

Combien d'Oreilles pour une écoute constructive?

la Clinique de la Concertation

La situation se déroule à Wavre, en 2000. Un collectif de professionnels se réunit au sous-sol de la clinique du CPAS de Wavre, pour travailler autour d'une situation très polarisée. Entendons que des enfants ont été écartés de leur maman, et que les relations entre deux pôles de la famille sont tendues. Beaucoup d'intervenants mandatés par l'aide à la jeunesse et par le tribunal sont présents, ainsi que la maman et le papa. Le père de la maman a une longue expérience de réunions de professionnels, qui le contredisent dans sa croisade pour que sa fille reprenne la garde de ses enfants. Lorsque ce grand-père nous rejoignit à cette séance de travail que nous appelons «Clinique de Concertation», il nous fit part de cette réflexion, alors qu'il voyait une trentaine de personnes présentes: *«ah c'est bien, vous êtes très nombreux, c'est rassurant, parce qu'il est impossible que vous soyez tous d'accord contre moi»*.

Les «Cliniques de Concertation», en tant que méthodologie particulière du travail thérapeutique de réseau, ont en effet pour caractéristique spécifique d'être un espace de travail absolument

ouvert, accueillant une grande diversité de professionnels, qu'ils soient directement concernés, potentiellement concernés, ou non directement concernés. Autant dire que les usagers qui nous y mettent au travail, et qui nous y rejoignent, se retrouvent face à un grand nombre de professionnels, rompant les traditionnels cloisonnement et confidentialité de l'alcôve. Tel est donc le dispositif thérapeutique qu'il s'agit de présenter ici, tout autant que ses radicales conséquences sur le plan de l'écoute.

Les «Cliniques de Concertation», inaugurées depuis 1996 par le Dr Lemaire et divers cliniciens de concertation, ont lieu dans les territoires les plus variés, en Belgique, France, Italie, Suisse, mais aussi au Kosovo, en ex-Yougoslavie ou en Algérie. Il s'agit d'une figure particulière du Travail Thérapeutique de Réseau, qui prend son appui sur deux principes constitutifs¹: la reconnaissance de la force convocatrice des familles en détresses multiples, et l'ouverture absolue à l'intrusion. Détaillons ces deux principes, afin de percevoir leur caractère innovant, et leurs conséquences sur le plan de l'écoute offerte aux usagers.

Par le premier de ces principes, se pose l'affirmation que c'est toujours la famille, ou mieux, les

membres de la famille, qui mettent au travail les professionnels, et qui sont donc activateurs et convocateurs du réseau. Il ne s'agit donc aucunement, dans ce type de travail, de «rendre aux membres de la famille leur place d'acteur», puisque cela présupposerait une confiscation préalable de cette place. Au contraire, nous la leur reconnaissons de manière inconditionnelle. Inutile d'ajouter qu'une telle perspective est déjà susceptible d'économiser du temps.

Dans la recherche de cette force convocatrice, l'outil du sociogramme² se révèle particulièrement efficace. Il permet en effet, par la représentation des liens, des relations qu'il met à jour entre les différents acteurs du réseau, de toujours se rapporter, ultimement, à une activité première des membres de la famille. En outre, l'utilisation d'un terme tel que «force convocatrice» n'est pas anodin. Par celui-ci, nous souhaitons éviter toute identification simpliste avec le concept de «demande». Comme on a pu le montrer par ailleurs³, dans le service public, ce n'est que très rarement que les usagers formulent une demande, claire et précise. Bien plus, cette demande est le plus souvent effectuée par un tiers⁴, qu'il soit un membre de la famille, un voisin,... manifestant un souci, une préoccupation pour

1. En reprenant une terminologie kantienne, outre ces deux principes constitutifs, la «Clinique de Concertation» propose cinq principes régulateurs: 1) Parlons comme si la famille était présente; 2) Qu'est-ce que vous ne voudriez pas que je dise de vous et qu'est-ce que vous voudriez que je dise de vous?; 3) Venez avec toutes les personnes dont vous jugez la présence utile; 4) Vous, professionnels avertis, intrus potentiels, vous êtes de plein droit autorisés à participer aux «Cliniques de Concertation» en cours: il suffit de vous annoncer et de respecter ce qui figure sur le calendrier; 5) Nous vous remercions de venir nous apprendre une partie de notre métier que nous connaissons mal, celle qui nous demande de travailler ensemble (LEMAIRE J.-M., VITTONNE E., DESPRET V., «Clinique de Concertation et Système: à la recherche d'un cadre ouvert et rigoureux» dans *Génération*, Paris, mars 2003, n° 28, pp. 23-26).

2. L'explication de cet outil se retrouve dans l'agenda de la «Clinique de Concertation», disponible sur le site www.concertation.net.

3. LEMAIRES J.-M., HALLEUX L.: «Service public et «Clinique de Concertation»: espaces habitables pour une psychothérapie inauthentique» in *L'inventivité démocratique aujourd'hui*, BRAUSCH G. et DELRUELLE E. (dir.), Editions du Cerisier, 2005, pp.109-134.

4. Cf. l'ouvrage *Le tiers-demandeur*, à paraître.

l'usager en question. Le récit d'une situation doit alors prendre la forme passive. Plutôt que de dire: le garçon, en arrivant en retard, en étant absent, a activé son institutrice, nous dirons que «l'institutrice a été activée par l'enfant», pour mettre en évidence cette force convocatrice, et en faciliter la recomposition complexe. Il sera, de cette manière, et à quelque endroit du récit d'une situation, toujours possible de revenir, de délégation en délégation, à la force convocatrice des membres de la famille.

Un tel principe trouve sa pertinence en particulier lorsque les membres des familles ne se trouvent pas «à et quand il faut»⁵, quand les membres des familles refusent l'aide que les professionnels leur offrent, lorsqu'ils rompent le lien. Plutôt que de se lamenter d'une telle situation, en se demandant «comment donner à boire à des ânes qui n'ont pas soif», le principe de la force convocatrice nous enjoint à considérer ces refus comme une invitation à un autre type de travail. Si les membres des familles ne sont pas là où nous les attendons, ils doivent être là où nous ne les attendons pas, dans les interstices, entre les institutions, entre les professions. Autant dire qu'ils nous proposent, par leur refus, un autre type de travail, non cloisonné, collectif, qu'il pourrait être intéressant d'adopter. La «Clinique de Concertation» a pour ambition de fournir des outils pour répondre à cette invitation des usagers, en proposant quelques points de repère pour travailler dans des espaces ouverts, collectifs.

Nous en arrivons ainsi au deuxième principe constitutif, et original, de la «Clinique de Concertation», celui de l'ouverture radicale du dispositif, mais

dont on voit bien qu'il découle logiquement du premier. Une telle ouverture semble indiquée, quoique implicitement - nous venons de le voir - dans certaines situations⁶. Il est ainsi proposé aux usagers de venir participer à la «Clinique de Concertation» avec «toutes les personnes dont ils jugent la présence utile»⁷. Cette proposition est également faite aux professionnels directement concernés. Ainsi, la reconnaissance de la force convocatrice de la famille en détresses multiples ne signifie aucunement son omnipotence dans le travail qui a lieu. Elle a, sans aucun doute, une place d'expert, par sa connaissance du réseau, en étant son centre, en naviguant dans les interstices, les champs de recouvrement des institutions, des professionnels. Mais cette expertise se retrouve, en «Clinique de Concertation», aux côtés d'autres expertises, celles des divers professionnels présents. La «Clinique de Concertation» offre donc un cadre où s'affrontent diverses expertises, et qui tend à remettre en question la confiscation des problématiques d'ordre psychomédico-social par les seuls «psy», ainsi que la «propriété de l'efficacité»⁸. Il s'agit, ainsi, de créer un laboratoire de recherche, qui, en s'ouvrant à n'importe quel professionnel, et aux usagers, apporte une possibilité de critique, d'ouverture, et de remise en question des pratiques, par l'«élaboration d'une déontologie interdisciplinaire»⁹.

Bien entendu, une pratique thérapeutique de ce type remet en question de nombreux pré-supposés de la thérapie classique, cloisonnée. En premier lieu, une sélection des informa-

tions utiles¹⁰ et partageables doit être effectuée par le collectif. Puisqu'un grand nombre de professionnels non concernés par la situation sont présents dans les «Cliniques de Concertation», puisqu'un intrus peut toujours y faire irruption, seules certaines informations, qui ne relèvent plus de l'intime, ou de la honte, seront partagées. C'est au contraire le registre de la fierté, de la reconnaissance, qui seront mis en avant. Plutôt que de s'attarder aux déficiences, aux pathologies, le regard sera tourné vers les ressources, fussent-elles résiduelles. Et le grand nombre de personnes présentes garantit que certaines frontières ne seront pas franchies. L'argument est trivial: au plus les personnes présentes sont nombreuses, au plus l'attention à la sélection et à la circulation d'informations utiles et partageables sera aigüe.

Surtout, il ne suffit pas de demander à la famille ce qu'elle ne souhaite pas que l'on dise d'elle, encore faut-il savoir ce qu'elle souhaite que l'on en dise. Autrement dit, éviter le «mal-parler» ne permet pas de «bien-parler». En thérapie, *definitio non est negatio*. Il ne suffit pas de ne pas mal parler d'une situation pour en bien

5. LEMAIRE J.-M., «Gestion des détresses vitales dans la complexité des réseaux interdisciplinaires» dans L'Observatoire, n°2, 1994, pp. 44-48.

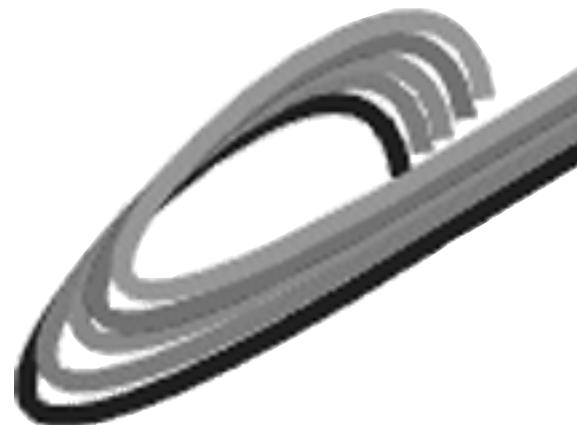
6. Nous insistons sur cette restriction. Il ne s'agit aucunement de classer, hiérarchiquement, les différentes figures du travail thérapeutique de réseau. Le colloque singulier est indiqué dans certaines situations, des dispositifs thérapeutiques collectifs dans d'autres.

7. LEMAIRE J.-M., VITTONI E., DESPRET V., «Clinique de Concertation et Système: à la recherche d'un cadre ouvert et rigoureux» dans Génération, Paris, mars 2003, n° 28, pp. 23-26.

8. Cette expression provient de Mme Franck, infirmière dans un PMS à Grâce-Hollogne.

9. LEMAIRE J.-M., «Gestion des détresses vitales dans la complexité des réseaux interdisciplinaires» dans L'Observatoire, n°2, 1994, p. 46.

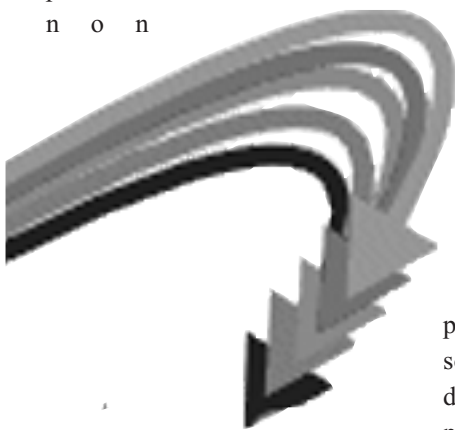
10. Nous insistons sur le fait que la problématique du secret professionnel (cf. notamment DESPRET V., «Le secret est une dimension politique de la thérapie» dans La guerre des psys, manifeste pour une psychothérapie démocratique, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2006) n'est qu'une partie de la problématique plus générale de la sélection des informations utiles.



parler. D'où l'intérêt de la présence des membres de la famille en «Clinique de Concertation», qui aideront les professionnels à bien parler de la situation. D'où, en conséquence, la ferme recommandation, si la famille n'est pas présente, de «parler comme si elle était présente». Tous les membres de la famille deviennent alors des «interlocuteurs»¹¹ au sens fort du terme.

Nous pouvons à présent revenir sur l'expression de notre grand-père, et en comprendre la signification, à travers le thème de l'écoute. La «Clinique de Concertation», en accueillant les intrus, quels qu'ils soient, permet de travailler, même dans le cas de situation fortement polarisée, avec les divers pôles de la famille. Tel était le cas dans la situation que nous avons proposée en guise d'introduction. Or, puisque la «Clinique de Concertation» permet en outre à des professionnels non concernés de travailler sur les situations des familles en détresses multiples, on peut comprendre, avec raison, l'affirmation du grand-père. Il peut être assuré de n'avoir pas tout le monde contre lui. Alors que les professionnels directement concernés sont empêtrés dans son histoire, qui est aussi la leur, des professionnels

n o n



concernés ont la possibilité, donc le droit, d'écouter différemment.

Dans des situations fortement polarisées, alors que l'alliance d'un professionnel pour un membre de la famille devient irrémédiablement un engagement contre l'autre membre de la famille, en «Clinique de Concertation», des professionnels non directement concernés pourront, dans un mouvement de balancier, s'engager dans des alliances pour, permettant de réinstaurer les prémices d'un dialogue, d'un conflit praticable.

Nous voici au centre de la problématique de l'écoute. Les professionnels non concernés ont l'opportunité de proposer aux usagers présents des écoutes différenciées. Ils n'entendent pas la même chose que les professionnels concernés. Or, en «Clinique de Concertation», les questions touchant des choix difficiles, et qui relèvent au premier abord de conflits impraticables, sont toujours précédées d'une attention soutenue envers les conflits praticables. On y touche ainsi en premier lieu des questions liées à la fierté plutôt qu'à la honte, l'on cherche «là où les membres de la familles ont de la force». Il s'agit de passer des conflits praticables aux moins praticables, afin de créer un contexte dans lequel l'identification des désastres ne soit pas destructrice.

Durant ce processus, et *via* l'écoute multiple, les professionnels non concernés sont plus à même de trouver les ressources résiduelles chez chacun des usagers, et surtout entre eux, puisqu'ils abordent la situation par les conflits praticables, sans connaître déjà toute l'histoire, parfois lourde de choix difficiles.

Du point de vue de la personne écoutée, la multiplicité de l'écoute, jusqu'à l'incohérence, est une garantie, bien pressentie par le grand-père. Une écoute unique, dans un cadre thérapeutique classique, peut être considérée comme extrêmement dictatoriale et déterminante. Une écoute neutre n'est aucunement possible. Or, si seule une écoute unique est proposée, l'usager peut avoir l'illusion d'une neutralité, puisque aucune autre écoute ne lui est offerte. En revanche, la multiplicité de l'écoute, dans un cadre thérapeutique collectif, permet de manifester exemplairement la non-neutralité de l'écoute, puisque chaque professionnel replace l'écoute dans un contexte qui lui est propre.

Sans aucun doute cette écoute multiple contribue-t-elle à rendre le cadre thérapeutique plus instable que dans le colloque singulier. Nous estimons cependant que l'instabilité du cadre peut offrir une crédibilité plus grande aux usagers, qui ont eux-mêmes le plus souvent vécu dans une instabilité constante¹².

Cela étant, il ne faudrait pas en conclure, purement et simplement, de l'inanité d'une écoute unique. Nous l'avons dit, le cadre cloisonné de l'alcôve est adéquatement indiqué, dans certaines situations. Mais nous proposons qu'il n'est pas possible de savoir, *a priori*, si les gens sont en attente d'une écoute unique ou d'une écoute multiple. Il semble qu'il y ait une dominance de l'écoute unique et cloisonnée dans les propositions thérapeutiques actuelles, qu'il s'agisse des institutions, ou des écoles de psychothérapie. Ce type d'écoute constituerait l'écoute adéquate, la *bonne* écoute. La «Clinique de Concertation» propose de mettre en équi-

11. LEMAIRE J.-M., «Enfance en danger. Flémalle : un territoire... une porte d'entrée», dans L'Observatoire, n°1, 1993, p. 34.

12. Entretien avec J.-M. Lemaire, «Comparer pour être?», dans C4, n°147/148, septembre/octobre 2006, p. 15.

libre l'écoute unique et l'écoute multiple, car elle estime qu'il est plus difficile de rejoindre une écoute multiple en partant d'une écoute unique, alors que l'on peut rejoindre plus facilement une écoute unique à partir d'une écoute multiple.

Prenons l'exemple du paranoïaque. Faut-il, dès l'abord, lui imposer une écoute unique? Ne peut-on envisager un travail avec lui dans un cadre collectif? Ne se sentirait-il pas plus à l'aise si toutes les personnes susceptibles d'interpréter son discours étaient présentes? L'expérience semble nous enseigner que c'est le cas.

En acceptant, dès l'abord, l'écoute multiple qu'a mise en place la force convocatrice d'une famille en détresses multiples, la «Clinique de Concertation», qui n'a aucune finalité immédiate, permettrait de choisir le type d'écoute qu'il serait opportun de proposer aux usagers. C'est ainsi que chaque «Clinique de Concertation» se clôt par l'ouverture des agendas, des usagers et des professionnels, afin de définir la date mais aussi le type de travail poursuivi, qu'il s'agisse d'une «Concertation Clinique», d'un colloque singulier, ou encore d'une coordination¹³.

En outre, l'écoute multiple proposée dans ce type de cadre ouvert ne se retrouve aucunement en contradiction avec l'écoute unique. Prenons-en pour preuve la possibilité, à chaque instant, qu'ont les usagers de discuter, en aparté, avec les professionnels concernés, à l'abri du collectif.

Nous avons entamé cet article par le bref exposé d'une situation clinique. Rejoignons, en guise de conclusion, à nouveau une situation clinique, puisque les arguments que nous avons développés sont à son service. Lors d'une autre «Clinique de Concertation», toujours à Wavre, fut accueillie une dame limitée intellectuellement. Dans un souci de légitime bienveillance, les professionnels concernés et proches d'elle jugeaient bon de traduire les propos du clinicien, leur semblant trop compliqués pour elle. Cependant, lorsque le clinicien lui demanda à quel moment sa fille lui témoigne de la confiance, elle prit de cours les traductions des professionnels en répondant: «*Quand ma fille, tous les soirs, me demande de m'asseoir au bord de son lit pour lui raconter une histoire*». A ce moment précis, elle devient interlocutrice dans ce contexte collectif d'écoute. Elle prend possession du dialogue, et l'on peut supposer que cette appropriation n'a pu s'effectuer que parce qu'elle a vu, auparavant, les professionnels s'approprier les questions pour les traduire. Et l'on peut supposer qu'une telle appropriation ait pu avoir lieu plus difficilement dans un colloque singulier. Une fois la séance terminée, alors que les commentaires des participants sont recueillis sur le travail effectué, cette dame ne put s'empêcher de déclarer: «*Je ne me suis jamais entendue parler comme cela*». A cela, un psychothérapeute présent à cette séance

de travail ajouta qu'il avait appris, durant sa formation, à «*avoir beaucoup d'oreilles*». Il n'avait jamais pensé jusqu'alors qu'il pouvait s'agir d'«*avoir beaucoup d'oreilles*».

Laurent HALLEUX.
Licencié en philosophie, en administration des affaires, chercheur et gestionnaire de l'Institut Liégeois de Thérapie Familiale.

Jean-Marie LEMAIRE.
Neuropsychiatre, thérapeute familial, Clinicien de Concertation, Directeur du Service de Santé Mentale du CPAS de Flémalle et de l'Institut Liégeois de Thérapie Familiale, Président d'Aide Psychologique Sans Frontière

Références

CHAUVENET, A., DESPRET V., LEMAIRE J.M., La Clinique de la Reconstruction, L'Harmattan, Paris, 1996.

DESPRET V., «Le secret est une dimension politique de la thérapie» dans La guerre des psys, manifeste pour une psychothérapie démocratique, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2006.

LEMAIRE J.-M., «Enfance en danger. Flémalle : un territoire... une porte d'entrée», dans L'Observatoire, n°1, 1993.

LEMAIRE J.-M., «Gestion des détresses vitales dans la complexité des réseaux interdisciplinaires» dans L'Observatoire, n°2, 1994, p. 44-48.

LEMAIRE J.-M., VITTON E., DESPRET V., «Clinique de Concertation et Système: à la recherche d'un cadre ouvert et rigoureux» dans Génération, Paris, mars 2003, n° 28, pp. 23-26.

LEMAIRE J.-M., HALLEUX L.: «Service public et «Clinique de Concertation»: espaces habitables pour une psychothérapie inauthentique» in L'inventivité démocratique aujourd'hui, BRAUSCH G. et DELRUELLE E. (dir.), Editions du Cerisier, 2005, pp.109-134.

Entretien avec J.-M. LEMAIRE, « Comparer pour être ? », dans C4, n° 147/148, septembre/oct * ■ ■

13. La «Clinique de Concertation» propose une typographie des différentes dimensions, figures du travail thérapeutique de réseau: «Clinique de Concertation», Passage, «Clinique du Relais», Colloque singulier, «Concertation Clinique», «Coordination spécifique», «Coordination aspécifique» et «Clinique de Concertation» didactique. Ces différentes figures sont explicitées dans l'agenda: www.concertation.net .