solutions et d'en refuser d'autres qui lui paraissent inefficaces pour résoudre l'impasse dans laquelle se trouve « l'enfant ». D'autre part, l'intervenant communique clairement que le problème ne lui fait pas peur et qu'il peut l'affronter, ce qui représente aussi, par rapport aux préjugés de l'enseignant, une nouveauté. En procédant ainsi, le psychologue va surprendre l'enseignant qui porte plainte.

L'aspect manipulatoire de la démarche, qui peut choquer le lecteur, n'est qu'une application rigoureuse des techniques ericksoniennes dans un contexte, il est vrai, inhabituel. L'enseignant se présente au psychologue avec sa vision du problème et sa solution. Aller à l'encontre de celle-ci, c'est, pour reprendre l'expression d'Erickson, vouloir modifier le cours d'un fleuve en s'y opposant et se voir ainsi submerger par les flots. Par contre, en acceptant cette vision et en l'encourageant, on va avec la force du fleuve et on se garde la possibilité de pouvoir le détourner vers une autre direction.

Toute la première phase du processus d'intervention sur la classe est marquée par une volonté d'aller avec la *résistance de l'enseignant* et, pour y parvenir, il est indispensable de connaître le contexte culturel de la relation entre ces deux partenaires, tel qu'il a été véhiculé jusqu'ici au travers de leur histoire.

B. Récolte des informations et mobilisation du groupe

Dans la deuxième phase du processus, ce n'est plus seulement le sous-système hiérarchique qui va être mobilisé mais l'ensemble du groupe et c'est dans cette phase que rentre en jeu l'allié (la caméra vidéo), auquel il a été fait allusion plus haut.

D'un point de vue méthodologique, le fait de filmer la classe pose en soi peu de difficultés. Les élèves sont mis au courant qu'une personne viendra les filmer «au travail» et qu'ils auront la possibilité de voir ce film ultérieurement. Avec des élèves plus âgés, l'enseignante précise que cette initiative vient de la personne extérieure. En principe, elle ne met pas en relation le film avec des problèmes qui se posent dans la classe. Concernant la manière de filmer, il n'y a pas de règle en soi. Jusqu'ici, nous avons utilisé diverses techniques; caméra fixe avec grand angle, sans présence de l'intervenant dans la classe; caméra fixe avec grand angle, la possibilité de faire des plans fixes et des plans rapprochés; caméra mobile avec des plans d'ensemble de la classe et des portraits d'élèves. En général, nous utilisons ces différentes procédures pour le même film.

Les parents de l'élève signalé sont informés du film mais pas obligatoirement les autres. De toute manière, aucune information de nature confidentielle n'apparaît dans le film, qui reste le film de la classe. Dans plusieurs cas, l'enseignant a souhaité, dans un deuxième temps, présenter ces images lors d'une réunion de parents ce qui a été bien ressenti par les parents et qui a contribué à améliorer leur relation avec l'enseignant. Ils se rendent mieux compte des conditions dans lesquelles celui-ci travaille. Les parents ont fréquemment la représentation que la classe est constituée de deux personnes, leur enfant et l'enseignant, en oubliant les vingt autres... Jusqu'ici nous n'avons jamais vu des parents sortir d'une séance où ils avaient pu voir leur enfant en classe, sans avoir une certaine compassion pour l'enseignant. C'est une autre facette du film que nous n'allons pas approfondir, mais qui est d'une utilité certaine, dans le cadre souvent conflictuel des relations école-famille.

Ces considérations générales étant faites, il faut analyser la portée pragmatique de cet instrument qui, dans le cadre du processus mis en place, ne se limite pas à la récolte des informations, mais va également mobiliser la classe en favorisant l'apparition de mécanismes relationnels extrêmement intéressants. Face à la caméra, l'objectif de l'enseignant est de montrer comment l'élève «désigné» comme problématique se comporte. Pour y parvenir, il va lui-même exagérer les attitudes qu'il adopte généralement avec cet élève, ce qui amènera ce dernier et l'ensemble de ses camarades à répondre également de manière stéréotypée. On obtient ainsi une bonne caricature des interactions usuelles à cette classe, qui va s'avérer très utile par la suite. Le système réagit donc à l'observation comme une photo qui serait sur-exposée. Cet effet est rendu possible par la caméra mais aussi par tout le travail effectué dans la première phase de dramatisation. A partir du moment où le psychologue a encouragé la vision selon laquelle le comportement de l'enfant est problématique, l'enseignant n'a aucune crainte de le montrer. Au contraire, cela fait partie du contrat de coopération. Ce n'est donc pas le fait de filmer qui mobilise en soi la classe, mais le cadre dans lequel s'opère l'intervention. Si on se contente de filmer, sans auparavant avoir pu encourager la résistance de l'enseignant (c'est-à-dire sa vision du problème de l'enfant désigné), on va se retrouver devant une classe sans problème avec le commentaire suivant de l'enseignant: «C'est drôle aujourd'hui tout va bien.» En réalité, l'enseignant pense que l'on vient le filmer lui, et faire une expertise de son enseignement. Il est donc capital de favoriser dans un premier temps la désignation de l'enfant, ce qui représente un net virage par

rapport à ce que nous avions coutume d'affirmer et d'écrire avec d'autres il y a quelques années (3), (12).

Tout ce qui vient d'être dit constitue la mise en scène de l'intervention. Une fois celle-ci élaborée, le film servira à reconstruire le scénario interactionnel autour du comportement de l'enfant et de considérer comment tous les protagonistes y participent.

C. Les informations sont redonnées aux membres du système

Après avoir fait le film et l'avoir visionné, l'intervenant le confie à l'enseignant en faisant peu de commentaires.

La découverte de sa classe par l'intermédiaire des images, représentée pour ce dernier un choc émotionnel. Il n'est certes jamais facile de se voir en chair et en os et surtout de s'entendre, mais ce n'est pas là que réside l'impact le plus significatif. Par contre, ce qui le frappe c'est de percevoir comment la plus grande partie des interactions filmées lui échappent et, surtout, de se rendre compte qu'il n'est pas seulement un observateur mais un participant actif impliqué dans une multitude d'échanges. Il se rend compte également que beaucoup de représentations qu'il se faisait sont démenties par les images. Par exemple: «J'ai toujours cru que tel ou tel n'était jamais impliqué dans des conflits, or je me suis rendu compte qu'il y est toujours présent.» Cette découverte va l'amener ensuite à se comporter différemment. Après le visionnement par l'enseignant, une rencontre a généralement lieu entre psychologue et enseignant pour discuter du film.

Pour illustrer les types d'informations qui peuvent émerger grâce à la vidéoscopie, nous allons citer deux exemples.

Le premier est celui d'une enseignante de classe maternelle, qui a signalé une fillette qu'elle décrivait comme extrêmement fragile et dépendante de l'adulte, en précisant que cette élève n'avait aucun contact avec les autres camarades. Le film de la classe a mis en exergue que l'enfant avait des relations très chaleureuses avec ses comparses, mais qui se manifestaient dans un endroit de la classe isolé, derrière de petits paravents. L'enseignante ne pouvait donc voir ce qui s'y passait. Par contre, dès que la fillette se retrouvait avec l'adulte, elle reprenait une attitude de dépendance et recherchait la protection. En voyant le film, l'enseignante fut frappée de constater ces deux aspects chez la même personne et commença à s'interroger sur ce qui dans ses propres comportements pouvait induire ce type réaction.

Le deuxième exemple est celui d'une classe d'une douzaine d'élèves, ayant tous eu une scolarité particulièrement difficile. L'enseignant se plaignait d'être énormément sollicité par ses élèves et de leur manque d'autonomie. Il avait également le sentiment qu'à chaque début de semaine, il devait éloigner les tables de ses élèves de celle de son bureau mais que le vendredi soir un mouvement de l'ensemble de la classe s'était opéré à nouveau dans la direction du bureau de l'enseignant. Il interprétait ce mouvement comme un besoin des élèves d'être très proches de lui.

En voyant le film, ce dernier fut surpris de constater que sur l'ensemble de l'espace disponible dans sa classe, plus d'un tiers était occupé par le matériel de tout genre (coin bibliothèque, imprimerie, coin ordinateur etc.). L'impression se

dégageait très clairement que les élèves étaient de leur côté opprimés par cette disposition de la classe. L'enseignant réagit en se séparant de tout ce matériel et en redistribuant complètement l'espace à sa disposition. Huit mois après l'intervention, il écrivit à l'intervenant pour le remercier de lui avoir fait prendre conscience que les élèves sont plus importants que le matériel et qu'une plus grande place doit leur être donnée.

L'utilisation du film met en évidence des phénomènes tout à fait originaux dans l'auto-organisation de la classe et permet d'amener des informations qui, en elles-mêmes, recadrent le problème.

Le film est ensuite visionné devant toute la classe. L'enseignant, généralement, ne fait pas beaucoup de commentaires, mais il se contente d'analyser les différentes réactions non verbales que ce film suscite chez ses élèves. La présence de l'intervenant n'est pas souhaitable lors de cette phase: c'est une étape très importante pour la classe et c'est à l'enseignant seul d'en assumer la conduite. Une possibilité lui est ainsi donnée de reprendre une position centrale et de remettre ainsi tous les élèves au même niveau.

D. Le système procède à des modifications

Cette phase est celle où se concrétise le changement. Dans la quinzaine d'interventions conduites jusqu'ici, nous avons pu répertorier les modifications suivantes:

1. Modification de la perception de l'enseignant: d'une explication linéaire où il se perçoit la plupart du temps extérieur aux interactions et à la situation, l'enseignant, après le film, se considère comme partie intégrante de sa classe. C'est ainsi un processus de responsabilisation qui prend forme et qui est capital, si on se réfère à la notion de pilotage définie plus haut.
2. Cette modification de point de vue s'accompagne de changement dans les comportements de l'enseignant: il se distancie des élèves co-pilotes et les remet dans leur rôle; il refixe des règles qu'il applique à l'ensemble de la classe. Il est intéressant de noter que ces changements sont accompagnés toujours de remises en question des méthodes pédagogiques utilisées jusque-là. L'intervenant n'est pas pour autant un pédagogue ou un super psycho-pédagogue. Le problème soulevé ici est le même que celui de parents qui, après avoir été en thérapie de famille, remettraient en question la manière dont ils ont, jusque-là, géré leur budget. Personne n'oserait accuser le thérapeute de faire de l'économie. De la même façon, l'intervention systémique sur la classe n'est pas en soi finalisée par une préoccupation pédagogique, mais l'interdépendance des phénomènes étant ce qu'elle est, il est indéniable que ce domaine va être aussi «touché». C'est peut-être la meilleure preuve que l'intervention a réellement été circulaire.
3. Les changements de perceptions et de comportements de l'enseignant vont avoir des effets sur le ou les élèves signalés comme «perturbés». En effet, ces élèves sont pris dans des circuits répétitifs.

4. L'enseignant en se centrant désormais sur l'ensemble de la classe sort en quelque sorte du circuit, obligeant ces enfants à trouver d'autres modes d'adaptation; ils ont désormais un espace qui leur permet d'investir plus leurs pairs, alors que jusqu'ici ils se trouvaient isolés dans le camp de l'enseignant. En ré-investissant le groupe, l'enseignant favorise l'émancipation de certains de ses élèves.

Il est toujours difficile d'expliquer pourquoi les systèmes changent et le type d'intervention présenté ici n'échappe pas à cette règle. Deux éléments en tout cas nous paraissent pourtant significatifs. D'une part, la dramatisation qui est faite lors de la première phase aboutit à une alliance très forte entre l'enseignant et l'intervenant. Cette alliance permet ensuite d'obtenir un effet de caricature et qui se passe dans la classe et qui fait bien ressortir les défauts de l'objet ainsi défini ou filmé. Il est d'autant plus facile ensuite pour les membres du système de procéder à des corrections. D'où l'importance de pouvoir induire un tel effet d'exa-

E. Processus d'évaluation

Au moment où l'intervenant revient dans le jeu, il occupe par rapport au système une position complètement différente que celle qu'il avait dans la phase A. Il n'est plus un élément étranger au système mais a acquis au contraire une légitimité. Sans être physiquement présent tout au long du processus, il est devenu significatif.

L'enseignant verbalise alors la difficulté qu'a constitué cette démarche pour lui («c'est dur de se voir, j'étais découragé de voir comme je me laissais manipuler»), les réactions que le film a suscitées («j'ai eu envie de vraiment réagir, de m'imposer plus») et les modifications qui sont survenues.

A ce stade, l'intervenant propose de filmer à nouveau la classe dans le but de faire des comparaisons avec le film précédent et de pouvoir affiner les observations sur le groupe. L'intérêt de ce deuxième film est, surtout, qu'il nous donne une information sur l'image que l'enseignant veut donner de sa gestion de la classe. En effet, il faut toujours bien avoir à l'esprit, que ce que l'on voit, c'est ce que l'on veut bien nous montrer. Si ce principe n'est pas pris en compte, le risque est grand de retomber dans une optique où l'observateur n'est pas considéré comme partie prenante de l'observation. Or, tout le fondement de l'intervention systémique sur la classe repose sur ce principe. La question qui reste pourtant posée est celle de savoir quels sont les critères de réussite ou d'échec de ce type d'intervention? La réponse partielle qui peut être donnée est la suivante: la réussite du processus est fonction de deux éléments: 1. la mobilisation du système; 2. la façon dont celui-ci profite de l'opportunité qui lui est donnée de procéder à des corrections. L'intervenant a une grande responsabilité pour ce qui concerne le premier point, alors que l'enseignant et ses élèves sont principalement concernés pour ce qui a trait au deuxième. Après que le film ait été visionné par toutes les parties, une dernière remarque ne sont pas signalés, il est décidé de mettre fin au processus de collaboration.

Analyse d'une situation paradigmatique

La situation concrète présentée ci-dessous nous paraît paradigmatique, à la fois de certaines modalités relationnelles toujours présentes lorsqu'un problème apparaît dans une classe, ainsi que des modalités d'intervention utilisées à partir de la plainte d'un enseignant¹.

Une enseignante de classe maternelle signale un enfant dont elle a la charge. Elle est très inquiète de ses comportements agressifs et de ses agissements qui perturbent la classe. Elle souhaite qu'une psychothérapie de l'enfant soit entreprise le plus vite possible; «cet enfant est très mal dans sa peau.»

La mère n'y est pas opposée mais le père ne veut pas entendre parler de prise en charge que ce soit individuelle ou familiale. L'enseignante explique les comportements de Nicolas par le fait que sa famille a connu une période difficile due à un accident grave survenu au père: «c'est sa manière à lui d'exprimer sa douleur», affirme-t-elle.

En réalité, nous connaissons déjà la situation de cet enfant, qui nous avait été signalé (1 an avant l'appel de l'enseignant) par le pédiatre.

Celui-ci était inquiet par son hyperactivité. A l'époque, nous avions conduit quelques séances de famille dont l'objectif fut d'encourager les parents à mettre des règles plus claires à leur fils et à trouver un accord sur les attitudes éducatives à adopter avec lui, pour endiguer ses comportements. Le fait que l'enseignante nous appelle a été interprété non pas comme l'expression d'un échec de ce travail ou d'une forme de «rechute» du système familial, mais plutôt comme le signe d'une difficulté propre au groupe classe et à sa constitution (c'est le début de l'année scolaire). C'est là qu'il faut être attentif à ne pas retomber dans le réductionnisme familial. Pour ce faire, il faut donc concrètement imaginer des instruments méthodologiques et théoriques alternatifs.

Après avoir écouté l'enseignante, nous lui montrons que, malheureusement, il n'y a pas grand chose à faire puisque les parents sont opposés à une prise en charge. Parallèlement, nous insistons beaucoup sur la gravité du problème en dramatisant la situation; «C'est peut-être encore plus grave que vous ne le pensez, il faudrait vraiment faire quelque chose pour cet enfant s'il continue à être si agressif avec les autres; pourtant c'est désolant de penser que l'on est bloqué.» Ces mots ont pour effet de décourager l'enseignante, dont le ton devient lourd. A ce moment là, nous laissons entrevoir l'espoir d'une dernière solution; «Mais ce n'est pas sûr que dans ce cas, cela puisse marcher, ça ne marche pas dans tous les cas... et puis, ça implique beaucoup de désagrément pour l'enseignante.» L'interlocutrice reprend alors courage et nous demande des précisions. A nouveau, nous nous montrons sceptique, «Je ne sais pas finalement si ça vaut la peine d'essayer mais la chose que je peux vous proposer, c'est de venir en classe et d'observer votre élève». Grand soulagement de la part de l'enseignante mais d'emblée nous rétorquons: «Le problème

¹ Cette intervention s'est déroulée dans le cadre de la consultation César-Roux du Service Universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent à Lausanne, Unité dont l'auteur était collaborateur jusqu'en mars 1989.

c'est que l'observation dans la classe pose des problèmes techniques, nous avons besoin notamment de filmer, sans quoi, ça ne sert à rien et filmer une classe cause des désagréments pour les enseignants et pour les élèves alors je ne sais ce que vous en pensez, mais c'est éventuellement la seule chose que je peux faire.» L'enseignante rétorque qu'elle est tout à fait prête à envisager cette solution et se dit soulagée par l'idée que quelque chose puisse être tentée. Une date est fixée.

L'enseignante accepte donc avec soulagement la proposition qui est faite. En prenant la suggestion de la psychothérapie à la lettre, l'intervenant montre qu'en réalité, elle est inapplicable, puisqu'il n'y a pas accord des parents. Ce n'est donc pas lui qui refuse, mais le contexte qui ne s'y prête pas.

Le psychologue filme la classe

La classe a été filmée pendant une heure et demie. Voici un «extrait» des principales séquences.

La récréation est terminée. L'enseignante commence par donner une leçon collective. Tous les élèves sont rassemblés autour d'elle, sauf Nicolas et une de ses camarades qui resteront pendant tout ce temps au fond de la classe (dans le coin bibliothèque), couchés sur des coussins, à bavarder et à lire un petit livre. A aucun moment, l'enseignante ne les invitera à se joindre au reste de la classe.

La leçon collective se termine, les élèves sont invités à reprendre des activités individuelles. Deux garçons se dirigent alors vers le coin bibliothèque. Nicolas fait un geste de rejet. L'un des garçons s'approche de lui et l'agresse physiquement. Nicolas se lève et pousse l'intrus qui, à son tour, répond à nouveau par des coups. Nicolas réagit en criant et empoignant les cheveux de son rival. C'est à ce moment-là que l'enseignante intervient (à peu près une minute après le début de l'incident): elle demande aux deux garçons de quitter ce coin et de jouer ailleurs puisque Nicolas y était avant eux. Ce dernier poursuit son activité en compagnie de sa camarade.

Vingt minutes sont passées. Les élèves sont à nouveau à leur place. L'enseignante demande à une élève d'appeler un à un ses camarades pour qu'ils viennent s'asseoir au milieu de la classe. Celle-ci appelle Nicolas qui, étant occupé, fait signe qu'il veut d'abord terminer son activité. Elle continue alors à appeler les autres élèves. Lorsque Nicolas s'aperçoit qu'il est dans les derniers qui n'ont pas été appelés, il interpelle sa camarade qui, spontanément, l'appelle. Tous les élèves sont assis. Soudain Nicolas se rend compte qu'un camarade a pris un jeu qui était auparavant sur son pupitre. Il se lève, l'arrache de ses mains. Devant la résistance de l'élève, l'enseignante intervient une nouvelle fois en faveur de Nicolas qui récupère le jeu convoité.

Cette description n'illustre bien sûr qu'en partie la dynamique et le fonctionnement de la classe que le film permet de mettre en évidence. Néanmoins, il est possible, à partir des différentes scènes, de faire quelques observations.

L'organisation de la classe est multi-centrée et multi-hiérarchisée. Le pouvoir de l'enseignante est relativement limité; elle n'a plus d'emprise que sur une partie de la classe et son rôle de pilotage se limite en fait à un arbitrage des conflits entre différentes factions. Concernant plus spécialement les comportements agressifs de

Nicolas, le film montre bien que c'est chaque fois une réponse à des agressions des autres élèves. La question est donc de savoir pourquoi il suscite une agressivité de la part de ces élèves. La première scène donne une réponse à cette question. Pendant la leçon collective, Nicolas n'est pas soumis aux mêmes règles que ses collègues. Il est donc dans une position privilégiée que certains élèves vont lui contester dès qu'ils en auront la possibilité. Dès que la leçon se termine, ils revendiquent également ce territoire qui leur appartient. La crise qui survient à ce moment là n'aurait pas de raison d'être si Nicolas était soumis aux mêmes contraintes que les autres. Cependant, l'enseignante craint beaucoup les accès de colère de Nicolas et fait donc tout pour les éviter, ce qui a pour conséquence d'introduire vis-à-vis de Nicolas un régime de faveur qui suscite l'agression des autres élèves et les accès de colère de Nicolas. Ce cercle vicieux s'amplifie et rend l'atmosphère de la classe insupportable. La classe n'a plus de cohésion. Cette séquence donne l'occasion de voir que l'agressivité est avant tout un comportement interactionnel plus qu'une tendance caractérielle.

L'enseignante et ses élèves visionnent le film

Après avoir pris connaissance du film (d'abord sans ses élèves), l'enseignante a rapporté qu'elle avait été très frappée de voir à quel point elle laissait Nicolas se mettre dans une position de co-enseignant. D'autre part, elle a constaté qu'il bénéficieraient en effet d'un régime spécial. Ce qu'elle expliquait par le fait qu'elle avait tellement peur qu'il y ait des drames dans la classe qu'elle n'osait pas trop intervenir, ce qui avait précisément pour effet d'augmenter les conflits. Elle fit remarquer aussi que les méthodes pédagogiques qu'elle avait utilisées lors de la leçon collective n'avaient pas assez d'impact sur la classe.

A propos de la réaction de ses élèves, l'enseignante mentionna que, dès le début de la projection, plusieurs élèves avaient demandé pourquoi Nicolas se trouvait au fond de la classe au moment de la leçon collective. Nicolas de son côté se montra gêné.

La classe se modifie elle-même

C'est en premier lieu l'enseignant qui procède à des corrections dès qu'il a vu le film pour la première fois, et ceci en fixant les mêmes règles pour l'ensemble des élèves, et en redevenant le seul pilote « à bord ». Il y a donc une modification structurelle de la classe qui passe d'une structure multi-centrée à une structure centrée et hiérarchisée. Les élèves réagissent bien à ce recentrage autour de l'enseignant et trouvent de nouvelles modalités de comportements qui émergent du système lui-même et qu'il serait impossible d'imposer de l'extérieur. Les cercles vicieux et les jeux sans fin sont coupés. Dans notre exemple, le fait que Nicolas soit soumis aux mêmes règles que les autres va éviter qu'il soit l'objet d'agressivité et va l'obliger à trouver des astuces pour garder une position de « leader » sans toutefois remettre en question la position hiérarchique de l'enseignant.

Le psychologue filme à nouveau la classe

Six semaines après le premier film, l'enseignante recontacte donc l'intervenant. Elle lui fait part de sa surprise face à la disparition des problèmes signalés au départ et à l'absence de crises lors du dernier mois, alors qu'auparavant elles étaient quotidiennes. Elle a averti les parents de cette évolution favorable. Ces derniers ont souhaité voir le film, ce que l'enseignante a accepté. Elle donne son accord pour qu'un nouveau film soit fait.

Ce deuxième film a lieu dans des conditions similaires au premier; un matin, le même jour de la semaine, à un moment où toute la classe est réunie. Il dure également une heure et demie, avec une leçon collective et des activités libres.

L'enseignante demande à ses élèves de prendre place au centre de la classe. Elle y installe un tableau et commence sa leçon. Nicolas se montre très actif pendant la leçon, mais n'intervient pas plus fréquemment que les autres. Il se situe par rapport aux camarades de son âge, dans ceux qui répondent le mieux.

La leçon collective est terminée, les élèves sont invités à reprendre une activité indépendante. Nicolas se retrouve avec trois élèves, dont celui qui avait eu quelques problèmes dans le scénario précédent. Ils décident de jouer ensemble au «papa et à la maman.» L'enseignante intervient et leur signifie qu'elle n'est pas d'accord avec ce projet. Quelques minutes plus tard les trois élèves, accompagnés d'un quatrième, sont en train de simuler une scène de la vie familiale...

L'enseignante passe un disque. Dès les premiers sons, la classe se met en mouvement et les élèves se mettent à ranger leurs affaires. Nicolas et ses camarades réagissent rapidement, interrompent le jeu et retournent à leur place. Chaque élève est invité à rester en silence et immobile jusqu'à ce qu'il reçoive l'autorisation de quitter la salle.

Ce deuxième film amène les commentaires suivants.

Pendant l'heure et demie, il n'y a pas eu de crises particulières ni d'agression. La leçon collective a duré plus longtemps que lors du premier scénario et semble avoir été organisée de manière plus stimulante. Le groupe était plus concentré. L'impression laissée à l'observateur était celle d'un ensemble homogène. Il apparaissait en tout cas que l'enseignant ait cherché à encadrer plus ses élèves. A propos des activités indépendantes, il est intéressant d'analyser ce qui s'est passé entre l'enseignant et le groupe d'élèves qui souhaitait jouer «au papa et à la maman»; selon l'enseignante, ce jeu est devenu usuel après que les élèves aient vu le film. Seulement les élèves de deuxième année (il y a deux niveaux dans cette classe) y participent. Dans ce jeu, Nicolas occupe la place du père. L'apparition de ce jeu peut être interprétée comme le fait qu'un sous-groupe ait besoin de plus de cohésion et que Nicolas peut, dans ce sous-groupe, occuper la position de leader, mais c'est un jeu et il n'a pas d'incidences sur le reste de la classe qui a retrouvé également une cohésion d'ensemble. Tout en admettant que les élèves lui ont désobéi, l'enseignante ajoute qu'elle n'est pas vraiment opposée à ce qu'ils jouent ainsi. La dernière scène met encore en évidence le respect, par tous, des consignes de l'enseignante.

Sur la base de ce film et de la comparaison avec le précédent, il est possible d'affirmer que pendant cette heure et demie, la classe s'est présentée sous la forme d'une structure centrée et hiérarchisée, mais également avec des processus d'auto-

organisation, adaptés à cette structure et qui ne remettaient pas en question la poursuite des objectifs externes. Ainsi Nicolas, qui est un élève doué, dans le premier film ne pouvait pas montrer ses compétences, ce qu'il a pu faire dans le deuxième. L'enseignante de son côté était devenue l'unique pilote de la classe.

Epilogue

Une année après la réalisation de ce film, nous reprenons contact avec l'enseignante. Elle se souvient comme de hier de cette intervention et exprime le regret qu'un troisième film n'ait pas eu lieu à la fin de l'année: «Le changement était tout à fait impressionnant», affirme-t-elle. Elle nous signale également que ce qui l'a beaucoup frappé, c'est notre commentaire où nous faisons remarquer que Nicolas se comportait comme s'il était l'associé du maître. «Cette phrase m'a complètement ouvert les yeux, à partir de ce moment, je n'ai plus rien laissé passer». Le seul regret qu'elle formule est que nous ne soyons pas retourné dans sa classe à la fin de l'année scolaire car, dit-elle, «c'était encore plus évident que lorsque vous avez fait le deuxième film».

Nous profitons de ce téléphone pour demander des nouvelles de l'élève; il a commencé son école primaire et il ne présente aucun problème pour sa nouvelle enseignante.

Nous avons eu également des confirmations de cette évolution par le pédiatre qui voit occasionnellement Nicolas pour des contrôles pédiatriques.

Conclusion

Le problème de la hiérarchie dans un système artificiel peut être conçu en termes de fonction de pilotage. Il y a, selon nous, trouble hiérarchique dans une classe lorsque cette fonction n'est plus seulement assumée par l'enseignant mais aussi par certains de ses élèves. Il se trouve d'ailleurs que ce sont souvent ces élèves qui vont être signalés à des instances extérieures (à la classe) et dont l'enseignant va se plaindre. Tisser la toile entre cette plainte et l'organisation relationnelle qui lui est sous-jacente sera précisément la tâche qui incombera prioritairement à l'intervenant. La situation qui vient d'être présentée nous semble paradigmatique de ce qui se passe dans un système artificiel lorsqu'il y a trouble hiérarchique. Elle met en évidence les phénomènes de complaisance et la possibilité de les modifier. Mais l'objectif premier de l'intervention ne réside pas dans cette modification mais dans la création d'un processus de coopération entre un tiers et l'enseignant. La manière dont ce processus se déroule et le rôle qu'y joue l'intervenant peuvent paraître extrêmement manipulatoires aux yeux du lecteur. En fait elles ne le sont pas pour l'enseignant. Pour lui, au contraire, le psychologue s'intéresse à «sa réalité» et c'est ce qu'il souhaite. Il sera d'ailleurs d'autant plus surpris par cette attitude s'il est habité par le préjugé si fréquent que «les psychologues sont des gens abstraits et théoriques».

A partir du moment où s'instaure la coopération, il devient clair que l'enseignant reprend une position de responsabilité, dans un premier temps, à l'égard du problème, et ensuite par rapport à l'ensemble de sa classe. L'habitude qui s'est installée chez bon nombre de praticiens de s'intéresser *a priori* à la famille, lorsque l'enseignant signale une difficulté à l'école, va ainsi dans le sens, d'une part de renforcer dans la classe le trouble de pilotage, d'autre part d'en faire porter à la famille la responsabilité. La situation est bien sûr différente si la famille elle-même se plaint de difficultés en son sein. Lorsqu'elle peut avoir lieu, «l'intervention systémique-conjointe» (sur la classe et la famille) donne alors au thérapeute systématique l'occasion de se confronter à deux systèmes de nature différente dont les modalités d'approche impliquent des stratégies adaptées avec une dose non négociable de créativité, puisqu'il faut trouver des langages accessibles à des univers qui ne parlent pas la même langue.

G. Évéquoz
Psychologue
Chemin des Hauts-Cornillons 5
CH-1292 Chambésy

BIBLIOGRAPHIE

1. Allan H. (1979): *Entre le cristal et la fumée*, Paris, Seuil.
2. Bateson G. (1984): *La nature et la pensée*, Paris, Seuil.
3. Évéquoz G. (1984): *Le contexte scolaire et ses stages*, Paris, ESF.
4. Évéquoz G. (1986): «Comment le psychologue en milieu scolaire devient-il communicologue?», *Orientations et formation professionnelle*, n° 6, pp. 330-338.
5. Évéquoz G. (1987): «Analyse systémique des interactions école-famille: Proposition d'un cadre théorique», *Bulletin de Psychologie*, n° 384, pp. 355-363.
6. Évéquoz G. (1987): «L'approche systémique des troubles de l'apprentissage», *Psychologie scolaire*, n° 59, pp. 37-53.
7. Évéquoz G. (1988): «Le supra-système éducatif: instauration d'un processus de coopération entre l'école et la famille», *Le groupe familial*, n° 121, pp. 46-55.
8. Évéquoz G. (1989): «Dimension systémique de l'échec scolaire et méthodologie d'intervention», *Les sciences de l'éducation*, n° 1, pp. 71-85.
9. Le Moigne J.L. (1977): *La théorie du système général*, Paris, P.U.F.
10. Mèlése J. (1972): *L'analyse modulaire des systèmes*, Paris, Ed. Hommes et Techniques.
11. Morin E. (1977): *La méthode. I. La nature de la nature*, Paris, Seuil, Points.
12. Selvini M. et Cirillo S. (1980): *Le magicien sans magie*, Paris, E.S.F. — D'Ettore L., Garbellini M., Lerma M., Lucchini M., Martino C., Mazzoni G., Mazzucchelli F., Nichele M.
13. Simon H. (1974): *La science des systèmes*, Paris, E.P.I.
14. Wallizer B. (1977): *Systèmes et modèles*, Paris, Seuil.
15. Watzlawick P. (1981): *Le langage du changement*, Paris, Seuil.

UN CAS D'ÉNURÉSIE: DE L'ÉQUILIBRAGE DES INTERACTIONS À LA DIFFÉRENCIATION INTERGÉNÉRATIONNELLE¹

P. GONSALVES* et Catherine MANNELLA**

Résumé: *Un cas d'énurésie: de l'équilibrage des interactions à la différenciation intergénérationnelle.*
— Parmi les facteurs impliqués dans le processus d'autonomisation chez l'enfant, des attitudes éducatives structurantes, sous-tendues par un cadre hiérarchique clairement défini, jouent un rôle prépondérant. Les auteurs démontrent, à l'aide d'un cas d'énurésie, comment une différenciation intergénérationnelle insuffisante, impliquant des troubles hiérarchiques au sein de la famille nucléaire, peut créer les conditions nécessaires pour l'émergence de symptômes régressifs chroniques chez l'enfant. La description d'un traitement en 4 séances illustre comment la correction de ces facteurs peut, par des interventions structurales et stratégiques, aboutir à la disparition durable des symptômes et des dysfonctionnements relationnels.

Summary: *Family treatment of enuresis: reinforcing hierarchy to achieve intergenerational differentiation.* — A structured educational framework and a clear hierarchy play a significant role in the movement towards autonomy during child development. The case of an enuretic girl is described in detail to demonstrate how a disturbed family hierarchy related to an incomplete differentiation from families of origin can maintain regressive symptomatology active. The four-session treatment illustrates how the use of structural and strategic interventions can lastingly amend both the regressive symptoms and the dysfunctional interactional patterns in the family.

Mots-clés: Enurésie — Troubles hiérarchiques — Différenciation intergénérationnelle — Autonomisation — Thérapie brève.

Key words: Enuresis — Hierarchy disorder — Inter-generational differentiation — Autonomy process — Brief therapy.

* Médecin adjoint aux Institutions Universitaires de Psychiatrie de Genève (Clinique de Psychiatrie II, Secteur Jonction).

** Assistante sociale à la Société Vaudoise de Patronage, Lausanne.
Cet article a été réalisé pendant l'année académique 1988-1989, dans le cadre de la consultation César Roux du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à Lausanne (Dr Odette Masson) dont les auteurs étaient collaborateurs.

Lorsque nous suivons l'évolution d'une famille au long de son cycle vital (3), nous constatons qu'après la naissance des enfants, ce sont les étapes de leur différenciation progressive par rapport aux parents (acquisition de la marche, départ à l'école, adolescence, début d'une carrière professionnelle, départ de la maison) qui marquent les changements auxquels l'ensemble de la famille nucléaire doit s'adapter.

Brazelton (2) utilise pour décrire les étapes de «l'attachement», la métaphore d'une «enveloppe relationnelle» — constituée par l'encadrement, l'écoute, les réactions et la guidance parentales — qui permettrait au nouveau-né, à sa sortie de l'utérus, de poursuivre son développement. Si cette «enveloppe» est indispensable pour que le nouveau-né puisse survivre, donner un sens à ses expériences et structurer ses multiples apprentissages, sa liquidation progressive est la condition «sine qua non» pour l'accès de l'enfant (puis de l'adolescent qu'il deviendra) à des degrés de plus en plus élevés d'autonomie. Ce développement de l'enfant va modifier peu à peu sa position dans la famille.

Une telle évolution peut néanmoins se heurter à de multiples écueils. En effet, le changement que l'autonomisation progressive de l'enfant implique dans la famille ne va pas de soi mais suscite chaque fois de nouveaux problèmes et dilemmes auxquels les parents doivent faire face. Lorsque la famille est dans l'imminence d'une transition vers un stade ultérieur du cycle vital qui impliquerait des changements difficiles à métaboliser ou perçus comme dangereux, des mécanismes homéostatiques (5) pourraient entrer en jeu, afin de maintenir la stabilité du système. Les mécanismes les plus souvent décrits (11) comme jouant ce rôle, sont des comportements symptomatiques divers de l'enfant et de l'adolescent — allant du refus de la famille vers une phase ultérieure du cycle vital, tout en marquant presque inévitablement un coup d'arrêt dans le processus d'autonomisation de l'enfant.

Dans une telle optique, le pédopsychiatre doit s'efforcer d'identifier les contextes relationnels qui empêchent l'enfant de diminuer progressivement sa dépendance vis-à-vis de son entourage familial. On pourrait y trouver l'explication et donc le moyen de traitement de nombreux comportements régressifs et symptomatiques chez l'enfant et l'adolescent.

Plusieurs auteurs ont décrit les configurations relationnelles nécessaires au développement harmonieux des enfants, ainsi que ceux qui *a contrario*, interfèrent dans leur processus d'autonomisation.

Ainsi, Minuchin (7), a mis en évidence, dans le contexte de son travail clinique avec des familles cahotiques de jeunes au comportement marginal, l'importance d'un cadre structural bien défini pour que l'enfant puisse faire l'apprentissage social qui lui permettra, plus tard, de trouver sa place à l'extérieur de la famille et pouvoir ainsi la quitter. Pour qu'un tel apprentissage se fasse, ce cadre (défini par les règles de fonctionnement familial qui se dégagent d'interactions répétitives entre les différents membres) devrait, d'après cet auteur, se caractériser par un rôle hiérarchique clairement assumé par les parents et des frontières bien délimitées entre les tâches, les territoires et responsabilités des parents et celles des enfants.

Plus tard, ce même auteur (8), a démontré comment certaines configurations familiales, notamment l'absence de frontières générationnelles claires, pouvait jouer un rôle dans des manifestations régressives de type psychosomatique chez l'enfant (diabète labile, asthme intractable et anorexie mentale). L'utilisation des plaintes somatiques infantiles par les parents comme moyen d'évitement de leurs conflits et de détournement des tensions relationnelles dans la famille, encourageait indirectement la fixation de l'enfant à ces comportements symptomatiques.

Haley (4) et Madanes (6) décrivent un phénomène analogue à une phase ultérieure du développement de l'enfant et du cycle vital de la famille, à propos des comportements pathologiques (toxicomanie, décompensation psychotique, comportements apathiques, antisociaux ou violents) qui empêchent l'autonomisation de l'adolescent et du jeune adulte, à l'âge où il devrait quitter sa famille et gérer sa propre vie. Ils préconisent, dans ces situations (où la crainte de déclencher des symptômes chez l'adolescent paralyse complètement les parents) le rétablissement d'une hiérarchie cohérente et fonctionnelle par le biais d'exigences décidées ensemble par le couple parental comme stratégie thérapeutique dominante. Ce changement accélérerait, avec la différenciation intergénérationnelle qui en découle, le processus d'autonomisation du jeune adulte.

Les concepts structuraux que nous venons de décrire et les interventions qui en découlent, en particulier le rétablissement de frontières intergénérationnelles claires et d'une compétence hiérarchique parentale, nous ont toujours été de la plus grande utilité dans le traitement de nombreuses situations de comportements symptomatiques régressifs rencontrés dans notre pratique pédopsychiatrique. Cependant, dans un certain nombre de situations, les troubles hiérarchiques et autres dysfonctionnements responsables du retard de l'autonomisation des enfants étaient, à leur tour, liés à une autonomisation incomplète des parents vis-à-vis de leurs parents. Dans ces cas, des améliorations symptomatiques de l'enfant (ou une consolidation durable des progrès obtenus) étaient impossibles tant qu'un travail de différenciation des parents vis-à-vis de leur famille d'origine — dans le sens Bowenien du terme (1) — n'était pas entrepris par les thérapeutes.

L'exemple clinique d'un cas d'énurésie qui va suivre illustre l'utilité d'associer, dans le traitement, des interventions structurantes du type de celles décrites plus haut avec des stratégies plus complexes, destinées à aider l'un des parents à prendre émotionnellement de la distance de sa famille d'origine et de dépasser ainsi son dilemme d'appartenance, principal obstacle à l'exercice d'une autorité parentale claire.

Première séance

Sophie, âgée de 5 ans 1/2, est amenée à la consultation par ses parents, M. et Mme B., qui se plaignent de son comportement régressif. Sa mère, en particulier, est épuisée par la totale dépendance de sa fille à son égard et par ses multiples sollicitations qui ne lui laissent aucun répit. Elle en est d'autant plus perplexe que Sophie se montre beaucoup plus autonome en son absence. Ils signalent aussi une énurésie primaire de l'enfant qui toutefois semble moins préoccuper les parents que ce besoin d'attention et de soins que Sophie réclame à sa mère sans arrêt.

Lors de la première séance, les thérapeutes sont frappés par la non-congruence entre les plaintes émises par la mère et son comportement analogique: durant tout l'entretien, Mme B. tient sa fille sur ses genoux et l'entoure de ses bras, ce en quoi se complaît visiblement Sophie. D'autre part, elle la protège de toute intervention de son mari, notamment lorsque ce dernier tente de faire arrêter des comportements de Sophie, tels que sucer son pouce, ou se mettre les doigts dans le nez. Par contre, vis-à-vis de l'aîné des deux enfants, Roger, qui est âgé de 12 ans, les deux parents ne semblent pas avoir de divergences dans leurs positions éducatives. L'évocation de l'histoire de la famille permet de comprendre cette différence d'attitude envers les deux enfants.

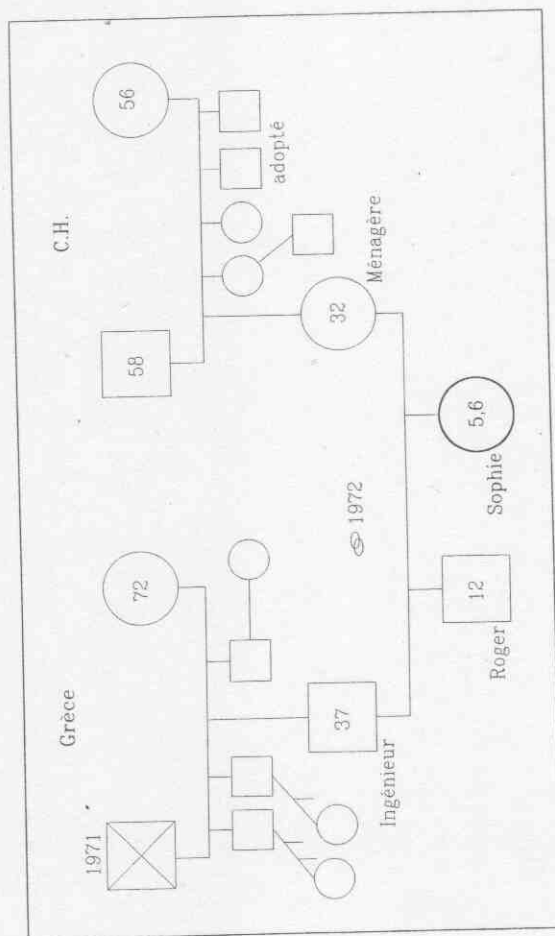


Figure 1: Génogramme de la famille B.

La naissance de Roger est survenue au moment où les deux jeunes parents étaient en pleine période de formation professionnelle. Comme cette grossesse non planifiée avait précipité le mariage, ils n'avaient pu, à l'époque, que parer au plus urgent, dans un effort acrobatique pour structurer leur famille naissante. Malgré ces difficultés de départ, les parents ne se souviennent pas d'avoir rencontré le moindre problème dans l'éducation de leur aîné. Il est vrai que la famille de Madame (chez qui ils vivaient à l'époque) les avait beaucoup aidés en s'occupant de l'enfant. Mais, dès que la situation économique le leur a permis, la jeune famille a déménagé dans une ville assez éloignée de la famille de la mère.

(La famille d'origine de M. B. est restée dans sa Grèce natale et, quoique les contacts soient bons, M. B. en a pris assez de distance émotionnellement.)

Lorsque Roger commence l'école infantine, M. et Mme B. trouvent que leur situation familiale est stabilisée et, dans ces conditions, planifient une deuxième grossesse.

Désireux d'offrir à leur second enfant une disponibilité qui leur avait fait défaut 6 ans auparavant, ils essaient de tout prévoir pour s'y préparer. Or, après un accouchement difficile, Sophie se révèle un bébé pénible, pleure beaucoup et réclame des soins constants.

Peu après cette naissance, Mme B. a voulu reprendre des leçons de musique qu'elle donnait auparavant à domicile avec beaucoup de plaisir et d'investissement personnel. Mais, malgré l'engagement d'une jeune fille au pair, puis d'une dame plus âgée pour s'occuper du bébé, Sophie réclamait sa mère sans arrêt et cette dernière devait à tout moment interrompre ses leçons. Finalement, une année et demie avant la consultation, Mme B. a dû se résigner à cesser toute activité pour se consacrer entièrement à l'éducation de ses enfants, de sa fille en particulier. Malgré son renoncement, Sophie a continué à se montrer insatisfaite et de plus en plus exigeante à son égard.

Simultanément à ce rétrécissement de l'activité socio-professionnelle de Mme B., son mari consolide de plus en plus sa position dans ce domaine. Après quelques années comme employé d'une grande entreprise, il vient de créer son propre bureau d'ingénieur qui monopolise une partie toujours plus importante de son temps.

*

Nous voici donc en présence d'une famille où, par manque de négociation parentale, l'épouse semble supporter tout le poids des tâches éducatives. Nous sommes frappés par la docilité résignée avec laquelle la mère se soumet aux exigences despotiques d'une fillette de 5 ans et demi qui régit le fonctionnement de la famille nucléaire, de sa mère en particulier. Cette position hiérarchique inadéquatement élevée maintient un sentiment de toute-puissance chez l'enfant et d'épuisement chez la mère. Or, la fillette ne peut pas se maintenir dans une telle position de pouvoir par ses seuls moyens. Minuchin exprime cette notion dans la métaphore «un enfant ne peut se maintenir dans une position hiérarchique trop élevée que s'il est juché sur les épaules d'un adulte». Nous commençons donc à chercher sur quelles épaules a grimpé Sophie. A ce stade, nous avons l'impression que la mère contribue elle-même involontairement, par certains de ses comportements, à cette position de l'enfant dans la hiérarchie de la famille nucléaire, pour des raisons qui nous sont encore inconnues, alors même qu'elle s'en plaint.

Prescription: test de pré-changement

Dans notre exemple clinique, comme la mère indiquait les moments du lever et du coucher de Sophie comme les plus fatigants et que le père donnait des indices de vouloir jouer un rôle plus actif, les thérapeutes proposèrent que ce dernier prenne le relais de son épouse à ces moments, pour une durée de 2 semaines, à titre

expérimental (ceci étant présenté comme un test de pré-changement dans le sens que lui donne Peggy Papp (9)).

Dans notre pratique, nous avons en effet comme règle de commencer nos interventions thérapeutiques par une manœuvre directe et structurale — sauf pour des familles très rigides, gravement et chroniquement perturbées. Ces interventions, plus simples et facilement compréhensibles par les membres de la famille, permettent au thérapeute d'évaluer le degré de « compliance » et de collaboration de ceux-ci dans le projet thérapeutique qu'il leur propose de façon explicite — ainsi que le degré de souplesse du système. Ceci à un stade du traitement où le thérapeute n'a pas encore assez d'éléments pour construire une hypothèse globale qui tienne compte de l'évolution des alliances tout au long de l'histoire de la famille et de la dynamique transgénérationnelle. D'autre part, la réponse de la famille à ces directives donne souvent aux thérapeutes des informations précieuses.

En constatant que l'insatisfaction de la mère était le motif principal de la consultation¹, les thérapeutes ont décidé d'utiliser cet élément dans une manœuvre structurante destinée à tester la mobilité du système, notamment la capacité de la mère à prendre un peu de distance de sa fillette et à vérifier si le couple pouvait arriver à une meilleure collaboration parentale dans des rôles complémentaires et à adopter une hiérarchie conjointe plus claire et efficace, en établissant ainsi une frontière parent/enfant plus nette. Ils souhaitaient également vérifier si les désirs de changement (impliquant une acceptation de la croissance de Sophie) pouvaient prévaloir sur les besoins homéostatiques de la famille (dont le maintien de la « tyrannie » de la fillette semblait l'instrument principal).

Pour mettre en garde les parents contre la réaction inévitable de Sophie à la perte de son pouvoir, les thérapeutes introduisent la notion — conforme à la situation hiérarchique initiale de la famille — que « Sophie arrive à « programmer » ses parents pour des attitudes de soumission », ceci à des fins inconnues, et qu'il faudrait que « M. et Mme B. fassent ensemble très attention à cela, afin d'éviter leurs propres automatismes ».

*

Cette dernière formulation correspond à une manœuvre thérapeutique que Peggy Papp (10) reprend de Bowen (1) et appelle inversion de comportement (« reversals »). On prétend renverser l'attitude ou le comportement d'un membre de la famille à propos d'une séquence cruciale, dans l'espoir de provoquer une réponse paradoxale chez un autre membre de la famille. Ceci est particulièrement

¹ Selvini (11) souligne que c'est souvent le « perdant » d'une certaine configuration d'alliances qui fait appel à un intervenant extérieur à la famille, pour parvenir à se sortir de sa position défavorisée.

chez un autre membre de la famille. Ceci est particulièrement utile pour débloquer des interactions pathogènes chroniquement répétitives en cas d'escalade symétrique, ou lorsqu'un des partenaires de l'interaction est peu ou pas collaborant. En donnant au participant le plus collaborant (ou aux deux séparément) des instructions visant à modifier son propre comportement lors de la séquence en question, il en découlera une interaction différente, où l'autre membre va réagir autrement — ce qui renforcera positivement le nouveau mode d'interaction et donc la tendance au changement. Dans le cas présent, en exagérant le pouvoir de l'enfant, l'objectif est d'obtenir des parents, de façon constante, une attitude ferme qui surprenne la fillette et la désarçonne de la position de « toute-puissance » dont les parents la croient investie.

Deuxième séance

A la deuxième séance, les thérapeutes voient que le père a suivi la prescription et que Mme B. en a été fort étonnée: ayant cessé son activité professionnelle, elle se croyait obligée d'assumer seule tout ce qui concernait l'éducation des enfants (d'autant plus que la collaboration du mari à la tâche prescrite impliquait qu'il devait se lever plus tôt que d'habitude). Que son mari se montre prêt à partager avec sa femme des corvées parentales et à écouter ses souhaits et ses demandes et donc à être un allié sur qui elle pouvait compter, était une découverte qui semblait pour elle inimaginable auparavant. En intensité, ce sentiment n'avait d'égal que son immense soulagement de se sentir soudainement libérée d'un esclavage dont elle n'arrivait pas à comprendre comment elle avait pu le tolérer si longtemps.

Sophie, elle, s'était montrée de meilleure humeur pendant la quinzaine écoulée, n'avait plus pleuré pour un oui ou un non comme d'habitude et avait commencé à raconter spontanément à la maison ce qui se passait à l'école. Pendant la séance, elle était moins collée à sa mère, quittant ses genoux pour aller auprès de son frère ou de son père.

De son côté, M. B. se montrait à la fois content d'avoir contribué à soulager sa femme et fier d'avoir obtenu sans grand problème que Sophie fasse sa toilette et s'habille toute seule en 10 minutes le matin, alors qu'avec sa mère, elle se faisait péniblement habiller avec moult exigences et caprices pendant au moins 3/4 d'heure. Après le coucher, qui était aussi rapide que la préparation matinale, Sophie réussissait néanmoins à faire venir sa mère à son chevet, prétextant des confidences très importantes dont elle oubliait le contenu aussitôt son but atteint.

En parlant de ces incidents, le couple parental se rend compte combien ces moments de mariage entre mère et fille manquent autant à l'une qu'à l'autre, à l'heure du coucher. Ils renégocient alors entre eux la consigne initiale, en décidant que dans les semaines qui vont suivre, le père continuera à s'occuper du lever de Sophie, alors que la mère va reprendre le rituel du coucher comme auparavant. Tout en découvrant combien elle était partie prenante dans les comportements régressifs de Sophie, la mère avoue qu'elle ne souhaite pas une modification trop rapide. Les thérapeutes acceptent et renforceront à la fin de la séance ce besoin

homéostatique circonscrit maintenant aux besoins de Mme B. de continuer, chaque soir, à raconter des histoires à sa fille et à la border longuement.

Soulignant la nécessité, chez les systèmes vivants, d'un équilibre qui les protège de changements trop rapides, les thérapeutes manifestent même leur inquiétude au sujet des modifications survenues dans la famille, recommandant la plus grande prudence aux parents à cet égard « freinage du changement ». A ce titre, la persistance de l'énurésie est connotée positivement (11), comme un indice rassurant.

*

Regardons plus en détail la modification observée: par leur simple collaboration à la tâche prescrite, les parents découvrent qu'il est possible de s'entraider dans la solution d'un problème, renforçant ainsi leur alliance (ce que tous les deux souhaitaient secrètement, sans oser le demander, pour éviter d'essuyer un refus, comme chacun l'a avoué ultérieurement).

Ce renforcement est clairement perçu par la fillette qui demande aux deux parents, après la première séance déjà, ce qu'ils ont décidé la concernant. La réponse claire et ferme des parents sur les modifications prévues marque déjà un nouveau contexte hiérarchique. Ils se situent maintenant comme l'autorité parentale que Sophie n'ose plus contester. Le soulagement vécu par Mme B. après cette expérience signale bien sa délivrance d'une position hiérarchique subalterne, où elle se sentait inconfortablement bloquée et exploitée.

*

Devant ce réajustement entre les parents et ce changement si rapide, les thérapeutes s'interrogent sur les raisons qui ont empêché qu'il ne se produise spontanément dans la famille, sans aide extérieure. Pour le comprendre, ils investiguent la **fonction des symptômes régressifs** de Sophie dans le groupe familial.

L'exploration des **interactions autour du symptôme** relationnel (faite maintenant avec un peu moins de pressions), va fournir, dans le courant de la 2^e séance, quelques pistes pour expliquer cette soumission antérieure de la mère aux exigences de Sophie (en les encourageant ainsi, indirectement et involontairement).

La tension ressentie par Mme B. (et parfois même somatisée sous la forme de douleurs abdominales) face à ce qu'elle perçoit comme des demandes continues et insatiables de Sophie est associée, par elle, à un sentiment très lourd de responsabilité à l'égard de sa fille qui l'oblige à « tout abandonner pour s'occuper d'elle ».

Ce sentiment de responsabilité, surtout éveillé, au début, par les pleurs fréquents du bébé, est présent depuis sa naissance (naissance survenue, rappelons-le, peu après le départ de la jeune famille de la maison des grands-parents maternels). Ayant fait le pari d'élever son deuxième enfant sans l'aide de sa mère, Mme B. réalisait alors combien il était lourd « d'élever un bébé toute seule ». D'autre part, sa conviction de n'en faire jamais assez (liée à sa difficulté à percevoir « jusqu'où je dois faire les choses »), va jouer un rôle important dans cette compulsion à faire

toujours plus, engendrant une culpabilité écrasante en cas de doute, ou d'inefficacité à résoudre un problème posé par sa fille.

*

L'évocation de ces associations de Mme B. permet de tisser des liens qui rattachent la crise actuelle à des expériences du passé. Car en les évoquant, la mère de Sophie y reconnaîtra ses vécus de fille aînée parentifiée, chargée par sa mère de s'occuper de ses 4 petits frères et soeurs, notamment d'un enfant gravement handicapé, adopté par ses parents dans un élan de générosité chrétienne, quand elle était petite. Bien qu'elle en ait beaucoup souffert, elle se rend compte combien il lui est difficile de s'éloigner des enseignements austères de sa famille, où le devoir, l'altruisme et la responsabilité prévalaient largement sur ses besoins légitimes d'enfant. Elle relève également le manque de chaleur dans les échanges à l'intérieur de sa famille d'origine.

Troisième séance

A la fin de la séance précédente, les thérapeutes avaient demandé au couple de réfléchir ensemble aux éventuelles **conséquences de la disparition de leurs problèmes** avec Sophie. Le résultat de ces réflexions, rapportées lors de la 3^e séance, permet de préciser davantage le rôle transgénérationnel du symptôme. Mme B. dit en effet que si son enfant allait bien, elle ne se culpabiliserait plus et profiterait mieux de son temps libre. Or cela irait à l'encontre des conseils de sa mère qui la critique encore, lors de fréquents contacts téléphoniques, au sujet de son peu de disponibilité maternelle et de sa façon d'éduquer ses enfants, l'exhortant à s'en occuper davantage, à l'exemple d'une de ses soeurs, présentée comme modèle de la femme au foyer.

M. B. rappelle à ce propos que les tensions au sujet de divergences éducatives entre Mme B. et sa mère (et les ingérences de cette dernière dans les affaires de la jeune famille) avaient été à l'origine de leur départ vers une ville assez éloignée géographiquement des grands-parents de Sophie, avant la naissance de celle-ci.

Dans la foulée de ces réflexions, Mme B. réalise que sa mère traite Sophie différemment de tous les autres petits-enfants, comme si elle « voulait la rendre plus bébé ». Et elle se demande si ce n'est pas là un des derniers moyens de pression que sa mère exerce sur elle.

Les parents nous informent d'autre part que, depuis la dernière séance, Sophie poursuit ses mouvements d'autonomisation, tient à s'habiller et à se déshabiller seule, investit de plus en plus les activités para-scolaires (poterie, etc.) et a annoncé à son père qu'elle arrêterait de faire pipi au lit à Noël.

*

Le commentaire de Mme B. sur la façon dont sa mère incite sa fille à la régression met en évidence la participation de Sophie, à travers ses symptômes, dans une

coalition cachée avec sa grand-mère. Sophie était donc « juchée » sur les épaules de sa grand-mère, malgré l'éloignement de celle-ci.

Cette subtile coalition transgénérationnelle où les parents de Sophie sont littéralement « pris en sandwich », non seulement trouble la hiérarchie de la famille nucléaire, mais elle contribue à maintenir un cercle vicieux relationnel avec la famille d'origine de Mme B.

En effet, par ses disqualification constantes des méthodes éducatives de sa fille, la grand-mère maternelle annule le fait que celle-ci est devenue adulte, ce qui lui permet de la garder un peu en tant que fille, comme au temps de son enfance.

Mme B., à son tour, chaque fois qu'elle était débordée avec Sophie, admettait jusqu'ici implicitement que la critique de sa mère était justifiée, se sentant impuissante pour trouver d'autres solutions et refusant celles proposées par son mari. Continuant à se voir comme une petite fille incapable de résoudre ses propres problèmes malgré ses velléités d'indépendance, elle entretenait le mythe de l'omniscience et de la toute-puissance parentale, sous-estimant ses compétences d'adulte et celles de son mari, pour gérer ensemble leurs difficultés.

Ceci traduit la difficulté, dans la génération précédente, d'accepter l'émancipation des enfants (ce qui était également le problème de Mme B. à l'égard de Sophie).

A la frontière entre deux générations: dilemme d'une fille, dilemme d'une mère

Ces réflexions conduisent les thérapeutes à souligner le dilemme dans lequel Mme B. se débat dans le choix des méthodes éducatives à l'égard de Sophie.

Si elle se montre ferme et sévère, cela lui rappellera cette austérité relationnelle si exigeante dont elle a souffert et qu'elle n'a pas envie de faire subir à sa fille. Si par contre, étant douce et gentille, elle arrive à faire respecter son autorité, elle disqualifiera la méthode de sa mère, lui montrant qu'il aurait été possible d'élever autrement ses enfants, position inacceptable en raison de la loyauté qu'elle maintient à l'égard de sa famille.

Dernière séance

Les réactions à ce commentaire des thérapeutes montreront que Mme B. a compris qu'un aspect significatif de la recherche d'une solution de ses problèmes avec Sophie passe, d'une part, par une clarification de sa relation avec sa propre mère et, d'autre part, par sa capacité à assurer pleinement, avec l'aide de son mari, la responsabilité de son propre rôle maternel.

À la 4^{ème} et dernière séance, début janvier, les parents de Sophie nous informèrent d'un certain nombre de changements significatifs dont la caractéristique principale est l'intention délibérée du couple d'établir des frontières claires avec la famille d'origine de Mme B. Ainsi, pour Noël, le couple B. a pris l'initiative

d'inviter chez eux la famille élargie. En même temps qu'ils marquent de cette façon un nouveau contexte relationnel, ils prennent des dispositions qui, élégamment, évitent les conflits au sujet des pratiques religieuses différentes qui surgissent chaque année, lors de l'invitation rituelle chez les grands-parents.

Dans la semaine qui a suivi, les parents ont décidé de prendre quelques jours de vacances seuls, alors que Roger était dans un camp de vacances. Pendant cette « escapade en amoureux », qu'ils n'avaient pas encore eu l'occasion de faire depuis la naissance des enfants, ils ont confié Sophie pour la première fois à des amis proches, ayant un enfant du même âge, malgré les pressions quotidiennes de la grand-mère maternelle pour que l'enfant lui soit confiée comme d'habitude.

*

Ces changements, clarifiant la frontière de la famille nucléaire, définissent sans ambiguïté les parents de Sophie comme l'autorité en charge de l'éducation de l'enfant. La coalition secrète entre la grand-mère et Sophie en est ainsi neutralisée.

La mère, libérée du jeu relationnel avec sa famille d'origine, peut consolider son alliance avec son mari et ainsi, assumer pleinement avec lui son rôle hiérarchique dans la famille. Cette nouvelle configuration, mettant l'enfant à sa juste place, entraîne rapidement la disparition du symptôme régressif chez Sophie qui, comme promis, a arrêté son énurésie la nuit de Noël, faisant ainsi preuve d'une maturité inespérée.

Vers la fin de la séance, Mme B. exprime à son mari son souhait de reprendre une activité en-dehors du cadre de la famille et il lui signifie sa totale adhésion à ce projet. Récupérant son espace de liberté personnel à l'intérieur du couple, Mme B. vérifie une fois encore son droit à abandonner une des règles implicites de sa famille d'origine, selon laquelle il faut renoncer à soi pour être inconditionnellement au service des autres.

*

Satisfaits de ce qu'ils ont compris et des résultats obtenus avec leur fille, les parents, à ce stade, se sentent à l'aise pour continuer sans aide des thérapeutes à gérer les problèmes de la famille.

Si Mme B. reste insatisfaite de ne pas avoir une meilleure relation avec sa mère, elle se montre sceptique sur les possibilités de mobilisation de cette dernière et ne souhaite pas une aide thérapeutique dans ce sens.

Catamnèse

Lors d'une catamnèse téléphonique 5 ans après ces événements, nous apprenons que les changements vérifiés se sont maintenus. Sophie, comme son frère, progresse bien à l'école et se montre assez indépendante. Aucun des membres de la famille nucléaire n'a eu, depuis, de difficultés psychologiques. Mme B. a repris à l'extérieur une nouvelle activité qui la valorise beaucoup et qui correspondait à

une vieille aspiration personnelle. Elle se sent très épanouie. Son mari a du succès dans son entreprise et cela n'interfère pas négativement dans la vie familiale.

Si la vie du couple et de la famille nucléaire s'est enrichie émotionnellement, ce n'est pas le cas de la relation de Mme B. avec sa mère, qui reste néanmoins fonctionnelle, sans heurts et avec respect mutuel des territoires. Elle dit avoir fait le deuil d'une relation telle qu'elle l'avait idéalisée, d'autant plus qu'elle observe une distance analogue entre sa mère et tous ses autres frères et soeurs, de qui elle s'est entretemps rapprochée.

Conclusion

Lorsqu'il est consulté pour des symptômes régressifs chez un jeune patient, le pédopsychiatre peut mettre souvent en évidence, au sein de la famille, des interactions révélatrices d'une position inadéquatement élevée de l'enfant dans la hiérarchie familiale.

Une telle situation, qu'elle soit maintenue par un manque de compétences parentales ou par des coalitions cachées d'un membre de la famille avec l'enfant, hypertrophie l'importance de ce dernier, lui donnant des gratifications qui l'empêchent de faire l'apprentissage de sa position subalterne dans la hiérarchie familiale et sociale. Il va alors s'engager de façon tenace dans des stratégies destinées à garder ce pseudo pouvoir, notamment en utilisant des comportements ou symptômes régressifs.

Ce « jeu de pouvoir » s'il n'est pas contrecarré efficacement par les parents, empêche l'enfant de s'investir comme membre du sous-système filial et de se consacrer aux tâches propres à son âge (jeu, socialisation avec ses pairs, apprentissage scolaire).

La réponse de la famille à des manœuvres ou tâches structurantes (comme celles proposées par Minuchin ou Haley) prescrites dans un premier temps et destinées à rétablir une hiérarchie plus fonctionnelle, va permettre au thérapeute de mieux évaluer le contexte familial du trouble et de planifier la suite du traitement.

La mise en évidence d'une carence de ressources parentales pour définir des règles claires et les faire respecter, orientera le thérapeute vers une poursuite des interventions structurantes directives.

Par contre, la constatation que l'autorité parentale se trouve sapée à l'intérieur de la famille nécessitera l'élaboration de stratégies plus subtiles pour repérer et neutraliser les coalitions sous-jacentes.

Dans l'exemple clinique présenté, le rétablissement d'une hiérarchie parentale cohérente, après le dépassement de difficultés dans les négociations des rôles dans le couple et dans la différenciation d'un des parents vis-à-vis de sa famille d'origine, a abouti, chez l'enfant, à la stimulation de comportements autonomes et à la disparition rapide des comportements régressifs et d'une symptomatologie énumérée.

Dr Pedro Gonsalves
Centre de thérapies brèves
22, avenue Beau-Séjour
CH-1206 Genève.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bowen M. (1966): «The use of family theory in clinical practice», *Comprehensive Psychiatry*, 7, pp. 354-374.
2. Brazelton T. (1983): *La naissance d'une famille*, Seuil, Paris.
3. Carter E. and Mc Goldrick M. (1980): *The family life cycle: a framework for family therapy*, Gardner Press, New York.
4. Haley J. (1980): *Leaving Home*, Mc Graw-Hill, New York.
5. Jackson D.D. (1957): «The question of family homeostasis», *Psych. Quart.*, 31 (suppl.), pp. 79-90.
6. Madanes C. (1980): «The prevention of rehospitalisation of adolescents and young adults», *Family Process*, 19, pp. 179-191.
7. Minuchin S. (1967): *Families of the slums*, Basic Books, New York.
8. Minuchin S., Baker L. and Rosman B. (1975): «A conceptual model of psychosomatic illness in children», *Arch. Gen. Psych.*, 32, pp. 1031-1038.
9. Papp P. (1982): «Staging reciprocal metaphors in a couples group», *Family Process*, 21, pp. 453-467.
10. Papp P. (1983): *The process of change*, Guilford Press, New York.
11. Selvini-Palazzoli M. (1976): *Paradoxe et contre-paradoxe*, Editions ESF, Paris.

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, Mairiens — Daniel MASSON, Lausanne — Maggy SIMÉON, Louvain-La Neuve.

Paraît au rythme d'un numéro d'une centaine de pages par trimestre.

Cette revue publie :

- des articles cliniques où la réflexion s'élabore à partir de la pratique,
- des articles théoriques favorisant la confrontation de modèles différents puisant leur origine dans la théorie de la communication, les concepts systémiques, cybernétiques, les écoles psychanalytiques, les modèles sociologiques, mathématiques, etc.,
- des articles consacrés à la formation, aux questions professionnelles, aux problèmes de technique, en particulier de techniques d'enregistrement audio-visuel,
- des traductions d'articles fondamentaux parus dans d'autres langues,
- des présentations et des critiques d'ouvrages pouvant concerner des lecteurs d'une revue de thérapie familiale,
- enfin des informations sur la vie des différentes associations, leurs possibilités de formation.

Numéro spécimen sur demande.

Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle
THERAPIE FAMILIALE pour l'année 199 —

Collectivités, bibliothèques, abonnements institutionnels: Frs 110. —

Abonnements individuels: Frs 60. —

ÉDITIONS MÉDECINE et HYGIÈNE
C.P. 456 — CH-1211 GENEVE 4 — CCP 12-8677-8 GENEVE
Société de Banque Suisse, CH-1211 GENEVE 6, C2.622.803

Les chèques bancaires à l'ordre de la Banque de l'Union Occidentale ou postaux à l'ordre de Médecine & Hygiène sont admis.

Nom et prénom: _____

Adresse: _____

N° postal: _____ Ville: _____

Date: _____ Signature: _____

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

DE LA DÉLÉGATION À LA MÉDIATION...

M. CAULETIN*

Résumé: *De la délégation à la médiation...* — Réflexion autour des mécanismes à l'œuvre dans la fonction soignante, cet article prend appui sur la conception chamanique de la maladie, du soin et du soignant, pour tenter de cerner le contexte actuel dans lequel se fait la rencontre patient-professionnel. Ce point de départ remet en cause certains effets de nos spécialisations, et permet de situer la position — désignée ou déléguée — dans laquelle notre organisation sociale place les soignants. A partir de là, l'interaction instaurée par la relation de soin sera interrogée dans des cadres différents, et notamment autour de prises en charge de famille « non-volontaires » (cadre social d'intervention sous mandat), et de celles de familles « volontaires » (cadre thérapeutique libéral). Nous repèrerons là, au-delà des modalités différentes d'appel, liées au type de symptomatologies et d'histoires familiales, une problématique commune à l'œuvre dans les relations engagées entre un système en crise, et le système d'intervention appelé. Notre hypothèse est qu'il s'agit toujours du besoin de déléguer tout un vécu émotionnel douloureux sur le système soignant. Si celui-ci ne peut être décodé, il agira dans l'implicite, prenant la même fonction dans la relation aux professionnels que le secret dans la dynamique transgénérationnelle familiale. Notre recherche vise à comprendre ces niveaux de délégation paralysante, pour les distinguer de la notion plus dynamique de médiation inspirée par notre analogie de départ: le Chamanisme.

Summary: *From delegation to mediation...* — The present article considers the mechanisms underlying caring as a profession, in the light of the ideas of illness, care and the care-person found in shamanism, as shed on the context in which patients and professionals encounter one another in the contemporary world. Seen in this light, certain implications of present-day professional specialisation cease to appear obvious, and the designated or delegated situation in which the social set-up places the careworker is brought into relief. On this basis, we go on to examine how the care — relation engenders certain forms of interaction in various situations — in particular, as concerns work with « voluntary » and « non-voluntary » families (i.e., the freely entered into therapeutic situation, or that of intervention instigated by administrative order, respectively). Over and above the differences in the form taken by the call for help, related to the type of symptomatology and family history, we find a general question to be raised, which underlines how two systems, one in crisis and the other called in to help, enter into relationship with one another. We put forward the hypothesis that what is at work here is a constant need to delegate a whole painful emotional experience onto the care-system. Where this need fails to be interpreted, it operates in an implicit way — the equivalent, in the field of the professional relationship, of secrecy in cross-generational family dynamics. Our aim is to come to an understanding of these paralysing strata of delegation, so as to distinguish between them and the altogether more dynamic idea of mediation, drawn from our original analogy with shamanism.

Mots-clés: Chaman — Transcendance — Intercession et réconciliation — Délégation d'ordre social — Délégation d'ordre émotionnel — Familles « volontaires » et Familles « non-volontaires » — Secret — Médiation.

* Psychologue Clinicienne Thérapeute de Famille et Formatrice à l'A.D.R.E.T.S., Lyon.

La caractéristique principale de la conception chamane de la maladie est la croyance dans le fait que les êtres humains sont des parties intégrantes d'un système ordonné, et que la maladie est la conséquence d'une rupture quelconque de l'harmonie avec l'ordre cosmique. Fritjoff Capra (1)

A la recherche d'une définition de la maladie, du soin et du soignant

L'épistémologie systémique nous invite, pour penser la maladie, le symptôme et le soin, à observer d'abord dans quelles relations ils s'inscrivent. Mais interroger ainsi ce qui se noue au sein des relations soignants/soignés suppose de pouvoir se distancier un minimum du contexte dans lequel nous sommes inscrits et des présupposés anthropologiques qui le constituent. Je proposerai donc, en introduction à cette réflexion sur les mécanismes à l'œuvre dans la fonction soignante, de revenir « aux sources », à ceux qui furent sûrement les plus authentiques ancêtres des thérapeutes familiaux : les Chaman¹ des sociétés traditionnelles.

Ce déplacement dans le temps et dans l'espace nous permettra d'éclairer mieux la prégnance des définitions culturelles liées à notre propre contexte, ainsi que leurs effets dans la relation thérapeutique ou l'intervention sociale.

Les sociétés traditionnelles

Pour celles-ci, l'échec matériel ou affectif, la maladie physique ou mentale, l'acte antisocial sont d'emblée reliés de la même manière à une dynamique collective, intégrés dans un système philosophique porteur de la relation au monde, à la vie et à la mort, à la transcendance d'une société. Ainsi le « patient » symbole d'un conflit au sein de cette société, occupe une place tout à fait privilégiée. « Ce n'est plus l'aliéné au sens classique du terme, mais un être-sujet qui vit une expérience particulière intéressant la communauté » (Collomb (2)).

La représentation de la santé est ici enracinée dans une symbolique sociale elle-même assujettie à un Ordre cosmique. Elle repose sur une conception dialectique du Vivant, de l'Humain, aspirant à l'harmonie dans son rapport à lui-même, aux

¹ « Chaman » est un mot de la langue des Toungouses de Sibérie. Je l'utilise ici en tant que terme générique pour désigner les personnes connues dans les cultures non-occidentales sous le nom de « sorcier », « magicien », « homme-médecine ». Même si le Chamanisme se distingue sur de nombreux plans des autres traditions, il symbolise en effet pour moi un système de guérison signifiant particulièrement bien cette conscience du vivant relié à une transcendance dans une interdépendance consubstantielle. Il base les pratiques de guérison sur l'appui et l'action d'esprit-gardiens et d'animaux de pouvoir contactés à partir d'états de conscience non-ordinaires.

autres et au Monde (ces trois niveaux étant interdépendants les uns des autres), mais traversé de forces conflictuelles et agressives.

L'accident, la maladie, tout ce qui vient rompre l'ordre et l'ordonnement des choses dans la vie d'un homme, sont l'œuvre de ces forces agressives développées dans la Communauté. Cela demande « un retour à l'ordre » qui suppose purification, compréhension, réparation et réconciliation.

La guérison passe alors par l'invocation des Mythes de la Culture propre en utilisant un *symbolisme qui intègre la douleur dans un ensemble significatif déculpabilisant l'individu tout en impliquant le groupe*.

De ce fait, le Chaman s'intéresse d'abord au contexte socio-culturel dans lequel la maladie se manifeste et la procédure de soin est avant tout un événement social faisant intervenir la Communauté.

Dramatisant le conflit sous-jacent au mal, il lui donne un contour réel, explicite, socialisé. Il facilite ainsi la construction d'un sens commun autour de l'irrecevable, et formalise l'implicite et l'occulte.

Ce travail sur les forces naturelles du groupe social exorcise les pulsions destructrices et de déliaison pour que les tendances à l'union et à la restauration puissent reprendre vigueur.

On se trouve là dans une conception holistique et systémique d'un être humain relié aux autres et au monde, à l'intérieur de laquelle tout signe pathologique est perçu comme « rupture de cette communion, c'est-à-dire comme un appel à la réconciliation » (J. Robert Lacaze (3)).

Là, point n'est besoin de spécialiste du corps, de la psyché ou de l'ordre social : *la maladie physique, le délire ou le passage à l'acte délictueux restent inscrits dans le même code de signification, une pathologie du LIEN*.

Le Chaman, porteur du thérapeutique comme de l'ordre social, est, lui, situé comme le Médiateur, remettant en contact et en communication les forces du divin, du passé, faisant fonctionner à nouveau la dialectique entre personne et groupe d'appartenance. Aucun de ces niveaux ne peut être dissocié des autres.

Les sociétés « technologiques »

Après quelques siècles de progrès scientifique, l'avancée de nos « connaissances », de nos « sciences », nous a fait « catégoriser », « étiqueter » toutes les expressions possibles de cette souffrance, et l'on peut se demander si, en nous faisant nous attacher beaucoup au juste diagnostic de sa forme, elle ne nous a pas éloignés de sa signification profonde.

On a assisté en effet à un investissement d'un savoir qui a fait fonctionner autrement l'éternel besoin de maîtriser l'intolérable, mais qui, de par sa position d'extériorité supposée objectivante, a pu, plus facilement, se couper des émotions qui sont pourtant à la racine de son émergence.

Tout le mouvement nosographique nous a conduit à réduire progressivement nos champs d'investigation, coupant le symptôme de son environnement. Notre sophistication intellectuelle est allée paradoxalement de pair avec une décomplexification du réel. Notre entrée dans l'univers des disciplines et des catégories l'a

découpé en tranches distinctes. N'est-ce pas cela qu'introduisent nos Services spécialisés? « Votre problème est-il médical, psychiatrique ou social? » et ce que métacommuniquent nos prises en charge techniques: à tout problème peut correspondre un professionnel détenant la bonne réponse...?

Nous sommes ainsi inscrits dans une conception individualisante et morcelante de la pathologie, axée sur un double mythe:

- mythe d'une normalité bienheureuse et aseptisée, face à laquelle la maladie est un accident ou un échec, à gommer plus qu'à décrypter;
- mythe d'une science médicale toute puissante qui pourrait supprimer (et non transcender) la mort et la souffrance, « de l'extérieur ».

Les TECHNIQUES ont envahi nos champs de représentation, les ont cloisonnés, enfermant soignant et soignés dans l'univers des « prises en charge », *sursabilisant le professionnel et « déchargeant » le patient comme la Communauté.*

Tout ce mouvement nous a poussés à privilégier la recherche d'une réponse et négliger la recherche du sens, nous portant très loin de cette fonction réconciliatrice du Chaman évoquée en introduction.

Le contexte qui est le nôtre

Le rapide détour que nous avons fait dans un contexte culturel différent du nôtre, nous permet de nous ressaisir autrement des données de notre propre contexte. Il nous faut en effet constater que toute notre évolution scientifique en interaction avec l'évolution de nos formes d'organisation sociale, ont contribué à instituer une fonction soignante soumise à un double registre de délégation.

Le premier niveau de délégation est d'ordre social: La maladie, devenue objet scientifique plus qu'événement communautaire, a participé d'une transformation du soignant en professionnel, lui faisant perdre sa place d'intercesseur, pour le laisser seul détenteur, au nom de sa connaissance, de la réponse à la souffrance.

Par le mouvement même qui parcellisait l'approche du pathologique, les soignants se sont appropriés à la fois connaissance et responsabilité, acceptant ainsi une définition de la maladie réduite à ses symptômes et déchargeant la société, comme le groupe, de son implication première. Cette délégation de la fonction soignante à un CORPS CONSTITUÉ, n'est plus enracinée dans une signification sociale et existentielle mais inféodée à un hyper-investissement de la pensée et de la technique.

L'ensemble de ces données contextuelles (Watzlawick parlerait là d'image du monde) instaure simultanément un abord mécaniste de la maladie, et une identification de la guérison à la personne du soignant et de son savoir, ou son savoir-faire, qui ne vont pouvoir que se renforcer mutuellement dans une interaction réductrice.

Cette délégation, acceptée par les professionnels, revendiquée même souvent, l'est probablement au titre du pouvoir qu'elle confère. Pourtant, il semble bien qu'il s'apparente douloureusement au niveau macro-social à celui conféré au

patient désigné au niveau micro-social. Et peut-être faudrait-il s'interroger davantage au-delà de la puissance apparente, sur les effets négatifs et paralysants induits par cette désignation.

Le second niveau de délégation est, me semble-t-il, plus directement inscrit dans la relation soignant/soigné, et me paraît essentiellement *d'ordre émotionnel.*

La peur, la culpabilité, la honte ou la haine, représentent cette dimension souterraine le plus souvent masquée ou travestie par le lieu et la forme du symptôme. Là encore, qu'il s'agisse de maladie physique, mentale ou sociale, la manifestation pathologique vient prendre en charge de façon condensée et non forcément logique, les traces et charges émotionnelles de toute une histoire transgénérationnelle et sociale qui n'a pu s'élaborer, se parler, parce que trop douloureuse ou insécurisante.

Et si ce sont bien elles qui se disent au travers des symptômes montrés, ce seront elles aussi qui viendront travailler dans l'implicite de la relation thérapeutique. Celle-ci devant, par définition, leur offrir un espace contenant, peut en fait en devenir dépositaire, au point d'en être quelques fois paralysée, si ce registre implicite n'est pas décodé au-delà de la captation par l'expression extériorisée et déguisée du symptôme.

En fait, *le corps soignant est assigné à une place bien spécifique dans chaque contexte culturel au regard d'une fonction nécessaire à la fois à l'économie psychique que groupale et à l'économie psychique individuelle et familiale.*

C'est donc bien dans cette double dimension qu'il nous faut simultanément l'appréhender si nous voulons mieux *REPÉRER* ce qui l'agit et ce qu'il agit.

Pour essayer d'avancer un peu plus dans ce décryptage interactionnel, il me semble intéressant de voir, en sortant des cloisonnements habituels, comment ces données contextuelles peuvent se traduire dans les relations engagées à partir de symptomatologies diverses, et auprès de professionnels différents. Nous partirons là du fil d'Ariane proposé par les Chamans, qui nous stimulent à interroger de la même manière des « pathologies » différentes.

La fonction du symptôme, au sein de la famille et dans la rencontre avec le système d'intervention

Le symptôme parle et appelle de différentes façons, mais il appelle toujours puisque c'est sa fonction même: de façon *directe et active* dans la *demande* de consultation psychologique, de façon *indirecte et active* dans la *demande* de consultation médicale; de manière *indirecte et souvent passive* dans la *provocation* d'une intervention sociale ou judiciaire.

Choix du symptôme et lieu d'appel

Si nous ne ponctons pas arbitrairement en faisant se recouvrir le mode d'entrée dans l'intervention et l'analyse de la demande ou non-demande, nous pouvons retrouver, sous des habits différents, des scénarios similaires. Là, il nous

faut comprendre le sens du choix implicite de la famille ou de l'individu, de porter sa problématique auprès de tel ou tel système d'intervention, pour entrer dans son code de référence. « Le choix du lieu détermine déjà, par le message implicite qu'il nous livre, le domaine que la consultation 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 » (Tilmans-Ostyn (4)).

Si la maladie, au sens chamanique, est perte d'harmonie, besoin de retrouver une signification, et le Chaman un moyen d'exorciser et de retrouver une symbolique sociale, chaque personne, inscrite dans un contexte socio-culturel et affectif précis, sera induite dans notre univers spécialisé, à porter plus facilement sa demande vers un Chaman spécifique. Il pourra s'agir d'un « Chaman-Psychologue », dépositaire du savoir médicalisé sur la normalité et la folie, ou d'un « Chaman-Social » dépositaire du jugement entre le bon et le mauvais, des clefs de l'intégration, de la reconnaissance ou de l'exclusion sociale. Au-delà des catégories nosographiques, il nous faut être là, ouverts au contenu informatif du mode et du lieu d'appel.

Typologie des demandes: une distinction en partie relative

En suivant ce fil d'observation, il n'y a plus guère d'intérêt à opposer ce que nous nommons souvent, dans le jargon spécialisé, les « familles volontaires » et les « familles non-volontaires », catégories recouvrant souvent des formes d'interventions thérapeutiques et sociales différentes. L'intérêt doit se déplacer en fait vers l'observation de la façon avec laquelle une personne ou un système familial va rechercher le système d'intervention le plus apte à résonner à sa propre problématique et vers l'observation de ce qui se joue dans la rencontre.

Et si l'on regarde l'interaction « consulté/consultant » avec une relative distance, on peut s'apercevoir que ce qui s'inscrit dans cette nouvelle relation est d'abord la répétition de la dynamique interne propre à l'individu ou à sa famille au sein du système d'intervention quelle que soit la forme de demande. « Le symptôme est autant régulateur de la distance entre la famille et son environnement que régulateur de la distance à l'intérieur de la famille » (P. Poisson (5)).

Il prendra une forme appelant une intervention extérieure lorsque les capacités internes de la famille à contenir la souffrance sous-jacente seront dépassées, et des triangulations externes relayeront alors les triangulations internes.

Au-delà des différents niveaux d'appel, on se trouve là, devant une problématique commune, à l'œuvre dans tous les contextes de soin ou d'aide, qu'ils soient psychiatriques ou sociaux. Ce qui vient se rejouer dans l'accompagnement reste toujours lié au besoin d'exprimer et d'exorciser les blessures anciennes, les désirs et les haines inscrites dans l'histoire de chacun, avec toute la culpabilité qui s'y rattache.

Ainsi la demande d'aide est fondamentalement tentative de dépassement de ces attaches douloureuses, alors même qu'elle vient les rejouer dans la relation à l'intervenant. On retrouve dans cette dialectique la double dimension de la répétition. Si « la compulsion répétitive dévoile comme un aspect de la faculté d'adaptation

active et créatrice qui caractérise tout ce qui vit » (I. Caruso (6)), elle contient également tous les fermentations d'une chronicisation.

La personne et la famille demandeuses sont autant portées par le désir de conjurer enfin cette racine effrayante que vient recouvrir leur symptomatologie, que par le besoin de la laisser enfouie et invisible. Elles ne peuvent ainsi transformer cet héritage inquiétant qu'en le répétant, au risque d'y rester enfermées. L'enfermement est alors, lui, inscrit dans toutes les tentatives d'évitement qui jalonnent la relation d'aide engagé, et notamment, dans tout ce qui permettra à la famille de se protéger de ses émotions en les faisant vivre aux intervenants.

Ce mécanisme de *délégation de l'émotionnel*, déjà évoqué, situe toute la difficulté du système d'intervention à savoir garder une distance suffisante pour ne pas se laisser envahir par la culpabilité, la peur, la honte ou la haine, vécues dans le système familial. S'il n'y réussit pas, ce qui aurait pu être source de dépassement devient occasion d'enlèvement, les intervenants ou les thérapeutes ne pouvant contribuer, malgré eux, à réactualiser les situations relationnelles anciennes.

On constate facilement que le Chaman qui ne travaillait pas avec ses forces personnelles, était, face à cette problématique, dans une position plus confortable que le professionnel essentiellement renvoyé à lui-même par les instances sociales et par les soignés. Son propre contexte le fragilise, et contribue à en faire une proie facile des versants négatifs de la répétition. Ceux-ci prendront des formes à la fois similaires et différentes selon les contextes d'intervention et les problématiques familiales, mais resteront sous-tendus, me semble-t-il, par les mêmes mécanismes fondamentaux.

Pour illustrer mon propos, et au risque de schématiser un peu trop, je voudrais développer cet aspect en montrant comment ces mécanismes peuvent opérer dans le cadre d'interventions sociales sous mandat et dans celui de contrats thérapeutiques librement consentis.

Là encore, le recours à l'examen des deux contextes apparemment très éloignés, peut en effet nous aider à mieux percevoir les caractéristiques des processus relationnels qui traversent chacun d'eux.

Jeu (7) relationnel-type dans cadre social ou judiciaire

Un mode de présentation en négatif

Dans l'univers des prises en charge sociales ou judiciaires, les personnes ou familles se présentent souvent comme « sans ressources », signifiant par là leur besoin d'un étayage externe porteur d'une reconnaissance qui a fait défaut dans le passé.

Que ce soit sous la forme d'une hyper-demande d'assistance, ou par la provocation d'une intervention sous contrainte apparemment subie, elles vont faire vivre aux intervenants colère et culpabilité de se sentir aspirés dans un rôle protecteur-dévotant ou persécuteur-rejetant. Ces émotions, projetées dans le système d'inter-

vention, soulagent partiellement les familles relayées par un extérieur cristallisateur de leur problématique interne, mais dans un cadre d'A.E.M.O. ou de tutelle, elles empêchent souvent d'aller à la recherche du sens de ce que peut vivre la famille. Le fantasme d'inquisition porté par le mandat vient renforcer la crainte de parler de l'émotionnel, tant il est infiltré d'agressivité.

Pour ces familles, tout ce qui reste attaché souvent à la souffrance de ne s'être pas senti suffisamment aimé par ses propres parents habite l'image dévalorisée de soi, et se trouve renforcé par un Statut social dévalorisant et fragilisant. Rechercher l'attention qui a manqué est alors imbriqué avec la haine plus ou moins consciente gardée à l'égard de cette famille d'origine, en même temps que par le sentiment d'avoir été mauvais pour vivre cela, d'être mauvais, toujours, puisque l'on est plein de colère. Cela peut stimuler le besoin d'être réprimandé, le châtiement signifiant là: «recevoir l'amour d'une figure parentale symboliquement retrouvée. (...) On peut impliquer l'autre en utilisant une impuissance de type infantile, ou lui assigner un rôle parental au travers d'actes inadmissibles qui réclament un châtiement de sa part» (Boszormenyi-Nagy (8)).

L'attention demandée s'accompagne là de la provocation du châtiement qui répète le passé. Le professionnel, lui, se trouve convoqué par la dynamique familiale elle-même dans ce rôle de «sanctionneur» qu'il voudrait éviter ou dont il voudrait rendre l'ordre social seul responsable.

Captation du système intervenant

Le Travailleur social, assigné à cette place parentale non-dite, au travers des demandes le plus souvent matérielles, risque alors de ne trouver d'autre issue que de rester enlisé dans ce matériel vécu comme garantie d'objectivation possible et garde-fou face à l'aspiration émotionnelle alors même qu'il est ainsi conduit à rejouer les scénarios anciens de réprimandes-frustrations, aide-gratifications. Il est engagé dans une autre phase du même jeu au sein duquel la captation d'un système d'intervention vient prendre un nouveau relai dans les mécanismes de délégation familiaux et sociaux. Elle augmente seulement le nombre de joueurs, donc le risque de confusion, le poids des écrans déformants, et creuse l'écart entre ce qui est montré et ce qui est agi au travers de ce qui est montré.

Plus la famille sera dysfonctionnante ou non-volontaire, plus l'intervenant se sentira responsabilisé, mauvais ou coupable de ne pas réussir et en voudra à la famille de le faire se sentir mauvais ou impuissant, malgré les bons soins qu'il lui prodigue.

Cette boucle relationnelle fait participer l'intervenant au vécu de la famille, et l'entraîne dans une nécessité d'évitement, pour lui-même, de cet émotionnel déstabilisant. C'est bien cela qui va le conduire, en mimétisme à la famille, à participer, soit d'une illusion réparatrice, soit d'une fixation dans le matériel, occultant les contenus trop violents ou trop négatifs du passé comme du présent.

Mais c'est bien cela qui favorisera, pour la famille comme pour lui-même, la survenue de passages à l'acte venant faire exister les éléments refoulés.

On voit que là, plus le système d'intervention résonne à la problématique familiale, plus les émotions communiquent implicitement, moins celles-ci peuvent être parlées.

La faute non parlée, ou le sentiment de faute de la famille devient la faute du système intervenant, sur laquelle on ne peut travailler. Ainsi la «famille-non-volontaire» pousse l'intervenant à agir à sa place, lui permettant d'être extérieure au problème qui devient celui du système d'intervention.

Projection émotionnelle et secret

Je ferai en fait volontiers l'hypothèse que l'émotion projetée dans le système d'intervention et refoulée par lui, vient là remplir la même fonction que le secret dans la dynamique familiale transgénérationnelle. Le secret n'est pas caché, il est connu de tous, mais personne n'a le droit de le reconnaître et de le parler. Ainsi, il agit et fait agir puisque «c'est parce que l'on ne comprend pas ce qui se passe que l'on est conduit à agir le secret. (...) Alors, comme dans le théâtre de Pirandello, l'homme devient une marionnette, la famille un rassemblement de personnages en quête d'auteur qui savent qu'ils ont un rôle à jouer mais ne savent pas lequel ni pourquoi ils doivent le jouer, ni qui le leur a donné» (Ausloos, (9)).

J'ajouterais que les intervenants tout autant que les familles sont alors à la recherche de l'auteur qui leur permettrait de retrouver le sens du jeu à l'intérieur duquel ils sont pris...

Jeu relationnel-type dans un cadre thérapeutique libéral

Un mode de présentation en positif

En fait, on doit constater que toute cette demande d'aide formulée au travers d'une représentation de soi comme incapable ou mauvais, souvent portée par ces familles dites non-volontaires, n'est jamais que le déguisement inverse de la même demande portée elle par des familles «volontaires» qui viennent accompagner leur patient en thérapie. Seulement, dans ce cas, et particulièrement en cabinet, la famille se présente comme d'autant plus «bonne» qu'elle se mobilise autour de son membre souffrant, s'engage activement. Même si elle a peur des effets inconnus de la voie dans laquelle elle entre, et peut même l'exprimer, elle doit tenter tout ce qui peut être utile au traitement.

La culpabilité vécue va ici se manifester par un intense besoin de réparation à l'égard du patient et une manière de se présenter en thérapie comme une «bonne famille».

L'expression «folle» du symptôme est un autre canal pour exprimer une souffrance trop grande pour avoir été mise en sens. Restée inconnue, irreprésentée, elle a été enfouie dans l'inconscient familial comme une faute-tare, une épée de Damoclès pouvant s'abattre, à tout moment, sur la lignée ou sur l'un de ses membres.

Face à cette souffrance, d'autres mécanismes d'évitement, de transformation magique du réel ont été mis en place. Ils ont construit peu à peu un cataplasme mythique tissé dans la culture propre de chacun et déformé la réalité à l'intérieur de laquelle le mal originel est à la fois inscrit et masqué.

«C'est aux enfants (des gens à problèmes, ou n'ayant pu faire le deuil d'une perte) ou à leurs descendants, qu'échoit le destin d'objectiver sous les espèces du 'revenant' de telles tombes enfouies... ce sont elles, les tombes des autres, qui reviennent hanter» (Nicolas Abraham (10)).

Et c'est à l'intervenant-thérapeute que sera légué s'il n'y prend garde, en partage avec le patient désigné, cet héritage piégé.

Captation du système intervenant

A nouveau la demande d'aide, l'appel fait à un système d'intervention extérieur est dans le même temps, tentative de dépasement et mécanisme d'évitement par la délégation sur la personne du thérapeute de la culpabilité, de la peur où de l'impuissance vécue dans la famille. Là, c'est le soi-disant «savoir-soignant» qui sera pris dans le jeu symétrique engagé pour que la famille puisse être un peu déchargée et protégée de tout cet enfoui sous-jacent à l'apparition du symptôme. L'engagement volontaire peut alors devenir un moyen subtil de déposer le trop-plein de culpabilité et de solliciter l'alliance avec le thérapeute. Il le met en position de protecteur de l'équilibre familial menacé, soucieux de ménager ces personnes si touchantes dans leur investissement de la thérapie, alors même qu'elles sont en situation de crise.

Ce mouvement est tout à fait légitime, logique, y compris dans le cadre d'un engagement authentique et profond. Mais il est dangereux, car les soignants peuvent alors intérioriser tellement ce message implicite, qu'ils se trouveront envahis par le sentiment de leur propre responsabilité dans l'évolution du malade et prendront le relai du patient désigné pour protéger ses parents.

C'est en ce cas l'apparition du risque que les Thérapeutes ne trouvent d'autre issue que de se proposer comme patients-identifiés-relais, entrant dans une escadade de propositions soignantes, signe d'une toute-puissance stérile, parce que guidée par l'homéostasie familiale qui leur a délégué une responsabilité coupée du lieu où elle aurait à s'exercer...

La boucle relationnelle que l'on peut observer dans ces situations, nous montre que plus la famille participe, s'offre pour permettre aux thérapeutes de travailler, moins elle devient actrice et responsable du parcours de changement, délégué alors au professionnel. *La famille «se donnant», signifie au thérapeute que c'est à lui, à partir de là, d'agir à sa place en lui permettant d'être extérieure au problème qui devient celui du système d'intervention.*

Cette problématique rejoint tout à fait, me semble-t-il, celle que l'on rencontre auprès des Travaillleurs sociaux faisant leurs dettes des familles en finissant par vouloir jouer ce rôle de meilleur parent vers lequel ils ont poussés, mais qui n'est que l'actualisation des fantasmes familiaux. Si les modalités sont donc bien différentes, marquées par des contextes d'intervention et des problématiques spécifi-

ques, on peut noter la similarité des processus qui s'engagent au niveau des effets produits dans l'interaction avec le système professionnel appelé.

Que ce soit par le biais de l'inertie, de l'absence ou de la présence et de l'activisme, la fonction des différentes formes d'engagement est, dans la relation au système d'intervention, la même.

Dans les deux cas, la délégation s'inscrivant dans le réel par le truchement de l'émotionnel projeté par la famille et intériorisé par le système d'intervention, peut finir de figer le processus, d'occulter ses racines sous-jacentes, en faisant s'agiter intervenants et membres de la famille comme des marionnettes tenues par des mains invisibles dont le propriétaire aurait perdu le contrôle...

De la délégation à la méditation

La délégation acceptée

En fait, il ne paraît pas possible d'éviter cette délégation. Les familles et les personnes qui viennent solliciter une aide extérieure sont le plus souvent bien trop écrasées par le poids de leurs difficultés, de leurs peurs ou de leurs culpabilités, ou bien trop envahies par la honte ou l'agressivité, pour pouvoir toutes seules transformer de façon dynamique tout cet émotionnel.

Le système thérapeutique à bien là à faire relai pour soulager cette tension et même quelquefois à la mettre en acte au travers d'une hospitalisation ou d'un placement pour qu'elle puisse être réaménagée autrement. Mais tout l'enjeu de l'accompagnement réside bien dans le fait de l'accepter sans s'y confondre, de la répéter, de l'utiliser d'abord en tant que source d'information sur ce qui se vit dans la famille et non pas seulement caractéristique de l'impasse du soignant ou de l'intervenant.

Résonner à cet émotionnel sans y sombrer, le ressentir sans l'agir, l'endosser quelquefois, mais l'ayant décodé, permet de l'offrir à la famille comme représentation distancée et distanciant de ce qui, justement, la paralyse.

C'est alors l'élaboration, par le système thérapeutique ou social, de ce registre douloureux (impuissance, honte, haine) qui peut devenir l'instrument permettant à la famille de retrouver sa liberté créatrice jusqu'alors entravée par ses fils.

La médiation chamanique

Au terme de ce parcours, je voudrais reprendre notre image de départ pour réexplorer les points d'appui qu'elle nous offre dans la tentative de mieux gérer notre impact de soignants.

Nous avons déjà vu comment la référence philosophique et spirituelle qui organisait la compréhension de la maladie et la définition du guérisseur, positionnait d'emblée le Chaman comme l'intermédiaire par lequel la guérison pouvait être opérée, guérison culturellement située comme provenant à la fois de la Communauté et du Divin. Ceci le protégeait beaucoup des mécanismes de délégation,

l'aidant à rester instrument, relai, non identifié aux conflits non résolus de la personne ou du groupe. Peut-être faut-il ajouter à ce facteur la facilitation, là encore liée au système culturel, de pouvoir recourir à des interprétations faisant intervenir des forces extérieures à l'individu et à la famille. Cette invocation, très déculpabilisante, favorisait l'implication et l'engagement dans le processus de soins devenu ainsi moins menaçant.

Enfin, il faut se rappeler que dans cette « image du monde » les facteurs déclenchants de la maladie étaient toujours l'œuvre de forces d'agression. La fonction même du Chaman se trouvait alors être de les faire s'exprimer, d'être médiateur de leur mise à jour.

Cette capacité, facilitée par le contexte, de mettre en scène, en les dramatisant, des émotions que notre propre culture condamne et annule, favorisait une forme d'exorcisme qui nous est rendue bien plus difficile par nos codes sociaux et professionnels actuels. Cette possibilité, inscrite alors dans le cadre de référence, de faire s'exprimer les tendances agressives de rivalité, et de haine, en les faisant jouer, bien que reprises en partie, dans le cadre des Thérapies familiales, se heurte pour nous aux interdits moraux par lesquels notre propre société a tenté de les endiguer.

Dans le même temps, notre position soignante, aseptisée par son lien au savoir, à la pensée, à une neutralité bienveillante souvent mal comprise, se trouve elle-même bien empruntée pour se ressaisir de tous ces mouvements émotionnels « négatifs » qui, sans avoir été prévus par les fiches de poste, la traversent pour autant très régulièrement nous faisant vivre rivalité, colère ou dépression, là où tout « devrait » être écoute et accueil.

On ne peut oublier que, par exemple, les Sociétés africaines traditionnelles ne connaissent pratiquement aucune forme chronique de maladie mentale. Celle-ci s'exprime en effet beaucoup sur le mode de la bouffée délirante, avec la fonction d'expression qui accompagne ce mode de décompensation, mais s'enlise peu dans une invalidation de longue durée. Cela pourrait nous renforcer dans l'idée que le risque de chronicisation est moins contenu dans la nature de la personne qui porte le symptôme que dans la perpétuation du jeu relationnel qui se noue autour d'elle et qui sera renforcé, relayé par l'interaction avec un système soignant ne pouvant garder une position tierce.

Ceci doit attirer également notre attention sur l'importance cruciale du décodage des mécanismes émotionnels à l'œuvre dans toute prise en charge, et la nécessité d'oser les parler, les montrer, pour tenir cette position médiatrice, seule garante d'un dépassement possible.

Mon propos n'est pas là, d'ériger le modèle chamanique ou traditionnel et les valeurs qui les fondent en modèles idéaux, exemplaires. Ils se trouvent pris, eux aussi, dans un ensemble de contraintes qui, pour être différentes n'en sont pas moins souvent lourdes à porter pour le Chaman, comme pour la communauté. (Les limites de cet article ne me permettant pas de développer véritablement la logique de ces cadres de références ce qui permettrait d'en situer également la complexité.)

Ma perspective se limitait, ainsi que je l'évoquais en introduction, à prendre un point d'appui analogique dans une vision du monde suffisamment éloignée de nous et suffisamment proche de l'épistémologie systémique pour imaginer pouvoir

réinterroger nos propres contextes. Avec toutes les limites que cela comporte, ce sont donc quelques aspects seulement de cette vision chamanique que j'ai utilisés, essentiellement comme moteurs d'une appréhension « méta-cadrée » des enjeux de nos positions soignantes ou sociales.

L'intérêt que j'ai pu trouver dans ce déplacement réside, pour moi, surtout dans la corrélation qu'il me permet de faire, me semble-t-il, entre l'installation du soignant dans une position de pouvoir personnel face à la « guérison » et sa facile désignation comme dépositaire de la problématique de la personne ou du groupe.

Ce mécanisme qui pourrait se jouer autrement dans un autre système de référence est en effet ici renforcé par la facilité avec laquelle tout intervenant peut accepter cette identification et la vivre émotionnellement comme sienne compte tenu des inductions de notre contexte qui le renvoient essentiellement à son savoir ou à son savoir-faire. Cette configuration favorise une *interaction symétrique et chronicisante, renvoyant face-à-face la capacité du professionnel et l'incapacité du patient* alors que la position médiatrice du Chaman proche du secret des Dieux, mais non identifié à eux, est garante, elle, d'une autre sécurité dans l'engagement. Elle repose sur une *relation complémentaire à l'intérieur de laquelle chacun, à partir de sa position propre, a à se montrer dans son humanité, et à jouer un rôle déterminant.*

Elle doit nous signifier l'enjeu d'une distance à retrouver face aux positions qui nous sont conférées par notre définition culturelle de la maladie et du soignant et nous réconcilier avec une humilité tout aussi nécessaire que signifiante, dans la rencontre avec des personnes en souffrance.

A tous ces égards vous êtes, dans les limites de votre domaine professionnel, une personne profondément engagée sur le plan affectif, et pourtant détachée en même temps, parce que vous savez n'être pas responsable de votre patient, et que vous connaissez également les limites de vos possibilités d'amener un changement dans une situation de crise.

Si vous pouvez tenir la situation en main, il est possible que la crise se résolve d'elle-même, et ce sera grâce à vous qu'un résultat sera obtenu.

Winnicott

M. Cauletin
A.D.R.E.T.S.
5, rue des Marronniers
F-69002 Lyon

BIBLIOGRAPHIE

1. Capra J. (1983) : *Le Temps du Changement*, Science, Société, Nouvelle Culture, Collection L'Esprit et la Matière Rocher, 406 p.
2. Collomb H. (1980) : « Pour une psychiatrie sociale », *Thérapie familiale*, vol. 1, n° 2, pp. 99-107, p. 104.

RECENSIONS

Michel MONROY: «Scènes, mythes et logiques», ESF, Paris, 1989, 164 p.

Michel Monroy nous présente l'éventail de ses «vingt exercices de lecture systématique», ensemble né de la pratique stimulée par l'enseignement, ou disons mieux: les formations, champ où se développe à la fois la diffusion et la recherche en approche systémique.

La préface de Morny Elkaïm, sous forme d'entretien avec l'auteur, nous situe au niveau des principes fondamentaux: «lois générales», «règles intrinsèques», «singularités». Trois niveaux sont ainsi évoqués, non sans relation avec la présentation parfaite de la «lecture systémique», expression chère à Monroy.

Pour lui, notre pratique à travers des rencontres avec les patients et leur famille ressemble beaucoup à une scène de théâtre, où il va falloir faire se jouer, ensemble, thérapeutes et clients, les grandes scènes d'une histoire inconnue pour les unes et implicite pour les autres. Elkaïm résume en une phrase la loi générale de cette scène: «Où un symptôme peut être vu comme remplissant une fonction de rétroaction négative dans un système en danger de changement.» Là, donc, la psychothérapie va montrer sa nature: elle «a plus à voir avec une construction mutuelle du réel qu'avec une sorte d'investigation archéologique». Ceci est crucial lorsque ce terme *mythe* est utilisé. Finalement, la nécessité de la thérapie dépend du partage et de la rénovation active d'une mythologie vivante, s'actualisant et s'ouvrant sur un devenir.

La problématique microculturelle de chaque famille fonde l'équilibre et l'évolution de l'identité du groupe de proches, son équilibre et ses différenciations. Des axes de jeu se proposent, modèle temporo-spatial où la réalité des temps et des lieux trace pour chacun des lignes de croissance. Ainsi est-il question, pour Michel Monroy, «d'astres et de champs de forces dans la constellation transgénérationnelle». Les personnages importants et les liens cruciaux concernent directement les difficultés ou rôles manifestés par le patient dès que le mythe familial reflète (ou existe en tant que) «la mémoire partagée des origines». Ses fonctions multiples manifestent sa disponibilité implicite. Le thérapeute le perçoit à travers les rituels, les répétitions de séquences, les rappels à «un ordre au-delà d'un désordre apparent».

Métaphore aussi. C'est la même double figure visible et cachée: «Le thérapeute, en ayant ainsi saisi les fonctions, en extrait un ou plusieurs éléments notoires (un personnage, un rôle, une mission, une dette, etc.) et le réintroduit dans une séquence mobilisable actuelle où il aura lui-même sa place.»

Car il s'agit d'*intervenir*. Tout une partie de l'ouvrage se consacre à ce thème: alliance avec la famille, construction du contexte, hypothèses, occasions et aléas,

3. Robert-Lacaze J. (1984): «Un supplément d'âme pour les soins infirmiers», *L'inter-dit*, Revue de l'A.M.I.E.C., n° 3/4, p. 33.
4. Tilmans-Ostyn E. (1987): «La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande», *Thérapie familiale*, vol. 8, n° 3, pp. 229-246, p. 21.
5. Poisson P. (1988): «Travailler avec des familles non-volontaires», *Thérapie familiale*, vol. IX, n° 4, pp. 331-347, p. 328.
6. Caruso I. (1964): *Contribution à l'étude des concepts de pulsion de mort et d'agressivité chez Freud*, Extrait d'un cycle de conférences tenues à l'Istituto Medico Bogota (Colombie) du 28 septembre au 2 octobre 1964.
7. Selvini M. (1989): «Le terme de JEU est ici pris dans le sens que lui attribue Mara Selvini: Processus interactif dans 'L'anorexie mentale dans une perspective systémique'», *Thérapie familiale*, vol. 10, n° 2, p. 97.
8. Boszormenyi-Nagy I. et Framo J. (1980): *Psychothérapies familiales*, P.U.F., 388 p.
9. Ausloos G. (1978): *Secrets de famille*. Conférence présentée au 6^e Congrès international: Famille et thérapie de Famille, Zurich 26-29 septembre 1979.
10. Abraham N. et Torok M. (1987): *L'Écorce et le Noyau*, Flammarion, 480 p.
11. Harner M. (1982): *Chaman les secrets d'un sorcier indien d'Amérique du Nord*, Albin Michel.
12. Tobie-Nathan (1986): *La folie des autres*, traité d'ethnopsychiatrie clinique, Dunod.

mise en scène, investigation inductrice, processus global de la cure. On suivra pas à pas le schéma des actions curatives, modèle qui s'assouplit à chaque rencontre.

Dans une dernière partie, «repousser les limites», la mort et le sacré peuvent être en bonne logique évoqués. Le théâtre: comédie et tragédie. Le thérapeute: acteur et responsable. Michel Monroy parle aussi de lui-même dans ce qu'il a souhaité devenir un manuel, en quelque sorte. Sa rigueur et la clarté de son propos nous situent dans cette partie des familles où il faut absolument qu'un drame se partage pour se jouer et qu'une vie collective se déchire quelque peu pour se réaliser. Un livre de grande qualité à la fois didactique et spontané, manifestant l'expérience acquise, ses éléments fondamentaux et sa spécificité personnelle.

J.C. Benoit

Fernand SEYWERT: «L'évaluation systémique de la famille», Presses Universitaires de France, 1990. Psychiatrie ouverte: série «module».

A partir d'une revue bien documentée de la littérature, l'auteur nous amène par touches successives à la présentation de sa grille personnelle d'évaluation de la famille. Vient ensuite un petit lexique illustré d'exemples cliniques redéfinissant quelques termes du «jargon systémique».

En effet, dans les deux premiers chapitres, l'auteur s'efforce de redéfinir avec rigueur et clarté chaque concept.

Surtout, l'auteur pose la question cruciale: la nosologie psychiatrique classique centrée sur l'individu est réductionniste et ne paraît plus opérationnelle pour rendre compte d'un fonctionnement d'ensemble mais en même temps il n'existe pas à ce jour de classification unanimement reconnue de la «complexité organisée» qu'est une famille ou un réseau relationnel.

Est relevé aussi le paradoxe inhérent à la connaissance: la nécessité d'une théorie et la toujours relative de cette théorie: «C'est la théorie qui détermine ce que nous pouvons observer» (p. 7).

Les premières typologies familiales reposent paradoxalement sur le type de comportement symptomatique du patient désigné.

D'autres typologies reposent davantage sur les caractéristiques du système et le type de communication verbales et non-verbales entre les membres. L'attention est ainsi portée sur le potentiel de changement et de croissance (Wertheim), sur les styles démocratique, autoritaire ou anarchique (Kantor), sur l'étude de la cohésion et de l'adaptabilité (Olson), sur la flexibilité adaptative et le style interactionnel (Beavers), sur les dimensions relationnelle, de croissance personnelle, de continuité du système familial (Moos), sur les tendances centripètes et centrifuges (Hoffman), et sur la sensibilité au consensus ou à la distance (Reiss).

Les méthodes utilisées sont tantôt basées sur des évaluations intra-personnelles ou interpersonnelles, tantôt sur l'observation de l'unité familiale dans son ensemble. Concrètement, elles prennent la forme de questionnaires type «papier-crayon», de tests projectifs, d'analyse de séquences d'interactions, de propositions de tâches, ...

Au total donc, le lecteur se trouve confronté à une diversité déconcertante de modèles et de procédés pour caractériser le type de congruence entre les besoins du patient et l'attente de la famille.

Au chapitre 4 «De la Théorie à la Pratique», l'auteur en vient à développer sa propre conception de l'évaluation systémique de la famille. Il justifie et introduit chaque dimension à partir d'une analyse des écrits de cliniciens comme Kaufman, Selvini, Elkaim, ... et de travaux théoriques de biologistes et cybernéticiens comme Varela et Prigogine.

La grille d'évaluation se déploie sur trois axes:

1. Evaluation du contexte social.
2. Evaluation du groupe familial.
3. Evaluation des échanges thérapeute-famille.

En conclusion, une «carte» assez subtile pour rester circulaire, mais restant pratique pour nous y retrouver de façon cohérente, d'une part dans le vaste domaine des modèles d'évaluation proposés par la littérature spécialisée et, d'autre part, pour nous permettre d'explorer la richesse du territoire que nous formons avec les familles rencontrées.

On regrettera cependant qu'à aucun moment l'auteur ne prenne de position sur le dilemme et les relations réciproques des évaluations quantitatives et qualitatives. En effet, la question de l'évaluation nous semble être en continuité avec celle de la mesure et des propriétés des mesures (pertinence, validité, fiabilité, reproductibilité interjuge...). Peut-être est-ce dû au fait que la grille personnelle de l'auteur repose sur des questions à visée clinique et de nature essentiellement qualitative?

On regrettera également l'absence de connexion entre le «Petit lexique» et les deux dictionnaires de thérapie familiale récemment parus^{1/2} (A quoi servent les dictionnaires si ce n'est pour s'y référer et ne pas devoir refaire un «Petit lexique» pour chaque travail?)

L'ouvrage est susceptible d'intéresser tant le thérapeute curieux de l'état des lieux sur la question de l'évaluation voire soucieux d'une méta-réflexion sur sa pratique que le lecteur non-initié.

C. Reynaert

¹ Dictionnaire des thérapies familiales: théories et pratiques. Sous la direction de Jacques Miermont, Payot, 1987.

² Dictionnaire clinique des thérapies familiales, J.C. Benoit et al., ESF, 1988.