

# SANTÉ ET CHAMP PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

## Les notions d'« usager », de « patient » et de « client » à l'aune de la « thérapie brève systémique »

Denis Benoit et Dany Gerbinet<sup>1</sup>

Après avoir cherché à cerner les composantes du sens attribué au terme d'« usager » en rapport avec d'autres mots utilisables dans le champ de la santé dite « mentale », la présente contribution envisagera les propriétés de la relation qui s'établit dans le cadre d'une psychothérapie entre un thérapeute et son patient ; propriétés qui font que le vocable « usager » apparaîtra *in fine* adapté, certes très paradoxalement, à la fois lorsqu'il sert dans le cadre d'une approche gestionnaire et managériale du domaine et/ou lorsqu'il concerne précisément ce dernier type de relation. Enfin, en une sorte de cas d'espèce de la problématique considérée, cette contribution se penchera sur la thérapie dite « systémique brève », inaugurée au *Mental Research Institute* (Palo Alto, U.S.A.) et développée aujourd'hui en Europe, notamment à l'Institut Gregory Bateson (Liège, Belgique).

---

1 Denis Benoit est Professeur en sciences de l'information et de la communication à l'Université Montpellier III, Responsable de l'équipe « LERASS-CERIC » / Montpellier III - Responsable du Master II Recherche « Pragmatique de la communication et innovation(s) »

Dany Gerbinet est psychothérapeute, Formateur/Superviseur – Centre Gregory Bateson (I.G.B.) – Liège (représentant officiel pour l'Europe francophone du Mental Research Institute (M.R.I.) - Palo Alto, USA)

Actuel incontournable des discours contemporains relatifs au domaine de la « santé », le terme d'« usager » n'en reste pas moins manifestement équivoque : à qui (et/ou à quoi) ce vocable réfère-t-il *concrètement* ? Autrement dit, et en bref – sachant que « si [hors 'l'expérience'] on s'attache aux [seuls] mots [...] le langage nous piège toujours [...] on arrive à des contresens [et] il faut toujours se demander 'qu'est-ce que ça veut dire ?' », (selon Roustang et Boussard, 2001) –, que doit-on *surtout* reconnaître en l'usager : une personne, un sujet, un acteur, un citoyen, un patient, un client, un consommateur, etc. ? Et plus particulièrement dans le domaine dit de la « santé mentale » et de la psychothérapie, puisque c'est bien ce champ spécifique qui nous intéressera ici – pour un essai synthétique de détermination et de délimitation, voir notamment Champion, 2009 –, quelle est (ou pourrait-être) la conséquence pratique du choix porté sur l'un ou l'autre de ces derniers vocables, sinon pour (éventuellement) s'y substituer, pour préciser la définition du mot en question ... à supposer, bien entendu, qu'une telle sélection (ou alternative) possède bien un ou des effets tangibles, quels qu'ils puissent être<sup>1</sup> ? En fait, concernant ce sens du terme usager et les

---

1 Toutefois, sur ce plan, un certain nombre de travaux effectués notamment dans le champ de la psychologie et des sciences de l'information et de la communication (S.I.C.) donnent à penser que ces effets et conséquences sont indubitablement existants : considérer et désigner celui ou celle que l'on a en face de soi de telle ou telle manière – en l'occurrence, par exemple, comme « usager », « client », « patient »... –, ne saurait sans doute jamais être neutre, et même toujours entraîner des effets qu'on pourrait dire « autoréalisateurs » – pour faire ici implicitement (et laconiquement) référence, à la fois : aux pouvoirs « créateurs » du langage, (*confer* les énoncés dits « performatifs » du philosophe John Austin, 1970) ; à la notion de « proférence » formulée par l'hypnothérapeute Thierry Melchior (1998 : 67, 261-262, 307) pour lequel « toute nomination, toute description est, dans une certaine mesure, autoréalisante : elle contribue à faire exister comme réalité ce qu'elle désigne, pour le locuteur et ses interlocuteurs. Elle ne se contente donc pas de référer à ce qu'elle désigne, elle le profère » ; ainsi qu'à la fameuse « prophétie autoréalisatrice » (bien mise en évidence par les célèbres expériences de Robert Rosenthal relatives à l'effet dit « Pygmalion », voir Benoit, 2007). Et ceci sans doute particulièrement dans un cadre psychothérapeutique, dans lequel le langage utilisé possède (probablement) un impact démultiplié en raison de l'objet essentiellement « relationnel » (*confer*, le concept même de « relation », *in* Watzlawick, Helmick Beavin, Jackson, 1972) de la rencontre : bien que des médicaments (sous la forme physique de molécules actives) puissent évidemment être largement utilisés, ce sont souvent les seuls mots échangés, la seule rencontre, l'interaction, *de facto* de nature intensément « symbolique » dans ce contexte donc très singulier, qui possèdent (ou non) un effet « curatif » ; voir *infra*.

conséquences qu'induit son utilisation en matière de « santé mentale » et de psychothérapie notre hypothèse est la suivante : si dans le cadre d'une approche gestionnaire et managériale – l'usager est celui qui utilise, ou est susceptible d'utiliser, les services de santé, publics ou privés, et constitue donc l'un des éléments d'un « système de santé », sous-système du système économique général –, ce mot peut sans nul doute convenir, il reste *encore* tout à fait pertinent lorsqu'il est appliqué à d'autres catégories d'approche ; et notamment celle qui envisage l'espace et le temps de la relation qui unit les acteurs de ce que l'on appelle communément une « psychothérapie », (voir Barras, Fussinger, 2009).

Après avoir donc cherché à cerner, dans une première partie, les composantes du sens attribué à ce terme en rapport avec d'autres mots utilisables et disponibles dans le champ concerné, il conviendra de préciser les propriétés de la relation qui s'établit dans le cadre d'une psychothérapie entre le thérapeute et son patient qui font que le vocable nous apparaît (très paradoxalement, nous en convenons) également adéquat concernant ladite relation. Enfin, dans une seconde partie, en une sorte de cas d'espèce de la problématique envisagée, nous considérerons l'originalité de la thérapie dite « systémique brève » que l'un des co-auteurs de cette contribution, en tant que formateur, superviseur et praticien, est amené à enseigner et à mettre en œuvre au quotidien.

### **L'« usager » des psychothérapies : un « client », un « consommateur » *forcément* « compétent » et « responsable »**

Selon l'anthropologue Dan Sperber (2002), et contrairement à l'opinion la plus commune, un énoncé linguistique ne constitue pas tant un « encodage » du « sens voulu » par un locuteur, un « encodage de sa pensée », qu'un « indice complexe » de ce sens voulu. Dans une telle optique, le terme d'usager peut donc être interprété et connoté de façon évidemment très différente selon les multiples composantes du contexte de son emploi.

Relativement au domaine de la psychothérapie (envisagé d'une façon aussi étendue que possible) nous avons globalement répertorié deux acceptions différentes de ce vocable : l'une, plutôt réductrice sinon dévalorisante en rapport avec l'idée de consommation passive, mécanique et obtuse ; et l'autre plutôt améliorative en rapport avec l'idée d'utilisation informée, d'utilisateur, d'acteur autonome, compétent et responsable.

Ainsi, lorsque le philosophe Bernard-Henry Levy (2004), par exemple, cherche à défendre la psychanalyse, qu'il considère (parmi d'autres) comme fortement menacée par l'amendement au code de la santé publique datant de 2003 (dit « Accoyer ») – qui définit les conditions d'exercice de la profession de psychothérapeute et porte, plus généralement, sur l'activité des psychiatres, psychanalystes et psychologues –, il affirme :

les analysants ne sont pas des usagers. On nous parle à longueur de colonnes, depuis des mois, de patients '*usagers*' de la psychanalyse. Or les patients, en l'espèce, sont des '*analysants*'. Ce ne sont pas des consommateurs de médicaments, ils ne reçoivent pas des soins, ils parlent. Ils sont au cœur d'une pratique inédite qui semble probablement bizarre à messieurs Accoyer et consorts et qui consiste en un échange de paroles, en une cure par la parole. [...] [Autrement dit] un échange, un partage, un chiasme, absolument inédits dans l'histoire, non seulement du mal-vivre ou du malaise, mais de la pensée occidentale. Cela nous met à des années-lumière de l'idée, prônée par les '*évaluateurs*', selon laquelle les interlocuteurs des psys seraient des '*usagers*'.

De même, selon l'ethnopsychiatre Tobie Nathan, dans sa contribution au colloque « *La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers* » (2006) :

[...] le mot '*usager*' [change] la position de chacun des personnages de la dramaturgie. Il contraint le thérapeute à se percevoir prestataire de services, le patient à se penser consommateur et le corps social à repérer les groupes d'intérêt qui se constituent toujours autour de la distribution des services.

Toutefois, plus avant dans la même contribution, ce même Tobie Nathan indique que :

Quand [...] des gens se regroupent autour d'une question et qu'elle devient politique, comme [...] [l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques] apostrophant les députés, questionnant les laboratoires pharmaceutiques [...] ils parlent en tant que groupe social concerné par des êtres singuliers. Ce n'est qu'alors que l'on voit apparaître les '*usagers*'.

« Groupe social » qui, de fait, au moins selon le professeur Mikkel Borch-Jacobsen (2006), a aujourd'hui :

conquis le droit à la parole et au savoir [...] le regroupement des patients en collectifs a été pour eux une source d'*empowerment* : elle leur a donné le pouvoir d'agir par eux-mêmes sur leur propre condition, là où ils étaient auparavant impuissants et dépendants d'experts et de bureaucrates qui 'savaient mieux' [...] cet *empowerment* des malades s'inscrit dans la revendication d'autonomie et de responsabilité individuelle qui caractérise nos sociétés libérales avancées. Même la maladie et la façon de l'affronter sont maintenant une affaire de choix responsable, de gestion de soi et de calcul des risques en vue d'une optimisation des résultats. De bénéficiaire de soins, le malade devient un *usager* de thérapie, un consommateur éclairé.

Sur de tels fondements définitoires (de fait, relativement antinomiques), et quelque soit d'ailleurs l'univers de référence pris en compte (en l'occurrence, gestionnaire ou relationnel), nous pensons pouvoir considérer comme poreuse sinon fallacieuse la stricte dichotomie « usager-consommateur passif » (de médicaments, de thérapies) *versus* « usager-sujet-acteur » (informé et autonome). En bref, selon nous, l'usager peut indéniablement être *à la fois* consommateur (autrement dit « client », au sens le plus trivial du terme, d'un système de santé, quel qu'il soit) et responsable (autrement dit « sujet » et « acteur » de son propre « bien-être »<sup>1</sup>). Et, au moins dans le champ singulier de la psychothérapie, il nous apparaît même *nécessaire* que celui-ci réunisse ces deux qualités qui, du reste, finissent elles-mêmes par s'y combiner sinon s'y fusionner et se confondre.

En effet l'on sait que, parmi de nombreuses critiques d'ordre varié et relativement à des enjeux très divers dont celui, capital, de savoir « qui peut légitimement exercer la psychothérapie », en bref, du statut du psychothérapeute<sup>2</sup>, les contempteurs de l'amendement Accoyer – et de ses divers développements dans le cadre des lois d'août 2004 et de juin 2009, (voir Godet, 2009) – jugent d'une façon extrêmement négative le fait que celui-ci, outre ce qui a pu être désigné comme une

---

1 Pour faire ici référence au préambule de 1946 à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.).

2 Voir notamment : Ralite, Sueur, 2008 ; Castel, 2004 ; Ginger, Marc, Tarpinian, 2009 ; Champion, 2009.

« médecine mentale objectiviste » et/ou une « médicalisation forcée de la pratique psychothérapeutique<sup>1</sup> », introduise « une ligne et une doctrine officielles pour tout ce qui relève de la connaissance et de l’enseignement des ‘processus psychiques’ », (*cf.* la pétition baptisée « Non à des théories du psychisme dictées par l’Etat ! »). A savoir, une sorte d’« épistémologie officielle qui découpe la connaissance du psychisme en [...] ‘*courants théoriques*’ », et qui assurerait à terme « à grand renfort de protocoles formatés [...] le triomphe du comportementalisme et des thérapies cognitivo-comportementales » ; c’est-à-dire, selon certains, de modèles précisément calculés « pour répondre aux critères psychométriques qui satisfont aux impératifs de gestion de la santé », particulièrement en permettant une évaluation mieux calibrée des effets thérapeutiques<sup>2</sup>.

Nonobstant, il semble bien que peu d’auteurs discutent véritablement la légitimité de la question (cruciale) posée aujourd’hui à travers cet amendement et ses évolutions successives, qui est celle du statut des psychothérapeutes et de la nécessité de distinguer les usurpateurs des authentiques praticiens. En effet, dans un « marché en pleine explosion » (Sinelnikoff, 2009), environ 8 % de la population adulte française suivent ou ont suivi une psychothérapie, aujourd’hui entreprise « dans plus de 90 % des cas [...] à l’initiative [de l’usager lui-même] en dehors du cadre hospitalier », (Ginger, Marc, Tarpinian, 2009). De plus, environ « 40% [de ces usagers] ignore[nt] la méthode qui leur a été appliquée – quand ils n’appellent pas psychothérapie les 15 minutes bimensuelles chez le médecin qui renouvelle leur ordonnance de psychotropes », (Castel, 2004), la confusion entre psychothérapeute, psychiatre, psychologue ou psychanalyste étant courante. Dès lors, il importe évidemment, autant que faire se peut et selon des modalités cohérentes – qui, en fonction de l’extrême complexité du champ,

---

1 Pratique qui aujourd’hui, il convient de le noter, va du « ‘travail sur soi’ utilitaire (à la limite de la simple prise de conscience dans la recherche de performances au travail, dans le couple) à la gestion de malaises infra-cliniques que les clients ne tiennent pas à médicaliser [...] aux états « névrotiques » [...] ou bien alors aux symptômes pris un à un comme cibles, sans exploration personnelle fouillée (objets privilégiés des thérapies cognitivo-comportementales », (selon Castel : *ibid.*) ; à ce jour, on ne dénombre pas moins de 400 formes de psychothérapie.

2 *Cf.*, le fameux rapport de l’INSERM (« *Psychothérapie, trois approches évaluées* », 2004) – très largement critiqué en son temps –, selon lequel la thérapie comportementale et cognitive remporte haut la main la palme de l’efficacité thérapeutique...

restent encore sans aucun doute à dégager... –, de protéger ces usagers « psychologiquement vulnérables », (Ginger, Marc, Tarpinian, 2009) ; en bref, de fournir aux « usagers-consommateurs » de thérapies un cadre efficient qui, ici comme dans d'autres domaines, puisse leur permettre de s'informer et d'agir au mieux ; autrement dit, qui en lieu et place de (contribuer à) les déresponsabiliser sinon les « infantiliser », leur donne les moyens de « [se poser] en interlocuteurs à part entière des médecins, de l'industrie pharmaceutique et des politiques », d'« [obtenir] la transparence de la part des professionnels et des autorités » et de « comparer les résultats pour pouvoir décider librement et en toute connaissance de cause », (Borch-Jacobsen, 2006)<sup>1</sup>.

L'usager des psychothérapies doit-il être *in fine* un « consommateur-patient protégé / sujet-acteur responsable » ? Nous pensons qu'aujourd'hui *il ne peut pas ne pas cumuler ces qualités (a priori* possiblement antinomiques) dans la mesure où, faisceau d'arguments selon nous décisif (dans ce champ, très particulier, des psychothérapies et plus largement de la santé mentale) :

- une « réappropriation » personnelle et dynamique (suppléant à une attitude inerte ou passive) de sa propre maladie – au moins est-ce là une hypothèse très largement émise et partagée – apparaît thérapeutique *en soi* : selon Borch-Jacobsen (2006), « prendre une part active à son propre traitement en en discutant avec d'autres permet de mieux affronter la maladie. Le groupe, autrement dit, est thérapeutique » ;
- s'il faut évidemment tout mettre en œuvre pour que le « consommateur » puisse sélectionner un processus thérapeutique ou un autre d'une façon aussi informée que possible (approches

---

1 Et les usagers en ont manifestement bien besoin : Borch-Jacobsen (2006) évoque à ce sujet « ce que les anglo-saxons appellent le *disease mongering*, c'est-à-dire, littéralement, la vente ou promotion de maladies [...] [soit] le marketing de nouvelles maladies par divers groupes d'intérêts médicaux et pharmaceutiques désireux de créer une niche commerciale pour l'un de leurs produits [...] *disease mongering* [qui] [...] n'est pas propre à l'industrie pharmaceutique, car il est tout aussi présent – et ce depuis bien plus longtemps – dans le champ 'psy' ». Cet auteur précise toutefois que les associations d'usagers peuvent « collaborer activement » au phénomène dans la mesure où elles y ont intérêt : « dans un monde 'psy' [...] [les usagers] s'organisent en collectifs autour de ces 'formes de vie', de ces manières d'être ensemble » que sont les maladies, et militent « pour la reconnaissance de syndromes lancés sur le marché par tel ou tel lobby thérapeutique », c'est-à-dire pour « qu'on prenne au sérieux leur maladie et que les tiers payants prennent en charge les frais souvent élevés de traitement »...

- psychanalytiques, cognitivo-comportementales, humanistes, systémiques...), il doit aussi venir à la connaissance de ce dernier qu'un nombre considérable de méta-analyses réalisées ces trois dernières décennies concluent (pour une large part) à l'équivalence en matière de résultat de ces différentes approches, et ce « pour un grand nombre de problèmes », (voir Lecomte, 2009) ; et que, dès lors, c'est bien le choix autonome et responsable de l'usager sur la personne d'un psychothérapeute – la détermination en fonction de critères purement théoriques ou techniques restant manifestement insatisfaisante – qui est crucial : toujours selon Lecomte (2009), « la variabilité des résultats obtenus avec les patients est en effet davantage – près de neuf fois supérieure – liée à la variabilité entre les psychothérapeutes qu'aux approches et techniques déployées » ;
- un certain nombre d'études récentes tendent à valider le fait que, par-delà les théories mises en avant par les divers praticiens, « ce qui compte vraiment c'est la qualité et la conviction du thérapeute [...], la guérison reposant *in fine* sur des mécanismes de suggestion », écrivent Aulas & Lemoine (2009) ; « suggestion » qui a sans doute beaucoup à voir avec certains éléments de type « communicationnel » (verbaux comme non-verbaux), renvoyant plus ou moins directement à la notion d'« hypnose » et/ou au fameux « effet placebo » (Lemoine, 1996) ; un psychiatre tel que Dominique Megglé (2002 : 167-169) considérant du reste que la communication est (ou doit constituer) « l'outil essentiel du thérapeute » : selon lui, « l'évaluation d'efficacité des psychothérapies montrent que seulement 15% du succès des soins est lié à une technique spécifique à chaque école », les facteurs non spécifiques pesant « pour 85% dans le résultat » ;
  - enfin, selon le philosophe et psychothérapeute François Roustang (2006 : 58-59) : « dans un nombre de cas non négligeables, l'absence de thérapie [...] [donne] d'aussi bons résultats que les thérapies elles-mêmes » ; et c'est la réalité et l'effectivité de l'« aspiration au changement » que possède (ou non) le patient qui constitue un facteur crucial : si cette dernière est absente, « aucune modification n'est possible » ; le thérapeute devant *in fine* être vu comme « un notaire qui enregistrerait un contrat déjà signé et déjà en vigueur, et qui aurait seulement à y apposer son sceau ».

Autrement dit, l'usager des psychothérapies est bien « patient » – étymologiquement, celui qui souffre et celui qui, d'une façon figurée, est en position d'attente soumise d'un traitement curatif, à venir « d'en haut » –, mais doit aussi être « client » actif – celui qui, en demande, agrée à l'offre et en acquitte nécessairement le prix... – du changement, du thérapeute et peut-être de la méthode utilisée : il ne peut se contenter d'être une sorte de passager, plutôt amorphe (ou velléitaire), utilisant un « véhicule du changement 'thérapeutique' » à la manière dont, justement, un « usager » de la SNCF emprunte un simple train qui, de toutes les façons, se rend bien au lieu préalablement visé et fixé par le chef de ligne...

Le terme « client » utilisé par la « thérapie brève » ne s'adapterait-il parfaitement à cet « usager » singulier : *à la fois* quasi obligatoirement simple consommateur d'un produit « déjà là » (mis en avant et en œuvre par un certain « système de santé »), *et* sujet sinon à proprement parler responsable de ce produit (et de ce système), « acteur », « co-créateur » (cf. *supra*, la note 1) de sa valeur effective, de son efficacité ?

### « Usager », « patient », « client » selon la « thérapie brève »

« La thérapie brève, ce n'est ni de la thérapie, ni bref ». C'est ainsi qu'Irène Bouaziz<sup>1</sup>, ancienne directrice des formations de l'I.G.B.<sup>2</sup>, avait coutume de présenter le modèle « dit de Palo Alto ». Certes, il est connu que nous goûtons les paradoxes, mais comment faut-il comprendre cette déclaration provocatrice ? Comme l'expression d'une volonté de se démarquer d'entrée de jeu des thérapies plus traditionnelles, qui font référence à la notion de santé mentale et à son corollaire : la maladie mentale, ou plus largement, la pathologie individuelle. De ce point de vue, la thérapie brève porte effectivement bien mal son nom, puisque le terme « thérapie » renvoie directement à la notion de soins, donc de santé mentale. Au reste, lorsque les formateurs de l'I.G.B. présentent le modèle, ils le définissent comme un « méta-modèle de résolution de problèmes ».

---

1 Psychiatre, fondatrice de l'Ecole du Paradoxe : voir le lien <http://www.ecoleduparadoxe.com/>.

2 L'I.G.B. (Belgique) est le représentant officiel du M.R.I. de Palo Alto (U.S.A.) pour l'Europe francophone. Sa finalité est de promouvoir la pensée de l'anthropologue Gregory Bateson et l'approche « thérapie brève », modèle dit « de Palo Alto » : voir le lien <http://www.igb-mri.com/html/pages/presentation.shtml>.

Bien entendu, poser que la thérapie brève est une méthode de résolution de problèmes invite à préciser le sens particulier que l'école de Palo Alto attribue à cette notion de « problème ».

Pour le saisir, il nous faut nous tourner vers les fondements de l'approche, lesquels remontent à la cybernétique.

## De la cybernétique à la thérapie brève

On sait que l'anthropologue Gregory Bateson participa à l'avènement de cette science, qu'il considérera, au terme de sa carrière, comme un des événements majeurs du XX<sup>ème</sup> siècle.

Aussi déconcertant que cela puisse paraître, Bateson prendra l'exemple du chauffage central, considéré comme un système homéostatique autorégulé, pour en présenter les principaux concepts, (Bateson & Bateson, 1989 : 59-69) ; et, plus intéressant pour notre propos, leurs possibles applications aux sciences sociales. Nous reprendrons cet exemple pour approcher la notion de « problème » au sens de l'école de Palo Alto.

On le sait, un chauffage central est constitué de divers éléments : une chaudière, une entrée d'énergie, des radiateurs, et d'autres éléments, dont l'un, particulièrement intéressant, est le thermostat. Il nous faut aussi inclure dans ce système un ...usager. Celui-ci définit une norme de température, par exemple 20°. Une fois calibré de la sorte, le système va s'autoréguler pour maintenir cette température constante. La température définie est en réalité une moyenne : dans les faits, la chaleur de la pièce sera tantôt légèrement inférieure, tantôt légèrement supérieure à la norme. Ces variations s'effectuent dans certaines limites, qui constituent le seuil de tolérance ou la souplesse adaptative du système (par exemple, la température oscillera constamment entre 18° et 22°).

Ainsi, va se mettre en place un processus que nous pouvons décomposer comme suit :

- premier temps : existence d'un *écart par rapport à une norme* (la température est inférieure ou supérieure à la température définie par l'utilisateur).
- deuxième temps : *détection de cet écart*. Il faut que cet écart soit « perçu », donc que le système soit informé des effets de son propre « comportement » sur un environnement donné (dans l'exemple, c'est le thermomètre, relié au thermostat, qui, jouant en quelque sorte le rôle d'un organe sensoriel, permet cette ouverture sur un certain type d'information présent dans

l'environnement – ici, la température de la pièce). On peut donc constater dès ce stade qu'un concept central de la cybernétique est le concept de *feed back* (ce retour d'information).

- troisième temps : *régulation*. Le système va s'opposer à cette tendance au déséquilibre, et neutraliser l'écart (obéissant aux informations injonctives du thermostat, la chaudière va recommencer à chauffer l'eau si la température est trop basse, ou se couper dans le cas contraire). On qualifiera ce processus de neutralisation de l'écart de *feed back* négatif, parce que ce type de *feed back* s'oppose à la tendance au déséquilibre du système.

A propos de ces ajustements permanents, de ces changements au service du maintien de l'équilibre global du système, c'est-à-dire de son homéostasie, Bateson parlera de changement par rétroaction, ou plus simplement, de changement « de niveau I ».

Mais les cybernéticiens identifieront un deuxième type de *feed back*, le *feed back* positif, qui, lui, amplifie la tendance au changement. Ce processus peut donc mettre le système en péril, en le poussant dans les limites de ses capacités adaptatives. Dès lors, cette tendance entropique peut soit amener à la destruction du système, soit permettre un rééquilibrage de celui-ci. Ce rééquilibrage ne pourra se réaliser que par une modification du réglage du système dans son ensemble (dans le cas du chauffage central, on règle le thermostat sur une température différente). Ce changement est donc d'un niveau supérieur aux régulations précédentes. Bateson parlera à son propos de changement par calibrage ou « de niveau II » : ce qui change ici, c'est la norme elle-même.

La thérapie brève de Palo Alto repose entièrement sur ces quelques concepts simples. Pour elle, un problème n'est rien d'autre qu'un écart par rapport à une norme, entretenu par une régulation inadéquate. Bien évidemment, s'il existe d'innombrables types de normes (ou variables adaptatives), celles qui intéressent les thérapeutes sont les normes personnelles. Chaque individu possède ses propres normes, par exemple en matière des comportements attendus d'une compagne ou d'un compagnon, ses propres conceptions de l'éducation des enfants, etc... Une personne aura un problème personnel si elle n'arrive plus à réguler de manière à maintenir ses normes personnelles dans les limites de leur seuil de tolérance. Tous les problèmes psychologiques peuvent être appréhendés de la sorte : une régulation inappropriée de notre rapport à la nourriture peut engendrer des troubles alimentaires

(boulimie, anorexie...), une émotion comme la peur peut être amplifiée jusqu'à se transformer en attaques de panique, etc...

Pour l'école de Palo Alto, la genèse d'un problème psychologique répond aux trois temps du processus décrit ci-dessus :

- existence d'un écart par rapport à une (ou plusieurs) norme(s) ; par exemple, un adolescent commence à sécher les cours, à se lever à midi, à consommer du cannabis, etc...
- détection de l'écart : la mère de l'ado s'aperçoit de la situation... Par rapport à ses normes personnelles, l'ado reste dans les limites de son seuil de tolérance. Il n'en va pas de même de la maman. Celle-ci, en s'apercevant de la situation, s'inquiète. Cette inquiétude, d'un point de vue cybernétique, peut être lue comme la *détection d'un écart significatif* par rapport à ses propres normes (« il n'est pas normal que mon fils se livre à de tels comportements »). Une lecture « thérapie brève » de cette situation nous mène à la considérer comme « cliente », et le fils comme « patient désigné ».
- régulation : la maman va tenter de mettre un terme aux comportements « déviants » du fils.

Ici, le système « mère / enfant » (bien entendu couplé à des systèmes plus larges) se trouve poussé hors de ses capacités adaptatives, et les tentatives de solution de la maman, loin de permettre un retour à l'équilibre, empêchent en fait une évolution nécessaire. Elles constituent autant de changements de niveau I, alors qu'un recalibrage de la relation s'impose. L'objectif du thérapeute sera de l'amener à renoncer à ses tentatives de solution inadéquates, et de favoriser, à travers un changement de niveau II, la nécessaire émergence d'une nouvelle norme relationnelle qui soit satisfaisante pour les deux parties.

Ainsi, très paradoxalement, les prémisses épistémologiques de la thérapie brève ne relèvent nullement du champ de la « santé mentale » : le modèle ne se fonde pas sur une théorie préalable de l'homme ou du psychisme (cependant, *in fine*, une telle théorie en émerge : voir Wittezaele, 2003), mais sur une science des processus de changements.

### **Vous dites « client » ou « patient » ?**

Cette question a maintes fois été posée à l'un des co-auteurs de cet article par les étudiants de l'I.G.B., déroutés par la désinvolture avec laquelle les thérapeutes formateurs de l'Institut font usage de ces termes.

Elle paraît d'autant plus légitime qu'elle révèle une forme d'ambiguïté, voire de confusion sémantique dont nous n'avons jamais pu nous débarrasser. Car force est de constater que les chercheurs qui ont formalisé ce modèle ont fait le choix de sacrifier une terminologie rigoureuse à un pragmatisme revendiqué. On ne trouve chez eux aucune velléité de définir la normalité psychologique. Ils se revendiquent au contraire d'une approche non-normative et non-pathologisante des problèmes humains. Le thérapeute « bref » ne soigne pas de maladie, il ne guérit personne, et l'on peut même aller jusqu'à dire qu'il ne change personne. Il fournit une aide à la résolution de problèmes psychologiques, il permet aux personnes (« clients », « patients », « usagers »..) de changer leur mode de régulation par rapport à un environnement donné (entendu au sens large), bref, il permet à ses « patients » (?) de changer leur relation au monde.

Il était donc logique que la thérapie brève tente de prendre quelques distances par rapport au discours en vigueur dans le champ de la santé mentale. Malheureusement, si les chercheurs de l'école de Palo Alto font preuve d'une rigueur scientifique sans faille lorsqu'ils exposent leur cadre conceptuel, ils se révèlent, en termes de « marketing », de piètres communicateurs.

Ainsi, lorsqu'en 1959 le psychiatre Don Jackson, suite au succès retentissant de l'article « Vers une théorie de la schizophrénie » (1956) – dans lequel Bateson et lui-même, en collaboration avec John Weakland et Jay Halley, présentent le concept de « double contrainte » – crée un centre de recherche, il le nomme : *Mental Research Institute*. On ne peut que s'étonner de la présence du terme « *mental* » dans l'intitulé d'un centre de recherche qui a précisément comme finalité de sortir des explications « mentalistes » et de proposer une approche interactionnelle des problèmes humains. Mais nous ne pourrions nous attarder ici aux raisons de ce choix (qui semblent, au moins partiellement, destinées à faciliter la subsidiation de l'Institut<sup>1</sup>), pas plus qu'à celles qui poussèrent Richard Fisch, John Weakland et Paul Watzlawick à baptiser leur modèle « thérapie brève ». Et nous nous limiterons à tenter une recherche succincte, d'ordre sémantique, portant sur l'usage fait par les membres de l'école de Palo Alto des termes de « patient » et de « client ».

---

1 Il semble qu'il faille y voir des raisons d'ordre « financier », voir Wittezaele, Garcia, 1992 : 159.

Ainsi, dans *Tactiques du changement* (Fisch, Weakland, Segal, 1986 : 10-11), les auteurs précisent d'emblée :

la technique ici décrite s'appuie sur une conception des problèmes humains qui rompt avec les modèles traditionnels : notre modèle [...] est essentiellement non pathologique. [...] Nous nous sommes efforcés d'avoir un style clair, et cela de plusieurs façons. On trouvera dans ce travail un minimum de jargon technique psychiatrique ou psychologique, celui-ci étant en grande partie étranger à notre schéma conceptuel. [...] Nous employons donc aussi bien les termes de 'client' ou de 'plaignant' que de patient, et si, par habitude, nous écrivons le 'thérapeute' nous aurions aussi bien pu dire le 'conseiller'.

Une note du traducteur précise en outre :

Les auteurs emploient trois termes distincts : *client*, *patient*, *complaignant*. Les distinctions faites plus loin nous ont contraints d'user également en français de trois mots différents : *client*, *patient* et *plaignant*.

De quelles distinctions s'agit-il ? Plus loin, en effet (Fisch, Weakland, Segal, 1986 : 128), les auteurs précisent :

Bien que les termes de 'client' et de 'patient', dans l'usage que nous en avons fait, soient interchangeable du point de vue du thérapeute, il est nécessaire de les distinguer dans ce contexte précis [celui de la thérapie]. Un 'client', au sens où nous employons ce mot ici, est un individu qui demande activement de l'aide au thérapeute ; c'est un plaignant [*sic* !]. Le terme de 'patient' fait, lui, référence à l'individu que le plaignant définit comme une personne déviante ou perturbée, et qui peut donc être aussi bien lui-même qu'un autre. Quelqu'un peut donc se définir lui-même comme un client quand bien même il vient se plaindre du comportement de quelqu'un d'autre, qu'il identifie comme le patient.

De quoi trouver nos « maîtres à penser » un peu présomptueux quand ils affirment la clarté de leur style ! Ou douter de la bonne compréhension du traducteur... On pourrait en effet légitimement se demander pourquoi distinguer entre client et plaignant, dès lors qu'on les définit comme synonymes... Il paraît donc opportun de préciser. Le terme de « client », en thérapie brève, répond à des critères précis.

Le client est, parmi les membres du système pertinent (c'est-à-dire les différentes personnes qui font des tentatives de solution) :

- la personne la plus motivée au changement ; d'un point de vue cybernétique, il constitue le meilleur « levier de changement » dans le système ;
- celui qui souffre le plus de la situation, c'est-à-dire celui qui « a » le problème ;
- celui qui est à l'origine de la demande ;
- celui qui fait le plus de tentatives de solution.

Ce terme de client, désignant finalement la personne la plus demandeuse de notre intervention, nous a paru adéquat car nous nous définissons, du moins entre nous, davantage comme des « résolveurs de problèmes » que comme des thérapeutes. Nous proposons un service, tels des prestataires de services, pour lequel nous nous faisons payer. Comme nous « vendons » des tâches, nous nous comparons volontiers à des « vendeurs de comportements nouveaux », et dans cette perspective également, désigner par le terme de « client » la personne qui nous « achète » ces comportements nous paraît cohérent.

L'expression « patient désigné » recouvre elle aussi un champ sémantique précis. Elle désigne une personne faisant l'objet d'une injonction thérapeutique de la part du client. Le patient désigné n'est donc pas nécessairement demandeur de la thérapie, il ne s'y rend généralement que parce qu'il fait l'objet d'une pression de la part du client. Dans l'exemple précédent, la maman, cliente, pourrait désigner son fils comme la personne à traiter. Et celui-ci ne viendra en thérapie que parce que sa mère l'y oblige.

Notons encore que nous utilisons le terme de « plaignant » pour désigner une personne qui, bien que ne faisant pas l'objet d'une injonction thérapeutique, se montre peu motivée à changer. Contrairement au client, le plaignant n'a pas atteint les limites de son seuil de tolérance, il n'a donc pas un problème au sens cybernétique du terme. Plutôt que de souffrance, il convient de parler d'inconfort. Le plaignant fait peu de tentatives de solution, et en envisage d'autres en plus de celles déjà opérées. Autrement dit, il n'est pas à court de tentatives de solution. Il préférera en général recourir d'abord à ses tentatives de solution envisagées qu'accepter le 180° qu'un thérapeute trop pressé pourrait lui suggérer. Le plaignant est quelqu'un qui se plaint, et qui demande une écoute, pas un changement.

Enfin, nous utilisons le terme de « patient » dans un sens générique, pour désigner toute personne venant en thérapie. Il occupe donc un champ sémantique qui recouvre les notions de « client », « patient désigné » et « plaignant ». Il se situe à un niveau « méta » par rapport à eux. Ou, pour le dire autrement, le terme de patient se situe au niveau de la classe, les termes de « client », « patient désigné » et « plaignant » étant au niveau des éléments de classe.

Actuellement, à l'initiative de J.-J. Wittezaele, directeur de l'I.G.B., la tendance est de remplacer le terme de « client », en raison de ses évidentes connotations commerciales, par celui de « partenaire thérapeutique ». D'un point de vue sémantique, l'expression représente une louable avancée, en ceci qu'elle cadre « l'ex-client » comme un acteur essentiel du processus thérapeutique. Tout d'abord, elle paraît plus interactionnelle que le terme de « client ». La thérapie brève a toujours cherché à éviter une vision « monadique » des problèmes psychologiques : ce que les modèles traditionnels décrivent comme des pathologies individuelles ou des traits de personnalité sont ici appréhendés comme une qualité émergente d'une relation au monde (comme le faisait remarquer Bateson, personne n'est violent ou jaloux ou peureux de manière absolue. On est violent ou jaloux ou peureux par rapport à quelque chose ou à quelqu'un). Or, le terme de client a le désavantage de pouvoir être interprété comme une caractéristique individuelle (tel patient est ou n'est pas client).

L'idée de partenariat rend davantage compte de la dimension relationnelle. Elle a le mérite de mettre en évidence la nécessaire implication du patient, ainsi que sa coresponsabilité dans le succès ou l'échec de la démarche. Une thérapie brève est en effet un processus dans lequel les responsabilités sont partagées : au client, ou partenaire thérapeutique, de nous donner l'information sollicitée pour comprendre son problème et ses tentatives de solution, au thérapeute de cartographier ces informations sur une matrice explicative cybernétique (pour reprendre une expression de Bateson), et de disposer des compétences et des techniques d'intervention nécessaires pour permettre à son « partenaire » de réaliser le changement.

Cette seconde partie de notre contribution a délibérément écarté le terme d'« usager », absent du vocabulaire technique des praticiens de la thérapie brève. Centrée sur les termes de « patient » et de « client », elle a été amenée à établir quelques distinctions entre les notions de « client », « patient », « patient désigné » et « plaignant ». Et à tenter

de montrer que ces distinctions se fondent sur des prémisses cybernétiques, et non sur des critères relatifs à la santé mentale ou à son corollaire, la maladie mentale. Elle a eu recours au concept de niveau logique, emprunté à Russel et Whitehead, pour distinguer le terme de « patient » des autres termes abordés. Nous retrouvons donc ici aussi une affirmation de Bateson selon laquelle le langage est hiérarchisé en niveaux logiques. Enfin, il a été tenté de montrer en quoi l'expression « partenaire thérapeutique » s'efforce de corriger les connotations monadiques inhérentes au terme de « client » pour introduire la dimension relationnelle, qui constitue l'essence même du modèle « thérapie brève ». Ce rapide tour d'horizon nous paraît déboucher sur un constat étonnant : les concepteurs et les représentants de la thérapie brève de Palo Alto, tous chercheurs en communication, n'ont pu éviter d'emprunter de nombreuses dénominations au champ de la santé mentale, dont ils mettent par ailleurs une certaine vigueur à se démarquer. Ce constat paraît révélateur d'un dilemme non résolu. D'une part, nous sommes animés d'une loyauté à l'égard d'un cadre de référence radicalement différent du paradigme dominant dans le champ de la psychothérapie, et, plus largement, dans notre modèle culturel. D'autre part, un positionnement stratégique résolument pragmatique nous pousse à « parler le langage du ... client », à employer un vocabulaire accessible au plus grand nombre... au risque d'écorner une éventuelle reconnaissance de la communauté scientifique. C'est sans doute aussi sur l'autel du pragmatisme (non au sens de la pragmatique de la communication chère à Paul Watzlavick, mais au sens courant d'une attitude qui prend pour critère de vérité la valeur pratique d'une idée ou d'une théorie), que nous avons sacrifié l'opportunité d'une recherche sémantique, laquelle aurait pourtant pu avoir le mérite de nous permettre d'affirmer davantage la spécificité de notre épistémologie.

## Références

- Austin J.L. (1970). *Quand dire c'est faire*. Paris : Éditions du Seuil.
- Bateson G. (1977/1980 - 2 tomes). *Vers une écologie de l'esprit*. Paris : Éditions du Seuil.
- Bateson G., Bateson M.-C. (1989). *La peur des anges*. Paris : Éditions du Seuil.
- Benoit D. (2007). De l'émergence de 'nouvelles réalités' : les 'prédictions créatrices', in *Revue Internationale de Psychosociologie, L'interaction et les processus de l'émergence*, numéro spécial, vol. XIII, n° 29, pp. 35-58.
- Borch-Jacobsen M. (2006). Usagers de thérapies et producteurs de maladies. Brèves remarques historico-spéculatives sur l'état présent du champ 'psy', dans colloque « *La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers* », Institut Océanographique/Centre George Devereux, 12 & 13 octobre, (voir le lien <http://www.ethnopsychiatrie.net/textcolloq.htm>).
- Castel P.-H. (2004). L'amendement Accoyer, la psychanalyse et les psychothérapies : une crise complexe, voir le lien <http://www.psychanalyse.lu/articles/CastelAccoyer.htm>.
- Fisch R., Weakland J.-H., Segal L. (1982). *Tactiques du changement*. Paris : Éditions du Seuil.
- Ginger S., Marc E., Tarpinian A. (19 mai 2009). Oui aux psychothérapeutes, non aux charlatans. In *Le Monde*.
- Godet M.-N. (2009). Le titre de psychothérapeute et la loi Bachelot, voir le lien [http://www.wmaker.net/psyresoformations/Le-titre-de-psychotherapeute-et-la-loi-Bachelot-par-Marie-Noel-Godet\\_a588.html](http://www.wmaker.net/psyresoformations/Le-titre-de-psychotherapeute-et-la-loi-Bachelot-par-Marie-Noel-Godet_a588.html).
- Les psychothérapies. Guide et bilan critique (juin-juillet-août 2009). *Sciences Humaines, Les Grands Dossiers*, n°15 :
- Aulas J.-J., Lemoine P., « *Suggestion et autosuggestion* », pp. 36-37 .
- Barras V., Fussinger C., « *Histoire des psychothérapies* », pp. 6-7 .
- Champion F., « *Un enjeu de société* », pp. 12-13 .
- Lecomte C., « *La clef d'une thérapie réussie ? Le thérapeute !* », pp. 32-33.
- Sinelnikoff N., « *Un marché en pleine explosion* », pp. 10-11.
- Lemoine P. (1996). *Le mystère du placebo*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Levy B.-H. (08 janvier 2004) L'amendement Accoyer sur la formation des pysy menace de mort la pratique freudienne. Pour une charte de la psychanalyse. In *Libération*.
- Megglé D. (2002). *La dépression*. Paris : Presses de la Renaissance.
- Melchior T. (1998). *Créer le Réel. Hypnose et thérapie*. Paris : Éditions du Seuil.
- Nathan T. (2006). En psychothérapie : malades, patients, sujets, clients ou usagers ? Dans colloque « *La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers* », Institut Océanographique/Centre George Devereux, 12 & 13 octobre, (voir le lien <http://www.ethnopsychiatrie.net/textcolloq.htm>) .
- Ralite J., Sueur J.-P. (28 août 2008). Nouvelle croisade comportementaliste au sein des universités françaises. In *Libération*.
- Roustang F., Boussard L. (2001). L'essentiel du travail du thérapeute consiste à ne rien faire, *interview de François Roustang par Luc Boussard*, voir le lien <http://www.deuxversants.com/interviewroustang.html> .

- 
- Roustang F. (2006). *Savoir attendre pour que la vie change*. Paris : Odile Jacob.
- Sperber D. (2002). La communication et le sens, in *Université de tous les savoirs - 5, Le Cerveau, le Langage, le Sens*. Paris : Odile Jacob.
- Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson Don D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Éditions du Seuil .
- Witzeaele J.-J., Garcia T. (1992). *A la recherche de l'école de Palo Alto*. Paris : Éditions du Seuil.
- Witzeaele J.-J. (2003). *L'homme relationnel*. Paris : Éditions du Seuil.