

LES THÉRAPIES FAMILIALES SONT-ELLES POSSIBLES EN INSTITUTION ?

François Balta *

« Toute société est forcément une société de tensions à l'intérieur des relations de complémentarité ou de hiérarchie, toute société entraîne donc des troubles », a dit le Professeur Bastide.

Et dans ce théâtre troublé du monde, autour du rôle de la folie, diversement distribué et représenté, s'organise le chœur des proches douloureux ou mauvais, et l'héroïque partition des thérapeutes... Les thérapeutes familiaux font depuis peu une entrée bruyante sur cette scène déjà vieille d'expériences où s'agitent famille - malade et institutions.

Je désire ici reprendre d'abord quelques particularités de ces rôles classiques en soulignant seulement quelques points fragmentaires :

- le rôle de la famille en tant qu'institution ;
- celui de l'institution en tant que famille.

Puis, nous tenterons de percevoir la trame de la danse qui se joue entre malade - famille et institution.

Enfin, nous essayerons de penser les modifications que pourrait introduire une approche systémique dans cet ensemble...

(*) Institut Marcel-Rivière. La Verrière, France. Résidence du Cœur-Volagit. Bat. 1, 17 allée des Épinés, 78160 Marly-le-Roy.

La famille en tant qu'institution

Lieu de développement et de socialisation, la famille a pris des formes diverses selon les pays et les époques. Je ne reviendrai pas sur ce qui a été dit de nombreuses fois sur cette variabilité culturelle de la famille et sur la multiplicité de ses définitions.

Pour ce qui nous intéresse ici, la thérapie familiale systémique, je ne veux insister que sur deux points :

C'est d'abord l'intérêt d'une définition « souple » de la famille, définition pragmatique à revoir dans chaque cas ; c'est pour moi le réseau affectif influent, c'est-à-dire bien sûr, ceux qui vivent ensemble, sous le même toit, mais aussi ceux qui, plus ou moins loin, gardent avec l'un ou l'autre de ces membres des relations intenses.

Se limiter à des définitions génétiques, consanguines, risque, et il faut l'avoir en tête, de passer à côté d'autres relations non familiales au sens strict, mais, dirais-je, de l'ordre de substitut familial dans d'autres cas : tel voisin, tel notable, peut avoir une place parentale extrêmement importante et dont il faudra tenir compte.

Dans cette vision « fonctionnelle », la famille n'est pas seulement le petit groupe soudé par le sang, soumis aux crises évolutives naissance - croissance - indépendance - deuil, c'est aussi, et bien plus l'ensemble des rôles tenus à l'occasion par des « pièces rapportées ». On découvrira alors que telle famille apparemment bien « nucléaire » fonctionne en réalité comme une véritable tribu dont l'éclatement géographique n'est qu'une apparence.

Ce sera au thérapeute d'avoir une vision assez souple et pour permettre l'entrée en scène de ces personnages inattendus, et d'en comprendre la fonction d'apparition, tout en en assurant l'accueil.

De cette institution familiale, je veux souligner un autre point : s'il existe des données culturelles communes, il me semble plus sage de considérer, dans l'état actuel de mon ignorance, chaque « famille » comme une sous-culture avec ses règles propres, ses mythes personnels, ses rites, ses lois coutumières.

Le psychiatre se devra alors d'être ethnologue, capable de

s'adapter et de s'allier aux règles de cette micro-culture, d'épouser ses mythes et ses rites.

Je tenais à insister sur ces deux points : la famille est une institution ouverte et elle est une institution singulière.

En ce qui concerne l'institution comme famille

D'emblée, les institutions psychiatriques se présentent elles-mêmes comme des familles soudées autour d'un mythe commun ou des références théoriques ou des méthodes thérapeutiques, avec parfois même un ancêtre fondateur, père de l'institution.

Le vocabulaire psychanalytique a de plus souvent été utilisé pour interpréter au prix d'un réductionnisme familialisant, les rapports des soignants dans l'institution ; on superpose, abusivement souvent, une grille de lecture œdipienne à un contexte de relations socio-politiques.

Quand le « malade » y arrive, dans cette institution, il peut y être reçu dans une « famille d'accueil » ou bien simplement remis d'autorité, comme il est né, à des gens qu'il n'a pas choisis et avec qui il lui faut vivre.

En plus de ces analogies, fortement induites par les façons de parler des relations institutionnelles, et qui, pour superficielles qu'elles soient n'en sont pas moins pesantes, un autre niveau « familial » a été maintes fois décrit dans les rapports du patient et des soignants.

C'est celui de la reconstruction, autour du patient, d'un réseau de soignants qui se surprennent à se modeler, à leur insu, sur la famille du dit patient. Ressemblance d'autant plus douloureuse à repérer qu'elle se fait surtout à reproduire ce que l'on pensait être fait pour l'éviter, justement.

Il faut dire que l'hospitalisation pour « éloignement du milieu familial », indication encore fréquente, exprime bien l'ambiguïté de l'action thérapeutique préconisée : aussi bien la famille que le malade devrait bénéficier de cette mesure d'apaisement d'une situation critique, que l'on reconnaît comme construite de leurs rapports, et qui les tient.

D'où un remaniement à double face :

- l'hôpital va devoir jouer le rôle de la famille autour du patient qui va s'employer à l'y aider, d'ailleurs ;
- et il va jouer, rôle plus souvent inaperçu et négligé, le rôle du patient vis-à-vis de la famille amputée.

Ainsi, d'une patiente qui nous accusait de lui faire les mêmes critiques que sa mère, de lui appliquer les mêmes contraintes, les mêmes sanctions, l'amour en moins, ajouterai-je, pendant que sa mère nous faisait les mêmes reproches d'imperfection et d'incapacité qu'à sa fille.

Nous sommes là à une interface et s'il est connu depuis longtemps le rôle « parental » des institutions psychiatriques pour les patients, l'on refuse de voir, me semble-t-il, le rôle de patient qu'elles tiennent pour les familles. Au mieux, l'institution psychiatrique accepte de jouer aussi pour les parents le rôle de parents, prenant là un rôle de grands-parents (« réparateurs ») dont, par ailleurs, on sait l'importance dans la psychogénéalogie de la psychose.

Nous venons de voir brièvement quelques données concernant les deux groupes, la famille, l'institution, qui vont avoir à se rencontrer par un biais : celui du malade.

De ce dernier, je paraphraserai G. Devereux, parlant de l'enfant : « nous nous sommes fabriqués sur un modèle fictif, une image fictive du « malade » et ensuite nous traitons le « malade » conformément à cette fiction ».

Peut-on approcher cette fiction sans pour autant tomber dans la négation de la souffrance de l'individu qui n'est pas que « patient désigné » comme le rappelait S. Lebovici.

De dégénéré, le malade est devenu la « victime » de son inconscient d'abord, puis d'une mère « schizophrénogène », puis d'un père « absent », avant d'être parfois considéré comme la victime d'un système familial disfonctionnel. De toute façon, le malade reste la victime d'un système de soins qui, même à déplacer d'époque en époque les causalités, ne veut pas le voir comme quelqu'un faisant quelque chose pour ceux qui l'entourent, je veux dire autre chose que subir ou perturber cet entourage.

Victime donc d'une manière linéaire de le voir, le malade va devenir, selon le modèle médical occidental, propriété d'une science, objet d'une étude, d'une observation, d'une investigation, d'un soin.

Le malade en tant que fiction sera accueilli et comme irresponsable et comme objet à traiter.

Pour que la rencontre ait lieu il va falloir que le groupe

familial se remodèle à ce qu'il imagine être la fonction soignante, c'est-à-dire qu'il adapte sa demande au champ fait pour l'accueillir. Il faudra donc, en quelque sorte, transformer les questions que pose l'existence de la souffrance, en maladie.

Il faudra, de plus, présenter un consensus acceptable qui rejoine une autre croyance déjà contenue dans la notion « d'objet à traiter », la guérison est souhaitable, la maladie est néfaste. Chacun ne peut que vouloir sa disparition.

C'est sur cette demande de soins (demande double : être soigné et soigner) que se fonde dès le départ une maladresse qui ne se réparera qu'à travers de douloureux avatars.

L'hospitalisation, à fortiori l'internement, n'opère pas comme le guérisseur qui, par la dénomination, réintègre le « déviant » dans la trame d'une symbolique sociale. Elle lui donne une place, mais une place d'exclu.

L'internement, sous ses formes légales, est d'abord un acte de dépossession : l'autorité du Préfet s'empare d'un individu ou bien la famille le place « volontairement » dans l'institution.

A partir de cet instant, le malade appartient au médecin.

La psychanalyse, à écouter ces malades, a entendu quelque chose du côté de la famille. Mais d'une famille fantasmatique. Et comme longtemps elle a été la seule à les écouter et à se faire entendre, l'attitude face aux parents, à la parenté, a été très imprégnée de cette image fantasmée des rapports familiaux.

Construite sur ces deux axes, l'irresponsabilité du malade et la famille imaginaire, il n'est pas très étonnant que l'attitude des institutions psychiatriques ait été pétrie de rejet, de méfiance, de mise à distance.

D'autant que, (très vite) l'asile devenant hôpital, le gardiennage s'est élevé à la prétention de soin, donc à la rivalité, peu ou prou avouée, avec les parents dont la maladie signait la faillite (génétique ?, éducative ?, affective ?) après en avoir incarné la dégénérescence.

La famille privée de son symptôme (c'est alors l'hospitalisation qui tient cette place), le symptôme privé de son contexte (c'est l'hospitalisation qui va devoir le devenir), la situation devient alors extrêmement complexe.

Il va falloir mettre en œuvre des outils adaptés à cette complexité...

Il me semble que c'est sur ce terrain que se sont dévelop-

pées thérapie institutionnelle et psychothérapie institutionnelle sur la base d'une approche issue de la sociologie d'une part, de la psychanalyse d'autre part.

De cette dernière, valorisée à l'extrême dans certaines institutions, viennent un certain nombre de croyances plus souvent affirmées qu'adaptées à cette situation hospitalière.

- la suprématie de « l'écoute » ;
- l'importance de l'émergence de la demande ;
- l'aseptie nécessaire autour de la thérapie dans une démarche qui tente de reconstruire un contexte de « cure-type » ; au détriment de la situation, et du voir, du faire, de l'interagir.

A la lecture des divers écrits sur ces avatars des relations hôpitaux psychiatriques-familles, il semble que les questions stratégiques sous-tendant les pratiques rapportées sont au nombre de trois :

- 1) comment obtenir des informations de la famille ?
- 2) comment « neutraliser » ces familles dont on constate si souvent qu'elles font « rechuter » le malade, qu'elles détruisent le résultat d'efforts thérapeutiques laborieux ?
- 3) comment amener cet entourage pathogène à se reconnaître lui-même souffrant, malade et donc demandeur à son tour de soins ?

Je ne m'attarderai pas sur ces stratégies dont les exemples sont nombreux et souvent couronnés de résultats (enquête familiale, groupe de parents et même certaines entrevues familiales).

Elles me semblent toutes issues des mêmes préjugés : le malade est une victime (de sa famille), la guérison est son bienfait et le thérapeute son propriétaire.

Nous retrouvons en filigrane ces prémices derrière les six doubles liens qui circulent dans les relations famille - patient - thérapeute tels que les décrit J.-C. Benoit.

L'accord sur la nécessité d'un soin est loin d'être équivalente à un projet thérapeutique commun élaboré entre les différents partenaires de l'entreprise.

Et dans cette aventure thérapeutique, l'on rencontre de part et d'autre les mêmes sentiments d'incompréhension, de rejet, d'attente anxieuse, de ressentiments... et de souffrance qui se maintiennent les uns les autres, se renforcent et se circularisent.

Quelle place peut avoir dans ce contexte la thérapie familiale ?

L'ouverture des lieux de soins, leur « décentralisation », la création de « structures intermédiaires », s'inscrivent dans un contexte d'évolution sociale plus global fait de responsabilisation, de participation et de droit des usagers à un certain contrôle.

Dans ce mouvement, la présence des familles ne peut que se faire de plus en plus grande. L'on ne pourra plus trop longtemps, sans se faire accuser d'abus de pouvoir, fermer la porte au nez des personnes jugées inopportunes, interdire les visites, imposer des pseudo-séparations non expliquées.

Il y a déjà quelques années que d'aucuns ont aménagé des lieux d'accueil, des « sas » familiaux, des réunions pour les parents.

Un petit pas de plus a été franchi en imposant la présence de l'hospitalisé lors de la rencontre famille-thérapeute.

Mais ça commence à se savoir qu'il ne suffit pas de recevoir les familles pour faire de la thérapie familiale.

Et même, qu'en faire, ça peut se faire de bien des façons différentes.

Déjà, le terme de « thérapie familiale » porte en lui-même le risque d'infléchir les pratiques dans un certain sens : celui de la nécessité d'arriver à poser l'indication de ce type de traitement et donc de modeler, de travailler, la situation de départ pour qu'elle se transforme en demande de thérapie familiale.

Ce premier travail fait, l'on se retrouve directement branché sur ce qui est une tendance en train de se concrétiser : la création de « départements de thérapies familiales ». On ajoute ainsi un plat de plus à la carte déjà bien fournie des thérapies à suffixe ou à préfixe : chimio - socio - psycho - art - ergo... comportementale, analytique.

Dans cette optique, la thérapie familiale se réduira à une technique (de plus) avec en corollaire un nouveau pouvoir, de nouveaux mandarins et un nouvel objet pathologique. C'est neutraliser les implications sociales et politiques d'une approche systémique.

Déjà, avec cette vision limitée et circonscrite, les résistances à son introduction sont nombreuses. Nourries parfois

par l'efficacité proclamée de ces pratiques, qui éveillent chez les uns la crainte de perte de clientèle, chez d'autres celle de remettre en questions et leurs croyances et leurs pratiques, chez d'autres encore celle d'un raffinement plus subtil de contrôle social. Craintes qui ne sont pas qu'imaginaires, il faut le souligner.

Mais cette « départementalisation » des thérapies familiales est peut-être aussi une façon d'éloigner des institutions, qu'elles soient asilaires ou sociothérapeutiques, la portée d'une conception systémique de ce qui est appelé « malade mentale » ?

Car conception et pratique systémiques menacent toute la construction de notre façon de voir les problèmes de santé mentale.

Tout en effet est construit sur une conception individuelle de la maladie et sur le maintien de cette fiction, la seule visible pourtant et irréfutable : l'individu. Il n'y aurait rien à redire à cela, d'ailleurs, si l'individu « malade » n'était pas fait de par nos lois et nos usages, un individu *isolé*, « confié » au spécialiste, comme un objet au réparateur.

Ceci nous imprègne malgré nous et c'est à vouloir en sortir que l'on en mesure les limitations :

- code de déontologie avec sa définition du « secret » ;
- tradition du « colloque singulier » ;
- recommandation expresse de la loi de 1838 interdisant au médecin de signaler dans ses certificats les choses qu'il aurait pu remarquer dans l'entourage du malade ;
- interdiction de la présence d'enfants mineurs dans les hôpitaux ;
- absence de lieux prévus et conçus pour l'accueil et la visite des proches ;
- impossibilité d'hospitaliser les personnes considérées comme « saines » sans leur donner d'abord un statut de « malade » aux yeux de la Sécurité Sociale ;
- absence de reconnaissance officielle des entretiens familiaux comme acte thérapeutique ; ils ne sont que de l'ordre de la civilité ou de la visite de politesse et d'information ou déguisés en consultations multiples.

Ce qui fait l'identité de l'individu, ce qui la nourrit jour après jour, ce sont ses relations.

Le thérapeute systémique ne fait que tenir compte de cette banalité et d'en tirer les conclusions pratiques qui en découlent :

- comprendre le contexte pour comprendre les fonctions du symptôme ;
- s'appuyer sur ce contexte tout au long de son travail ;
- accompagner ce qu'ils font tous ensemble, leurs ratages, leurs tentatives, leurs essais
- être lui-même, le dit « thérapeute », partie de cet ensemble, partie mobilisatrice et permissive si possible, sensibilité offerte tout autant que savoir en recherche ;
- savoir que si, dans une famille, les rapports de pouvoir sont essentiellement psycho-affectifs, il n'en est pas de même des structures sociales d'autre type : entreprises, quartiers... et que là c'est d'une action politique qu'il s'agit, action où il n'a à se substituer ni aux intéressés, ni aux tyrans en place, aurait-il la tentation de s'en croire un meilleur.

Dans ces conditions, envisager l'introduction des thérapies familiales dans les institutions psychiatriques est sans doute, à y réfléchir, une question mal posée, qui mène à une réponse de type départementalisation.

Les questions seraient plutôt de savoir si nous les psy. de tous ordres qui vivons de ces relations soignants-soignés, pouvons supporter la remise en question de notre identité que suppose, qu'impose, l'approche systémique de la maladie mentale.

La question est aussi de savoir si cette nouvelle identité de soignants sera suffisamment motivante pour qu'une lutte politique dans nos institutions s'établisse et fasse que cette crise nous donne non l'impression de mourir, mais celle de renaître.

Mai 1982.

BIBLIOGRAPHIE

- Annales de psychothérapie* - T. 2 - Supp. n° 3 - 1971
- Thérapie du Couple et de la Famille.
- LXX^e Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française* -
Tunis - 1972
- Michel Demangeat et Jean-François Bargues
« Les conditions familiales de développement de la schizo-
phrénie ».
- Annales de psychothérapie* - T. 4 - n° 7 - 1973
- Thérapie familiale et psychiatrie adulte.
- Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*
- n° 2 - 1974
- Demangeat M. « Familles d'adultes psychotiques et institu-
tions soignantes »
- Lebrun J.-P. « Familles d'enfants psychotiques et institu-
tions soignantes ».
- Psychiatrie française*
n° 2 avril-juin 1981 : Diversité de l'abord familial en
psychiatrie
- J.-Cl. Benoit « Présentation, analyse et système »
- S. Lebovici « Thèses et perspectives psychiatriques de
l'abord familial en psychiatrie »
- Ph. Caille « Thèses et perspectives systémiques de l'abord
familial en psychiatrie »
- Table ronde : communications
- n° 3 juillet-septembre 1981 : Séances de communication
- E. Levy - H. Pinet - R. Blachon - G. Benichou - R. Foucher
« Mythes institutionnels et thérapie familiale »
- Jeannet Ph. « Questions sur les thérapies familiales et
perspectives systémiques ».
- Cahiers critiques de thérapie familiale et pratique de réseaux*
n° 1 :
- Elkaim M. « Système familial et système social » (n° 1)
p. 55-63 ;
- Guattari F. « A propos de la thérapie familiale » (n° 1)
p. 65-67 ;
- *Psychiatria Democratica* « Thérapie familiale à prendre »
(n° 1) p. 67-69 ;
- Cooper D. « Autres propos sur la thérapie familiale » (n° 1)
p. 69-73.
- n° 2 :
- Elkaim M. « Défamiliarsier » la thérapie fami-
liale - De l'approche familiale à l'approche socio-poli-
tique p. 6-17 ;

- Onnis L. « La thérapie familiale dans les institutions et dans les services territoriaux : utilité et limite » p. 39-50 ; n° 4/5
- Onnis L. « Approche systémique et travail dans les institutions publiques : nouvelle technique ou méthode de changement ? »
- Scandariato R. « La violence dans les relations famille société », p. 105-109.

Thérapie familiale - Genève :

- Collomb H. « Pour une psychiatrie sociale », Vol. 1 - 1980 - n° 2 - p. 99-108 ;
- Guitton Cohen Addad C. « Réalité systémique familiale et dépsychiatisation » - Vol. 1 - 1980 - n° 4 - p. 367-379 ;
- Guitton Cohen Addad C. « Comment et pourquoi démarrer des thérapies familiales en institution ? », Vol. 2 - 1981 - n° 4 - p. 257-263.
- J.-Cl. Benoit « Les doubles liens » - P.U.F. - 1981.