

# Prévention et réseaux de solidarité

**Avec les services de santé mentale de Flémalle (Belgique), sept années de travail social qui tiennent compte des dimensions politiques, écologiques qui composent le contexte des interventions thérapeutiques, sans négliger la reconnaissance et la gestion des réseaux d'usagers.**

74 Le groupe familial n° 133 - 10/91

Jean-Marie Lemaire

**E**N 1989, nous proposons une journée de réflexion sur le thème : « Aux frontières de l'identité : l'intervenant psychomédico-social d'un service de santé mentale où consultent les familles. »

Nous avons en effet mis en place depuis 1984 dans les services de santé mentale de Flémalle, Huy et Comblain, une possibilité d'affiner notre travail clinique avec les usagers en comptant parmi nos références les propositions d'Ivan Boszormenyi-Nagy selon lesquelles « *ce ne sont pas les principes thérapeutiques de la pensée systémique qui constituent l'innovation la plus importante — même si ceux-ci sont indispensables — mais bien la nouvelle éthique du contrat thérapeutique implicite selon laquelle la famille sera considérée et traitée dans sa totalité. Ce contrat éthique stipule en effet que le thérapeute tiendra compte de toute personne — même absente — pouvant être influencée par la thérapie.* »

Si nous tenons compte de toute personne — même absente — pouvant être influencée par la thérapie, nous tiendrons également compte de toute personne — même absente — pouvant influencer la thérapie. Nous voyons dès lors que les dimensions politiques et écologiques devront faire partie des préoccupations quotidiennes de l'intervenant psychomédico-social exerçant

Le Dr Jean-Marie Lemaire, psychiatre, est directeur de l'Institut liégeois de thérapie familiale, directeur du Service de santé mentale de Flémalle, membre de « L'European family therapy association », conférencier à la Faculté de psychologie de l'université de Liège.

des activités préventives et curatives en service public.

Dans la grande complexité des contacts multiples, nous nous sommes habitués à faire tant de choses en peu de temps, que nous prenons le risque de les faire incomplètement. Mieux, nous nous sommes habitués à faire beaucoup de choses en nous appuyant sur les capacités de gestion et sur les ressources évolutives :

— des usagers structurés en réseaux naturels,

— des autres institutions, nos pairs, faisant partie du réseau d'intervention qui s'est construit autour des usagers, et également

— des responsables politiques qui prennent une place importante dans la gestion de ces réseaux.

Les expériences vécues dans ces différents territoires où nous assurons un travail psychiatrique ambulatoire pluridisciplinaire, semblent indiquer combien il est important d'inclure la recherche du contact avec les responsables de la politique territoriale parmi les préoccupations constantes de l'intervenant psychomédico-social de service public.

Notre expérience personnelle nous encourage d'autant plus que *jamais nous n'avons rencontré de responsable politique territorial qui soit resté indifférent à des opportunités de contacts constamment renouvelées.*

Notre recommandation aux intervenants psychomédico-sociaux dans ce domaine serait d'être plus attentifs à la structuration des canaux de communication plutôt qu'aux contenus qu'ils vont véhiculer. Nous pourrions peut-être même ajouter qu'il est parfois préférable d'éviter des thèmes trop brûlants qui engagent plus à l'action qu'à la réflexion.

Le dialogue entre intervenants et responsables politiques territoriaux fait partie des sujets essentiels que nous abordons dans les

cycles de perfectionnement au travail relationnel en service public qu'animent en association le service de santé mentale du CPAS de Flémalle et l'Institut liégeois de thérapie familiale.

## Les édiles, les mal lotis, les soignants en action

L'objectif fondamental de notre attitude est avant tout la révélation ou la création d'un espace que Sylvia Soccorsi et Gianfranco Palma décrivent comme suit : un système-institution composé de deux niveaux, le niveau du système, le niveau du métasystème.

Faisons une analogie avec l'école. Si l'on veut parler de l'institution-école, nous devons prendre en considération un ensemble d'interactions entre ministère de l'Instruction publique, enseignants, élèves, qui définit un système d'un ordre supérieur, dans la mesure où il contient le système école dans son acception courante.

Le passage de niveau, du système au métasystème institution, souligne l'inclusion de l'élément politique qui, bien qu'il ne soit pas immédiatement identifiable, fait partie de la réalité d'une institution.

Si nous transposons cette façon de voir au Service de santé mentale, nous voyons que l'élément politique fait partie du métasystème que les auteurs appellent « service psychiatrique », où politiques, intervenants et usagers sont en interaction.

Par rapport au paramètre espace, le domaine dans lequel se réalisent les interactions entre le responsable politique, l'intervenant et l'utilisateur est la circonscription (pour nous la commune), c'est-à-dire un territoire précis, significatif pour la communauté, en tant que référence de vie, de rapports sociaux, d'initiatives politiques, d'organisation des services.

Le groupe familial n° 133 - 10/91

75

Les finalités du système « service psychiatrique » sont la prévention, la guérison, la réhabilitation du malade mental. Le dialogue entre intervenant et responsable politique est un élément essentiel pour que de telles finalités soient évolutives. Dans le cycle vital d'un système, le passage d'une phase à la suivante n'est possible que si une modification du rôle acquis intervient, donc qu'une redistribution des fonctions réciproques est possible.

La recherche constante d'ouverture et de communication avec les responsables politiques territoriaux compte, à notre avis, parmi les attitudes les plus utiles pour libérer les capacités d'évolution :

- du système service psychiatrique,
- dans le même temps celles du réseau psycho-médico-social territorial et,
- celle des réseaux naturels de solidarité.

C'est dans de tels espaces que prennent place les débats les plus significatifs sur l'éthique de nos interventions. C'est de cette façon que nous avons l'opportunité d'établir des rapports évolutifs avec l'utilisateur et que nous diminuons le risque constant de transformer le sujet de la demande en objet de l'action.

Ces préliminaires, extraits d'une communication faite aux États généraux de la Santé mentale (Namur, 1991), sous le titre « Santé mentale et politique communale », plantent le décor où se déroulent les interactions que nous allons décrire.

Considérons le réseau psycho-médico-social comme un ensemble de filières de collaborations dans lequel chaque intervenant est susceptible de jouer le rôle de porte d'entrée.

Dans son mandat d'intervenant médical, psychologique, ou social en service public, chacun d'entre nous propose une réponse aux besoins supposés des usagers. Notre identité est définie d'abord par le service qui

nous emploie, ensuite par la technique que nous y exerçons, et cela au contraire du professionnel privé, dont l'identité propre et la technique privilégiée apparaissent simultanément et explicitement sur une plaque fixée à la façade de l'immeuble qui loge ses activités et dans un annuaire téléphonique.

L'utilisateur en détresse ne fait pas, pour diverses raisons, le choix d'un interlocuteur privé clairement identifié. Il devra, pour rencontrer un intervenant du réseau public, adapter sa demande à la proposition de réponse définie par le service qui emploie l'intervenant. Ce sera à la mesure du degré d'adaptabilité des deux partenaires dans l'effort pour la définition de soi que pourra — ou ne pourra pas — s'installer un certain degré de cohérence entre demande et réponse.

Sur l'un des territoires cités plus haut, un service de santé mentale a longtemps proposé aux usagers une réponse unique sous la forme de la consultation de logopédie (orthophonie). Trois logopèdes (orthophonistes) y travaillaient à plein temps. Combien d'enfants « gauchers visuels » ont-ils été le prétexte de rencontres où la demande d'intervention ortho-pédagogique couvrait une série impressionnante de besoins informulés.

### Reconnaître les besoins informulés

Quelques années plus tard, nous analysons une telle rencontre en considérant l'intervenant comme porte d'entrée du service. Il en dessinerait lui-même la serrure ad hoc, en demandant par là même à l'utilisateur d'adapter sa demande clé à la forme de la serrure. Il sélectionne et ne laisse circuler entre lui et l'utilisateur que la partie formulée d'un ensemble de besoins informulés.

Une telle attitude ne pouvait que nous paraître insatisfaisante dans la mesure où nous savions que plus de 70 % des demandes qui nous étaient adressées concernaient des situations de détresses multiples, tant sociales que psychologiques.

Le concept de « délégation\* » (Stierlin, 1977), reformulé dans le contexte de la consultation en service public, offrait à notre travail un éclairage théorique décisif.

Si nous considérons d'abord la définition classique que nous offre le Littré, il faut remarquer que la nature ambiguë de la notion reflète bien celle du phénomène : *Délégation, commission qui donne à quelqu'un le droit d'agir au nom d'un autre.*

L'ambiguïté réside dans une dualité paradoxale : « délégation » fait à la fois référence à la séparation, puisque quelqu'un agira au nom d'un autre, sans que la présence de cet autre soit nécessaire. Dans le même temps, la notion affirme la nécessité du renforcement des liens de confiance qui unissent les deux partenaires.

« Délégation » -de-leg-ation- révèle la notion de « legs », la partie dont l'un des partenaires se sépare, dont il devra faire le deuil ; et dont l'autre hérite et de laquelle il devra prendre soin dans le respect des intentions du premier.

Dans la demande, l'utilisateur délègue la gestion d'une difficulté devant laquelle il est en échec à un intervenant qui propose une réponse.

Usager et intervenant vont se définir autour de ces deux notions : d'une part le « legs » et le « deuil » de ce dont l'utilisateur se sépare, d'autre part la confiance qui unit les deux partenaires dans l'élaboration d'un processus relationnel dont les bénéfices sont équitablement répartis.

Le travail d'intervenant psycho-médico-social en service public nous met en pré-

sence de trois types ou classes de délégation : la délégation massive, la délégation multiple, la délégation discriminée.

*La délégation massive* prend place lorsque l'utilisateur délègue la gestion de détresses multiples dans une demande ponctuelle et technique. La délégation privilégie alors des supports sémantiques du registre analogique plutôt que digital et interpelle l'intervenant à un niveau émotionnel élevé. Nous rencontrons ce type de délégation dans les services sociaux. L'utilisateur formule une demande adaptée à l'offre de ce service. Par exemple, cette mère qui demande, dans un service communal, une aide scolaire pour son enfant, prescrite par un autre service, sans mentionner que sa situation économique est dramatique, que son compagnon est toxicomane, qu'un autre enfant est encoprotique et qu'elle-même sort d'une hospitalisation après plusieurs tentatives de suicide.

### Les usagers en détresse errent...

A travers la demande originale et ponctuelle transitent tous les deuils et toutes les angoisses des besoins informulés, circule une série de délégations indistinctes et peu accessibles à la négociation.

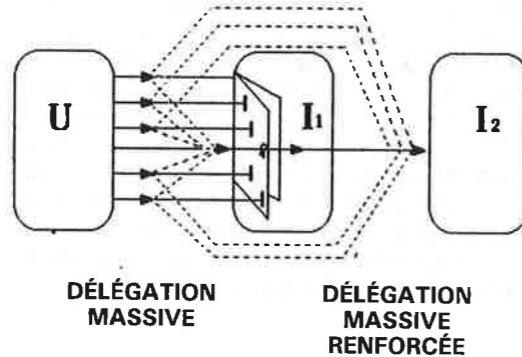
La simplification extrême de la demande peut être fortement renforcée par le type de relais qu'effectuera le service intermédiaire. La délégation massive est transmissible d'un intervenant à l'autre, le premier interpellé pouvant à son tour déléguer massivement la gestion d'une situation qui le dépasse à un deuxième, qui se retrouve lui aussi confronté au même phénomène.

Cela rend compte du fait que certains usagers en détresse circulent de service en service, en modifiant à chaque porte et à chaque serrure la formulation de leur

demande, mais sans la resituer jamais dans sa complexité contextuelle.

Les interventions se multiplient, augmentent chez l'utilisateur le morcellement de sa détresse, et rendent de plus en plus précaires les occasions de lui restituer, comme sujet, la coordination des interventions dont il risque de devenir l'objet.

Nous illustrons le phénomène par le schéma ci-dessous.



Dans la délégation massive, c'est la compétence technique de l'intervenant qui est avant tout reconnue : celle pour laquelle il a été engagé, celle que confirme son diplôme. Nous l'appelons « compétence C I ». Cette compétence nous semble insuffisante pour exercer une fonction dans un réseau psycho-médico-social public. En effet, selon nous, ce type de travail requiert en outre la compétence d'utiliser la relation qu'établit l'utilisateur pour favoriser l'évolution essentielle permettant de substituer à la délégation massive un autre type de délégation :

La *délégation multiple* prend place lorsque l'utilisateur peut identifier la multiplicité de ses besoins, peut supporter les multiples deuils liés à la multiplicité d'échecs, de besoins et de délégations conséquentes.

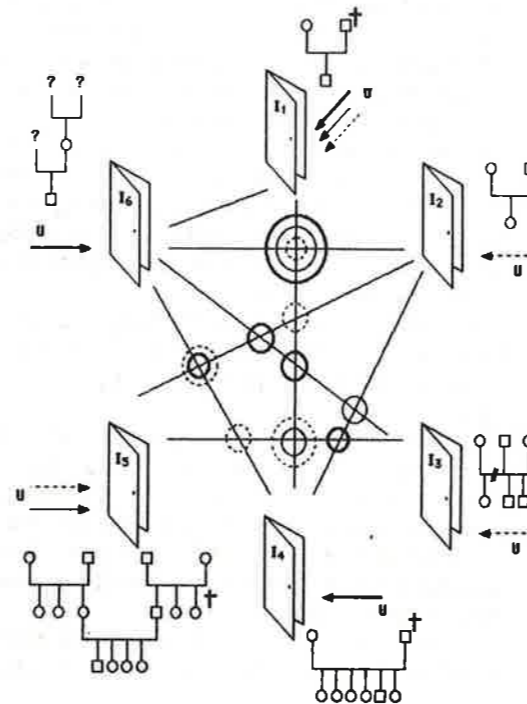
La compétence C II exige que l'intervenant soit attentif à toutes les occasions de prendre en considération les efforts de l'usa-

ger, veille à établir un diagnostic des ressources sur lesquelles s'appuieront ses interventions et celles de ses pairs.

La délégation multiple est une étape critique dans la mesure où la formulation de ses différents besoins met l'utilisateur dans une relation de dépendances multiples. Celles-ci pourraient mettre en péril son autonomie à moins que le dialogue avec l'intervenant ne constitue le point de départ d'un processus de croissance. Cela préfigure l'étape ultérieure :

La *délégation discriminée*, c'est-à-dire l'étape où peut s'établir la hiérarchie des besoins. Elle permet alors l'identification des

→ DÉLÉGATION MASSIVE  
 → DÉLÉGATION MULTIPLE  
 → DÉLÉGATION DISCRIMINÉE



différents partenaires susceptibles d'établir des relations au sein desquelles la réponse aux besoins participe à un processus de croissance. La coordination de ce processus sera, cette fois, l'œuvre de l'utilisateur.

Cette étape sera possible grâce à la compétence C III de l'intervenant, qui lui permet d'organiser, avec l'utilisateur, une répartition des différentes délégations vers les différents partenaires du réseau.

Si chaque intervenant d'un réseau psycho-médico-social est en possession de ces trois compétences, chaque porte d'entrée du réseau, chaque carrefour des filières de collaboration seront autant d'occasions d'impliquer l'utilisateur sujet dans la gestion des processus d'intervention mis en place en réponse à ses demandes.

### Thérapeutique et éthique

L'apport de Nagy est essentiel pour au moins deux aspects de ce travail de réseau : la formation des intervenants, et la prise en considération de toute la famille dans un contrat *thérap-éthique*.

La formation doit mener l'intervenant à considérer le dialogue comme base essentielle de la définition de soi, comme autant d'occasions de croissance : « *Je deviens à travers ma relation au TU ; lorsque je deviens JE, je dis TU. Toute vie est rencontre.* » (Nagy se référant à Buber.)

Le deuxième aspect est celui de l'intégration des apports de l'approche systémique dont nous parlions dans nos préliminaires :

« *Ce ne sont pas les principes thérapeutiques de la pensée systémique qui constituent l'innovation la plus importante — même si ceux-ci sont indispensables —, mais bien la nouvelle éthique du contrat thérapeutique implicite selon lequel la famille sera considérée et traitée dans sa totalité. Ce contrat*

*éthique stipule en effet que le thérapeute tiendra compte de toute personne — même absente — pouvant être influencée par la thérapie* » (cité par Heireman, 1989).

Ces notions introduites dans le réseau psycho-médico-social tel que nous l'avons décrit, considérant politiques, usagers et intervenants comme partenaires à part entière, ouvrent des horizons plus larges.

A chaque étape dans l'évolution des délégations, celles-ci seront considérées dans les rapports qui les unissent aux délégations existant déjà entre les membres de la famille.

Grâce à cette attitude, l'intervenant est considérablement soutenu dans sa quête des ressources, non seulement chez l'utilisateur, mais aussi chez ses proches présents ou absents, qui peuvent ou qui auraient pu participer à la réponse au besoin.

Dans cette mesure, toute intervention se situe, non plus vis-à-vis d'un usager isolé, mais vis-à-vis de l'utilisateur dans son contexte.

C'est sur cette notion de contexte que nous nous proposons en même temps de conclure et d'ouvrir le dialogue autour de la pensée de Nagy.

Par « contexte », on entend le fil organique entre ceux qui donnent et ceux qui reçoivent, qui forme une toile de confiance et d'interdépendance. Le contexte humain embrasse les relations actuelles d'une personne autant que son passé et son avenir. Il est constitué de la totalité de tous les grands livres d'équité dans lesquels les mérites et les obligations de telle personne sont enregistrés. Son critère dynamique relève de la considération de la réciprocité de donner et de recevoir\*.

Du point de vue éthique et existentiel, ce contexte n'est pas simplement le tissu d'un environnement particulier ; il est la matrice des motivations, des options et des droits.

Il constitue une notion syncrétique plutôt que particulière : dans le contexte, différentes fonctions fusionnent ; il recèle une multitude d'aspects (cf. les quatre dimensions de la réalité relationnelle\*). Il appartient à la nature du contexte d'être orienté vers les conséquences. ■

### Bibliographie

- BOSZORMENYI-NAGY (I.), FRAMO (J.L.) (eds) — *Intensive family therapy : Theoretical and practical aspects*, New York, Harper and Row, 1965 ; BRUNNER/MAZEL, 1986. Trad. française : *Psychothérapies familiales. Aspects théoriques et pratiques*, Paris, Puf, 1980.
- BUBER (M.) — *I and Thou*, 2<sup>e</sup> Édition revue avec postface de l'auteur. Traduit par A.G. Smith, New York, Siwbners, 1957.
- DESPRET (V.) — *Introduction à la thérapie contextuelle de I. Boszormenyi-Nagy in Revue d'Action sociale*, 1990, 6, pp. 24-27.
- HEIREMAN (M.) — *Du côté de chez soi*, Paris, ESF, 1989.
- SOCCORSI (S.), PALMA (G.) — « Il disagio dell'operatore : Punto di partenza per una ristrutturazione dei servizi psichiatrici », in *Terapia familiare*, vol. spec. (progressi di tecnica relazionale).
- STIERLIN (H.) — *Psychoanalysts and family therapy*, New York, Janson Aronson, 1977.

## Où en est l'approche contextuelle en France ?

**Auteur dès 1967 du premier programme de formation à la thérapie familiale en Europe, Nagy est resté longtemps méconnu. En France, il a fallu attendre 1980 pour que paraissent les premières traductions de ses œuvres. Un long chemin a été parcouru depuis.**

Annie Garrigues

**D**EPUIS de nombreuses années, Ivan Boszormenyi-Nagy s'est préoccupé de la qualité de la formation en thérapie familiale, et, dans ce domaine, c'est un pionnier, puisque dès 1967 il organise avec deux de ses associés (D. Rubistein et G. Zuk) le premier programme de formation à la thérapie familiale, hors des États-Unis, à Leyden, en Hollande. Ce pays allait devenir l'un des plus actifs et des mieux informés dans ce domaine en Europe comme le montre le livre d'A. Van Heusden et E.M. Van Den Eerenbeemt *Balance in Motion*.

En Suisse, c'est dans le cadre du « Centre d'étude de la famille », du Pr L. Kauffman à l'hôpital de Cery (Lausanne) que sont organisés annuellement des séminaires de deux jours où Nagy rencontre une famille et développe sa recherche et sa méthode à partir de ces entretiens.

En France, l'intérêt pour la thérapie familiale est plus tardif (à partir de 1978) marqué par une coupure importante entre un courant systémique et un courant analytique. La théorie systémique fondée sur les recherches de P. Watzlawick et la méthode de M. Selvini se présente comme l'alternative à la psychanalyse.

Dans cette situation, les travaux de Nagy sont méconnus. Par exemple, un article de Y. Rey et coll. sur le *rituel thérapeutique* déforme les conceptions de Nagy et le considère comme un disciple du paradoxe et des prescriptions selviniennes. Les premières traductions d'ouvrages traitant de la thérapie

Annie Garrigues est infirmière de secteur psychiatrique et thérapeute familiale.