

THÉRAPIES FAMILIALES, GOUVERNANCES TYRANNIQUES ET GOUVERNANCES RESPONSABLES

Jacques Miermont

Jacques.miermont@wanadoo.fr

Les thérapeutes familiaux se réclamant du courant cybernétique et systémique n'ont pas utilisé les concepts de pilotage ou de gouvernance dans leur travail. La nature de leur démarche, tant avec les patients et les familles qu'avec les réseaux sociaux dans-lesquels elles s'insèrent, leur interdit de concevoir les processus thérapeutiques comme relevant d'un contrôle qui les positionnerait dans une place hiérarchique haute. Ils apprennent à l'inverse, jour après jour, à prendre une position « complémentaire basse » dans l'interaction. Ils ont à faire face à une gouvernance tyrannique, celle des symptômes liés à des pathologies lourdes et complexes, qui aliènent les patients, et envahissent les familles et les équipes de soins.

Non seulement, les thérapeutes familiaux se doivent d'être au service des patients, de leurs proches, des équipes de soins, mais ils doivent tenir compte des systèmes administratifs et politiques dont ils dépendent. C'est dans ce contexte que la notion de gouvernance responsable reprend ses droits, avec tous les aléas et les avatars des articulations entre projets thérapeutiques et projets socio-politiques concernant les objectifs de la santé.

1. Pouvoir et psychothérapie

a. Le pouvoir du « kybernetes »

Au fur et à mesure que se complexifient les systèmes auto-organiseurs, les fonctions de pilotage, de gouvernance, d'intendance se sont différenciées et articulées, comme en témoigne l'étymologie du terme kybernetes.

L'équipage a évolué selon les époques de l'Antiquité, et selon les types de navire (informations aimablement communiquées par Anne Le Bris) :

1. Dans la marine de guerre :

Sur les vaisseaux archaïques, le commandant était le kybernetes, il n'y avait personne au-dessus de lui.

À l'époque de la trirème (Ve siècle) apparaît un nouveau personnage, supérieur du kubernetes, le trierarchos, chef de la trirème, du moins formellement. En effet, s'il est resté le capitaine réel du navire dans certaines régions, il est devenu dans beaucoup de cas simplement le pourvoyeur de fonds et ne voyait jamais l'intérieur du bateau, laissant le commandement entièrement entre les mains du kubernetes.

À l'époque hellénistique, on a le trierarchos, puis l'epiplous (capitaine en second), qui remplace le trierarchos quand celui-ci ne commande pas personnellement le bateau. Le kubernetes est alors un « executive officer » et un officier de navigation et son poste est à la poupe.

À Rome on a le trierarchus qui commande toujours, à présent, le bateau, et le gubernator (même rôle que le kubernetes des bateaux hellénistiques).

2. Dans la marine marchande :

Le naukleros (propriétaire du bateau) n'était généralement pas le capitaine, il embauchait un capitaine professionnel qui commandait entièrement le bateau. Ce capitaine était appelé

kybernetes, ou gubernator à Rome.

Ces références aux systèmes hiérarchiques, à partir de l'étymologie du terme même de « kybernetès », nous renvoient, en tant que thérapeutes, à toute une série de réaménagements, voire de déconvenues par rapport à la question du pouvoir. Déjà, le terme de « control », dans le sous-titre de l'ouvrage princeps de N. Wiener, « Cybernetics », faisait problème. En quoi l'influence que le thérapeute peut avoir sur un processus de régulation, en termes de feedback, de causalité circulaire, devient-il un contrôle ?

b. Le pouvoir du thérapeute

Ces questions ont donné lieu à des oppositions entre G. Bateson et J. Haley concernant l'interprétation des processus pathologiques ou thérapeutiques en termes de pouvoir. Pour J. Haley et les tenants des thérapies stratégiques, le symptôme est la résultante d'un conflit de pouvoir au sein de la famille. Le thérapeute cherche à reprendre le pouvoir par ses initiatives actives, relevant d'injonctions paradoxales, de prescriptions du statu quo et du symptôme, censées fonctionner comme le moteur du changement. Or, même si l'on trouve sous la plume de G. Bateson la notion de pathogenèse familiale, pour lui, « l'idée de pouvoir corrompt », elle renvoie à une épistémologie erronée : la perspective qu'il propose distingue nettement le point de vue déterministe, qui analyse les phénomènes en termes de causalités mécanistes cherchant à réduire le macroscopique au microscopique, et le point de vue cybernétique, reposant sur la prise en compte des informations circulant dans des hiérarchies contextuelles. Or l'analyse des relations en termes de « pouvoir » renvoie à des « rapports de forces » liés à un jeu de causes et d'effets entre protagonistes d'une interaction : cette version réductionniste de la cybernétique mérite d'être articulée à d'autres points de vue. D'une part, on peut souligner que la « causalité formelle » inhérente aux processus dynamiques n'est pas de même nature que la « causalité mécanique » ou « efficiente ». D'autre part, la cybernétique, vue sous l'angle des dimensions contextuelles complexes des interactions, peut inciter le thérapeute à prendre conscience des multiples restrictions qui limitent son influence.

Sur le plan thérapeutique, M Bowen a pris une position nettement plus limitative concernant la nature de l'intervention auprès du patient et de sa famille que dans le courant stratégique. Il élargit le concept de transfert à celui de relation thérapeutique, qui pour lui est le traitement universel des maladies émotionnelles. L'introduction d'un tiers significatif dans un système de relation marqué par l'anxiété ou les perturbations a la capacité à modifier les relations dans le système. M. Bowen préfère parler de modification plutôt que de changement. Le thérapeute assure une sorte de drainage de la tension relationnelle ; si l'intensité de son implication avec le patient risque de provoquer un retrait émotionnel vis-à-vis de sa famille, celle-ci peut devenir plus perturbée. Si l'utilisation du langage peut conduire au déni des réponses émotionnelles automatiques qui sollicitent les cinq sens et la cénesthésie, ces dernières apparaissent fondamentales dans le processus de triangulation pathologique et de restauration thérapeutique. Dès qu'un thérapeute établit un contact émotionnel avec une famille, il fait partie du système, modifie le processus de triangulation et peut contribuer à une détriangulation. La thérapie est centrée sur la différenciation des selfs, par l'aide apportée aux membres de la famille de se dégager des intrications émotionnelles qui les enchaînent. Alors qu'une thérapie conventionnelle chercherait à résoudre le conflit, la thérapie ici proposée consiste à l'inverse à permettre à chacun d'affirmer son point de vue, même s'il n'existe pas nécessairement d'accord.

2. Explication cybernétique

Nous devons à G. Bateson (1967) une exploration à la fois élégante et audacieuse de « l'explication cybernétique », qui nous permet de ne pas réduire celle-ci à une vision quelque peu mécaniste et contre-productive, lorsqu'elle reste assimilées aux concepts de feed-back, de causalité circulaire ou d'intervention pragmatique devant rapidement aboutir à des résultats « positifs ».

Alors que l'explication de type causal renvoie à une action positive, l'explication cybernétique raisonne en terme de contraintes ayant des effets négatifs de **restrictions**. Parmi les nombreux événements qui auraient pu se réaliser, l'événement particulier qui a lieu est un des rares qui auraient pu se produire effectivement. La démarche cybernétique procède par restrictions, sur le plan des raisonnements par inférences, des simulations de démonstrations, de la définition de l'information, de la gestion de l'énergie, du feed-back et de la redondance.

a. Information : L'information correspond à une entropie négative, elle est d'autant plus élevée qu'un élément dans un ensemble, un événement parmi d'autres, un signe dans un corpus de signes sont improbables. L'information se mesure précisément comme le logarithme à base 2 de cette improbabilité. Plus la quantité d'information est importante dans un système, et plus les échanges de matière et d'énergie sont réalisés de manière interne dans des sous-systèmes.

b. Redondance : La redondance présente une propriété inverse, puisqu'elle correspond au fait que l'existence d'un élément, d'un signal, d'un événement est plus probable qu'un autre dans l'organisation d'un système. Les restrictions de fonctionnement du système sont liées ici à sa structuration, qui pondère la prévisibilité des événements. La redondance nous permet de relier un événement à son contexte avec une certaine fiabilité, d'anticiper l'apparition d'un signe dans une chaîne de comportements, de concevoir le sens des messages. Les effets de la redondance peuvent être liés à des facteurs génétiques, épigénétiques et culturels.

c. Feed-back. Les restrictions cybernétiques liées au feed-back sont liées au fait que dans un système auto-organisé, le circuit causal complexe qui le caractérise donnera une réponse non fortuite à un événement fortuit, en ce point du circuit où s'est produit l'événement. Les restrictions qui pèsent sur sa réponse tiennent à l'évaluation de ses gains et de ses pertes, de son rythme de fonctionnement, de son seuil d'activité, de ses ressources énergétiques, etc. Lorsqu'un tel système présente une certaine réussite dans ses activités, on pourra dire qu'il a réussi à éviter les impasses, ce qui n'est pas identique au fait d'avoir trouvé le bon chemin.

d. Cartes et territoires : La matière de la cybernétique n'est pas constituée par des événements ou des objets, mais par des informations provenant de ceux-ci. Les perceptions, élaborations, conceptions conduisent à des « cartographies » qui simulent les processus observés ou les démonstrations logiques : elles relèvent d'une modélisation qui modifie les relations entre les « cartes » et les « territoires ». Dans les systèmes de communication supérieurs, contrairement au domaine des sciences dites fondamentales, il arrive que la carte et le territoire se confondent : les rituels religieux, les processus primaires, la carte d'un pays, le diplôme professionnel identifient un domaine à sa représentation symbolique. Le terme même de « conception », qu'il s'agisse de la conception d'un enfant, d'un projet, d'une thérapie, définit le processus où la carte et le territoire deviennent confondus.

e. Autogestion de l'énergie. De fait, la relation stimulus-et-réponse, propre aux systèmes de communication, ne peut être réduite à la relation cause-et-effet, même si celle-ci reste sous-jacente à l'émergence des processus informationnels. Dans ce dernier cas, un processus mécanique transfère directement de l'énergie de la source vers la cible, comme par exemple dans le cas de la boule de billard qui en heurte une autre. Dans la relation stimulus-et-réponse, comme dans la situation du coup de pied donné à un chien, l'énergie de la source ne participe pas directement à la réponse de la cible. Celle-ci réagira en fonction de ses propres ressources

métaboliques. Pour peu que le chien ne soit pas exténué, la gamme de ses réactions ne sera pas liée à la quantité d'énergie qu'il a emmagasinée et dont il dispose.

« Bien sûr, chacune de ces réactions demeure toujours à l'intérieur des limites définies par la loi de la conservation de l'énergie. Le métabolisme du chien pourrait finir par limiter sa réaction, mais, en général, dans les systèmes qui nous intéressent ici, les réserves d'énergie sont plus importantes que les demandes. Et, de toute façon, bien avant que ces réserves ne soient épuisées, certaines limites "économiques" seront imposées par le nombre fini des possibilités viables : autrement dit, il existe une économie de probabilité. Cette économie diffère cependant de l'économie énergétique ou monétaire en ceci que, la probabilité étant un rapport, elle n'est pas sujette à l'addition ou à la soustraction, mais uniquement à des processus de multiplication tels que le fractionnement. Il peut arriver, par exemple, que, dans un cas d'urgence le central téléphonique soit "encombré", lorsqu'une grande partie des circuits alternatifs sont occupés. Il y a alors une très faible probabilité d'y faire passer un message » (G. Bateson, 1980, pp. 159-160).

f. Inférences : Les raisonnements par inférences s'apparentent au raisonnement par l'absurde, où la seule proposition envisageable est celle dont la démonstration n'aboutit pas à une conséquence inacceptable ou absurde. Le fait qu'une telle proposition résiste à la réfutation ne signifie pas qu'elle soit nécessairement vraie : la double négation, ici, n'est pas équivalente à une affirmation. « Ne pas avoir tort » n'est pas équivalent au fait d' « avoir raison ».

La restriction cybernétique apparaît ainsi sur le plan des inférences logiques : la compréhension d'un événement particulier ne relève plus seulement d'un raisonnement déductif ou inductif, mais plutôt d'un raisonnement abductif.

On remarquera que la cybernétique se trouve au carrefour de deux options. La première, en faisant de la rétroaction un processus fondamental dans l'organisation des éléments d'un système, introduit une propriété finalisante, téléonomique, au cœur des phénomènes microscopiques. La compréhension du chaos déterministe prolonge cette lecture « réductionniste ». La deuxième, bien explicitée par G. Bateson dans ce qui précède, considère l'importance des effets contextuels, renonce aux explications en termes de causes et d'effets, et considère les restrictions qui s'imposent au système complexe qui gère la relation entre le stimulus et la réponse. Tant C. Bernard (1865) que K. Lorenz (1973) avaient bien anticipé la nécessité, dans l'étude du vivant, d'articuler ces deux démarches opposées.

Il apparaît que la possibilité mentale de traiter de manière non fortuite des événements fortuits repose, pour l'esprit, sur la capacité à reproduire, en les simulant, des relations cause-et-effet observées dans le monde environnant et dans les relations sociales. De la naissance à l'adolescence, l'intériorisation des lois sociales et des règles qui président à la vie en communauté impose de multiplier les raisonnements en termes de « propositions contrefactuelles » : « si j'agis de la sorte, alors je risque d'être puni, de me trouver dans une situation difficile, ou de transgresser les règles morales que j'accepte de m'imposer et dont j'attends des autres qu'ils les observent également ». La capacité à effectuer de tels raisonnements contrefactuels est à la base de la « psychologie populaire », et nous permet d'accéder au libre arbitre.

3. Les restrictions en psychothérapie

Sur le plan de la psychothérapie, l'appréhension des symptômes comme des contraintes liées à des restrictions cybernétiques, plutôt que comme la résultante de causes liées à des événements passés apparaît particulièrement fructueux. Les événements pathologiques sont considérés comme survenant « en lieu d'autres événements », plutôt qu' « à cause d'autres événements ». Comme le souligne M. White, ni l'individu ni la famille ne sont le problème, qui n'a pas non plus

de fonction particulière : le problème est le problème. Il empêche les personnes d'entreprendre une recherche par tâtonnements qui leur permettrait d'entrevoir de nouvelles alternatives (J. L. Zimmerman et V. Dickerson, 1995).

a. **Les contraintes liées à la redondance** se traduisent par des présuppositions répétitives ou des schèmes de comportements itératifs : chacun, face à l'attitude d'autrui, répond de façon automatique par la même attitude attendue de part et d'autre.

b. **Les restrictions liées au feed-back** se repèrent lors des augmentations des seuils d'activité, des freins paralysant la prise d'initiatives, du ralentissement des grandes fonctions vitales, de l'épuisement, des difficultés d'évaluation des gains et des pertes en fonction des objectifs.

c. **Les contraintes liées à une atteinte des systèmes de traitement de l'information**, conduisent à une augmentation de l'entropie, qui se traduit par la violence, la fatigue, voire l'épuisement, correspondant à ce que P. Janet écrivait comme une baisse de niveau de la tension énergétique caractéristique de la psychasthénie. Ceci va de pair avec l'indifférenciation des niveaux d'organisation et de fonctionnement, qui s'apparente à une sorte de gouvernance tyrannique des symptômes : non seulement le patient se voit restreint dans un champ de plus en plus limité de conduites stéréotypées, mais ses proches se trouvent asservis dans leurs moindres gestes à ces limitations.

Dans de tels cas, il existe fréquemment une tendance à assimiler les relations « stimulus et réponse » à des relations « cause et effet ». Tout se passe comme si le système ne pouvait plus répondre au moindre événement fortuit que de manière fortuite, sans possibilité de différer la réponse par un examen de la situation, aussi bref soit-il. Sur le plan clinique, on observe alors une saturation des capacités de recours aux raisonnements contrefactuels et à l'exercice du libre arbitre : chacun en vient à s'accuser, ou accuser l'autre, de ne pas se comporter correctement.

4. Gouvernance et psychothérapie

a. La mise en œuvre de hiérarchies enchevêtrées dans l'organisation des niveaux de décision

Ces diverses réflexions nous obligent à faire évoluer nos conceptions, non seulement du contenu des psychothérapies, mais aussi de leur cadre et des contextes au sein desquels elles deviennent viables. En particulier, dans les pathologies graves, comment reconnaître et développer les performances et les compétences des patients, de leurs proches, des thérapeutes et des divers partenaires impliqués dans des projets de soins, d'assistance éducative ou judiciaire ?

M. White prône une déconstruction de la narration et des pratiques de pouvoir, et une initiation de conversations externalisantes permettant au patient de sortir de lui-même l'ensemble des problèmes qu'il cherche spontanément à maintenir en son for intérieur, de manière à « rendre exotique le domestique ». En incitant le patient à se dégager de ces récits sources de gêne, le thérapeute favorise une démarche qui apparaît inverse aux techniques centrées sur l'insight.

Face à toutes ces restrictions, dans les pathologies graves, il apparaît que le travail du psychothérapeute tient autant à une intervention sur les contextes de soins et à leur réaménagement, qu'aux rencontres cliniques avec le patient et sa famille. En ce sens, le psychothérapeute peut participer à l'élaboration d'une gouvernance responsable, pour peu qu'elle canalise et réoriente la gouvernance tyrannique des symptômes.

Pour ce faire, il apparaît indispensable de concevoir des enchevêtrements hiérarchiques entre les prises de décision du patient, de sa famille, des thérapeutes familiaux, des responsables institutionnels (personnel médical, infirmier, administratif). La transformation des niveaux d'organisation réclame de nombreuses concertations, confrontations, redéfinitions des engagements en fonction des objectifs, qui ne se font pas en un jour. On peut décrire ainsi une

série d'étapes qui peuvent se déployer sur plusieurs années.

b. La différenciation des niveaux de gouvernance

En faisant alliance avec les familles, les thérapeutes se sentent soutenus par celles-ci dans leur travail. Mais cette alliance présente d'emblée des conséquences notables sur les aspects institutionnels et organisationnels de l'équipe de soins.

D'une part, il apparaît nécessaire que les consultations familiales soient assurées par la présence d'au moins deux membres de l'équipe de soins (psychiatre responsable de l'hospitalisation, infirmier référent, psychologue, etc.).

D'autre part, la constitution de cette micro-équipe crée une menace dans l'organisation globale de l'équipe, en étant parfois décrite comme un « état dans l'état ». Il devient alors indispensable que s'instaure une concertation entre les intervenants familiaux et le chef de service. Un principe fondamental du travail institutionnel repose sur le partage intégral des informations concernant tout ce qui touche aux comportements et aux états d'âme du patient. En mettant en œuvre des consultations familiales, il apparaît que certaines informations méritent de ne pas être entièrement divulguées à l'ensemble de l'équipe, la réciproque étant également de mise.

Pour autant, les thérapeutes familiaux in statu nascendi ont alors un long et patient travail de reconnaissance mutuelle entre l'institution dont ils dépendent et l'équipe de thérapie familiale qu'ils cherchent à organiser. Ce travail repose sur une requalification des compétences et des performances des uns et des autres, dans un processus de don et de contre-don, où chacun tire profit du travail d'autrui et apporte sa contribution à celui-ci. Rien n'est alors plus dommageable que des thérapeutes familiaux pensant faire un travail qualitativement supérieur aux prestations des autres dispositifs de soins (ou réciproquement). Mais il n'est pas davantage pertinent d'en rester au mythe selon lequel les activités des différents professionnels sont strictement interchangeables. Précisément, cet apprentissage auprès des familles nous a appris, sur plusieurs décennies, à requalifier nos activités professionnelles, et à créer des contextes organisationnels thérapeutiques reposant sur la différenciation, l'autonomisation et la reconnaissance réciproque des sous-systèmes organisationnels pertinents.

c. La réorganisation des contextes de soins

L'objectif de la réorganisation des contextes institutionnels est de répondre aux angoisses massives liées au fait qu'un patient qui présente des troubles schizophréniques semble suivre des trajectoires qui échappent aux catégories de l'espace-temps ordinaire. Proposer à la famille, avec la présence du patient, et parfois en son absence, de participer à des consultations familiales, revient à réaliser des contextes stables de rencontres en des lieux et à des moments précis. En ce sens, la thérapie familiale est une forme de psychothérapie de la personne du patient, qu'il soit ou non présent lors des séances. L'important est qu'il soit convié à ces rencontres, quel que soit son choix d'y participer ou non.

L'hôpital apparaît souvent comme base de départ et comme mise en œuvre de passages de témoins. Le patient se voit corporellement contraint de coordonner ses faits et gestes dans une unité de temps et de lieu. La consultation de la famille en sa présence peut dès lors apparaître comme source du développement de degrés de liberté respectant l'inscription dans l'espace-temps habituel. Ceci suppose que le principe de rencontres familiales soit à la fois coordonné avec les autres formes d'actions thérapeutiques, tout en étant découplé des décisions de permission ou de sortie de l'hôpital. Pour que ce dispositif soit opérationnel, il est nécessaire que les différents professionnels arrivent à préciser leurs propres trajectoires d'intervention, leurs objectifs, et les limites de leurs formes d'action.

Dans l'évolution de ma pratique, je me suis aperçu qu'il n'était pas possible d'être en même temps le responsable institutionnel d'une unité d'hospitalisation (l'étymologie du terme « instituer » renvoie à la notion de « mettre à l'intérieur de ») et le consultant familial assurant le principe de séances régulières avec le patient et sa famille dans une perspective thérapeutique. Il m'a fallu faire un choix existentiel. Si l'on considère que la psychothérapie est une forme de voyage dans l'espace-temps, elle suppose que soient préalablement définis non seulement le moyen de locomotion, mais encore l'infrastructure permettant de partir d'un point A pour rejoindre un point B. Si l'on suit une métaphore « aérienne », le responsable institutionnel apparaît comme un aiguilleur du ciel, tandis que le thérapeute familial peut être apparenté à un pilote de ligne. Il est dès lors impossible que l'un se substitue à l'autre dans chaque situation clinique concrètement rencontrée, à moins d'aboutir à des confusions identitaires qui ne font que redoubler celles auxquelles le patient et ses proches sont confrontés. Les échanges spécifiques d'information entre les divers partenaires permettent de définir les conditions de sécurité de la démarche thérapeutique.

En ce sens, la thérapie familiale, dans ces situations complexes, tient davantage à l'organisation (ou la réorganisation) des contextes de soins, des dispositifs thérapeutiques, qu'au contenu des séances cliniques.

Rendre opérationnel un dispositif de thérapie familiale revient dès lors à assurer en premier lieu les points d'assise institutionnelle permettant d'organiser le voyage psychothérapeutique, et les conditions de sécurité qui permettent à ce voyage de voir le jour, c'est-à-dire à recréer un peu d'histoire personnelle et collective. Dans cette optique, lors de « quinquennats » successifs, j'ai mis en œuvre, avec la participation active des administrations et des responsables de divers services hospitaliers, une fédération de services en thérapie familiale, qui assure à la fois l'appartenance de cette fédération à chaque service, et des degrés suffisants d'autonomie pour assurer la coordination d'un service à l'autre. Cette fédération permet ainsi la mise en jeu d'interventions de services hospitaliers et ambulatoires relevant de plusieurs hôpitaux. Les consultations familiales peuvent avoir lieu au sein des services hospitaliers, et évoluer vers deux unités de consultation ambulatoire lorsque l'état du patient le permet.

Lorsque les circonstances l'imposent, des consultations familiales peuvent avoir lieu avec le responsable institutionnel ou le psychiatre traitant, en l'absence des thérapeutes familiaux. À l'inverse, l'essentiel de la thérapie familiale se déroule en dehors de la présence des membres référents des équipes de soins. Lors des moments critiques, des consultations conjointes peuvent être organisées avec ou sans la participation de la famille. Lorsque ces consultations ont lieu en son absence, la teneur des échanges devient une dimension essentielle du contenu des séances de thérapie familiale.

5. Questions d'une étudiante

Une étudiante en psychologie clinique, cherchant à écrire son mémoire de fin d'études sur la difficile question des thérapies familiales dans les schizophrénies, s'est sentie déconcertée par un de mes propos en m'adressant le mail suivant :

« Pouvez vous m'expliquer cela : “les choses vont d'autant mieux, qu'on n'a pas compris pourquoi c'était cela qu'il fallait dire : c'est justement parce qu'on n'a rien compris que les choses vont beaucoup mieux. Ceci tient sans doute au fait que les circuits complets et complexes qui sont

mobilisés lors des changements thérapeutiques les plus intéressants échappent en grande partie à nos représentations mentales supérieures.” ?

Si on ne sait pas ce qui marche, est ce à dire qu'on peut faire n'importe quoi, puisque ça ou autre chose peut provoquer du changement. Dans ce cas là, à quoi sert de bâtir des théories et de réfléchir sur des choses qui en fait nous échappent ? Est ce que quelqu'un de naïf pourrait tout autant aider ses familles ? Qu'est ce qui guide vos interventions ? Je pense que tout ceci se rapporte à la notion d'incertitude, mais il ya pour moi un hiatus que je n'arrive pas à saisir ».

Telle fut ma réponse par retour de mail : « Devenir thérapeute, c'est peut-être accepter de ne pas savoir ce qui marche, mais c'est sans doute tout autant avoir appris ce qui ne marche pas. Développer les procédures qui assurent les conditions de sécurité (tant pour les usagers que pour soi-même comme thérapeute) propices au changement, à l'amélioration, voire à la guérison ne signifie pas que nous avons accès à la connaissance claire et précise du processus thérapeutique lui-même.

Par exemple, lorsqu'un patient qui présente des troubles schizophréniques semble complètement guéri, il arrive fréquemment, par expérience, que cette guérison soit une situation à haut risque vital, et qu'elle aboutisse à une issue fatale. Seule, une expérience acquise par l'enseignement, la formation et le contact clinique pendant des années permet de gérer de telles situations sans trop de “casse”.

C'est le propre de la formation et de l'expérience clinique que d'apprécier patiemment ce qui est thérapeutique en soi, et ce qui ne l'est pas. Tant la formation que l'expérience clinique permettent de “ne pas faire n'importe quoi”. N'est-ce pas là le hiatus que vous avez du mal à saisir ? J'avais rencontré il y a quelques années un artisan fabriquant des cannes. Il se plaignait de ne pas trouver de jeunes apprentis, parce que le temps de la formation était de sept ans. Les thérapeutes familiaux considèrent dans leur majorité qu'il faut au moins quatre ans de formation, et quatre ans de pratique clinique (qui peuvent se chevaucher) pour devenir thérapeute. Certes, d'aucuns, particulièrement doués, n'ont pas besoin d'autant de temps. D'autres mettront plus de temps, et d'autres encore n'y arriveront pas. L'expérience de la formation permet d'apprécier si ce type de démarche et d'engagement personnels est en adéquation avec ses dispositions et ses motivations. Ainsi, il ne suffit pas de connaître intellectuellement les écoles, les méthodes, les techniques, les théories pour pouvoir les appliquer en pratique d'un coup de baguette magique. Il faut encore une longue appropriation personnelle de celles-ci, une acceptation des temps de confusion, de désapprentissage et de réapprentissage de celles-ci.

(...)

Pour conclure temporairement, le changement surgit lorsque justement nous ne cherchons plus à le provoquer ! Lorsque l'on veut virer de bord sur un voilier, il faut suivre une ligne continue qui ne soit pas brisée par l'envie que le bateau tourne coûte que coûte. L'élégance du virement de bord peut être expliquée par la théorie de la morphogenèse élaborée par René Thom (1977).

Il arrive enfin que des gens naïfs aient plus de bon sens, et aident davantage les familles que des experts bardés de connaissances et de diplômes. Les théories nous aident précisément à prendre conscience que nombre de choses nous échappent ! Ce qui guide mes interventions ? Partager avec les patients, leurs proches, les collègues, ces processus d'apprentissage qui nous font progresser les uns et les autres ».

BIBLIOGRAPHIE

- Bateson G. (1967) : « Explication cybernétique ». In : *Vers une écologie de l'esprit. T. 2.* Seuil, Paris, 1980, pp. 155-167.
- Bernard C. (1865) : *Introduction à la médecine expérimentale.* Garnier-Flammarion, Paris, 1966.
- Bowen M. : *Family Therapy in Clinical Practice.* Jason Aronson, Inc., New York, London, 1978.
- Haley J. (1963) : *Stratégies de la psychothérapie.* Érés, Ramonville Saint Agne, 1993.
- Janet P. : (1919) : *Les médications psychologiques. II. Les économies psychologiques.* Société Pierre Janet avec le concours du CNRS, Paris, 1986.
- Lorenz K. (1973) : *L'envers du miroir. Une histoire naturelle de la connaissance.* Champs, Flammarion, Paris, 1990.
- Miermont J. : *Écologie des liens. Entre expériences, croyances et connaissances.* 2^{ème} édition revue et augmentée. L'Harmattan, Paris, 2005.
- Miermont J. : *L'homme autonome. Étho-anthropologie de la communication et de la cognition.* Hermès, Paris, 1995.
- Miermont J. : *Psychose et thérapie familiale.* ESF Éditeur, Paris, 1997.
- Miermont J. : *Thérapies familiales et psychiatrie.* Doin, Paris, 2004.
- Thom R. : *Stabilité structurelle et morphogénèse.* 2^{ème} édition. InterÉditions, Paris, 1977.
- Zimmerman J. L. et Dickerson V. C. : « Les narrations en psychothérapie et le travail de Michael White ». In : Elkaim M. : *Panorama des thérapies familiales.* Seuil, Paris, 1995, pp. 533-554.
- Wiener N. : *Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machine.* 2nd Edition. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts, 1975.

