

Détresses collectives sévères et contexte extensif de confiance

J.M. Lemaire^{1*}, V. Despret²

¹Institut liégeois de thérapie familiale, 26, impasse de l'Ange, 4000 Liège ;
²département de philosophie, université de Liège, Belgique.

Résumé

Dans les situations de détresses collectives et sévères se pose la question d'un travail de santé mentale. Cette question s'est notamment posée en 1993, en ex-Yougoslavie, dans les camps de réfugiés. Nous avons renoncé à entreprendre le dépistage des situations les plus sévères pour travailler par contexte extensif de confiance. Nous avons pratiqué l'identification des ressources relationnelles résiduelles et étayé un programme de formation d'intervenants locaux à la thérapie familiale et aux pratiques de réseaux. L'identification de ressources relationnelles résiduelles demande un regard extensif qui peut en détecter les traces là où on ne les attend peut-être plus. Une focalisation univoque en termes de déficits, de déficiences ou de pathologies nous met au risque, nous comme le collectif auquel nous nous adressons, de transformer une entreprise de dépistage ou de détection en un travail de stigmatisation, un travail qui répète à un autre niveau les traumatismes déjà subis lors de la guerre, la purification ethnique et qui se perpétue dans l'exclusion qui caractérise le statut de réfugié. Les liens interpersonnels significatifs sont les ressources essentielles du processus thérapeutique : ils sont le lieu thérapeutique, ils en constituent non seulement la finalité mais aussi le vecteur le plus important. L'approche contextuelle de Ivan Boszormenyi-Nagy constitue, à cet égard, un modèle d'intervention qui permet à la fois de reconnaître les dommages subis et les ressources résiduelles qui subsistent malgré l'ampleur des destructions et des traumatismes. © 1999 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

traumatismes psychiques / psychothérapie / ex-Yougoslavie

Summary – Collective severe distress and extensive context of trust.

In the situations of collective and severe distress one may raise the issue of mental health work. This question was raised for us in 1993, in the refugee's camp of ex-Yugoslavia. We gave up the idea of undertaking to detect the most severe situations, and chose to build our work on an extensive context of trust. Our practice was to disclose the residual relational resources and to support a training program in family therapy and network practices for local social workers. To disclose the residual relational resources, one needs an extensive screening that enables one to detect the cues of these resources and whether they seem highly unexpected. Seeking only deficiencies or pathologies puts us at the risk of transforming the work of detection into a work of stigmatization, that is, a work that repeats at another level the traumas caused by the war and the ethnic purification. Moreover, we have to be very cautious about these risks, as long as all these traumas are already perpetuated as consequences of the situation of refugees, i.e., a situation of dramatic exclusion. The significant interpersonal links are the essential resources of the therapeutic process: they form the therapeutic site, they not only define its end, but are the most important means to reach that end. The contextual approach of Boszormenyi-Nagy offers, in that respect, a frame that enables us to acknowledge on the one hand the extent of the harms and on the other hand the residual resources that remain despite the dramatic extent of the destruction and traumas. © 1999 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

psychological trauma / psychological therapy / former-Yugoslavia

*Médecin psychiatre, Médecin sans Frontières, Belgique.

UN ÉQUILIBRE FRAGILE ENTRE DESTRUCTIONS ET RESSOURCES

Juillet 1995

Des images d'actualité retransmises de Srebrenica sur une chaîne de télévision française lors des bombardements les plus sévères. Dans les couloirs encombrés d'un hôpital, une fillette blessée aux jambes est couchée sur un brancard. L'infirmière tente de la rassurer : « Les blessures peuvent être soignées, on ne devra pas amputer. » La fillette agitée et anxieuse ne demande rien pour elle, elle ne se plaint pas mais réclame à grands cris que l'on prenne soin de son père. Elle attire l'attention des soignants sur son père et insiste auprès d'eux en leur disant qu'il est atteint d'une maladie rénale chronique et qu'il est privé de soins depuis très longtemps.

Confronté aux détresses qu'entraîne la destruction intentionnelle d'hommes, de femmes et d'enfants par leurs semblables, notre regard peut rester attaché aux traces qu'impose l'impact de la violence : les cavités que laissent les projectiles sur les bâtiments en ruine, les blessures, les mutilations qu'ils provoquent, les manques que laissent les disparus, les dommages que causent les attaques à l'intimité et à la dignité des personnes (tortures, viols). Notre regard peut aussi, même si l'horreur fascine, scruter avec ténacité le vestige des ressources dans ce qui lie les survivants les uns aux autres, dans ce qui persiste du souci des uns pour les autres. Est-il possible d'engager la recherche des ressources sans minimiser dans le même élan la profondeur des souffrances et des détresses ? Est-il possible de soigner les blessures et soulager les douleurs de cette fillette en veillant à ce que le souci qu'elle témoigne à son père ne se perde pas dans la cohue indifférenciée de l'urgence ?

Si la reconnaissance explicite des dommages subis et leur réparation immédiate, quand elle est possible, s'impose dans une entreprise thérapeutique, celle-ci ne s'y limite pas. Quand les destructions atteignent l'intensité et la complexité que nous avons rencontrées chez les réfugiés de l'ex-Yougoslavie, être témoins, témoigner et panser les blessures ne suffit pas. Dans sa conception et sa réalisation, le « projet pilote pour un travail de réseau thérapeutique centré sur les familles » a voulu aller au-delà. Il a été conçu pour chercher avec méthode et ténacité les ressources relationnelles résiduelles auxquelles donner crédit, auxquelles s'allier, pour construire un processus extensif de confiance, activateur des processus réparateurs affaiblis ou anéantis.

MÉTHODES D'INTERVENTION

Entre 1993 et 1996, ce projet pilote a été élaboré et développé dans deux camps ayant accueilli les personnes réfugiées et déplacées, suite à la guerre qui ravageait l'ex-Yougoslavie. Ces collectivités rassemblaient à peu près 1 000 familles. La plupart d'entre elles étaient amputées d'un ou de plusieurs membres, et touchées par les traumatismes les plus sévères. La majorité de nos interventions se sont adressées à des familles présentant des formes de détresse multiples et sévères.

Nous avons défini notre travail en le fondant sur une double obligation, en raison de la singularité et de la gravité de la situation à laquelle nous avons affaire : d'une part, nous nous trouvons dans une situation au sein de laquelle le politique porte une atteinte grave au psychisme et aux liens sociaux. La purification ethnique et la guerre ont porté, intentionnellement, atteinte à ce qui fonde les liens et à ce qui autorise la confiance, confiance en soi et confiance en autrui. D'autre part, nous nous trouvons aussi dans une situation au sein de laquelle la guerre et la purification ethnique n'étaient pas les seuls éléments gravement traumatogènes. Le traumatisme se répète dans la situation singulière de « sans-droits » qu'est la situation des réfugiés. Il s'y répète de multiples manières : rétrécissement de l'espace, brouillage du temps, vécu d'emprisonnement, impossibilité d'anticiper l'avenir, perte de confiance, dégradation progressive. Cette situation a fait peser une exigence très lourde sur la démarche clinique : ne pas nuire, intervenir sans créer une situation d'intrusion, offrir sans déposséder, ne pas répéter, par la simple intervention, les traumatismes déjà subis. Une évaluation du programme fut menée, parallèlement, par le recueil de témoignages des familles et des intervenants du programme. Cette évaluation a pu montrer à quel point la situation de réfugié constitue en elle-même une grave répétition du traumatisme, et la nécessité impérieuse de prendre ce risque en considération [1]. Les risques sont énormes et l'entreprise humanitaire, aussi bien intentionnée soit-elle, n'y échappe pas toujours. L'humanitaire est actuellement construit pour assurer la survie. La structure humanitaire s'est dès lors, et à juste titre, construite pour apporter, dans des délais compatibles avec la survie, l'alimentation, l'aide sanitaire et l'aide médicale urgente dont l'absence entraînerait la mort. Il convient d'identifier le manque et de créer une logistique de suppléance rapide. Il est évident que sans logistique de suppléance opérationnelle aucune étape ultérieure de soins ne pourra se développer faute de bénéficiaires en vie. Il nous semble cependant dangereux de nous limiter à cette suppléance, ou de concevoir les étapes ultérieures dans la même logique. Il est

en effet facile et surtout dangereux de ne pas percevoir le contraste entre : d'une part, identifier, diagnostiquer les manques et y suppléer et, d'autre part, se mettre à la recherche des ressources résiduelles là même où le premier regard est frappé par l'ampleur de la destruction. L'apport massif et nécessaire de « ce qui manque » assure la survie immédiate mais, si l'on y regarde bien, pose de suite la question complexe de la survie à moyen et à long terme, celle de la génération présente mais aussi et surtout celle des générations à venir. Contrairement aux besoins vitaux matériels auxquels le processus de suppléance peut répondre, l'étayage de la survie à moyen et à long terme ne peut être assuré par l'importation massive d'un savoir ou d'une technique.

Dans cette perspective, nous devons être attentifs au fait que toute réponse proposée pouvait en elle-même être susceptible de participer – qu'elle le veuille ou non – à la répétition et à l'amplification du traumatisme, à la perte de la confiance, au déni des ressources encore présentes. Comment trouver un mode de s'adresser à l'autre qui n'amplifie pas encore le sentiment de perte, d'indignité, de honte ? Comment intervenir sans disqualifier ces ressources, sans les compromettre ? En d'autres termes, comment ne pas répéter le traumatisme par le seul fait d'intervenir ? Une telle entreprise passe par la reconnaissance, l'activation et l'amplification des ressources résiduelles. Leur fragilité exige une approche prudente que nous avons pratiquée dans toutes les phases du programme : *l'offre de disponibilité*, essence même de l'entreprise thérapeutique. À quoi devons-nous ou pouvions-nous être disponibles, sur quelles ressources pouvions-nous compter ?

Certaines pistes se dessinaient déjà dès nos premiers contacts avec les familles les plus touchées : nous avons remarqué que les personnes qui s'adressaient à nous le faisaient rarement pour elles-mêmes mais demandaient toujours pour un autre, souvent membre de la famille : des médicaments pour un parent, des livres pour un enfant, un entretien avec une voisine endeuillée par une récente disparition. Ces demandes nous indiquaient la persistance des liens de souci, des liens de préoccupation des uns pour les autres.

En outre, quelque chose nous intriguait dans le thème central de l'époque, tel qu'il était répercuté par les médias : le viol était utilisé comme une arme de guerre. Qu'attaquait-il ? Que détruisait-il plus que les armes classiques ? S'il est un traumatisme à l'individu, et nous ne voulons pas évidemment en minimiser l'importance, il est aussi un traumatisme décisif et incisif aux liens entre les individus, aux liens entre maris et femmes, aux liens entre femmes et enfants, entre femmes et collectivités. Il associe à une destruction personnelle mutilante

mais non mortelle, une destruction des liens interpersonnels. Or, si le traumatisme aux liens est l'arme secrète qui œuvre insidieusement au-delà de l'acte brutal, nous pouvons penser que son auteur nous indique, dans l'horreur, des pistes efficaces et peu visibles que nous, thérapeutes, ne devons pas négliger dans nos entreprises réparatrices. En d'autres termes, si nous considérons que les atteintes directes aux liens culturels, ethniques, nationaux, politiques et familiaux constituent le lieu privilégié de la destruction intentionnelle, nous devons envisager que ce soient très précisément ces liens qui puissent devenir les lieux thérapeutiques. Ces liens doivent d'autant plus définir et constituer l'espace thérapeutique que la situation de réfugié constitue en elle-même un prolongement et une aggravation de la destruction opérée.

Certes, l'atteinte aux liens dessine en clair les lieux de réparation, les lieux d'intervention. Mais il ne s'agit pas simplement de réparer ou de remplacer, d'une manière ou d'une autre, ce qui a été détruit. Les liens constituent un véritable point de bascule : ils ont bien été les cibles de destruction, d'une destruction intentionnelle qui en appelle à la réparation, mais ils ne sont pas seulement la cible de la réparation : ils sont *les lieux thérapeutiques*, ils sont les leviers de la réparation. Ils ne constituent pas seulement ce qu'il s'agit de réparer, ils sont ce par quoi ce qui peut être restauré le sera. Les liens, en d'autres termes, constituent les modes par lesquels cette réparation pourra se produire, se fabriquer, s'actualiser. Ils ne sont pas simplement les fins de l'intervention, ils en sont le vecteur : les liens sont à la fois, et indissociablement, la finalité et le moyen de l'intervention thérapeutique.

Encore faut-il préciser ce en quoi et comment ils sont moyens ou vecteurs, ce qui permet de les constituer en moyens efficaces. Expliquer cela revient en fait à relater ce qui nous a menés à répondre à l'impératif exigeant sur lequel se fonde toute l'intervention : chercher avant tout, au-delà des destructions et des dommages, ce qui a résisté à la destruction et ce qui permettra dès lors de résister à la répétition et au prolongement de ses effets. Cet impératif exigeant se donne en fait comme l'inversion active du risque majeur de l'intervention : occulter les ressources, en se focalisant uniquement sur les pertes multiples et les destructions « réussies », peut mener à prolonger, voire même à amplifier le travail de la guerre, de l'exil et de la purification. Il y a ici un point de bascule qui transforme la volonté de ne pas nuire en entreprise active. La préoccupation éthique, la préoccupation pour ce qui fait lien et ce qui produit ces liens n'est dès lors pas ce nécessaire supplément d'âme de l'intervention, ce passage obligé, elle définit l'acte thérapeutique lui-même.

TRANSFORMATION DES RISQUES EN INVENTION

Les processus de dépistage, par exemple, ne pouvaient que répéter le processus de stigmatisation et d'exclusion. Le processus de « victimisation », quant à lui, opère une atteinte supplémentaire à la dignité et au sentiment d'appartenance à l'humanité. Cette prise en compte du risque a semblé d'autant plus impérative que les liens, le sentiment d'appartenance à une communauté et à l'humanité sont déjà menacés par les processus de désaffiliation induits par la guerre, la purification, l'exil et la perte des droits. L'offre thérapeutique, parallèlement, risquait, quant à elle, d'amplifier le sentiment de perte, dès lors que la définition en termes de manques peut constituer une forme grave de disqualification des ressources résiduelles et les compromettre. L'exigence à laquelle nous avons subordonné notre travail était de continuer à rechercher ces ressources, même là où l'ampleur des destructions ne laisse pas présager de leur présence.

Leur fragilité même exige une approche prudente qui s'est définie dans le programme comme une *offre de disponibilité*. Cette offre de disponibilité nous menait à construire notre intervention sans chercher à identifier brutalement des pathologies, d'une part, et à garder ouverte la question essentielle de l'intervention, d'autre part : comment prendre en considération tous les éléments qui s'associent pour constituer un traumatisme chez les personnes victimes de la violence, de la guerre et de l'exil de manière à ce que cette prise en considération permette de créer un espace thérapeutique ?

Considérer le lien comme l'espace thérapeutique rencontre l'objectif majeur du projet : créer un contexte extensif de confiance. Pratiquement, cet objectif a pu se réaliser grâce à la création de « portes d'entrée » au sein des collectivités. La salle d'attente de la consultation du dispensaire, le jardin d'enfants et le club d'adolescents ont constitué les lieux privilégiés pour créer le contexte extensif de confiance, pour repérer les ressources en termes de liens puisque ces lieux occasionnent le passage de personnes liées entre elles et à la communauté. Au départ de la création du contexte extensif de confiance, contexte par lequel la confiance se gagnera de proche en proche, il s'agit de produire l'occasion pour les intervenants de se montrer – d'être visibles, mais aussi et à la fois prévisibles et disponibles –, sans entamer de démarche de dépistage ou d'identification (ce qui ne pourrait qu'aboutir à la production d'un contexte de méfiance). En rencontrant les personnes dans le cadre des liens les plus significatifs, ceux qui les unissaient à leurs proches, le thérapeute était naturellement conduit à s'intéresser au développement des réactions autoprotectrices et autoréparatrices mutuelles. Ainsi, la salle

d'attente de la consultation médicale apparaît comme le lieu privilégié dans lequel s'articulent à la fois les souffrances (la maladie due à de multiples facteurs, allant des stress subis à la difficulté de trouver des médicaments, ou encore à la seule expression possible de la souffrance) et les ressources mobilisées autour de ces souffrances : la personne malade ne vient jamais seule, elle est accompagnée de personnes significatives, famille voisin ou ami, dont la présence témoigne activement de la qualité résiduelle des liens et exprime le souci. La disponibilité de l'intervenant prend ici la forme de la *compliance* : la notion de compliance est communément utilisée pour désigner une qualité du patient de se plier aux conseils, aux recommandations, aux ordres et aux traitements du médecin. Nous l'employons à propos du professionnel de l'aide et du soin pour qualifier sa capacité de prendre en considération les efforts des gens qui s'adressent à lui pour organiser avec lui son travail. Ceci nous permet de mettre en évidence la disponibilité, voire la détermination des membres de la famille et de ceux qui l'accompagnent à participer au travail thérapeutique. Il s'agit, en d'autres termes, d'une compliance du professionnel à négocier l'organisation de son travail avec toute personne concernée par les conséquences de ses initiatives. En ce sens, les liens peuvent largement déborder le contexte de la famille. Ils peuvent être étendus aux liens qui caractérisent les réseaux d'intervention, et deviennent constitutifs d'une pratique qui inscrit l'intervention dans la sphère publique. La consultation familiale devient une forme d'organisation possible du travail, qui peut s'élargir en une concertation plus vaste réunissant usagers et professionnels en réseaux. Cette situation singulière et les exigences qu'elle nous imposait nous ont menés dès lors à développer une expérience nouvelle, qui ne se limite pas au contexte de l'intervention mais constitue l'essence même de toute notre pratique, l'expérience de constituer chaque lieu de pratique et d'intervention comme un « laboratoire d'éthique communicationnelle appliquée ». Ce laboratoire se définit comme un lieu de travail, non seulement comme un lieu d'échanges et de rencontres entre tous les professionnels de toute discipline émanant des diverses institutions, mais surtout comme un lieu d'élaboration et d'expression des règles déontologiques, travail qui n'est pas seulement le fait des professionnels mais un processus qui unit, dans sa constitution même comme processus dynamique, les usagers et les professionnels de la santé et de l'intervention.

L'intervenant visible et disponible dans cette salle d'attente peut à la fois manifester son propre souci pour la souffrance (et amorcer le contexte extensif de confiance, ou se situer comme l'un des points d'articulation possible), et s'intéresser aux ressources déjà

mobilisées autour d'elle. Il ou elle attend avec les patients et leur famille, se présente, explique qui il (elle) est, et parle avec tous. Dans le jardin d'enfants, comme dans le club d'adolescents, l'intervenant peut parler avec les mères, partager leur souci, écouter les enfants exprimer leur inquiétude quant au chagrin des parents, etc.

Les portes d'entrée furent choisies non seulement en fonction de cette possible articulation « difficultés-ressources » mais aussi en prenant en considération le risque de stigmatisation inhérent à toute forme d'aide qui se proposerait exclusivement aux réfugiés, et qui répèterait de ce fait, et à nouveau les disjonctions réfugiés locaux ; patients-personnes « saines ». Chacun de ces lieux, salle d'attente, jardin d'enfants ou club d'adolescents, ne précise pas à qui il s'adresse spécifiquement excluant du même coup ceux à qui il ne s'adresserait pas. Au contraire, la configuration de l'entreprise thérapeutique se dessine au fur et à mesure de sa destruction. À celle-ci contribue – et la thérapie obéit en cela aux injonctions du corpus théorico-clinique qui anime le programme, la thérapie contextuelle d'Ivan Boszormenyi Nagy – « toute personne, même absente » influencée par la thérapie.

Toute entreprise thérapeutique, dans cette perspective, apparaît comme nécessairement publique, le choix de sa configuration est le résultat de l'engagement de tous. La disponibilité à aider, à se soucier de l'autre peut-être partagée par le plus grand nombre. L'approche contextuelle a installé la dimension de l'éthique relationnelle comme dimension incontournable de toute relation impliquant le fait de donner et de recevoir, le fait de payer de sa personne vis-à-vis d'un autre, le fait de pouvoir compter sur un autre. Elle pose d'emblée la question du souci que les partenaires d'une relation se portent mutuellement et du mérite qu'ils ont gagné de cette relation. En ce sens, elle participe au contexte extensif de confiance, tant par la disponibilité à aider des intervenants que par la reconnaissance de la disponibilité manifestée par chacune des personnes rencontrées. À l'inverse de nombreux dispositifs qui imposent que la personne qui veut être soignée soit elle-même demandeuse, la clinique ainsi redéfinie considère qu'une demande effectuée par un tiers pour une personne en détresse constitue un départ d'intervention ou de thérapie beaucoup plus riche. Elle situe d'emblée le processus dans la configuration dynamique du souci et de l'échange, dans la dynamique de la croissance de la fiabilité des liens entre proches.

EXEMPLE CLINIQUE

Nous étions cinq pour nous rendre dans la famille D. : G. et S. intervenants dans le programme, T. traductrice, P. psychologue belge, collaboratrice au centre de gui-

dance de Flémalle, et moi-même. À la demande de G. et S., nous étions invités, P. et moi, comme consultant d'une intervention en place depuis quelques semaines. La famille D. s'était installée à Mimice, un village au bord de la mer. Seule la route les en séparait. Ils étaient réfugiés de Mostar depuis plus d'un an. Ils nous attendaient tous à l'heure prévue. La mère nous ouvrit la porte, nous invita très cordialement à entrer, à recruter lit, chaises et tabourets pour nous installer dans le peu d'espace dont ils disposaient. J'avais pris place à côté de la grand-mère, P. était proche du grand-père. Le père nous rejoignit un peu plus tard. Les deux enfants du couple participaient à l'entretien. Trois générations étaient présentes : les grands-parents maternels, les parents, et les deux enfants : un garçon, A., âgé de 11 ans et sa sœur D. âgée de sept ans.

G. et S. avaient demandé notre intervention parce que la situation du fils aîné A. les préoccupait. A. se montrait constamment agité, ne pouvait accepter les contraintes du contexte scolaire. Il était dispersé, ne récupérait son attention et sa concentration qu'à l'occasion de parties de football entre copains, qu'il affectionnait particulièrement. Le diagnostic d'enfant hyperkinétique avait été évoqué et peu de chose manquait pour qu'il le contracte effectivement.

Une fois installés, nous nous sommes présentés et avons invité les membres de la famille à faire de même. Les présentations faites, le grand-père nous a proposé un verre de raki (alcool local) en précisant qu'il ne nous accompagnerait pas en raison de son diabète mal équilibré depuis l'exode. J'ai décliné l'offre en précisant que nous accepterions volontiers de goûter leur alcool dès la fin de l'entretien.

Nous avons ouvert cet entretien en demandant, comme de coutume aux parents, ce qui pouvait aider dans la situation telle qu'elle était, quels étaient les domaines où les « choses » pouvaient progresser. La mère s'est adressée à moi en tant que neuropsychiatre, membre d'une organisation non gouvernementale, et m'a demandé si je pouvais trouver des médicaments pour sa propre mère épileptique. La grand-mère était assise à côté de moi, elle m'expliqua les détails de sa maladie, les difficultés pour l'équilibrer et pour trouver les médicaments nécessaires. Nous n'avions pas les remèdes, nous pourrions peut-être aider à les trouver mais ce n'était pas l'objet de notre intervention. Nous avons consacré une partie de l'entretien aux problèmes que posaient les crises d'épilepsie de la grand-mère et d'ailleurs à tous les problèmes de santé que rencontrait chacune des personnes présentes ainsi qu'à la façon de trouver les remèdes utiles. Le grand-père nous a alors expliqué les conséquences de sa propre maladie : sa faiblesse, son impotence. Il était autrefois, disait-il, un homme vigoureux et se sentait maintenant

diminué, fourbu, détruit. De fait, en l'observant plus attentivement, il devait encore mesurer plus de 1 m 85 et le volume de ses épaules, même tombantes, était encore impressionnant. Il associa le résultat du poids de la maladie diabétique et sa situation de réfugié, il se mit à parler des déceptions et des chagrins qu'il endurait. Il était retourné à Mostar et avait revu sa maison. D'origine croate, il habitait, avant la guerre, dans la zone devenue, depuis peu, musulmane. Lors d'un retour occasionnel à Mostar, il avait pu apercevoir, de la rive croate qui lui était accessible, sa maison occupée par des soldats de l'armée musulmane. Les soldats avaient abattu et débité, pour se chauffer, les pruniers qu'il avait plantés. Jamais il ne récupérerait sa maison, disait-il. Il ne pouvait accepter que son petit-fils ne puisse jamais reprendre le patrimoine, le développer, le cultiver de ses bras, de ses épaules. Le grand-père et son petit-fils étaient proches, se parlaient, se promenaient et partageaient, disaient-ils, des moments significatifs. J'avais invité A., le petit-fils, à s'asseoir près de moi, de l'autre côté que sa grand-mère. Plusieurs fois je m'étais adressé au père qui prenait difficilement position. Abattu par l'exil, il se disait peu disponible pour le moment, faisait son possible pour assurer à sa famille le nécessaire et se trouvait rarement à la maison.

Que restait-il comme possibilité de transmission transgénérationnelle des valeurs traditionnelles ? Le décor était éloquent : la mer, la route et les rochers, aucun des adultes n'avait sa place, tous regrettaient la terre et sa culture. Cette famille nous montrait, d'un côté, des adultes vivant regrets et maladie, de l'autre, les enfants n'ayant pour progresser que le sport et l'école, deux domaines peu investis par les adultes. Ceux-ci se plaignaient de l'instabilité et de l'agitation de A., de ses mauvais résultats scolaires, de son goût exclusif pour le football. Ils évoquaient les liens possibles entre son comportement et la maladie épileptique de la grand-mère.

Je me suis demandé si le fardeau n'était pas trop lourd, comme le dit Nagy, pour les épaules de A. Était-il capable de représenter l'avenir de toute une famille dont les adultes avaient perdu tous les repères offerts par une collectivité significative en temps normal et vivaient les attaques individuelles de la maladie ? Le faisait-il dans ses jeux, dans son agitation, A. en était blâmé. Intéressé par ce qu'avaient représenté les épaules du grand-père, je me suis mis à palper celles du petit-fils. Ce faisant, je les interrogeais l'un et l'autre sur la fonction des épaules lorsqu'il n'y a plus de terre à cultiver, plus d'arbres à planter. Comment un jeune garçon pouvait-il montrer à son grand-père et à son père la force de ses épaules ? Était-ce en portant le fardeau de la détresse endurée par sa famille déracinée et blessée ou bien était-ce en recru-

tant sa concentration pour des leçons scolaires arides. Celles-ci l'aideraient-elles à construire un futur qu'il ne pouvait voir qu'abstrait et incertain ? Plus je palpais les épaules du petit-fils, plus celles du grand-père se déployaient. Sa taille se redressait et, proportionnellement, ma collègue semblait plus menue. Le football et l'école devenaient le centre de l'entretien. Comment le grand-père pouvait-il reconnaître les engagements difficiles de son petit-fils, y associer le père et valider ses efforts même si certains d'entre eux prenaient la forme de l'agitation ? Nous avions amorcé une réactivation des ressources transgénérationnelles, mais l'entretien touchait à sa fin. Après avoir restitué la gestion du processus à G. et S., nous avons clôturé la séance en rappelant que nous étions, comme promis, prêts à accepter le verre de raki proposé.

C'est le grand-père qui l'a servi, sans négliger son propre verre, contrairement à ce qu'il avait annoncé. La chaleur de l'alcool nous a aidés à être plus proches et j'ai pris le risque de toucher enfin les épaules effectivement robustes du grand-père. En quittant la maison, nous n'avons pu, ma collègue et moi, refuser la dernière bouteille de raki familial que la mère insistait pour nous offrir. Malgré le caractère ponctuel de notre intervention, nous gardons tous l'impression d'avoir touché le domaine des ressources résiduelles. Celles-ci sont présentes dans les liens transgénérationnels d'une famille en détresse et risquent de s'épuiser lorsque la jeune génération supporte les conséquences des détresses adultes au-delà de ce que lui permettrait sa maturité. Notre objectif était de participer à la reconstruction de l'unité entre les motivations centripètes – l'adaptation vitale de chacun aux injustices subies – et altruistes – les loyautés exprimées dans les énergies valides et immatures – des personnes en relation intime. Jamais le respect d'une distance, d'une neutralité, fut-elle bienveillante, ne nous aurait permis d'approcher de tels objectifs. Accueillis malgré notre démarche intrusive – nous rendre chez « eux », nous introduire dans le processus installé entre « eux » et les intervenants – nous ne pouvions refuser d'accueillir à notre tour l'intrusion de l'ivresse qu'ils nous offraient en retour.

CONCLUSION

Les notions de réciprocité dans le donner et le recevoir, d'intrusion mutuelle, de multilatéralité, donnent peu d'indications quant aux frontières du domaine des interventions thérapeutiques. La construction même d'un contexte extensif de confiance dans une collectivité n'inclut lui non plus aucune limite, même pas celle de cette collectivité même. Une collectivité donnée est immanquablement en relation avec d'autres par les liens qui

unissent les individus à travers leurs frontières (mariages mixtes) et par leur appartenance au genre humain. Une telle absence de limites peut créer de la confusion. Celle-ci est peu compatible avec le fantasme de maîtrise central dans certains modèles d'intervention psychosociale qui considèrent dès lors la confusion comme un dysfonctionnement.

Nous identifions deux tentatives, à notre avis encombrantes dans l'entreprise thérapeutique, pour éviter ce dysfonctionnement et définir l'identité professionnelle : le recours à la causalité d'une part, la création délibérée de conditions exceptionnelles prétendues indispensables pour que la thérapie soit exercée d'autre part, telle la nécessité de la confidentialité. La notion de causalité peut atténuer la confusion, elle rassure. Elle est souvent au centre des pratiques de maîtrise qu'étaye l'illusion selon laquelle, si je connais les causes passées d'un dysfonctionnement présent, en les éradiquant dans le présent, je peux supprimer dans le futur les effets que j'estime nuisibles maintenant. À l'opposé, ouvrir un questionnement à propos des conséquences d'un acte pour la postérité immédiate et celle qui, à long terme, inclut la génération future, crée une dynamique dialectique peu prévisible. Les notions prospectives de responsabilité et d'engagement y sont centrales et repérables, mais n'empêchent pas la dynamique dialectique de rester très aléatoire. Elles n'excluent en aucun cas les conflits d'intérêt ni ne prescrivent de façon univoque la distinction entre « les bons et les mauvais » intérêts. Si nous revenons au cas clinique, les épaules de A. furent un carrefour métaphorique grâce auquel nous avons provoqué l'ouverture d'un questionnement prospectif sur les possibilités d'engagement dans un futur dont la maî-

trise a échappé à ses protagonistes y compris les professionnels interpellés. Par ailleurs, l'entreprise thérapeutique, « être disponible », mieux se montrer disponible, n'inclut pas, au départ, de limites dans la configuration de l'espace thérapeutique. Elle ne précise pas à qui elle s'adresse spécifiquement excluant du même coup ceux à qui elle ne s'adresserait pas. Au contraire, la configuration de l'entreprise thérapeutique se dessine au fur et à mesure de sa construction. À celle-ci contribue « toute personne, même absente » influencée par la thérapie. Toute entreprise thérapeutique nous apparaît comme nécessairement publique, le choix de sa configuration est le résultat de l'engagement de tous. La disponibilité à aider, à se soucier de l'autre peut-être partagée par le plus grand nombre. En ce sens, elle participe au contexte extensif de confiance. La disponibilité à aider redéfinit le professionnel, non dans les termes de la maîtrise, mais dans ceux de la compliance à négocier l'organisation de son travail en fonction des occasions de ressources. Elle s'invente comme une manière de se présenter qui suscite en retour d'autres modes de se présenter pour celui à qui elle s'adresse. Elle définit ce processus sur le mode du risque, de la prise de risque. Surtout, elle définit l'essence de la thérapie dans les termes de l'engagement : s'engager, et se laisser engager dans tout processus susceptible de favoriser la croissance de la fiabilité des liens significatifs et existentiels entre individus.

RÉFÉRENCE

- 1 Chauvenet A, Despret V, Lemaire JM. Clinique de la reconstruction : une expérience avec des réfugiés en ex-Yougoslavie. Paris : L'Harmattan ; 1996.