DFSSU Clinique Familiale et Pratiques Systémiques

UNIVERSITÉ de PARIS 8

Responsable scientifique et pédagogique :

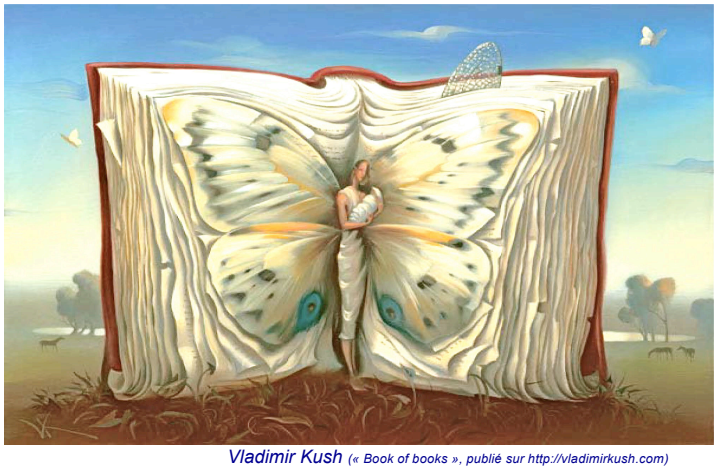
Nathalie D U R I E Z

Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie

Formation permanente 2015

Mémoire de Michelle F O U C A U L T

Mission Chrysalide



Vladimir Kush (« Book of books », publié sur http://vladimirkush.com)

Directrice de Mémoire : Julie A B O U – Z A K I

Je dédie ce travail à Chrys et Stev, mes fils, qui, de manière indirecte, m'ont beaucoup aidée dans mes découvertes, et m'ont portée au courage !

REMERCIEMENTS

Pour les encouragements, l'aide et l'entraide, l'écoute, la bienveillance…
je tiens à remercier
Charles Mourot, mon ancien DRH, qui a soutenu et permis cette aventure,
les professeurs qui nous ont enseignés durant cette année 2015,
les professionnels rencontrés pendant mes stages,
ma classe solidaire, chaleureuse et contenante.
Plus en amont, je remercie Gérard Donnadieu pour sa vision systémique du monde
dont il a su me transmettre toute la pertinence et toute l'importance.
Un grand Merci à Daniel Sibony, pour son concept d'« entre-deux », de « coupures-liens »…
et pour tous les partages, passionnés et passionnants, qui élèvent !
Merci à Marie-Joseph pour son fidèle appui,
à ceux et celles qui ont parcouru ce mémoire pour leurs remarques après lecture.
Et merci à tous ceux qui m'ont soutenue, chacun, à sa manière,
famille, amis, médecins et assistants, psychologues, proches et moins proches, collègues…

TABLE DES MATIÈRES

I) Introduction : p. 1

II) Théorie :

A) Découverte du Service « ER » à l'occasion d'un cours du DFSSU : p. 5.

B) Mon intégration au sein d'« ER » : p. 6.

C) Fonctionnement du Service : p. 8.

1) La fiche téléphonique : p. 8.
2) Le dossier du Patient : p. 8.
3) Le cadre des rencontres : p. 9.
4) L'information à l'intérieur de l'Équipe : p. 9.
5) Pense-bête de l'Équipe : p. 10.

D) « L'Équipe » et son effet thérapeutique de groupe : p. 10

E) Plongée au cœur des interventions et de la relation thérapeutique : p. 11.

Étape 1 – Accueil : p. 11.
Étape 2 – Présentation : p. 12.
Étape 3 – Démarrage du système thérapeutique : p. 12.
Étape 4 – Le suivi thérapeutique d'« ER » et ses approches les plus courantes : p. 13.

III) Deux cas cliniques : p. 20.

A) Avant-propos : p. 20.

B) Madame W, 85 ans : dépression, tentatives de suicide : p. 21.

a) Présentation : p. 21.
b) Observation pendant la séance : p. 21.
c) Pistes à engager pour la suite thérapeutique : 27.

C) Monsieur O, 56 ans : dépression avec comportements menaçants : p. 28.

a) Présentation : p. 28.
b) Observation pendant la première visite à domicile : p. 28.
c) Observation pendant la première consultation : p. 30.
d) Observation pendant la seconde visite à domicile : p. 33.
e) Observation pendant la seconde consultation : p. 35.

IV) Conclusion : p. 38.

V) Bibliographie : p. 43.

Mission Chrysalide

La fonction de la contenance thérapeutique dans la crise et dans l'épreuve

INTRODUCTION

Les recherches en cybernétique, notamment dans le domaine de la communication et de la psychologie, nous ont amenés à repenser le monde par le prisme de la pensée systémique qui, par là même, rend à la subjectivité et à l'intersubjectivité humaine toute leur place, et avec elles leur profond enracinement dans « l'être en lien » !

Voilà ce qui a orienté ce choix de mémoire sur la fonction « contenante » des soins, et par extension, de ce qui nous entoure, nous soutient, nous porte, nous conforte ou réconforte, et qui peut servir de ramification très utile aux soins, lorsque ces derniers s'avèrent nécessaires, voire incontournables.

Ce travail voudrait être un apport à l'idée que la « contenance » et « l'individuation » ne s'opposent pas mais au contraire se soutiennent, et ce, tout au long de la vie.

Les sources de cet ouvrage sont variées, le but étant de faire converger systémiquement différents courants de pensées et approches autour du thème retenu pour ce mémoire.

La partie théorique propose la découverte d'une Structure Thérapeutique où la contenance est une priorité, et où j'ai eu la chance de pouvoir effectuer mon stage. Y sont rapportées l'organisation de l'Équipe Thérapeutique, et les approches systémiques les plus fréquemment utilisées par ce Service, sur la période de mon immersion.

Pour la partie clinique, deux cas sont présentés pour corroborer les raisons de cet exposé.

En conclusion, une synthèse de l'ensemble permettra, je l'espère, de mesurer un peu plus l'importance relationnelle entre le processus d'individuation et le cadre contenant qui va le favoriser. La nécessité d'une contenance, consciente de son influence et de sa responsabilité structurante tout au long de la vie, demeurant à mon sens un grand défi face aux problèmes issus des nombreux effets de l'individualisme grandissant de nos sociétés contemporaines.

Mission Chrysalide

Au cœur de la crise…

A) Découverte du Service « ER » à l'occasion d'un cours du DFSSU :

Le 15 février 2015, le Docteur N, psychiatre systémicien, nous présente, dans le cadre du DFSSU, la structure dans laquelle il travaille : le Service « ER ».
« ER » est un service d'urgence, 7 jours sur 7, de l'hôpital J à Pxxx. Il est composé d'une équipe pluri-professionnelle de 25 personnes, composée d'infirmiers, de psychologues, d'un ancien usager, d'internes, de psychiatres, d'un directeur administratif et d'une secrétaire.

Le défi de cette organisation est de permettre une alternative à l'hospitalisation. Les psychiatres, psychologues, infirmiers et infirmières d'« ER » sont mobiles et très organisés.

À « ER », la prise en charge dure normalement un mois. C'est pourquoi l'équipe, formée aux thérapies familiales et systémiques, se focalise d'entrée sur les ressources des patients et de leur entourage. La condition du délai de prise en charge maintient l'équipe soignante dans l'urgence et dans une vigilance accrue, avec très vite, un souci du relais « post ER ».

****

Après cette présentation, le Docteur N nous enseigne sur « la CRISE » !
Avec sa face négative : le danger, qui en appelle à l'urgence ; et sa face positive : l'occasion forte de changement, la crise étant, comme l'évoque Pittman (1979) *« l'état d'un système où un changement est imminent ».*

« La crise située en amont de l'urgence, est conçue comme un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, évolue quasi inéluctablement vers l'urgence. Elle est définie comme "une situation interactive conflictuelle impliquant le malade et son environnement (famille, voisins, milieu professionnel, médecin traitant, services sociaux ou municipaux…)". » [1].

[1] Cf. Chameau psychiatrique chameaupsy.com « Circulaire n°39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 ».

Au moment de la crise une alliance forte s'établit avec l'équipe soignante. Et ce cadre doit être suffisamment contenant pour que les patients et leur entourage s'ouvrent au changement.

Généralement, les accompagnants demeurent des membres de la famille, mais pas seulement, l'important étant d'avoir un petit réseau de personnes qui fasse « système » avec, et autour du (ou des) patient(s).

J'imaginais, au travers des commentaires et présentations du Docteur N, un Service audacieux, parce qu'il m'apparaissait ouvert à tout ce qui peut faire étayage autour d'une personne et de son système. Le but étant d'inventer ensemble une percée puis un chemin intégrant le drame et la crise, avec les « moyens du bord » apportés par les personnes, souvent plus riches qu'on ne pourrait l'imaginer, et auxquels s'adjoindraient les moyens institutionnels dans une démarche systémique.
Très curieuse de découvrir ce Service, je proposais ma candidature en tant que stagiaire. Et après quelques échanges téléphoniques, nous convenions d'un stage de 3 semaines. J'étais ravie et enthousiaste !

B) Mon intégration au sein d'« ER » :

Mon stage, au sein de l'équipe « ER » s'est effectué du 24 août au 10 septembre 2015, quatre jours par semaine de 8h30 à 18h30. J'ai vécu cette période comme une immersion captivante, émouvante aussi, où de nombreux enseignements du DFSSU prenaient corps.

En tant que stagiaire, j'avais un rôle d'observation pendant les séances. Mon ressenti ou mes remarques étaient prises en compte lors de nos partages et réflexions en aparté.
Je me suis très vite sentie intégrée au groupe. Les échanges, quels qu'ils soient, étaient chaleureux, mêlés d'humour parfois.
Cette équipe était formée de personnes aux caractères très différents, mais ces dernières n'en étaient pas moins attentives aux difficultés que chacune pouvait rencontrer dans sa vie ou son travail. Il pouvait y avoir parfois certaines tensions entre elles pour des raisons personnelles ou concernant les tours de garde, mais les décisions, toujours prudentes, par rapport aux patients et à leur entourage, n'occasionnaient pas de brouilles ou de polémiques, qui, par ailleurs, n'auraient été qu'une perte de temps antinomique avec l'urgence fondatrice du Service. Les initiatives, au contraire, étaient réfléchies à plusieurs, et étaient accueillies avec bienveillance par l'équipe, qui gardait à l'esprit que chacun faisait du mieux qu'il pouvait. Si une initiative s'avérait improductive, elle était considérée comme une information utile, et une autre solution était recherchée et engagée.
La structure et ses membres restaient focalisés sur l'aide et le soin, auquel chacun s'employait, avec ce qu'il est. La relation systémique « équipe soignante / consultants » s'appuyait sur une solide constante : « contenir » tout en aidant à un « engendrement » vers

un nécessaire voire inévitable changement, à recevoir comme un défi porteur de sens. Tous étaient profondément arrimés à ce fondement.

Au travers de 31 interventions exactement, sur site et à domicile, auxquelles s'est rajoutée mon observation sur une quinzaine d'échanges téléphoniques, j'ai pu observer, de manière récurrente, que la crise faisait émerger chez ses victimes des émotions voire des sentiments d'impasse mortifères plus ou moins envahissants. Ce constat nous rapproche de celui de Jean-Marie Delacroix *: « Chez les Mayas, la culture ne se fonde pas sur le complexe d'Œdipe […] Les rites, les rituels, les croyances autour de la mort et l'angoisse de mort ont eu une fonction très forte de lien social et de cohésion. Et je voyais là une similitude avec notre culture de psychothérapeute, car finalement sur quoi travaillons-nous en tant que gestalt-thérapeutes influencés par certains aspects de l'existentialisme : nous travaillons sur l'angoisse, et l'angoisse à travers ses différentes formes, n'est-ce pas fondamentalement l'angoisse de la finitude, l'angoisse de mort ? »* [2].

Une contenance s'imposait pour elles, mais aussi pour l'équipe qui se gardait elle-même très attentive et soudée, face aux débordements émotionnels et leurs lots de résonances. *« Travailler en institution est loin d'être un long fleuve tranquille. […] Ces apports théoriques […] ne remplacent pas le vécu de celui qui est confronté aux réalités de terrain, ni l'impérieuse nécessité du questionnement personnel : les bénéficiaires secouent, touchent parfois profondément des zones inconnues de nous, ou réveillent des histoires que l'on croyait endormies. Nos collègues aussi sont les témoins privilégiés des réactions et des tâtonnements qui souvent nous perturbent. Et le terrain se transforme alors en sables mouvants au milieu desquels il nous arrive de peiner pour retrouver la rive »* [3].

Les interventions, que j'ai pu suivre plus ou moins partiellement avec l'équipe, répondaient à un impossible deuil, à un chagrin d'amour avec rupture, à une mise à l'écart sur le plan professionnel, à un écartèlement entre deux cultures, entre deux âges aussi, à une quête d'ultime qui tourne au délire, à un syndrome du nid vide anticipé, à une fusion mère/fils, à une vieillesse devenue fortement anxiogène, à des addictions en forme d'impasse…

Toutes ces situations faisaient émerger des sentiments d'impuissance ou le contraire, des frayeurs et traumas paralysants, des tentatives de suicide, de puissants conflits de loyauté, des confusions dans la hiérarchie générationnelle, des manques d'assise narcissique, des fusions qui implosent, des « entre-deux cycles de vie » angoissants…

Portés au-delà du supportable, tous ces états avaient poussé des patients et leur entourage vers les locaux d'« ER » en RDV.

---

[2] Jean-Marie Delacroix, « Vivre, mourir, se transformer. La fin des formes fixes névrotiques », Gestalt 2010/2 (n° 38) p. 49.

[3] Cf. « Épilogue » in Muriel Meynckens-Fourez et al. *« Éduquer et soigner en équipe »* De Boeck Supérieur « Carrefour des psychothérapies » 2011 (1ère éd.) p. 393. DOI 10.3917/dbu.borgh.2011.01.0393.

C) Fonctionnement du Service :

1) La fiche téléphonique :

Chaque premier contact téléphonique donne nécessairement lieu à une main courante. Généralement, les patients et leurs proches sont envoyés par des médecins ou par des CMP. Dans tous les cas, l'équipe « ER » les rencontre après une première approche téléphonique informative de la situation, qui comprend :

- Les coordonnées de l'appelant, du patient et de son médecin traitant, et, ou psychiatre, de son assistant social éventuellement.
- Le ou les lieux où réside le patient.
- La description des troubles avec ou non des risques suicidaires, ou d'autres risques de violence et de dangerosité.
- Les coordonnées des membres qui se portent volontaires pour entourer le patient, parmi lesquels ne se trouve pas forcément l'appelant.
- Un début de planification des possibilités d'intervention.

Toutes ces informations sont recueillies afin d'optimiser l'efficacité pratique de la prise en charge. Mais pas seulement, car cette écoute et les questions posées font sentir aux demandeurs qu'ils ne sont plus seuls. Un cadre structuré et une organisation se créent pour leur venir en aide. La possibilité de pouvoir appeler jour et nuit les rassure et l'effet de contenance s'amorce dès le premier entretien téléphonique. À chacun de leurs appels suivants, les personnes se sentent très vite reconnues, même si le soignant occupant l'accueil téléphonique a changé. Et cela, grâce à une rapide consultation du dossier qui les concerne et qui se trouve complété par les éventuelles nouvelles informations apportées à chaque appel. Un sentiment de sécurité se renforce alors pour les appelants. *« Entendre la demande est le moyen de commencer une relation qui ne saurait la laisser intacte, car l'entendre, c'est laisser résonner de multiples façons les divers paramètres qui constituent celui qui la formule… » nous dit François Roustang dans « La fin de la plainte »* [4].

2) Le dossier du Patient :

À la première rencontre, un dossier est constitué, sous forme de classeur. Il contient la fiche téléphonique ainsi que la copie des ordonnances, des analyses et les courriers de confrères qui suivent le patient. Après chaque entrevue ou contact, un compte rendu concis est ajouté au dossier. Ce dossier, au nom du patient, demeure l'outil central, toujours accessible et partagé par l'équipe soignante, autour duquel les soins peuvent s'articuler. Même en cas d'imprévu, grâce à ce recueil d'informations, n'importe quel soignant peut intervenir sur n'importe quelle situation.

[4] Art. De M-Paule Glachant, « Le premier entretien téléphonique » Gestalt 2/2004 (no 27) p. 157-173.

Pendant quatre à cinq semaines, ce classeur sera rangé dans un bac mobile à dossiers suspendus, afin de le déplacer aisément à chaque réunion du Staff. En fin de prise en charge, les dossiers sont classés par ordre alphabétique dans un meuble dédié. Plus tard ils seront archivés. En cas de rechute d'un patient, il est toujours possible d'avoir accès au précieux historique de sa prise en charge précédente par « ER ».

3) Le cadre des rencontres :

Les séances dans les locaux d'« ER » durent entre 1h et 1h 30. Les visites à domiciles un peu moins longtemps en général. Un minimum de deux professionnels reçoivent ou visitent les consultants.
À « ER », au bout de trois quarts d'heure, l'équipe soignante se retire un moment, pour laisser place à une pause qui lui permet un échange sur ce qu'elle a perçu, en vue du traitement, de directives ou suggestions.
Stratégique, cette pause permet aussi un échange entre « membres du système demandeur » en dehors de l'équipe thérapeutique, avec de nouveau, au retour des soignants, des expressions non verbales qui peuvent s'avérer intéressantes.
Les séances se terminent avec la programmation des prochaines visites à domicile, à raison de deux par semaine en général, suivies de la future rencontre dans les locaux d'« ER ».
À l'instar du cadre hospitalier, le patient devant être entouré et accompagné, un engagement de l'entourage est mis en place, avec prescription d'un arrêt de travail si nécessaire, pour les ou l'accompagnant(s). En effet, « ER » exige une présence permanente auprès du patient d'au moins une personne, ou bien d'un relais de plusieurs proches, organisé de manière à ce que le patient ne se retrouve jamais seul, et qu'il n'ait pas à prendre son traitement médicamenteux par lui-même.

4) L'information à l'intérieur de l'Équipe :

Pour que tous les membres de l'équipe soient en capacité à entrer très rapidement dans le suivi de chaque prise en charge, des réunions du « staff » sont programmées toutes les semaines, le lundi en matinée. L'ensemble des dossiers en cours est alors revisité.

Et chaque jour, à l'intersection des horaires matinaux et des horaires d'après-midi, une réunion plus brève, constituée des effectifs présents, s'effectue pendant une trentaine de minutes. Chacun s'exprime sur les dossiers en cours, rapportant au groupe ce qui lui semble important de partager pour une plus grande efficacité, et aussi pour une meilleure mémorisation.

Le matin, l'équipe de nuit prend soin de transmettre les événements importants survenus depuis la veille.

5) le Pense-bête de l'Équipe :

Dans le bureau d'accueil téléphonique, sont inscrits sur un tableau mural, les rappels ou points à retenir pour telle ou telle date. Ils sont effacés au fur et à mesure qu'ils sont réglés.

D) « L'Équipe » et son effet thérapeutique :

L'accompagnement des patients et de leur entourage est spécifiquement assumé en équipe, avec, grâce à cela, la possibilité pour les patients d'être assistés 24 heures sur 24. Le travail de l'équipe se répartit plus ou moins sur le mode des trois huit.

Les psychiatres ou thérapeutes essaient dans la mesure du possible de suivre les mêmes patients. Cependant le rythme des RDV est privilégié, même si la composition de l'équipe soignante sur les jours programmés risque de changer. On pourrait alors craindre que cela débouche sur un risque d'inefficacité.
Or, la notion d'une équipe qui entoure et s'adjoint au système demandeur, rassure à sa manière et s'avère efficace. Les visages changent mais la structure demeure avec ses modes de fonctionnement et d'accompagnement à la fois souples, ordonnés et cohérents.

La fonction que peut inspirer le « groupe » « ER » en tant que « groupe » ou « équipe », à l'écoute 24 heures sur 24, va inscrire en profondeur chez le ou les patients et l'entourage, un antidote à l'isolement. Une perception de la capacité protectrice et solidaire du groupe opère. L'expérience d'une prise en charge comme celle-ci permet de réduire les tensions et de relancer progressivement la confiance, le courage, l'espoir. Les consultants s'en saisissent à la mesure de l'affiliation qui va pouvoir émerger entre eux et l'équipe soignante, et de leur disposition, parfois très affaiblie, qui en appelle alors doublement à la pertinence de traverser l'épreuve sur le mode de la pensée systémique, tant pour l'organisation des soins, que pour la manière de repenser les événements, les relations, les projets.

Le travail d'équipe qui s'instaure avec les patients et leurs proches permet aussi d'assouplir un lien qui deviendrait trop fort par son exclusivité, si les consultants rencontraient systématiquement les mêmes intervenants. Il y aurait alors une difficulté plus grande à se séparer au moment du passage vers un relais, en fin de prise en charge.

De plus, lorsque des membres de l'équipe soignante s'engluent dans une impasse communicative avec les patients, il est alors profitable qu'ils puissent rapidement passer le relais à leurs collègues, qui, avertis, vont reprendre la problématique à un autre niveau de lecture, ou par un autre « bout », ou avec d'autres outils thérapeutiques.

Autre avantage : cette notion forte « d'équipe » renvoie, comme par un effet de miroir, au système composé des patients et de l'entourage, qu'ils sont, eux aussi, un ensemble qui peut, avec l'aide des professionnels, se conjuguer en équipe.

Autrement dit, l'idée d'une « équipe » de soignants qui vient élargir un « groupe » de personnes en trop grand mal d'être, pour lui redonner du souffle, est une alternative qui peut réactiver dans ce groupe en difficulté, de nouvelles façons d'être solidaire. D'où l'importance majeure à ce que l'équipe soignante soit professionnellement elle-même très solidaire, de façon à ce que chacun de ses membres puisse spontanément refléter la possibilité de perspectives de coopérations bienveillantes et constructives.

D'autre part, le suivi, l'intervention et l'effet « tiers » de l'équipe soignante s'exercent, comme dans toute rencontre thérapeutique avec un système composé par des patients et par leurs proches. L'apport de cet effet « tiers » cherchant à s'inscrire comme une nouveauté, suscite en tant que telle, d'autres lectures possibles face aux diverses situations ou problèmes rencontrés. *« L'intervention du thérapeute ne s'effectue pas dans la recherche d'une « vérité » du système ou de ses membres, mais dans l'élargissement du champ de leurs possibles ; et la thérapie ne se déroule plus au sein d'un univers unique, mais à l'intersection d'univers aussi multiples que disparates »* [5].

E) Plongée au cœur des interventions et de la relation thérapeutique :

Étape 1 – Accueil :

On pourrait imaginer qu'en arrivant à « ER », la notion d'urgence et la nécessité d'une bonne réactivité donneraient le ton d'une certaine concentration et tension d'esprit. Au contraire, l'ambiance du lieu, et l'équipe par ses attitudes attentionnées et sa façon d'accueillir, sont rassurantes, pacifiantes. Les voix et les regards sont chaleureux, calmes, très présents, dès l'ouverture de la porte, et même si cela n'est que pour un instant.

Forts de leur expérience à tous, le psychiatre ou psychologue, accompagné d'une infirmière ou d'un infirmier, se trouvent dès le premier rendez-vous en capacité à contenir le patient et ses accompagnants. Le lien est déjà là grâce aux échanges et aux éléments qui ont été notifiés par téléphone. La découverte des visages est tout naturellement vécue comme le prolongement d'une histoire déjà engagée. Les soignants prennent connaissance du dossier avant la rencontre. Cela permet une familiarisation encore plus grande avec les consultants, qui au moment des présentations, se sentent attendus et reconnus. Et cela facilite, pour l'équipe « ER » des postures naturellement enveloppantes qui rassurent.

Dans la mesure du possible, l'équipe soignante prend soin, au préalable, de se partager les interventions, en fonction des résonances éprouvées par ses membres, après partage d'informations sur la famille ou le groupe.

[5] Mony Elkaïm, *« Si tu m'aimes, ne m'aime pas »,* Seuil Essai1989, Quatrième de couverture.

Étape 2 – Présentation :

En entrant dans la pièce, nous observons les places auxquelles chacun des membres s'est assis. Dès les premières minutes, attitudes et regards s'expriment. Le langage analogique est alors le seul mode d'expression. Il sera réinterrogé avec précaution par les thérapeutes, s'il leur semble toutefois utile que les consultants les confirment sur la perception qu'ils en ont eue. Les salutations « parlent », elles aussi, notamment sur les dispositions à recevoir l'aide extérieure. Chaque personne se présente.

Je m'annonce comme stagiaire. Sur les interventions auxquelles j'ai participé, je n'ai pas eu à m'extraire à la demande explicite ou implicite des personnes suivies.

Étape 3 – Démarrage du système thérapeutique :

Après un petit moment de silence, le psychiatre ou le psychologue prend la parole sans précipitation.
Très souvent il commence par un mot de reconnaissance pour le groupe : « *Merci d'être venu(s)* » ou « *de vous être mobilisés* »… « *Ce n'est pas toujours facile* » ; « *C'est un acte courageux » ; « C'est bien » ; « Bravo* » ; « *Vous avez pu tous venir, merci* »…

Il présente brièvement le groupe « ER » et comment « ER » fonctionne, de manière à ce que les personnes comprennent que cette « organisation » est à considérer comme un « outil » qui va solliciter leurs ressources, leur créativité, leur investissement. Cette dynamique est en phase avec l'approche de Guy Ausloos, dont Nathalie Duriez écrit : *« Guy Ausloos (1995) a choisi de s'intéresser à la compétence des familles plutôt qu'à ses manques. »* [6]. D'entrée, un nouveau système thérapeutique et systémique, composé du système familial et du système institutionnel et professionnel, émerge, appuyé sur l'idée forte d'une collaboration interdépendante.

Puis, il s'adresse généralement au patient, ou patient désigné. C'est ainsi que procède habituellement aussi Maurizio Andolfi. *« Pour s'affilier, Maurizio Andolfi part du patient désigné et du problème proposé. Sa porte d'entrée dans le système familial est le patient désigné. Il part de la plainte principale de la famille […] Il pense qu'il ne faut pas s'éloigner trop vite du problème… ».* [7].
Il lui montre qu'il le considère comme expert : *« Qu'est ce qui vous amène ? »* ou bien : *« Que se passe-t-il, X nous a contactés et se fait du souci pour vous ? Comment vous expliqueriez son inquiétude ? » ; « Vous pouvez nous expliquer ce qui vous arrive… » ; « Comment vous sentez-vous ? ».* Ou parfois pour cautionner l'aide par le soin, sans obliger le patient à ressasser son problème, et pour l'axer vers un futur plus respirable : *« En quoi aimeriez-vous qu'on vous aide ? » ; « D'après vous, que pouvons-nous faire pour vous »…*

---

[6] Nathalie Duriez, *« changer en famille »* Éd. Érès 2009 p. 106.

[7] Emmanuelle Chenu, *« L'approche du Pr Maurizio Andolfi »* DFSSU Clinique familiale et Pratiques Systémique. Paris Espace Clery le 15.06.2015. Doc. à l'attention des élèves. p. 5

Après qu'il se soit exprimé, si le silence s'installe trop longtemps, le thérapeute reprend la parole et rebondit sur ce que le patient vient de rapporter. Il peut le faire aussi par rapport au langage analogique du patient ou de celui d'un autre membre, dans la mesure où cela lui semble exploitable. En fonction des informations préalablement recueillies par téléphone, et pour apporter un peu de souffle dans l'interaction, il lance une hypothèse à la manière de Mony Elkaïm qui explique que : *« La phase d'élaboration des hypothèses est donc tenue pour une étape fondamentale. Pour moi, cette phase ne consiste pas à découvrir des règles cachées, mais constitue plutôt une construction commune du thérapeute et des membres du système thérapeutique. Elle constitue une invention commune, surprenante et néanmoins plausible. »* [8].
Sandrine Leguebe explique de façon concise et pertinente la fonction d'une hypothèse, sur le Site « IDRES : *« La véracité ou non de l'hypothèse n'est pas le plus important. En effet, celle-ci sert uniquement de supposition qui permet de donner une ligne de conduite et d'orienter la méthodologie et la recherche d'informations. Elle n'est que fonctionnelle. »* [9].

Il donne aussi la parole à l'entourage, notamment la personne qui se montre désireuse d'intervenir, sans oublier ensuite les personnes silencieuses selon le principe de circularité. *« Il est également nécessaire pour travailler dans la complexité d'interroger chaque membre sur la relation entre deux autres membres. »* [10]. Et en prenant soin de respecter la neutralité, selon « le principe d'hypothèse / circularité / neutralité » de l'école de Milan *: «… plus le thérapeute est dans la recherche active d'informations et moins il sera enclin à porter des jugements ou s'allier implicitement avec l'un des membres de la famille »* [11].

Étape 4 – Le suivi thérapeutique d'« ER » et ses approches les plus courantes :

Comme nous venons de l'exposer dans « l'étape du démarrage du système thérapeutique », les soignants d'« ER » sont très naturellement portés aux principes d'« hypothétisation, circularité et neutralité » suggérées par Mara Selvini-Palazzoli de l'École de Milan.

La fonction du symptôme est d'ailleurs souvent « interrogée », par personnes interposées (circularité) de manière à en enrichir l'interprétation. L'équipe soignante réfléchit elle aussi et reformule positivement le sens du symptôme, tout en tenant compte et en soulignant les limites au-dedans desquelles il demeurait gérable, qui ont été franchies. *« L'approche systémique favorise un diagnostic affiné tenant compte de plusieurs lectures explicatives du symptôme. Les entretiens de famille vont permettre l'énonciation du secret ; ils vont permettre, dans un climat de sécurité, à tous*

---

[8] Mony Elkaïm, *« Si tu m'aimes, ne m'aimes pas »* p. 199.

[9] Cf. Art. De Leguebe Sandrine sur le Site « IDRES sur la systémique ». « Hypothèse, Circularité, Neutralité » (Selon Selvini Palazzoli de l'École de Milan).

[10] Cf. Art. De Leguebe Sandrine sur le Site « IDRES sur la systémique ». « Hypothèse, Circularité, Neutralité » (Selon Selvini Palazzoli de l'École de Milan).

[11] Cf. Art. De Leguebe Sandrine sur le Site « IDRES sur la systémique ». « Hypothèse, Circularité, Neutralité » (Selon Selvini Palazzoli de l'École de Milan).

les membres de la famille de reconnaître ensemble le passé et de rompre les chaînes qui les emprisonnaient en lui » [12].

Les intervenants vont parler du symptôme comme d'un « outil » qui préservait l'homéostasie du groupe mais dont l'utilité ultime est là pour porter l'ensemble vers un changement, un progrès, comme l'indique Nathalie Duriez dans son livre « Changer en Famille » : *« Le symptôme peut être considéré comme un comportement préférentiel coordonné à d'autres comportements au sein de la famille. […] Finalement, le symptôme peut être envisagé comme un premier mouvement dans la trajectoire de changement de la famille. Deux raisons soutiennent cette idée : d'une part le symptôme amène un changement au sein de l'organisation familiale ; d'autre part il amène le patient et sa famille à consulter et à formuler une demande de changement. »* [13].

Les soignants questionnent, parfois suggèrent, ou guident les consultants vers la recherche d'autres « possibles » en termes de solutions ou de façons d'appréhender les choses : *« Et vous, comment auriez-vous réagi à la place de X ? » ; « Y aurait-il d'autres façons de réagir face à ce chagrin… ou d'exprimer cette émotion ? ».* Avec beaucoup de tact et de douceur : *« Cet amour-là s'est éteint, et ça fait mal bien sûr… mais l'amour c'est très vaste, et il y a encore celui de votre papa… »…* avec toujours, des temps pour le silence.

Pour le patient, découvrir qu'il peut y avoir d'autres façons de voir ou de penser les événements, les sentiments, d'autres manières de définir leurs réactions ou celles de leurs proches, déverrouille certaines prostrations, réengage des ouvertures, du questionnement, de la curiosité. Et presque toujours, lui-même et son entourage s'en saisissent : *«… Je n'y avais jamais pensé » ; « Je ne voyais pas les choses comme ça, mais maintenant que vous me le dites… » ; « ça me pose question, ce qui vient de se dire » !* Quand ils le manifestent par le langage analogique, l'intervenant les questionne : *« J'ai l'impression d'avoir réveillé quelque chose en vous, est-ce que je me trompe ? » ; « Vous semblez touché(s) ? ».*

Ce moment d'ouverture partagé sert de recadrage, car comme le dit Stéphan Hendrick : *« Lors de la première séance, les personnes débarquent généralement avec une « théorie » de leur problème. Cette théorie se présente souvent sous la forme d'une explication causaliste qui enferme généralement l'un ou l'autre membre de la famille dans une étiquette et fige les opportunités de changement. Il semble que le fait de recadrer le problème – c'est-à-dire d'amener les personnes à envisager celui-ci sous un angle nouveau – serait lié à de meilleurs résultats. Il semble que ce recadrage soit d'autant plus facile qu'il se produit tôt (si possible lors de la première séance). Le fait d'inviter les membres de la famille à considérer le problème sous de multiples perspectives semble produire ce recadrage. Ceci rejoint également l'intuition de nombreux systémiciens qui ont insisté sur le recadrage »* [14].

---

[12] Art. Duret Isabelle, « *Psychose, suicide, secret et transmission* », *Cahiers de psychologie clinique* 1/2009 (n° 32) p. 139-152 dans le Résumé.

[13] Nathalie Duriez, *« changer en famille »,* Éd. Érès 2009 p. 215.

[14] Stéphan Hendrick, *« Efficacité des thérapies familiales systémiques »* Thérapie Familiale 2009/2 (Vol. 30) p. 227. DOI 10.3917/tf.092.0211.

La reformulation reste un outil majeur. *« La reformulation en systémique, doit être, pour reprendre le mot de Gregory Bateson, une façon d'introduire une différence qui fait la différence. C'est à cette condition que la reformulation peut effectivement aider le patient à prendre de la distance par rapport à lui-même et à ce qu'il vit. »* [15].

On retrouve évidemment les trois fondements rogériens dans la pratique de ce Service d'urgence : l'empathie, la congruence, et le regard positif, qui fonde la base essentielle d'une contenance réussie : *« Rogers affirme « je vois en l'homme une créature d'une admirable complexité, qui parfois tourne terriblement mal, mais dont les pulsions les plus profondes vont dans le sens du progrès, du sien comme de celui de ses congénères » Il faut cependant qu'il puisse jouir d'un climat rassurant pour pouvoir se développer vers cette intégration et cette harmonie supérieures, vers ce qu'il appelle la congruence »* [16].

Lorsque certaines loyautés, accolées de complexes sentiments d'endettement, se dessillent, elles sont accueillies avec intérêt, pour ensuite les relativiser et les enrichir par petites touches suggestives, afin de les assouplir, en sachant que : *« Le contexte de loyauté est issu soit d'un rapport biologique de parenté soit d'attentes de réciprocité résultant d'un engagement relationnel. Dans les deux cas, le concept de loyauté est de nature triadique. Il implique que l'individu choisisse de privilégier une relation au détriment d'une autre »* [17].

Voici quelques exemples de réflexions proposées aux consultants, qui visent à adoucir des loyautés emprisonnantes et à desserrer des liens sans les rompre :

« Si ton regard changeait sur tes parents, penses-tu que cela aurait un impact sur ta relation avec eux ? Silence, et puis affirmation du thérapeute qui va, d'une certaine manière, autoriser le patient à repenser et transformer son regard vis-à-vis de ses parents : *« moi je pense que oui, et je pense que tu en as tout à fait le droit ».* Petit silence. *« peut-être même le devoir… ».*

«… Les parents, ce qu'ils donnent, c'est la vie, c'est inestimable, il faut bien le dire ». Silence. *« En même temps ça leur donne l'occasion d'être parents, d'avoir une descendance, c'est énorme aussi comme cadeau »…*

« Généralement, on veut bien hériter de ce qui nous aide à nous construire mais pas de ce qui l'empêche… et heureusement. Vous êtes d'accord ? ».

« Reconnaître quelqu'un pour ce qu'il vous a donné ou transmis de bien, ça lui renvoie quelque chose qui va lui faire beaucoup de bien, même si c'est peu de chose ».

« On peut aimer autant, mais jamais pareil » « c'est normal, les personnes ne sont pas pareilles ». Silence. *« Vous ne croyez pas ?… »* Et pour alléger le climat s'il devient trop lourd *« Il y aurait un tas d'exemples… ».*

« On ne s'en rend pas toujours bien compte mais c'est souvent par amour, ou par fidélité à quelqu'un qu'on désobéit à un autre, n'est-ce-pas ?…. ».

---

[15] Cf. Art. De Morelli Maria, Maquoi Elisabeth 19.09.2010 sur le Site « IDRES sur la systémique ».

[16] Daval René *« Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. »*, *« Approche Centrée sur la Personne »*. Pratique et recherche 2/2008 (n° 8) p. 5-20 - Ibid., p. 435.

[17] Ducommun-Nagy Catherine, Goldbeter-Merinfeld Édith *« Loyautés familiales et éthique en psychothérapie. Introduction»* Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 1/2010 (n° 44) p. 5-11.

« Parfois on est obligé de faire des choix, pour que la vie continue, pour qu'elle s'organise, qu'elle s'améliore, ça n'est pas une trahison le choix d'un mieux, au contraire… Il y a une raison, qu'on peut expliquer ». « On peut aimer un pays ou une ville par exemple, et vivre dans une autre qu'on aime moins pour pouvoir continuer des études, ou pour recevoir des soins qu'il n'y aurait pas dans l'autre, que sais-je, mais ça n'annule pas les premiers sentiments » ; « Vous comprenez ce que je veux vous dire ? ».

« Obéir n'est pas forcément une preuve de loyauté. Silence. *« qu'est-ce que vous en pensez ? »* Et en se tournant vers les parents ou la famille : *« Et vous, qu'est-ce que vous en pensez ? ».*

Tout ceci a pour effet d'introduire un plus d'élasticité dans les liens qui posent souci, un peu plus de jeu et de constructivité. Le thérapeute cherche à ouvrir le patient à diverses possibilités « d'honorer sa dette » pour sortir de disqualifications stériles qu'il afflige et s'afflige successivement dans une spirale destructive (« Je lui en veux » puis « je m'en veux de lui en vouloir », alors « je lui en veux encore plus » etc.).

Avec une famille « enchevêtrée » qu'on dit aussi fusionnelle, une redéfinition des frontières est suggérée verbalement mais aussi par des attitudes. Par exemple : demander à un adolescent de sortir un moment, afin que les soignants puissent échanger avec les parents, entre adultes. L'équipe soignante fait en sorte que ces frontières soient alors redécouvertes pour être réinvesties par les parents, puis elle les conforte, les encourage.

Avec une famille « désengagée » et dont les frontières se sont rigidifiées, les soignants, au contraire, grâce à leur présence de tiers, encouragent, permettent, voire autorisent l'expression des émotions. Ils montrent avec évidence leur engagement dans l'écoute, et invitent les personnes à s'écouter entre elles *« Vous avez entendu ce que vient de dire votre fille ? »,* et le thérapeute reformule ce qu'il vient d'entendre puis *« c'est bien cela, n'est-ce pas ? »* puis s'adressant aux parents *« vous avez l'air surpris ? ».* Dès lors qu'une opportunité se présente, les soignants pointent les complémentarités, les similitudes et les liens d'appartenance qui peuvent être une source d'apaisement, de sécurité *« J'ai l'impression que vous rejoignez vos parents même si vous ne dites pas la même chose… ».*

Dans ces cas de figure c'est l'approche structurale qui réintroduit un plus de climat sécure. *« Le thérapeute structural clarifie les frontières diffuses et ouvre celles qui sont trop rigides »* [18]*. « On peut décrire les frontières d'un système en les situant sur un continuum dont les extrémités sont l'ouverture et la fermeture. Les frontières peuvent donc être rigides (imperméables), claires (semi-perméable) ou diffuses (perméables) »* [19]*.*

Avec les couples, chacun est amené à se découvrir face à son partenaire, comme « être » plus ou moins différencié vis-à-vis de sa propre famille et de ses racines.

---

[18] Cf. Les grands courants / grandes écoles de la thérapie familiale. Minuchin Salvador. L'approche structurale. mardi 20 juin 2006. Site « IDRES sur la systémique ».

[19] Cf. Les frontières intra et inter familiales. jeudi 10 mai 2012 par Baguette Catherine, Seutin Celine, Kerstenne Fanny, Tiberghien Céline. « IDRES sur la systémique ».

Cela n'est pas sans nous rappeler Angela Macciocchi (Cours du 15.04.2015) qui expliquait qu'elle dit souvent aux couples qu'elle accompagne en thérapie : *«… Il y a beaucoup de monde dans cette pièce » ; «… Je ne sais pas si j'ai assez de chaises dans mon cabinet »* [20].

En même temps qu'ils tempèrent, puis reformulent si nécessaire, les thérapeutes demandent aux conjoints d'exprimer comment ils se perçoivent l'un et l'autre, notamment dans ce qui les constitue historiquement. Puis le couple est encouragé à redécouvrir progressivement ce qui est le fruit de sa rencontre, ce qui lui appartient, ce qu'il a innové. Parce que les modèles familiaux de chacun jouent un grand rôle dans la vie des couples, la théorie Bowenienne est sans conteste d'un grand bénéfice pour traiter leurs difficultés. *« La différenciation du soi individuel, à partir de l'indifférenciation familiale fondatrice, est certainement l'un des thèmes qui organise l'apport exceptionnel de Murray Bowen à la constitution du mouvement international des thérapies familiales»* [21].

Le but recherché par le thérapeute est de distinguer et de dissocier chaque sujet des injonctions de son histoire familiale, à ses propres yeux et aux yeux de l'autre, et d'aider le couple à passer d'une communication conflictuelle et accusatrice à un certain recul, en vue d'un échange plus compréhensif, plus constructif. La relation s'en trouve alors pacifiée. Voici un échantillon de ce qui peut se dire, par exemple, pour aider un dialogue devenu conflictuel : *« Vous vous doutiez un peu que Madame reproduisait quelque chose qui ne lui appartient pas, mais vous semblez le découvrir davantage maintenant, est-ce que je me trompe ?… ». « C'est intéressant ce que vous nous rapportez là » ; « mais j'ai le sentiment que ça ne s'adresse pas à la bonne personne » ; « il me semble que ça répond davantage, d'après votre récit, à ce que vous pourriez dire à votre mère (ou à votre père) ? qu'en pensez-vous ? ».*

Le contrat moral, à l'origine de l'engagement de vie partagée, est interrogé sans précipitation : *« Quel a été le déclic qui vous a fait tomber amoureux ? »* ; *« Et qu'est-ce qui a changé aujourd'hui, qui fait que vous voyez moins chez votre partenaire ce qui vous a fait tomber amoureux ?* Si le couple est tendu : *« Vous n'êtes pas obligés de répondre, il est peut-être un peu trop tôt… ».*

« C'était quoi vos promesses quand vous vous êtes rencontrés, est-ce que vous vous en souvenez ? » « J'aimerais, si vous le voulez bien, que nous revisitions cela ensemble, car vous vous reprochez peut-être des choses difficiles à interpréter ou à comprendre, et qui méritent certainement d'autres grilles de lecture, êtes-vous d'accord avec ce que je vous propose ? » Et selon la réaction des protagonistes, le thérapeute engage ou pas un autre motif de discussion.

Avec les couples comme avec les familles, les « patterns » familiaux sont resitués comme n'appartenant pas seulement à chacun des sujets mais aussi aux familles. Le thérapeute les aborde parfois ainsi : *« Ça a commencé quand ce rituel, d'après vous ? »*… Si ces patterns ou habitudes ancrés, se sont sclérosés, se révèlent inadaptés, et s'avèrent pathologiques, une recherche sur le bénéfice à y rester fidèle(s) est engagée. Puis des réflexions sont lancées sur l'opportunité de ce bénéfice dans l'ici et maintenant. Si il y en a, des pistes sur les conditions et les

---

[20] Cf. Angela Macciocchi, psychologue clinicienne formé à l'école de Rome, dans son cours du 15 avril 2015 du DFSSU clinique familiale et pratiques systémiques.

[21] Cf. Murray Bowen, « *Différenciation de soi* » Éd. ESF 2ème éd. 1999 4ème de couverture.

formes dans lesquelles il pourrait être investi et vécu autrement, sont engagées pour qu'il ne soit plus un risque ou un frein regrettable dans les relations.

Dans ce travail d'urgence, comme exprimé plus haut, le thérapeute interroge et reformule très souvent, pour mieux recadrer, ce que chacun apporte en séance. *« La reformulation est une des modalités du feed-back dans un processus de communication. Le message en retour permet de vérifier sa compréhension. D'une part, l'écouté se reconnaît dans la formulation, le précise éventuellement et poursuit sa narration. D'autre part, l'accord donné à sa reformulation confirme pour l'écoutant la justesse de ses propos et le conforte dans son écoute. »* [22].

La thérapie narrative s'avère aussi fort utile. *« Favoriser une définition générale acceptable du problème et "externaliser le problème" sont des techniques thérapeutiques qui émergent de la théorie de la Thérapie narrative »* [23]. Chacun est invité à conter, « retisser » son histoire propre et l'histoire commune du couple ou de la famille, en intégrant ou s'appropriant des interprétations suggestives de la part des thérapeutes. Les soignants aident les patients à décoder certaines logiques de leur vie, avec leurs richesses, leurs pertinences, qui sont alors revisitées présentement dans une co-construction. De façon naturelle, cette nouvelle construction repositionne et reconjugue le passé au passé tel qu'il se présentait au départ, et qui se faisait trop présent. « *L'alliance thérapeutique devient ainsi le véhicule de déconstruction de narrations anciennes qui auront été extériorisées, aidant la famille à prendre une distance nouvelle avec « ses récits » intériorisés auparavant. Des narrations alternatives seront dès lors envisageables, le thérapeute et la famille ensemble pourront élargir le champ des « possibles »* [24].

Le rôle des thérapeutes se met au service de cette aventure en reformulant positivement toutes les expressions qui enferment et nuisent à l'identité des personnes. *« La méthode narrative de Michael White (White et Epston, 1990) est fondée sur la recherche obstinée des moindres éléments positifs et de la moindre trace d'une évolution favorable. »* [25].

Selon la problématique rencontrée, l'équipe « ER » a un mois pour soutenir et orienter progressivement le couple vers une thérapie de couple, et pour les familles vers un relais thérapeutique familial, à moins qu'il soit plus pertinent de diriger les uns ou les autres vers des thérapies individuelles.

Dans toutes les situations de crise, où il est difficile, voire impossible, de nommer l'événement traumatisant, l'utilisation de métaphores est d'un grand secours : *« la métaphore apparaît bien comme un des dispositifs les plus puissants de représentation à la disposition des thérapeutes. Carole Gammer (2005) distingue les métaphores engendrées par le thérapeute et les métaphores*

---

[22] Cf. Art. De Morelli Maria, Maquoi Elisabeth 19.09. 2010 sur le Site « IDRES sur la systémique ».

[23] Cf. Michael White. Extrait de « Narrative Means to Therapeutic Ends » (« Les moyens narratifs au service de la thérapie »). Dans Wikipédia.

[24] Nathalie Duriez « *Changer en famille* » 2009 Érès p. 106.

[25] Nathalie Duriez « *Changer en famille* » 2009 Érès p. 106.

engendrées par le patient. Le mot ou la phrase qui constituent la métaphore ont souvent des liens étroits avec une constellation interconnectée de croyances, de valeurs, de désirs, de craintes, d'espoir. Elles évoquent le modèle mythique de la famille. Une fois que la métaphore significative a été bien ciblée, la famille peut l'utiliser et elle deviendra un véhicule de représentations partagées et toujours en cours de développement et de variations, comme un thème musical. » [26].

Pendant la période de stage, aucun objet flottant n'a été utilisé. Cependant des tableaux sertis de grandes feuilles dans les salles d'accueil, pourraient permettre de dessiner un génogramme ou un blason. Quelques jouets sont rangés dans une caisse et pourraient être l'occasion d'objets à but thérapeutique lorsque des enfants font partie du système consultant.

Quelque soit l'outil ou l'approche utilisée par l'Équipe soignante du Groupe « ER », ils s'élaborent toujours dans le but d'enrichir une contenance forte qui porte et aide au mouvement, en vue d'une nouvelle confiance et de l'acceptation d'un changement qui s'impose.

L'organisation du Service, pertinemment pensée, à la fois pour rassurer et contenir les consultants, mais aussi pour soutenir et faire converger les différents apports des intervenants, demeure le point d'ancrage de l'aide thérapeutique du Groupe « ER ».

Nous concluons la partie théorique en soulignant en quelques mots une intuition et fruit qui a pu mûrir grâce à notre observation du Service d'urgence « ER » : La co-construction d'un cadre organisationnel qui se soucie des membres qui l'animent, comme de ceux qui le fréquentent, est une véritable « science », qui prend soin de sa propre conscience en aimant et reconnaissant chacune des vies qui la légitime.

Ce qui rejoint sans doute ce qu'a voulu nous partager François Rabelais avec son adage philosophique : *« Science sans conscience n'est que ruine de l'âme ».*

[26] Nathalie Duriez « *Changer en famille* » 2009 Érès p. 169 – 170.

Deux cas cliniques

A) Avant-propos :

Par souci de confidentialité, nous ne donnerons pas le nom des patients, ni les âges exacts. Le choix de lettres alphabétiques pour les nommer, correspondra plus ou moins au cycle de vie de chacun des sujets. Dans la mesure où le « A » serait la naissance, et le « Z » la mort.

Comme cela se passe pour tous les membres de l'équipe « ER », il n'a pas été possible de suivre un ou des cas cliniques, depuis la prise en charge téléphonique jusqu'au classement du dossier. C'est une des raisons pour lesquelles il est préférable de présenter deux cas cliniques.
Les deux cas exposés dans ce mémoire, ont un point commun : j'étais présente dès la première consultation de chacun de ces cas.
D'autre part, chacun d'eux s'est retrouvé piégé dans une insurmontable et mortifère difficulté à passer le cap entre deux étapes du cycle de vie avec des degrés de dangerosité importants.

La réponse thérapeutique qui cherche à sortir les patients d'un refus de la vie par peur de la perte et de la mort, rejoint admirablement ce passage de Daniel Sibony dans son œuvre « Entre deux » : *« Quel que soit le choix, la mort est au bout, mais un appel est lancé : n'aller à la mort que par la voie de la vie et pas par celle du refus de la vie. S'accrocher à la vie même insensée, fragmentée, non finalisée. Mais ne pas vivre en ignorant que la mort est là, comme un choix possible, écarté pour faire de la place, laisser du jeu. Autrement dit : qui a peur de la mort est dans la mort ; qui a peur de perdre est déjà perdu, et ne se retrouve que dans sa perte. Quelle violence. On comprend que ce Livre (la Bible) appelle ses tenants des « passeurs » et sa langue celle du passage : une sorte de passage intrinsèque entre deux langues ; entre deux fractures de l'être. Socrate aussi s'accroche au passage. Grâce à lui l'âme est pensable comme le tiers-lieu de passage par où transitent les transmissions, conscientes et inconscientes, quand elles cherchent à se mouvoir, se transférer, se signifier* [27].

L'intérêt d'exposer ces deux cas, porte sur une nécessité de contenance thérapeutique forte face à des adultes ayant toujours eu une capacité d'autonomie normale. Le système des proches est ébranlé et perdu, ne sachant plus quoi faire autour du patient dépressif devenu dangereux pour lui-même et pour les autres, et qui entraîne les siens dans une spirale descendante d'angoisse qui les paralyse.

Pour le premier cas, une seule séance est rapportée. Cependant, tous les enfants entouraient leurs parents et beaucoup d'indices et interactions ont émergé. Nous appellerons la patiente : Madame « W. ».

[27] Daniel Sibony *« Entre-deux »* Seuil Essai 1991 p. 193-194.

Pour le second, deux visites à domicile, et deux consultations dans les locaux d'« ER » sont rapportées ce qui équivaut à 5 heures / 5 heures 30mn d'entretien. Nous l'appellerons Monsieur « O. », particulièrement soutenu par son épouse.

B) Premier cas clinique : Madame W et sa famille

a) Présentation :

Madame W a 85 ans. Elle est accompagnée de son mari, 90 ans. Et de leur fils qui est venu avec son épouse, ainsi que leurs deux filles. Ces derniers ont tous dépassé 50 ans.
Lorsque nous entrons dans la pièce, chacun des membres de la famille s'est trouvé une place.
Sur le fauteuil-canapé, au centre et contre le mur, se sont assis les trois enfants de Madame et Monsieur W. Le fils est à gauche, la fille aînée, est au milieu, et l'autre fille s'est assise sur le bras droit du canapé. La belle fille s'est installée à droite sur une chaise.
Monsieur et Madame W se sont installés dans de petits fauteuils, à gauche. Madame est entre son mari, et son fils.
L'équipe se présente, puis le thérapeute commente brièvement ce que le service « ER » leur propose en termes d'organisation.

b) Observation pendant la séance :

Le thérapeute remarque, que Madame W semble moins crispée que lors de la première visite à domicile : *« Vous avez l'air d'aller un petit peu mieux Madame W ».*
Pas de réponse.

Cette prise en charge fait suite à un appel téléphonique d'une de ses filles qui expliquait alors que sa mère en était à sa 3ème tentative de suicide médicamenteuse. Elle signalait aussi que cette dernière disait qu'elle voulait se tuer avec son mari en voiture.

On devine très bien que Madame W était dans sa jeunesse, une jolie femme de caractère, comme ses filles. Nous apprenons au fil des échanges qu'elle a consacré sa vie au foyer, avec un cadre familial suffisamment porteur pour permettre aux trois enfants de grandir et d'accéder à l'autonomie.
De son côté, Monsieur W a eu une belle situation, ce qui a permis à cette famille une vie agréable.
Puis, Lors du « nid vide » Madame W s'est occupée de son époux : *«… il est important de signaler certains jalons caractéristiques qui constituent des indices certains de la vieillesse. Le premier – et l'un des plus débattus – est lié au départ des enfants : le célèbre syndrome du « nid vide » (Neugarten, 1970) »* [28]. Depuis plusieurs années, la vue de Monsieur W ne lui permet plus de conduire la voiture, c'est Madame qui prend en charge ses déplacements.
Son mari et elle s'affaiblissent, alors qu'enfants, et petits enfants devenus grands, sont de moins en moins disponibles pour venir les voir, à cause de vies professionnelles ou étudiantes très investies.

---

[28] Juan Luis Linares *« Le vieillissement »* Art. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2003/2 (n 31) p. 21-22.

Dans la ligne de comportements sociaux classiques de l'époque, en bons parents, leur vie durant, ils ont appris, Madame en particulier, à être sans cesse dans le dévouement et dans le don, ce qui a amené ou confortée cette dernière à : *«… être tout (encerclement) pour ne pas devoir dépendre, pour ne pas avoir de compte à rendre. Tout ramener à soi grâce au centripète féminin, prendre tout en charge et donner pour éviter de recevoir qui attesterait de l'importation d'un ailleurs et d'un rattachement et qui impliquerait une dette vis-à-vis de celui qui donne »* [29]. Dans l'aide thérapeutique, il va falloir soutenir une prise de conscience qui rejoindrait cette citation de Paul Ricoeur, philosophe : *« N'exerce pas le pouvoir sur autrui de façon telle que tu le laisses sans pouvoir sur toi » dit Ricoeur. »* [30].

Le fils nous explique à deux reprises qu'il est « *comme sa mère, « anxieux »*, qu'il est celui *« qui lui ressemble… »*. Il est aussi celui *« qui habite près de ses parents »* et celui qui se trouve tout à côté de sa mère et non de sa femme, pendant la séance.

Ce dernier, d'un commun accord avec son épouse, au fil de l'entretien décide de reporter des vacances prévues dans les jours qui viennent, afin d'engager une permanence de leur présence auprès de Madame W, d'autant que la belle-fille est retraitée.

Cette famille, au vu de ses apparences, de sa tenue, de son langage, est à situer dans la classe moyenne haute. Les deux sœurs, chics, autonomes, sont affirmées, le fils par contre est plus effacé et la belle-fille aussi.

Les enfants travaillent encore, et chacun d'eux vient avec son lot de préoccupations personnelles.

Ils semblent tous être encore partiellement dans le déni de la gravité du problème de leur mère et de la difficulté de leur père à vivre une inquiétude de tous les instants.

Seul le père évoque son désarroi et son sentiment d'impuissance devant l'état morbide de son épouse. Pendant qu'il s'exprime, Madame W reste silencieuse et fermée.

Le thérapeute, après avoir remercié chaleureusement une seconde fois toute la famille d'être venue et de s'être mobilisée autour de Madame W, rappelle que les rencontres dans les locaux d'« ER », vont devoir se faire avec tout l'entourage, parce que la famille demeure experte dans l'alliance thérapeutique et que sans elle le travail des soignants, particulièrement dans ce cas de figure, serait inefficace (s'affiliant ainsi par la même occasion, aux vains efforts de Monsieur W).

Les filles de Madame W émettent une remarque : *« On n'est pas toujours disponible, il y a le travail, la maison, les enfants… », « avec en plus le trajet »,* pour l'une d'elle. Le contexte peut renvoyer au passage ci-après, de Édith Goldbeter-Merinfeld : *« Traversant ce qu'on a fréquemment appelé la « crise du milieu de vie », ils sont submergés et pris entre deux temps : celui anarchique de leurs adolescents et celui très ralenti de leurs parents. On constate souvent une inversion des générations durant cette période : les adolescents sont considérés comme des adultes avant l'âge et les grands-parents sont infantilisés alors qu'ils sont en fait malades »* [31].

Puis la cadette, très souriante et qui s'exprime le plus, explique : *« Je ne comprends pas ce qui se passe, j'emmène régulièrement maman faire quelques petites courses, et là tout va bien ». « Je ne peux pas*

---

[29] Bernard Fourez *« Les maladies de l'autonomie »* Revue Thérapie familiales 2007/4 (vol 28) p. 381.

[30] Pierre Michard *« La thérapie Contextuelle de Boszormenyi Nagy »* Éd. de Boeck p. 57.

[31] Goldbeter-Merinfeld Édith *« Temps individuels et temps familial aux différents âges de la vie. »* Thérapie Familiale 4/2007 (Vol. 28) p. 329-347.

faire cela tous les jours certes, mais elle n'est pas abandonnée… ». « De toute façon on ne peut pas être avec elle 24 heures sur 24… et puis il y a le téléphone… je ne comprends pas… ».

Les trois enfants de Madame W enchaînent en se partageant la parole et en nous narrant un fait traumatique, à partir duquel les choses auraient basculé pour leur maman, deux ou trois ans auparavant : *«… Papa avait un RDV à l'hôpital, ils y sont allés tous les deux en transport. Mais à l'hôpital, la simple visite s'est transformée en quelque chose de plus compliqué : les médecins ont voulu garder papa et ils n'avaient pas de lit pour maman. Il était tard. Elle est sortie, et là, au milieu de nulle part pour elle, elle a marché et s'est perdue. Elle était sous le choc. Tout ça l'a beaucoup ébranlée. C'est une personne qui craint beaucoup l'inconnu… ». « Depuis cet événement-là, elle a changé… ».*

Pour le fils, le problème vient assurément de là.

Pour ses sœurs, cet événement a été déclencheur de quelque chose de sous-jacent, qui empire… Aucun mot cependant n'est posé sur le « quelque chose ».

Toute la famille reste focalisée et collée au symptôme et sur l'idée d'« une peur de se retrouver toute seule », une peur qui pourrait bien devenir despotique avec les proches, parce que finalement ressentie comme un vide insurmontable !

Alors le thérapeute prescrit l'impossible afin de susciter des réactions [32] : *« Votre maman a besoin d'être constamment entourée… », « C'est une nécessité… »* lance t-il.

En imaginant ce qui ne serait de toute façon pas possible sur le long terme, cette prescription paradoxale du thérapeute suscite alors un long silence. Chacun réfléchit, se questionne (geste de la main contre une partie du visage) les yeux baissés ou bien orientés vers cette maman prostrée. Pas un mot. Les corps sont figés, dans une *« communication analogique selon Paul Watzlawick »* très puissante, les visages sont graves et comme baissant un tout petit peu la garde, devant un inéluctable « impossible » à nommer pour cette famille.

La mort est très présente sans que personne ne la cite. Tout le monde est là, réuni, pour trois tentatives de suicide et une volonté morbide d'en finir.

Le thérapeute prend la parole et tente de l'aborder indirectement en s'adressant à Madame W : *« Et vous Madame, qu'avez-vous à dire, vous êtes toute silencieuse, mais bien en vie heureusement, vous savez pourquoi on est tous là, n'est-ce pas ? ».*

Madame W répond : *« Ça ne changera rien ».*

Le thérapeute : *« Qu'est-ce que vous voulez dire par là Madame W… voyez, toute la famille se mobilise… c'est parce qu'ils vous aiment ».*

Puis il reprend : *« Bon si vous voulez ne rien dire, alors ne dites rien, vous avez tout le temps pour vous exprimer… » « On n'est pas à la minute, Madame W ».* (Suggestions à la manière d'Erickson).

Elle reste silencieuse. Et toute la famille avec elle, comme démunie.

Nous en sommes à trois quarts d'heure de consultation. Le thérapeute indique que nous allons quitter la salle, le temps d'échanger entre professionnels. Il dit à la famille : *« De votre côté, cela vous fait aussi un temps de réflexion entre vous ».*

Nous retrouvons un membre de l'équipe et nous réfléchissons ensemble pendant une douzaine de minutes :

---

[32] Cf. Di Martino Isabelle *« Prescription paradoxale de la fonction du symptôme ».* Mara Selvini et l'Ecole de Milan 20/06/06 Site IDRES.

L'infirmière : *« Pour une première, ils nous ont livré pas mal de choses »…*

Le thérapeute nous regarde : *« C'est l'avantage des situations de crise ! ».*

Stagiaire : *« Mais ça n'a pas changé l'opinion de notre suicidaire, enfin pour l'instant du moins… Elle a eu peu de paroles mais elles sont tombées comme un couperet »…*

Le thérapeute : *« Oui, en même temps, cette famille a pas mal de ressources, et ils sont tous partie prenante… cela dit, il va falloir quand même beaucoup contenir, c'est sûr»…*

Il ressort de l'échange que le travail va consister pour une part, à confirmer ce vieux couple par rapport à son investissement éducatif passé, auprès de ses enfants et petits-enfants, et de les aider à s'autoriser la joie de « recevoir » en partage, les réussites et les avancées de ceux-ci. *« La tâche du thérapeute est de promouvoir le processus par lequel les protagonistes entre eux tenteront de répondre à des questions concernant le donner et le recevoir »* [33].

Stagiaire :… *« Elles y sont pour quelque chose ces vieilles personnes, quand même, dans les réussites de la famille ! ».*

L'infirmière : *« S'ils en prennent conscience, ça donnera de la cohérence entre les générations »…*

Dans ce partage par le « donner, recevoir, rendre », la famille entière devrait pouvoir se renforcer dans ses racines et dans sa pérennité. *« Les psychothérapeutes ont à être attentifs aux singularités de ces étapes ou de ces entrecroisements de temps différents, pour reconstruire avec les familles en souffrance qui les consultent, une histoire sensée, une chronologie où elles puissent se resituer avec sécurité plutôt que de rester dans un boitillement entre plusieurs temps désynchronisés, incohérents en quelque sorte »* [34].

Le thérapeute : *« La mort est assez taboue dans cette famille, et on pourrait dire que la grand-mère met les pieds dans le plat… bon !…. ce serait peut-être pas mal, à un moment ou à un autre, d'aborder l'idée que ce qui a existé, a existé… ».*

En effet, on pourrait dire avec Vladimir Jankélévitch, musicologue et philosophe : *« Celui qui a été ne peut plus désormais ne pas avoir été ; désormais ce fait mystérieux et profondément obscur d'avoir vécu est son viatique pour l'éternité »* [35].

Cela nous rappelle un passage magnifique, que nous partageons à ce moment-là, du livre *« Raisons de vivre »* où Victor Frankl rassure une patiente : *« Un autre de mes patients, que j'interrogeai pendant l'un de mes cours, se montrait préoccupé par le caractère transitoire de la vie […] « Avez-vous déjà rencontré quelqu'un », lui demandai-je, « pour la réalisation et l'accomplissement duquel vous éprouvez un grand respect ? ». « Certainement » répondit-elle, « notre médecin de famille était une personne exceptionnelle. Il s'occupait de ses patients, il vivait pour eux… ». « Est-il mort ? » lui demandai-je. « Oui » répondit-elle. « Mais sa vie a été extrêmement pleine de sens, n'est-ce pas ? » demandai-je. « Si la vie de quelqu'un a du sens, c'est bien la sienne » dit-elle. « Mais cette plénitude de sens, a-t-elle disparu avec sa mort ? » […] « Pas du tout » répondit-elle, « rien ne peut changer le fait que sa vie était pleine de sens » ; mais je continuai à la provoquer : « Et si par ingratitude, aucun de ses patients, ne se*

---

[33] Pierre Michard *« La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy »* Éd. de Boeck 2005 p. 132 Citation de Boszormenyi-Nagy I. séminaire de Chexbres 1992.

[34] Edith Goldbeter-Merinfeld *« Temps individuels et temps familial aux différents âges de la vie ».* Thérapie Familiale 4/2007 (Vol. 28) p. 329-347.

[35] Extrait de Vladimir Jankélévitch *« L'Irréversible et la Nostalgie »* sur une plaque commémorative du 1 quai aux Fleurs Paris, IVe.

rappelait ce qu'il doit à votre médecin de famille ? ». « Cela resterait » murmure-t-elle. « Ou par oubli ? ». « Cela resterait ». « Ou parce qu'un jour le dernier de ses patients sera mort ? » ; « Cela resterait… » [36].

Stagiaire : *« On peut aussi glisser que cette avancée dans le vieil âge est une chance de transmettre aux leurs, l'exemple d'une longue espérance de vie, ça pourrait peut-être leur donner du courage pour aller jusqu'au bout »…*
Le thérapeute : *« Pour le traitement qui a démarré depuis peu, la dame supporte bien. On va demander à la famille de continuer la surveillance bien sûr. Et on leur prescrit de revoir cela avec le psychiatre la prochaine fois ».*
« Ok ! on y retourne, on a un mois pour mettre en place avec la famille des aides à domicile et des soins infirmiers, qui ponctueront les journées. Il faut remettre du rythme sécure pour Madame et Monsieur ».

De retour auprès de la famille, nous remarquons qu'elle est plus détendue. Ses membres ont visiblement su trouver comment se soutenir, pour surmonter le silence pesant dans lequel nous les avions quittés.
C'est un petit signe, qui peut dénoter que les personnes commencent à s'approprier ensemble, cette parenthèse dans le temps, opérée par la prise en charge très contenante de « ER ». D'autant que les expressions de visages, à notre retour, sont ouvertes, accueillantes, confiantes, et même déjà complices.

Le thérapeute s'installe, les regarde, leur sourit et prend la parole.
En conclusion de cette séance, il aborde tout d'abord le traitement, dont l'effet nécessite encore quelque temps. Il invite à nouveau la famille à la vigilance, et à la surveillance aussi, afin que Madame W ne puisse plus s'intoxiquer. Il explique que le traitement médicamenteux sera abordé plus en détail, la prochaine fois avec le psychiatre.
Puis il dit : *« Je pense que nous allons pouvoir le traverser, ce tunnel, n'est-ce pas… vous êtes une belle famille et vous vous êtes tous mobilisés, malgré que ça ne soit pas toujours facile pour les uns et les autres ».*
Se tournant vers les parents : *« Vous pouvez être fiers de vos enfants, Monsieur et Madame W. Sans vous, ils ne seraient pas ce qu'ils sont, et vous êtes leurs modèles… ».*
Et il reprend : *Vous êtes leurs modèles… ce sont des choses très importantes que je vous dis là… ».*
« On serait curieux de découvrir les petits enfants, il faudrait qu'on puisse programmer des rencontres, où ils pourraient être là, eux-aussi ».
« Eh oui ! ce serait bien aussi pour eux, qu'ils puissent participer un petit peu à cette mobilisation, à ce temps fort de la famille, qu'ils puissent sentir que leurs grands-parents et leurs parents comptent sur eux pour la relève, et pour partager la fierté que tous, vous pouvez ou pourrez en tirer, voyez-vous ».

Après quelques longues secondes de silence, il revient vers des actions simples et pratiques à mettre en route : *« Comme nous en avions déjà parlé, il serait bon d'engager dès que possible, une demande de recours à une aide ménagère de façon régulière, à un service infirmier aussi, pour le suivi médical qui pourra être utile autant à Madame que Monsieur ».* Petit silence. *« C'est intéressant les aides à domiciles, ça permet de garder son « chez soi », ça permet un lien régulier qui peut prévenir les médecins en cas de problème, qui peut prévenir la famille. Ça ne remplace pas la famille bien entendu, ça reste*

---

[36] Victor Frankl, *« Raisons de vivre »* tome 1 Ed. du Tricorne 1993, p 115.

une aide, sur laquelle on peut compter en gardant à l'esprit qu'elle a aussi ses limites, mais ça + ça, mis en lien, ça réinjecte de la vie ».

Puis l'infirmière ouvre l'agenda du Centre. Elle propose deux dates de VAD (visite à domicile) puis une date pour la prochaine rencontre dans les locaux d'« ER ». Elle leur explique aussi que si l'un d'entre eux a besoin d'un arrêt de travail pour pouvoir être au côté de la patiente, les médecins d'« ER » peuvent en prescrire, mais personne ne veut recourir à un arrêt médical, pour l'heure.

La fille aînée, qui semblait la moins impliquée s'avère la plus pragmatique, elle consulte la première son agenda. Chacun lui emboîte le pas. Dans leur geste, on peut percevoir une volonté de se saisir et d'investir la prise en charge d'« ER ». Les dates se décident.

La fille aînée enchaîne que ce temps particulier, où tout le monde se solidarise avec l'aide de professionnels, peut être finalement l'occasion d'aborder ce passage délicat du « 4ème » âge de leurs parents avec réalisme et apaisement, chose qui leur était difficile. Elle l'évoque, en laissant supposer que toute la famille y gagne dans cette contribution. Elle nous remercie pour notre soutien.

Le thérapeute conclut que : *« La crise a un côté positif, quand elle mobilise. Sa gravité autorise l'entourage à faire une pause. Et cela lui permet progressivement de puiser dans les capacités créatives de chacun et du groupe, afin de trouver de nouvelles solutions, de nouvelles propositions, ou de nouveaux projets plus adaptés ».* Silence. *« Cela permet aussi un temps pour apprendre ou réapprendre à apprécier beaucoup de choses oubliées ou laissées de côté ».* Silence. *« Avez-vous des questions ? ».*

Le fils : *« On peut vous appeler n'importe-quand en cas de souci ? ».*
Le thérapeute : *« N'importe quand, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ».* Silence. *« D'autres questions ? ».*

La Cadette : *« Il faut que ça mûrisse… ».*

Le thérapeute rebondit sur le mot « mûrir » : *« Voyez entre vous comment s'organiser pour venir avec les petits enfants, ils ont certainement beaucoup à apporter sans qu'ils le sachent, et ça ne pourrait que les faire grandir, mûrir » ; « Et comme ça, tout le monde en ressortirait grandi, mûri… ».*

La fille aînée : *« Eh bien à la prochaine fois, alors ».*
Le thérapeute : *« Ça ne sera pas moi, je pars en congé dans quelques jours. Mais ne vous inquiétez pas, notre système de suivi est basé sur un travail d'équipe, ceux qui vous recevront seront au courant de ce que nous avons démarré ensemble »* ; *« On est comme les familles quand elles découvrent qu'elles peuvent avoir une fonction d'équipe ! On fait comme elles, on travaille en équipe, ça marche assez bien ».*

C'est le moment de se quitter. Aux salutations et remerciements, nous percevons cette famille plus légère et plus tonique qu'à l'arrivée (comme nous avons pu l'observer, pendant ce stage, pour la majorité des consultants).

c) Pistes à engager pour la suite thérapeutique :

1) Contenir de manière concrète le vieux couple, avec une présence sociale régulière, par de l'aide ménagère, et des visites cadencées par un service infirmier formé à la gériatrie.

2) Proposer, de manière indirecte ou en aparté, au fils de Madame et Monsieur W une thérapie individuelle ou de couple, où il pourrait travailler sur son anxiété, héritée de sa mère. Ce qui aurait un double bénéfice : à la fois pour lui et pour ses parents avec lesquels il est en grande proximité géographique mais aussi psychique et plus particulièrement avec sa mère.

3) Retravailler les liens intergénérationnels et stimuler la fierté que cette famille peut tirer de son appartenance en la faisant évoluer si possible d'une appartenance un peu trop figée et reçue, à une appartenance plus vivante et choisie : *« Une façon de faire comprendre cette distinction consisterait en ceci : à une identité « a quo » (à une identité reçue, donc, c'est-à-dire à une appartenance) l'on ne peut que se montrer fidèle ou infidèle. Tandis qu'à une identité « ad quem » (autant dire à une identité choisie) l'on ne peut que se montrer plus ou moins conforme. On est fidèle ou infidèle à quelque chose que l'on a reçu en partage, mais on se révèle plus ou moins conforme à une identité que l'on a élue comme sienne »* [37].

4) Mettre en mouvement la conscientisation d'un « donner, recevoir, rendre » toujours possible, que l'on soit jeune ou vieux car : *« Donner implique recevoir et rendre dans le même geste. En l'une de ces phrases aphoristiques qui font réfléchir longtemps, Mauss a défini l'acte du don comme « cet instant fugitif où la société prend ». À un premier niveau, on comprend que le lien social « prend » tout d'un coup consistance – comme une mayonnaise convenablement battue – grâce à ce tour de main du don, qui implique l'acte de recevoir et le devoir de rendre »* [38].

5) Permettre à cette famille d'aborder la mort : interroger en douceur les croyances ontologiques de la famille, et, ou, les aider à émerger.

6) Continuer de donner du sens à l'existence de ces personnes, par des reformulations, par des relectures narratives des événements et des projets posés par la famille.

7) Et au travers de ces initiatives ou pistes, aider au changement avec prudence, dans une contenance très chaleureuse, très rassurante :
   En rappelant bien-entendu : *« Vous pouvez toujours appeler quelle que soit l'heure. Si vous rencontrez un souci, n'hésitez pas, maintenant on se connaît, on est avec vous pour réfléchir, avancer… ».*
   En cas de situations trop dures qui se répéteraient, demander aux membres de nous partager des faits qui les auraient ébranlés de façon similaire, et comment ils ont fait pour surmonter l'épreuve… Leur permettre ainsi de se saisir de leur confiance en soi, de leur désir de s'en sortir,

---

[37] Audi Paul « Remarques sur le sentiment d'appartenance » *Les Temps Modernes* 5/2010 (n° 661) p. 146-158.

[38] Pommier Gérard *« Donner, recevoir, rendre »… le Nom Propre*. Revue du MAUSS 1/2011 (n° 37) p. 179-186.

de s'appuyer sur leurs ressources, leur expérience. Et cela, dans le but d'un « agir », pour s'extraire d'un « subir » annihilant.

C) Second cas clinique : Monsieur O et sa famille

a) Présentation :

Monsieur O a 53 ans. Son épouse a 45 ans, et leurs deux enfants, un garçon et une fille ont respectivement 18 et 13 ans.
La première entrevue s'effectue à domicile. N'ayant jamais vu le patient, les infirmières s'appuient sur la fiche téléphonique qui indique une décompensation anormale de Monsieur O qui dit qu'il pourrait tuer son épouse avec les ciseaux qu'il a dans les mains, et une autre fois qu'il pourrait l'étrangler.
Il a été mis sous traitement antidépresseur par un psychiatre puis orienté par ce dernier, avec sa famille, vers le Service « ER ».

b) Mon observation pendant la première VAD :

Les infirmières, ne sachant pas dans quel contexte elles vont se retrouver, restent prudentes.
Madame O nous ouvre et nous entrons dans un appartement ordonné et cosy. Le lieu, malgré la présence d'animaux est bien entretenu et agréable, très chaleureux, avec beaucoup de boiserie, de décorations, de souvenirs, d'objets joliment mis en valeur de part et d'autre. Notre première impression : un agréable univers à lui tout seul.
Monsieur O est en tenue d'intérieur comme le serait une personne hospitalisée, ses cheveux sont un peu en bataille et son visage tiré de fatigue et de tristesse. Il est maigre. Il s'assied et s'enfonce dans le fauteuil du salon très douillet. Son épouse s'installe à côté de lui mais en restant droite, et sur le bord du fauteuil, après que nous ayons été invitées à nous asseoir sur des chaises en face d'eux. Cet ordonnancement nous place naturellement en position haute.

L'infirmière : *« Alors Monsieur O, comment vous sentez-vous ? ».*
Monsieur O : *« Je dors beaucoup avec les médicaments ».*
L'infirmière : *« C'est normal, et c'est une bonne chose. C'est la deuxième chose que j'allais vous demander : si vous dormiez bien… ! c'est très important. Dans un premier temps, il faut en profiter pour dormir et bien vous reposer ».*
Monsieur O : *« Je cherche à comprendre »* et il fait un geste circulaire de l'index près de sa tempe ; *« Pour les ciseaux »* ; *« Je me souviens quand j'étais gosse, avec des cousins, on avait joué, j'en avais blessé un, j'avais été choqué par le sang, j'avais eu peur… je me sentais coupable »*. Silence. *« Je cherche… je cherche pourquoi j'ai fait ça, moi qui ne ferais pas de mal à une mouche », « je suis quelqu'un de pacifiste », « Quand je regarde Bambi avec les enfants ça me fait pleurer, c'est pour dire »* ; *« ça ne me ressemble pas, alors en repensant aux ciseaux, cette histoire m'est revenue, j'ai fait le lien ».*
Madame hoche discrètement la tête pour confirmer.
L'infirmière s'exprime calmement et de manière entrecoupée de petits silences : *« Il y a peut-être un lien » ; « Ou bien vous avez été victime d'un état de confusion, où l'on est plus soi-même effectivement,*

voire aux antipodes » ; « Il y a des caps parfois difficiles dans la vie, qu'on ne voit pas forcément venir » ; « Votre comportement a été une alerte, il fallait prendre cela au sérieux, et c'est ce que vous avez fait, maintenant vous n'êtes plus seuls » ; « On va vous aider, on va faire tout ce qu'on peut » ; « Avec vos moyens + les nôtres » ; « Soyez confiants ».

L'autre infirmière : *« L'important, avant tout, c'est de vous reposer, pour que vous soyez apaisé. Vous avez subi un choc et votre épouse aussi. Vous avez tout le temps de vous expliquer ce qui aurait motivé ces pensées qui ne vous ressemblent pas ». « Plus vous serez apaisé, plus vous aurez la ressource de vous en sortir, et plus vous pourrez rassurer votre entourage, plus vous vous rassurerez vous-même ».*

Comme cité dans : Parutions « Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche », en élargissant la citation de Charly Cungy qui dit « *Pour le praticien la difficulté permanente est de maintenir l'équilibre entre professionnalisme et empathie ».* Et que « Parutions… » développe : *« Ainsi posé, c'est oublier que dans toute relation d'aide vraiment professionnelle, l'empathie est un repère attitudinal qui ne se déploie jamais sans appuis dialectiques avec le regard positif inconditionnel et la congruence »* [39].

Cette affirmation rejoint le travail de la seconde infirmière quand elle confirme le patient, en reformulant que « ce qui le tourmente ne lui ressemble pas », et qu'elle l'invite comme sa collègue, et le conforte à rechercher « l'apaisement, pour rassurer et se rassurer lui-même » et cela, dans un esprit d'alliance thérapeutique très soutenant.

Elles pratiquent la toute première attitude thérapeutique en cas de crise : les repères des patients n'opérant plus, elles transmettent beaucoup de paix, de calme, de présence attentive avec des paroles qui reprennent celles du patient et l'orientent positivement. Elles conseillent, autorisent et valident le repos, le sommeil réparateur. Elles expliquent qu'il faut attendre quelques jours avant que les médicaments soient efficients. Le message thérapeutique introduit qu'il faut le plus possible lâcher les tensions et le stress.

Monsieur O parle aussi de l'absence de ses enfants partis en vacances : c'est la première fois que la famille est ainsi éclatée sur une certaine durée. Il n'y a plus les enfants et il n'y a plus le chien.

« C'est idiot » dit-il *« mais cela me casse le moral »*.

L'infirmière : *« La maison vous semble bien vide n'est-ce pas », « mais rassurez-vous, nos enfants restent nos enfants et où qu'ils soient, ils sont toujours proches, mais d'une autre manière ».* (Recadrage).

La reformulation passe par « maison vide » « mais qui dit « maison vide » dit « où qu'ils soient nos enfants restent nos enfants, ils ne sont pas perdus ».

Madame O : *« C'est bien vrai, et puis quand ils vont revenir ce sera la fête ! ».*

Monsieur O explique aussi qu'il n'a plus goût à ce qu'il aimait, le golf, les ballades en forêt, un jeu de stratégie sur l'ordinateur… Il pouvait y passer beaucoup de temps, maintenant il ne tient pas deux minutes et cela l'exaspère ! Il n'a plus de goût à rien.

Pour éviter l'effet anxiogène des milles « pourquoi » qui tournent dans la tête de Monsieur O, l'infirmière ramène le patient au moment présent : *« Concernant votre traitement, comment le supportez-vous, y-a-t-il des effets gênants ? ».*

Monsieur O : *« Je suis complètement K.O. et en même temps quand je dors, je ne pense pas ».*

---

[39] « Parutions » Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche 2009/2 (n° 10) p. 85-93. DOI 10.3917/acp.010.0085. *« L'alliance thérapeutique »* p. 92.

L'infirmière : *« C'est sans doute aussi parce que vous avez accumulé beaucoup de fatigue et comme vous êtes détendu, cette fatigue remonte, dans quelques jours cela devrait aller mieux » ; « quand reviennent les enfants ? ».*
Monsieur et Madame O d'une même voix : *« Ce week-end ! ».*
L'infirmière avec un sourire : *« Et le chien, il est avec eux ? ».*
Monsieur O : *« Avec ma fille, chez mes beaux-parents, le fiston, lui est en stage ».*
Madame O : *« Oui, c'est le chien de notre fille, et elle a voulu l'emmener avec elle pendant ses vacances ».*
L'infirmière : *« Cela veut dire que dans quelques jours ce sera beaucoup moins calme dans cette maison… d'ici là il faut en profiter Monsieur O, pour vous reposer » ; « ça tombe finalement bien, dans quelques jours, vous serez moins assommé et vous pourrez davantage participer à l'animation de la maison avec le retour des enfants ».* Avec un beau sourire porté sur Monsieur puis Madame O : *« vous aussi Madame, profitez du calme pour vous reposer ».*

L'autre infirmière confirme le lien avec l'équipe « ER » en rappelant le premier RDV dans les locaux d'« ER », dans quelques jours. Monsieur et Madame O l'avaient bien noté. *« Merci beaucoup de vous être déplacées » « c'est vraiment bien votre Service »* disent-ils.

c) <u>Observation pendant la première consultation</u>:

Monsieur et Madame O arrivent aux locaux d'« ER ». Madame est apprêtée, elle est souriante et discrète. Elle semble assez bien maîtriser l'assistance qu'elle porte à son mari. Monsieur O a toujours ses cheveux en bataille. Ses vêtements sont souples et décontractés, il porte un bermuda qui laisse paraître sa maigreur.
Ils s'installent sur le canapé à la manière de la visite à domicile : Monsieur O est calé au fond du fauteuil, et Madame sur le bord de l'assise.

L'équipe thérapeutique entre, les salutations sont respectueuses et réservées. Le choix du grand fauteuil n'est pas anodin car il place les personnes en position basse.
Petit silence. Puis le thérapeute prend la parole : *« Merci d'être venus, cela n'a pas été trop difficile ? ».*
Monsieur O : *« Bon, avec les médicaments, je me sens épuisé, mais vos collègues ont dit que c'était normal, que ça irait mieux au bout de quelques jours, alors on laisse le temps au temps ».*
Le thérapeute : *« Bravo, Monsieur O, non mais je suis sérieux, tout le monde ne réagit pas avec cette patience. Effectivement il vous faut du repos ». « Votre médecin nous a expliqué ce qui vous arrivait. Gros choc ».* Petit silence. *« Dans quel contexte cela est-il arrivé ? vous pouvez nous en parler ? ».*
Monsieur O : *« Y-avait rien de particulier ? ». « la vie suivait son cours ». « Au travail, ça se passe assez bien. Je pense que je suis apprécié. Bon… les jeunes nous poussent vers la sortie, et l'expérience est moins reconnue qu'avant. C'est vrai qu'ils sont meilleurs que nous sur le plan technologique, bien souvent… Maintenant l'expérience, la stabilité sont des valeurs « as been », c'est plutôt l'adaptation, le changement qui sont en vogue. Je ne suis pas contre, mais à ce point ! ».*
Un premier petit indice qui trouvera écho, plus tard, avec d'autres, de même teneur, et qui laisse entendre qu'un problème de cycle de vie fait violence (…*les jeunes qui poussent vers la sortie*…).

Le thérapeute : *« Le monde du travail a perdu beaucoup en matière de stabilité, et ça impacte beaucoup de gens effectivement. Et l'adaptation, le changement ne sont pas toujours au service d'une stabilité qui se situerait à un niveau plus général. On entend beaucoup cela ».* Silence. *« Ici on voit les choses différemment. Les crises que vivent les patients, nous montrent toujours qu'il faut changer quelque chose, mais c'est toujours au service de la stabilité personnelle et familiale des membres de la famille ou du groupe qui viennent consulter, voyez-vous »*. Silence. *« La stabilité, c'est toujours un équilibre à trouver » ; « Et vous, vous en pensez quoi ? ».*

Madame O approuve en hochant de la tête, à la fois silencieuse et très présente.

Monsieur O reste silencieux. Puis il dit : *« L'option « équilibre » ça suffit pas. Je veux dire qu'il ne faudrait pas troquer un équilibre de qualité pour un autre à bon marché »*.

Le thérapeute : *« Vous auriez un exemple ? ».*

Monsieur O : *« Bah, par exemple, ça me fait penser à un collègue qui est maintenant au placard ».*

Le thérapeute : *« Pas drôle, c'est vrai ».* Silence. *« À moins d'en profiter pour faire autre chose. J'ai connu quelqu'un qui s'était retrouvé au placard, sans trop d'activité, et qui, du coup, avait repris des cours, et cela s'était avéré bénéfique, comme quoi, vous voyez, tout dans la vie n'est pas sans ouverture ».* Cette réponse du thérapeute rejoint un passage de Nathalie Duriez dans « Changer en famille » : *« Les thérapeutes font preuve de réflectivité et de réflexivité dans leurs techniques et dans leurs interventions pour favoriser le processus thérapeutique »* [40].

Monsieur O : *« Sauf avec les enfants, quand ils partent, ça fait un vide qui ne se comblera jamais »*.

Le thérapeute : *« Quels âges ont vos enfants ? ».*

Monsieur O puis Madame : *« Le fiston a 18 ans, et la petite a 13 ans ». « Notre fils est en stage depuis un mois et comme c'était loin, il devait rester sur place. Il est revenu juste un samedi. Ça ne nous était jamais arrivé. Et pour ses études, il devra peut-être aller en pensionnat ».*

Le thérapeute : *« Vous savez, même s'ils s'absentent de temps en temps, vos enfants habitent encore avec vous. Et la petite est encore jeune. Vous en avez encore pour quelques années. Tout ça vous laisse le temps de vous organiser tranquillement ».* Silence et petite note d'humour pour adoucir le climat un peu lourd : *« On a certains parents qui ne savent plus comment faire pour aider leurs enfants à se décoller ». « Hey ! Pas toujours facile. C'est un lien très fort, indéfectible » ; « Là j'ai le sentiment que ça se passe assez bien, votre fils va se décoller doucement, c'est idéal ». « Vous voulez des enfants solides n'est-ce pas ? ».*

Madame O : *« Bien sûr ».*

Monsieur O : *« Je ne voyais pas les choses comme ça, plutôt du style : loin des yeux loin du cœur » « Avec ce que vous venez de dire, je m'aperçois qu'on peut voir les choses autrement », « vos collègues nous ont dit quelque chose dans le même genre, d'ailleurs »*.

Le thérapeute : *« À la bonne heure ! Il vous arrive d'avoir des activités communes avec votre garçon ? ».*

Monsieur O : *« Un peu ».*

Le thérapeute : *« À ce propos, il serait bon que vos enfants puissent venir une prochaine fois, c'est important ».*

Madame O : *« Ils ne sont pas là, mais ils rentrent ce week-end ».*

Monsieur O : *« Est-ce que ça n'est pas risqué de faire venir la petite. Je suis désolé de dire ça. Dans ma famille, on garde secret pour ne pas faire souffrir, vous comprenez ».*

---

[40] Nathalie Duriez *« changer en famille »* Éd. Érès 2009 p. 88.

Madame O : *« Mon mari vous dit cela parce que notre fille a dû se faire suivre en thérapie l'année dernière. Mais elle va mieux, je pense qu'elle peut venir ». « Je voulais dire aussi pendant que cela me revient, que mon mari a eu le vers solitaire, et cela l'a fait beaucoup maigrir. Ça l'a affaibli. Je pense que cette maladie et son amaigrissement y sont pour beaucoup sur son état actuel ».*
L'infirmière : *« Depuis, vous n'avez pas repris de poids ? ».*
Monsieur O : *« bah j'avais repris un peu mais depuis que je n'ai plus le moral, je n'ai pas envie de manger, alors je me force, mais c'est difficile ».*
L'infirmière : *« Dès que quelque chose vous fait envie, n'hésitez pas à le demander, quand les repas familiaux vont reprendre, cela ira sans doute mieux ».*

Arrive le moment de la pause pour l'entretien en équipe.
Le thérapeute : *« On va vous laisser un petit moment, on fait toujours comme ça, pour échanger entre nous. Comme ça, vous faites de même ».*
L'infirmière : *« À tout à l'heure ».*

Nous échangeons sur nos ressentis qui convergent tous vers l'idée que le travail thérapeutique semble bien prendre. L'affiliation se fait doucement mais sûrement.
Puis l'infirmière émet une inquiétude : *« Je comprends pourquoi il est si maigre. J'ai envie de lui proposer de faire une courbe de poids ».*
Le thérapeute : *« C'est une bonne idée » ; « Vers solitaire », « très significatif si on s'en tient aux mots ! » ; « Sinon, ce brave Monsieur se voit vieillir et ça n'a pas l'air de l'enchanter ».*
Un autre soignant qui se trouve dans la salle de repos : *« Il a quel âge ? ».*
L'infirmière : *« La cinquantaine un peu passée ».*
L'autre soignant : *« Attends… Il en a encore pour 30 / 40 ans devant lui, il est jeune… ».*
Le thérapeute avec une pointe d'humour : *« Oui et puis nous, ça nous arrange, c'est ça ? ».*
Après ce moment de détente nous reprenons l'échange.
L'infirmière : *« le traitement le casse fortement, il faut voir d'ici peu si on ne peut pas baisser la prise du matin, sinon il va le faire par lui-même ».*
Le thérapeute : *« il faudra voir cela avec L. ou F., tu te charges de leur en parler ? ».*
L'infirmière : *« Ok ».*
Le thérapeute : *« Bon, je ne sais pas ce que vous en pensez, mais je pressens un syndrome anticipé du nid vide. C'est ce qui semble apparaître assez fort ».*

En résumé, nous nous rejoignons sur ce constat, et aussi sur l'idée qu'il faut suivre de très près ce Monsieur et sa famille. Les raisons de sa décompensation sont certainement liées à l'idée que le fils va commencer à s'extraire de la famille, que les enfants, pour la première fois, sont partis assez longtemps, il y a aussi l'amaigrissement, le contexte professionnel qui lui renvoie malheureusement qu'il commence à être « obsolète ». Nous pensons qu'au fur et à mesure des échanges, d'autres raisons de son anxiété élevée, émergeront. Il faudra évidemment se renseigner pour un suivi personnel après la prise en charge, avec un thérapeute près de son domicile. Une thérapie familiale ne semble pas opportune. La piste physiologique n'est pas à exclure bien entendu, au vu de ses deux réactions inattendues et étranges.

Nous retournons vers le patient et son épouse. Nous nous sentons paisiblement attendus.
L'infirmière : *« pour l'instant, gardez le traitement et dans deux jours, vous pourrez diminuer la prise du matin de moitié ». « Est-ce que vous surveillez votre poids ? ».*
Monsieur O : *« Oui mais pas toujours régulièrement ».*
L'infirmière : *« Je vous propose de vous peser tous les trois jours par exemple et de le noter avec les dates ».* Se tournant vers Madame O : *« Avez-vous besoin d'une prolongation d'arrêt pour Monsieur et pour Vous-même ? ».*
Pour Monsieur O, il s'avère qu'il a encore du temps devant lui, mais Madame a besoin d'un arrêt de quelques jours en attendant que sa maman prenne le relais auprès de Monsieur O ».

Des rendez-vous sont projetés pour les prochaines visites à domicile et la prochaine consultation dans les locaux d'« ER ».

Le thérapeute : *« Avez-vous des questions ? »*
Monsieur O : *« Oui, pour les enfants, on leur demandera de venir, mais pas la semaine prochaine, plutôt celle d'après ? ».*
Le thérapeute : *« C'est entendu, nous allons le noter » ; « Vous avez d'autres questions ? ».*
Madame O : *« Non, merci beaucoup pour votre aide ».*
Monsieur O : *« Oui, c'est vrai, merci pour votre dévouement, ça fait du bien de se sentir entouré comme vous le faites ».*

d) Observation pendant la seconde visite à domicile :

Deux autres infirmières assument la seconde visite à domicile.
Cette fois c'est la belle-mère de Monsieur O qui nous ouvre la porte. Madame O travaille et elle peut compter sur le soutien de ses parents. La mère et la fille se ressemblent beaucoup.
Monsieur O va un peu mieux. Cette fois il nous convie à nous asseoir sur le canapé, ce qui nous met en position basse. Ce n'est pas confortable pour être « contenante ». Une infirmière s'assiéra sur le bras du canapé pour rééquilibrer la situation.
Les enfants sont là. Ils s'assiéront à côté de leur père. La fille à sa droite et le fils à sa gauche. Le chien est revenu avec sa petite maîtresse et apporte une animation joyeuse.
La fille de Monsieur O est remuante et dit ressembler à son père. Elle dira aussi que son père est en dépression comme elle, il y a un an. Le père confirme que le fils est calme comme la maman et la fille plus remuante comme le papa !
Monsieur O nous explique qu'il a arrêté le médicament du matin parce que cela le « casse ».
Les infirmières revérifient dans le dossier si cela n'est pas un peu tôt et elles expliquent les raisons pour lesquelles il vaut mieux diminuer de moitié uniquement pour l'instant.
Monsieur O enchaîne qu'il a fait une ballade en famille, mais qu'il avait mal évalué la distance, qu'elle était trop longue et qu'au retour, il était épuisé.
L'infirmière : *« Votre objectif numéro 1, c'est de vous relever d'une énorme fatigue Monsieur O » ; « Donc laisser vous porter, dorloter, ne forcez pas et reposez-vous ».*
La belle-mère qui reste debout un peu à l'écart s'exprime discrètement : *« Pour la ballade, maintenant je saurai qu'il faut faire plus court ».*

La fille de Monsieur O fait un peu le clown avec son chien. Le fils par contre reste calme presque triste, silencieux. Monsieur O appelle son fils : *« mon pépère » !* parce qu'il est flegmatique.
Les infirmières l'interrogent sur sa future école : *« Et l'école ? ».*
Le fils : *« Dans quelques semaines, et ce sera loin, je ne pourrai pas rentrer tous les soirs ».*
L'infirmière : *« Un peu quand même, les week-ends… c'est bien, vous êtes grand, et puis vous aurez beaucoup de choses à partager à chaque fois que vous reviendrez ».*
L'autre infirmière lance intuitivement une certaine hypothèse : *« Ça pourra être l'occasion de vous rapprocher de votre père, pour les confidences entre hommes ».* Elle effectue un recadrage qui va s'avérer profitable comme l'explique Nathalie Duriez dans « Changer en famille » : *« Le recadrage consiste à rendre compte d'un fait ou d'un problème sous un autre angle et de lui apporter ainsi une valeur positive, plus propice au changement (Haley, 1963 ; Jackson, 1968) »* [41].
La réaction du jeune-homme est intéressante, il sourit, alors qu'il était plutôt sombre. Il semble bien s'en emparer, il regarde discrètement du coin de l'œil son père, qui met un petit moment à réagir, puis qui pose sa main sur la cuisse de son « Pépère ». C'est touchant dans tous les sens du terme.
L'infirmière s'adressant aux enfants : *« Vous ne vous attendiez pas à ce que votre papa tombe malade à ce point ? » « je vous sens déstabilisés ».*
La belle-mère : *« He oui, on ne s'y attendait pas ».* Puis : *« Ce n'est pas facile de voir partir les enfants. Mais il faut passer le cap. Il faut apprendre à changer de rôle, à passer le flambeau, c'est la vie ».*
L'infirmière : *« Et rien n'empêche de garder son cœur d'enfant toute la vie, n'est-ce pas les enfants, n'est-ce pas Monsieur O ? ».*
Monsieur O : *« Bah moi pour l'instant, je n'ai plus trop d'envie, mais c'est vrai que j'aimais bien jouer, et regarder des Walt Disney avec eux, des dessins animés… comme un gosse ».*
L'autre infirmière : *« Cela va revenir ». « Vous êtes à un tournant que vous n'avez pas vu venir, ça arrive, vous allez doucement redresser tout ça avec votre famille ». « Et vous les enfants, que ça ne vous empêche pas de grandir, ce que je dis là ».*
Le fils : *« Bah au contraire, puisque vous dites que même adulte, on peut garder un cœur d'enfant ».*
L'infirmière : *« Vous feriez un bon thérapeute jeune homme ! » « Bravo ».* Un grand sourire.
La fille en faisant des contorsions sur sa chaise : *« Bah oui », « comme papa ».*
L'infirmière : *« Vous avez l'air d'être une famille épatante, pleine de ressources et d'affection ».*

La fin de la visite arrive, les infirmières redonnent la date et l'heure de la prochaine visite à domicile, qui s'effectuera le week-end, et la prochaine consultation dans les locaux d'« ER ».

L'autre infirmière rappelle qu'en cas de besoin il est possible d'appeler jour et nuit.

Monsieur O et sa belle-mère nous remercient chaleureusement. La petite nous salue avec un air perplexe, elle s'imaginait sans doute des soins infirmiers classiques. Le fils nous salue gentiment, en laissant passer quand même encore une certaine inquiétude.

Les infirmières noteront que le protocole est assez bien respecté et que Monsieur O est bien entouré. Elles indiquent que le médicament du matin n'était plus pris alors qu'il fallait le réduire de moitié. La

[41] Nathalie Duriez *« changer en famille »* Éd. Érès 2009 p. 150.

demande de poids est inscrite pour la prochaine fois. Cette fois-ci, il était trop tôt. Une amélioration est notifiée. L'affiliation est bonne. Toutes deux pensent aussi à un syndrome du nid vide, suite au futur parcours étudiant du fils. Elles notent les quelques recadrages.

c) Observation à la seconde consultation :

À la seconde consultation, Monsieur O est allé chez le coiffeur, et a pris soin de son aspect vestimentaire. L'équipe remarque son changement d'allure et Monsieur O explique que c'est parce qu'il est allé se faire couper les cheveux.
L'intervenante : *« À part cela, comment vous sentez-vous ? ».*
Monsieur O : *« Je m'accroche. Je me force à manger. J'ai repris un tout petit peu de poids. Je suis encore souvent fatigué. Je n'ai toujours pas repris goût à ce qui m'amusait ».*
L'intervenante : *« Vous vous attendiez à une remise sur pied en une semaine ? ».* Grand sourire.
Monsieur O : *« Non mais je sens que ce sera plus long que ce que j'imaginais ».*

Cette fois-ci Madame O s'est assise dans un fauteuil à une place, et Monsieur O est seul sur le canapé fauteuil.
Madame O intervient davantage pendant cette séance. Elle parle notamment de l'état dépressif de sa fille qui va mieux et qui a eu besoin d'une thérapie.
Nous apprenons que Monsieur et Madame O sont des enfants uniques et qu'ils auraient aimé avoir des frères et sœurs. Malgré tout, ils semblent avoir été choyés en famille. Le père de Monsieur O est mort. Cet événement est difficile à conter, il l'a appris brutalement cinq ans auparavant. Monsieur O n'était pas au courant de la maladie de son père. Sa famille ne voulait pas l'inquiéter. *« Il y a beaucoup de secrets dans ma famille, parce qu'ils ne veulent pas inquiéter »* dit-il. *« Et j'ai tendance à vouloir faire pareil avec mes enfants. Je sais que ça n'est pas une bonne chose, mais c'est comme un réflexe ».*

Nous apprenons une chose importante voire déterminante. Madame O est fragile du cœur. Elle a eu une opération très risquée pendant laquelle elle aurait pu mourir il y a deux ans.
L'intervenante : *« la dépression de votre fille était peut-être liée à cet événement même si Monsieur O a certainement tout fait à ce moment-là, pour la protéger de l'idée que sa maman pouvait mourir ? ».*
Monsieur O semble s'être, à l'époque, lui-même protéger de cette éventualité.
Madame O : *« Peut-être, je n'y avais pas pensé ».*
L'intervenante : *« Les femmes sont solides dans ces deux familles, elles s'accrochent ». « mais Monsieur O, vous aussi, tout à l'heure, vous disiez que vous vous accrochiez ».*
Monsieur O : *« J'essaie, il faut bien ».*
Madame O : *« Oui il faut, la vie est tellement belle ».*
Monsieur O : *« Mon problème c'est que je suis anxieux ».*
L'intervenante recadre : *« Vous êtes quelqu'un de prévoyant du coup ! En tout cas, on s'aperçoit que vous avez su traverser beaucoup d'épreuves, Monsieur O, malgré l'anxiété ».* Silence. *« ça veut dire qu'il faut vous faire confiance ».* Silence. *« La vie est une traversée, et c'est toujours ce qu'on a su surmonter qui nous rend fort et fier de soi, vous n'êtes pas d'accord ? ».*
Monsieur O : *« Seul ce n'est pas toujours possible ».*

L'intervenante recadre : *« Mais vous n'êtes pas seul ».* Silence. *« Vous avez votre famille, des amis sans doute, des professionnels comme nous ». « Vous n'êtes pas seul, et en plus vous avez des ressources ».* Silence.

L'intervenante change de propos : *« Comment se passe la rentrée scolaire ? ».*

Madame O : *« Pour notre fils, la rentrée, ce sera début octobre, il a 18 ans, il s'embarque pour des études supérieures ».*

L'intervenante : *« Il va avoir besoin de votre complicité maintenant, d'ailleurs il en aura toujours besoin, et vous allez voir, c'est passionnant d'avoir une relation de connivence avec de grands enfants » « Vous êtes une famille unie, vous allez pouvoir le vivre ça ».*

Monsieur O : *« D'échanger avec vous, c'est incroyable… Ça ouvre à des façons d'aborder les choses auxquelles on n'avait pas pensé » ; « C'est comme un renversement de perspective. Je voudrais vous dire que vous êtes formidables ».*

L'intervenante : *« Et maintenant ce renversement de perspective vous appartient, je vous l'offre, vous pouvez vous en servir comme vous voulez ».* Grand sourire. Les interventions du thérapeute rejoignent les convictions de Carl Whitaker *« Pour Whitaker (1989), la participation active et puissante du thérapeute est la meilleure façon d'apporter plus de souplesse et un changement dans les familles »* [42].

Les trois quarts d'heures sont dépassés, l'équipe se retire un moment.

L'intervenante : *« Ils sont attachants » ; et la filiation fonctionne très fort. Est-ce qu'on a quelqu'un vers qui les orienter pour l'après ».*

L'infirmière : *« Oui, le Docteur X, son cabinet n'est pas loin de chez eux ».*

L'intervenante : *« Super » ; « Je vais commencer à leur en parler pour qu'ils s'habituent à l'idée du relais, et pour qu'ils puissent avoir un rendez-vous avant la fin de la PEC (Prise En Charge) ». « Pour le traitement, je vais lui dire qu'il pourra arrêter le médicament du matin dans une semaine ».*

L'infirmière : *« Il faut continuer de bien les contenir, ça leur fait un bien fou, d'eux-mêmes ils reprennent doucement leur marque, j'ai constaté ».*

L'intervenante : *« Ha oui, c'est chouette. Il faut dire que ce qui leur est arrivé, c'est terrible pour une petite famille très soudée comme ça, le papa qui menace et qui ne se reconnaît plus ». « À ce propos, il faudra garder le lien au cas où ce serait physiologique, on n'espère pas mais on ne sait jamais, on a déjà vu le cas ».*

De retour dans la salle, l'intervenante explique que le médicament du matin pourra être arrêté dans une semaine. Elle donne les coordonnées du médecin X qu'il faudra consulter régulièrement après cette prise en charge. *« Prenez rendez-vous, il y a toujours de l'attente au départ, et on aimerait que vous puissiez le rencontrer une ou deux fois avant la fin de prise en charge ».*

Monsieur O : *« Je préférerais continuer avec vous, vous êtes formidables ici ».*

L'intervenante : *« C'est gentil Monsieur O, mais on ne se quitte pas tout de suite, comme vous y allez, on va faire encore un bout de chemin ensemble, on est au début de la prise en charge » ; « mais prenez rendez-vous avec Monsieur X vous verrez, il est bien, on le connaît ».*

Monsieur O : *« D'accord, on va le faire ».*

---

[42] Nathalie Duriez *« changer en famille »* Éd. Érès 2009 p. 89.

L'intervenante : *« À moins que vous pensiez à un autre thérapeute, auquel cas vous nous le dites, qu'on puisse le connaître ». « On est très attentif au relais ».*

Au vu de la filiation qui s'est remarquablement développée entre les consultants et les soignants, de la participation active de toute la famille en termes de sécurisation et de contenance, de l'ouverture au changement dans la mesure où il n'égratigne pas les liens d'affection qui demeurent les piliers de cette famille, on peut penser que la prise en charge sera une réussite.

CONCLUSION

Les deux cas cliniques rapportés sont composés de personnes « normales » adultes et capables d'autonomie, leur vie durant. Leur intégration dans la sphère familiale, sociale, et professionnelle pour Monsieur O, a toujours su trouver un équilibre fiable. Aucun d'eux n'a été une source de problème pour la société, au contraire.
Les deux familles, sympathiques et aimantes, n'arrivent plus cependant, à un moment difficile avec risque vital, à rassurer leur proche et se trouvent totalement démunies. La contenance familiale s'essouffle et s'asphyxie. Quel recours alors pour sortir de la spirale ?

- Celui de l'hôpital psychiatrique, qui va interner et isoler le patient, l'abrutir avec des dosages maximums médicamenteux, puis au bout de trois jours baisser ces dosages, puis l'orienter vers un pavillon moins fermé, où il fréquente toutes sortes de malades qui lui renvoient, pour la plupart, un sentiment d'isolement et d'impasse mortifère. Où les interminables journées sans saveur sont ponctuées de rares rendez-vous avec un psychiatre assisté d'un interne, qui se déchargent le plus vite possible sur la famille, ne sachant sur qui s'appuyer ; de rendez-vous encore plus rares avec un psychologue à qui il faut de nouveau tout raconter et qui ne pourra plus suivre le patient une fois sorti de l'hôpital ; d'un autre rendez-vous avec l'assistante sociale du Service une fois que la famille a appris qu'il y en avait une ? Où il n'y a plus que les bâtiments et ses espaces verts, qui renvoient à une impression de contenance, quoique, car il y a un dedans mais aussi un dehors, auquel il est facile d'accéder, pour se procurer de l'alcool ou des drogues, afin d'apaiser, pour certains, l'anxiété abyssale que provoque un contenant décousu, qui ne contient au fond, rien du tout ! ?

- Le CMP le plus proche de 9 h à 17h30, au mieux cinq jours sur sept, pour obtenir un rendez-vous avec le psychiatre deux mois plus tard, puis un accompagnement psychologique et infirmier discontinu et occasionnel, générant pour le patient, un cheminement en dent de scie, entrecoupé de moments d'écoute pour retourner ensuite à la solitude ambiante, autrement dit, un vrai parcours du combattant ?

- Un psychiatre ou un psychologue en libéral, qui ne sera disponible que de temps à autre, et qui ne pourra pas compenser un vide institutionnel et sociétal contagieux grandissant dans un monde où l'organisation se déploie sur des critères tout autres que ceux d'une bonne et soutenante contenance ?

- Une thérapie familiale, dans la mesure où l'on sait que ça existe et où elles sont accessibles, et qui se heurte tout autant aux problèmes du vide alentour ?

En réponse à ce vide, il y a quelques effrontés qui se sont organisés et ont assumé totalement leur rôle contenant, avec une vision systémique. Ils apportent des réponses jusque et surtout dans l'urgence, où les manques demeurent énormes. Ils développent des liens en réseau sur leur secteur, avec les hôpitaux, les urgences, les commissariats, les CMP, les services sociaux des villes et des établissements scolaires, des services de gériatrie, des cliniques, des thérapeutes…

« ER » montre l'exemple depuis plus de vingt ans. À charge pour nous tous, d'entendre leur message et le témoignage des nombreux patients qui se sont relevés grâce à leur étayage qui n'a rien de magique mais qui a eu l'audace d'offrir le plus intelligemment possible une solution en réponse à leur besoin élémentaire d'être accueilli, entendu, contenu le temps de s'ouvrir à des « possibles » en eux et autour, parfois tout simples, mais encore inconnus, ou inaccessibles sans soutien, pour les patients.

Plus que jamais, lors du stage et des cours, la vie, d'un bout à l'autre, s'est révélée comme un processus d'engendrement qui pousse le Sujet, ainsi que son environnement humain, à s'interroger, et à s'avancer nécessairement vers l'inconnu à un moment ou à un autre, avec tout ce que cela suppose, en termes de déstabilisation et de crainte.

Les moments charnière du « cycle de vie » et leur franchissement en témoignent, quand ils viennent bousculer le Sujet et sa structure, par la nécessité de réajustements, de changement de rôle, de modifications des habitudes et des règles. *« Erik H. Erikson, sur la base de son travail clinique et de la théorie psychanalytique, a proposé quant à lui un modèle du développement du moi en huit stades, chaque stade étant marqué par une crise psychosociale majeure ; à chaque stade, des éléments positifs et négatifs sont présents, leur prévalence et l'issue de la crise dépendant de la régulation qui s'effectue dans l'interaction entre la personne et son entourage. Même si l'idée de crise psychosociale périodique est encore très inspirée par la perspective psychanalytique de Freud, et pas toujours facile à valider empiriquement, Erikson a été néanmoins parmi les premiers chercheurs à penser que le développement continuait au-delà de l'adolescence, jusqu'à la mort, et à proposer des jalons psychosociaux qui prennent en compte tant le développement de l'individu que les attentes du contexte social »* [43].

Sans contenant étayant, extérieur et, ou intériorisé, suffisamment souple et solide, ces avancées du connu vers l'inconnu deviennent des traversées éprouvantes, embrouillées, qui piétinent dans un sentiment anxiogène de « perte » plus ou moins bigarré par ceux de l'abandon, de l'illégitimité, de la trahison… *« S. Freud, déjà dans ses travaux, voit un lien entre la mélancolie* (ou dépression) *et le deuil, dans le sentiment de perte « Elle* (la mélancolie) *est d'une part, comme le deuil, réaction à la perte réelle de l'objet d'amour, mais, en outre, elle est marquée d'une condition qui fait défaut dans le deuil normal ou qui transforme celui-ci en deuil pathologique lorsqu'elle vient s'y ajouter » »* [44].
Surviennent alors des tensions, des impacts psychosomatiques et le risque (et, ou l'aubaine !) d'un écroulement vers la dépression.

Le premier des besoins fondamentaux de la personne humaine, pour qu'elle reste en vie et puisse se développer, requiert une indispensable sécurité affective, relationnelle, environnementale et nourricière. Un bébé ne peut survivre à un manque total d'attachement « sécure » [45].
Si la fragilité du bébé est celle qui nécessite un étayage majeur, il n'empêche que tout au long de la vie, peuvent surgir des périodes de vulnérabilité exacerbée qui en appelle à des contreforts extérieurs pour soutenir ou permettre de reconstruire ou rénover ceux du dedans qui s'effritent voire s'effondrent.

---

[43] Michel Deleau *« Psychologie du développement »* Éd. Bréal 2ème éd. août 2006 p. 303.

[44] Freud Sigmund, « *Deuil et mélancolie*. Extrait de *Métapsychologie* », Sociétés 4/2004 (no 86), p. 7-19. Extrait p 13.

[45] Cf. Théorie de l'attachement de John Bowlby. Hospitalisme de René Spitz.

Dans la théorie d'Abraham Maslow, les besoins physiologiques et nourriciers fondent la base de la pyramide. Ils apparaissent avant la nécessité d'un environnement sécure. Cependant, dans un contexte de tension majeure, la peur et l'épreuve de l'insécurité empêchent les besoins physiologiques de s'exprimer. Au mieux c'est la recherche d'une cachette, d'un lieu, d'une enveloppe protectrice qui prend le dessus, au pire c'est l'inhibition. Il y a donc, fondamentalement, un inversement à opérer, ou tout au moins, une égalité à rétablir, entre ces impératifs basiques. Car il est essentiel, de pouvoir répondre à un sentiment d'insécurité, objectif ou pas, pour assurer efficacement, par exemple, des soins d'urgence.

Le « contenant » thérapeutique est à comprendre comme un « espace vivant » au sens large, qui protège sans enfermer, et qui permet l'apaisement du psychisme et du corps. Nous savons désormais qu'une production élevée de cortisol, dite hormone du stress, facteur aggravant dans les cas de dépression, impacte le corps en détruisant bon nombre de synapses [46].

Le contenant peut revêtir une multitude de forme. Cependant, son modèle de base est matriciel et féminin comme le corrobore Michel Martin en citant Anzieu : *« Anzieu l'a comparé* (le cadre) *à un « contenant maternel » : dans cette enveloppe protectrice, élaborée et garantie par le thérapeute qui a, dans ses termes, le rôle « d'une seconde peau psychique, les pensées du sujet peuvent se déployer » et l'excitation, qu'elle soit d'origine interne ou externe, est limitée dans ses effets désorganisateurs »* [47].

L'être humain, quelque soit sa culture, lui prête symboliquement un pouvoir concentrique et abscons. C'est sans doute une ou la raison pour laquelle l'idée de contenance, est souvent perçue comme opposée à la liberté, l'émancipation, l'autonomie, l'individuation. Et comme l'a découvert Françoise Héritier dans ses recherches « ce qui se relate comme féminin » évoque un postulat non enviable dans les représentations binaires de la pensée humaine *« Voyez par exemple l'actif et le passif : chez nous le premier est masculin et le second féminin, l'actif est valorisé tandis que le passif est dévalorisé. Si vous allez en Inde ou en Chine, c'est l'inverse, mais c'est le passif, à ce moment-là, qui est valorisé ! Bien entendu, on m'a opposé le fait qu'il y a des sociétés qui ne se contentent pas des structures binaires. Mais il n'y en a pas qui fonctionnent sans. Et c'est cela, la chose qui importe. »* [48].

Ce n'est pourtant qu'au « contact » de présences contenantes, quelles qu'elles soient, qu'une véritable prise de conscience de soi est possible. Elle l'est dans l'enfance, mais aussi tout au long de la vie, dans des conditions plus hétérogènes, plus élargies.

Prenons l'exemple du contenant social qu'est l'école : En exerçant son rôle de « contenant » et en s'inscrivant dans le temps qu'elle organisera et ritualisera, l'école aura sur les élèves une influence qui

---

[46] Cf. Anne Chouhy « Neuroscience et thérapie familiale » Cours du 15.10.2015 dans le cadre du DFSSU Clinique familiale et pratiques systémiques.

[47] Martin Michel « Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité (Du cadre analytique au pacte)» Cahiers de psychologie clinique 2/2001 (n° 17) p 103-120 extrait p 109: Anzieu D. *Le Moi-peau,* Dunod 1985. Anzieu D. *Les enveloppes psychiques*, Dunod spécial 1987, p. 39.

[48] Cf. Fouré Lionel, Obadia Claude, « Entretien avec Françoise Héritier. », *« Le Philosophoire »* 1/2009 (n° 31), p. 9-25. Extrait p. 17.

les portera jusqu'à la maîtrise de ce qui est transmis. À terme, l'autonomie et le sentiment de liberté auront été le fruit d'apprentissages et d'automatismes encouragés, acquis, intériorisés, qui affranchissent l'esprit et le corps, des divers points de focalisation qu'ils monopolisaient, avant l'assimilation du savoir. L'élève pourra alors voler vers d'autres « contenants relationnels » qui lui permettront d'acquérir d'autres savoirs. *« L'être humain est génétiquement programmé, mais pour apprendre »* [49].

Dans nos pays dits développés, le scientisme a fait fi des besoins et ressentis subjectifs de l'homme, et de l'influence de ceux-ci sur lui-même et sur son environnement. *« La notion « d'événement de vie significatif » est nécessairement subjective, et un même événement peut avoir des conséquences tout à fait différentes selon la personne concernée »* [50].
Générant un développement technologique toujours plus pointu, nous avons été déchargés de nos besoins d'entraide matériels. Cela a permis beaucoup d'autonomie et de possibilité d'accès rapide à bon nombre de services, de manière individuelle. Et le devoir d'assistance aux personnes continue de se « robotiser ». Le dépassement créatif, bénévole et gratuit dans quelques travaux que ce soit, n'arrive plus à s'exercer, tant il est déjà laborieux d'aller au bout des objectifs annoncés sur la fiche de poste. La présence humaine et son génie, dès lors qu'elle s'ajoute à tous les coûts auxquels nous oblige le déploiement technologique, devient un luxe. De plus, à tous les niveaux de la société, en France notamment, le comportement humain se jauge à l'aune de droits, justifiés par des lois diverses et variées. Ces droits sont systématisés, les devoirs qu'ils impliquent sont oubliés, et avec eux, la dignité qu'il y a, à les remplir vis-à-vis de la communauté. Le droit n'est donc plus la reconnaissance d'un devoir assumé, lien sociétal fort, qui disparaît et plonge les personnes dans un anonymat toujours plus affaiblissant et anxiogène.
L'individualisme, qui voulait permettre l'accès de chacun à une certaine originalité, choisie, libre et responsable, s'est transformé en un isolement fragilisant, contagieux et généralisé.
Notre société contemporaine semble trop souvent oublier que la « personne » n'existe qu'en lien générationnel et transgénérationnel, et que ce n'est qu'entourée, qu'elle peut prendre toute sa mesure.

Par ce travail d'analyse nous espérons soutenir tous ceux et celles qui s'emploient à développer une indispensable contenance bienveillante, avec tout ce qu'elle a de porteur, dans les organisations et institutions humaines, tout particulièrement celles du soin, avec un regard systémique.

Lorsque cette contenance opère judicieusement, c'est qu'elle a gardé tout son sens, à partir de sa fonction enveloppante, à la fois légère et « sûre » c'est-à-dire « sur laquelle on peut s'appuyer ». C'est qu'elle a gardé sa vocation d'espace relationnel vivant, qui protège et encourage une certaine justesse entre le *« Je »* et le *« tout ce qui l'entoure »*.
C'est qu'elle se sait elle-même contenue, traversée, et mue par : « l'être » selon Daniel Sibony *«… On peut prélever dans l'être de quoi être vivant et actif ; on peut, car de l'être, il y en a à l'infini. Cette inspiration suppose que l'on a épuisé bien des fantasmes identitaires ; elle le mérite. Les backgrounds théoriques sont des métaphores qui, prises au « sérieux », au premier degré, deviennent des béquilles. Pour certains, leur background est un bagage qui leur rappelle des états successifs de leur être, des*

---

[49] François Jacob *« Le jeu des possibles »* 1981 Fayard p. 119s.

[50] Michel Deleau *« Psychologie du développement »* Éd. Bréal 2ème éd. août 2006 p. 309.

figures d'eux-mêmes qu'ils ont croisées, connues puis dépassées. C'est comme la liste des pays qu'ils ont visités, elle leur fait oublier le voyage essentiel, celui de leur existence ; voyage de l'inconnu, de leur rencontre avec l'autre, où se révèlent d'autres formes de l'être au monde. C'est ainsi que j'entends mon travail d'analyste, au-delà des supports théoriques. Et ceux qui viennent me voir savent ce que je leur transmets : un peu plus d'être, qui les protège ou les délivre du faire et de sa répétition ; passation d'être qui leur transmet des ouvertures sur leur histoire et leur devenir » [51].

[51] Daniel Sibony *« L'enjeu d'exister »* Seuil 2007 p. 13 et 14.

BIBLIOGRAPHIE

Bowen Murray, *« Différenciation de soi »* Éd. ESF, 2ème éd. 1999.

Chenu Emmanuelle *« L'approche du Pr Maurizio Andolfi »* DFSSU Clinique familiale et Pratiques Systémique. Paris Espace Clery 2015.

Daval René *« Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. »*, *« Approche Centrée sur la Personne »*. Pratique et recherche 2/2008 (n° 8).

Delacroix Jean-Marie, « Vivre, mourir, se transformer. La fin des formes fixes névrotiques », Gestalt 2010/2 (n° 38).

Deleau Michel, *« Psychologie du développement »* Éd. Bréal 2ème éd. août 2006.

Ducommun-Nagy Catherine, Goldbeter-Merinfeld Édith *« Loyautés familiales et éthique en psychothérapie. Introduction ».* Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 1/2010 (n° 44).

Duret Isabelle, « *Psychose, suicide, secret et transmission* », *Cahiers de psychologie clinique* 1/2009 (n° 32).

Duriez Nathalie *« Changer en famille »* Éd. Érès 2009.

Fouré Lionel, Obadia Claude, « Entretien avec Françoise Héritier », *« Le Philosophoire »* 1/2009 (n° 31) p. 9-25.

Fourez Bernard *« Les maladies de l'autonomie »,* Revue Thérapie familiales 2007/4 (vol 28), p. 369-389.

Frankl Victor, *« Raison de vivre »,* tome 1, Ed. du Tricorne 1993.

Freud Sigmund, *« Deuil et mélancolie*. Extrait de *Métapsychologie »* Sociétés 4/2004 (no 86) p. 7-19.

Goldbeter-Merinfeld Édith *« Temps individuels et temps familial aux différents âges de la vie »* Thérapie Familiale 4/2007 (Vol. 28), p. 329-347.

Hendrick Stéphan *« Efficacité des thérapies familiales systémiques ».* Thérapie Familiale 2009/2 (Vol. 30), p. 211-233.

Jacob François, *« Le jeu des possibles »,* 1981 Fayard.

Martin Michel « Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité (Du cadre analytique au pacte) » Cahiers de psychologie clinique 2/2001 (n° 17) p. 103-120.

Michard Pierre *« La thérapie Contextuelle de Boszormenyi Nagy »* Éd. de Boeck 2005.

Mony Elkaïm *« Si tu m'aimes, ne m'aime pas »,* Seuil 1989.

N. N., Les grands courants / grandes écoles de la thérapie familiale. L'approche structurale, Minuchin Salvador 2006.

Sibony Daniel *« Entre-deux »* Seuil Essai 1991.

Sibony Daniel *« L'enjeu d'exister »* Seuil 2007.

* * *