

Le temps d'un stage

note concertative n°5



par Aurore Doré, Liège 2013

Collectif de recherche de la « Clinique de Concertation »

Plumes et porte-plume

Ce texte est extrait du rapport de stage d'Aurore Doré à l'ILTF en 2012-2013.

Les notes et lettres concertatives témoignent du travail mené par le Collectif de recherche de la « Clinique de Concertation ». Ils ne visent pas à une forme aboutie, mais à être remis sur le métier, modifiés et enrichis au fur et à mesure de leur diffusion à travers les différents groupes et territoires du collectif.

J'ai effectué mon stage avec l'Institut Liégeois de Thérapie Familiale (ILTF) sous la responsabilité du Dr Jean-Marie Lemaire. L'ILTF est une association sans but lucratif qui chapeaute les activités de la « Clinique de Concertation ». C'est le Dr Lemaire qui est à l'origine de ce dispositif.

La « Clinique de Concertation »

Le terme de « Clinique de Concertation » est né à Wavre (Brabant Wallon) en 1996, lors d'une rencontre de Concertation Psycho-Sociale. (Dekeyser, 2009) Le Dr Jean-Marie Lemaire évoque aussi les apports d'Antoinette Chauvenet (sociologue) qui l'ont aidé dans sa réflexion. Il se base, entre autres, sur le livre de cette dernière « La protection de l'enfance : une pratique ambiguë (publié en 1998 chez L'Harmattan). La « Clinique de Concertation » est un dispositif à plusieurs niveaux mis en place pour soutenir le travail thérapeutique de réseau avec les familles en détresses multiples. La démarche est d'ouvrir la pratique des professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle ainsi que d'apprendre à mieux travailler ensemble AVEC les familles. Ce 'avec' a toute son importance. En effet, le dispositif implique que les familles sont au même niveau que les professionnels et elles peuvent apporter leur expertise. C'est donc un dispositif pluridisciplinaire où chaque professionnel, à son niveau, a de l'importance. On dit d'ailleurs que c'est un dispositif où la « propriété de l'efficacité » n'a pas sa place. Elle ne saurait être identifiée puisque chacun a un rôle primordial à jouer. La « Clinique de Concertation » s'appuie sur les situations qualifiées 'sans issue', complexes et qui mettent à mal les professionnels, pour y puiser des éléments méthodologiques exploitables.

Il faut garder à l'esprit que le dispositif « Clinique de Concertation » est présent sur différents territoires. On le retrouve en Belgique (ILTF), en France (Association Française pour la « Clinique de Concertation », A.F.C.C.), en Suisse, en Algérie et en Italie (Association pour la « Clinica della Concertazione », A.I.C.C.). Au sein de ces territoires, plusieurs villes sont impliquées, qui peuvent être consultées sur le site internet du dispositif. Je suis restée en Belgique et j'ai également pu profiter de l'expérience parisienne (notamment au sein de l'association École et Famille). Il est à noter que les professionnels belges sont actuellement en train de mettre en place une Association Belge pour la « Clinique de Concertation ».

L'outil « Clinique de Concertation » se retrouve dans différentes rencontres. Chaque année un séminaire a lieu. Il regroupe tous les professionnels des différents territoires qui sont impliqués, invités ou viennent découvrir la « Clinique de Concertation ». J'ai commencé mon stage par ce séminaire. Il avait lieu à Namur et c'était un premier contact déstabilisant. Néanmoins avec le recul, c'était un point de départ privilégié. En effet, au sein de ce dispositif, il est conseillé de 'penser par l'effet'. Ce séminaire à Namur était justement un effet de tous les autres types de rencontres qui se déroulent tout au long de l'année. Les autres rencontres sont les suivantes : les 'cliniques de concertation', les séminaires de sensibilisation, les supervisions (et interventions), le soutien institutionnel aux

pratiques de concertation, les formations (formations, formations-action, modules spécifiques). Elles sont consultables sur l'agenda de la 'Clinique de Concertation'. Elles sont ouvertes à tout professionnel intéressé moyennant un mail d'avertissement au responsable de la rencontre.

- **Les dispositifs**

- « Cliniques de concertation » et « Concertations cliniques »

Les « Cliniques de Concertation » ont lieu mensuellement, sur la base d'une convention. Elles associent pratique clinique et expérience formative. Lors de ces cliniques se réunissent des usagers activateurs du réseau, des professionnels directement concernés, potentiellement concernés et non-directement concernés. Un clinicien de concertation animera la rencontre à l'aide d'un « Sociogénogramme » (je reviendrais plus loin sur cet outil spécifique). Les « Cliniques de Concertations » auxquelles j'ai pu assister se sont déroulées à Rixensart et Bruxelles.

Au même niveau que les « Cliniques de Concertation », il existe aussi deux autres pratiques : les 'concertations cliniques' et les cliniques du relais.

Les « concertations cliniques » sont des rencontres ponctuelles lorsqu'un nombre important de professionnels sont mis au travail et 'déconcertés' par une famille en détresses multiples. Dans ce cas, ces professionnels peuvent s'associer pour demander l'aide d'un « Clinicien de Concertation ». Elle se composera d'au moins deux séances cliniques où se rencontrent les usagers et les professionnels directement concernés.

L'autre pratique est la clinique du relais. C'est l'accompagnement d'un ou plusieurs usagers par un professionnel vers un autre professionnel. Ce n'est bien entendu pas un service proposé par la « Clinique de Concertation » mais c'est une pratique qui est fortement soutenue.

- Les Séminaires de Sensibilisation

« De tels séminaires, d'une durée de un à trois jours, sont destinés à faire connaître, par des exposés théoriques succincts et des mises en pratique immédiates (études de cas dans le respect des règles éthiques développées dans les « Cliniques de Concertation »), les principes et les potentialités des « Cliniques de Concertation » et des autres dispositifs du Travail Thérapeutique de Réseau » [source : www.concertation.net] L'un des derniers séminaires de sensibilisation mis en place s'est déroulé en France, à Nantes. Il a été organisé à la demande du conseil général de Loire-Atlantique.

Au même niveau que ces séminaires, je place les **ateliers transmissions**. Lors de ces derniers, plusieurs professionnels se réunissent autour d'un ordre du jour pour une réflexion théorique et pratique. Ils s'interrogent par exemple sur la circulation des informations entre professionnels, l'utilité d'un tour de présentation,...

○ Les Supervisions (et Intervisions)

Les intervisions sont organisées dans différents pays, sur demande des professionnels. Ce terme est souvent préféré à celui de 'supervision' où un professionnel se placerait au-dessus du groupe.

A la demande des institutions, il y a également le **soutien institutionnel aux pratiques de Concertation**. Ces institutions peuvent bénéficier de ce soutien afin de s'intégrer et de promouvoir le travail thérapeutique de réseau. Cela implique de la part de l'institution une volonté de « *reconnaître et valoriser les champs de recouvrement inter-professionnels et interinstitutionnels activés par les usagers.* » En d'autres termes, il s'agit pour l'institution de rester ouvert ou de s'ouvrir au réseau, d'accepter les champs de recouvrement.

○ Les Formations

« Des formations sont elles aussi organisées dans plusieurs pays. Elles sont ouvertes à tous les professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle désireux de se familiariser à une méthode de « Travail Thérapeutique de Réseau ». Ces formations se déroulent à raison de treize journées réparties sur une année selon un programme établi. Elles donnent droit à une attestation de fréquentation. Elles font partie du cursus qui permet d'atteindre les différents niveaux de reconnaissance des 'Cliniciens de Concertation'. » [source : www.concertation.net]

J'ai pu bénéficier parallèlement de deux formations, mais je n'ai pu suivre l'ensemble des treize journées. La première que j'ai suivie a lieu à Paris et la seconde se déroule à Rixensart. Une journée de formation est divisée en deux parties. Dans un premier temps, c'est la théorie qui est abordée puis dans un second temps, on s'exerce à voir comment cette théorie peut être appliquée à la pratique.

Pour les professionnels/institutions qui ne seraient pas en mesure de suivre l'ensemble de la formation, la « Clinique de Concertation » propose des **modules spécifiques**. Lors de ces modules spécifiques (qui durent trois jours), des groupes informels prennent des informations sur un aspect plus particulier de la « clinique de concertation ». Il existe deux niveaux de modules spécifiques. Les modules qui ne demandent pas une sensibilisation préalable (e.g. Le secret, la mise au secret, la « sécrétion du secret » dans les « Cliniques de Concertation »). Les autres modules supposent une certaine familiarité avec les concepts de la « Clinique de Concertation » (e.g. Neutralité/Partialité multidirectionnelle).

Enfin on trouve les **formations-action**. Ce dispositif ne respecte pas aussi méticuleusement le programme de la formation. Il s'articule davantage avec les situations rencontrées dans la pratique. Il est plus dépendant des situations concrètes rencontrées dans la partie clinique du dispositif. Les territoires Flémallois (Belgique) et de Cergy (France) sont

particulièrement actifs en terme de formation-action. Ces rencontres se déroulent une fois par mois et accueille des professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle.

- **La place du stagiaire**

- Autonomie

Un stage avec la « Clinique de Concertation » demande une bonne autonomie. En effet, les rencontres se déroulent sur différents territoires dans lesquels il faut se retrouver. Il est demandé au stagiaire de prévenir de sa présence. Pour cela l'utilisation de l'agenda doit être maîtrisé. De plus, avertir de sa présence ne signifie pas demander la permission. La « Clinique de Concertation » fonctionne selon un principe d'ouverture totale. Si la présence d'un stagiaire pose problème à l'un des professionnels, il faut que sa position soit justifiée. La « Clinique de Concertation » s'oppose à une fermeture à priori. Le principe d'un dispositif hermétique est rejeté.

Le fait d'être en Belgique et en France suppose de faire le lien entre les multiples appellations des institutions. Pour n'en citer que quelques-unes, un SSM (Service de Santé Mentale) est un CMP en France (Centre Médico-Psychologique) ; le SPJ (Service de Protection de la Jeunesse) est l'équivalent de la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse) en France ; l'AWIPH (Association Wallone pour l'Intégration des Personnes Handicapées) est appelée MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) en France,... Il est donc nécessaire de pouvoir jongler entre les différents sigles. Tout en sachant que ces sigles ne correspondent pas forcément aux mêmes financements/subsides en France et en Belgique.

- L'intrus

Être stagiaire en « Clinique de Concertation » peut être mis en lien avec le terme d'intrus. Car le stagiaire fait intrusion, apporte un regard extérieur, sur le dispositif en place. Avec la « clinique de Concertation », être intrus est une ressource. En effet, les professionnels comptent sur les personnes extérieures pour avoir un regard critique sur le dispositif. Le recul d'une personne extérieure permet également de se décentrer de la situation, notamment en sélectionnant les informations qui sont partageables. Lors d'une journée de formation à Paris (19 avril 2013) Naïma Outzit (Parent-relais à École et Famille) soulignait qu'il faut aussi accepter d'être 'intrus à soi-même'. C'est à dire d'aller au-delà de ses propres limites, accepter de s'exposer au regard des autres. Et également d'exposer sa pratique professionnelle aux autres. Le travail en « Clinique de Concertation » suppose de sortir de l'espace clos de la pratique habituelle qui se fait souvent « à l'abri du regard des autres » (Michaud, 2007) Ce statut d'intrus implique aussi une participation active. Ses interventions peuvent être des ressources et être déconcertantes.

L'un des outils de la Clinique de Concertation est le tour de présentation. Lors de ce tour de

présentation, tous les participants se présentent et c'est déjà un premier contact avec le groupe. De quelle façon allons-nous nous présenter, quelles informations données sur soi ? Tout comme les autres outils de la « Clinique de Concertation », le tour de présentation est souvent remis en question. Une fois un groupe installé, on pourrait penser qu'il devient superflu. C'est là que l'intrus vient déstabiliser les habitudes, sa présence impose de faire les présentations. Cette règle de la « Clinique de Concertation » est devenue pour moi un outil essentiel. Quand je me retrouve dans un groupe en dehors de mon stage et qu'il n'y a pas de tour de présentation, je ressens un certain manque.

- Compte-rendus

Une tâche spécifique qui m'a été confiée ponctuellement est la rédaction de procès-verbaux des rencontres. Il s'agit de prendre en note scrupuleusement les échanges. La rédaction de ces comptes-rendus est d'ailleurs souvent débattue au sein des « Cliniques de Concertation ». Leur longueur, la façon dont ils sont transmis sont soumis à l'appréciation de chaque groupe. Pour ma part, j'ai pris note pendant des rencontres multifamiliales à Saint-Ouen l'Aumône (France), et lors d'un atelier transmission à Tubize. La rédaction d'un compte-rendu est fastidieuse, néanmoins elle permet d'être attentif au vocabulaire employé par les participants. A l'occasion d'une « Clinique de Concertation » (à Bruxelles), une maman faisait justement remarquer ses difficultés face aux psychologues qui peuvent déformer les paroles d'usagers. Elle ajoutait qu'elle appréciait l'exactitude des interventions dans les comptes-rendus. C'était pour elle une marque de respect et de reconnaissance de sa parole.

Pour revenir à la transmission des informations, il faut savoir qu'une fois validé par les présents, le compte-rendu devient partageable. La forme la plus employée est la suivante : une partie générale où les informations sont moins sensibles ; et une partie plus spécifique qui implique que les intervenants présents lors de la rencontre ont été attentifs à ce qu'ils ont dit. Tous les présents savent que leurs interventions sont prises en note et pourront faire l'objet d'une diffusion. Ils ont la liberté ponctuelle de dire qu'ils ne souhaitent pas qu'une de leurs interventions soit notée. Mais comme le souligne Pierre Michard (2005, p.14) « ce que vise le thérapeute [dans l'approche contextuelle] est une parole dévouée, engagée dans le vrai ». Et cette parole est une construction faite à plusieurs.

Apprentissages

La « Clinique de Concertation » a été l'occasion de multiples apprentissages. Ils ont été l'objet d'une évolution et d'une maturation tout au long du stage. Certaines notions ont été abordées à de multiples reprises. Leur implication n'était pas forcément évidente au premier abord, mais en faisant des liens avec la pratique, c'est devenu plus palpable.

- **L'approche contextuelle**

L'approche contextuelle de Boszormenyi-Nagy constitue la base de la « Clinique de Concertation ». Cette approche a été pour moi un des premiers apprentissages car elle ne m'était pas du tout familière. L'approche contextuelle c'est en premier lieu, un vocabulaire spécifique à assimiler. On parle d'éthique relationnelle, de partialité mutidirectionnelle, de force convocatrice des familles, de ressources résiduelles, de donner et de prendre... Il a donc fallu acquérir des connaissances nouvelles. Durant le stage, ces notions théoriques se sont éclairées grâce notamment aux exemples cliniques apportés par les collègues. C'était d'ailleurs intéressant de constater que les notions se faisaient plus compréhensibles au fil des rencontres pour les professionnels eux-mêmes.

En décrire tous les termes et concepts seraient trop fastidieux, pour plus de détails, je renvoie le lecteur à la bibliographie (non-exhaustive) de ce rapport. De même une bibliographie est également disponible sur le site internet de la « Clinique de Concertation » : www.concertation.net. On y retrouve les ouvrages et articles de références qui ont précédés et suivis la création de la « clinique de concertation ». J'ai choisi d'aborder la notion d'éthique relationnelle. Ce terme est une proposition de Boszormenyi-Nagy afin de créer un « levier sur le plan thérapeutique » (Michard, 2005, p.1) On distingue quatre dimensions à la relation : les faits, le psychisme, le social et l'éthique relationnelle. Ce ne sont que des portes d'entrées dans la thérapie et elles sont interdépendantes. Ces dimensions existent les unes par rapport aux autres. Toutes les dimensions sont impliquées et elles ne répondent pas à une logique hiérarchique. Michard (2005, p.102) rappelle que « chaque dimension est un regard sur la relation [...] en même temps un foyer de ressources thérapeutiques. » Pour Boszormenyi-Nagy, ces quatre dimensions ne pourraient fonctionner indépendamment, elles sont similaires aux quatre pieds d'une chaise qui permet le maintien de l'ensemble. Explorons chacune des dimensions rapidement.

→ La **dimension des faits** est composée des éléments non-relationnels, ce qui peut aussi être appelé la « dimension du destin » (Michard, 2005, p.107) : être né homme ou femme, avoir un handicap congénital... Le thérapeute peut poser sur ces éléments une ouverture au dialogue pour explorer ce que les membres de la famille font des avantages et/ou des fardeaux.

→ La **dimension de la réalité psychique** considère l'individu comme un tout psychique. On

retrouve ici les motifs conscients et inconscients, les motivations personnelles. Ce sont les éléments individuels (e.g. affects, culpabilité,...) qui déterminent la façon d'entrer en relation du sujet.

→ La **dimension transactionnelle** est celle où on retrouve la notion de système. C'est dans cette dernière que les termes de mythes, de scripts, de rôles familiaux sont utilisés. C'est le domaine privilégié de l'approche systémique où le thérapeute cherche à analyser la fonction du symptôme pour la famille et le patient désigné. Le fonctionnement familial est réfléchi en termes d'alliances, de triangles relationnels...

→ La **dimension de l'éthique relationnelle** est aussi appelée « la dimension de la considération due et de la confiance méritée » ou encore la « dimension de la justice dans la relation » (Michard, 2005) . Cette dimension considère les « liens de comptes » (p.120) qui existent entre un individu et son monde. On retrouve alors des termes tels que mérite et dette, responsabilité, loyauté. On observe ici l'interdépendance qui relie tous les individus. L'accent est mis sur les conséquences dans la relation, pour les générations futures, c'est cela qu'on entend quand on dit qu'il faut penser par les effets.

Boszormenyi-Nagy ne tient pas à développer une nouvelle théorie mais s'appuie sur celles qui existent déjà. C'est pourquoi chaque professionnel peut retrouver une partie des enseignements qu'il a reçus pendant sa formation de base.

La « Clinique de Concertation » (2011) s'appuie sur l'éthique relationnelle, cette pierre angulaire de l'approche contextuelle : « *Par contexte, on entend le fil organique entre ceux qui donnent et ceux qui reçoivent qui forme une toile de confiance et d'interdépendance. Le contexte humain embrasse les relations actuelles d'une personne autant que son passé et son avenir.* » La « Clinique de Concertation » baigne donc dans cette notion de contexte. Elle est attentive aux relations, autant entre les membres des familles entre eux, avec les professionnels mais aussi entre les professionnels. Laurent Faivre (2010) souligne en parlant d'une des figures du travail thérapeutique de réseau, la clinique du relais, que « *On peut supposer qu'un individu voyant travailler deux professionnels attentifs à montrer dans leur rapport interprofessionnel respect, écoute, précaution, etc., enregistrera ce mode de fonctionnement et le transformera par contamination avec l'un de ses proches.* » Cette manière de travailler est caractéristique de la « Clinique de Concertation. » On parle de travail « De proche en proche » : on part d'une relation et on voit où nous même sa trace. Ces éléments deviennent visibles grâce, notamment, au « Sociogénogramme ». C'est ce travail « De proche en proche » qui permettra de construire la confiance, au-delà même de la famille, on parle alors de « contexte extensif de confiance ».

Pour expliquer la « Clinique de Concertation », Patrice Maniglier (2006) s'exprime en ces termes « *mettez les problèmes ensemble et vous trouverez une solution. C'est en additionnant les problèmes qu'on les résout, merveilleuse arithmétique de cette clinique, c'est donc un problème d'ingénierie du travail social, de tuyauterie des institutions de prise en charge, le « Clinicien de Concertation » est une sorte de plombier un peu bizarre qui vient raccorder des canalisations orphelines et ré agencer un réseau qui ne conduit pas ses flux là*

où ils pourraient circuler. » C'est une façon de faire assez déstabilisante voire dérangeante au premier abord. En effet, l'idée d'additionner les problèmes reste assez contre-intuitive. Pourtant pour certaines familles, c'est cette vision dans le réseau qui mettra le plus au travail.

Une autre chose marquante au sein de la « Clinique de Concertation » est la façon de s'exprimer. Le focus n'est plus le même et on trouve des questions du type : « *Qui compte sur vous ? Qui soutient qui ? Qui est le plus en difficulté dans cette situation ? Quelle est la souffrance pour laquelle votre enfant a tenté de vous aider ?* » (Pierre Michard, 2005, p.48/49) Toutes ces questions viennent explorer le sentiment de responsabilité humaine. Mais ce sont également des questions pour amorcer le dialogue d'une façon peu courante. On entend aussi en « Clinique de Concertation » qu'on peut être « redevable des familles qui nous activent » (Collectif de recherche de la « Clinique de Concertation », 2011) Là encore on retrouve l'approche contextuelle. Cette notion d'être redevable est directement en lien avec le concept d'éthique relationnel. Pierre Michard (2005) explore également d'autres notions qui relèvent de l'approche contextuelle mais qui ne seront pas développées ici, par exemple la loyauté, la légitimité, la réciprocité...

Une des demandes faites aux familles qui viennent en Clinique de Concertation, c'est de venir avec toutes les personnes qui leur semblent utiles. Cela signifie que si la présence de la pharmacienne du bout de la rue semble utile à la famille, elle a d'office sa place dans la rencontre. Cela signifie aussi que les familles sont prévenues que des professionnels qui se sentent concernés peuvent être présents (s'ils ont prévenus de leur venue). Cette ouverture entraîne forcément des questionnements. Cette présence en plus, qui peut être rattachée à la figure de l'intrus évoqué précédemment, va nous permettre d'aborder le prochain point qui est la circulation des informations. C'est un titre que j'ai emprunté à la formation proposée par la « Clinique de Concertation » et qui en entier donne : « La sélection, la transformation et la circulation des informations utiles et l'une de ses figures : le secret professionnel ». Ce sujet est une constante source de réflexions au sein de la « Clinique de Concertation ».

- **La circulation des informations**

« Nous avons découvert que, dans certains cas, nous trouvons plus de ressources dans les salles d'attente que dans les cabinets de consultations. » (Jean-Marie Lemaire, 2011) Cette phrase m'a semblé être appropriée pour introduire la réflexion au sujet des informations. L'une des réticences des professionnels quand on évoque la « Clinique de Concertation » concerne le secret professionnel. Mais ces mêmes professionnels sont également témoins que l'information est parfois déjà partagée en dehors des murs du cabinet ; elle est même parfois créée sur la voix public. Le Dr Lemaire appelle par exemple les véhicules de service des « cabinets de consultation à quatre roues » parce qu'il s'y passe souvent beaucoup de choses riches. On voit donc que la circulation des informations est un point important à réfléchir. La « Clinique de Concertation », en s'appuyant sur l'approche contextuelle de Boszormenyi-Nagy, préfère baser son cheminement sur les informations qu'on se 'doit' de

partager.

Avant les différentes rencontres pluridisciplinaires, Jean-Marie Lemaire (2011) rappelle qu'il est demandé à la famille : « dites-nous s'il y a des choses dans cette réunion que vous préféreriez que nous ne disions pas ». C'est un travail en amont du tri des informations utiles ou non. Il ajoute (2011) « *ce qui ne veut pas dire que l'on sera en accord avec leurs préférences mais qu'on pourra leur dire moi je préférerais quand même le dire même si vous ne préférez pas le dire. Mais surtout d'ajouter "est ce qu'il y a des choses que vous voulez que je dise, qui vous sont importantes ?"* » Cet exercice est aussi réalisé au cours de la formation avec des questions comme celle-ci : « quelle question voudriez-vous que je vous pose pour apprendre une chose intéressante sur vous ? » C'est un exercice déstabilisant pour le thérapeute qui a plutôt l'habitude de focaliser sur les symptômes, les problèmes et qui sans cesse fait la liste des choses qu'il ne doit pas dire. La « Clinique de Concertation » propose de se décentrer pour travailler sur des chemins plus complexes et tortueux.

Pour illustrer ce changement de focus, Jean-Marie Lemaire (2011) donne l'exemple de la Scandinavie où « *des thérapeutes familiaux inventifs ont retourné le miroir sans tain, ce sont les membres de la famille qui observent les membres de l'équipe thérapeutique en discussion. Les usagers observent comment les intervenants travaillent ensemble* ». Ce retournement permet d'amorcer un travail plus praticable avec les familles en détresses complexes et multiples. C'est le retournement qu'on observe lors des tours de présentation : la famille se présente en dernier. Elle a donc l'opportunité d'observer les relations entre professionnels avant.

Afin de respecter ses principes, la « Clinique de Concertation » obéit, entre autres, à une règle qui paraît assez simple. Il faut toujours parler des absents comme s'ils étaient présents. Bien qu'elle n'apparaisse pas compliquée, l'application de cette règle n'est pourtant pas toujours évidente. C'est là que la force du collectif va avoir son impact. On peut compter sur le groupe pour nous rappeler à l'ordre : « est-ce que vous le diriez comme ça s'ils étaient là ? » Certains professionnels ont des difficultés face à ce principe. En effet pour ces derniers, il est indispensable d'avoir un espace de parole où s'exprimer sa frustration, son mécontentement et lâcher la pression.

De la même manière, si lors d'une rencontre de formation le groupe vient à parler d'une famille en particulier, en dessinant son « Sociogénogramme », le professionnel qui suit la famille est invité à lui montrer le rendu. Cela permet de lui signifier que ses activations ont permis la mise au travail d'un groupe. Le retour vers les familles est fortement encouragé et tout au long de la réalisation du « Sociogénogramme », l'animateur rappellera les principes de base de « clinique de concertation ». Néanmoins, il est recommandé de ne pas essayer de penser pour les absents. Quand on ne connaît pas une activation ou qu'on n'a pas un renseignement, il est recommandé de ne pas partir en spéculation. Il faut s'en tenir à on ne sait pas ou encore se dire qu'on demanderait à la famille si elle était présente.

Un autre aperçu de la circulation de l'information est visible à travers la diffusion des lettres et notes concertatives. Elles sont l'objet d'un travail collectif et sont toutes disponibles sur le site internet www.concertation.net. Elles ont d'ailleurs été mon support de travail dans la rédaction de ce rapport. De même toute rencontre donne lieu à un compte-rendu. Suivant les rencontres, ce dernier peut être accessible sur demande. Sachant qu'il a d'abord été validé par tous les présents. Lors de la prise de note, j'ai essayé de rester au plus près de ce qui était dit pendant les rencontres. Pourtant nous avons souvent l'habitude de reformuler les idées pour gagner du temps. Mais souvent chaque mot utilisé est important. L'exemple qui m'a le plus marqué, et que j'ai déjà évoqué, c'est dire que l'on travaille AVEC les familles plutôt qu'autour ou pour elles.

De la même manière, le travail thérapeutique devient un accompagnement des familles plutôt qu'un assistanat (Collectif de recherche de la « Clinique de Concertation », 2011) Cette précision dans le vocabulaire nécessite une attention particulière. Pour retranscrire toutes les rencontres chaque lieu a sa spécificité. Par exemple, l'AFFCC bénéficie des services d'une verbaliste, tandis que Rixensart filme les rencontres qui sont ensuite mises à l'écrit. En revanche l'interservice de Flémalle a décidé pour les prochaines rencontres d'adopter un style plus synthétique. Le but est d'être lu plus facilement par les politiques. Néanmoins, une des idées en cours est de faire une synthèse pour les politiques et un compte-rendu complet pour les présents. Quel que soit le mode de transmission, la « Clinique de Concertation » tient à cette richesse dans la prise de note. C'est l'attention qui a précédé tout le travail, dont l'amorce se trouve au tour de présentation, qui garantit le respect de chacun.

Jean-Marie Lemaire (2011) précise « il faut des années de formation pour réussir à faire du travail thérapeutique dans un contexte restaurateur de banalité » Il utilise ces mots pour rendre compte des échanges pendant les rencontres. Lors d'une « Clinique de Concertation » en Algérie, il a d'ailleurs consacré un temps pour être clair sur la désignation de la grand-mère (présente), devait-elle être désignée en tant que grand-mère, mère ou autre. Ces interrogations peuvent paraître banales et pourtant elles recouvrent des aspects importants. Le premier étant d'inscrire cette dame dans la rencontre, la responsabiliser pour qu'elle puisse avoir sa place active dans les échanges.

- **Le secret professionnel**

Cette notion, qui m'a beaucoup fait réfléchir, fait également réfléchir les professionnels impliqués dans la « Clinique de Concertation ». En effet, le dispositif de la « Clinique de Concertation » implique la réunion pluridisciplinaire entre les professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle. Chacun n'a pas les mêmes informations concernant un individu et une famille. Se pose alors systématiquement la question de ce qui est partageable avec le groupe et ce qui ne l'est pas. C'est donc le secret professionnel qui est au cœur du débat. La « Clinique de Concertation » ne nie pas son importance mais se refuse à une culture du secret où tout serait hermétiquement cloisonné.

C'est un changement de position car on réfléchit à ce qui peut être dit, à ce qui peut faire honneur à la famille plutôt que de se baser sur ce qui ne doit surtout pas être partagé. En tant que futur psychologue, c'est nécessairement un point qui questionne. Mais au fil des rencontres, on réalise que c'est un questionnement commun qu'on peut construire avec les collègues dans le réseau.

Ce partage suppose une confiance dans le groupe et en sa capacité à faire le tri entre ce qui est partageable et ce qui ne l'est pas. C'est une responsabilisation de chacun face à ce qui est partagé dans le groupe. Le tour de présentation en est un outil précieux. Quand un usager ou une famille sont présents, ce seront toujours les derniers à se présenter. Cela garantit que les professionnels ont accepté de s'exposer avant eux. C'est une des grandes forces de la « Clinique de Concertation » à mon sens. La possibilité pour un ou plusieurs professionnels, à un moment donné dans le temps, de s'arrêter pour renvoyer à la famille qu'on a besoin de son aide. Considérer que les familles peuvent être une ressource pour mieux travailler entre professionnels et avec elles.

Le partage d'informations utiles est questionné également pendant la réalisation du « Sociogénogramme ». C'est en effet un moment où les multiples relations sont abordées et qui nécessite alors la plus grande prudence.

- **Le « Sociogénogramme »**

Un des outils utilisé par la « Clinique de Concertation » est le « Sociogénogramme ». C'est une représentation graphique des activations du réseau par la famille. Les « Cliniciens de Concertation » le qualifient souvent de gribouillis. En effet, il peut atteindre des dimensions impressionnantes et embrouillées. Cet outil permet de *« consolider, de confronter, de confirmer la place que [les membres des familles] ont toujours eue : être les activateurs des réseaux d'aide, de soin, d'éducation et de contrôle qui se construisent avec eux. »* (Lemaire, 2010)

Il est régi par un code couleur (voir légende ci-dessous) et nous oblige à ralentir, à d'abord rester dans le « vert » du côté des professionnels. C'est un outil très déstabilisant au premier abord. Une maman l'exprime en ces termes lors d'une rencontre multifamiliale avec l'association École et Famille : « qu'est-ce qu'il fait avec son dessin, on est plus à la maternelle ». Néanmoins, à l'usage chacun peut trouver sa place dans cette représentation. On peut se situer facilement sur le dessin. Cela nous aide également à focaliser sur les activations dans le réseau. C'est également un outil de prise de note : tout est représenté et lorsqu'on est présent lors de sa réalisation, c'est beaucoup plus facile de s'y retrouver. Une fois que le code couleur est assimilé, le « Sociogénogramme » devient assez simple d'utilisation. Et pourtant, cela n'enlève rien à sa complexité. Il est toujours le support de différentes réflexions. Par exemple, tel professionnel est ami avec l'usager, devra t'on le dessiner en vert ou en noir ? En d'autres termes se considère t'il avant tout comme un **professionnel** ou comme l'**ami** de la famille. D'autres questions émergent pendant la réalisation de ce dessin et sont autant de points d'appui pour le travail



Légende du sociogénogramme



Noir : Ceux qui vivent ensemble

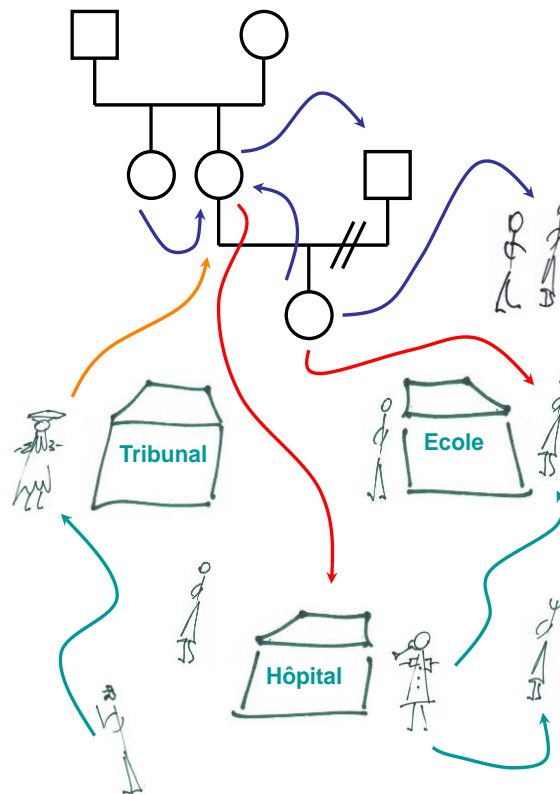
Ex: Famille de trois générations, parents séparés

Noir : Autres personnes qui partagent la vie collective

Ex: Les condisciples de l'école maternelle

Vert : Ceux qui travaillent ensemble

Ex: Ecole, Directeur d'école, Institutrice, Psychologue scolaire, juge,...



Flèches bleues : entre ceux qui vivent ensemble

Ex: La mère affronte le père, la tante aide la mère, la fille se fait du souci pour sa mère quand elle est triste.

Flèches oranges : entre ceux qui travaillent ensemble et ceux qui vivent ensemble

Ex: Le juge décide qui des deux parents a la garde principale de la fille.

Flèches rouges : entre ceux qui vivent ensemble et ceux qui travaillent ensemble

Ex: La fille s'adresse à l'institutrice de l'école maternelle.

Flèches vertes : entre ceux qui travaillent ensemble

Ex: L'institutrice interpelle le médecin de l'hôpital, le médecin interpelle la psychologue.

De nombreuses autres notions n'ont pas été développées ici, qui pourtant peuvent s'avérer utiles. Elles aussi ont été l'objet d'acquisition, comme par exemple les termes « ressources résiduelles ». C'est souvent un tout petit quelque chose qui vient faire tâche ou qui interpelle dans la situation. C'est aussi ce qu'un usager va faire pour les autres mais qu'il n'arrive pas à faire pour lui. Laurent Faivre (2010) l'exprime en ces termes « *sur fond de désastre, on va s'atteler à identifier ces réservoirs pour reconstruire le lien. L'essentiel étant de repérer ces petits moments, ces petits gestes où la confiance surgit.* ». Il rappelle que c'est la base de l'approche contextuelle qui ne se centre pas sur les déficits et utilise les ressources comme une mise au travail. Il ne faut pas pour autant passer pour des naïfs en voyant la situation à travers un œil de bisounours (formulation empruntée à Muriel Exbrayat lors d'une formation à Rixensart).

Pour Jean-Marie Lemaire (2010), le « Sociogénogramme » permet de « contextualiser les

événements, de préciser la trajectoire des activations que nous représentons. À partir d'une certaine masse critique, le "Sociogénogramme" révèle des interactions inattendues. Réalisé en présence d'une famille, il devient un objet transitionnel qui attire l'attention et la modifie, bientôt on se préoccupe plus du dessin que de l'urgence et le détour peut se révéler créatif. »

Lors des formations, il est rappelé qu'une fois que les cinq feutres ont été utilisés, c'est qu'on se rapproche de cette masse critique. Celle-ci permet de reconnaître des zones plus ou moins praticables pour le travail de réseau. Le « Sociogénogramme » est aussi un outil qui aide à repérer des zones d'isomorphisme. J'ai trouvé que ce support visuel a vraiment un potentiel intéressant notamment quand on suit une formation en systémique.

Le « Sociogénogramme » nécessite une certaine familiarité avec le vocabulaire de la « Clinique de Concertation ». En effet, pendant la réalisation le Clinicien de Concertation va poser des questions : être mis au travail par ? Être activé par ? Ce sont des expressions qui font partis du langage commun au sein des cliniques de concertation et qui ont tout leur poids. Il s'agit d'aller au-delà du concept de la demande. Il faut faire attention, cela ne veut pas dire qu'elle n'a pas son importance. Mais dans certaines situations, cette question de la demande ne permet pas d'avancer.

En « Clinique de Concertation » si une personne ne vient pas à un rendez-vous c'est considéré comme une activation. La réalisation du « Sociogénogramme » suppose d'utiliser la forme passive « par qui a été activé ? » C'est un exercice difficile qui ne vient pas naturellement et nécessite une certaine pratique.

Le fait de se concentrer en premier lieu sur les rapports qui existent entre les professionnels du réseau permet aux familles d'avoir un temps d'observation. Pour une fois, on ne commence pas par développer leur situation, on se penche d'abord sur les activations entre professionnels. Ce point de départ est capital pour la suite de la rencontre. C'est le moment où les professionnels se laissent observer, laisse leur travail être regardé.

Une des pratiques de la « Clinique de Concertation » est de donner le « Sociogénogramme » aux familles à la fin de la rencontre. Cela laisse à nouveau une trace du travail fait, sur lequel on peut revenir plus tard. Pour terminer, il ne faut pas faire l'erreur de penser que le « Sociogénogramme » est magique et qu'il permet de trouver une solution. Il est là avant tout pour retracer l'histoire des liens et pour prendre soin de ces liens. Au sein de la « Clinique de Concertation », on offre un espace une ouverture pour le réseau. Mais cela ne signifie pas qu'elle se substitue au travail quotidien des professionnels.

Retour sur expérience

Les apprentissages précédents sont intéressants pour ma future pratique professionnelle. Je considère que j'ai acquis certaines des notions, mais je ne prétends pas les maîtriser complètement. Devenir « Clinicien de Concertation » requiert une formation de deux ans. A cela s'ajoute, bien entendu, l'application des principes qui nécessite de travailler au sein d'un réseau. Je garde certains des concepts abordés comme ayant un potentiel puissant pour le travail thérapeutique.

La « Clinique de Concertation », c'est aussi des rencontres. Et ce autant avec des usagers qu'avec des professionnels. Toute la richesse du réseau est représentée avec de multiples institutions et fonctions. Au-delà des temps de rencontres formelles, les moments informels étaient également source d'échange. En tant qu'étudiant, c'est une opportunité à ne pas laisser passer. Nous avons rarement l'occasion d'échanger avec autant de professionnels d'horizons et de parcours différents.

Laurent Faivre (2010) souligne que les professionnels qui se réunissent grâce à la « Clinique de Concertation » partagent *« sans doute une même expérience : celle d'avoir été devant des individus en détresses multiples ou des cas complexes, perplexes, épuisés, déchirés, démembrés, dé-professionnalisés, dé-personnalisés... bref déconcertés. Nous avons expérimenté les situations de « déconcertation », de lamentations, de confusion qui ont pu laisser des traces de moments douloureux parce que fait de doutes et de questionnements. »*.

Les professionnels trouvent dans ce dispositif une assise à leur pratique et des points d'appui au sein du réseau. Certains suivent le dispositif par volonté, d'autres par obéissance. En général c'est souvent une association des deux, quelle que soit l'activation c'est un premier point de départ pour la réflexion.

Pour conclure, il n'est pas aisé de retracer le cheminement au sein de la « Clinique de Concertation ». La raison principale se trouve dans la richesse des échanges et des réflexions engagées pendant les rencontres. C'est néanmoins cet aspect que je retiendrai en priorité : les multiples possibilités de rencontres et d'ouverture. Ce dispositif apporte beaucoup aux professionnels qui y adhèrent en leur donnant un nouveau souffle dans leur pratique quotidienne.

De plus, cela a été pour moi l'occasion d'une plongée dans l'approche contextuelle. Je n'avais que peu entendu parler de cette approche et je n'en connaissais pas du tout les ressorts. Comme j'ai déjà pu l'évoquer, c'est un espace de rencontres dans le réseau particulièrement riche. Ce stage a aussi été une opportunité précieuse pour voir l'importance de la formation continue dans le travail de psychologue. J'ai également pu constater qu'il existe des espaces où les professionnels peuvent exprimer leurs difficultés

avec une famille. La « Clinique de Concertation » est un lieu que je trouve très humain. Pourtant je trouve qu'elle n'est pas toujours facile à comprendre et qu'elle nécessite un grand travail théorique en amont. Cependant j'ai l'impression d'en ressortir enrichie et mieux armée pour ma future pratique professionnelle.

Bibliographie

Boszormenyi-Nagy, I. (1986) *Between Give and Take, A Clinical Guide to Contextual Therapy*, New York : Brunner/Mazel.

Collectif de recherche de la "Clinique de Concertation" (2011) « Comment mieux "vivre ensemble" à Alger » *Lettre concertative n°4* [Available at : www.concertation.net]

Collectif de recherche de la "Clinique de Concertation" (2011) « La "Clinique de Concertation" : une approche novatrice pour l'accompagnement des situations de détresses multiples » *Lettre concertative n°5*, Actes de la journée de Nantes-La Fleuriaye [Available at : www.concertation.net]

Dekeyser, E. (2009) « La "Clinique de Concertation" » *Lettre concertative n°3*, Varsovie [Available at : www.concertation.net]

Elkaïm, M. (2004) « L'expérience personnelle du psychothérapeute : approche systémique et résonance » *Psychothérapies*, 3 (24), pp. 145-150.

Faivre, L. (2010) « Ressources résiduelles, portes d'entrées... et contexte extensif de confiance » *Note concertative n°2*, Paris [Available at : www.concertation.net]

Lemaire, JM. (2007) « Liens soignés, liens soignant, "Cliniques de Concertation" et violences de quartier » *Cahiers de psychologie clinique*, 1, pp. 99-118.

Lemaire, JM (2010) « Sensibilisation au Sociogénogramme » *Note concertative n°2*, Gonesse

Halleux, L et Lemaire, JM (2006) « Combien d'oreilles pour une écoute constructive ? La "Clinique de Concertation" » *L'Observatoire*, 50, pp. 85-88.

Lemaire, JM, Vittone, E. et Despret, V (2003) - « "Clinique de Concertation" et système : à la recherche d'un cadre ouvert et rigoureux » *Génération*s [Available at : www.concertation.net]

Maniglier, P. (2006) « Comment se faire sujet ? Philosopher à partir des "Cliniques de Concertation" » *Lettre concertative n°1*, Paris [Available at : www.concertation.net]

Michard P., (2005) *La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy. Une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la thérapie familiale*. Bruxelles : De boeck

Michaud MC (2007), « Entre clôture et ouverture : un dialogue de sourds. Le travail

thérapeutique de réseau : des espaces à créer ? », *Dialogue*, 2 (176), pp. 85-94.