

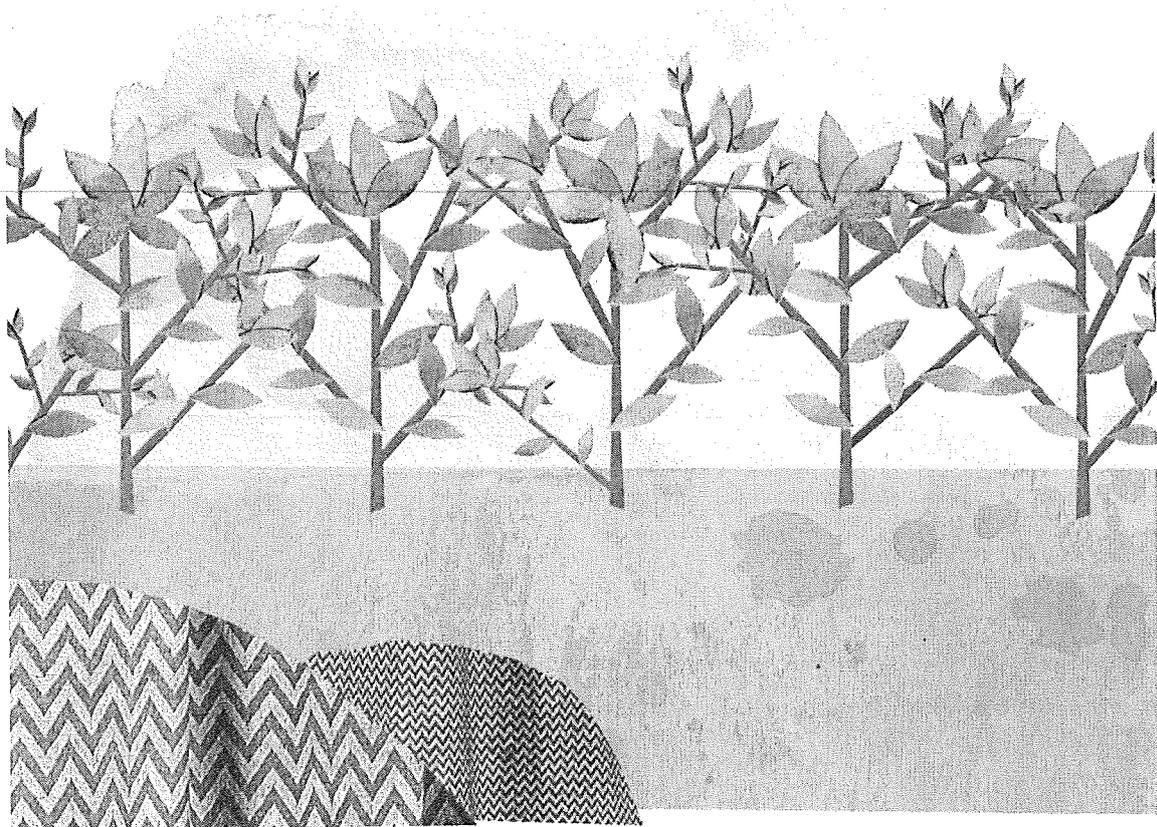


paramètres

*Sous la direction de*  
Louise Landry Balas

# L'approche systémique en santé mentale

**NOUVELLE ÉDITION  
REVUE ET AUGMENTÉE**



Les Presses de l'Université de Montréal

## 6

# **LES TECHNIQUES DE BASE EN APPROCHE FAMILIALE SYSTÉMIQUE : QUESTIONNEMENT CIRCULAIRE, RECADRAGE ET PRESCRIPTION DE TÂCHES**

*Jean Parratte*

---

Il fut un temps où la systémique innovait. En considérant le sujet sous l'angle de ses relations interpersonnelles et du contexte de survenue des symptômes, elle surprenait.

Il fut un temps où la systémique choquait. Ses prescriptions paradoxales inspirées de la pratique de thérapeutes hors du commun et le non-respect des conventions sociales lors des entretiens familiaux ternirent son image de modèle né de la rencontre de scientifiques d'horizons aussi divers que la physique, la biologie ou la sociologie. Son intégration dans les services de santé en fut affectée.

Aujourd'hui, la systémique ne choque plus, et on se demande à quel point elle innove.

Toujours un peu marginale dans le champ de la santé mentale, en particulier dans le milieu médical, elle est néanmoins enseignée à l'université aux côtés des autres courants psychothérapeutiques dominants (les approches psychodynamique, cognitivo-comportementale et humaniste). Elle est de surcroît un modèle de référence dans le domaine du management, ayant

permis, entre autres, l'essor de la gestion participative et des cercles de qualité. C'est dire que ses principes et ses techniques ne choquent plus.

De nos jours, on s'interroge sur ses capacités d'innovation et par la même occasion sur ses limites. Sa description théorique du changement et ses techniques ont laissé la place à l'approche motivationnelle; les entretiens collectifs deviennent un épiphénomène, et l'approche systémique prend de plus en plus la forme d'entretiens individuels; les nouvelles tendances telles que l'approche centrée sur les solutions et le courant narratif entretiennent un rapport de plus en plus distant avec leurs origines (école de Palo Alto, constructivisme et constructionnisme social).

Le groupe de travail qui a bâti ce livre a jugé bon de revenir à la base, tout en sensibilisant le lecteur aux courants les plus modernes.

Voici donc quelques outils typiquement systémiques: le questionnement circulaire, le recadrage et la prescription de tâches. Utiles avant tout dans les entretiens familiaux, ils permettent de mettre les participants en relation et d'aborder les interactions qui déclenchent ou entretiennent les problèmes tout en créant un climat de coopération. Le questionnement circulaire, en particulier, offre au thérapeute une position confortable pour l'animation d'échanges parfois paralysants par leur charge émotive et leur complexité. Et en définitive, ces outils peuvent s'avérer utiles quel que soit le modèle thérapeutique de l'intervenant.

### **Le questionnement circulaire**

L'approche systémique, comme la plupart des thérapies, utilise la méthode socratique, qui consiste à poser des questions plutôt qu'à affirmer des vérités. Le questionnement permet d'obtenir des informations et de modifier la perspective des problèmes tout en impliquant activement l'interlocuteur. De plus, contrairement aux commentaires de type affirmatif qui imposent l'opinion du thérapeute, il présente l'avantage de bousculer en douceur le patient, sans le confronter directement. Les cognitivistes comme Aaron Beck ont recours à quatre types de questions dont le systémicien peut s'inspirer: « Est-ce bien vrai? », « Sur quoi vous basez-vous pour dire une telle chose? », « Quelles sont les conséquences du problème? » et « Peut-on voir cela autrement? ». L'approche systémique va toutefois au-delà de ces questions de base en appliquant la méthode socratique aux relations interpersonnelles.

### *Ses objectifs*

Le questionnement systémique est spécifique dans la mesure où il élargit la vision des problèmes en se concentrant sur les interactions et le contexte de survenue des troubles.

La première tâche du thérapeute est ainsi de complexifier la situation pour mettre en valeur les détails relationnels qui échappent à la construction de ses interlocuteurs: « Qui est impliqué dans la situation ? » « Quelles sont les circonstances d'apparition du problème ? » « À quel moment disparaît-il ? » « En quoi les rôles ont-ils changé ? »

L'essence de ce questionnement est le principe de causalité circulaire, largement décrit dans ce livre. En vertu de celui-ci, le systémicien cherche à voir les protagonistes ensemble et autrement. Ainsi détaché de la vision linéaire qui conduit à désigner des coupables, il s'attarde aux relations et aux rétroactions qui précipitent ou perpétuent le problème. S'il lui arrive, dans les premiers entretiens, de poser des questions linéaires du type: « Depuis quand êtes-vous malade ? » et « Quel est votre traitement ? », l'intervenant mettra très vite en place un processus de « circularisation » en faisant participer les gens concernés et en les mettant en relation. Il verra alors leur problème différemment et proposera un modèle de thérapie qui modifiera leur propre vision. Ce processus vise les trois objectifs décrits ci-dessous.

#### *La participation et la mise en relation des personnes concernées*

Les thérapeutes débutants sont mal à l'aise face aux groupes, car ils ont peur de ne pas maîtriser l'entretien. Cela les conduit à privilégier les entretiens individuels sous des prétextes divers, se privant ainsi d'indispensables informations relationnelles. S'ils veulent « voir plus large », la première difficulté réside dans la façon d'inviter l'entourage. Le plus simple est de confier au patient désigné le soin de sélectionner et de convoquer les sujets concernés. En plaçant le patient dans la position de régulateur des entretiens familiaux, le thérapeute ne multiplie pas les appels téléphoniques et ne court pas le risque d'être piégé dans des alliances et des secrets qui bloquent le processus thérapeutique.

En séance, la participation de chacun est assurée soit par des questions globales du type: « Quelqu'un peut-il me dire en quoi consiste le problème ? », soit par des questions adressées aux participants à tour de rôle:

« Quel est, selon vous, le problème ? » Dans cette seconde éventualité, j'ai l'habitude d'interroger le patient désigné en dernier, pour ne pas lui accorder une place trop centrale et ne pas accentuer son sentiment d'être la cause des problèmes familiaux. À l'inverse, si quelqu'un est en retrait, je m'adresserai à lui en priorité, ne serait-ce qu'à cause de son apparent détachement, qui me dérange.

Bien que le thérapeute assume la conduite de l'entretien, il ne doit pas trop intervenir. Certes, il peut inciter celui qui reste muet à parler, interrompre celui qui parle trop et soutenir celui qui est anxieux. Toutefois, son rôle principal est de favoriser les interactions entre les participants, dans le but d'observer la dynamique du groupe. Pour cela, il n'hésitera pas à laisser les gens échanger entre eux en cours de séance. Cette technique doit par contre être abandonnée si les interactions négatives envahissent l'entretien. Dans ce cas, le thérapeute interrompt les discussions en rappelant la règle du respect d'autrui qu'il aura énoncée au début des séances. Si les échanges verbaux sont violents, il peut rencontrer les personnes individuellement.

#### *La recherche d'informations pertinentes*

L'attitude du thérapeute ressemble à certains égards à celle d'un détective. Il est à l'affût d'indices – du plus insignifiant au plus flagrant – sur le problème, éléments qui se révèlent lors des interactions, et dont les clients n'ont pas conscience. Les informations sur les facteurs précipitants, les changements de rôle, les perceptions différentes de la maladie et des soins sont utiles à l'intervenant, mais avant tout à ceux qui le consultent. C'est en ce sens qu'elles deviennent des informations pertinentes. Chaque fois que les participants répètent ce qu'ils savent déjà, ils font du « bruit », au sens informatique du terme. Il en est ainsi quand chacun expose sa théorie du problème (« C'est la faute des parents » ; « Ma femme est trop jalouse ») ou répète inlassablement les mêmes plaintes. Les gens font alors du bruit, à la manière de certains voyageurs qui, dans le train qui les ramène chez eux après le travail, étalent leurs problèmes professionnels (« Il m'a dit que... et je lui ai dit que... »). Cette absence de dialogue qu'on observe dans les trains de banlieue ou dans le métro m'a toujours fasciné. Chacun se parle à lui-même et, s'il attend une réponse d'autrui, c'est afin d'avoir la confirmation de la justesse de son point de vue.

Or, la thérapie n'est pas un dialogue de gare, et le bruit doit céder la place à l'information qui surprend et déstabilise. Une bonne séance en est une au cours de laquelle les clients amènent un matériel que je découvre et transforme pour qu'ils repartent avec une perspective différente de la situation évoquée. Comme l'explique Guy Ausloos, l'information pertinente est celle qui vient du système pour retourner au système (Ausloos, 1995, p. 30).

#### *La sensibilisation au modèle systémique*

En posant ses questions volontiers bizarres ou inhabituelles, le thérapeute cherche à modifier la perspective des clients et à les sensibiliser à son modèle interactionnel. Ces derniers reçoivent des suggestions indirectes dans le sens d'une conceptualisation circulaire de la réalité, sans que leur modèle déterministe linéaire ne soit attaqué. Il faut être à la fois crédible et surprenant, mais ce processus est souvent pénible, car les patients défendent leurs constructions cartésiennes. Ainsi, l'entretien réussi est rarement celui où chacun est satisfait ou pour le moins rassuré. Bien souvent, les participants repartent avec des doutes plutôt que des certitudes.

Le questionnement circulaire est la forme la plus structurée du questionnement systémique. Il est difficile à utiliser parce qu'il implique un changement conceptuel majeur chez le néophyte, nécessite de l'entraînement et ne répond tout simplement pas aux normes sociales de la conversation. Comment ne pas hésiter lorsqu'il faut demander aux membres d'un groupe de répondre à la place des autres, de faire du commérage sur l'attitude d'un tiers présent à l'entretien ou de classer chacun selon son degré de souffrance ? Le systémicien a une fâcheuse tendance à ne pas être poli ou, crime encore plus grave, à ne pas correspondre à l'image traditionnelle du psychothérapeute. Ce n'est pas sans raison que Carl Whitaker avertissait d'emblée ses clients que, s'il avait l'air sympathique, il pouvait se montrer méchant. *Le savoir être* l'emportera ici sur le *savoir faire*, afin de ne pas être perçu comme un fou ou un grossier personnage. Une « attitude de participation sereine, d'étonnement, de respect et de responsabilité » (Keeney, 1983, cité par Seywert, 1993, p. 8) doit transparaître chez le soignant afin qu'il soit crédible. C'est ce que Bradford Keeney appelle une « position esthétique ». Cette attitude lève rapidement le doute chez les

patients, qui la préfèrent à celle de l'expert orienté vers le contrôle, qui se situe à l'extérieur du système et donne des directives normatives.

### **Les principes du questionnement circulaire**

C'est l'école de Milan qui, dans un article resté célèbre, a énoncé en 1983 les principes du questionnement circulaire (Selvini Palazzoli *et al.*, 1983, p. 117-132). Mara Selvini Palazzoli et ses collaborateurs de l'époque ont mis au point un processus de circularisation à trois niveaux :

- une méthode circulaire d'évaluation (hypothétisation);
- une version circulaire de la position du thérapeute (neutralité);
- une approche circulaire de l'entretien (questionnement circulaire).

D'autres auteurs font des descriptions détaillées de la technique du questionnement circulaire, en particulier Peggy Penn, de l'Institut Ackerman de New York (Penn, 1982, p. 267-280), Karl Tomm, à Calgary (Tomm, 1985) et Ferdinand Seywert, à Lausanne (Seywert, 1993). Il est utile de les lire pour découvrir toutes les subtilités de cette technique.

Le questionnement circulaire consiste fondamentalement à *faire décrire par un participant le comportement d'un tiers, en termes de différences et de changements*.

L'interlocuteur est ainsi placé dans une position qui le situe, autant que possible, en dehors du système. Le premier bénéfice de cette technique est que, souvent pour la première fois, les membres d'une famille ou d'un groupe ont l'occasion de connaître la perception d'autres membres sur le fonctionnement du système concerné. Ils ont l'occasion de se voir interagir et de s'en parler, ce qui constitue d'emblée un changement majeur. Parallèlement, thérapeutes et clients assistent à la transformation d'un magma en un groupe structuré et différencié.

En effet, les questions mettent en valeur les différences et les changements dans les attitudes des acteurs. On s'intéressera aux différences de comportement entre individus et entre sous-systèmes, et à un degré moindre aux points de vue ou aux sentiments. Les questions sur le changement concerneront les variations de comportement avant ou après un événement.

Si l'on s'attarde sur le principe de Gregory Bateson selon lequel « une information est une différence qui crée la différence » (cité dans Benoit,

Malarewicz *et al.*, 1988, p. 118), on comprend que les questions circulaires permettent de transformer les données en informations.

### *Les questions portant sur les différences*

Comme nous l'avons souligné, l'intervenant s'intéresse en priorité aux différences entre les comportements afin de se concentrer sur le processus (les interactions) plutôt que sur le contenu (l'objet des conflits, les sentiments). Néanmoins, certaines questions peuvent s'adresser au vécu des participants et à leurs pensées (en particulier à leurs théories sur l'origine des problèmes). En effet, l'important n'est pas la véracité des réponses mais les distinctions qu'elles font apparaître entre les individus. On voit ainsi se profiler les alliances, la distribution des rôles ou les jeux sans fin.

Les questions portant sur les différences forment trois catégories : les comparaisons, les classifications et les commérages.

### *Les comparaisons*

Les questions types sont les suivantes : « Que fait votre conjoint lorsque les enfants se disputent ? » « Comment réagit papa quand maman pleure ? » On demande ici de décrire un comportement spécifique dans une situation particulière. Si on laisse libre cours à sa curiosité, les réponses apportent de nouvelles questions détaillant la séquence interactive. En voici un exemple à propos d'une histoire de grands-parents qui s'ingèrent dans l'éducation de leurs petits-enfants : « Comment vos parents font-ils preuve d'intrusion ?

- Ils interviennent dans l'éducation des enfants.
- Comment interviennent-ils ?
- Ils minimisent la faute des enfants chaque fois que je vais les punir.
- Qui intervient le plus, le grand-père ou la grand-mère ?
- La grand-mère. »

Ce genre de questions est particulièrement utile quand on veut détailler le processus d'un conflit : qui a commencé la dispute, comment l'autre a-t-il réagi, qui s'est interposé, comment tout s'est-il terminé ? On met ainsi rapidement en valeur les stratégies de chacun : « lutte » pour imposer

son propre point de vue, « paralysie » au cours de laquelle le sujet se soumet et diminue ses attentes, « fuite » lorsqu'il échappe au combat (isolement, refuge dans l'alcool, éloignement du foyer).

#### *Les classifications*

Bien qu'elles apparaissent plus étranges que les comparaisons, les classifications viennent rapidement à l'esprit du thérapeute, comme le montre l'exemple des grands-parents ne respectant pas les barrières générationnelles. Elles s'expriment en termes de « plus ou moins » (Qui est le plus proche du patient? Qui est le moins concerné par le problème?) ou au terme d'un classement proprement dit (« Quant aux trois enfants ici présents, pourriez-vous me dire dans quel ordre ils quitteront la maison? »).

#### *Les commérages*

Le commérage est, pour les clients, encore plus surprenant, car il consiste en une activité dont la plupart des gens raffolent (faire des commentaires sur les autres), mais cela sans huis clos, devant la personne concernée. Deux personnes (dont le thérapeute, le plus souvent) discutent ainsi ouvertement du comportement d'un tiers présent. Ce genre d'insolence est très efficace pour dégeler l'atmosphère, faire bouger les introvertis de toutes sortes et, surtout, pour offrir un miroir aux observateurs et à la personne concernée. Le respect d'autrui dont il a été fait mention plus haut est ici particulièrement important. Une condition essentielle consiste à ne pas porter de jugement sur la valeur personnelle des gens (« Il agit comme un idiot. »), et à ne faire de commentaires que sur les attitudes.

Voici un exemple de commérage mettant en scène un couple dont la femme est déprimée, alors que celle-ci affiche un comportement détaché, faussement dépressif lorsque thérapeute et mari s'épuisent à chercher des solutions au problème présenté. Le thérapeute au mari: « Votre femme prend-elle souvent cette attitude boudeuse ?

- Chaque fois que je cherche à la stimuler.
- Comment faites-vous pour la consoler habituellement ?
- Je la prends dans mes bras et je lui dis que je l'aime.
- Est-ce que vous lui dites aussi que vous l'aimez quand elle ne boude pas ? »

J'ai recours au commérage à petites doses et plus précisément quand je suis agacé par le comportement passif d'un individu. Bien que ma réaction puisse provenir d'une exaspération, je laisse autant que possible mes sentiments de côté pour mettre en avant les jeux relationnels et faire avancer la thérapie. De façon formelle, le commérage semble indiqué quand un membre ne participe pas et dans les familles présentant de graves troubles de la communication. Dans ce dernier cadre, cette technique permet par exemple de déborder les rationalisations ou de pousser à l'absurde les communications indirectes.

### *Les questions portant sur le changement*

Ces questions servent à décrire les variations de comportement dans le temps. Ces variations sont de deux types :

#### *Les variations par rapport au passé*

Les questions tournent autour des facteurs précipitants, tout en cherchant à éviter les théorisations sur l'origine des problèmes.

Voici quelques exemples : « Est-ce qu'il y a une époque à laquelle vous n'aviez pas ce genre de conflits ? » « Avant la maladie, qui s'occupait des finances et des courses ? » « Depuis qu'il est au chômage, quel est le comportement de votre père ? » « Depuis le chômage de votre père, qu'est-ce qui a changé dans le comportement de votre frère ? » « Pensez-vous qu'il agirait différemment si votre père n'était pas tout le temps à la maison ? »

Ces questions ont quelque chose de subjectif et pourraient donner l'impression que l'intervenant énonce, par leur intermédiaire, sa théorie sur l'origine des problèmes. Leur but est en fait d'établir des corrélations entre comportements et contexte afin que s'ébauchent des solutions, comme le montre l'exemple suivant. Le thérapeute à une patiente : « Lors de la première séparation, vous n'aviez pas fait de tentative de suicide ; comment se fait-il que la situation était alors moins douloureuse ? »

— J'avais ma mère, qui m'appelait tous les jours, et je devais m'occuper de mon enfant.

— Qui pourrait remplacer votre mère et votre enfant ? »

*Les variations par rapport à l'avenir*

Ces questions cherchent à induire un processus de changement en imaginant des solutions ou un futur dénué de problèmes. Par exemple : « Que se passerait-il si votre père quittait la pièce quand votre mère fait manger Louise ? » « Si votre père reprend le travail, qui l'encouragera le plus et comment ? » « Était-il encouragé de cette façon lorsqu'il travaillait ? »

Les questions sur le changement préfigurent les thérapies centrées sur les solutions avec leur recherche d'exceptions au problème (questions sur le passé) et leurs questions miracles (questions sur l'avenir). Ces techniques déroutantes par leur simplicité méritent qu'on s'y attarde. William O'Hanlon et Michele Weiner-Davis en font des descriptions précises, très utiles pour la pratique, dans *L'orientation vers les solutions : une approche nouvelle en psychothérapie* (1995). Ceux qui aimeraient connaître l'histoire de ce mouvement (les influences de l'école de Palo Alto et de Milton Erickson) ou les recherches montrant l'efficacité des techniques préconisées, auraient intérêt à lire les textes du maître en la matière, Steve De Shazer (1988), ou, en français, ceux de Marie-Christine Cabié et Luc Isebaert (1997).

Dans l'esprit de l'école de Milan, les questions circulaires avaient un but exploratoire et stratégique (favoriser l'acceptation de l'approche systémique). On perçoit mieux désormais leur potentiel thérapeutique, car en introduisant de nouveaux points de vue, elles préparent le terrain pour de nouveaux comportements. Ce sont les recadrages et les prescriptions de tâches qui accéléreront ce processus. Comme le souligne Gianfranco Cecchin (1987, p. 405-413), le questionnement circulaire ne prétend pas mettre au jour des vérités. Il doit être avant tout utile. En ce sens, le psychothérapeute doit laisser libre cours à sa curiosité.

Enfin, il ne faut pas perdre de vue la forme la plus subtile du questionnement, celle du questionnement du thérapeute sur lui-même. Ce dernier influence la famille, et voit ce qu'il veut bien voir, influencé par les participants et les résonances avec son propre passé. Cet autre type de circularité montre bien qu'il n'existe pas de vérité, mais des constructions du réel. L'école de pensée constructiviste développée dans le champ de la thérapie familiale par Paul Watzlawick soutient en effet que la réalité sur laquelle se fonde une connaissance ne préexiste pas à l'observateur ; elle est construite par celui-ci (Watzlawick *et al.*, 1988).

De ce fait, lorsqu'on observe une famille, il faut tenir compte des modifications induites par la présence du thérapeute. La famille ne se comporte pas devant lui comme elle se comporterait à la maison, et les interactions en séance ne rendent pas véritablement compte de la réalité de la famille. En poussant à l'extrême ce type de raisonnement, les adeptes du courant narratif voient la thérapie comme un processus de déconstruction (Gilligan et Price, 1993). Le patient raconte au thérapeute une histoire (sa vision du problème) que le thérapeute va modifier pour en construire une nouvelle qui sera le fruit de la collaboration créatrice des deux protagonistes. Peu importe la réalité (la source réelle des problèmes, la bonne version de l'histoire), l'important est d'induire un processus de changement. Par ce jeu de modification du scénario apporté par le client, le courant narratif propose ainsi une utilisation raffinée du deuxième outil essentiel de l'approche systémique : le recadrage.

### **Le recadrage**

En termes simples, le recadrage consiste en un *commentaire qui modifie l'angle sous lequel on voit une situation*. Le soignant fait comme le cinéaste qui élargit ou rétrécit le champ de son objectif pour mettre en valeur les aspects importants d'une scène. Peu intimiste de nature, le systémicien privilégie toutefois le « grand angle », utilisant son objectif comme un « microscope » — pour reprendre l'expression consacrée par Joël de Rosnay (1977).

Paul Watzlawick est l'un de ceux qui ont le mieux décrit le recadrage. La définition qu'il en donne est un classique : le recadrage permet de « modifier le contexte conceptuel et (ou) émotionnel d'une situation ou le point de vue selon lequel celle-ci est vécue », en les plaçant dans un autre cadre (Watzlawick *et al.*, 1981, p. 116). L'exemple qui suit permet d'illustrer la technique du recadrage ainsi que ses écueils possibles.

### ***L'histoire du bébé et de la princesse***

Madame B. m'avait été envoyée par la psychologue qui la suivait en thérapie individuelle pour dépression associée à un problème d'anorexie. La dépression était apparue à la suite d'un échec professionnel et d'une rupture sentimentale. Malgré une diminution des symptômes dépressifs grâce

au traitement antidépresseur prescrit par un médecin, la psychologue considérait que la thérapie s'enlisait à cause de l'attitude surprotectrice de la famille. La patiente présentait une anorexie persistante associée à une attitude dépendante à l'égard de ses parents. Elle avait régressé au point qu'elle ne se nourrissait que des plats préparés par sa mère et apportés à son domicile par son père. Ses frères et sœurs répondaient à tous ses besoins d'ordre médical, l'accompagnant sans cesse aux urgences et chez les spécialistes pour trouver une cause organique à son manque d'appétit. La famille fut donc convoquée.

À ma grande surprise, ce n'est pas une petite famille nucléaire qui se présenta au premier entretien, mais toute une tribu comprenant la patiente, la mère, deux frères et une sœur accompagnés de leurs conjoints respectifs. Il n'y avait qu'une ombre au tableau : l'absence du père, présenté comme trop âgé et trop « de la vieille école » pour participer à une thérapie familiale.

La psychologue fut invitée aux séances à titre de cothérapeute, mais également à titre de cliente, puisqu'elle partageait les craintes de la famille et se trouvait, elle aussi, à court de solutions.

Le climat familial était chaleureux et décontracté, chacun verbalisant ses émotions et pleurant à chaudes larmes chaque fois qu'un sujet difficile était abordé.

Le jeu familial autour du symptôme présenté par la patiente confirma rapidement la lecture de la psychologue. Dès que la patiente montrait de la tristesse et du découragement, mère, frères, sœur et proches parents se relayaient pour la consoler. Les rôles étaient d'ailleurs assez bien distribués, maman se chargeant des étreintes, un frère et une belle-sœur manifestant leur empathie dans la mesure où ils avaient eux-mêmes vécu des dépressions dans le passé, ou une belle-sœur combative s'insurgeant contre la lenteur et l'inefficacité de l'hôpital.

Mon premier souci fut d'ébranler les règles implicites de ce jeu sans fin en faisant un recadrage à la Jay Haley (1991), sur la position de pouvoir de la patiente. Je fis remarquer que cette dernière avait le don de mobiliser toute la famille, laquelle faisait preuve à ces occasions d'une grande cohésion. J'ajoutai que la patiente manifestait de l'opposition, par ses symptômes, en menant la séance là où cela lui convenait et en montrant combien elle se trouvait défavorisée par rapport à ses frères. Ceux-ci devaient hériter des terres du père, alors qu'elle, affirmait-elle en pleurant,

n'aurait jamais de crédit auprès de ses parents, puisqu'elle était une fille et que sa boutique de mode en faillite n'avait aucune valeur aux yeux d'une famille de propriétaires terriens.

Quoique choquant, le recadrage consistant à voir le symptôme comme une manifestation d'opposition eut un effet stimulant sur les membres présents qui manifestèrent pendant les trois premières séances leur propre opposition aux valeurs surannées du père absent. Grâce à mes résonances personnelles, je n'eus aucune difficulté à imposer diverses étiquettes, du type « le patriarche » ou « le patron » pour désigner le chef de famille prétendument omnipotent qui dédaignait la thérapie, mais n'oubliait pas toutefois de se renseigner sur son évolution. Lors de ces séances, au cours desquelles l'image du chef de famille était égratignée, la conjointe de celui-ci veillait à ce qu'on garde un minimum de respect envers lui, tout en soulignant que son mari était effectivement vieux jeu, et qu'elle-même acceptait difficilement le rôle de soumission imposé par des normes datant d'une autre époque.

Les séances ultérieures devenant moins révélatrices, j'eus l'idée de présenter la patiente comme un bébé que ses parents nourrissaient quasiment au biberon. Ce recadrage, que j'utilise parfois dans des situations de crise marquées par l'extrême régression de personnalités dépendantes ou limites, tomba ici à plat en suscitant une désapprobation polie. L'image n'était pas uniquement provocatrice; elle était inadaptée aux valeurs et aux mythes de cette famille. D'abord, personne ne pouvait concevoir que le patriarche donnât le biberon, même symbolique, à sa fille; c'était là le rôle de la mère. Ensuite, dans cette famille, il était interdit de disqualifier quelqu'un de façon aussi directe. Enfin, les interactions autour de la nourriture étaient autrement plus complexes qu'il n'y paraissait à première vue. En effet, la patiente, comme beaucoup d'anorexiques, était excellente cuisinière et offrait des plats préparés à son entourage bien plus qu'elle n'en recevait. Par contre, le lien qu'elle assurait autrefois en nourrissant ses proches s'était doublé d'un contrôle angoissé de son poids et de difficultés d'ingestion depuis sa dépression. La famille vivait ainsi au rythme de ses refus de nourriture ou de vomissements qui faisaient craindre une étiologie organique.

Frappé par l'inadéquation de ce recadrage, mais conscient des luttes de pouvoir autour du thème de la filiation, je réalisai que la famille était plus qu'une tribu soudée ou un clan de riches propriétaires terriens des

Laurentides. Je proposai alors l'image d'une dynastie, à laquelle chacun adhéra de façon créative. Le patriarche devint un roi qui, avec sa reine, luttait pour l'intégrité de la lignée et le respect des traditions. Frères et sœur étaient des chevaliers défonçant les portes de l'hôpital-château fort. La patiente n'était donc pas un bébé, mais une princesse!

Cette métaphore qui recadrait positivement le rôle de chacun eut cette fois un effet bénéfique, sans que j'aie l'impression de maîtriser quoi que ce soit dans le processus thérapeutique. La famille fit le constat que la dynastie s'effondrait. Le frère aîné, dauphin désigné, ne voulait pas de l'héritage paternel; en rupture avec la tradition, il refusait de gérer les terres familiales et se satisfaisait d'un emploi sécurisant de fonctionnaire. Le frère cadet cachait tant bien que mal son homosexualité derrière un mariage asexué. La sœur, mariée à un commerçant, avait bien d'autres préoccupations que la sauvegarde du patrimoine depuis qu'elle luttait contre le cancer. C'était donc bien la patiente qui reprenait le flambeau parental. Elle vivait dans la première maison familiale qui aurait dû revenir plus tard au frère aîné. Elle avait divorcé d'un premier conjoint qui refusait de fréquenter la famille et elle maintenait un lien fusionnel avec un roi déchu qui se voyait obligé d'éparpiller ses terres au gré de promoteurs voraces.

Ainsi se construisit une nouvelle histoire familiale dans laquelle chacun se sentit plus à sa place. Le moment le plus émouvant eut lieu lors de la sixième et dernière séance, lorsque frères et sœur mirent un point final au mythe de la princesse mal aimée de son père. Ils exprimèrent en chœur à la patiente leur souffrance face à sa jalousie tandis qu'eux se considéraient, depuis l'enfance, bien moins choyés qu'elle par leurs parents, entre autres parce qu'ils ne répondaient pas aux désirs de ceux-ci. Ce recadrage formulé par la famille elle-même eut un effet libérateur: la princesse, touchée par la peine des membres de sa fratrie, s'excusa d'avoir été aveugle. Elle les délivra du rôle de chevaliers servants pour faire ses demandes d'ordre médical seule. Elle cessa de faire à manger à tout le monde et se mit à fréquenter un nouveau compagnon, sans se préoccuper du fait qu'il était roturier et pourrait déplaire aux parents. Ces derniers, comme par enchantement, la laissèrent manger seule, soutenus dans leur nouvelle fermeté par la fratrie et les thérapeutes.

La fin, moins romantique, de cette histoire est que la patiente fut plus tard opérée d'un ulcère à l'estomac. L'anorexie était bien en partie déter-

minée par un problème organique. Le mérite de cette thérapie est peut-être d'avoir aidé le « bébé » à s'assumer en tant que princesse moderne et de l'avoir poussée à persévérer face aux médecins qui ne considéraient pas la dimension organique de ses troubles.

### **Règles du recadrage**

L'histoire ci-dessus montre que le recadrage n'est efficace que s'il respecte un certain nombre de principes.

1. *Le recadrage concerne les interactions plus que le contenu.*
2. *Les métaphores ont plus de poids que les mots.*  
Le recadrage du symptôme sous l'angle de l'opposition ébranla les participants, mais sans avoir l'impact des images du bébé et de la princesse.
3. *Le recadrage s'élabore avec les participants.*  
Lorsque le recadrage est le fruit d'une recherche commune, le scénario qui en résulte est plus créatif. Une image est généralement proposée par le thérapeute, comme un thème est offert aux acteurs d'une ligue d'improvisation. Dans le meilleur des cas, les acteurs familiaux transforment l'image proposée, que le thérapeute-metteur en scène peut à son tour modifier en apportant de nouvelles règles du jeu.
4. *Il faut parler le langage des patients.*  
Ce vieil adage de toutes les écoles de psychothérapie s'applique également au recadrage de nature systémique. La forme du recadrage, qu'il s'agisse d'images ou de mots, doit correspondre à la culture des clients pour être accessible. Il ne s'agit pas bien sûr de parler « paysan » si l'on discute avec des cultivateurs ou de parler « intellectuel » si l'on s'adresse à des universitaires. Il faut plutôt utiliser leur style verbal, leur forme d'humour ou les valeurs qui les caractérisent.

### **Les recadrages simples**

John Herr et John Weakland distinguent les recadrages simples des recadrages complexes. Je reprendrai cette terminologie, sans m'arrêter à leur propre description (voir pour plus de détails Herr et Weakland, 1979).

Les recadrages simples sont, à mon sens, des « coups » réflexes comparables à ceux d'un joueur de tennis qui monte au filet. Ils tiennent de la

tactique plus que de la stratégie, dans la mesure où ils s'inscrivent dans une vision à court terme.

Ils peuvent être utiles pour provoquer les membres d'un système rigide, mais ils font aussi courir à l'intervenant le risque de s'engager dans une relation symétrique où la volée attire le passing-shot de l'adversaire. Parfois, la provocation remplit la fonction d'une sonde exploratoire. Il s'agit d'un coup à l'aveuglette qui peut apporter un éclairage nouveau. Les recours à l'opposition et à l'image du « bébé » correspondaient à ce type de recadrage.

Dans d'autres circonstances, le recadrage simple permet d'encourager les patients. C'est le cas lorsqu'on utilise la vieille méthode de la transformation du négatif en positif: « La situation a l'air mauvaise, en fait, elle a des avantages. » La connotation positive qui consiste à présenter le symptôme comme s'il remplissait une fonction dans le système familial s'apparente à ce procédé. Les règles et les comportements familiaux sont qualifiés positivement afin de faciliter l'accès au modèle systémique, sans risquer la disqualification. Le message livré en général à l'issue de la première rencontre prend *grosso modo* la forme suivante: « Dans l'état actuel des choses, il serait prudent de ne rien changer à votre fonctionnement. »

D'une façon générale, le recadrage simple consiste le plus souvent à transformer une situation ou un point de vue en son contraire. À ce titre, les systémiciens m'apparaissent volontiers comme les champions de la contradiction, au point même qu'ils en deviennent parfois agaçants. Parmi les retournements positifs classiques des systémiciens, voici quelques qualificatifs et leurs versions recadrées:

- la symétrie peut se redéfinir en termes de confiance mutuelle (« Il faut avoir beaucoup de confiance l'un envers l'autre pour se parler avec tant de conviction. »);
- la complémentarité devient de la collaboration;
- l'agressivité se transforme en combativité;
- l'échec est une étape de croissance (en particulier, en cas de rechute alcoolique avec sentiment de culpabilité);
- l'incertitude de l'angoissé apparaît comme de la prudence;
- le mot « dépression » peut céder la place aux termes « découragement » et « fatigue ».

Ces divers exemples sont empruntés au texte de Gilles David dans le remarquable ouvrage québécois *La thérapie de couple dans une perspective systémique* (Joly et al., 1986). Ils donnent une signification inattendue qui favorise un climat de collaboration, parce qu'ils ne sont pas disqualifiants.

Un autre type de recadrage simple conduit à sensibiliser le client au point de vue de l'autre. Cette approche sera particulièrement utile avec les personnalités narcissiques qui, par manque d'empathie, ne comprennent pas les réactions d'autrui. Elles critiquent et interprètent l'intention des personnes de leur entourage, notamment lorsqu'on ne leur accorde pas l'attention qu'elles estiment mériter. D'une façon générale, ce type de sensibilisation est indiqué dans toute situation de conflit interpersonnel.

Lors d'un travail de supervision, le recadrage simple est efficace, car les thérapeutes, comme les clients, ont tendance à trop coller à leurs *a priori* et à leurs premières impressions (résonances ou contre-transfert obligent). Ainsi, des thérapeutes en supervision s'acharnaient-ils à défendre le point de vue d'une pauvre adolescente restreinte dans ses libertés légitimes quand ses parents lui faisaient le reproche de rentrer systématiquement avec un quart d'heure de retard. Pour montrer la circularité de la situation, je leur demandai simplement pourquoi la jeune fille s'obstinait à rentrer tard, alors qu'elle savait très bien qu'elle aurait droit à une réprimande. Dans une autre circonstance, un homme battu par sa femme ne rencontrait aucune compassion chez des intervenantes qui le soupçonnaient de lâcheté et de manipulation. Il m'a suffi de leur demander si leurs réactions auraient été identiques s'il avait été question d'une femme battue!

### ***Les recadrages complexes***

Pour reprendre la métaphore sportive, on parlera ici de « plan de match », et donc de stratégie plutôt que de tactique.

Le recadrage complexe prévoit en effet plusieurs coups à l'avance; il touche une règle implicite du système ou le processus lui-même, comme la métaphore de la princesse, qui décrivait l'organisation familiale autour et en dehors du symptôme.

Comme le questionnement circulaire, qui est en quelque sorte sa forme non affirmative, le recadrage met en exergue l'aspect relationnel et

interactif des problèmes. Du fait même de son caractère complexe, il est difficile d'en dresser l'inventaire. Sa forme variera avec les situations cliniques, le style et la créativité du thérapeute. L'exemple suivant en fera néanmoins l'illustration.

*Exemple de recadrage complexe: le cas du mari autoritaire*

Madame F. vivait une dépression chronique, de type dysthymique, dont elle attribuait la cause à l'autoritarisme de son mari. Dans un bel élan de loyauté, sa sœur et le fils qui n'avait pas encore réglé ses conflits œdipiens avec son père, reprenaient à l'unisson cette théorie. En fait, au cours de divers entretiens familiaux, le conjoint m'apparut surtout obstiné, comme les anxieux à tendance obsessionnelle savent l'être. Madame accusait par exemple son mari de l'obliger à le suivre sur les terrains de golf qu'elle n'appréciait pas, alors qu'il cherchait à la distraire sans être capable d'imaginer d'autres solutions. Le fait de recadrer l'autoritarisme en obstination fut sans effet. Par contre, quelques entretiens de couple montrèrent des difficultés de communication en lien avec la culpabilité. Aucun des deux conjoints n'osait affirmer ses désirs par peur de déplaire ou de blesser l'autre. Monsieur, par exemple, avait bien envie d'aller jouer au golf sans sa femme qui faisait grise mine sur les verts; celle-ci lui disait bien d'y aller seul, mais il interprétait son encouragement comme un sacrifice. Madame, de son côté, n'osait pas dire qu'elle préférerait courir les magasins avec sa sœur et croyait que son mari ne rêvait que de parties de golf en sa compagnie.

Le recadrage de la relation fut dès lors formulé au couple de la façon suivante: « Votre couple repose sur une base solide car vous éprouvez de l'amour l'un pour l'autre et vous vous respectez. Par contre, le respect et l'amour vous conduisent à avoir peur de déplaire à l'autre et à ne pas affirmer vos désirs. De plus, vous avez tendance à interpréter les intentions de votre partenaire sans vérifier la justesse de vos impressions. Dans le fond, vous n'avez pas un conflit de couple, mais un problème de communication. »

La thérapie s'orienta ensuite vers des techniques tout simplement comportementales, consistant à développer les habiletés de communication. En dehors du recadrage précédent, la seule contribution systémique à la thérapie fut donc de dénoncer la règle paradoxale qui régissait les loisirs

du couple et qu'on peut énoncer ainsi : « Dans un couple uni, il est interdit d'avoir des activités seul, et en même temps, il est bon d'être indépendant. »

### **La prescription de tâches**

Tout comme le médecin prescrit des médicaments pour faire disparaître un symptôme, le systémicien prescrit des tâches pour que disparaisse le problème présenté. De même que les médicaments peuvent être administrés dans le bureau du médecin (une injection, par exemple) ou en dehors, les tâches pourront être exécutées en séance ou hors de celle-ci. Ultime analogie avec l'acte médical, les tâches seront proposées avec le sérieux et le caractère solennel d'une prescription médicamenteuse, et cela à plus forte raison quand l'approche est stratégique.

### **Objectifs des tâches**

#### *Recueillir des informations*

La prescription de tâches est parfois intuitive. Quand un deuil n'est pas résolu, je recommande un rituel qui consistera à faire un nouvel adieu au défunt. Lorsque les barrières générationnelles ne sont pas respectées, il m'arrive de copier Salvador Minuchin (1983) en faisant se déplacer les participants en séance afin de symboliser les frontières. Quand un système est trop protecteur, je fais du paradoxal d'inspiration californienne (Haley, 1991; Weakland, dans Fisch, Weakland et Segal, 1986) ou à l'italienne (Andolfi, 1982), en confiant aux protecteurs une tâche poussant jusqu'à l'absurde leur contrôle. Dans de telles circonstances, les tâches prescrites correspondent à des recettes qui ont fait la preuve de leur efficacité dans des situations cliniques similaires. Elles ne sont pas toujours pertinentes dans la mesure où elles n'apportent pas forcément un changement. Par contre, elles ont une valeur informative. Elles permettent par exemple de vérifier si l'alliance thérapeutique est bonne, de mieux connaître la dynamique du système ou de confirmer la justesse des hypothèses.

Les prescriptions seront plus élaborées si je prends le temps de faire une pause avant la fin de la séance et si je travaille avec un cothérapeute. Une pause d'une quinzaine de minutes avant la conclusion de la séance me permet de prendre un peu de recul après les échanges émotifs et

intellectuels qui viennent de se dérouler. Le cothérapeute m'aide à décompresser, à ébaucher une analyse des problèmes vécus et à élaborer calmement un commentaire qui fera office de synthèse et de prescription. Dans un tel cadre, je deviens plus stratégique et tente de prévoir plusieurs coups à l'avance, comme les joueurs d'échecs. J'ai tendance à croire que ces prescriptions-là ont plus d'impact pour favoriser la croissance du système concerné.

En fait, les bonnes prescriptions sont comme les bonnes questions ou les bons recadrages, car elles reposent sur un mélange d'ingrédients complémentaires : les émotions et l'intellect, le spontané et le réfléchi, les « coups au filet » et les « coups de fond de court ».

#### *Promouvoir le changement*

Le principe directeur des prescriptions est l'apprentissage de nouveaux comportements, car l'action favorise plus souvent le changement que le simple *insight*. La connaissance intellectuelle de nos travers ou de nos conflits ne suffit pas à les résoudre. Un couple pourra bien prendre conscience qu'il est néfaste de se servir des enfants pour transmettre les messages, la passion l'emportera vite sur les connaissances rationnelles lors du prochain conflit important. Les conjoints oublieront leurs bonnes intentions et l'enfant sera de nouveau triangulé. De même, on sait bien qu'il ne suffit pas d'aider un alcoolique à réaliser qu'il boit trop pour qu'il cesse de boire. Au contraire, si on lui fait trop la leçon sur les méfaits de l'alcool, il peut fort bien se jeter aussitôt dans l'ivresse pour effacer culpabilité et angoisse. Après avoir appris à voir autrement, le client va essayer d'agir autrement. La tâche en séance ou hors séance lui permettra de s'entraîner en vue d'autres interactions.

La prescription peut être vue comme une forme de conseil, à ceci près qu'elle prend en considération les interactions et plus globalement la dynamique du système en question, sans se contenter d'aller dans le sens du « bon sens ». Le conseil de ne pas boire ne sera pas écouté si l'on ne tient pas compte du phénomène biologique d'accoutumance, de la fonction d'intégration sociale de l'alcool, de son rôle anxiolytique et euphorisant, de l'éventuel conjoint qui contrôle tout sauf la bouteille ou du thérapeute qui ne cesse de mettre en évidence les défauts de son patient. Les tâches qui s'apparentent aux conseils du type « bon sens » risquent de renforcer

les tendances homéostatiques du système en ne tenant pas compte de la complexité de celui-ci. Maurizio Andolfi, fondateur de l'école romaine de thérapie familiale, les appelle des « tâches contre-systémiques » (1982, p. 114). Elles reflètent souvent le manque d'expérience du thérapeute, qui fonde son jugement sur le contenu du problème plutôt que sur les interactions dysfonctionnelles. En d'autres mots, il s'intéresse trop au « pour-quoi » et pas assez au « comment ».

***Un exemple de ce qu'il ne faut pas faire (ou de ce qu'il faut faire ?)***

Le cas d'une jeune fille qui présentait des attaques de panique et dénonçait une atmosphère familiale étouffante fut abordé lors d'une séance de supervision. Elle revendiquait plus de liberté et souhaitait notamment passer une nuit par semaine avec son copain. Toutefois, elle se heurtait à l'opposition de parents immigrés qui s'accrochaient aux valeurs du pays d'origine et ne pouvaient tolérer que leur fille ait des rapports sexuels avant le mariage. La négociation parents-enfant était bloquée, dans la mesure où la cliente n'envisageait pas de se marier sans avoir testé la relation par une période de cohabitation.

Les parents, de leur côté, refusaient tout compromis, malgré une attitude plus permissive de la grand-mère maternelle, qui partageait le logement de la famille nucléaire. Par contre, selon la patiente, la grand-mère ne manifestait son appui qu'en secret et ne s'opposait jamais officiellement à l'avis du couple parental (respectant d'ailleurs ainsi les frontières générationnelles tout en les franchissant dans son alliance cachée).

Toute solution envisagée par l'une ou l'autre des parties consistait en une rupture des relations familiales alors que chacun, en réalité, redoutait une telle éventualité : « Si tu passes la nuit avec lui, tu quittes la maison et nous te renions. » « Si vous m'empêchez de passer une nuit par semaine chez lui, je vous quitte à jamais. » La thérapeute, en supervision, ne pouvait concevoir qu'une intervention individuelle favorisant l'épanouissement (légitime) de la patiente. Elle voulait l'inciter à s'autonomiser en se démarquant des valeurs familiales dépassées, quitte à ce qu'elle rompe avec sa famille.

Ce type de conseil s'oppose à la dynamique systémique du groupe en question et ne tient pas compte de la complexité des enjeux. Les parents avaient dans le passé transgressé leurs propres règles familiales en profi-

tant de la distance établie avec leurs familles d'origine lors de l'émigration au Canada. Ils s'étaient mariés sans le consentement de leurs propres parents; de surcroît, l'union avait probablement été précipitée par la grossesse avant mariage de la mère. Dans le conflit actuel, un des enjeux était donc la crainte que se perpétue une situation honteuse. De plus, la grand-mère maternelle semblait être à l'origine d'une malédiction familiale, puisque dans son pays natal, elle aurait eu trois enfants avec trois hommes différents!

Fidèle à l'école de Palo Alto, je proposai de ne pas recourir aux « mauvaises solutions » de la famille en faisant « toujours plus de la même chose ». Suivre la patiente en thérapie individuelle pour la pousser à couper les liens ne faisait que reproduire les séquences actuelles et passées. En effet, la solution envisagée, c'est-à-dire la rupture, risquait de rendre le problème insoluble. Au lieu de rester dans le cadre restreint d'un dialogue patient / thérapeute, ne fallait-il pas réunir les personnes concernées pour rompre les dialogues singuliers du type petite-fille / grand-mère, mère / fille, fille / copain qui ne changeaient rien au problème? Une première tâche proposée à la patiente, qui refusait toute réunion familiale, ne pourrait-elle consister à discuter du problème en présence de la grand-mère et des parents? Alors que les efforts des parents et de la patiente visaient la mise à distance du prétendant, ne fallait-il pas s'orienter vers une intégration insidieuse de celui-ci? Le copain avait d'ailleurs été officiellement présenté à la famille lors d'un repas, quelques semaines plus tôt, et il n'y avait pas eu d'explosion atomique.

La méthode proposée était donc classique: réunir, si possible, la famille; redéfinir le problème (celui de la transplantation et de loyautés transgénérationnelles); prescrire des tâches changeant les comportements habituels; ne pas faire ouvertement opposition à l'homéostasie du système familial.

Lors de la séance de supervision suivante, la thérapeute nous apprit qu'elle avait suivi sa propre idée en voyant sa cliente en entretien individuel et que celle-ci avait quitté la maison familiale à la suite d'une dispute avec sa mère. Heureusement, les parents n'avaient pas renié leur fille et le père avait même parlé au copain pour lui demander de prendre soin d'elle.

Le problème immédiat était donc réglé, mais la problématique familiale restait entière. Comment, en effet, intégrer ce nouveau type d'union dans les valeurs traditionnelles pour que l'accès à l'autonomie de la jeune fille soit harmonieux? Comment permettre à chacun de ne pas ressentir trop

de culpabilité? Comment aider les uns et les autres à se fréquenter, sans qu'ils aient l'impression d'être les perdants de ce conflit symétrique? Il fut suggéré que la patiente et son copain pourraient inviter les parents à dîner chez eux. Cette tâche aurait la valeur d'un rite de passage officialisant l'accès à la vie adulte de la patiente et donnerait un caractère légitime à l'union. Cette tâche simple s'avéra efficace, une thérapie familiale ne fut pas nécessaire, et la porte de la modernité est désormais ouverte pour la sœur cadette de la patiente.

Cet exemple illustre finalement autant le principe d'équifinalité de la systémique que la technique de la prescription de tâches. Il existait dans cette histoire plusieurs chemins pour arriver au même résultat. La thérapeute suivit un chemin contre-systémique parce qu'elle était encore attachée à son modèle linéaire de psychothérapie. En outre, elle se sentait incapable de travailler avec cette famille et était persuadée que seule la rupture était la solution dans ce contexte apparemment rigide. Finalement, après avoir vérifié que la famille était moins hostile qu'elle ne se l'imaginait, elle fit le compromis de s'engager dans une « thérapie individuelle systémique », en commençant par la prescription du repas familial. De fait, cet exemple montre que l'approche systémique ne consiste pas exclusivement à réunir des familles ou, plus globalement, les gens concernés par un problème. Une thérapie individuelle peut devenir systémique à partir du moment où elle se focalise sur le contexte de survenue des troubles et sur les interactions circulaires.

### ***Règles de la prescription de tâches***

Les règles qui assurent l'efficacité de la prescription de tâches sont assez proches de celles qui ont été décrites pour le recadrage.

#### ***1. Les prescriptions portent plus sur les interactions que sur le contenu.***

Dans l'exemple précédent, la tâche proposée par la thérapeute (favoriser la rupture pour accéder à l'indépendance) concernait plus le contenu (conflit avec les parents) que le processus (enjeux familiaux plus larges, règles de jeu rigides, recherche d'une alliance déculpabilisante auprès de la thérapeute.)

Les prescriptions structurent de façon quasi obsessionnelle les interactions, qu'il s'agisse de les amplifier ou de les changer pour en faire

des séquences plus fonctionnelles. L'amplification et, de façon générale, la prescription du symptôme ou de non-changement seront le plus souvent utilisées en début de thérapie quand la tendance homéostatique du système prédomine, en réaction à la nouveauté du questionnement et des recadrages. Dans la dernière phase de la thérapie, les tâches viseront le renforcement de la tendance au changement du système et seront moins paradoxales.

2. *Les prescriptions ont, autant que possible, une valeur métaphorique.*  
 Cette règle ne fait peut-être pas l'unanimité, mais elle est devenue mienne depuis l'époque où je travaillais avec des collègues s'inspirant de l'école romaine.

Les tâches métaphoriques évitent de longs discours, stimulent l'imagination des clients et contournent les réactions défensives en établissant des corrélations analogiques avec la situation problématique.

Beaucoup de gens ne suivent pas les directives même s'ils en soupçonnent l'utilité. « Certains acceptent plus volontiers des tâches s'ils ne les reconnaissent pas consciemment comme telles, ou si la tâche ne met pas directement en cause la situation problème » (Andolfi, 1982, p. 149). Dans de tels cas, les prescriptions métaphoriques sont particulièrement utiles.

Une technique classique en séance consiste par exemple à utiliser une chaise vide pour personnifier la personne absente. Ce procédé fut utilisé dans « l'histoire du bébé et de la princesse » pour que chacun exprime ses sentiments envers le patriarche absent, dans une atmosphère ludique propice au processus thérapeutique.

Dans les situations de crise en rapport avec des pertes ou des phases de transition du cycle de vie familial, tel le départ des enfants, je fais volontiers appel à des tâches reproduisant les rites de passage qui font de plus en plus défaut dans notre société occidentale. Il s'agit entre autres des cérémonies de deuil ou des repas familiaux que j'ai évoqués plus haut.

3. *Les prescriptions concernent, si possible, tous les participants.*  
 Elles permettent notamment de toucher la distribution des rôles.
4. *Les prescriptions doivent être proposées avec conviction et brièveté.*  
 Le thérapeute doit exploiter sans complexes sa position d'autorité (bien relative néanmoins) pour prendre une allure docte et ne pas avoir à fournir trop d'explications sur le bien-fondé de la tâche, et ce, d'autant

plus qu'il s'agira d'une tâche métaphorique. Les justifications du type : « Vous savez, ce que je vous demande a l'air fou, mais c'est en réalité bien pensé » sont du plus mauvais effet. Par contre, dans les entretiens initiaux, il est recommandé de prévenir les clients qu'on sera parfois amené à leur dire ou à leur faire accomplir des choses inhabituelles – des choses que tout le monde ne réussit pas à faire – dans le but ultime de les aider.

5. *Il vaut mieux proposer des tâches réalisables.*

Il faut éviter de placer les clients dans une position d'échec, non seulement parce qu'ils peuvent abandonner la thérapie, mais aussi parce qu'on risque d'accentuer leur sentiment d'impuissance à l'égard du problème.

De fait, on court vers un échec certain si on demande à des époux hostiles, en entretien, de faire une sortie d'amoureux pour réveiller le romantisme dans leur relation. Dans le même ordre d'idées, il ne sera pas judicieux de recommander aux époux de se consacrer une heure par semaine pour exprimer ce qu'ils ressentent l'un pour l'autre s'ils ne sont pas capables de partager leurs sentiments.

En proposant une tâche réalisable, on cherche à provoquer le plus petit changement possible, lequel induira théoriquement des changements plus importants, telle la boule de neige qui grossit au fur et à mesure qu'on la roule sur elle-même. Dans l'exemple précédent, on peut ainsi demander aux conjoints de trouver une activité routinière leur permettant d'être plus intimes (promenades, rénovations), à condition de ne pas partager leurs sentiments. Il y a fort à parier qu'en osant se rapprocher, ils n'auront aucune difficulté à transgresser l'interdit du thérapeute; et même si la consigne est respectée, l'important est de favoriser, dans ce cas hypothétique, une plus grande proximité.

6. *Les prescriptions doivent être précises et claires.*

Les clients doivent savoir exactement ce qu'ils ont à faire, et éventuellement connaître le lieu, la date et l'heure où ils devront s'exécuter.

7. *Il faut s'enquérir de l'accomplissement de la tâche à la séance suivante.*

Cette règle évidente *a priori* est souvent oubliée, surtout quand on n'est pas à l'aise avec la prescription donnée. En agissant ainsi on se disqualifie et l'alliance thérapeutique bat de l'aile. En effet, on laisse l'impression que la tâche n'est pas importante et on peut y perdre en crédibilité.

Pour ne pas négliger cette étape du retour sur les tâches accomplies, certains thérapeutes aborderont le sujet dès le début de la séance par une question du genre : « Alors, avez-vous réussi cette semaine à moins parler de la dépression de votre enfant ? »

8. *Quand une prescription n'a pas été respectée, on peut revoir sa position.*

Le thérapeute a parfois avantage à reconnaître qu'il s'est trompé dans le choix des objectifs ou du moment de la prescription. Par exemple, il affirmera qu'il est allé trop vite et qu'il faudrait revenir à des objectifs moins ambitieux. Dans le même sens, il pourra proposer d'espacer les séances, voire d'arrêter la thérapie. Il pourra même parfois conclure que le problème défini n'était sans doute pas le bon, puisque la tâche n'a pas été accomplie. Il demandera alors aux clients de formuler ce nouveau problème qui est passé sous silence.

Au-delà de ces tactiques, il est intéressant de vérifier si un changement autre que celui escompté ne serait pas apparu malgré ce non-respect de la prescription.

### **Les tâches simples**

Ici encore, on peut s'inspirer de la classification déjà décrite pour le recadrage, en distinguant les tâches simples des tâches complexes.

J'utilise souvent les tâches simples dans la phase initiale de la thérapie. Elles seront surtout exploratoires, dans la mesure où ce sont de petites consignes qui servent à tester et à favoriser la collaboration. Comme pour les recadrages simples, j'utilise un éventail de quelques « coups au filet » que j'ai, pour la plupart empruntés à Steve De Shazer (1988). Cet auteur distingue trois types de clients : le plaignant, qui souffre le plus de la situation sans forcément être porteur du symptôme, l'acheteur, qui formule une demande claire d'aide et souscrit facilement au modèle du thérapeute, et le visiteur, qui n'a pas demandé de soins et qui pourtant sera assez fréquemment le patient identifié. Dans son approche orientée vers les solutions, De Shazer propose un type déterminé de tâches à chaque type de client.

#### **Observer**

Cette prescription s'adresse au plaignant, qui a tendance à se situer en dehors du problème. On lui demande d'observer les comportements

gênants jusqu'à la prochaine séance. Cette requête et les suivantes peuvent s'adresser au groupe entier lorsque la méfiance et les tendances homéostatiques prédominent. L'observation apportera en outre des informations intéressantes si l'on force les regards à se tourner vers les interactions: « Jusqu'à la semaine prochaine, pourriez-vous observer à propos de quels sujets vos parents font intrusion dans l'éducation des enfants? »

#### *Faire la même chose*

Cette prescription sera appropriée avec le plaignant ou le visiteur. Elle me paraît également bien convenir lorsque « l'ensemble protectionniste » décrit par Suzanne Lamarre (1998a) entrave tout changement.

On demande par exemple à un conjoint d'intensifier la surveillance de son épouse chroniquement suicidaire. S'il se confirme que son attitude est hyperprotectrice et renforce le symptôme, on pourra se permettre d'amplifier paradoxalement le contrôle en recommandant une surveillance jour et nuit. Il y a alors de fortes chances pour que le plaignant se transforme en « acheteur » et demande au thérapeute de l'aider à trouver d'autres solutions.

Steve De Shazer invite aussi les acheteurs à « faire la même chose » lorsque certaines solutions ont été efficaces dans le passé. Autrement dit, s'il y a eu dans un passé proche ou lointain des moments où le problème disparaissait, il propose aux protagonistes de reproduire les comportements ou solutions qui ont marché. Par exemple, lorsque la patiente dont j'ai cité le cas plus haut avait remarqué qu'elle était moins suicidaire quand sa mère et sa fille vivaient près d'elle, je l'avais encouragée à vérifier si en sortant plus souvent avec sa fille elle se sentait moins suicidaire.

D'une façon générale, la recommandation de ne rien changer au comportement s'inscrit dans la suite de la connotation positive qu'on utilise en début de traitement.

#### *Faire autre chose*

L'acheteur est par définition prêt à modifier son comportement. La prescription visera donc ici d'emblée l'apprentissage de nouvelles interactions.

*Tirer profit de la situation ou aider l'entourage*

Cette technique n'est pas à proprement parler enseignée par Steve De Shazer, et son emploi remonte à la nuit des temps.

Elle est utile quand le patient désigné se trouve dans une situation de contrainte. Je l'utilise régulièrement en psychiatrie, lorsque des clients sont amenés à l'urgence par ordonnance de cour et que je tente de leur faire accepter une hospitalisation sans réactiver des craintes ou provoquer de grands éclats. La situation type est celle du psychotique décompensé qui affirme ne pas être malade, alors que son comportement est manifestement dangereux et qu'une hospitalisation est indispensable. Bien entendu, il est possible d'imposer l'hospitalisation sans discuter de son bien-fondé. Le patient sera frustré, il sera souvent inconsciemment rassuré, mais il pourra aussi faire preuve d'une opposition musclée.

Pourquoi, en tant qu'intervenant, se limiter à un rôle d'évaluateur, se mettre tant de poids sur les épaules et ne pas profiter de la situation pour la rendre un peu plus thérapeutique? On peut justement proposer au patient de tirer profit de la situation contraignante dans laquelle il est plongé. Je lui dirai par exemple que, si je le crois malade, il me manque bien des informations. Plutôt que de lui poser des questions pour lesquelles il m'offrira des réponses prévisibles (« Entendez-vous des gens dire du mal de vous? – Non. »), je préfère lui demander ce qui, dans son comportement, inquiète le plus son entourage. Je lui propose ensuite d'accepter une hospitalisation, la plus courte possible, car nous n'avons pour l'instant aucun autre moyen de rassurer ses proches. Enfin, je l'invite à convoquer à l'hôpital les gens concernés par ce problème afin que nous trouvions des solutions qui satisfassent chacun.

Le visiteur, s'il n'est pas encore un client à l'issue de l'entretien, devient au moins un partenaire dans le but de tirer profit de la situation. Ce processus peut conduire à définir d'autres problèmes que ceux qui sont directement liés à la psychose, tels l'isolement social ou les difficultés affectives, lesquels serviront d'ancrage aux soins ultérieurs. Dans certaines circonstances, je renverse la position du patient : je lui offre d'aider l'entourage à être moins craintif ou moins contrôlant en acceptant une hospitalisation.

**Les tâches complexes logiques**

Il y a des tâches dont le contenu est logique pour l'interlocuteur même si ce dernier ne comprend pas toute leur portée. Elles s'inscrivent de façon claire dans la recherche de solutions concrètes.

D'autres tâches cependant ne répondent pas au sens commun. Déroutantes et illogiques, elles correspondent en général aux prescriptions paradoxales.

Je préfère donner des tâches logiques, non pas à cause de leur contenu, mais en raison d'un contexte thérapeutique généralement plus agréable que celui qui me conduit à faire des prescriptions paradoxales. Ces tâches logiques conviennent quand le système thérapeutique est bien rodé et que les participants tracent avec moi la route à suivre, sans bouder sur la banquette arrière.

Les changements de place en séance, l'utilisation de chaises vides, les rituels de deuil ou les repas en famille cités plus haut font partie de ces tâches logiques, bien que leur sens s'opacifie quelque peu lorsqu'elles prennent une valeur symbolique.

Certaines tâches sont très utilisées par les thérapeutes, comme les jeux de rôle, les sculptures ou la réalisation d'un génogramme. En ce qui concerne les jeux de rôle, on peut faire quelques emprunts aux thérapeutes comportementaux et travailler les habiletés de communication. Le plus souvent, toutefois, on mettra en scène les communications aussi bien verbales (« numériques ») que corporelles (« analogiques »). Ce type de techniques est particulièrement efficace quand un patient utilise ses symptômes pour obtenir une place centrale. Un jeu permettant à tous de visualiser l'espace qu'il cherche à occuper s'attaquera ainsi au symptôme de façon provocatrice.

**Les tâches complexes illogiques**

Les tâches paradoxales ont été largement utilisées par Milton Erickson. L'école de Palo Alto a contribué à leur popularité par l'intermédiaire de Jay Haley (1984), qui eut le privilège de le voir travailler. En Europe, les écoles de Milan et de Rome (voir respectivement Selvini Palazzoli *et al.*, 1983 et Andolfi, 1982) se sont en partie fait remarquer par leur approche paradoxale.

Les prescriptions paradoxales sont fondées sur la prescription du symptôme et des règles dysfonctionnelles. Elles brisent les cercles vicieux et favorisent ainsi l'apprentissage de nouvelles interactions.

*Exemple : le cas de la patiente trop fatiguée*

Une patiente dépressive mobilisait l'attention de son mari et de ses enfants par un comportement suicidaire. Elle entrait en cela en compétition avec son mari, régulièrement hospitalisé pour schizophrénie. En entretien, elle se montrait passive, laissant les uns et les autres suspendus à ses nombreux soupirs de découragement. Ses plaintes s'intensifiaient quand on s'éloignait du problème de sa dépression. Mon superviseur d'alors réussit à me pousser vers un jeu de rôles, qu'à l'époque je n'aurais jamais osé proposer seul. Puisque la patiente désignée se plaignait d'être constamment épuisée par la charge familiale, je lui recommandai de se reposer séance tenante, en s'allongeant sur un sofa. Les autres membres de la famille reçurent la consigne de continuer la discussion. Chaque fois que la mère cherchait à quitter sa position, je m'inquiétais de son confort et l'invitais à rester allongée. Alors que nous évoquions à nouveau le suicide, le superviseur me fit remarquer que notre situation rappelait une veillée funéraire. Dès lors, nous décidâmes que la patiente «à demi morte» ne quitterait pas sa position et que chaque membre de la famille jouerait le rôle qu'il tient au moment où l'on découvre qu'elle vient de s'intoxiquer avec des médicaments: « Qui arrive le premier à son chevet? Qui décide d'appeler l'ambulance? Qui prodigue les premiers soins? Est-ce toujours le fils aîné qui dirige l'équipe soignante familiale? »

En deux séances de jeux et de questionnements, le comportement symptomatique a disparu sans qu'à aucun moment je ne formule la moindre hypothèse sur sa fonction ou sur l'organisation familiale. Le processus thérapeutique s'est pratiquement déroulé à mon insu. Il a probablement dénoncé la distribution dysfonctionnelle des rôles, l'alliance illégitime de la mère et du fils aîné, la non-acceptation de la maladie du père ou les règles de pseudo-mutualité. À vrai dire, je n'en sais toujours rien. La thérapie a été efficace sans que nous formulions d'hypothèse précise parce que les tâches proposées ont permis à la famille d'expérimenter de nouvelles interactions et de modifier les règles assurant la régulation du système. En effet, le jeu de rôles ne s'est pas limité à faire

revivre la scène des tentatives de suicide. Nous avons également modifié le scénario et les rôles habituels en demandant à chacun d'imaginer d'autres façons d'interagir afin d'arriver à un meilleur résultat.

Cet exemple constitue une illustration de la prescription du symptôme : on a invité la patiente à occuper, en séance, sa position problématique (allongée sur le sofa). En demandant ensuite à la famille de jouer les scènes de suicide, nous avons prescrit les règles dysfonctionnelles. La suite du jeu n'a par contre rien de paradoxal, dans la mesure où elle a consisté à chercher de nouvelles règles de fonctionnement.

L'effet le plus immédiat des prescriptions paradoxales est de semer la confusion, puisque par définition, elles transmettent des messages à des niveaux logiques différents. En faisant allonger la patiente de l'exemple précédent, nous lui accordons la place centrale qu'elle revendique et en même temps nous l'excluons de la discussion. À un niveau, nous signifions que nous comprenons sa souffrance tandis qu'à un autre niveau, nous tournons sa passivité et son théâtralisme en dérision. La confusion stimule la créativité. Les clients désarçonnés réagissent souvent dans un premier temps par la rébellion pour prouver au thérapeute qu'il a tort ; ils iront souvent à l'encontre de la tâche, modifiant ainsi les interactions habituelles. D'autres suivront à la lettre les recommandations et s'épuiseront vite devant le caractère inapproprié de solutions redondantes. Dans les deux cas, l'abandon momentané des comportements dysfonctionnels ouvre alors la porte au changement.

Les tâches paradoxales sont indiquées lorsqu'on bute contre des systèmes rigides dont les membres s'accrochent à des solutions inefficaces, se livrent à des jeux sans fin ou s'entêtent dans des théories linéaires. Un des bénéfices immédiats de ce type de stratégie est que l'intervenant trouve un remède relativement efficace à ses maux de tête : il ne s'épuise plus à convaincre, prend un peu de recul émotionnel par rapport à la situation et, à la limite, éprouve un certain plaisir à surprendre.

Je passerai ici en revue quelques-unes des prescriptions paradoxales les plus classiques. (Pour plus de détails, voir Haley, 1993, 1984 ; Malarewicz, 1992 ; Watzlawick, 1988 ; Weakland, dans Fisch *et al.*, 1986 ; Andolfi, 1982.)

*Prescription de non-changement*

Ce type de prescription est utile en début et fin de thérapie. Il consiste à recommander de ne rien changer aux relations habituelles (première séance) ou à nier l'amélioration observée par les clients.

*Prescription du symptôme et modification du contexte*

On demande par exemple à un couple de reproduire ses disputes habituelles dans un contexte différent, comme celui d'un lieu ou d'un moment inaccoutumé. Outre l'effet de provocation évoqué plus haut ou encore l'effet de recadrage, ce type d'intervention donne aux clients une occasion d'avoir un contrôle sur leurs symptômes, puisqu'un comportement involontaire se transforme en comportement volontaire. Cette technique était volontiers utilisée par Milton Erickson pour les difficultés sexuelles et toutes les attitudes qui échappent au contrôle de l'individu (symptômes obsessionnels et comportements de dépendance, entre autres).

*Changer les rôles ou les attitudes sans changer les valeurs*

Jay Haley (1993) a recours à ce genre de paradoxe quand apparaissent des problèmes de pouvoir et de contrôle. La situation type est celle de l'adolescent rebelle dont le comportement est entretenu par l'attitude contrôlante ou, à l'inverse, laxiste des parents. Sans contester les valeurs parentales à l'égard de l'éducation, l'auteur prescrit d'abord le symptôme aux parents. Il invite ceux qui sont fermes à continuer leur contrôle et ceux qui sont laxistes à être encore plus tolérants. C'est dans un deuxième temps qu'il prescrira une tâche modifiant le comportement, sous le prétexte fallacieux d'obtenir plus d'informations pour confirmer le diagnostic.

*Faire semblant*

Ici, on prescrit la disparition du symptôme; plus exactement, on demande à certaines personnes clés de faire comme si le problème avait disparu. Le déprimé fera comme s'il était heureux de vivre et le couple comme s'il s'entendait bien.

Pour les couples, les « sorties secrètes » invariablement prescrites par l'école de Milan à ses débuts (Malarewicz, 1992) sont un levier thérapeu-

tique puissant que j'utilise à ma manière. La situation idéale est celle d'enfants perturbés par les conflits répétitifs de leurs parents ou celle de couples dont les conflits sont entretenus par l'intrusion de membres de la famille élargie (le couple ne négociant que par personnes interposées, par exemple). Les conjoints reçoivent alors le conseil de feindre une meilleure entente en sortant comme des amoureux une fois par semaine. Au retour de la sortie, ils ne doivent faire aucune mention des circonstances de celle-ci ou du contenu des discussions. Les enfants et l'entourage impliqués sont en général surpris, sceptiques, puis soulagés. De surcroît, le couple ne subit plus d'interférence dans la résolution des conflits et parfois, si ses bases sont solides, il peut prendre goût à ce nouveau mode relationnel.

Les techniques paradoxales fascinent certains et en choquent d'autres. La fascination est facilitée par l'illusion d'une toute puissance qu'elles font naître en nous, alors qu'elles ne constituent qu'un petit instrument de plus sur notre établi d'artisan-thérapeute. Ceux que ces techniques choquent devraient réaliser que patients, familles et organisations utilisent avec aisance des techniques paradoxales. Ainsi, dans nos institutions, ne sommes-nous pas poussés à faire toujours plus de la même chose, à prescrire plus, protéger plus, contrôler plus et se réunir plus, alors que le discours officiel est celui de l'ouverture, du libre arbitre, du respect et de l'efficacité? Il ne faudrait pas non plus oublier que l'humour, dont personne ne conteste la nécessité, est par essence bâti sur le paradoxe. C'est probablement ce pourquoi les bonnes thérapies sont souvent celles où l'humour a une place.

\* \* \*

La thérapie systémique évolue ainsi en trois temps intriqués: d'abord, celui de l'évaluation; ensuite, celui de l'introduction du doute grâce aux questions et aux recadrages; enfin, celui du changement comportemental par l'assignation de tâches.

Les techniques systémiques classiques sont sophistiquées, mais il ne faudrait pas se laisser impressionner par elles. Certains thérapeutes les appliquent à la lettre, tandis que d'autres s'en inspirent vaguement. D'une façon générale, toute technique devrait être utilisée avec circonspection, car tout le monde s'accorde pour dire que l'efficacité des psychothérapies repose d'abord sur la personnalité des psychothérapeutes.

Dans ce chapitre, j'ai tenté de regrouper les modes d'emploi d'outils classiques que l'on trouve le plus souvent éparpillés dans divers livres et articles. J'ai surtout voulu prouver, par des exemples personnels, que la thérapie procède par essais et erreurs, sans qu'on ait une vision claire des problèmes et des remèdes appropriés. Ainsi, dans les situations évoquées, le changement a été le fruit de la technique, mais aussi de l'intuition, du hasard et de la spontanéité. En s'inspirant de cette optique constructiviste, on peut dire que les histoires de thérapie racontées dans les livres et les réunions sont des «reconstructions». Dans cette dérive à laquelle personne n'échappe, les descriptions cliniques sont parfois des versions enjolivées de la réalité et des rationalisations qui cherchent à donner un sens aux séquences thérapeutiques, vécues sur le moment sans grand recul. Lorsque, au cours d'une séance, on est en mesure de décrire précisément ce que l'on fait et de dire exactement vers où l'on se dirige, c'est que l'on est resté dans la position d'un évaluateur plutôt que de prendre celle d'un observateur participant. C'est probablement avec la participation que commence la thérapie et avec la réflexion qu'elle se termine.

À bien y penser cependant, il faudrait aussi écrire un chapitre contre-systémique dans lequel la technique classique n'aurait pas sa place. En effet, parfois une relation sans artifices, des questions directes et des prescriptions sans détours débloquent des situations figées. Il s'agit alors de moments privilégiés où le parler franc chargé d'émotions authentiques renforce l'alliance thérapeutique et favorise lui aussi le changement.