

Thérapie familiale

Clinique relationnelle et champ social



Alexandrine Sanchez

Psychologue
Thérapeute familiale

Bien souvent, dans le cadre de la prise en charge thérapeutique d'une famille, la demande n'émane pas toujours des membres en souffrance, mais est parfois portée par des professionnels du champ social en lien avec cette famille. Un véritable travail de concertation, de mise en commun de la parole, permet alors de faire émerger des propositions innovantes pour offrir au(x) sujet(s) la réponse la plus adaptée. Illustration.



Michel Delage

Psychiatre
Thérapeute familial

L'aide thérapeutique prend des tournures fort différentes selon les contextes dans lesquels elle s'exerce. Les « psys » sont spécialement formés à la « pureté » de la relation duelle, au travail centré sur l'individu, mieux encore à l'examen, au décryptage d'une demande.

Dans ces conditions, le travail psychique s'organise selon cette demande, le plus souvent dans la confidentialité d'un bureau de consultation.

Mais bon nombre de troubles témoignent d'une souffrance psychosociale et s'abordent davantage en termes de situation que selon des critères relevant d'une seule psychopathologie. Plusieurs partenaires,

plusieurs paramètres, plusieurs niveaux logiques sont concernés. Et c'est bien souvent l'enfant qui est au cœur de ces situations et des interventions de différentes natures qui sont mises en place. Dans ces conditions, le raisonnement centré sur la demande débouche souvent sur une impasse, s'il n'y a pas, au préalable, un travail approfondi sur le contexte, lequel, d'ailleurs, est souvent celui d'une aide contrainte quand un signalement a déjà été effectué ou quand l'orientation vers une thérapie est le fait de tiers (enseignants, éducateurs, assistantes sociales).

Il nous semble, dans ces conditions, nécessaire de réfléchir à une clinique relationnelle.

Quelques éléments pour comprendre une clinique relationnelle

Une clinique relationnelle signifie la prise en compte de l'individu dans sa famille, dans son environnement, dans la communauté. Il y a donc toujours à considérer l'entrecroisement entre deux axes.

- L'axe syndromique est bien connu. Il permet de se référer à certains cadres pathologiques dans une logique classificatoire.

- L'axe relationnel. Il doit permettre l'établissement d'un diagnostic de situation. Il s'agit ici de comprendre comment sont impliqués ensemble tous les partenaires

concernés dans un contexte donné. Par exemple, un signalement est fait à la suite des plaintes d'une mère concernant les agissements de son mari à l'égard de ses enfants. Le père est présenté à la justice. Une enquête sociale est diligentée. La mère enclenche une procédure de divorce. Une thérapie familiale est demandée par le père sur incitation du travailleur social. Un diagnostic de situation consiste à réfléchir à la place que prennent les différentes interventions les unes par rapport aux autres, c'est-à-dire à les resituer dans un contexte.

Une clinique relationnelle consiste donc à tenir compte de la lecture de la situation par les différents intervenants, du rôle joué par eux et du degré de pertinence des réponses susceptibles d'être apportées par qui ? à qui ? pourquoi ? comment ?

Plusieurs caractéristiques de la clinique relationnelle méritent d'être soulignées.

Une situation problématique comporte toujours plusieurs niveaux de compréhension : médicale, psychologique, éducative, sociojudiciaire.

Par exemple, une situation de violence conjugale avérée relève d'une logique judiciaire. Elle relève aussi d'une logique psychologique et interactionnelle et, sans doute aussi, d'une logique éducative lorsque des enfants sont les victimes indirectes de la situation, et même encore d'une logique médicale.

Ce sont toutes ces logiques qui, ensemble, définissent le contexte. Et c'est dans ce contexte que les situations et les interventions prennent sens.

Rappelons que le contexte se présente de plusieurs manières. Il y a :

- Les éléments généraux du contexte, c'est-à-dire, pour cette famille, le quartier, les valeurs socioculturelles, les origines, les données de la situation matérielle.

- Les marqueurs de contexte : c'est ce qui participe aux relations dans l'écosystème particulier du couple, de la famille, de l'enfant.

- Les acteurs du contexte, à savoir les différents intervenants. En plus des partenaires familiaux sont ici concernés les policiers, les juges, les médecins, les travailleurs sociaux, les « psys ». On doit clairement repérer pour les uns et pour les autres le mandat, les missions, les tâches.

Nous devons également apprendre à raisonner avec la complexité. Cela signifie au moins deux choses. D'abord, la prise en compte de la circularité. La psychologie « naïve », celle de tout un chacun est

causaliste. La psychanalyse elle-même s'inscrit dans une pensée causaliste quand elle centre son travail sur l'interprétation. Il n'est pas question de réfuter la dimension causaliste, mais elle doit être complétée par un raisonnement circulaire qui amène à ne plus se préoccuper des relations de cause à effet, mais plutôt à comprendre comment différents facteurs interfèrent les uns avec les autres. Cela demande toujours à la pensée un effort particulier.

Ensuite, nous devons pouvoir faire tenir ensemble les différents niveaux logiques concernés. Ces niveaux logiques peuvent être entre eux dans des rapports contradictoires sans être pour autant exclusifs les uns des autres. Dans ces conditions, nous avons besoin de les hiérarchiser entre eux, afin de déterminer celui qui est susceptible de subordonner les autres et ainsi d'orienter les interventions.

La clinique relationnelle est quant à elle une clinique multidisciplinaire. Cela signifie que chaque intervenant, tout en restant dans son domaine propre, doit être soucieux et respectueux du domaine d'action des autres. Cela signifie aussi que chacun, tout en restant dans son champ de connaissance et dans la pratique qui lui est propre, doit être suffisamment informé et posséder des connaissances qui concernent le champ de formation et de pratiques des autres partenaires. Il y a là une réelle difficulté dans l'exercice des pratiques au quotidien.

Évidemment, on pense aussi au travail de réseau. Précisions que, dans notre esprit, le travail de réseau est à distinguer du travail en réseau, où les intervenants correspondent entre eux pour échanger des informations à propos d'une situation. Cela est bien sûr souhaitable dans le travail centré sur les souffrances psychosociales. Mais un peu est nécessaire. Le travail de réseau suppose une réflexion approfondie entre des professionnels partenaires, capables de se départir d'une position hiérarchique, de décloisonner leurs pratiques, de viser de nouvelles perceptions des problèmes, de chercher ensemble des approches innovantes grâce à des études flexibles, ouvertes et respectueuses des rôles propres et clairement définis de chacun. Il y a là un travail de reliance, de concertation difficile et techniquement complexe à mettre en place. Aujourd'hui, la plupart du temps, ce travail relève plus d'un vœu, de l'aspiration à une éthique, que d'une réalité. Un des obstacles majeurs rencontrés est celui de concilier partage d'informations, dans ce qui relève de la confidentialité que chacun est tenu de respecter, et secret de

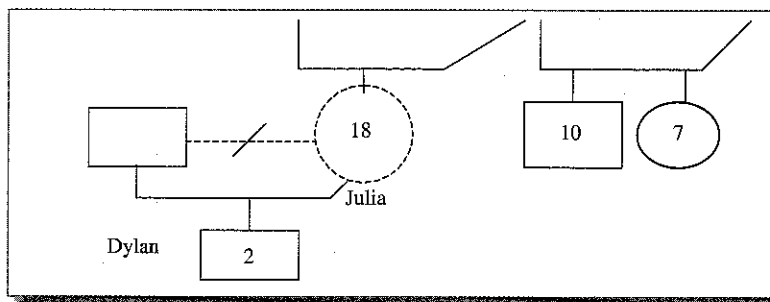
données obtenues dans l'intimité du colloque singulier. Il appartient à chaque professionnel de faire le tri entre ce qui doit être tu et ce qui peut être dit dans l'intérêt de la personne dont il se soucie.

Il existe un risque majeur, pour les intervenants, d'entretenir ou d'aggraver la situation sur laquelle ils prétendent intervenir. La complexité nous entraîne à deux obligations : réduire cette complexité afin de définir plus clairement certaines obligations, et travailler des interventions qui soient cohérentes les unes par rapport aux autres. Il n'est pas question que les professionnels fassent tous la même chose. Il est question que le travail de chacun puisse s'inscrire dans une certaine congruence avec le travail des autres.

C'est avec ces présupposés dégagés de la notion de clinique relationnelle que nous essayons d'organiser notre travail au sein d'une association, l'« Association vivre en famille » (AVEF). Le contexte de travail de cette association est orienté par la souffrance psychosociale.

Ainsi, de nombreuses demandes de thérapie familiale sont le fait de professionnels du champ socio-éducatif. Les familles orientées de cette manière ne sont pas véritablement demandeuses d'une aide. Certaines d'entre elles parviennent à se saisir d'une suggestion, d'une proposition faite par un professionnel de l'aide. Mais cela est loin d'être la configuration la plus fréquente. Il est donc important d'examiner soigneusement le contexte de la demande de consultation : demande spontanée, orientation par un tiers, parfois dans un éventail de mesures déclenchées simultanément (un peu comme on le ferait pour un *check-up*), parfois encore dans une dimension de contrainte lorsqu'une pression institutionnelle forte invite les parents à aller travailler « leurs défaillances parentales ». Parfois, encore, la thérapie familiale apparaît comme un ultime recours après que différentes interventions ont échoué. Parfois, enfin, la demande paraît s'inscrire dans une tentative d'instrumentalisation des thérapeutes lorsqu'une impasse apparaît dans le travail social ou socio-éducatif mené auprès de ses familles, et que l'on cherche à déléguer ce travail à d'autres à qui l'on demandera ultérieurement de rendre compte.

Pour réfléchir à tous ces aspects, nous avons pris l'habitude de rencontrer, en préalable à un éventuel travail avec la famille, le tiers demandeur ou orienteur que l'on peut appeler aussi le « tiers référent » (ce qui est difficile à obtenir quand ce tiers est psychologue, et franchement impossible quand il s'agit d'un médecin).



Famille de Julia.

Exemples cliniques

Julia

Cette situation nous est présentée par Madame X, éducatrice spécialisée dans un foyer d'hébergement mère-enfant agréé par l'Aide sociale à l'enfance.

La demande initiale concerne une demande de consultation familiale entre une mère et sa fille, leurs relations étant très chaotiques. La demande a émané du travailleur social qui a appelé l'association et, au vu de la complexité de la demande, nous avons demandé qu'elle vienne nous exposer la situation avant de les recevoir éventuellement en consultation familiale. Nous la recevons donc pour un exposé de cette problématique.

Julia a dix-huit ans et est maman d'un petit Dylan, âgé de deux ans. Le père est un ami de « fugue » ; il n'a pas reconnu l'enfant et il se trouve actuellement en prison pour vols. Julia est hébergée en foyer depuis l'annonce de sa grossesse.

Sa mère a trois enfants issus de deux unions différentes ; les frères et sœurs de Julia ont dix ans et sept ans. Elle vit actuellement seule avec eux.

La demande de thérapie familiale concerne la relation mère-fille qui a toujours été houleuse, Julia s'étant longtemps considérée comme le souffre-douleur de sa mère. Elle a d'ailleurs vécu un parcours de maltraitements depuis sa naissance. En effet, de l'âge de dix-huit mois à trois ans, elle a été placée en pouponnière à la suite d'attouchements commis par son beau-père (elle ne connaît d'ailleurs pas son père) ; de l'âge de trois ans à sept ans, elle a été placée en famille d'accueil ; entre sept ans et onze ans, elle est de retour chez sa mère, où vivent un nouveau beau-père et sa petite sœur qui vient de naître ; de onze ans à quatorze ans, elle est placée en foyer pour maltraitements commises par sa mère ; entre quinze ans et seize ans, elle fait de multiples fugues ; enfin, à seize ans, elle tombe enceinte et est placée en foyer.

La mère a aussi vécu de multiples placements au cours de son enfance et a d'ailleurs fait de la mère de sa famille d'accueil la marraine de Julia.

Elle voit Julia et Dylan en accueil de jour et fait part à l'éducatrice de sa volonté d'améliorer la relation avec sa fille. Julia semble, quant à elle, beaucoup moins demandeuse.

Elle a repris ses études pour passer un baccalauréat professionnel de secrétariat et se concentre sur cela. Elle a d'ailleurs très peur que cette consultation fasse exploser ses relations avec sa mère. Son fils, pour sa part, se développe bien.

Nous proposons à l'éducatrice une évaluation familiale mère-fille avec la présence de l'éducatrice lors du premier rendez-vous, et ce, à la demande de la jeune fille, l'éducatrice représentant pour elle un sujet rassurant pour aborder son histoire avec sa mère.

Cette professionnelle sera également présente lors des consultations suivantes, ce qui aura comme effet d'apaiser la jeune fille et, par conséquent, la relation avec sa mère.

Quelques réflexions :

- Nous pouvons repérer le rôle clé de l'éducatrice : celle-ci est très sécurisante pour la fille et elle est dans une relation de confiance avec la mère.

- Il y a une bonne indication de travail sur le lien mère-fille. Mais, nous sommes immédiatement en difficulté pour mettre en place une thérapie, compte tenu des réticences

de la fille. Cela tient peut-être à l'insécurité de la situation et au manque de confiance envers des thérapeutes inconnus.

- L'éducatrice a un rôle intermédiaire majeur : non seulement lors du premier entretien, mais aussi lors des quelques séances suivantes, comme l'a souhaité la jeune fille.

- Par la suite, il a été possible de poursuivre sans la présence de l'éducatrice, avec comme résultat l'amélioration des relations entre la mère et sa fille.

Lisa

La requête émane de l'Aide sociale à l'enfance concernant une demande de thérapie mère-fille.

Lisa est la quatrième enfant de Madame B. Elle est âgée de douze ans. Madame B a cinq enfants, dont seul le dernier, âgé de cinq ans, vit avec elle. Les autres enfants sont âgés de vingt-huit ans, vingt-trois ans et dix-neuf ans. Ils sont tous de pères différents, elle est d'ailleurs séparée du dernier.

Lisa a été placée dès l'âge de dix-huit mois chez une assistante familiale. Sa mère étant alcoolique, il avait fallu la protéger de négligences affectives et éducatives.

La demande d'une thérapie familiale est faite par l'équipe de l'Aide sociale à l'enfance, car la situation semblait stagner ; le frère aîné de Lisa est incarcéré pour viol et trafic de stupéfiants ; la mesure éducative a été levée pour le dernier enfant.

Nous avons demandé à la référente sociale de Lisa de venir nous exposer la demande de l'équipe.

Elle nous a d'emblée expliqué que Lisa avait deux types de discours, un adapté à l'Aide sociale à l'enfance et l'autre à sa mère (et inversement pour cette dernière), ce qui créait des problèmes quant à son suivi.

Il existe un lien fort entre elles malgré de grandes difficultés de communication, Lisa étant d'accord pour un suivi familial devant sa référente, mais pas devant

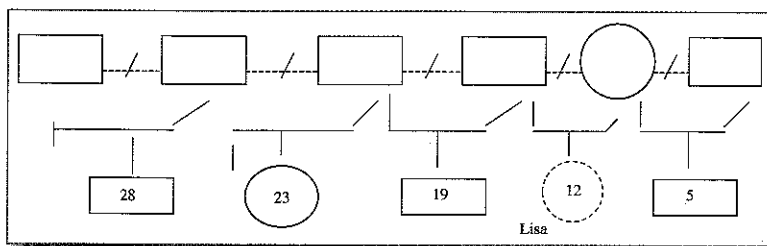


Schéma familial de Lisa.

sa mère ; elle semblait de plus faire une entrée plutôt remarquée dans l'adolescence (refus, oppositions...).

La demande de consultation familiale venait aussi du fait que Lisa grandissant, elle interrogeait de plus en plus la place de sa mère à ses côtés, dans sa construction de femme, mettant aussi l'assistante familiale en position difficile.

Nous avons donc décidé de faire une évaluation familiale en présence de l'assistante familiale, de la référente sociale, de la mère et de Lisa, afin d'éviter de précipiter une thérapie familiale qui aurait pu avorter sans avoir vérifié plus profondément les demandes tant des professionnels que de la famille.

Quelques réflexions :

A priori, un travail familial semblait pertinent, mais les demandes des différents partenaires n'étaient pas très affirmées. Nous avons donc proposé à la référente un travail de « supervision », de réflexion sur sa pratique. Un meilleur travail de préparation à la thérapie apparaissait nécessaire pour que les intéressées puissent mieux se saisir de l'idée d'une thérapie conjointe, de ses objectifs, et pour que Lisa, de son côté, puisse aussi, peut-être, progresser dans la voie de sa propre subjectivation grâce à une thérapie individuelle.

Le cas d'une fratrie

Il s'agit ici de l'appel d'une assistante sociale de l'Aide sociale à l'enfance pour une thérapie de fratrie. Les parents sont séparés depuis longtemps, le père vit dans un foyer d'insertion et la mère vit seule. Son passé est jalonné de placements en institut médico-éducatif ; elle est actuellement suivie pour une addiction alimentaire.

Il y a quatre enfants âgés de vingt ans, seize ans, quinze ans et huit ans. Celle de vingt ans a subi des attouchements de la part du père, et c'est son plus jeune frère qui a révélé les faits. Mais l'affaire a été classée sans suite faute de preuves. Les plus jeunes enfants sont placés dans des familles d'accueil différentes depuis 2003, ils rencontrent leur mère lors de visites médiatisées.

L'Aide sociale à l'enfance pense à une thérapie fraterne, car ils veulent « défusionner » les deux derniers : hypothèse d'inceste fraternel.

Nous pensons à un suivi psychologique pour le frère qui a révélé les faits, et non à une thérapie fraterne, car nous pensons que ce jeune, au vu de l'exposé, est plus à même de progresser dans un suivi individuel.

L'hypothèse de consultation familiale nous semble juste, mais bien prématurée pour le moment. Nous restons en contact avec l'équipe de professionnels.

Cette situation appelle plusieurs commentaires.

- Poser une indication de thérapie n'est pas suffisant. On peut penser qu'il serait bon, comme il est dit, de « défusionner » ces deux frères et sœur. Toutefois, cela implique d'abord pour les professionnels de bien examiner leurs propres représentations, de réfléchir à leurs « résonances », d'étudier la manière de s'appuyer sur les ressources et compétences de la famille, plutôt que de prendre des positions « normées » auxquelles n'adhèrent pas forcément les ressortissants.

- La pratique de la concertation suppose que les intervenants concernés par un travail auprès d'une famille, et eux seuls, puissent, avec l'aide d'un tiers extérieur,

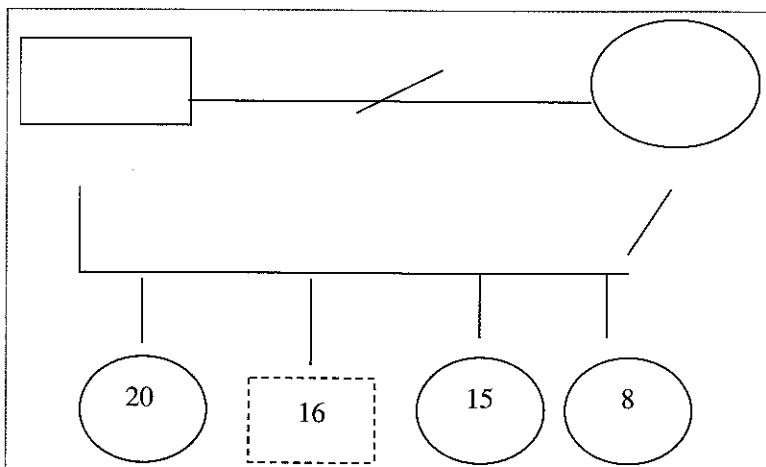
mener une réflexion à un niveau technique débarrassé de toute fonction ou position hiérarchique. Trop souvent, certaines rencontres ou commissions comportent la présence de personnes n'ayant de connaissance des problèmes que par dossiers interposés. Le travail technique est parfois infiltré par des visées normatives, par des jugements de valeur, par des vues sur les liens parents-enfants souvent contaminés par des considérations idéologiques.

Kevin

Cette dernière situation est présentée par Madame F, assistante sociale de l'Aide sociale à l'enfance. Madame F, qui suit la situation depuis plus d'un an, pense à un travail familial à propos des difficultés présentées par Kevin, treize ans, enfant qui a été adopté à l'âge de sept ans. La famille d'adoption comporte, outre les parents, un autre enfant adopté âgé de dix-sept ans, qui vit en internat pour des raisons d'apprentissage, et une fille de six ans, enfant naturelle du couple et « arrivée » dans la famille juste avant Kevin.

D'emblée, la première séance, en présence de l'assistante sociale, montre que la greffe n'a pas pris entre Kevin et ses parents adoptifs. Les séances ultérieures laissent percevoir une possible rupture du lien. Kevin peut-il, sans trop de dommages, vivre une telle rupture qu'il cherche, par ailleurs, à provoquer ? Ses parents adoptifs peuvent-ils se dégager, de leur côté, d'un sentiment d'échec et de culpabilité ? L'assistante sociale va jouer ici un rôle clé, articulé à un travail familial, grâce à plusieurs contacts téléphoniques avec le thérapeute, de sorte que les séances peuvent être ajustées au mieux avec les événements problématiques du quotidien.

L'alliance thérapeutique, aussi bien avec Kevin qu'avec ses parents, est facilitée par les interventions de l'assistante sociale. Finalement, une réunion de concertation avec l'inspectrice de l'Aide sociale à l'enfance, Madame F et le thérapeute, permet d'orienter Kevin vers un placement en foyer, vécu par l'enfant comme un soulagement, tandis que les séances familiales se poursuivent. Ce placement est l'occasion pour Kevin de raviver son questionnement sur ses origines. C'est encore avec Madame F, point de repère majeur, que l'enfant va pouvoir consulter le dossier le concernant, et qu'une séance thérapeutique sera organisée avec Kevin et Madame F à partir du contenu des informations parfois douloureuses concernant son abandon.



La fratrie.

Quelques réflexions :

● L'assistante sociale a joué, tout au long du suivi, un rôle de pare-excitation qui a permis de prévenir des risques de passage à l'acte de Kevin qui auraient pu être graves.

● Le cadre thérapeutique a été posé de telle sorte qu'il a été clair pour chacun que l'assistante sociale et le thérapeute se concerteraient, et que les différents partenaires seraient informés de ces concertations. Chaque fois que des comportements problématiques concernant Kevin ont eu lieu, ils ont pu faire l'objet de reprises verbales qui l'ont amené à une position plus critique et réfléchie.

● Par ailleurs, Madame F, de son côté, a pu d'autant mieux jouer son rôle et instaurer un climat de confiance avec tous qu'elle était sécurisée par le thérapeute dans un travail de suivi qu'elle n'aurait sans doute pas engagé seule.

● La réunion de concertation avec l'inspectrice a été une réunion restreinte, ne concernant que les personnes directement impliquées dans le travail auprès de la famille. De cette manière, une réflexion approfondie a pu être menée, orientant vers une solution adaptée, acceptée par tous et compatible avec la poursuite du travail thérapeutique.

Commentaires, discussion

Il est difficile de rendre compte, en quelques mots, de la richesse des situations cliniques précédentes et des échanges auxquels elles ont donné lieu entre les professionnels concernés. Il s'est agi d'un travail dans le non-formel, dans le flexible, dans le mouvant. Le but des rencontres entre les intervenants n'est pas tellement d'échanger des informations. Il consiste plutôt à faire émerger de la réflexion des solutions innovantes à partir d'un travail où la parole de l'un vaut la parole de l'autre. Cela suppose malgré tout certaines conditions et des limites.

● Pour ce qui concerne les conditions, nous pouvons dire que la clinique de concertation s'inscrit dans un travail thérapeutique de réseau, dont les impératifs administratifs sont subordonnés aux impératifs techniques. Sur le terrain, cela suppose une personne référente seule à même de pouvoir réaliser les connexions nécessaires et les échanges d'information. Concernant les approches thérapeutiques, il ne s'agit pas de poser des indications et d'adresser. Il s'agit, pour le professionnel, d'être partie prenante et de comprendre la place qu'il occupe dans un système dans

lequel il est inclus avec les personnes en difficulté sur lesquelles porte son action.

● Pour ce qui concerne les limites, plusieurs obstacles doivent être, à notre sens, clairement repérés. D'abord, le contexte doit être précisément défini, ce qui impose de repérer les marqueurs de contexte, les acteurs du contexte et leur rôle. Qui fait quoi ? Qui s'adresse à qui ? Pourquoi ? Pour quoi faire ? Pourquoi maintenant ? Ce travail sur le contexte est d'autant plus crucial que les travailleurs sociaux opèrent le plus souvent dans un cadre mixte d'aide et de contrôle. Ce travail sur la demande nécessite ici qu'il soit pris dans une compréhension du contexte où la souffrance s'exprime davantage dans des stratégies relationnelles qu'à travers des symptômes individuels, tandis que, par ailleurs, il appartient aux professionnels de bien repérer pour éviter de les confondre, ce qui relève du cadre de son champ d'intervention, de sa fonction, de sa mission.

Ensuite, tous les professionnels ne sont pas convaincus de l'intérêt d'un travail thérapeutique de réseau orienté par la concertation. Des efforts particuliers sont notamment à mener dans le champ hospitalier, souvent embarrassé par des préoccupations concernant le secret des informations.

Enfin, les intervenants appartiennent à des institutions dont les orientations, les objectifs et les organisations de travail pèsent sur leur pratique, susceptible,

par ailleurs, d'être orientée différemment selon leur formation de base. Un effort particulier doit toujours être entrepris pour décoder les références théoriques et pratiques de chacun, les représentations des uns et des autres, afin d'utiliser une sémantique facilement compréhensible par tous, ce qui impose la flexibilité et le respect des spécificités et des problèmes rencontrés par les différents professionnels dans l'exercice de leur travail.

La concertation, le travail en réseau, la pratique relationnelle, ne peuvent se concevoir que dans la rigueur des champs de réflexion, des pratiques et des positionnements de chacun.

Conclusion

La souffrance psychosociale oblige « les psys » à sortir de leurs références diagnostiques et psychopathologiques traditionnelles centrées sur l'individu pour s'intéresser à une clinique relationnelle dans laquelle ils rencontrent des professionnels du champ social et socio-éducatif. Ils doivent, par conséquent, acquérir un état d'esprit nouveau, s'ouvrir à des réflexions plus orientées par un travail collaboratif. Ils doivent sans doute, dans cette démarche, se préserver de leur tendance à protéger leur spécificité dans des positions de repli et de fermeture à des domaines qu'ils pourraient considérer comme n'étant pas de leur ressort. ■

**C.I.R.C.E.**Centre d'Initiation à la Relation
par la Créativité et l'Expression

CENTRE DE FORMATION CONTINUE

- Au psychodrame • À la conduite de groupe, de réunion et d'atelier
- À l'écoute (entretien, accueil) • À la régulation et à la médiation sociale

Travailler sur soi pour ne pas interpréter l'autre

*avec comme outil essentiel le psychodrame individuel
en groupe dans un dispositif d'inspiration psychanalytique.*

Sessions en trois rencontres mensuelles (45 heures)

"Possibilité d'un week-end découverte"

15, 16, 17 octobre – 19, 20, 21 novembre – 12, 13, 14 décembre 2010...

Sessions en continu (45 heures)

du 28 juin au 3 juillet 2010...

4 sessions dans l'année

C.I.R.C.E.

20, rue Ferrère • 33000 Bordeaux • Tél. : 05 56 81 72 00

Site Internet : www.psychodrame.com

Centre agréé par les Fonds d'Assurances Formation