

Handicap et ressources

lettre concertative 8



Stéphanie Lecuit Breton, Paris 2012

Collectif de recherche de la « Clinique de Concertation »



I.L.T.F



ÉCOLE ET FAMILLE
Réseaux Ecole – Famille



I.F.T.C.

Sommaire

Le handicap comme force convocatrice, une question qui nous engage	p 4
. le Centre de Ressources Multihandicap Ile-de-France	
. Les personnes concernées par le handicap, conduisant à la C.d.C	p 5
. la « Clinique de Concertation », une clinique du lien	p 9
. le « Sociogénogramme », plus qu'un outil de base	p 10
. Chercher des ressources au sein du réseau	p 13
. le contexte extensif de confiance	p 14

Le handicap comme force convocatrice, une question qui nous engage¹

Avant de vous parler de ma pratique et des questions qu'elle a ouvertes et ouvre, il me semble important de restituer le contexte professionnel dans lequel s'inscrit ma fonction au Centre de Ressources Multihandicap Ile-de-France².

Le centre de Ressources Multihandicap Ile-de-France

L'idée d'un Centre de Ressources est née à partir de l'expérience et de la réflexion des associations, des professionnels et des organismes dans le secteur médico-social de la grande dépendance, mais surtout de la volonté de parents. Ils ont imaginé ce lieu pour permettre aux personnes multihandicapées de bénéficier d'un accompagnement adapté et compétent pour une vie familiale et sociale diversifiée.

Les enfants, les adolescents, les adultes multihandicapés, du fait de la complexité de leurs atteintes physiques et psychiques, sont entraînés, ainsi que leurs familles et les professionnels sollicités, dans une aventure où, sans cesse, il est nécessaire de rassembler les compétences, de se questionner et d'inventer.

Les deux associations porteuses de ce projet, « Les Amis de Karen » et « Notre Dame de Joye », œuvrent ensemble depuis 1964, dans la volonté d'apporter aux personnes multihandicapées et à leur familles des réponses adaptées et que ces enfants, adolescents et adultes existent, non comme des « objets de soins » mais comme des « sujets » avec une identité, une envie de vivre et d'exister en reconnaissant leur autonomie psychique.

Le Centre de Ressources est un espace qui offre des réponses mais plus encore qui ouvre des questions au champ de la réflexion. Il s'articule autour de plusieurs pôles :

- Un pôle information conseil : capitalisation des connaissances actualisées des établissements, des services et des différents points ressources dans une base de données.
- Un pôle de soutien individuel, familial ou institutionnel : Le Centre de Ressources Multihandicap a pour mission d'assurer l'interface entre le recueil des demandes et l'offre diversifiées.
- Un pôle de formation : création de modules sous des formes et dans des domaines peu explorés, réunions-débats.
- Un pôle de recherche et de développement : au niveau des supports de communication et des questions posées par la grande dépendance dans une

¹ Intervention de Stéphanie Lecuit Breton le 27 janvier 2012 aux Journées Interhospitaux d'Yzeure

² Centre de Ressources Multihandicap Ile-de-France – 42 avenue de l'Observatoire – 75014 PARIS – www.crmh.fr

dynamique fondée sur l'élaboration de la pratique, dans un aller-retour avec la théorie. (Adolescence, vieillissement, nuit dans les familles,...).

- Un pôle documentation: constitution d'un fonds documentaire sur le multihandicap et la grande dépendance.

Le travail s'appuie sur un fonctionnement en réseau, réseau dans lequel la famille au sens large et la personne multihandicapée sont de réels partenaires.

L'objectif de ce service est de participer activement à la dynamique de la réflexion sur l'accompagnement des enfants, adolescents et adultes polyhandicapés, en mobilisant les organismes et les associations sur des projets ou en participant à leurs propres actions.

La question du handicap s'inscrit donc au cœur de ma pratique et pose la question du sujet dans sa relation aux autres et au social. Il s'agit alors vraiment de s'intéresser à l'impact que ce handicap (ces déficiences) peut avoir dans la vie intrapsychique et intersubjective du sujet concerné mais aussi de ses proches. **La définition que vous rappelez du handicap dans votre préambule nous amène tous à nous retrouver sous ce même signifiant** bien que les publics auprès desquels nous travaillons respectivement sont différents au sens étymologique.

Les personnes concernées par le handicap, conduisant à la « Clinique de Concertation »

Au Centre de Ressources Multihandicap (CRM), les familles nous interpellent parce essentiellement parce qu'elles sont sans solution d'accueil pour leur enfant ou que l'enfant est accueilli dans une institution qui ne peut pas ou ne peut plus garantir un projet thérapeutique et éducatif adapté et satisfaisant. Dans d'autres cas, ce sont les grands-parents, les frères ou sœurs, des proches qui, soucieux d'apporter un soutien aux parents ou à la personne en situation de handicap, nous questionnent et se renseignent pour avoir de l'information.

Ces demandes correspondent à des passages où des changements et des décisions sont en jeu (trouver un premier établissement spécialisé, rechercher une structure parce qu'il va avoir 12 ans ou 20 ans ou encore que les parents ayant assumés jusqu'ici la prise en charge ne sont plus en mesure de le faire du fait de l'âge et d'une plus grande fatigabilité...). Il s'agit alors de proposer un espace pour soutenir les familles dans ces moments de perte de repères.

Si la demande identifiée est une recherche d'information, elle se révèle souvent être l'expression d'une détresse, mais aussi une capacité à trouver des lieux ressources, devant la complexité et la lourdeur des démarches. La demande est donc à entendre comme un passage à l'acte, une tentative réussie d'obtenir de l'aide, du soutien.

La spécificité du CRM est alors de proposer aux familles un espace qui n'est pas celui qui accueille leur enfant et d'avoir un interlocuteur avec lequel il est possible de faire le point sur ce qu'ils vivent. L'accueil et l'écoute que nous proposons est donc un accueil très personnalisé et une écoute s'articulant sur plusieurs registres : celui des faits, celui de l'intrapsychique, et celui de l'interaction avec une volonté d'entendre la demande dans sa particularité.

Au-delà de leur recherche d'établissement, les familles ont certes besoin d'un soutien psychologique mais plus encore de reprendre confiance en elle et de trouver des ressources pour aller mieux, ou en tout cas "moins mal". Mais surtout, c'est une convocation du service à exercer sa compétence d'aide, de soutien et de travail en réseau. **Guy Ausloos³ insiste sur le fait que les familles ne peuvent pas inventer les problèmes qu'elles n'ont pas. "Elles ont les compétences nécessaires pour effectuer les changements dont elles ont besoin à condition qu'on leur laisse expérimenter leurs autosolutions et qu'on active le processus qui les y autorise."**

Dans le parcours fastidieux du handicap, les familles sont déjà en lien avec d'autres réseaux, associatif ou médical, et finalement la demande de recherche d'établissement est souvent considérée comme l'événement-symptôme d'une situation complexe. C'est-à-dire comme l'indice visible d'une souffrance qui ne peut être dite. À supposer que l'on considère la recherche d'établissement comme symptôme, il est essentiel de la mettre en lien avec son contexte et de travailler ce lien. Le symptôme n'est qu'une partie émergée de l'iceberg et souligne une coïncidence entre le révélé et le caché. Certes, les places en établissements sont difficiles à trouver, il faut souvent attendre et parfois même lorsqu'une admission est possible, elle se fait par défaut puisqu'un autre établissement aurait sans doute mieux convenu. Seulement si ces situations focalisent l'attention, elles ne permettent pas la recherche d'un changement positif. Le risque est de ne s'occuper que du symptôme et donc l'action peut se limiter à donner de l'information et envoyer des dossiers en vain. Dans ces situations, tout se passe comme si la situation était figée à cet état de fait et ne pouvait être autre, masquant l'essentiel. C'est alors comme du bruit qui empêche de penser.

Comment soutenir ces familles souvent épuisées, ambivalentes dans leur demande, mais tellement aux prises avec des conflits d'intérêts et de besoins entre la famille, les professionnels, les institutions mais aussi l'enfant, l'adolescent ou l'adulte en situation de handicap ?

Dans les entretiens que je mène avec les familles, j'identifie différents temps :

- **des temps d'écoute**, préservant l'intimité ;

³ *La compétence des familles*, G. Ausloos, Ed: Éres, 2000

- **des temps de questionnement**, défait de tout enjeu ou toute emprise institutionnelle ou familiale du fait de la qualité extérieure du service ;
- **des temps de médiation**, où il s'agit de remettre en circulation la parole entre les différents acteurs concernés et c'est cet aspect-là de ma pratique que je vais tenter de développer aujourd'hui.

- Remettre en circulation la parole entre les différents acteurs concernés

Cet espace de parole a pour principal objectif de soutenir les personnes qui nous sollicitent pour assumer une réalité sociale souvent difficilement compréhensible pour elles. Le sentiment d'être seule et abandonnée dans leurs investigations est prégnant. La lassitude morale caractérisée par l'épuisement émotionnel et physique est souvent incontournable. Dans un premier temps, cet espace inscrit dans du social valide la pertinence du questionnement des familles et la complexité de l'environnement dans lequel ils évoluent. Dans un second temps, leur désarroi est ce qui va permettre la mise en route de la recherche, et du lien qui va alors pouvoir se construire entre différentes instances. Finalement, les familles ne nous font-elles pas don de leur désarroi? ⁴

Ma pratique de clinicienne s'est donc inscrite dans un accompagnement de situations de détresse, mais aussi d'extrême, en ce sens où la force convocatrice de ces familles vient de la question que pose le handicap. Du fait de sa dépendance à l'autre, la personne handicapée vient interroger le « hors norme » dans ce qu'il représente de plus extrême. **Comment soutenir, accompagner un sujet aussi démuni et allant à l'encontre de la norme ?** Au sens où il est dépendant et maladroit alors qu'il faut être autonome et performant ; au sens où à priori nous ne savons rien de sa demande, de son désir - il ne parle pas ou mal, et sa motricité est extrêmement réduite. Comment soutenir ces familles, ces proches non pas à redevenir comme avant mais bien à devenir comme après ? En effet le handicap de cet être humain aimé vient stigmatiser l'ensemble du système dans un « hors norme » dont la principale difficulté est d'être accepté et reconnu comme système singulier et ayant les mêmes droits au « vivre ensemble » dans un monde social diversifié.

Nous savons que chaque sujet ne se constitue que parce que l'autre existe (Je/Tu). Il est donc essentiel de s'attacher à considérer l'individu en fonction de son histoire, de son environnement et de sa famille.

Si la Clinique a une origine médicale, elle s'est peu à peu élargie et c'est ainsi qu'est apparue différente façon de soigner, de s'occuper des autres, des personnes en souffrance. Cet élargissement de la clinique renvoie donc à des positions théoriques

⁴ En pouvant donner à un autre, ne gagnent-elles pas une possibilité de légitimation et de satisfaction intérieure qui les aident à construire du futur?

variées. Freud a participé à la modification de la Clinique par son approche situant le patient comme patient qui parle, comme « malade sujet » et non plus seulement comme « malade objet » que le médecin observe, palpe, ausculte, diagnostique et à qui il prescrit.

- Faire un pas de côté pour donner un espace à « celui qui ne parle pas »

La question du handicap et notamment du multihandicap nous oblige en tant que professionnel à faire un pas de côté par rapport aux concepts/principes que l'on nous enseigne puisque comme l'écrit Christine Cartier « *l'un parle et l'autre pas* »⁵. **Ne recevant alors pas toujours le parent ou la famille avec l'enfant**, très vite il m'est apparu essentiel de pouvoir, au sein des entretiens avec les familles, donner un espace aux personnes absentes et plus encore à la personne handicapée qui incarne la tierce demande, puisque ce sont les autres qui souvent expriment et sont en demande. Comme nous le savons, pour que chaque être humain se réalise, il est important **que la force désire d'un autre le soutienne**. L'être humain est le vivant qui ne peut devenir humain que par la médiation d'un autre. C'est le regard que l'autre porte sur l'autre qui va lui garantir son appartenance à l'humain, sans condition de race, de langue ou de culture. La condition de l'humanité, c'est l'autre en face de soi. La personne multihandicapée nous impose de penser à elle comme une altérité absolue. Elle est la gardienne du temple humain. En garantissant sa dignité et son humanité, ne garantissons-nous pas notre propre altérité et au fond notre humanité?

La question du handicap nous amène donc à penser le sens du mot humanité, alors que la norme sociale actuelle valorise la productivité, l'efficacité, la réussite, la force physique, le beau, le maigre, le jeune, le riche... Dans un contexte comme celui-ci, il est vraiment inconcevable et « indigne » d'être handicapée, pauvre, vieux, fou, malade... et gros. En tant que professionnel, il est important de veiller à avoir une conception du handicap, non sous le seul angle de la perte d'autonomie, de la dépendance ou d'un déficit, mais aussi sous celui de la conquête d'autonomie.

En partant de cet angle de vue, l'abord de la personne en situation de handicap résulte de la force convocatrice de l'entourage à reconnaître l'enfant comme sujet compétent et non comme sujet déficient. Dans ce processus, chaque famille ou système peut découvrir ses compétences familiales face à la question du handicap.

Il importe donc de centrer notre regard sur la personne handicapée et sur ses liens aux autres : ce qu'elle vit a forcément un impact sur sa famille, ses proches ; de

⁵ Il nous faut alors « rester ouvert au contact vivant et à la communication... Les plus démunis, ceux dont le silence ou les signes inarticulés recouvrent aussi un manque à penser, ceux dont l'univers est énigme à déchiffrer nous entraînent dans un mode de communication primaire, le seul à leur disposition et qui peut être très éprouvant...».

même que ce que vit la famille a un impact sur elle (une famille qui va bien ou mieux ; c'est un enfant qui va mieux!). Mais comment soutenir et accompagner cette homéostasie quand la prise en charge vacille ou ne donne pas de réponse satisfaisante ? Quand l'équilibre familial semble être engagé ?

Très vite en tant que professionnelle, je me suis alors retrouvée impliquée dans cette clinique - au sens de prendre soin - du lien et j'ai alors choisi de me former à la « Clinique de Concertation », clinique qui nous inscrit dans un processus de réciprocité : il ne s'agit pas seulement de la clinique des familles mais aussi de la celle des intervenants. On ne peut pas ignorer que les gens prennent soin les uns des autres.

La « Clinique de Concertation », une clinique du lien

La « Clinique de Concertation », trouve ses étayages principaux dans la Thérapie Contextuelle de Boszormenyi-Nagy qui, pour décrire la relation interhumaine, inaugure une dimension, celle de **l'éthique relationnelle**, dimension incontournable de la relation.

Alors que les thérapies sont le plus souvent centrées sur le déficit de la pathologie, Nagy cherche toujours les ressources relationnelles. Sans chercher à supprimer le symptôme, il part en quête de confiance et travaille à "*mettre en avant les ressources de vie autour de son surgissement*". La thérapie contextuelle est donc essentiellement fondée sur la recherche des ressources, sur le travail avec les ressources.

La question développée en Thérapie Contextuelle est : *« existe-t-il dans les relations les plus proches au sein de la famille, dans le couple, entre les générations, un principe de justice et de réciprocité ? Toute relation humaine serait sous-tendue par une vigilance à la réciprocité. Dans chaque lien humain se poserait la question du don, de son retour, du mérite acquis par un souci de l'autre, comme des dettes et des obligations contractées. "L'éthique relationnelle, c'est la responsabilité d'une personne vis-à-vis d'une autre, c'est le fait de prendre l'autre en compte"⁶. C'est l'équilibre de justice entre ce qui est donné et ce qui est reçu dans la mesure où on se place dans la reconnaissance de ce qui a été donné, et cela s'étend bien au-delà des personnes elles-mêmes.*

Prenons l'exemple que vous pouvez trouver p 48 du « petit livre rouge »⁷

Le thérapeute en présence d'une mère déprimée et de son fils, demande à la mère : *"est-ce que c'est difficile, vous pensez, pour votre enfant d'avoir une mère dépressive"*

Puis s'adressant à l'enfant, il lui demandera :

⁶ *La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy*, P. Michard, Ed: De Boeck, 2005

⁷ *L'approche contextuelle*, P. Michard et G. Shams Ajili, Ed: Morisset, 1996

-"Comment tentes-tu de consoler ta mère quand elle est déprimée?"

Dans ce dialogue, il permet à chacun de donner son point de vue, mais surtout il apporte un crédit à ce que fait l'enfant, en montrant en quoi le symptôme de la mère qui fait que celle-ci peut se sentir un fardeau pour son enfant, est aussi une occasion pour ce dernier de donner. Surgit alors une ressource relationnelle, une préoccupation et un espace de validation pour l'enfant face à sa mère. L'enfant donne et en même temps gagne quelque chose dans cette préoccupation. L'objectif premier n'est donc pas là de supprimer le symptôme (la dépression) mais de mettre en avant les ressources relationnelles autour de son surgissement.

Mais la question pourrait être aussi *"qu'est ce que tu ne fais pas ?"*, sous-entendant pour ne pas créer de soucis supplémentaire, sinon comment gagnerait-on du mérite à ne pas faire?

La ressource relationnelle est le mouvement de rencontre entre la possibilité de donner de l'un et la possibilité de recevoir de l'autre, les deux pouvant tirer un bénéfice de l'action.

Boszormenyi-Nagy propose des concepts communs ou du moins proches de ceux de la psychanalyse, comme celui d'« écoute ». Lorsque nous travaillons avec des groupes ou des familles, la méthode princeps (première) de la cure psychanalytique, celle de l'association libre qui permet l'enchaînement associatif des pensées ou fantasmes inconscients, exige une adaptation. Pour Nagy, il ne s'agit pas d'une écoute où le thérapeute attendrait le discours de la personne mais d'une « écoute » active. En Thérapie Contextuelle, une « provocation à la narration » s'impose parfois, elle demande un effort pour maintenir et soutenir un dialogue interactif.

En Thérapie Contextuelle les thérapeutes cherchent à trouver des ressources à l'intérieur de la famille, la « **Clinique de Concertation** » étend cette quête à **l'ensemble du réseau**, il s'agit de « sortir de l'alcôve ».

Le « Sociogénogramme », un outil de base

Le « Sociogénogramme » est l'outil du Clinicien de Concertation, il permet une prise de notes sous la forme d'un dessin et la suspension du jugement et de l'interprétation. Il s'agit pour un temps de renoncer à l'analyse de la demande pour passer à l'analyse des activations. Il permet de prendre du temps, afin d'appréhender le contexte de vie de la personne en situation de handicap et de sa famille.

Dans un premier temps, le « Sociogénogramme » fait faire des choses dont on ne sait pas à quoi elles vont servir. Il sert à représenter l'existant, c'est une photographie de l'ici et maintenant. Il convoque les personnes absentes en se préoccupant de ce qu'elles diraient si elles étaient présentes.

- Situation 1 : Famille rencontrée en mai 2010, entretien avec trois membres d'une fratrie
(un de mes premiers essais)

Mme J. me contacte, orientée vers moi par un service d'aide à domicile. Elle recherche avec sa famille un foyer pour son frère Patrick, qui vit pour le moment chez une amie. Je lui propose donc un RDV et l'invite à venir avec son frère et les membres de la famille.

Quelques jours avant l'entretien, elle me recontacte par téléphone m'informant que Patrick ne souhaite pas venir. J'insiste en disant que sa présence est importante et que nous avons besoin de lui pour qu'il nous aide.

Le jour de l'entretien, Mme J. se présente avec son frère Patrick et Mr F., frère de Patrick et de Mme J. Je les reçois avec ma collègue.

Patrick est alors très replié sur lui-même, la tête entre les épaules. Mr F. lui est sur un mode autoritaire. Je vais être attentive à la manière de m'adresser à Patrick, notamment en lui reconnaissant le mérite d'avoir accepté de venir à cet entretien pour nous aider. Quand je me lève et commencer à dessiner, il suit mes gribouillis.

Mme J. et Mr F. sont inquiets concernant la situation de leur frère, Patrick, expliquant qu'il a de « mauvaises fréquentations ». Pendant tout un temps, ils ne vont parler que des menaces et des agressions subies par Patrick en remontant jusqu'à l'enfance (zone du « Sociogénogramme » toute gribouillée). Avec les parents, ils veulent trouver un lieu "où il sera en sécurité", lui laissant son autonomie tout en lui proposant un cadre. Mr F dit de son frère qu'il est atteint du **syndrome de Stockholm**⁸.

Ma préoccupation est alors de trouver le levier pour pouvoir ouvrir un espace de parole. Le « Sociogénogramme » va être l'outil qui, à ce moment-là, va me permettre de m'arrêter et d'ouvrir un dialogue praticable. En effet, il s'agit de soutenir Patrick afin qu'il puisse le plus possible développer et faire reconnaître son autonomie psychique, sa capacité et sa légitimité à dire « je ».

C'est ainsi, qu'il va pouvoir dire à son frère et à sa sœur, son désir de retrouver une stabilité afin de "récupérer son fils" qui est placé en foyer.

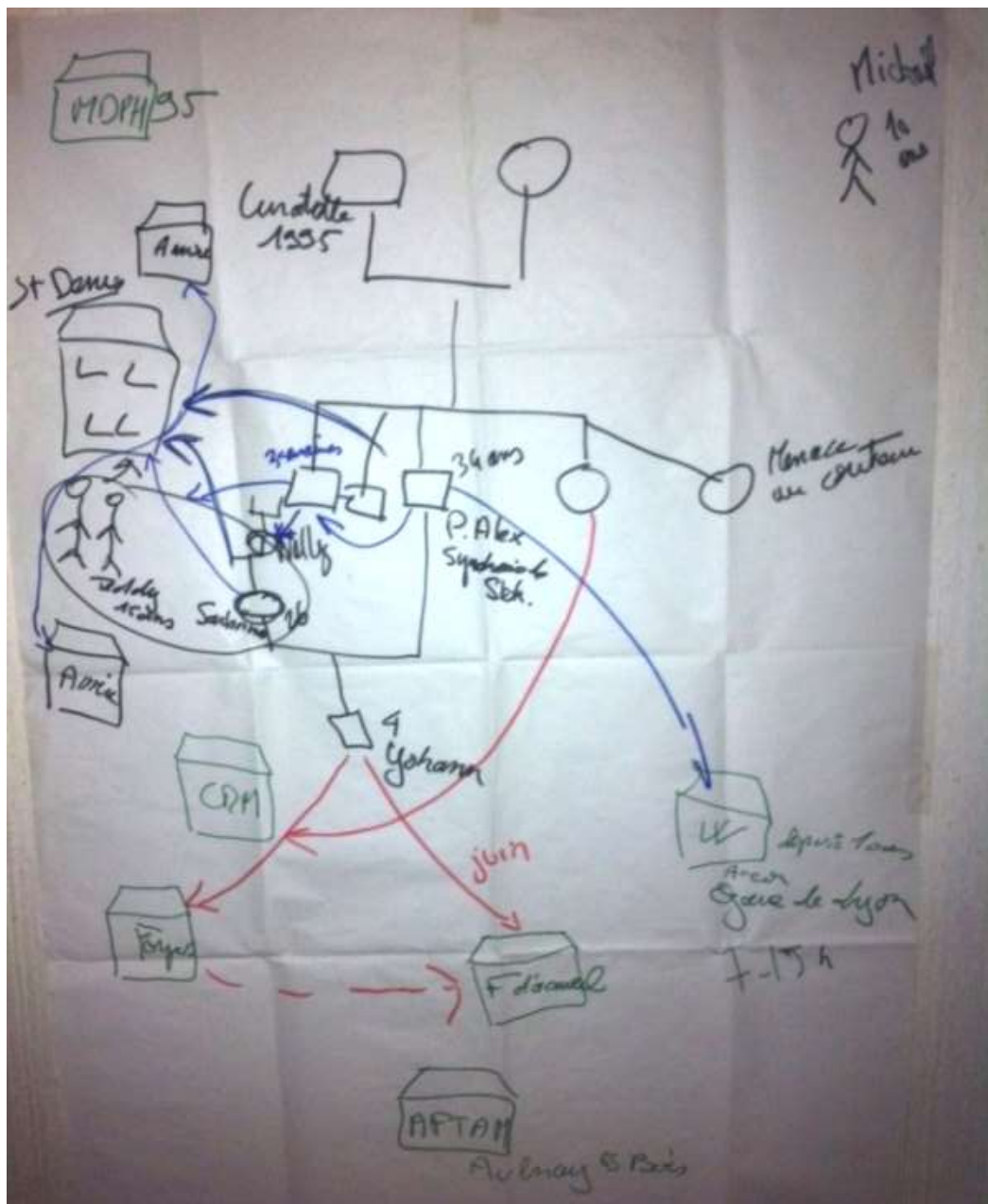
En fin d'entretien Mr F. va reconnaître qu'il n'avait jamais imaginé que son frère puisse avoir ce projet.

⁸ expression qui désigne la propension des otages ayant partagé longtemps la vie de leurs geôliers à développer une empathie, voire une sympathie pour ces derniers, ou une contagion émotionnelle avec eux.

Le lendemain, Mme J. me contactera pour nous remercier car cet entretien leur a permis de se parler et de s'écouter. Patrick souhaite un autre RDV et une des sœurs qui habite à Nantes viendra à cette occasion.

Dans cet entretien, il s'agissait donc plus de reconstituer un « nous » contenant afin que le « je » émerge. Et on voit bien combien le handicap de ce frère vient attaquer ce « nous » rendant difficile alors l'émergence du « je ». Mais on voit bien aussi comment ce frère si replié sur lui-même en début d'entretien va, en fin d'entretien, se redresser et pouvoir s'exprimer.

Le « Sociogénogramme » est un outil précieux qui nous a amené à prendre le temps de déplier l'histoire familiale, parce qu'il est un support visuel qui soutient et ouvre au dialogue.



Il est l'outil du professionnel, qui tel un sourcier à l'aide de sa baguette, va chercher avec ses crayons les ressources au sein du réseau. Pour les capter il est préconisé de donner la possibilité **d'inverser le sens du donner et du recevoir**. Certes le professionnel aide la famille, mais la famille peut aussi nous aider.

Il ne s'agit toutefois pas d'ériger cet outil comme un totem, et parfois il vaut mieux le dessiner pour soi. Il faut savoir en apprécier l'opportunité. Par exemple quand des personnes comprennent ou parlent peu la langue, il leur permet de ne pas s'attacher au traducteur. Il peut aussi permettre à des personnes déficientes de suivre plus facilement l'entretien comme une jeune femme IMC, pour qui nous avons fait « Sociogénogramme » sur un format A4. A chaque entretien, elle revient avec ce support qu'elle explique avoir toujours sur elle pour le présenter aux professionnels. (Objet transitionnel)

Dans les situations d'entretien, notre préoccupation en tant que professionnel est d'apporter un soutien inconditionnel au sujet le plus démuné, souvent l'enfant ou la personne handicapée, mais pas uniquement, ce peut-être aussi la personne qui ne parle pas la langue. Il s'agit de soutenir cette personne afin qu'elle puisse le plus possible développer et faire reconnaître son autonomie psychique, sa capacité et sa légitimité à dire « je ». Cela implique d'être convaincu que la personne en situation de handicap, quelque soit sa pathologie peut et doit pouvoir dire d'elle des choses que nous, professionnels, ou ses proches ne savons pas, comme dans l'entretien suivant.

Les ressources résiduelles, portes d'entrée à des contextes extensifs de confiance⁹

« La platitude des champs rend les taupinières visibles ». J-M Lemaire

Ressources résiduelles = ressources relationnelles, celui réputé le plus faible donnant une ressource au plus fort.

- Les ressources résiduelles

Comme nous l'avons vu plus haut, c'est à partir de la Thérapie Contextuelle, que la théorisation de ce concept a pu se faire en "Clinique de Concertation", en étendant son périmètre. Dans la feuille de route du Clinicien de Concertation, figure toujours la

⁹ Synthèse de l'intervention aux Journées Interhospitales d'Izeure le 27 janvier 2012 et de la présentation - et des discussions qui l'ont suivie - de Stéphanie Lecuit Breton à la Formation de Paris le 16 septembre 2011

quête de ces ressources où qu'elles se trouvent dans le réseau, ce qui est facile à énoncer et plus délicat à mettre en pratique¹⁰.

Parler de ressources, c'est reconnaître qu'elles existent, les qualifier de résiduelles, c'est attirer l'attention sur le fait que nous sommes conscients qu'il s'agit là de « résidus » dans une situation incontestablement tragique. C'est donc dans le malheur et le manque que nous pouvons trouver ces ressources résiduelles, en reconsidérant l'essentiel et l'accessoire. Le résidu n'est pas à côté, il est comme une étincelle et plus nous descendrons dans le noir, plus nous serons à même de le repérer. Le noir c'est le contexte, l'ambiance, le symptôme c'est sur quoi on focalise. cf. l'étymologie du mot mélancolie, du grec *mélas* (noir) et d *kholé* (bile).

L'accumulation des symptômes met les professionnels dans le noir. Encore faut-il s'interroger sur ce qu'on fait du symptôme, qui peut être un mécanisme de défense. Le comprendre et voir sa fonction permet de ne pas se contenter de le déplacer ailleurs.

« Le symptôme n'est qu'un signe, mais à partir du moment où on confond le symptôme et la maladie - dépression, trouble du sommeil, trouble de l'alimentation - et où on se prend à croire à l'existence de la maladie mentale, très vite on se met à créer une noirceur, à participer à la macération dans la souffrance. Dans ce processus d'enkystement, on enclave la personne dans une pathologie psychiatrique. On ne sait plus alors si c'est le symptôme qui crée une situation ou ce qu'on en a fait. Dans les livres de l'écrivain néozélandaise Janet Frame - dont Jane Campion a tiré le film un ange à ma table - on peut voir comment son parcours de plus en plus complexe devient de plus en plus noir. C'est dans ce noir qu'on pourrait, pour reprendre le terme de Stéphanie Lecuit-Breton, chercher des endroits où la confiance est permise, planter un levier. »¹¹

En "Clinique de Concertation" on parle de ressources résiduelles, en s'appuyant davantage sur le diagnostic de ces ressources que sur celui des pathologies. Il est important de souligner qu'on parle de ressources et non pas de déficit, ressources qu'il faut traquer pour les faire émerger ; elles sont trop souvent de l'ordre du résidu, il faut leur donner de l'épaisseur en les dépliant.

"Que se passe-t-il quand vous n'utilisez pas vos capacités pulmonaires résiduelles ? Elles s'atrophient et peuvent devenir le lieu d'infections opportunistes. Évidemment, si

¹⁰ infra p 9

¹¹ Jean-Marie Lemaire, discussions lors de la présentation de Stéphanie Lecuit Breton à la Formation de Paris le 16 septembre 2011

*on les utilise trop, ce n'est pas bon non plus, on risque l'emphysème. Il faut les utiliser correctement. Il ne faut pas les épuiser*¹².

- Faire émerger des ressources déjà existantes

Dans une « Clinique de Concertation », le tour de table participe déjà du diagnostic des ressources qui pourraient nous aider. Il s'agit avant tout de trouver des acteurs déjà au travail : chercher des zones de reconstructions non vers l'extérieur (car ce serait chercher des compétences en plus) mais vers l'intérieur, c'est à dire dans les ressources qui existent déjà. **Il faut chercher dans les situations comme elles sont, non pas chercher des compétences supplémentaires.**

Il s'agit avant tout de trouver des acteurs déjà au travail, pour ne pas ajouter des compétences à celles déjà présentes, et éviter d'empiler les dispositifs, comme si, à chaque fois le dispositif précédent était caduc. On ne va donc pas chercher à créer un nouveau service, une nouvelle compétence. Comme le soulignait Marie-Blandine Salvon, proviseure à Courbevoie, à propos du champ de l'Éducation Nationale, après une quinzaine d'années de pratiques, les enseignants prennent souvent conscience d'avoir empilé des dispositifs dans lesquels ils se sont épuisés. La "Clinique de Concertation" fait le chemin inverse, en invitant la famille, en revenant, avec les écrits, sur ce qu'on a fui par crainte d'être déstabilisé.

En « Clinique de Concertation », nous sommes en recherche des ressources où qu'elles se trouvent, même si celles-ci empruntent des portes d'entrées peu officielles. Il faut donc être en capacité de suivre la force convocatrice des familles **jusqu'aux portes d'entrée les plus déconcertantes**. « *Nous comptons, parmi ces ressources résiduelles, toutes les pratiques thérapeutiques de toutes les ressources professionnelles possibles et disponibles en place, des plus officielles au plus clandestines* »¹³, Jean-Marie Lemaire donne ici l'exemple des pratiques traditionnelles : est-on prêt, en tant que professionnel, à suivre la famille, même lorsqu'elle emprunte la porte d'entrée du guérisseur ?

Ce qui importe, c'est la posture se trouve alors placé le professionnel : la famille est initiatrice de la relation et nous active en tant que professionnel d'un service, c'est nous qui allons suivre la famille. Cela remet au centre ce pour quoi on est missionné, que parfois on oublie dans le travail.

Etre activé par les portes d'entrée que la famille ouvre, c'est accepter d'être guidé, un positionnement qui me semble vraiment fécond : la famille arrive avec son réseau, et il est plus intéressant de travailler avec ce qu'elle a mis en place plutôt que d'activer des ressources supplémentaires. Le cas est bien sûr différent quand une famille arrive

¹² Jean-Marie Lemaire, [référence à retrouver](#)

¹³ J-M Lemaire in *Cahiers Critiques de la thérapie familiale et de pratiques en réseaux*, n°28, 2001/2, pp 61-70.

de l'étranger, avec peu de points d'appui, alors il est nécessaire d'aller vers l'extérieur, pour lui faire connaître les points d'appuis existants (service sociaux....)

Cette posture de la recherche de l'infiniment petit amène à poser la question de la confiance. Les ressources sont dans des zones où des rapports de fiabilité et de confiance se sont développés (dans la relation dans la famille, entre la famille et des professionnels et entre ces derniers). Le tiers demandeur, l'intermédiaire, constitue souvent une ressource car demander pour un autre indique la persistance des liens de souci, de préoccupation des uns pour les autres.

Quand les ressources sont difficiles à trouver, Il s'agit alors de faire attention aux relais existant entre professionnels. Les repérer permet alors d'amorcer, d'engager le "contexte extensif de confiance".

Le contexte extensif de confiance

Le contexte extensif de confiance est un contexte par lequel la confiance gagnera de « Proche en proche », or ces ressources ne se situent pas nécessairement dans le contexte familial.

La confiance¹⁴, implique une réciprocité dans la relation. Bosormenyi-Nagy dit d'ailleurs que "*l'espèce humaine est un témoin silencieux de la balance de l'équité entre ce qui est donnée et reçu*". La clé de la dynamique relationnelle est la confiance méritée, c'est-à-dire une confiance justement gagnée dans la relation par la réciprocité, la mutualité des engagements. Il n'y a pas de relation sans un minimum d'engagement et c'est en cela qu'une confiance se gagne. **La confiance se tisse dans un lien de fiabilité et de réciprocité.** Pour faire émerger cette confiance entre la famille et les professionnels, il est essentiel de prendre soin des intermédiaires. Apprendre à s'exposer en premier en tant que professionnel, est une démarche qui va contribuer à amorcer le contexte extensif de confiance. Les familles nous apprennent des choses et c'est pourquoi il importe de transformer leurs demandes de telle manière qu'en tant que demandeurs et activateur de réseau, ils deviennent acteurs.

L'essentiel est de repérer ces petits gestes où la confiance surgit et de suivre la logique des petits pas pour contribuer à une extension progressive et prudente.

La « Clinique du Relais » est d'ailleurs une figure intéressante dans ce tissage de la confiance. Il s'agit d'accompagner et de rencontrer un professionnel du réseau parce

¹⁴ Selon le Larousse, la confiance est le "*Sentiment qui va faire qu'une personne se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose : Notre amitié est fondée sur une confiance réciproque.*" Cet exemple illustre l'importance de la réciprocité dans la relation.

que nous sommes à nos limites dans l'aide et que nous reconnaissons la compétence d'un autre professionnel.

En tant que professionnels de l'aide, nous pouvons donc être déconcertés par les familles qui nous sollicitent, c'est-à-dire nous sentir démunis, perplexes, mais aussi morcelés voir déprofessionnalisés. L'enfant, l'adolescent, l'adulte en situation de handicap, sa famille, vont nous convoquer dans des "champs de recouvrement" pluridisciplinaires et pluri-institutionnels, qu'ils fréquentent plus souvent et connaissent parfois mieux que nous. **Comment alors accepter de se laisser guider dans ce brouillard ?**

- Situation 2

Mr H est un papa que nous recevons régulièrement en entretien depuis juin 2010, il a été orienté vers nous par une psychomotricienne en libéral qui suit son fils, IMC.

A l'époque, l'enfant est en CLIS mais avant d'être scolarisé dans cette structure, il était dans un établissement médico-social dont les parents l'ont retiré, l'événement déclencheur étant une chute de fauteuil ayant occasionné 15 jours d'hospitalisation.

Seulement cette orientation en CLIS n'est pas adaptée, l'enfant n'arrive pas à suivre, il sera maintenu exceptionnellement une année de plus.

Avec beaucoup d'insistance de la part de la CLIS, suite à une rencontre en octobre 2010, il est orienté vers un établissement médico-social, ce que le papa nous dit vivre comme une façon de se débarrasser de son fils. Si l'établissement accepte l'enfant, le papa dit qu'il n'est pas sûr d'accepter l'orientation, il n'a plus confiance dans les structures médico-sociales du fait de sa première expérience.

En septembre 2011, l'enfant est sans aucune prise en charge. L'établissement médico-social pour lequel des démarches avaient été faites refuse le dossier, et au total la famille a fait l'objet d'une dizaine de refus et d'une admission possible en internat.

La proposition de la référente enseignante qui lui est alors faite est qu'un enseignant vienne deux heures par semaine, ce que le papa refuse dans un premier temps.

Le papa fait dans le même temps un recours juridique puisque l'obligation de scolarité n'est pas assurée.

Cette situation va nous conduire à la « déconcertation », il y a certes le travail en entretien individuel que nous menons avec le papa mais également la situation de

l'enfant qui nous préoccupe beaucoup. Nous nous retrouvons alors bloqués dans l'impasse douloureuse de "Clinique de Consternation".

Il s'agit alors pour nous de restaurer la fiabilité en recherchant des ressources dans le réseau devant le constat d'une fragmentation de cette confiance dans les liens institutionnels. Restaurer la confiance dans la relation de Mr H envers les institutions devient un objectif thérapeutique.

"Gagner de la confiance est un but thérapeutique beaucoup plus fondamental, plus pénétrant que d'élaborer autour d'intrigues sur des sujets tels que la formation de l'identité sexuelle, l'économie du plaisir, et autour de la sublimation"¹⁵

Nous avons listé toute une série de questions pouvant aider à se pencher sur l'érosion ou la perte de confiance :

- . Arrivez-vous à faire confiance à qui que ce soit dans l'école?
- . Arrivez-vous à faire confiance à qui que ce soit dans la famille?
- . Arrivez-vous à faire confiance à qui que ce soit au sein des professionnels?
- . Qui vous paraît le plus disponible?
- . Sur qui pouvez-vous vous appuyer pour gagner de la confiance en tant que....?
- . Quels sont les éléments qui maintiennent ou pourrait apporter plus de confiance dans votre relation à....?
- . Qu'est que vous pourriez faire pour restaurer de la confiance dans telle relation : est-ce en donnant quelque chose ou plus dans le sens d'accepter de recevoir quelque chose?
- . Qui investit de la confiance en vous (dans la famille, dans...)

C'est la force convocatrice de la famille qui va nous engager moi, ma collègue et mon service tout entier à amorcer un "Travail Thérapeutique de Réseau". Notre déconcertation ne nous a pas amenés à une impasse, elle nous a au contraire permis de stimuler un travail extensif de thérapie, de prévention, et de formation auprès des acteurs concernés.

C'est ainsi qu'est organisée une coordination spécifique en janvier 2011 où différents professionnels sont réunis :

- L'Inspectrice Éducation Nationale, Académie Paris
- Une représentante de la Coordinatrice MDPH 75 et du médecin de la MDPH
- Une représentante de la Conseillère Nationale Politiques, Éducation et Famille, APF
- Une orthophoniste en libéral
- Une enseignante spécialisée de l'établissement médico-social
- Une psychomotricienne en libéral et sa stagiaire

¹⁵ *La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy*, P. Michard, Ed De Boeck, 2005, p64

Référente Handicap -> excusée (a une réunion)
Orthophoniste -> excusée



« Sociogénogramme » de la coordination spécifique en janvier 2011

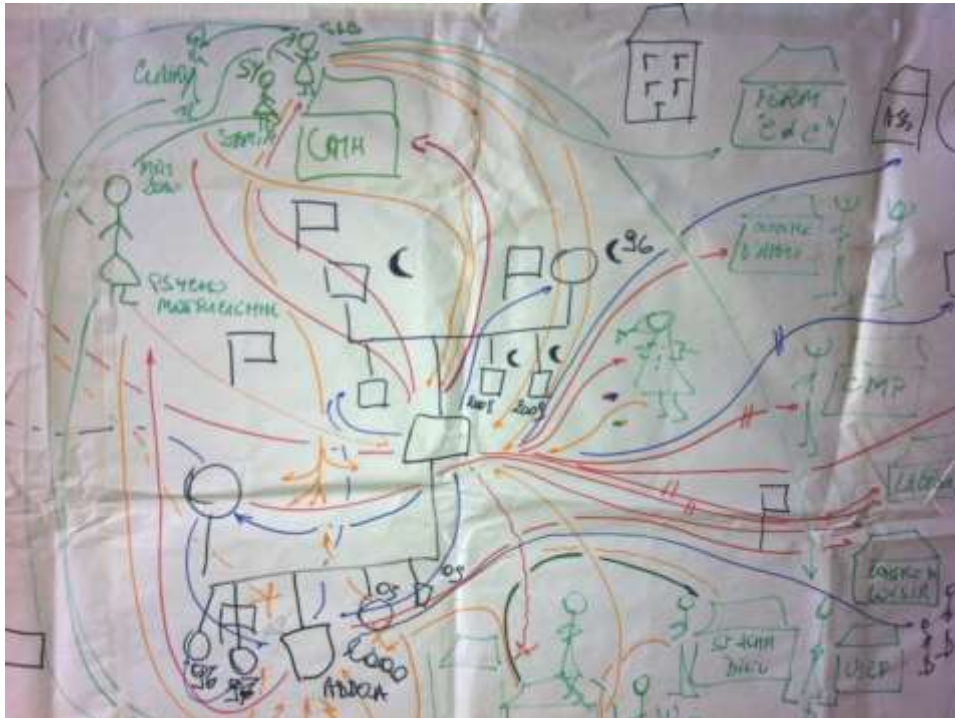
Le "Sociogénogramme" doit commencer avec une grande précision, pour ne pas passer à côté d'une ressource résiduelle. Une des règles est, quand on présente un service, de toujours présenter les personnes (qui ne se réduisent pas au service et vice versa).

La précision du détail permet de dessiner toute la complexité : une flèche orange (à vérifier) pour le passage par la secrétaire du Centre avant l'arrivée chez les psychologues, une flèche bleue entre l'enfant et le papa qui accompagne son fils chez la psychomotricienne, il y a là de l'intérêt du souci, porteur de ressources. Quand on voit une double flèche rouge et verte, on peut chercher à la déplacer, comme quand j'ai demandé au papa ce qu'il pensait du fait que je contacte l'assistante sociale de l'institution avec laquelle il est en désaccord. En revanche, il n'y a pas de double flèche quand l'Assistante sociale contacte la référente et que celle-ci organise la réunion. On ne sait pas à l'avance où ça va se passer, parfois c'est avec le pédiatre, parfois avec la TISF, parfois avec une étudiante de l'AFEV¹⁶.

Si sur un parcours il y a un intermédiaire, il faut toujours le dessiner, on ne sait jamais. C'est très difficile, ça peut très fort irriter quelqu'un qui croit aller à l'essentiel, un essentiel qui serait toujours ailleurs, et nous ferait galoper après cet ailleurs. On peut le faire de manière cachée, dessiner l'intermédiaire sans trop insister dessus, sans trop l'énoncer. La ressource résiduelle embarrasse, elle fait tache.

¹⁶ Association qui recrute des étudiants volontaires pour soutenir des collégiens.

Plus nous avons de flèches, plus nous pouvons y chercher des ressources. On ne sait pas où se construit la confiance, mais plus on dessine précisément, plus on augmente les chances que quelqu'un puisse dire, comme cette maman réfugiée en Yougoslavie "J'ai compris qu'ils étaient professionnels le jour où, alors que j'étais sortie chez la voisine, ils ont entendu le bébé pleurer et ils l'ont changé." Ce sont aussi sur des gestes réputés comme non professionnels que s'établit la confiance.



zoom

Si le "Sociogénogramme" sert à représenter l'existant, c'est en suivant le principe de faire foisonner les détails, afin de pouvoir opérer des déplacements : par exemple déplacer la confiance existant entre la psychomotricienne et nous psychologues, à celle qui s'est installée entre la secrétaire et la psychomotricienne, puis à entre le papa et la psychomotricienne. Quand on a ainsi utilisé les cinq couleurs, on sait qu'on est face à une porte d'entrée où la confiance est permise. Ce foisonnement de détails permet d'avoir une masse critique dans laquelle chercher l'étincelle. Nous ne pouvons pas arriver en Don Quichotte devant des gens qui sont en train de souffrir parce que les choses ne progressent pas comme ils voudraient, d'où l'expression « ressources résiduelles », qui ne nie pas la pathologie mais permet de faire remonter les choses positives et de discuter de ce qu'on va faire : rester dans le noir, ou parler de l'étincelle. Parmi ceux qui sont dans le noir, pour continuer la métaphore, il y a toujours des gens qui sont intéressés à aller identifier l'étincelle ainsi isolée. Dans cette situation, le "Sociogénogramme" nous a permis de saisir l'importance du tiers-demandeur, la psychomotricienne qui nous adresse le papa alors qu'elle s'occupe de l'enfant. Il a posé clairement la position d'un groupe de professionnels venus de manière massive à une réunion, avec un avis qui souligne les

retards et les déficits, et en contraste le poids différent donné par la psychomotricienne libérale.

Un premier collectif de travail a pu se réunir sans la famille mais en concertation avec celle-ci pour mener une réflexion sur le travail effectué et ainsi enrichir et de préciser les engagements des différents partenaires. Une prochaine rencontre est programmée dans l'agenda en mars, cette fois-ci en présence de la famille.

Pour Conclure

Les familles en détresse multiples viennent nous aider dans nos champs de recouvrement à apprendre notre travail qui est celui de travailler ensemble. C'est une force convocatrice car elle nous engage à travailler et à restaurer le lien alors que le monde sociétal dans lequel nous évoluons produit surtout du clivage. Dans un monde de déliaison, ces familles nous engagent à la liaison.

Il est important de savoir ce que nous offrons en tant que professionnel et ce que nous ne pouvons pas offrir. La clinique de concertation est vraiment une approche intéressante au sens où elle vient soutenir le sujet au sein du réseau qui peut être la famille, mais plus encore les professionnels, avec comme objectif de restaurer la confiance. Mais cette permanence de l'offre ne doit pas non plus disqualifier les compétences de la famille à dépasser sans notre aide les difficultés rencontrées.

Pour conclure, je reprendrais tout simplement ce que dit Michèle Joseph dans l'article publié dans Lien Social concernant la clinique de concertation:

"Ce n'est pas une panacée qui viendrait répondre à tous les problèmes rencontrés. Cette approche est là non pour régler les difficultés rencontrées par les usagers, mais bien pour aider les intervenants à travailler ensemble. Elle prend donc sa place dans toute une série d'autres outils. Elle n'en remplace aucun et surtout pas, par exemple, le colloque singulier entre le professionnel et l'utilisateur. La clinique de concertation est activée lorsque les intervenants se retrouvent dans une impasse."

annexes

Code du « Sociogénogramme »

- une maison verte pour les institutions
- en noir, la famille
- des flèches, pour figurer les activations :
dans un contexte où on parle d'écoute, il est parfois étonnant de voir le nombre d'initiatives prises et à quel point les personnes sont la cible d'une multitude de recommandations et d'injonctions.
 - . une flèche bleue pour ce qui se passe à l'intérieur de la famille
 - . une flèche orange pour ce qui va des professionnels vers la famille : ce qui se passe entre ceux qui vivent ensemble et ceux qui travaillent ensemble.
 - . une flèche rouge pour ce qui va de la famille vers les professionnels : les initiatives qui vont des gens qui vivent ensemble vers ceux qui travaillent ensemble, comme la petite fille qui va vers son institutrice, et pas nécessairement vers la psychologue
 - . une flèche verte pour ce qui se passe entre professionnels : il n'est pas sûr que le médecin répondra à l'institutrice de la petite fille ; comment travailler ensemble, que faire des informations, comment se souvenir qu'on est redevable aux familles de la rencontre avec un autre membre du réseau ?

Les quatre dimensions de la réalité relationnelle¹⁷

La dimension 1

Elle est celle des faits d'ordre biologique, social ou historique qui ont des conséquences sur la balance éthique des échanges. Que ces faits soient favorables ou défavorables comme un handicap, un avantage social, une maladie, un divorce, la perte d'un parent, une maltraitance, la perte d'un emploi, de tels faits vont placer un des partenaires en position d'avantage ou de désavantage. Ce qui obligera les deux protagonistes à considérer la manière dont ils veulent ou pas rétablir l'équité de la relation. Ces faits peuvent être de l'ordre du destin, de la justice distributive ou du relationnel.

Un fait du destin, un handicap, une malformation, une maladie peuvent s'imbriquer à un fait d'ordre relationnel. La démarche thérapeutique insistera sur la dimension du témoignage des faits. Comment chaque partenaire dans une relation particulière va considérer la manière dont la vie, la société ou l'histoire lui a ou non donné des avantages et comment à partir de là il va se montrer généreux ou établir sa réclamation. Le thérapeute ayant créé un espace aux faits d'injustices pourra alors emmener les patients à s'interroger sur les conséquences des faits dans leurs relations et à confronter les points de vue. Ce travail pouvant ouvrir la perspective d'une mise en évidence des conséquences et de la portée inhérente des faits pour mieux permettre l'engagement de chaque protagoniste.

La dimension 2

Elle relève du domaine psychologique, de l'appareil psychique. Il y a dans toute relation une composante psychologique issue du fonctionnement psychique des mécanismes de projection imaginaires. Le génie de l'approche contextuelle est de reconnaître l'apport de la psychanalyse mais de ne pas réduire une relation au désir qui peut l'animer. Prenons un exemple, la confiance. Elle peut être immédiate, "imaginaire" liée à des signifiants particuliers par exemple une telle fait plus confiance aux gros qu'aux fluets. Nous sommes dans la dimension d'un sens projeté. Toute autre est la confiance méritée, gagnée dans le long terme de la réciprocité.

L'articulation entre les deux dimensions se fera en termes de conséquences.

Pour une mère gravement phobique n'osant sortir, le thérapeute contextuel aidera moins cette patiente à comprendre la signification inconsciente de sa phobie qu'il permettra la prise en compte des besoins des proches comme levier de changement. Le thérapeute contextuel aidera cette mère à trouver des ressources relationnelles pour ne pas priver ses enfants de sorties ou de vie à l'extérieur.

Prenons un autre exemple pour distinguer ce qui est de l'ordre de la dimension 2 et de la dimension de l'éthique relationnelle. Si un patient, dans une séance de thérapie

¹⁷ in *L'approche contextuelle*, Pierre Michard, Guenièvre Shams Ajili, coll Essentialis, éditions Morisset, 1996

de groupe, évoque sa relation avec son père, on peut l'inviter à exprimer son agressivité en frappant un coussin. Cette mise en scène ne peut que provoquer un soulagement chez ce patient. Mais c'est faire appel à une autre ressource thérapeutique que de proposer au père et au fils de dialoguer sur le contentieux.

Prenons un autre cas de figure, un jeune patient a été violent envers son professeur, on pourra bien sûr lui faire constater que son animosité envers son enseignant est un transfert d'une image paternelle, mais on pourra aussi l'amener à réfléchir et à considérer le dommage réel qu'il a fait subir à son enseignant, et qui ne s'effacera pas par un simple "insight" sur l'origine de l'agressivité. Dans notre premier exemple, le psychodrame peut être une technique privilégiée du thérapeute mais il pourrait enrichir son approche en dépassant le "stade du coussin" par l'introduction du père en séance, pour qu'il puisse se justifier et réfléchir sur sa relation à son propre père, cet échange entre père et fils pourra aider à rétablir un dialogue.

La dimension 3

C'est une dimension relationnelle, de transaction et de communication. C'est la dimension privilégiée des recherches systémiques. On y décrit le style de communication, les règles relationnelles, soubassement de la culture et du mythe familial. C'est la dimension par excellence du "comment". Comment, par quel procédé de communication quelqu'un fait faire quelque chose à quelqu'un d'autre. C'est donc aussi l'analyse du pouvoir dans la relation.

Bien évidemment, l'analyse contextuelle intègre ces données mais l'essentiel pour elle n'est pas de savoir qui a le pouvoir, mais bien de dialoguer sur qui est exploité par qui dans la relation.

Il n'est donc pas négligeable de repérer comment un enfant réussit à prendre le pouvoir sur sa famille à travers son anorexie ou son énurésie. Mais il est plus important pour lui-même et sa famille de repérer qui aide-t-il grâce à cette prise de pouvoir en y sacrifiant son avenir. Là encore le thérapeute contextuel tentera de penser les éléments communicationnels en termes de conséquences éthiques et d'amorcer à partir de ce moment un dialogue intrafamilial.

Prenons un exemple, une règle familiale officielle énonce : "les parents doivent tout aux enfants". Un tel énoncé général rend plus difficile un examen attentif de personne à personne et des contributions de chacune. La règle du système voulant gouverner les échanges interpersonnels ferme le dialogue éthique toujours plus spécifique.

La dimension 4

Nous l'avons décrite en ouverture de ce texte, elle est l'invention de l'approche contextuelle. Boszormenyi-Nagy est dans un effort constant de spécification entre toutes les dimensions. La dimension 4 est à la fois la plus englobante, la sève de la relation et des motivations, par là même le levier thérapeutique essentiel. Le langage éthique est le dernier langage relationnel qu'un psychotique puisse entendre. La dimension 4 s'impose donc comme une réalité clinique qui suppose un ordre humain

de la justice inhérent à l'humanité de l'homme en relation.

Si l'école thérapeutique contextuelle regroupe ces 4 dimensions humaines, l'intégration des différentes approches thérapeutiques doit établir un ordre dans la réalité relationnelle. Une école de thérapie qui se veut complète doit d'abord s'attacher à regrouper les différents facteurs qui déterminent la réalité relationnelle et ensuite classer par ordre hiérarchique les buts et les procédures prioritaires. Boszormenyi-Nagy continue, dans un article de la revue *Dialogue* (n°111) : "Plus le thérapeute est mûr et expérimenté moins il s'attend à trouver une théorie qui remplace et surpasse les autres. Il est normal que le thérapeute expérimenté compte de plus en plus sur ses ressources personnelles et relationnelles."

Extrait d'une séance de travail sur le « Sociogénogramme » de la situation 2 avec des professionnels non concernés, en absence de la famille

Stéphanie Lecuit-Breton : La psychomotricienne recherchait une liste d'établissements. Il s'est avéré que la demande était plus complexe, lors d'un entretien elle a appris qu'Abdellah, 11 ans à l'époque, était avant dans un établissement (étab.1) relevant d'une association du médicosocial, dont les parents l'ont retiré (le papa et la maman). Il a été orienté en CLIS à ce moment-là. La psychomotricienne m'explique en mai 10 qu'il est maintenu en CLIS, qu'ils vont le garder exceptionnellement une année de plus, mais que ça n'est pas la bonne orientation. *« Ce sont des parents qui sont dans une dynamique de faire marcher l'enfant, que l'enfant va progresser. Ils vont régulièrement aux USA faire du Bio feed back »*. En sept 11, l'enfant est sans aucune prise en charge. L'étab.2 a refusé son dossier, la famille a fait l'objet d'une dizaine de refus dans le médico-social. La proposition de sa référente est qu'un enseignant vienne deux heures par semaine, ce que le papa a refusé. On reçoit ce papa à chaque fois seul entretien. J'ai fait la proposition de le recevoir avec sa femme, ses deux filles de 15 et 14 ans, et aussi avec Abdellah. Le papa ne dit pas non, mais il y a toujours des impossibilités qui font que le jour de l'entretien, il est seul. Il dit que sa femme assistante familiale ne peut se dégager, et que, si elle était présente elle ne ferait que pleurer.

L'autre fait important c'est que ce papa a fait deux tentatives de suicide. C'est quelque chose qu'il aborde souvent, parlant durant la première moitié de l'entretien de son fils puis ensuite de cela. Je lui ai demandé avec qui il pourrait parler de son mal-être. Il y a une personne importante, son médecin généraliste, qui lui prescrit un médicament, mais reconnaît ses limites, et lui conseille d'aller voir un psychiatre. M. H est allé plusieurs fois au centre d'appui rencontrer deux psychologues - on n'a pas pu déterminer ce qu'est le centre d'appui, ce qu'on y faisait. Il a rencontré un psychiatre en CMP, et ça ne s'est pas bien passé. Il dit qu'Abdellah est sa bouée, et que quand tout aura été réglé il pourra partir pour aller retrouver ceux qui sont déjà mort, deux de ses frères décédés qui comptaient énormément pour lui. Il a un autre frère à Annecy où il va avec son fils. Sa mère fait partie de ces figures d'attachement très importante, qui lui apparaissent le soir et qu'il a envie de retrouver. Son père aussi est mort, il vivait en Algérie.

On a abordé ce point avec lui, puisqu'il dit qu'Abdellah est sa bouée et qu'après il pourra partir, est-ce que c'est bon de trouver une structure ? Son fils peut encore aller en centre de loisirs le mercredi où ça se passe bien.

Avec beaucoup d'insistance de la part de la CLIS, suite à la rencontre du 12 oct 2010, il a été orienté vers l'étab.2, ce que le papa a vécu comme si on voulait se débarrasser de son fils. Quand bien même l'établissement aurait accepté l'enfant, le papa dit qu'il

n'est pas sûr d'accepter l'orientation, l'expérience de l'éta.1 ayant été si douloureuse qu'il n'a plus confiance dans structure médicosociale.

Un autre élément important est qu'Abdellah ne veut plus aller à l'école.

Jean-Marie Lemaire : Des flèches bicolores partent de la Cliss vers l'éta.2, par contre le dessin nous interroge sur les modalités d'orientation vers l'éta.1.

Stéphanie Lecuit-Breton : C'est la MDPH qui a orienté vers cette structure. Aujourd'hui, il va faire un recours juridique puisque l'obligation de scolarité n'est pas assurée. Il a saisi un service judiciaire qui connaît deux autres situations similaires, et pense qu'un recours est possible, mais que la présence d'une avocate sera nécessaire.

Professionnel non concerné 1 (principale de collègue) : Quelle aurait été une bonne orientation ?

Claire Faillie: Qu'il retourne dans le circuit médico-social, l'éta.2, c'était la décision qui faisait l'unanimité.

Professionnel non concerné 1 (principale de collègue) : Pourquoi l'éta.2 a-t-il refusé ?

Stéphanie Lecuit-Breton : Un enseignant de l'éta.2 est allé observer Abdellah dans sa Cliss pour faire le bilan de ses capacités. Il a dit qu'il ne pourrait pas suivre, mais n'était pas assez handicapé pour aller à l'USEP, unité pour enfants polyhandicapés.

Professionnel non concerné 2 (animateur éducateur dans un PRE) : Je voulais savoir si le papa travaille.

Stéphanie Lecuit-Breton : Quand on l'a reçu, il était en arrêt de travail, et quand il a pu reprendre, il a décidé de ne pas reprendre son travail pour pouvoir s'occuper de son fils.

Il a fait de nombreux courriers au ministère, il a aussi un problème de logement (il est en duplex). Quand il aura réglé tous ces soucis... Une de ses filles a un souci de santé un trouble hypophysaire, trouble de la croissance.

Professionnel non concerné 1 (principale de collègue) : Je reviens à ma question : qu'est-ce qui te trouble là-dedans ?

Jean-Marie Lemaire : le problème pour Claire, Stéphanie et nous tous, c'est de savoir où planter un drapeau dans un endroit d'émergence de la confiance, selon les appartenances sociales, professionnelles, politiques de chacun de nous.

Professionnel non concerné 3 (travailleur social) : Je vois les mails entre la référence MDPH et Stéphanie. Elle a eu le souci de rechercher d'autres points de vue hors de l'Education Nationale. Elle fait la démarche de chercher à l'intérieur du réseau du papa.

Jean-Marie Lemaire : On pourrait se demander dans quelle mesure, en faisant cette démarche, cette référente suit intentionnellement ou pas l'endroit où le papa a installé un contexte de stabilité. Mais intentionnellement ou pas, on s'en moque. Il y a là une flèche qui pointe se fixer quelque part n'est pas fréquent chez le papa. Dans cet ensemble de rupture de liens, d'instabilité, quelque chose se fixe ici. On ne sait pas si on cherche ce qu'on trouve, ou si on trouve ce qu'on cherche. Si c'est intentionnel ou pas n'a pas d'importance

Professionnel non concerné 3 (travailleur social): Je vois deux polarités, avec la référente et avec Stéphanie.

Professionnel non concerné 2 (animateur éducateur dans un PRE) : et aussi quelque chose peut-être entre le papa et la maman. Il y a très peu de flèches bleues. On est parti d'une situation autour de l'enfant, et c'est le papa qui se retrouve au cœur du dessin. Il y a aussi une présence forte de personnes décédées mais qui ont une importance dans la décision du papa.

Jean-Marie Lemaire : En restant dans la dimension des faits, on peut dire qu'il ne sait avec qui il veut rester, les vivants ou ceux qui sont partis.

Stéphanie Lecuit-Breton : Il a une forte relation avec son fils, il n'y a pas que cette fille, il y a aussi deux petits (un petit dernier de deux ans et)

Professionnel non concerné 1 (principale de collègue) : Est-ce que le papa a dit ce qu'il voulait pour son fils ?

Stéphanie Lecuit-Breton : Le mieux. On a passé beaucoup de temps sur la question de savoir écrire.

Jean-Marie Lemaire : On pourrait donner un peu d'épaisseur aux points d'ancrage qu'on vient de poser. On pourrait chercher à savoir qui peut faire les actions les plus adéquates pour Abdellah, se demander où c'est possible d'ouvrir les relations de confiance pour faire en sorte qu'il aille mieux. Sans oublier la remarque sur l'importance de la mère du papa. Et avec Nagy, qui ne met pas de frontière entre les générations, se demander quand la maman est morte, avant ou après la naissance d'Abdellah ? Est-ce qu'elle s'est positionnée par rapport au handicap d'Abdellah ?

Stéphanie Lecuit-Breton : Elle est décédée l'année de la naissance de son premier enfant. Il est devenu papa et orphelin en même temps. Ses frères sont morts en 2008 et 2009.

Jean-Marie Lemaire : On vient de planter un drapeau entre professionnels, un lieu intrafamilial a été proposé. Et en posant des questions dans la dimension 1, la dimension des faits, on apprend que le papa devient orphelin et papa en même temps. On pourrait imaginer une question au papa : quand il est devenu orphelin et papa, est-ce que la maman a pu prendre sa place, ou le chagrin était-il tellement important que c'était difficile ?

Professionnel non concerné 4 (psychologue) : De la même façon on pourrait suggérer une piste du côté de la répétition de la naissance d'un enfant avec un autre handicap, comment cela a eu de l'influence sur les rapports avec la maman ?

Professionnel non concerné 2 (animateur éducateur dans un PRE) : Je voudrais aussi connaître les prénoms des personnes différentes générations.

Marie-Claire Michaud : Je mettrai un drapeau entre le papa et le centre : Claire, Stéphanie et Samia, la secrétaire, dont la nationalité peut avoir de l'importance.

Professionnel non concerné 4 (psychologue) : Stéphanie avait déjà parlé du rôle joué par Samia dans une traduction avec une famille. Elle avait été en médiation avec une famille au niveau de la langue. Elle parle kabyle et arabe.

Jean-Marie Lemaire : On pourrait aussi chercher à savoir si Monsieur est kabyle. Samia doit le savoir. Les codes dans lesquels ils se saluent leur ont permis de se reconnaître.

Professionnel non concerné 5 (coordinatrice de projet social) : J'avais envie de relever qu'actuellement l'enfant est dans un centre de loisirs, dont il est satisfait. Le papa aussi ?

Stéphanie Lecuit-Breton : C'est un lieu dans lequel le papa a confiance.

Jean-Marie Lemaire : est-ce que je mets un drapeau sur la flèche ou sur le centre ? Sur la flèche, c'est le trajet qu'ils font à deux. Sur le centre, il faudrait pouvoir mettre un nom. Le "Sociogénogramme" permet de transmettre les questions du groupe au papa, la région d'où il vient en Algérie, le fait qu'une personne qui vient de Belgique ait demandé le nom des personnes du centre.... Cela permettant de re-polariser différemment ce qui est déjà à l'intérieur. On pourrait aussi, par rapport à ceux qui ne sont plus là, lui demander ce que sa maman penserait de ce qu'il fait.

Stéphanie Lecuit-Breton : Quand on lui avait demandé quels étaient les espaces où il pouvait avoir confiance, le centre de loisirs était apparu. Il fait des visites à l'improviste, et au centre de loisirs, il n'a pas constaté d'abandon, il a vu que son enfant était concerné.

Jean-Marie Lemaire : Par rapport aux enceintes des services, la perméabilité des périmètres est fatalement différente entre un collège et un centre de loisirs. Qui protège t'on en fermant l'enceinte, les professeurs du regard des parents, ou le contraire ?

Professionnel non concerné 4 (psychologue) : Dans le centre de loisirs, il y a des enfants valides. C'est un endroit qui ouvre des ressources, puisqu'il a une adaptabilité qui lui a permis d'y vivre et de s'y développer, par rapport aux autres enfants et à l'encadrement.

Jean-Marie Lemaire : Ça nous permet de mettre une nouvelle flèche bleue, qui va dans le sens de ce que prône l'Éducation Nationale. On pourrait aussi demander à Monsieur comment Abdellah lui fait comprendre ce qui lui convient.

Stéphanie Lecuit-Breton : Il l'exprime clairement.

Jean-Marie Lemaire : C'est une contribution de la part d'Abdellah pour dire que son père a trouvé un endroit agréable pour lui. On peut imaginer réunir les endroits où on trouve les drapeaux, dans une suite du travail. S'il y avait une limite administrative à la poursuite de l'accueil en centres de loisirs, il y a peut-être des personnes qui connaissent des solutions quand on arrive aux limites d'âge.

Professionnel non concerné 3 (travailleur social) : Et peut-être que leur regard pourra re-balancer celui de la référente de la MDPH.

Professionnel non concerné 1 (principale de collège) : Je trouve qu'on a relégué rapidement la maman du petit.

Jean-Marie Lemaire : Quelle mère ? On peut voir quelle place se dessine pour la mère d'Abdellah ?

Professionnel non concerné 1 (principale de collège) : Elle sait s'occuper des enfants des autres, et pour Abdellah on a toujours affaire au papa.

Jean-Marie Lemaire : Quand le papa dit qu'elle pleure tout le temps : est-ce qu'elle pleure parce qu'elle a deux enfants qui sont en situation de handicap, ou parce qu'elle ne trouve pas de place pour leur être utile

Professionnel non concerné 5 (coordinatrice de projet social) : ou parce que son mari veut toujours mourir ?

Professionnel non concerné 1 (principale de collègue) : Il y a un autre parallèle, le rapport entre le papa et sa mère, et celui d'Abdellah entre sa mère, est-ce un attachement qui se reproduit ?

Jean-Marie Lemaire : On pourrait tourner la question en lui demandant, du fait de son attachement à sa propre mère, si cela lui donne des informations sur l'attachement d'Abdellah à sa maman. Il y a intérêt à ne pas fermer la question, mais à la déplacer à un autre contexte.

Comme hier, on peut tenir compte du fait que la famille n'est plus souveraine sur certaines décisions (Mme Leroux). On est dans une situation où ce qui se décide généralement dans un périmètre familial va s'exporter dans le réseau, via la MDPH, peut-être els services judiciaires.....

On peut alors se poser la question des figures adaptées, de la dimension des participants, le rôle de Stéphanie étant toujours d'ajouter quelque chose pour que le périmètre ne soit pas une enclave. Dans ce contexte extensif, ce n'est jamais le résultat qui compte, mais le fait qu'on invite les personnes.

Professionnel non concerné 6 (référente PRE) : je voudrais ajouter un drapeau sur la psychomotricienne et le papa, au niveau de la régularité et de la valorisation de l'enfant.

Jean-Marie Lemaire : Quand vous dites valorisation de l'enfant, ce qui est juste, je pense tout de suite à la revalorisation de la psychomotricienne. Combien de professionnels, par une sorte d'isomorphisme (dans une ressemblance) doivent eux aussi vivre une expérience de dévalorisation ! Il faut que cela profite lui aussi.

Quand les ressources résiduelles sont isolées elles sont fragiles. Une seule ressource, si on souffle trop dessus, on l'éteint. Pour arriver à un travail de contexte extensif de confiance, il faut relier les drapeaux, les zones de contexte de confiance les unes les autres, de proche en proche. C'est difficile par ce qu'elles sont de natures différentes, la maman du père, le centre... En les accrochant les unes les autres, on obtient une masse significative pour balancer la zone de coordination institutionnelle.

Professionnel non concerné 1 (principale de collègue) : Il y a une autre piste, très ténue, l'autre sœur handicapée. On pourrait voir comment dans la fratrie peuvent se jouer les choses avec les sœurs aînées. Elles sont jeunes, mais elles peuvent donner des pistes à retenir.

Jean-Marie Lemaire : D'autant plus si des solutions ont pu être trouvée pour la jeune fille.

Professionnel non concerné 1 (principale de collègue) : On n'a pas trouvé de nom pour le handicap d'Abdellah, alors qu'on a su nommer celui de la jeune fille. Comment est-ce que cela s'est joué dans la famille ? C'est peut-être aller trop loin ?

Jean-Marie Lemaire : Dans ce type de travail, ce qui est important c'est de demander à ce monsieur son avis sur toutes les pistes qui ont été abordées. Est-ce qu'à un moment vous avez eu un doute, un frémissement sur le fait qu'on n'aurait pas parlé de cette manière si le papa avait été présent ?

Professionnel non concerné 5 : Peut-être quand j'ai fait une intervention sur son épouse disant qu'elle pleurerait peut-être à cause de ses envies de mourir.

Stéphanie Lecuit-Breton : Je ne crois pas qu'elle connaisse les deux tentatives.

Jean-Marie Lemaire : Peut-être que cette question n'est pas praticable dans le contexte tel qu'il est, mais qu'elle serait envisageable après un moment de mûrissement.

Professionnel non concerné 5 (coordinatrice de projet social) : Je vois que c'est un monsieur qui a des ressources auprès de personnes qui ne sont plus vivantes, ou qui ne sont pas dans le pays, quand il parle de bio feedback.

Stéphanie Lecuit-Breton : On a beaucoup à apprendre de lui, il a des forces mobilisatrices, il a créé une association pour financer son voyage aux USA. Quant à notre questionnement par rapport à sa femme, il a encore une réserve, on peut parler de lui, mais j'ai encore beaucoup à apprendre.

Professionnel non concerné 1 (principale de collègue) : C'est très étonnant, quand on regarde comment le dessin a été construit, il va vers l'avenir. Si on le coupe en deux, on a comme le jour et la nuit, à gauche le passé, non investi, où on ne trouve qu'une personne, le médecin endocrinologue. Il y a des choses qui ne s'envisagent pas, qui ne se disent pas.

Stéphanie Lecuit-Breton : Le médecin généraliste a autant de place parce qu'il semble être un appui.

Professionnel non concerné 2 (animateur éducateur dans un PRE) : Le « Sociogénogramme », prend une forme différente selon les personnes présentes, c'est toujours très parcellaire.

Claire Faillie : On parlait tout à l'heure d'aller chercher les compétences plutôt à l'intérieur. Quand je vois tout ce qu'il y a dans le dessin, tout ce que le papa a

mobilisé, ça me fait presque mal à la tête tous ces acteurs, toutes ces couleurs en une seule année, je n'imaginais pas. Le retour de chacun m'a permis d'avoir un regard extérieur sur ce que montre le « Sociogénogramme ».

Jean-Marie Lemaire : Dans les premiers contacts avec les outils de la "Clinique de Concertation", les premières réactions sont plutôt des signaux de saturation (maux de tête ou nausée) parce que ne viennent pas aussi rapidement un équilibre, une rentabilité des choses. Au début on est beaucoup plus dans le constat d'une complexité et d'une confusion. Parfois, ce vertige fait faire un pas en arrière.

Une de mes collègues préfère travailler dans une pièce avec un enfant et avec quelqu'un qui a le goût de cette complexité. Nous pouvons décider de travailler dans un champ d'action réduit, le papa et Abdellah n'ont pas le choix, ils se retrouvent dans une histoire qui peut donner le vertige. On peut leur demander de nous donner la main pour avoir moins le vertige.

Professionnel non concerné 5 (coordinatrice de projet social) : Je ressens une grande gêne par rapport au « Sociogénogramme » ici, qui n'a rien à voir avec ce que vous avez dit, mais plutôt avec le contexte. On sait bien qu'il n'y a pas de place pour les jeunes polyhandicapés, on peut faire des tonnes de « Sociogénogrammes » comme celui-ci dans des réunions, si on s'arrête là, est-ce qu'on n'occulte pas un vrai problème politique ? Et là, je relève les forces du papa qui porte plainte, c'est peut-être un monsieur qui parle de s'en aller, mais il y a encore beaucoup de vie.

Professionnel non concerné 7(médiatrice familiale) : Le problème n'est-il pas aussi un manque de moyens, et donc plus un problème sociopolitique ?

Jean-Marie Lemaire : Ce qu'on peut dire c'est que lorsqu'ils voient un « Sociogénogramme » de ce type, les politiques ou les juges de la jeunesse disent que c'est la première fois qu'ils se rendent compte que tous ces éléments sont reliés ensemble. Sinon, ils ont une vision parcellaire, ils sont sollicités pour tel ou telle et sont dans l'empilement des structures, sollicités et voulant être équitables. Là ils ressentent la nécessité de plans globaux, mais ça ne satisfait pas tous les services.

Professionnel non concerné 7(médiatrice familiale) : Ce qui est étonnant, c'est que ce sont les assistantes sociales de l'Education Nationale et de l'IME qui ont été activés par cette situation. Il n'y a pas les assistantes sociales du Conseil Général qui peuvent peut-être avoir un pouvoir.

Professionnel non concerné 2 (animateur éducateur dans un PRE) : Peut-être sont-elles présentes via la MDPH.

Stéphanie Lecuit-Breton : Cette situation va au-delà de ça, cet enfant trouve difficilement sa place dans le secteur scolaire ou dans le secteur médicosocial. Il est sur la crête, avec un papa qui aurait le souhait qu'il soit sur le volet scolaire.

Jean-Marie Lemaire : On a le cas de certains jeunes qui pour le psy sont des délinquants et pour l'éducateur des malades mentaux.

L'idée c'était de vous laisser conclure, et dans une vision de plus en plus Clinique de vous poser des questions pour voir ce que vous allez pouvoir faire. Le concept de ressources résiduelles peut-il vous aider ? Avec le travail du groupe on a amorcé le contexte extensif de confiance.

Stéphanie Lecuit-Breton : Suivre la logique des petits pas pour procéder à une extension progressive et prudence. Quand je vois la flèche service judiciaire, je considère que pour le papa un grand pas a été fait. On va lui présenter le « Sociogénogramme » - il va avoir ou pas la tête qui tourne -, et lui laisser poser la première question, tranquillement. Et peut-être imaginer avec lui quoi faire de ces petits drapeaux que le groupe nous a aidés à planter.

Jean-Marie Lemaire : Donnez lui quelques indications sur les composantes du groupe, qui on est, combien on est.

Claire Faillie : On l'avait déjà fait.

Professionnel non concerné 4 (psychologue) : C'est la première fois que je suis un « Sociogénogramme » de bout en bout, sans trop me tromper. Je retiens le réflexe habituel que je peux avoir d'interpréter, de cavalier devant, de fonctionner par association. J'essaye de ralentir la pensée, de m'en tenir au factuel, et du coup les choses qui sont venues sont des choses auxquelles je ne m'attendais pas. Avec l'habitude et l'aisance professionnelle, des automatismes s'installent, qui sont agréables mais qui tuent la créativité.

Jean-Marie Lemaire : Nous avons eu une belle surprise hier, on faisait un « Sociogénogramme » complexe, les profs un peu perdus dans le code couleur, demandent les petites cartes. La jeune fille nous rejoint, à un moment il est question de savoir si l'AEMO pourrait proposer une aide au niveau scolaire ou bien l'AFEV. On avait représenté les étudiants en noir, je demande à cette jeune fille, Maruschka, de quelle figurer la flèche - orange dans le cas de l'AEMO - s'il s'agit d'étudiants. En noir ? *"Et bien non, en bleu !"* Le fait de ne pas être encombré par des interprétations lui a permis de rester au niveau factuel. C'est la dimension 1, celle des faits, qui, à un moment, ouvre plus facilement les choses.