« La "Clinique de Concertation" n'est pas un but en soi. Ce qui précède est déjà du travail, et ce qui suit, l'est également. La disponibilité des professionnels, leur capacité à s'ouvrir, à mobiliser des collègues, n'est pas une "préparation" : c'est un travail en soi. Tout ce qui nous a réunis autour de Farid et sa famille n'a pas eu lieu seulement dans la perspective de la "Clinique de Concertation" et de la "Concertation Clinique". Assurer les relais, accompagner, mobiliser les ressources dans les champs de recouvrement est essentiel. »

Dr Lemaire

De mai 2006 à décembre 2008, se sont déroulées deux formations destinées aux professionnels de l'aide, du soin et de l'éducation de Tizi Ouzou et de sa région – ces personnes-clés de la société civile confrontées, dans leur pratique, à la détresse des familles.

Ce livre décrit cette expérience, et en analyse les fonctionnements, entre théorie et pratique, entre la prose un peu sévère des modules de formation, et celle, plus personnelle, des portraits.

« Le lecteur devra aussi lire entre les lignes pour accéder à ce qui fait l'objet de ce livre mais ne pourrait y entrer faute d'espace : le travail quotidien des intervenants de réseau psychosocial en Algérie. »

SELMA HELLAL, née en 1973 à Alger, a suivi des études de sciences politiques. Elle est co-fondatrice (avec Sofiane Hadjadj) des éditions barzakh.

9 789947 851456

CISP

[barzakh]
www.editionsbarzakh.dz
Photographie : © Collection privée.
ISBN : 978-9947-851-45-6

DE PROCHE EN PROCHE SELMA HELLAL [barzakh]

SELMA HELLAL



DE PROCHE EN PROCHE

Proximité et travail thérapeutique de réseau en Algérie

[barzakh]

Selma Hellal

DE PROCHE EN PROCHE

Proximité et travail thérapeutique de réseau Algérie

Une formation à l'épreuve du terrain

[barzakh]

Cet ouvrage a été réalisé avec l'aide financière de l'Union européenne.
Le contenu de ce document relève de la seule responsabilité du CISP et de l'auteur,
et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant la position
de l'Union européenne.

Cet ouvrage a également été publié avec le soutien du CISP Algérie,
Comité International pour le Développement des Peuples.

Avertissement : dans le souci d'alléger le texte et pour aider à sa lisibilité, les nombreuses citations tirées des propos et commentaires à visée pédagogique du Dr Lemaire ne feront pas l'objet d'une attribution systématique [soit : (Dr Lemaire)] quand elles comportent assez d'éléments (par exemple syntaxiques) qui en garantissent la « traçabilité », en situation.)

Merci à Yamina, Si Amine, Sofiane, Samira, Saliha, Charlotte, Mouloud, Da Hacene, Farida, Rachid, Eveline, Razika, Assaa, Nesrine, Wassim, Nadir, Benaissa, Nassima, Rabah.

Merci à Patrice Maniglier. C'est dans son article (« Comment se faire sujet ? », Actes du 3e Congrès International de la « Clinique de Concertation ») qu'a été puisée l'idée du titre de cet ouvrage.

© éditions barzakh, Alger, décembre 2008.
ISBN : 978-9947-851-45-6
Dépôt légal : 4593-2008

DE PROCHE EN PROCHE

à Hocine

« Au bout d'un long moment j'entends la voix du médecin dire : " Prenez donc une demi-pilule de X, et trois entières de W, au repas. Le soir, vous ajoutez... " (...) S'est-il demandé s'il y parviendrait, à la faire, cette ligature du malheur fou avec quelques pilules égrenées, divisées, récitées comme une prière ?
Se le demandent-ils à chaque fois ?
Du vestibule, les trois bureaux avec leurs portes amorties, le silence avec lequel ils avalent les consultants, m'avaient toujours glacée.
Trop l'allure d'un confessionnal, le reconcement à croiser les fous, sur les chemins. »

Marie Depussé, *Dieu gît dans les détails*, POL, 1993

AVANT-PROPOS

Le livre, dont cet avant-propos fait l'objet, est à la fois le *témoignage d'une expérience* d'un partenariat entre deux structures associatives, autour des professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle de Tizi Ouzou et de Boumerdes, de ce laboratoire à échelle humaine qui, grâce à son dynamisme, a pu intégrer le travail thérapeutique de réseau dans les maillons des institutions de la région, et *la mémoire d'un cadre de formation rigoureux* qui a fait l'objet de vingt et un modules de quatre jours, et de deux réunions de suivi par mois, de mai 2006 à décembre 2008.

Cette expérience, décrite tout au long de cet ouvrage, prend racine dans le cadre d'un projet intitulé *Citoyenneté et reconstruction du dialogue*, porté par le CISP, en partenariat avec trois associations algériennes (la Ligue de Prévention et de Sauvegarde de la Jeunesse et de l'Enfance, la Maison des Droits de l'Homme et du Citoyen de Tizi Ouzou et l'association AFAK) implantées dans les Wilayate de Boumerdes et de Tizi Ouzou, et financé par la Commission Européenne.

Le CISP, *Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Populi,* ou Comité International pour le Développement des Peuples, est une organisation non gouvernementale née en 1982 dont le siège est en Italie. Elle opère dans le domaine de la coopération internationale et de la lutte contre l'exclusion sociale.

En Algérie, le CISP s'est mis au travail à partir de 1999 (après avoir soutenu le peuple sahraoui dès 1984) autour de la *promotion de la cohésion sociale, au travers de la lutte contre l'exclusion sociale et la discrimination, et du renforcement des organisations de la société civile et de leur collaboration avec le secteur public.* Dans cette dynamique, le CISP soutient et met en œuvre différents projets en accord avec des partenaires institutionnels et associatifs algériens, tels que le centre de soutien psychologique pour les victimes du terrorisme à Bentalha, de 1999 à 2001, l'appui au service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Bab El Oued, de 1999 à 2001, le renforcement des capacités du Centre Hospitalier Universitaire de Beni Messous, de 2001 à 2004, le soutien aux professionnels de l'aide et du soin à la suite du séisme de 2003 sur la Wilaya de Boumerdes, puis sur la région de Bab El Oued, de 2003

à fin 2008, le projet autour de la gestion de la pression migratoire d'Afrique Subsaharienne vers le Maghreb, de juin 2004 à décembre 2008 et enfin le projet *Citoyenneté et reconstruction du dialogue*, portant sur les Wilayate de Tizi Ouzou et de Boumerdes, de janvier 2006 à décembre 2008.

Le CISP, à travers le projet *Citoyenneté et reconstruction du dialogue* (dont le titre met en valeur deux notions fondamentales), a pour intention de soutenir la revalorisation des *pratiques citoyennes*, de participer au développement d'une *culture de la paix* au travers du respect des droits humains, et de favoriser le rétablissement du *dialogue* entre gouvernants et gouvernés en Algérie.

Ce projet s'articule autour d'activités (*de formation principalement*) d'éducation aux droits humains et à la citoyenneté, de prévention de la violence, et de prise en charge des personnes en détresses multiples et sévères. Il nous est apparu important de travailler sur ces trois axes dans le même temps, car même si la démarche n'est pas évidente au premier abord, des champs de recouvrement nombreux existent, gagnant à être explorés et encouragés. Venir en aide aux familles en grande difficulté, par le biais du travail thérapeutique de réseau, est pour nous, d'abord, un acte citoyen qui prend toute sa place dans le projet qui nous réunit. Le travail thérapeutique de réseau amène les professionnels de l'aide, de l'éducation, et du soin à travailler en milieu ouvert, à interpeller les institutions, à faire fonctionner les liens citoyens entre les acteurs d'un territoire. Nous sommes arrivés au constat que le dialogue entre les citoyens et les institutions, dans les régions où nous travaillons, a été rompu à la suite d'un certain nombre d'événements violents. Mais notre regard s'est également porté sur le dialogue entre les membres d'une même famille, entre des personnes qui vivent ensemble, qui se côtoient... Les violences multiples ayant secoué la région ont laissé de profondes traces dans les relations interpersonnelles, et c'est aussi à ce niveau qu'un travail sur le lien est à faire. Le pari que le CISP et ses trois partenaires associatifs ont fait, à savoir de mêler les thèmes de la Gestion de la Violence, du Travail Thérapeutique de Réseau et de l'Éducation aux Droits Humains et à la Citoyenneté sera poursuivi de 2009 à 2011, dans le cadre d'un projet complémentaire financé par la Commission européenne.

Pour réaliser cet ouvrage, nous avons été attentifs, dès le début des activités de formation, à garder des traces écrites afin de préserver une mémoire de ce qui a été transmis, mais aussi de ce qui a été vécu par les acteurs du travail thérapeutique de réseau. Pour cela, nous avons bénéficié de l'accompagnement d'une personne de qualité, Selma Hellal, directrice de la maison d'édition Barzakh, qui a assisté à toutes les formations, au point de se fondre avec les professionnels du réseau de Tizi Ouzou. Sa grande sensibilité l'a amené facilement à saisir ce qui se vivait pendant et entre ces espaces de formation, à accompagner et à vivre les étapes de renforcement du réseau des professionnels de l'aide, de l'éducation et du soin de Tizi Ouzou, et donc à jouer, avec une grande justesse le rôle de l'« imprimante » des différentes réunions des professionnels.

Charlotte de Bussy,
Coordinatrice du projet
« Citoyenneté et reconstruction du dialogue »

PRÉFACE

En Belgique, nous ne recevions pas, à propos de la guerre de libération, les mêmes informations que celles qui étaient diffusées en France. J'ai des souvenirs précis des conversations qui s'animaient dans ma famille à cette époque et de la fascination qu'opérait sur moi l'engagement des peuples et des gens qui se battent pour leur liberté. Tous n'étaient pas du même avis sur le sujet et les débats pouvaient être animés, notamment entre Jules, mon grand-père, qui avait fait la première guerre mondiale et Jules, mon père qui, pendant la seconde, s'était réfugié dans le sud de la France. J'y ai appris qu'il n'y avait pas une seule vision des choses, c'est normal, on a deux yeux[1].

Quand, de 1993 à 1996, dans le cadre de l'aide humanitaire, nous avons travaillé dans les camps de réfugiés, en Yougoslavie, nous avons, Eveline Chevalier et moi, construit des programmes psychosociaux qui sont devenus la matrice de ceux que nous avons développés en Algérie depuis 1998. Leur évaluation et leur formalisation, dans la « Clinique de la Reconstruction »[2], a bénéficié de la rigueur d'Antoinette Chauvenet, sociologue au CNRS et de l'espiègle intelligence de la mère de mon fils Jules, Vinciane Despret, philosophe. Il fallait chercher l'équilibre entre l'attention soutenue au malheur et une espiègle inventivité sans macérer dans le premier ni devenir frivole dans la seconde. La mère de Jules m'y a aidé. Elle est devenue la belle-fille de Jules mon père quand, en 2001, nous nous sommes mariés en Algérie.

Que le lecteur ne s'y trompe pas, c'est dans les portraits, les encarts, les conversations, les détails de ce texte qu'il retrouvera ces subtils équilibres. L'auteur y progresse sur une corde raide, rectifie d'un coup de plume une tendance à la gravité par une jolie maladresse. Et, pas à pas, de proche en proche, elle donne du lustre aux étayages plus théoriques développés dans la retranscription des modules de formation.

1. Le lecteur sera attentif à retrouver, plus loin dans le texte, ces deux éléments : Normal et vision différenciée des deux yeux.
2. Chauvenet A., Despret V., Lemaire J-M, *La Clinique de la Reconstruction*, L'Harmattan, Paris, 1996.

Le lecteur devra aussi lire entre les lignes pour accéder à ce qui fait l'objet de ce livre mais ne pourrait y entrer faute d'espace : le travail quotidien des intervenants de réseau psychosocial en Algérie.

Il était urgent de donner naissance à un tel témoignage parce que la place que lui offrait sa matrice, « La Clinique de la Reconstruction », devenait trop étroite. Les compagnons de travail qui, depuis 1996, ont enrichi le travail thérapeutique de réseau et ont contribué à formuler les principes régulateurs de la « Clinique de Concertation » doivent pouvoir porter un regard critique sur ce que nous faisons de leurs contributions et, s'ils l'approuvent, le faire circuler.

Le contenu des modules de formation est donc au service du « reste ». Leur retranscription a demandé à l'auteur de malmener son talent pour transmettre une matière peu littéraire.

Qu'elle soit remerciée aussi pour avoir pondéré les inévitables maladresses que commettent les intrus bien intentionnés dans des familles, dans des collectivités, dans un pays qui ne sont pas les leurs, même s'ils se côtoient depuis plus de cinquante ans.

Dr Jean-Marie Lemaire

INTRODUCTION

LE CISP ET LE VOLET PSYCHOSOCIAL : UN PARI SUR LES GÉNÉRATIONS FUTURES

Le CISP et la problématique récurrente du psychosocial

Le CISP a toujours été adepte de la mise en commun des compétences, du partage et de la mise en réseau. Mais c'est l'expérience algérienne (à travers les projets psychosociaux) qui a permis d'accorder une place particulière à cette démarche.

Pour cette organisation non gouvernementale, soutenir et encourager le « travail thérapeutique de réseau » est une manière de s'engager dans la reconstruction d'un pays profondément déstabilisé, et de parier résolument sur les générations futures (voir l'entretien qui suit avec Eveline Chevalier, la responsable du CISP-Algérie). Deux formations strictement psychosociales – l'une à la « Clinique de Concertation », l'autre à la « Gestion des détresses multiples » – sont proposées dans le cadre du projet intitulé « Citoyenneté et Reconstruction du dialogue ». Elles font l'objet de cet ouvrage de capitalisation, et s'inscrivent donc dans un processus cohérent entamé il y a quelques années déjà.

Dès 1999, le CISP accompagne la création d'un Centre de soutien psychologique pour les victimes du terrorisme à Bentalha, zone particulièrement touchée par les violences, et les massacres de populations civiles perpétrés à l'époque. C'est surtout le projet mis en place à la suite du séisme du 21 mai 2003 dans la Wilaya de Boumerdes qui pose les prémisses d'une proposition d'accompagnement plus systématique dans le domaine psychosocial. Ce projet se développe sur trois années, et répond à une activation des Directions de la Santé et de l'Action Sociale de la région. Il se propose d'apporter un soutien aux professionnels de l'aide et du soin, et répond d'abord à l'urgence, mais très vite les formateurs impliqués, le CISP et les partenaires locaux, prennent la mesure de l'importance du travail de proximité et du travail thérapeutique de réseau en tant que pratiques systématisées : non pas seulement pour faire face à la détresse spectaculaire et massive qui suit un séisme, mais aussi pour accompagner des professionnels et des usagers (des « gens qui travaillent ensemble » et des « gens qui vivent ensemble »), dramatiquement affaiblis par le contexte

de violence politique et la crise socio-économique touchant le pays. Bouchra Kessai se charge, en tant que coordinatrice, d'amorcer le processus et de le mener à son terme. Ce projet sera, du reste, élargi (par l'intégration de professionnels de l'éducation à la suite d'une requête de la Direction de l'Éducation), prolongé et approfondi jusqu'en mai 2007. La même coordinatrice, secondée par Selma Khelif, a ensuite été en charge du projet « Prévention de la violence auprès des populations jeunes en difficulté et en situation de vulnérabilité dans le quartier de Bab El Oued ».

Une analyse transversale de la dimension psychosociale dans les projets du CISP-Algérie[1] souligne que la récurrence de cette préoccupation est une spécificité, un « atout », une « plus-value ». Un souci constant est apporté aux jeunes et aux enfants, catégories d'usagers certes fragiles, plus encore en Algérie, et cherche à atteindre les fameuses « générations futures » sur lesquelles il est peut-être possible de « parier ». La politique du CISP, consiste à encourager les processus locaux de développement en « renforçant les capacités » des personnes ciblées par les projets, à garantir, à plus ou moins long terme, leur capacité d'émancipation. C'est la consolidation de la société civile qui est visée : les personnes formées étant « susceptibles de devenir des agents multiplicateurs dans la communauté ».

Le soutien qu'apporte le CISP en matière de formation psychosociale est le résultat de choix et de dynamiques cohérentes, qui se construisent sur un terrain de plus en plus familier, avec des partenaires de mieux en mieux connus. Il obéit, au fond, à la quête acharnée de la confiance et des ressources, celle préconisée par I. Boszormenyi-Nagy, père de l'approche contextuelle, elle-même matrice des deux formations récapitulées dans cet ouvrage.

On ne s'en étonnera pas, la personnalité et l'itinéraire de la responsable du CISP-Algérie, Eveline Chevalier, n'y sont évidemment pas étrangers.

EVELINE CHEVALIER

Eveline Chevalier s'habille avec goût, tenues amples, tissus souples, elle porte aujourd'hui une robe rehaussée d'un pendentif fort simple, volume épuré – cylindre, rectangle ? – suspendu à un fil (collier qu'elle portait le jour de son mariage dévoile-t-elle, confidence qu'elle concède en souriant). De sous son bureau, dépassent ses chaussures, des mules en cuir, sorte de chaussons indiens – ceux d'Amérique, les westerns… –, mais

demander à connaître leur histoire après celle du collier relèverait d'une familiarité déplacée... Il y a chez cette femme une élégance cosmopolite – élégance qui n'aurait pas abdiqué devant les rigueurs du militantisme. C'est ainsi qu'elle apparaît : militante distinguée. Il y a dans sa diction, ses gestes, un peu secs, un peu durs, ses tenues, ses bijoux, quelque chose qui dit l'action et l'allure, l'efficacité et la décontraction, l'engagement et la liberté. Pas moins que ça. Lorsqu'elle évoque son parcours, on n'est pas surpris d'apprendre qu'elle a vécu deux ans en Yougoslavie, deux autres au Rwanda : destinations accidentées, pays en souffrance. Pour elle, l'Algérie s'inscrit dans la suite logique de cet itinéraire. Algérie où, mariée à un Algérien, elle s'est désormais fixée, a fait le choix de vivre.

Elle parle vite, peu d'hésitation, s'amuse avec ironie des petites spécificités linguistiques belges (« je devrais dire nonante deux, pas quatre-vingt douze… ») : thérapeute de famille, elle se lance dans l'aventure du développement du travail en santé mentale en 1992 avec le Dr Lemaire. Destination, la Yougoslavie. Le Dr Lemaire, alors son professeur, avait besoin de gens prêts à monter des projets de santé mentale à l'étranger. « J'étais partie pour trois mois, j'y suis restée deux ans. Je trouvais intéressant de pouvoir soutenir les gens dans l'ensemble des détresses qu'ils vivent. » Sa carrière à Médecins Sans Frontières la mène ensuite au Rwanda. Elle y crée des programmes de santé mentale au lendemain des génocides. Puis arrive l'Algérie : « À l'époque où étaient médiatisés les massacres collectifs, il me semblait plus praticable de soutenir le quotidien de l'Algérien à travers une action qui ne serait pas une aide directe. Je pensais qu'alors – et peut-être encore aujourd'hui – l'Algérie n'était pas en mesure de l'accepter ». MSF propose donc une aide plus « anodine », essentielle cependant : le soutien aux professionnels dans le quotidien chaotique qu'ils vivent. Elle monte des projets de ce type jusqu'à ce qu'elle éprouve le besoin de prendre du recul : désireuse de s'éloigner d'une démarche malgré tout « urgentiste », elle réfléchit à un engagement plus en retrait, qui s'inscrive davantage dans la durée et s'oriente vers l'aide au développement – ce qu'elle trouve au CISP dont elle devient coordonnatrice générale. Moins impliquée dans les volets techniques de la santé mentale, elle a élargi son champ d'activité et se consacre désormais à coordonner la création de projets plus vastes (touchant la migration, les droits de l'homme). Elle se sent plus engagée que jamais en Algérie, se dit toujours aussi enthousiaste d'y travailler, même si « ça reste fatiguant, car c'est toujours bien plus complexe, bien moins évident qu'il n'y paraît ». Lorsque, pour ouvrir l'entretien, on lui demande « que voudriez-vous

que je sache d'intéressant sur vous ? » elle répond naturellement, de son débit staccato : « Je mets beaucoup d'énergie à n'être que le soutien des compétences des gens, à tenter de mettre en relief leurs compétences, que ce soit dans le domaine de l'aide, du soin, ou autre, en Algérie ou ailleurs ; de plus, il est très important pour moi d'être ici, en Algérie, précisément dans ce rôle d'agent de terrain de développement ».

ENTRETIEN AVEC EVELINE CHEVALIER

C'est vous qui avez pensé et mis en place les projets psychosociaux depuis que le CISP travaille en Algérie et a élargi son action au-delà du soutien à la population sahraouie.

Le CISP est impliqué dans le renforcement des compétences des professionnels depuis longtemps. Il a mis en place une formation destinée aux psychologues de Bentalha, dans un centre géré par un partenaire. De jeunes psychologues se retrouvaient à gérer des détresses très denses et très diversifiées sans outils solides. Il y avait certes de bonnes volontés mais les gens étaient en difficulté pour affronter. Il paraissait donc intéressant de pouvoir les soutenir, les aider à tenir le coup. Et d'étudier comment tout cela résonnait en eux : puisque, d'une part, ils vivaient eux-mêmes ces difficultés ; d'autre part, ils rencontraient celles que les personnes amenaient en séance ou en travail thérapeutique. Un des gros enjeux pour nous – du mandat que je me suis donnée et que j'ai fixé au CISP – était donc de renforcer l'efficacité des gens sur le terrain et de leur donner des lieux où ils puissent travailler correctement. Cette démarche s'est intensifiée à la suite du séisme. Il a fallu gérer l'« après », nous avons adapté notre démarche de soutien en allant à la rencontre des gens démunis : nous allions à leur rencontre, avec des moyens très simples, du café, une écoute, une oreille vigilante et bienveillante. Après quoi, une évidence s'est imposée : il fallait pouvoir soutenir les professionnels qui avaient été mis au travail par les institutions et le mouvement associatif. Tous s'étaient investis avec engouement, mais ils étaient souvent déconcertés par la nature du travail qu'ils devaient fournir. Nous avons réfléchi à comment poursuivre ce travail qu'ils avaient entamé dans l'urgence. Il faut dire aussi que les institutions étaient en demande, attentives à ne pas malmener leur personnel – ce qui est plutôt rare en Algérie, car la maltraitance est assez courante, à tous les niveaux. C'est ainsi que nous avons embrayé sur plusieurs formations, en

essayant, par le biais du partenariat, de faire le lien entre l'Algérie et la communauté des professionnels européens (APSF France, Belgique, Médecins du monde). Nous avons eu le souci des détresses formulées dans la région. Et à Tizi Ouzou également, où les répercussions des turbulences qui ont secoué le pays sont importantes. À travers le projet « Droits de l'homme », nous avons proposé de reconstruire des espaces de dialogue, susceptibles de faire refluer la violence. Dans cette région, la revendication de l'administré a tendance à prendre la forme de la contestation violente et de la destruction. Le CISP a donc décidé de soutenir un processus pariant sur la reconstruction du dialogue dans la région (passant par des formations sur « la Gestion positive des conflits », la « Clinique de Concertation », la « Gestion des détresses multiples »), afin d'aider les personnes à re-envisager une citoyenneté dans la construction.

Un projet similaire, à Bab El Oued, a pris le relais de ceux de Boumerdes et de Tizi Ouzou... Et cela va se prolonger jusqu'en 2011, sur un territoire plus large encore. Ne pourrait-on pas craindre qu'après la fin de chaque projet, les professionnels retournent à leur solitude ?

Je ne serais pas aussi pessimiste ! On ne doit jamais s'attribuer cette toute puissance qui consiste à dire « quand je partirai, tout sera fini ». Ça serait trop négatif. Ce qui a été semé, même à une toute petite échelle, continuera de croître. Certes, il faudra encore beaucoup de temps pour que les gens apprennent à travailler ensemble en Algérie, à s'articuler correctement ensemble, mais ça continuera et fera tache d'huile. Le Dr Lemaire décrit cela comme un phénomène de « contamination » ou « contagion positive » : grâce à des données, des outils, qu'on s'est appropriés, qu'on a fait siens, on peut avoir une autre démarche professionnelle, intégrer différemment les choses et les communiquer autrement – et donc, les diffuser, les répandre.

Les institutions ont-elles joué le jeu ?

Quand on est transparent et qu'on explique le plus simplement du monde les choses – on vient ici non pour apprendre aux gens mais pour partager, leur donner un moment de soutien leur permettant de se sentir mieux dans leur pratique professionnelle –, je pense qu'il n'y a pas de problème. D'ailleurs, l'Éducation s'est jointe à la Santé, la Solidarité a également adhéré à la démarche. Donc le nombre d'institutions qui donnent leur confiance est plus important qu'avant. Je pense que c'est également lié à la confiance qu'on a créée, aux liens qu'on a élaborés, en impliquant les gens, en ne se substituant jamais à

eux. On le fait en collaboration et en articulation avec les structures institutionnelles et les personnes sur le terrain. Je n'ai jamais eu un reproche à ce niveau là. *On respecte suffisamment les gens pour qu'ils ne se sentent pas trop maltraités quand on leur propose de les aider.*

Certains professionnels rencontrés ont dit que la formation les a aidés à mieux gérer le travail sur la « Réconciliation Nationale » auquel ils ont participé. D'une manière générale, on peut espérer que les formations aideront des professionnels à accompagner un « mieux-vivre ensemble » à l'échelle de l'Algérie ?

Quand on voit l'actualité, il me semble que ces formations axées sur le psychosocial sont de vraies lueurs d'espoir, en termes de cohabitation avec les gens, par rapport au principe de réconciliation, d'amnistie : si nous pouvons apporter une petite étincelle, si nous pouvons contribuer à amener les gens à voir autrement les choses, de manière un peu plus construite, c'est immense. Non pas en opposition à ce qui est proposé dans le dialogue politique, mais par rapport au fait de travailler ensemble, de vivre ensemble. Il s'agit, tous comptes faits, d'une idée assez présente ici : il est préférable d'aller vers le dialogue plutôt que le droit de revanche, de discuter, d'être reconnu pour le préjudice qu'on a subi, de pouvoir aider à le digérer, à le vivre en termes de négociation plutôt que dans la violence. Cette démarche est très fortement imprégnée de l'approche contextuelle de I. Boszormenyi-Nagy, qui préconise de « faire le pari sur les générations futures ». C'est pourquoi, d'ailleurs, le CISP concentre ses efforts pour travailler avec les adolescents et les jeunes. Ils sont l'avenir de ce pays. C'est intéressant, au Rwanda, notre souci procédait de la même démarche : essayer d'amener les acteurs de terrain à avoir cette lecture-là et à regarder autrement les choses.

Le projet « Citoyenneté et Reconstruction du dialogue »

L'avant-propos rédigé par la coordinatrice, Charlotte de Bussy, a évoqué l'état d'esprit qui a présidé au projet « Citoyenneté et Reconstruction du dialogue », et à la cohérence de l'ensemble de ses volets d'activités.

Les régions dans lesquelles ont été prodiguées les formations qui nous intéressent, ont traversé pendant des années, à l'instar d'autres territoires en Algérie, des périodes extrêmement tourmentées de violence et de rupture du dialogue citoyen. Tout ceci s'est déroulé dans un contexte de dégradation économique et sociale et a exaspéré la fracture

entre les dirigeants et leurs populations. À une violence « générale » s'est ajoutée, en Kabylie, une violence plus « circonscrite » où l'enjeu apparent est le référent identitaire, mais où s'exprime beaucoup plus, en réalité, le sentiment de marginalisation et de minorisation ressenti par un groupe communautaire « dans un projet national dont les fondations ont fini par devenir obsolètes et anachroniques ».[2]

La violence politique qui a secoué le pays dans les années quatre-vingt dix (et qui continue, à certains égards, de manière plus ponctuelle) est en partie le résultat d'une crise de l'État, en même temps qu'elle révèle les lignes de fracture encore vivaces qui parcourent l'histoire de la société algérienne. La dégénérescence du lien social a exaspéré le conflit au point que celui-ci s'est transformé en violence ouverte. Les dispositifs normalement prévus et adoptés par toute société pour contenir et réguler la violence ont échoué ; la Cité, la *polis*, s'est révélée défaillante à la gérer.

Dans ce contexte, des citoyens, c'est-à-dire avant tout dans le champ lexical clinique, des usagers, sont devenus de plus en plus nombreux à vivre des situations de détresses multiples et sévères. Les conséquences de la violence, de la paupérisation, du chômage, et d'une manière générale de la crise socio-économique, politique et identitaire se sont accumulées. Depuis quelques années, les déséquilibres et déstabilisations (sans compter les catastrophes naturelles comme les inondations dans le quartier algérois de Bab El Oued en 2001 et le séisme de mai 2003) au sein de la société algérienne, ont crû de manière exponentielle, se répercutant dans le vécu des familles et des usagers de manière douloureuse.

Face à ces difficultés, un accompagnement spécifique est nécessaire. C'est pourquoi l'une des propositions de ces deux formations est d'apprendre à repérer semblables détresses, et à tenter d'y répondre de manière collective et concertée, par le biais notamment d'un renforcement du travail de réseau. Ces propositions s'adressent en priorité aux professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle, ces « personnes intermédiaires de la société civile travaillant dans les domaines du dialogue, de la citoyenneté et du psychosocial », comme les désigne le projet, confrontés au quotidien, dans leur pratique, à la détresse de ces familles. Les professionnels ne sont pas en mesure d'accompagner correctement les usagers s'ils n'ont pas, eux-mêmes, les moyens d'atténuer leur propre détresse – or, seul le réseau peut assurer ce soutien, c'est la conviction tant des formateurs que des professionnels concernés.

Ces formations, fortement imprégnées de l'approche contextuelle élaborée par I. Boszormenyi-Nagy, part en quête de la confiance, des ressources – quand bien même elles seraient résiduelles – pour créer un

contexte extensif de confiance qui, de proche en proche, amorcera des processus de reconstruction. Ce pari vaut pour tous les déséquilibres touchant les familles : conflits, mauvais traitements, maladies chroniques, misère physique et psychologique, psychoses sévères, actes de violence politique, même s'il n'est pas question de diluer, en les confondant, les multiples formes d'expression de la violence, leurs divers ressorts et motifs. « On ne peut, sans risque de verser dans l'indifférenciation et l'amalgame, approcher avec les mêmes outils d'analyse et le même esprit les violences conjugales, les violences rituelles, les violences économiques, etc. Il s'agit d'autant d'épiphénomènes relevant de logiques nécessairement différenciées. Les guerres, les suicides des jeunes, les châtiments corporels à l'école ou dans une prison, l'abus et le harcèlement sexuels sont autant de formes de violence. Les réunir dans une même approche, c'est forcément réduire leurs spécificités respectives pour aboutir à un discours général probablement juste mais loin de la vérité. »[3] C'est pourquoi la formation à la « Clinique de Concertation » en particulier s'en tient résolument à la spécificité clinique de chaque situation et se garde de toute généralisation. Elle préconise de toujours partir d'une situation clinique spécifique vécue par le professionnel : c'est-à-dire en s'en tenant, chaque fois, à l'échelle locale, en s'interdisant de jamais extrapoler et généraliser.

La précaution est de taille – condition *sine qua non* pour, ensuite, se sentir autorisé à s'intéresser aux conséquences et séquelles de la violence politique. La « Clinique de Concertation », pétrie des notions d'équité, de justice relationnelle, d'exonération (autant de principes qui seront exposés dans les modules finaux), se propose, avec une extrême prudence toutefois, de reconstruire, de proche en proche, au cas par cas, les usagers portant les séquelles de la violence politique des années quatre-vingt dix. Le pari engagé sera de bâtir un avenir sur des bases moins endommagées qu'hier, de sortir du droit de revanche sans le dénier. « Il ne s'agit pas d'occulter mais de reconnaître. Il n'est pas question d'oubli, mais au contraire d'une mémoire qui renonce à la vengeance destructrice. »[4] S'il n'est pas question d'oublier une injustice subie, il est possible en revanche de travailler à *exonérer*.

Un partenaire structuré : la Ligue de Prévention et de Sauvegarde de la Jeunesse et de l'Enfance (LPSJE)

J'ai un jour demandé à Saliha Kebbas, la Secrétaire Générale, qu'elle m'explique le logo de la Ligue : logé au creux d'une main, un œil, à l'intérieur duquel se profilent deux silhouettes, celles d'un adolescent et d'un

enfant. Allusion à une formule en kabyle, me dit-elle : « quand on dit à une personne "je te mets dans mon œil", cela signifie qu'on s'engage à prendre soin d'elle ». Ainsi, la Ligue revendique ce souci de *prendre soin de.* Prendre soin des usagers, et notamment des jeunes et des enfants, auxquels elle tient « comme à la prunelle de ses yeux ».

La Ligue de Prévention et de Sauvegarde de la Jeunesse et de l'Enfance, que tout le monde s'accorde à appeler « La Ligue », a « sa réputation, son histoire, sa crédibilité » dit S. Kebbas. Elle a été créée en 1995 à l'initiative d'une poignée de professionnels (de l'aide et du soin : médecins, dentistes, et psychologues), sous la houlette de la Direction de la Jeunesse et des Sports (aujourd'hui, elles sont seulement liées par une relation de partenariat). Treize ans pour s'ancrer dans le paysage local avec une ténacité remarquable. Sa capacité d'activation est impressionnante : aucun moyen n'est ménagé pour recruter, sensibiliser, mobiliser. Les liens professionnels et personnels se mêlent dans une dense intrication : le nombre de professionnels qui, de près ou de loin, ont un lien de parenté est surprenant (et je me promets un jour de comparer les « rhizomes familiaux » de la Ligue avec le réseau de professionnels, pour voir s'ils se superposent partiellement). Impossible, pourtant, que plane le soupçon d'un fonctionnement d'inspiration népotique (dans un pays dont certaines institutions sont minées par un tel mécanisme). La présidente et la Secrétaire Générale, elles-mêmes sœurs dans la vie, veillent de manière intraitable (presque farouche...) à ce qu'aucune confusion de ce type ne parasite l'association. La vitalité des liens de proximité est un atout spécifique au pays certes, mais davantage encore à la région. Les deux soeurs sont conscientes et revendiquent la persistance de certains mécanismes traditionnels : « l'esprit de solidarité a toujours été très développé, comme dans la plupart des sociétés rurales »[5]. Mais là s'arrête leur pragmatisme, les règles du jeu sont claires : encourager les liens de proximité, et les exploiter pour leur effet démultiplicateur mais ne travailler qu'avec des professionnels engagés, impliqués, motivés. Et honnêtes. Car S. Kebbas sait aussi combien la relation avec les Cng étrangères peut créer des liens complexes avec l'« exécutant » local, potentiellement malsains, et favoriser, parfois, des rentes de situations (de part et d'autre).

Ici, dit S. Kebbas, il faut même « passer par l'informel pour toucher l'institutionnel et obtenir l'officiel ». Ayant compris ce fonctionnement depuis longtemps, la Ligue use de ses connaissances personnelles pour recruter des adhérents, mais aussi pour rencontrer des responsables, approcher et sensibiliser des décideurs. L'objectif est « de se montrer le

moins "menaçant" possible, et de garantir la visibilité des processus que nous enclenchons, afin de chercher l'adhésion et le soutien des institutions » (S. Kebbas).

Le personnel de la Ligue est composé aussi bien de salariés que de bénévoles, et, précise fièrement la Secrétaire Générale, 10% de la mensualité des premiers est reversé à l'association. Cette mesure, discutée récemment en Assemblée Générale, a été reconduite. La survie financière de la structure est somme toute soumise aux aléatoires attributions de projets et de subventions. Incertitude qui fatigue, lasse. « Ce sont les projets étrangers qui assurent notre survie, il faut bien l'admettre » dit S. Kebbas avec une pointe de dépit, tout en admettant que le soutien des institutions locales, bien qu'irrégulier et assez peu conséquent, leur a toujours été assuré. L'APW (Assemblée Populaire de Wilaya) et l'APC (Assemblée Populaire Communale) accordent des subventions. Quant au ministère de la Solidarité par exemple, il a été un partenaire compréhensif pendant quelques années, mais s'est désintéressé du sort de la Ligue il y a peu. Heureusement, le ministère de la Jeunesse et des Sports a pris le relais. La Ligue ne ménage aucun effort pour activer des soutiens tous azimuts. Elle n'hésite pas à mobiliser des sponsors en appoint, les laboratoires Pfizer, en 2007-2008, pour une campagne de sensibilisation contre la toxicomanie. Elle arrive à maintenir son existence, dans une épuisante précarité, et chaque année, il faut redéployer une énergie colossale pour monter de nouveaux projets.

La LPSJE mène de front plusieurs activités : elle propose un accompagnement scolaire dans les zones sinistrées ; un mini-bus itinérant sillonne la Wilaya de Tizi Ouzou. Cette mobilité permet aux psychologues de dépister, d'informer et de sensibiliser les usagers en détresse. La Ligue anime également un Centre « Repère Lewhi » qui regroupe quatre programmes (non-violence, point d'écoute et d'attention aux femmes, santé sexuelle, abus de drogue), un club informatique, un projet « Tous pour une société de droit », lié aux droits de la femme et de l'enfant et des consultations juridiques et psychologiques (assurées par des psychologues cliniciennes et orthophoniques). Ces dernières ne se contentent pas d'être sédentaires (dans les locaux de la Ligue). Il arrive que les juristes aussi, par exemple, se rendent dans des régions reculées, pour proposer leurs services aux usagers coupés de contacts réguliers avec la ville. La mobilité, la visibilité, la sensibilisation sont d'ailleurs le cheval de bataille de la Ligue : se déplacer vers les zones les plus inaccessibles, où les détresses se multiplient, croissent, invisibles. Ainsi, par le biais de ses activités, et des associations qui lui sont affiliées ou avec

lesquelles elle travaille en partenariat, la Ligue a désormais un accès privilégié aux villages (en particulier aux femmes), ce qui, considère la Secrétaire Générale, est un atout majeur.

Le CISP a été un partenaire important de la LPSJE, et leur compagnonnage dure depuis quelques années maintenant. La première rencontre date de mai 2002 (suivie d'une mission exploratoire pendant l'été), lorsque les deux structures réfléchissent à une collaboration dans la région. Le souci est d'œuvrer à encourager le dialogue entre les institutions étatiques et la société civile, qui renonce à la violence et s'élabore dans un rapport plus constructif. C'est immédiatement après le séisme du 21 mai 2003 que le travail en commun se cristallise, et depuis, leur partenariat perdure et murit. Le dernier projet qui les a liées est « Citoyenneté et Reconstruction du dialogue ». Dans le cadre de son volet « Prise en charge psychologique et juridique » ont été organisées les formations à la « Clinique de Concertation » et à la « Gestion des détresses multiples » faisant l'objet de ce livre.

En outre, quatre professionnels de Tizi Ouzou et membres de la Ligue avaient assisté assidûment à la formation sur le travail thérapeutique de réseau prodiguée à Boumerdes : Saadia et Farid Bekkal, Fathma et Boualem Mouheb (alors non encore mariés). S. Kebbas se souvient : « ils revenaient enthousiastes, avec des gribouillis auxquels nous ne comprenions rien (les sociogénogrammes...), ça nous a stimulés. La Ligue a été activée par la formation de Boumerdes. » En décembre 2003, lors de la journée de capitalisation[6], il est déjà acquis que des formations liées aux pratiques psychosociales seront assurées dans la région, et les thématiques sont déjà arrêtées.

Les professionnels concernés ne sont pas seulement des membres de la Ligue. Celle-ci a par ailleurs identifié des professionnels qui, précise S. Kebbas, « avaient une prédisposition pour le travail de réseau », travaillant, par exemple, au CHU de Tizi Ouzou. Un courrier a été adressé aux établissements et /ou à leurs tutelles afin d'obtenir une réponse officielle et des propositions de participants. La Secrétaire Générale de la Ligue estime que les institutions ont, en général, respecté leur engagement, et permis que les professionnels suivent les formations avec assiduité. Le Centre de l'Orientation Scolaire et Professionnelle (COSP), certaines Maisons des Jeunes, la Direction de la Formation Professionnelle ont même été plus loin dans leur soutien, en se déclarant prêts à accueillir des « Cliniques de Concertation » ou des modules de formation.

LES MÉDECINS DE LA DSP[7] – GESTION DES DÉTRESSES MULTIPLES (D'AVRIL 2007 À MARS 2008)

Ils étaient six, formaient un groupe d'hommes, étonnamment soudé. Ils se tenaient en conclave aux pauses-café, s'asseyaient autour de la même table pendant les déjeuners. Ils ont, en tout et pour tout, assisté à quatre modules (après mars 2008, une profonde restructuration et un changement de responsable ont provoqué l'arrêt de leur participation : « nécessité de service », tel a été l'argument avancé par la nouvelle direction). Il me semble qu'avec eux, j'ai assisté à l'une des plus remarquables métamorphoses. D'abord, d'un point de vue « topographique » : alors qu'au début ils se tenaient serrés les uns contre les autres on les retrouvait, en mars 2008, dispersés dans le groupe, qui à côté d'une psychologue, qui auprès d'une conseillère d'orientation. Surtout – chacun ayant, certes, son tempérament et manifestant une curiosité plus ou moins aiguisée –, c'est leur discours qui a changé. Au tout début, je me souviens d'un débat assez tendu avec C. Delforge sur la notion d'urgence – pour eux, il n'était presque pas concevable de prendre le temps, en tant que médecins, d'explorer autre chose que le symptôme : « le fait de travailler très souvent dans l'urgence limite notre pratique : nous n'avons pas d'autre choix que de calmer d'abord un malade agité. » Petit à petit pourtant, ces médecins – crispés, un peu railleurs comme des aînés sûrs d'eux-mêmes – se sont détendus, ont fait preuve de curiosité, ont posé des questions. L'un d'entre eux, Amar, commente un jour, désarmant : « tout cela est très nouveau pour moi. La vision est différente, elle incite à approcher le malade différemment. Si je réfléchis, on a déjà fait du travail de réseau sans le savoir, à notre petite échelle. » Et C. Delforge de répondre : « si vous prenez sur votre temps pour assister à cette formation (alors que vous avez énormément de travail), c'est que dans votre pratique quotidienne, ce réseau est déjà là : il demande seulement à être amplifié. Vous avez besoin d'outils, pour le rendre plus opérationnel. Confronté à une souffrance humaine, soit vous vous fermez, soit vous vous ouvrez. Être attentif aux liens humains, c'est aussi un engagement. » Il est passionnant de voir ces messieurs qui se hâtaient de poser un diagnostic (« il a besoin de consulter un psychiatre », « c'est un syndrome post-traumatique »), s'approprier le vocabulaire et les attitudes du travail thérapeutique de réseau. Le traitement de l'information les intéresse, et ils prêtent attention aux propos de la formatrice : « tout l'enjeu est dans *la manière de dire*. Beaucoup de choses peuvent être dites, mais tout dépend du « *comment* », du temps qu'on prend pour trouver les mots ». Ou encore, à propos de la question des conflits de compétences : ainsi, Hamid (médecin généraliste à l'hôpital de Tigzirt), incarnant, dans un jeu de rôle, un psychiatre activé par un psychologue et un usager. L'échange qui suit, énergique, vivant, met littéralement en scène un psychiatre en train de découvrir, non sans résistance il est vrai, la nécessité, la pertinence et l'art du « travailler ensemble » dans une pratique de relais.

« C. Delforge : N'oubliez pas qu'on est ici en train de réfléchir à la pratique du relais. Comment peut-on travailler ensemble. Vous semblez dire que vous n'avez pas besoin du psychologue !

Hamid : si ça avait été le cas, je lui aurais demandé – gentiment – de sortir…

Psychologue : et moi, j'aurais alors demandé au patient s'il était d'accord pour rester seul avec le psychiatre…

Saliha Kebbas : on est en plein conflit des compétences !

C. Delforge : par définition, entre le psychologue (qui table sur la parole, le langage), et le psychiatre (médecin des âmes et non des "fous"), il y a des champs de recouvrement très importants, et donc, potentiellement, une multiplication des conflits… »

Ce même médecin, lors du module avec Chantal Bastin (sur l'analyse de la demande et l'entretien préliminaire), participe à une autre simulation : il interprète, cette fois, le rôle d'un psychologue, et tout le monde salue la qualité de l'entretien qu'il réussit à mener avec une famille, faisant preuve d'une attention multidirectionnelle à l'égard de chacun des membres, avec fermeté, et empathie tout à la fois. Il est dommage que ces professionnels aient été arrêtés dans leur élan. Bachir, l'un d'entre eux, pour clôturer le module, avait témoigné sa gratitude à C. Bastin sans dissimuler son émotion – il me semble que cet hommage, tout en saluant la qualité de l'enseignement, disait, au-delà, l'intérêt éprouvé à suivre cette formation.

Ce qui est sûr, précise S. Kebbas, c'est que, très vite, les professionnels les plus assidus au cycle de formations sont ceux qui comprennent qu'elles leur donnent des outils pour « pratiquer plus librement leur métier » et « la possibilité d'être plus "libres", et donc d'être au sommet de leur compétence ». Le fait que la Ligue soit rôdée au travail de sensibilisation explique, selon la Secrétaire Générale, que la formation, notamment à la « Clinique de Concertation », ait si bien « pris » auprès des participants. « Avant d'être psychologue ou juriste ou médecin, nous devons, d'abord, savoir communiquer avec les usagers. La "Clinique de Concertation" est venue nous aider à soigner nos rapports avec eux, et aussi, nos rapports entre professionnels. Je crois que cette formation a donné plus d'éthique à tous les professionnels, et donc au réseau entier. » (S. Kebbas) À la faveur de ces formations, la Ligue a d'ailleurs recruté de nouveaux adhérents. Ou alors, des participants ont proposé d'y travailler bénévolement sans nécessairement en devenir membre. La Ligue, on l'aura compris, n'est pas une structure étriquée, elle a un degré d'ouverture exceptionnel.

La Ligue est une association qui travaillait déjà de manière peu classique. Le réseau qu'elle propose a un maillage étroit. Elle est une formidable structure multi-entrées qui permet de prendre en compte les demandes, parfois massives, des familles en détresses multiples. Une maman demande à rencontrer un juriste de la Ligue dans le cadre des consultations gratuites, et dépose, en réalité, une demande massive, qui déborde largement sa compétence. Le professionnel, démêlant petit à petit l'écheveau de cette demande, a intuitivement appris – lui qui se sait partie prenante d'un tout, membre d'un réseau – à trier, orienter pour les questions qui ne sont pas de son ressort (le chômage du papa, l'énurésie de la petite fille, etc.). À de nombreuses reprises, les professionnels évoquent ces

réflexes de travailleurs de réseau, spontanément acquis dans leur pratique. Mais, disent-ils souvent, en agissant ainsi, ils avaient le sentiment de transgresser le cadre.

> TRANSGRESSER LE CADRE AVEC MÉTHODE
> « Melha : avant cette formation, je pensais qu'il fallait mettre des limites à ma pratique...
> Dr Lemaire : il est normal que les études classiques nous enseignent des limites, sinon, les jeunes gens qui veulent changer le monde s'épuiseraient, mourraient à force de ne pas se mettre de limites... Mais j'ai beaucoup appris sur la façon, en Algérie, dont les professionnels, de manière intelligente, transgressent ces règles théoriques parfois trop rigides qui viennent de l'Occident, et qui, là-bas, ne sont plus remises en question. »

Or, voilà une formation qui les rassure. Elle leur propose des outils élaborés et introduit de la rigueur pour méthodologiser cette transgression – laquelle, dès lors, cesse d'en être une. En fait, c'est d'une proposition de transformation qu'il s'agit.

Deux formations complémentaires

Les deux formations prodiguées de manière concomitante sur deux années et demi, entre mai 2006 et décembre 2008 concernent, on l'a dit plus haut, les professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle (cette dernière catégorie étant représentée, en quelque sorte, par les juristes) : psychologues cliniciens, psychologues orthophonistes, psychiatres, médecins, étudiants, directeurs de Maisons de Jeunes, enseignants, conseillers d'orientation scolaire et professionnelle. (Pour une liste complète des participants, et de leur appartenance professionnelle, voir Annexe 1). Tous ne sont pas membres de la LPSJE, mais ont, de près ou de loin, fait appel à elle, dans le cadre de leur pratique et/ou d'une démarche militante.

Ces deux formations, qui disent en creux l'histoire d'un groupe de professionnels et d'amis dont les chemins ont pu, à un moment, diverger, possèdent un dénominateur commun : toutes deux s'inscrivent dans la pratique du travail thérapeutique de réseau, et tous les formateurs, dans l'une ou l'autre des formations, auront pour leitmotiv le « travailler ensemble » dans un « cadre souple et rigoureux ».

La formation à la « Clinique de Concertation », est le résultat d'une sédimentation d'expériences (voir l'entretien avec le Dr Lemaire p. 65). Elle fait l'objet, depuis 1996, d'une formalisation, d'un enseignement, et d'une diffusion. Elle annonce explicitement son intention de transformer le réseau, en l'occurrence celui d'un territoire identifiable, de le travailler à partir des pratiques déjà en place, de le métamorphoser. Il s'agit

d'un « projet qui s'adresse à un réseau déjà constitué, demandeur d'une méthode de travail inscrite dans un processus. » C'est d'ailleurs la première fois qu'elle est proposée, en Algérie, sous une forme aussi cohérente et entière. Les expériences précédentes, à Boumerdes notamment, ont été centrées sur le travail thérapeutique de réseau plutôt que sur la « Clinique de Concertation » proprement dite. Cette formation revendique l'aspect directif de son enseignement, structuré en douze modules obéissant à un ordre précis mis à l'épreuve sur d'autres territoires (Belgique, Italie, etc.). « Face à une structure aussi fortement constituée que la Ligue, et devant une activation aussi claire, nous devions proposer une formation consistante étayée par une charpente solide. » La continuité de la formation est également assurée par la présence récurrente des formateurs, le Dr Lemaire et, dans une moindre mesure de M.-C. Michaud. Un module sera animé de manière collective par des formateurs italiens (M. Caccavo, et T. Premoli), et le Dr Lemaire. Celui-ci avouera d'ailleurs qu'une formation sur un temps aussi long est toujours une expérience intimidante : « il est assez rare d'assurer la formation sur un temps aussi long. C'est une lourde responsabilité qui nous incombe : celle de construire un programme s'inscrivant dans un processus, sur un terrain que nous connaissons relativement peu. »

La formation à la « Gestion des détresses multiples » – dont l'intitulé même a fait l'objet d'une concertation : il a été mis au point par le Dr Lemaire en collaboration avec Damien Bael, référent de ce deuxième volet –, intervient davantage en appoint, répondant plutôt aux besoins ciblés d'un groupe différent de celui qui suit la « Clinique de Concertation » (quelques professionnels seulement participent aux deux). Il est attendu des différents formateurs[8], plus nombreux et travaillant en moindre coordination les uns avec les autres, qu'ils s'adaptent aux demandes tant des participants que des institutions auxquelles ces derniers sont affiliés. S. Kebbas est la courroie de transmission privilégiée de ces requêtes. Ainsi, les formateurs sont plutôt chargés de fournir aux professionnels des outils spécifiques pour faire face aux détresses des usagers. Leur intervention, dans le cadre de cette formation, a une dimension plus circonscrite, qu'on retrouve dans les intitulés mêmes des modules : « Le travail clinique avec l'adolescent » (D. Bael), « Analyse de la demande – Premier entretien – Fiche anamnèse » (C. Bastin), etc. Les différents modules sont plus compartimentés, l'articulation entre eux, plus étanche, l'enchaînement moins travaillé.

Pour avoir assisté à la quasi-totalité des deux formations, il me paraît évident qu'entre elles existe une forte complémentarité. Etant donné la

cohérence du déroulé de la première formation, il a été convenu qu'elle constituerait la colonne vertébrale du livre, même si le souci constant sera celui d'imbriquer les deux matières, et de mettre en exergue, autant que possible, leurs points communs, leur « voisinage ». Aussi, les références à la formation « Gestion des détresses multiples » prendront-elles davantage la forme d'« injections », d'étayages ponctuels, d'incises. À cet égard, on peut mentionner la situation d'Amel (voir p. 137), emblématique de la porosité entre les deux cycles : après avoir été exposée en « Gestion des détresses multiples », elle le sera à nouveau en « Clinique de Concertation ». On peut enfin souligner qu'un module illustre mieux que les autres l'articulation tacite entre les deux formations : celui animé par C. Delforge dans « Gestion des détresses multiples », intitulé « Les figures thérapeutiques du travail de réseau », identique à celui proposé par la « Clinique de Concertation » et animé par le Dr Lemaire. Coïncidence : les deux modules se déroulent le même mois, en avril 2007. Par commodité, nous parlerons le plus souvent de « la » formation, singulier qui englobe en vérité les deux cycles, sauf lorsque, parfois, la référence à l'une d'entre elles en particulier aura besoin d'être explicitement soulignée.

La démarche

a. Les modules

Lors des journées de sensibilisation, le groupe est prévenu : s'il s'agit d'une expérience formative qui a pour ambition de modifier les réflexes, les comportements, le langage des professionnels, ceux-ci doivent accepter d'être déconcertés par des mots et des concepts qui leur paraîtront vides au départ, et qui peu à peu prendront consistance. Qu'ils ne s'effraient pas en entendant « Force convocatrice des familles », « Intrus », « Concertation Clinique », « Clinique de Concertation », etc. Petit à petit chaque mot nouveau prendra sa place dans la « boîte à outils ».

Sur tout le temps de la formation, les modules (chacun a une durée de quatre ou trois jours) ont suivi le programme proposé dans l'Agenda, en se conformant avec plus ou moins de souplesse à la structure interne suivante :

• Première journée consacrée à la « formation-action » : le formateur y explique des concepts et les principes régulateurs énoncés dans l'intitulé de chaque module. Exemple : « la sélection, la transformation et la circulation de l'information utile », ou « la partialité multidirectionnelle et le travail de réseau ». Très vite, le rituel des commentaires sur le rapport du module précédent est instauré : les participants font des remarques sur des points mal explicités, des erreurs faites par le rapporteur ; le formateur a lui-même des remarques, et en profite parfois pour revenir sur certains points dont il sent qu'ils mériteraient d'être approfondis.

• Deuxième et troisième journées consacrées à l'« action-formation » : le formateur continue à renforcer son argumentation, tandis que les participants mobilisent leur expérience de terrain, exposent des situations concrètes qu'ils ont rencontrées et dans lesquelles, le plus souvent, ils se trouvent en difficulté. Les situations sont analysées, dans la mesure du possible, à la lumière des concepts introduits en début de module .

• Quatrième journée : jusqu'au huitième module, la première moitié de la journée était consacrée à des jeux de rôle ou à l'évocation d'une situation clinique concrète ; à deux reprises ont été organisées des « Concertations Cliniques », permettant ainsi au groupe de se familiariser avec l'intrusion des familles dans l'espace formatif, la seconde moitié était consacrée à la réunion du Comité de Pilotage.

LE COMITÉ DE PILOTAGE

Cette instance a eu quelque difficulté à définir son identité. Au départ, lui ont été assignées des missions importantes, celle, entre autres, de préparer les rencontres avec les familles pour les modules à venir, d'assurer la coordination logistique pour d'éventuels déplacements dans certains territoires, afin d'appréhender la totalité du réseau (écoles, maisons de jeunes de localités reculées) et dans lesquelles auraient pu se tenir des concertations – mais le climat sécuritaire n'a guère autorisé une telle liberté de mouvement. Cette instance devait également veiller à la sensibilisation des responsables administratifs et politiques, et à l'activation d'intrus : « il faudra être attentif à ce que les passants se sentent accueillis – les intrus : à ce que nous veillions à les transformer en invités, pour qu'ils se sentent à l'aise ». En outre, on peut noter que quelques-uns (unes !) de ses membres assidus ont élaboré un questionnaire détaillé qui a circulé parmi les participants, destiné à évaluer l'impact de la formation sur leur pratique. S'il a répondu à des impératifs ponctuels, le comité de pilotage n'a jamais eu d'existence permanente et autonome. Il semble ne s'être réuni que lors des modules, en présence du formateur. À plusieurs reprises, S. Kebbas a eu l'occasion de regretter le fait d'assumer seule certaines des missions censées se redistribuer au sein de cette structure. Elle s'est réunie une dernière fois en octobre 2008, pour construire la suite à donner au projet, afin de ne pas interrompre trop brutalement la dynamique amorcée depuis le printemps 2006.

À partir d'avril 2007, le groupe fait l'expérience des premières « Cliniques de Concertation » : ces rencontres ne s'organisent pas à la légère et le groupe, avec une appréhension à chaque fois intacte, tente de s'y préparer : il écoute attentivement le professionnel directement concerné qui l'a activé – en général la veille de la rencontre –, puis participe

à la rencontre avec la famille, et enfin la commente avec le formateur-« Clinicien de Concertation ». Dès que les premières « Cliniques de Concertation » se tiennent, on observe qu'« il s'est passé quelque chose » dans le groupe. D'ailleurs, à partir de mars 2008, le Dr Lemaire est plus explicite avec les familles, et au terme de chaque rencontre, propose systématiquement d'arrêter un nouveau rendez-vous dans les mois à venir. C'est très clairement un mouvement neuf qu'il s'autorise, à propos duquel je l'ai interrogé : « Après deux ans et demi, quelque chose s'accomplit forcément. À partir d'un moment, c'est perceptible, le groupe adopte bel et bien des attitudes thérapeutiques : nous ne sommes plus seulement dans l'analyse de processus, les professionnels commencent à mettre en pratique la matière que nous avons pétrie, ils découvrent des manœuvres thérapeutiques en "mouillant leur chemise". J'y puise de l'assurance, je peux parler de l'avenir, ça change ma sensation, je peux donner des rendez-vous, demander à revoir. C'est aussi une manière de dire qu'il y aura un après au travail que nous sommes en train de faire, et d'engager une stratégie pour provoquer cet avenir : en annonçant que nous nous reverrons, je le force un peu, je lance un message implicite, à savoir que nous devons continuer à travailler ensemble. »

SORTIR DE L'ATELIER PROTÉGÉ

La formation est en quelque sorte un « atelier protégé », un endroit qui reste relativement déconnecté du contexte quotidien même s'il essaye de s'en rapprocher autant que faire se peu en en réunissant au moins tous les protagonistes : « ceux qui vivent ensemble », les familles, et « ceux qui travaillent ensemble », les professionnels. On y apprend à parler un langage compréhensible pour tous, à y travailler en concertation. Mais les participants pourront-ils mettre cette expérience à l'épreuve du « réel », du terrain, des autres ? « Ce qui m'intéresse, c'est que vous soyiez vigilants à repérer vos difficultés quand vous sortez d'ici. Par exemple, lorsque vous expliquez à d'autres professionnels le contenu des modules, il serait bon que vous repériez les points les plus difficiles à transmettre. Ici, entre nous, nous sommes dans un atelier protégé, nous bénéficions de la bienveillance du groupe, nous sommes familiarisés à un même langage. Mais tout est très différent à l'épreuve du réel... Quand nous retournons dans notre milieu de travail, ce qui semblait clair ici ne le sera plus du tout ! » C'est pourquoi, insiste le Dr Lemaire, les réunions de suivi sont un espace capital pour la formation.

b. Les réunions de suivi

Elles sont la colonne vertébrale de la formation. Car, censées réunir les participants et le référent du projet pour la Ligue, S. Kebbas, elles donnent l'occasion de rediscuter les concepts enseignés, de les mettre à l'épreuve de la pratique quotidienne de chaque professionnel. Il faut se donner la possibilité, dans un espace plus détendu, moins intimidant, de vérifier si tous se sont correctement approprié les concepts, s'ils les ont « digérés ». « Ces rencontres permettent d'améliorer les compétences cliniques des professionnels en les aidant à développer l'habitude de partager l'effort de réflexion autour d'une situation » dit le projet. Ces retrouvailles mensuelles sont l'occasion pour les professionnels de revenir sur l'évolution de telle ou telle situation qui les a mis en difficulté, et d'activer les collègues pour qu'éventuellement ils leur viennent en aide. « Il s'agit moins de rivaliser dans la compétence que d'associer les compétences de tous pour construire des méthodes de travail qui rendent le "travailler ensemble" rassurant pour les professionnels et les familles » mentionne encore le projet. À ce propos, le Dr Lemaire qui recommande de faire régulièrement le point sur les situations évoquées en groupe, insistera sur l'économie de temps que permettent les efforts consentis : commentant le temps passé sur une situation pendant le module, il précise : « si je comptabilise le temps que nous avons passé à parler de cette situation, je suis un peu effrayé... Ce n'est pas une critique. Mais je pense qu'il faut aussi être attentif à rentabiliser le temps. La prochaine fois, n'y consacrez pas plus d'une demi-heure dans une réunion de suivi, en sachant clôturer pour en reparler le mois prochain. Ici, pendant le module, on s'offre le luxe d'étendre le temps, mais dans le quotidien, c'est impossible et peu souhaitable. » Les réunions de suivi sont réellement les moments cruciaux de l'entre-deux. Ils entretiennent la vie du réseau. S. Kebbas, qui en est convaincue, s'interroge régulièrement et interpelle le groupe quand il est réuni dans sa totalité pendant les modules : pourquoi les professionnels sont-ils si peu assidus à ces rendez-vous-là (mensuels, organisés au siège de la Ligue), pourtant essentiels ? Régulièrement, elle pose la question (les réunions de suivi de « Gestion des détresses multiples » ont encore plus de difficulté à mobiliser), et s'inquiète. Appréhension qu'elle met en lien avec la suite du projet. À l'heure où son écrites ces lignes, on sait que le projet est finalement reconduit jusqu'en 2011. Il prendra une forme différente, accentuant l'articulation inter-régionale entre Alger, Boumerdes, la Kabylie. En octobre 2008, beaucoup d'inconnues pesaient encore. Comment expliquer, alors, le paradoxe suivant : d'un côté les professionnels disent combien ils seraient déçus si le projet n'était pas reconduit, et appellent de leurs vœux la poursuite de la formation ; de l'autre, les réunions de suivi, qui sont l'espace pérenne par excellence, assurant précisément la continuité du travail de réseau hors des contingences liées à l'obtention – ou non – des subventions, souffrent de la désaffection des professionnels ? C'est pourtant le lieu de rencontre, celui qui

exige des professionnels une mobilisation et un engagement dans la régularité et l'opiniâtreté, qui leur permet de préserver, d'alimenter le travail thérapeutique de réseau. Ce paradoxe, toutes les formations y sont confrontées, depuis Boumerdes en passant par Alger et Tizi Ouzou. Sans doute participe-t-il du processus de maturation.

LA LANGUE DE TRAVAIL : INVENTER AU CAS PAR CAS

Le français est l'outil partagé par tous, bien que les participants, sauf le rapporteur, parlent aussi l'arabe et le kabyle. S'il est incontestable que la majorité est plus à l'aise dans les deux dernières langues, la compréhension des modules semble n'être pas trop entravée par cette réalité. En fait, le groupe invente au cas par cas la formule susceptible de mettre le plus de professionnels à l'aise. Très régulièrement, S. Kebbas rappelle aux participants que s'ils n'osent prendre la parole en français, qu'ils n'hésitent pas à le faire en kabyle. Cette possibilité a, semble-t-il, considérablement joué pour en désinhiber quelques-uns. Il est frappant de constater, en tout cas, que pour qu'un participant puisse raconter une situation, il demande l'autorisation de le faire en kabyle. Cette précaution est tout à son honneur, car il se soucie de la compréhension du Dr Lemaire et du rapporteur (S. Kebbas faisant, le plus souvent, office de traductrice). Pour restituer une situation dont il a été le protagoniste principal, il est essentiel qu'il ne soit pas contraint et limité dans ses mots. Certaines « Cliniques de Concertation » se sont déroulées en kabyle, d'autres en français, d'autres en arabe.

Le Dr Lemaire remarque un jour, alors que la famille a précisé que le français lui convenait, que S. Kebbas, elle, a pourtant persisté à parler en kabyle. Saliha argumente en disant qu'elle voulait, ainsi, rassurer la famille. L'hypothèse, sans malice, du Dr Lemaire, est que cela rassurait plutôt Saliha... Il cite également Melha qui, au cours d'un module, a fait le récit d'une situation en français. Elle a pu, parfois, buter sur certains mots ; tout le monde lui suggérait de passer au kabyle, elle annonçait elle-même qu'elle allait le faire, mais, reprenant sa narration, elle continuait en français... Hypothèse : quand un professionnel se sent soutenu par un groupe ouvert, et sans *a priori*, il retrouve son assurance. Dernière remarque : C. Delforge, évoquant la configuration de la « Clinique du Relais » (deux professionnels en présence, par exemple un psychiatre et un psychologue, parlant devant l'usager), a cette réflexion : « dans cette figure, un psychiatre a tout intérêt à discuter avec un psychologue en veillant à ne pas utiliser des termes techniques. Vous dites de votre langue, le kabyle, qu'elle n'a pas de termes techniques : c'est une vraie richesse paradoxalement. Vous êtes obligés de parler dans le partageable le plus absolu. »

La formation reste ainsi le « moment-phare » capable de mobiliser massivement les professionnels. Il est vrai qu'elle a été, pour bien des intervenants, l'occasion de découvrir d'autres professionnels dont ils ne soupçonnaient pas l'existence. Elle a permis de nouer des liens et d'étoffer le réseau. Chacun s'est constitué un carnet d'adresses fiable, et personnalisé. S. Kebbas le clame haut et fort : il faut faire feu de tout bois, et rentabiliser tous les liens de proximité. Démarche soutenue par le Dr Lemaire, qui, de plus, y voit une richesse locale à cultiver, quand, en Europe, ces liens-là peuvent être d'une grande pauvreté, ou s'ils existent, faire l'objet d'une mise à distance au nom de principes rigides.

RENTABILISER LES LIENS DE PROXIMITÉ

Une participante raconte: « l'autre soir, j'étais en train de dessiner un sociogénogramme : mon oncle m'a dit, dédaigneux : « c'est *ça* la psychologie ? à quoi t'ont servi toutes tes études, alors ?! » Pour lui, me voir dessiner avec des feutres de couleur, ça me décrédibilisait ! Alors j'ai pris le temps de lui expliquer, et figurez-vous qu'il a fini par me demander de l'orienter vers un psychologue de la Ligue... » Commentaire du Dr Lemaire : « il me semble que c'est assez fréquent en Algérie, n'est-ce pas ? On va d'abord demander conseil à quelqu'un qu'on connaît, et il y a presque toujours un lien avec la grande famille. En Europe, on préconise une attitude très catégorique. Si un cousin vient me parler de ses problèmes conjugaux, par exemple, je devrais tout de suite l'arrêter, sous prétexte que nous nous connaissons. C'est une réponse qu'on m'a enseignée. C'est tout de même absurde ! Je dis à une personne que, parce que nous nous connaissons, elle ne peut pas compter sur moi. C'est aberrant ! Je devrais pouvoir lui dire, au contraire : "on va voir ce qu'on peut faire ensemble, mais il y a une limite, jusqu'à un certain point je peux t'aider, même si, ensuite, il faudra que je t'accompagne vers un autre professionnel" ».

TRANSFORMER SA PRATIQUE EN « ART DE VIVRE »

La formation à la « Clinique de Concertation » tente de donner des outils au professionnel activé par une famille et se sentant submergé par sa demande. « Comment va-t-il tenir compte de cette interpellation, tenter d'y répondre, remercier les membres de cette famille de la confiance qu'ils placent en lui, et, avec eux, comment va-t-il faire un travail de lien et de relais avec le professionnel qui lui paraîtra le plus en mesure de répondre à cette activation. Il faut accompagner cette relation de confiance. Tout cela se travaille (mots, vocabulaire, temps, espace) : c'est difficile, il faut du temps. » (M.-C. Michaud) Tel est un des objectifs de la formation.

Le travail thérapeutique de réseau

a. Un principe de base : l'isomorphisme entre usagers et professionnels

Ce qui se passe entre professionnels a une résonance sur ce qui se passe entre usagers, et vice-versa. On suppose que les multiples fragmentations vécues par une famille se répercutent dans le réseau des gens qui

travaillent ensemble, et inversement, la détresse d'une famille vient en partie de la fragmentation des interventions. La « Clinique de Concertation » parie sur le fait que les professionnels sont conscients de cette résonance réciproque, et, par conséquent, de la responsabilité qui leur incombe. « La manière dont nous allons pratiquer l'intrusion dans les champs d'activité d'autres professionnels a des répercussions sur la famille, sur les choses dont elle peut être fière ou non. » (M. Caccavo) Aussi la modification progressive des rapports entre professionnels entraînera-t-elle la modification des rapports entre usagers : telle est l'hypothèse sous-jacente à la formation.

b. Un art de vivre

Si l'on considère que la manière de travailler entre professionnels contamine la manière d'être au sein de la famille, alors, les liens entre intervenants de réseau doivent être particulièrement soignés. Le travail de réseau parie sur la vertu thérapeutique du « travailler ensemble ». Il est une tentative de réponse concertée aux dispositifs qui morcellent l'usager ; il réagit en fait à l'éclatement : éclatement des familles en détresse, émiettement de leur demande et de leur quête, segmentation des services et des guichets qu'elles sollicitent. Face à la désintégration, il rassemble. Le travailleur de réseau est une personne qui croit en la vertu thérapeutique intrinsèque du réseau. C'est une question de conviction et d'engagement. Cooper parle d'ailleurs du travail de réseau comme d'un « art de vivre ».

« En tant que professionnel, je plaide pour la complémentarité : j'admets ne pas être complet, j'ai besoin des autres. Il y a des professionnels qui se passent la "patate chaude" et émiettent la demande ; pour ma part, je prône la création de liens par le biais de la pratique du relais. » (M.-C. Michaud) Une des hypothèses de la « Clinique de Concertation » pose qu'un collectif de professionnels constitue les mailles d'un filet qui soutient la détresse d'une famille et en re-soude, en re-lie les morceaux abîmés, éparpillés. Il ne s'agit pas seulement d'un postulat théorique, « c'est une conviction intime acquise au gré de mon expérience » affirme encore M.-C. Michaud. Tous comme les autres formateurs, elle en a expérimenté la réalité dans sa pratique : le travail de réseau apporte un vrai gain d'identité à la famille. Certes, il déstabilise – au début du moins – les professionnels, qui y voient le risque d'une perte d'identité, car il ne va pas de soi que le professionnel admette son besoin d'aide, lui qui a été formé à répondre aux demandes des autres. Petit à petit, le travailleur de réseau apprend à renoncer à sa toute puissance, il découvre les bénéfices des

responsabilités partagées. C'est là une démarche relationnelle : il reconnaît que sans un autre, il ne sera jamais pleinement lui-même. « On ne peut devenir soi que si autrui nous aide à le devenir. Ce sont les autres qui nous aident à nous accomplir. » (M.-C. Michaud) La pratique de réseau est basée sur le renforcement progressif de l'action de chacun, le respect de la compétence de chaque partenaire et l'estime réciproque. Pour pouvoir prendre soin des familles, les professionnels doivent d'abord prendre soin d'eux-mêmes : « il est important de développer un *souci extensif* : se soucier les uns des autres, se soutenir mutuellement. Prendre soin des gens qui travaillent avec nous permet de prendre soin des familles. N'oubliez pas : les familles sont là, et elles nous regardent travailler. » (M.-C. Michaud)

Ainsi, de relais en relais, de lien en lien, de proche en proche, on tente de réunir, de « re-articuler » les choses. À condition cependant de respecter certains principes régulateurs.

• *l'ouverture du dispositif*

L'un d'entre eux est l'ouverture absolue du dispositif, et d'abord celle du groupe de formation. En effet, sur les deux années et demi de formation, jamais le groupe n'a dérogé au principe d'accueillir toute nouvelle personne désireuse d'intégrer le processus : les nouveaux venus jouent en fait le rôle stimulant d'« intrus », suscitant, par leurs questions et leur décalage des mises au point bienvenues. Leur arrivée (parfois au milieu du module) rend chaque fois nécessaire un tour de présentation, rituel-« socle » de la « Clinique de Concertation ». En une seule journée, quatre ou cinq tours de présentation ont parfois été effectués – tous nous étions convaincus que la répétition de l'exercice, même fastidieuse, était nécessaire. Bouchra Kessai, coordinatrice de projets sur le travail thérapeutique de réseau à Boumerdes et Bab El Oued a eu l'occasion, de son côté, de souligner la vertu de cette ouverture : « Nous nous sommes dit que le regard des nouveaux venus permettrait de redéfinir le cadre, de le reposer à nouveau. Or, le cadre, c'est, en vérité, l'enseignement essentiel de cette formation : le respect, la prise en considération de l'absent, la suspension du jugement, la vigilance, etc. »

La présence des « intrus » oblige parfois à redéfinir certains concepts, et cette étape, loin d'être une régression, a une vertu didactique incontestable. Elle permet à tous de revenir sur des mécanismes primordiaux et de les expliciter à nouveau quand les plus familiers n'osent plus demander ces mises au point. Le Dr Lemaire exhorte les participants les plus réguliers et les plus anciens à être attentifs aux réactions des nouveaux venus, à leur éventuelle perplexité : « ils sont ceux dont on doit particulièrement

prendre soin, parce que, non experts de la matière que nous, nous manipulons depuis le début de la formation, ils ont, du coup, une sensibilité qui est proche de celle des usagers. Nous devons leur témoigner la plus grande des sollicitudes, car en quelque sorte, ils sont les porte-parole des usagers ». Ainsi, en juillet 2007, soit une année après le début de la formation, une juriste, Safia, rejoint le groupe et pose deux ou trois questions ciblées, perspicaces, intelligentes. Elle va jusqu'à pousser le groupe dans ses retranchements, en demandant quels sont les fondements théoriques de la « Clinique de Concertation ». Par son décalage, elle met les participants à l'épreuve. Le formateur présente d'ailleurs la « Clinique de Concertation » sous un angle nouveau, et propose des étaiements jusque là rarement évoqués de la sorte[9]. L'intrus est « une ressource inouïe, qui pose un regard nouveau, propose une nouvelle lecture, tout en empêchant la routine, les automatismes, les habitudes stéréotypées qui figent l'essence du dispositif » confirme pour sa part B. Kessai. En cours d'année, chaque module a accueilli un ou deux intrus ; quant au dernier, en octobre 2008, il a été massivement rejoint par de nouvelles recrues. Ceci mettait en évidence le potentiel activateur d'une telle formation, mais aussi la maturité du groupe. Déjà en juillet 2007, le Dr Lemaire, commentant l'arrivée d'un étudiant en médecine, Hamid Larbi, émettait l'hypothèse suivante : « la maturité de votre groupe s'illustre aussi, me semble-t-il, par le fait que des gens qui arrivent relativement neufs dans le programme, y entrent comme s'ils étaient déjà au courant... Il est vraisemblable que ces personnes ont été informées par le groupe, qui lui-même a digéré le tout. »

• *le « bien-parler »*

Autre principe régulateur de la formation et des liens entre professionnels : le « bien-parler ». Apprendre à bien parler entre professionnels, à propos des usagers.

Le Dr Lemaire dira un jour lors d'un module : « on gagne beaucoup à améliorer la manière de dire les choses pour faciliter les rapports entre professionnels, surtout s'ils font partie de catégories différentes ». C'est l'une des premières précautions à observer, qui force les professionnels à soigner leur manière de s'adresser à leurs collègues : par exemple, lorsqu'un professionnel expose une situation, il n'est pas question de lui reprocher de n'avoir pas agi dans tel sens. La critique constructive est une responsabilité dont s'empare progressivement le collectif. Il me semble que ce principe prend source dans la parole de I. Boszormenyi-Nagy que les formateurs citent souvent : « Il s'agit plus d'améliorer le futur que de corriger le passé ».

C'est la matrice de l'attitude préconisée, qui consiste à prendre soin de la manière de nommer les choses. Les modules regorgent d'exemples de ce type où un participant, alerté par des collègues ou le formateur, s'exerce à reformuler une information qui, spontanément, aura été dite sans ménagement.

« CHEIKH » PLUTÔT QUE « CHARLATAN », AVOIR ETE « AMENÉE » PLUTOT QUE « TRAÎNÉE ».

Lors d'un des tous premiers modules, un participant s'était interrogé : « comment représenter les charlatans sur un sociogénogramme ? » Le Dr Lemaire l'avait immédiatement repris : « Si l'intéressé était présent, utiliseriez-vous le mot "charlatan" ? Le terme que vous employez dans votre langue est-il vraiment la traduction de "charlatan", qui, en français, est si connoté péjorativement ? Le mot charlatan vient de l'espagnol. Les voyantes sont des professionnelles, elles font de bonnes analyses, elles ont des capacités d'observation extraordinaires ! En Suisse, figurez-vous que les exorcistes sont officiellement reconnus par l'État. » Le Dr Lemaire incite donc à évoquer respectueusement chaque protagoniste activé par la famille, au cas par cas. Il rappellera, à une autre occasion, que lorsque les professionnels ne savent pas comment nommer un autre professionnel ou un usager, le meilleur moyen de trancher est de demander à l'intéressé. Ce qui amènera d'ailleurs des participants à désigner les *cheikh*, *taleb* et autres professionnels ayant des pratiques traditionnelles, par la formule « thérapeutes traditionnels ».

Autre exemple : un participant évoque en ces termes une situation où une jeune femme a été conduite chez un cheikh : « elle a été traînée par sa belle famille chez des thérapeutes traditionnels. » Interruption du formateur : « auriez-vous employé ce verbe si la famille avait été présente ? » Il est alors convenu de proposer une formulation plus acceptable : « La belle-famille a amené la jeune femme, etc. » On le voit, c'est une discipline sévère, exigeante, sans concession, qui demande une extrême vigilance, car rien n'est plus automatique et instinctif que l'expression sans appel d'un jugement.

Une fois, c'est un participant qui, après avoir relu le compte rendu du module précédent, interroge la formule utilisée par le Dr Lemaire : quand elle se rend à Tizi Ouzou pour ses séances de chimiothérapie, une jeune fille rend parfois visite à une amie qui travaille dans une parfumerie. Le Dr Lemaire, lors de l'analyse de la situation, qualifie cet endroit de « lieu où se cultive la séduction ». Il reconnaît que si l'usagère avait été là, il n'aurait pas utilisé cette expression : « j'aurais en effet pris le temps de préciser que c'est un lieu où l'on vend des produits pour l'hygiène, des produits de beauté, je n'aurais pas usé de ce raccourci. »

En « Gestion des détresses multiples », on évoque un jeune homme qui consomme du cannabis. Un participant, au détour d'une phrase, modifie l'information sans s'en rendre compte : « Or, comme il est déjà toxicomane de son état... » La formatrice, C. Delforge, l'arrête avec fermeté : « je vous interromps : pour moi, il est seulement "consommateur de cannabis", ce qui n'est pas du tout pareil ! Soyons précis, veillons à ne pas extrapoler et à ne pas stigmatiser. »

Dernier exemple enfin : un participant affirme, à propos d'un couple qui traverse une période de grande tension : « ils viennent de deux familles de

cultures très différentes : l'une, moderne (celle de la femme), l'autre arriérée... » Interruption du Dr Lemaire : « est-il praticable que vous employiez le mot "arriéré" si nous travaillions avec eux ? Essayons de reformuler. On peut se demander, par exemple, comment deux jeunes gens héritiers de "valeurs" différentes, voilà une formulation plus praticable, essaient d'en créer une nouvelle... »
Le Dr Lemaire rappelle que lorsqu'un professionnel est confronté à un conflit entre deux personnes, deux familles, il a une responsabilité, celle de veiller à une forme qui rende cette opposition plus praticable : « La praticabilité du désaccord dépend beaucoup de la *forme* qu'il prend. Il faut toujours essayer de réfléchir à sa transformation : au lieu de qualifier ces gens d' "arriérés", on pourrait dire : "ils n'ont pas les mêmes références, les mêmes habitudes". Il est de notre responsabilité de professionnels de rendre praticable le dialogue. On nous déverse de manière brute quelque chose de non praticable (l'affirmation que telle famille est "arriérée" : c'est à nous de rendre praticable cette tension. »

Ce n'est pas seulement une question de surface. Ces détours-là ne sont pas une lâche dérobade devant la difficulté, un déni « hypocrite » de celle-ci, mais un calcul fertile, un détour stratégique. L'objectif est de contourner la difficulté pour ne pas compromettre la possibilité de trouver des ressources résiduelles, et ne pas bloquer définitivement une situation déjà problématique. C'est encore une question de conviction : il faut croire que la *forme* détermine en partie le *fond*. Ainsi, en trouvant des formulations « ouvertes », où le jugement est ponctuellement suspendu (suspendu, pas *annulé*, car partout s'immisce le jugement, il est la tentation naturelle, spontanée, immédiate), le professionnel se ménage la possibilité de trouver des ressources. Opportunité qu'il n'aurait pas s'il se cantonnait à un constat sans appel lesté d'un verdict : « cette mère est castratrice », « cet homme est un charlatan », « ce père utilise son fils pour se protéger ». Autant d'hypothèses qui rétrécissent mais surtout stérilisent le champ des possibles.

Ce principe régulateur qui régit les rapports entre « gens qui travaillent ensemble » – et susceptible d'influencer les liens entre « gens qui vivent ensemble » –, appelle une autre règle fondamentale qui consiste à ne pas évoquer, lors des modules, les situations à la légère, et à éviter les généralisations, en essayant de coller à la particularité de chaque situation clinique. Il est arrivé qu'une participante lance, inquiète, manifestement tourmentée : « À ce propos, je voudrais exposer brièvement une situation qui... » Le Dr Lemaire l'interrompt alors : « il n'est pas souhaitable "d'exposer brièvement" une situation. Il vaut mieux éviter des exposés brefs, car il y a un risque évident de bâcler, et donc de "gâcher" une situation qui pourrait être tout à fait intéressante. Il est préférable

d'accorder le temps nécessaire à chaque situation et cela prendra le temps qu'il faudra. » Mais, disant cela, il ajoute également qu'une gestion du temps doit être sérieusement pensée, renvoyant à sa réflexion sur la nécessaire économie à établir pour pouvoir évoquer les situations les plus difficiles, en ne lésant aucun professionnel désemparé.

Il s'agit donc d'aborder toutes les situations en leur accordant la considération et le temps qu'elles méritent, en apprenant à gérer le temps.

En outre, je peux évoquer aujourd'hui avec indulgence la manière dont le groupe s'embarquait parfois dans une discussion désordonnée où, le plus souvent, tout le monde se mettait à parler en kabyle. Invariablement, ce brouhaha se levait quand il fallait proposer des traductions (du français au kabyle) des proverbes de la région, ou enfin, quand on se mettait à évoquer des traditions jugées typiquement locales.

LE RAPPORTEUR ET LE CHAHUT
J'avoue qu'en tant que rapporteur, j'ai un souvenir à la fois amusé et légèrement contraint (tension et irritation mêlées) de ces moments de relâchement, où chacun y allait de son interprétation, de son analyse improvisée, de son anecdote ! Quelques minutes de désordre, de cacophonie : les participants qui s'interpellent d'un bout à l'autre de la pièce, argumentent, démentent, se coupent la parole – fait remarquable : même les plus mutiques, ceux qui ne prennent jamais, mais vraiment *jamais* la parole pendant les modules, s'animent et se mêlent au tumulte. La configuration est immanquablement la même : le Dr Lemaire, lui, a deux attitudes, c'est selon. Soit il s'assoit calmement sur une chaise, se tait, et maintient son regard dans le vide jusqu'à ce que tout se calme ; soit, après un temps de latence, il reprend la parole, imperturbable, mais dans un murmure inaudible, sur un ton tellement bas que le groupe – ça marche presque à tous les coups... – pour tendre l'oreille, arrête de lui-même ses bavardages, et la rumeur doucement s'éteint ; le rapporteur – moi, en l'occurrence –, désorientée, renonce à prendre des notes (l'indice infaillible que « rien ne va plus », dira le Dr Lemaire), et le cou tendu, interroge du regard Saliha Kebbas. D'abord happée elle-même par la discussion, celle-ci se reprend soudain, et, les joues en feu, se met à taper des mains, « s'il vous plaît, chhhhut... s'il vous plaît », comme on apaise un chahut de gamins. Nous avons parfois plaisanté entre nous sur la formule qu'avec le temps j'ai fini par trouver pour rendre compte dans mes rapports de ces moments : un paragraphe isolé, en italique, et qui commence invariablement ainsi : « *Petit débat sur...* » Donc : « *Petit débat sur être marabout, et ne pas l'être, etc. ; petit débat sur le conservatisme de telle région, etc. ; petit débat sur la distinction entre taleb/ raqi/chewafi/derviche, etc. ; petit débat sur le conflit entre belles-filles et belles-mères en Kabylie, etc.* »

Le Dr Lemaire en appelle toujours à la rigueur du groupe. Des belles-filles qui ne s'entendent pas avec leurs belles-mères, ou des usagers qui

vivent mal la suggestion d'une orientation vers un psychiatre, voilà des situations qui ne sont pas propres à la culture kabyle. D'ailleurs, le Dr Lemaire s'applique sciemment à pousser plus loin l'exigence de précision : « qu'entendez-vous par « chez nous » ? Est-ce en Algérie, en Kabylie, et dans ce cas, à Tizi Ouzou ou aux Ouacifs, etc. ? » Il n'est pas dans la provocation, mais dans l'incitation à la vigilance : il est important – cela participe de la formation – de ne pas céder aux généralités, à la tentation de faire systématiquement des commentaires sur les traditions locales, d'autant qu'il s'agit souvent de comportements plutôt universels. Son souci est que le groupe puisse demeurer concentré : éviter la déperdition d'énergie d'une part, et les discussions qui menacent de basculer dans les généralités d'autre part. Ce sera un leitmotiv : se garder de tomber dans les généralisations, et coller le plus étroitement possible à la réalité clinique d'une situation spécifique.

C'est donc ce climat que les professionnels ont progressivement appris à construire, avec une conscience de plus en plus aiguë de la responsabilité de chacun, dans cette élaboration collective : le groupe est soutenant pour chacun de ses membres, et veille à lui témoigner de la considération. Une carte a un jour été dessinée lors d'un module, sur laquelle chaque professionnel a pris le soin de se représenter – pour que nous ayons, tous, ainsi, une appréhension globale du réseau. L'exercice a duré un long moment, au point que l'attention du groupe a plusieurs fois menacé de se relâcher. Le Dr Lemaire a par la suite pris le soin de remercier le groupe en général, et Saliha Kebbas en particulier : elle avait déployé des efforts considérables pour maintenir en l'état l'attention du groupe. « Cela demande une attention à la forme et au fond. Quand l'attention du groupe se relâche au moment où un professionnel s'attarde à représenter tous les endroits où il travaille, il faut savoir se reprendre. Soyons vigilants, ne relâchons pas notre attention – c'est dans l'intérêt du réseau. Ce sont autant de points de contact pour le réseau, c'est très utile. Le réseau aura la valeur qu'on lui accorde. »

CONSTRUIRE UNE DÉONTOLOGIE COMMUNAUTAIRE ENTRE PROFESSIONNELS ET USAGERS

Tandis que le Dr Slimani expose une situation, en s'attardant sur de nombreux détails – il aime à enrober ses récits en les dévidant de sa diction lente –, quelques participants se mettent à bavarder, créant un bruit de fond perturbant. Devant ce relâchement, le Dr Lemaire intervient avec une autorité glaçante, rappelant que la rigueur du cadre est ici en jeu : le groupe se doit d'être vigilant et respectueux, en reconnaissant le mérite des gens, tant du professionnel qui s'expose en racontant la situation, que de la famille dont il parle. Il met en garde le groupe contre la légèreté et la dispersion. « Si cette famille était là, nous pourrions sourire avec bienveillance, mais nous n'aurions pas le droit de nous abandonner à la dissipation et aux messes basses. Il faut toujours s'interroger sur l'ambiance de travail afin qu'elle soit adaptée à l'importance des enjeux que vivent ces familles. » Je dois reconnaître que cette mise au point m'a perturbée (me suis-je sentie visée ?), et le lendemain, je me suis interrogée à haute voix : pourquoi certains d'entre nous avaient-il pu de la sorte se laisser aller à cette légèreté frisant l'impolitesse ? Réponse du Dr Lemaire : « dans cette situation, on aurait pu se limiter au diagnostic de psychose du patient désigné, mais grâce au talent de conteur de Kamel Slimani et à ses anecdotes détaillées, on a bénéficié un récit d'une grande richesse. L'abondance de détails peut avoir un effet à double tranchant, car elle peut faire basculer dans le commérage… C'est là qu'intervient le cadre théorique qui nous permet de tracer la frontière entre la clinique et le commérage. Il s'agit d'être vigilants ensemble, pour faire la distinction entre un gloussement inacceptable, offensant (qui aurait été intolérable pour la famille si elle avait était présente) et un sourire bienveillant, soutenant, pour faire la différence entre le commérage et le respect. Je vous engage à relire les réflexions d'A. Chauvenet. Des lieux comme celui-ci, comme cette formation, sont des lieux où se construit une déontologie communautaire entre professionnels et usagers : entre ceux qui travaillent ensemble et ceux qui vivent ensemble. Mais je vous rassure : ce sont des dérapages comme ceux d'hier qui nous permettent d'avancer, de réajuster, de rattraper, de progresser. »

La question de la considération pour l'autre est essentielle. Elle fait un jour l'objet d'un bel échange entre le Dr Bouzidi et le Dr Lemaire. C'est l'occasion pour le premier de saluer l'une des vertus de ce travail de groupe, et pour le second de rappeler que la formation « Clinique de Concertation » est conçue de telle sorte qu'elle permet de mettre à l'épreuve du réel et du terrain tous les principes qu'elle défend.

DIALOGUE AUTOUR DU RESPECT

« Dr Bouzidi : le respect me paraît une notion capitale. Le respect de la souffrance de l'autre, mais aussi de sa façon de voir, des théories dont il se réclame, et qui peuvent être différentes de celles de ses collègues. C'est un travail, une discipline. Devant la différence, nous devons être vigilants, faire attention à ne pas laisser l'émotion nous envahir. Il me semble que cette formation sert également à cela : elle nous offre un côté pratique où nous pouvons ressentir les choses et les travailler.

Dr Lemaire : le respect est en effet le résultat d'un travail, il n'est pas une donnée acquise. La "Clinique de Concertation" met en place un dispositif où, précisément, nous avons l'occasion de mettre à l'épreuve le respect. Souvent, on proclame la nécessité absolue du respect, mais on ne met pas en place les cadres où il peut être appliqué. Or, il faut prendre des risques pour améliorer la pratique quotidienne du respect. Il me semble que la "Clinique de Concertation" permet vraiment de passer de la proclamation du respect à sa mise en pratique. Il y a un aller-retour entre la théorie (respect affiché) et la pratique (construction, ensemble, de la considération due). »

Les rapports qu'entretiennent les professionnels les uns avec les autres sont, à cet égard, révélateurs de la maturité professionnelle, humaine et relationnelle d'un réseau. En mai 2007, M.-C. Michaud qui retrouve le groupe une année après, dira combien la maturité acquise entre-temps est palpable : « je trouve que depuis un an vous avez changé, vous avez bien plus de maturité. Vous avez fait passer quelque chose de la théorie entre vous, je sens qu'il y a des choses nouvelles. J'aimerais vous féliciter. » Maturité perçue également par le Dr Lemaire, quelques mois plus tard : les participants travaillent dans un dialogue plus respectueux, sont moins entravés par les conflits de pouvoir, et armés désormais pour les transformer en partage de responsabilités. « Cette capacité ne passe pas par la théorie, mais par la pratique. J'ai cette sensation avec vous. Il ne s'agit pas de la maturation de chacun d'entre vous – vous êtes adultes, majeurs ! –, mais du groupe dans son ensemble, dans ses procédures de travail. » C'est perceptible, le groupe est en train de se métamorphoser.

Une transformation plutôt qu'une formation

La formation à la « Clinique de Concertation », propose certes d'introduire de la méthode et de la rigueur dans une pratique que les professionnels ont déjà. Mais elle revendique aussi d'engager un groupe de professionnels dans une « expérience formative » où les relations interprofessionnelles sont travaillées, redéfinies, re-explorées, et transformées : la modification progressive des rapports entre professionnels entraînera celle des rapports entre usagers, telle est l'hypothèse sous-jacente, rappelons-le.

Une métamorphose implique un changement complet de forme, d'aspect et d'état. Bien des professionnels diront, dans le courant de la formation, combien en effet leur rapport aux usagers et à leurs collègues s'est modifié en profondeur. On se souvient de cette participante, qui, dès le troisième module, dira son désarroi et sa solitude en tant que conseillère d'orientation et professionnelle : « nous sommes pris dans un étau : d'un côté entravés par l'administration qui nous interdit de sortir du cadre, de l'autre, dépositaires d'informations sur les enfants et leurs familles qui exigent que nous en sortions ! Nous avons le sentiment de n'être que des "consommateurs" d'informations, c'est pourquoi je me demande régulièrement : "à quoi je sers ?". J'aimerais qu'on réfléchisse ensemble, puisqu'on est plusieurs conseillers d'orientation, ici, à une autre manière de travailler. » Ou telle autre, directrice

de crèche, qui pourtant ne suivra pas le processus de la formation : « sur le plan humain, ces formations laissent une empreinte. En fait, je me sens toujours doublement convoquée : de manière administrative (il faut rendre compte), d'une part ; de manière citoyenne d'autre part, parce que la société dans laquelle je vis est pleine de détresses, souvent vécues dans la dissimulation, et alors la question est : comment révéler le secret sans écorcher la dignité de l'intéressé ? Est-ce une malédiction ? Une bénédiction ? J'oscille en permanence entre la satisfaction et l'insatisfaction. Je salue l'existence des réseaux, car il y a bien trop de cloisonnements entre des institutions pourtant ouvertes par essence. Ces formations donnent la possibilité de construire de nouvelles passerelles. »

LA « CLINIQUE DE CONCERTATION » OU « COMMENT S'Y PRENDRE POUR DEVENIR SUJETS DE NOTRE HISTOIRE ? »[10]

La « Clinique de Concertation » et quelques présupposés

a. L'esprit et le dispositif

« Nous constatons un désengagement des services publics dans l'accompagnement des familles, et un rôle de plus en plus affirmé des systèmes d'assurances privées. C'est un mouvement dangereux, car quand une personne rencontre un problème, c'est une multitude de réseaux qui est activée. Quand vous faites un sociogénogramme, vous vous rendez bien compte qu'une famille en détresse active bien d'autres professionnels que le seul psychologue. La "Clinique de Concertation" essaye donc de valoriser et de maintenir la qualité du service public en veillant à faire travailler ensemble les différentes institutions : c'est la réflexion collective qui aide le mieux les familles. »

Il n'est pas question, ici, de présenter en détails la « Clinique de Concertation », puisqu'elle fait l'objet d'une explicitation progressive au fil de l'ouvrage, mais il paraît important d'en mentionner quelques points essentiels, puisés dans l'Agenda[11].

À l'origine, la « Clinique de Concertation » part d'un « souci particulièrement pragmatique : celui d'une meilleure concertation entre les différents intervenants dans la prise en charge de familles en difficultés et d'une meilleure exploitation du potentiel thérapeutique interne à une situation »[12]. Ce dispositif thérapeutique met ainsi en présence des familles qui vivent des détresses multiples et sévères, des professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle directement concernés, ou potentiellement concernés ou même non directement concernés.

L'objectif est de proposer un espace de débat contradictoire, « une concertation qui articule et potentialise les ressources en présence pour amorcer un processus reconstructeur de liens »[13].

Ce dispositif, qui est « à la recherche du juste ou, plus modestement, du moins injuste »[14], tente d'inventer de nouvelles options pour les pratiques psychosociales parmi lesquelles les thérapies de réseau. Elle trouve ses étayages principaux dans l'« Approche contextuelle » de I. Boszormenyi-Nagy, qui pose l'éthique relationnelle comme dimension incontournable de la relation, et l'introduit de manière inédite dans la pratique clinique.

La « Clinique de Concertation », initiée en 1996, est pratiquée dans plusieurs lieux : Belgique, France, Kosovo, Albanie, Bosnie, Croatie, Algérie, Italie et Suisse.

OBJECTIFS

Elle s'en est assignée un certain nombre :

- Répondre aux convocations des familles en situations de détresses multiples.
- Répondre aux demandes des professionnels et des politiques « déconcertés » par la fragmentation, parfois l'incohérence des interventions d'aide, de soin, d'éducation et de contrôle.
- Améliorer les situations de détresses multiples, par une pratique et une politique de « Travail thérapeutique en réseau », en partant des ressources humaines et relationnelles encore disponibles.
- Élargir les zones de « considération » réciproque entre les membres des familles, les professionnels et les institutions.
- Analyser la circulation des informations ; distinguer et sélectionner l'information utile dans un débat contradictoire et productif.
- Créer une « Clinique du Relais » sur les territoires concernés, en utilisant les champs de recouvrement entre professionnels et entre institutions activés par les détresses multiples.
- Établir les principes méthodologiques de la « Concertation Clinique » et de la « Clinique de Concertation ».

Autrement dit, il s'agit de favoriser la construction de lieux et de modalités pratiques pour la concertation entre les différents professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle qui appartiennent aux différentes institutions publiques et privées.

b. Les figures du travail thérapeutique de réseau

Les professionnels sont invités par les usagers à participer à diverses figures du travail thérapeutique de réseau, pouvant prendre les formes les plus diverses, les plus inventives : « Clinique du Relais », « Concertation Clinique », « Clinique de Concertation ». Autant de figures qui seront explicitées dans les modules de la formation, et que les professionnels vont s'exercer à reconnaître, veillant à identifier – au cas par cas – et à quel moment telle figure est mieux indiquée que telle autre, apprenant à passer de l'une à l'autre sans hiérarchie discriminante.

c. La triade concertative

Pour que se mette en place une « Clinique de Concertation » il est nécessaire que se constitue un « faisceau de volontés »[15] dont trois groupes de protagonistes sont incontournables : les Cliniciens, les Usagers, les Politiques de proximité. Un schéma en annexe offre une illustration très explicite de l'intrication des relations entre ces trois pôles. (Annexe 2)

LA TRIADE CONCERTATIVE

Les usagers : les membres des familles adressent aux professionnels des demandes d'aide. Les familles en détresses multiples activent le plus souvent des pratiques concertatives.

Les professionnels : ils demandent le plus souvent des moyens aux politiques, mais donnent peu d'informations sur leur pratique, considérant que la confidentialité absolue en est une règle prédominante et incontournable. Certains professionnels en détresse activent des pratiques concertatives. Ils font des offres de service où dominent le plus souvent des dispositifs de consultation confidentielle.

Les responsables politiques : ils ont une curiosité prudente vis-à-vis des pratiques de concertation dont le plus souvent ils ne retiennent, faute d'être sensibilisés et tenus informés par les professionnels, que les aspects non maîtrisables : souplesse d'un cadre et de pratiques (par exemple la « Clinique du Relais »), peu compréhensible si elle n'est pas expliquée.

Cette dernière catégorie doit être tenue au courant de ces pratiques thérapeutiques de terrain car, si celles-ci ne font l'objet d'aucun rapport, d'aucune explication, elles risquent d'être mal comprises, ou vécues comme une menace, voire une perte de temps. Tout au long de la formation, M.-C. Michaud et le Dr Lemaire n'auront de cesse de rappeler aux participants la nécessité de tenir informé ce pôle décisionnel. Leur sensibilisation est un enjeu de taille. Les professionnels ne doivent ménager aucun moyen pour les associer à des réunions, les inviter aux journées de capitalisation, leur faire parvenir des comptes-rendus clairs sur le travail qu'ils mènent, justifiant, argumentant la souplesse du cadre dans lequel ils ont besoin d'évoluer, afin que celle-ci soit validée et encouragée par eux.

À cet égard, toutes les séances de formation – et les rencontres avec les familles – font l'objet de procès-verbaux, pour garder certes la trace de ce travail de proximité, mais aussi les rendre accessibles à toute personne extérieure – dont les politiques. Si le rapport est amené à circuler

en-dehors du cercle des professionnels impliqués dans la formation (ou d'une rencontre avec les membres de la famille), seule la partie générale est proposée. La partie spécifique, qui comprend le rapport des échanges à propos d'une situation analysée au cours de la rencontre, elle, est réservée exclusivement à ceux qui étaient présents à la séance de travail. Ceux-ci peuvent toutefois la partager avec des professionnels n'ayant pas participé à la rencontre, ils assument personnellement les conséquences de ce partage (positives et négatives).

Une attitude responsable dans le travail : « toujours introduire en nous la manière de l'autre »[16]

En amont de la « Clinique de Concertation », il existe une attitude pragmatique, dont il me semble avoir trouvé l'essence formulée dans un article de V. Despret[17] où elle explique les raisons qui l'ont conduite à réfléchir *autrement* au secret professionnel et à ses implications dans la pratique d'aide et de soin. Il me semble qu'au-delà du sujet circonscrit qu'elle explore, elle laisse entrevoir l'état d'esprit qui préside aux « Cliniques de Concertation » : une démarche qui cultive « un ralentissement, un embarras appris dans la retenue, l'abstention », c'est-à-dire « le mécanisme même du bégaiement ». Les pratiques de concertation, précisément, « font bégayer » affirme-t-elle, car les professionnels y prennent le risque de « déstabiliser ce qui est acquis », s'efforcent de « penser à l'envers », de « penser aux limites », de « penser là où c'est risqué ». L'intervenant de réseau sensibilisé à la « Clinique de Concertation » apprend à poser des questions susceptibles d'agir comme des « ferments de crise ».

a. L'intersubjectivation est la « concertation obligée »

Les questions comme ferments de crise, ou comme interrogations sans fin, jamais clôturées par une réponse : c'est ce que préconise le Dr Salem dans sa communication au séminaire de Martigny[18]. Il affirme que dans sa réflexion sur sa pratique de psychiatre – pétrie de l'approche contextuelle –, il ne saurait procéder autrement que sous une forme talmudique de débat, ne s'appuyant et ne croissant que sur des questions, ainsi posées à l'infini.

Le séminaire de Martigny a été l'occasion stimulante et inédite pour moi, l'intruse, séparée des autres par une différence essentielle, celle de n'avoir jamais été dans une quelconque pratique avec les familles, d'explorer des facettes de l'approche contextuelle de manière à la fois didactique et approfondie : l'exonération, la partialité multidirectionnelle, le travail thérapeutique de réseau, la légitimité, la dimension ontique... Mais peut-être le dénominateur commun à toutes ces interventions était-il le postulat éthique de l'approche contextuelle, lui-même étayé par la pensée du philosophe M. Buber, à savoir que le sujet émerge de la relation. L'intersubjectivation, dira le Dr Salem, est la « concertation obligée » : le rapport à l'autre est constitutif de soi, le moi ne s'acquiert que grâce aux autres. En somme, on a besoin des autres pour exister en tant que soi. La « Clinique de Concertation » se réclame de l'approche contextuelle, et que défend-elle sinon ce rapport essentiel à l'autre, garanti par l'intrus, cet autre toujours possiblement là, potentiellement présent ? Cet intrus qui « nous rappelle constamment que nous devons toujours introduire en nous la manière de l'autre ».

b. La « Clinique de Concertation » l'usager et son statut de sujet

Dans le module sur l'intrus, on verra plus en détail comment celui-ci contribue à créer les conditions d'émergence du sujet. Cependant, il nous semble important d'évoquer d'ores et déjà ce qu'on pourrait appeler la matrice éthique de la « Clinique de Concertation ». Le fil rouge de la formation sera d'amener les professionnels à toujours associer l'usager à la construction du cadre thérapeutique censé l'accompagner. Ce qui compte, c'est de faire participer l'usager et ses proches au débat contradictoire avec les professionnels, c'est l'associer à l'élaboration du cadre thérapeutique. Prendre en considération la force convocatrice des usagers (postuler que, même dans leur désordre apparent, cela a un sens), les faire participer à la sélection de l'information circulant dans le réseau, sont des choix qui contribuent à traiter l'usager comme sujet. Ces principes régulateurs maintiennent les usagers au centre des interventions qui les concernent; ils font partie intégrante du dispositif, précaution qui, en soi, affirme le Dr Lemaire, a déjà une vertu thérapeutique. En leur donnant la possibilité de choisir et de négocier avec les professionnels le cadre thérapeutique, on leur permet de « participer activement, au même titre que tous les professionnels, à la mise en place de la relation thérapeutique qui leur convient, à tous, au mieux. »[19] Ils ne sont plus traités en objet par des experts qui les observent en surplomb : « il ne s'agit plus de rendre aux usagers leur place d'acteur, leur identité de sujet, puisque nous aurons définitivement renoncé à la leur confisquer, reconnaissant activement, explicitement, concrètement, que tout réseau complexe, aléatoire, déconcertant est « mis au travail » par les individus, les familles en détresse multiple. »[20]

La « Clinique de Concertation », en reconnaisant le droit aux usagers de faire « d'emblée partie des architectes du réseau »[21] (il ne va pas de soi, pour autant, qu'ils seront d'accord, ils peuvent être récalcitrants, d'où une négociation), postule que les faire participer à l'*organisation* du travail thérapeutique, au cadre lui-même, peut déjà avoir un effet thérapeutique. Car, précisément, « l'*organisation du travail* d'aide, de soin, d'éducation et de contrôle devient thérapeutique quand elle n'est plus séparée du *travail* d'aide, de soin, d'éducation et de contrôle. »[22]

> « COMMENT S'Y PRENDRE POUR DEVENIR SUJETS DE NOTRE HISTOIRE ? »[23] Cette préoccupation, véritable soubassement de la « Clinique de Concertation », P. Maniglier l'a remarquablement cernée : « Un sujet n'est possible que s'il y a liberté pour délimiter la situation dans laquelle le sujet se sent partie prenante. "Devenir un sujet" et "tracer la figure d'une situation", c'est une seule et même chose. De fait, concrètement, une très grande partie du travail réalisé dans les "Cliniques de Concertation", consiste précisément à déterminer, en concertation avec les différents participants, qui fera partie de la rencontre et qui n'en fera pas partie. » Et un peu plus loin dans le même texte : « on voit bien que cela suppose de traiter les individus non pas comme objets passifs d'un problème que le professionnel devrait résoudre, mais au contraire comme sujets actifs opérant, par rapport aux autres parties prenantes de la situations, sur le même plan que les professionnels eux-mêmes. »

C'est pourquoi l'on veillera, par exemple, à préciser que même si pendant la formation, pour des raisons pratiques, la formule employée pour désigner les usagers est souvent « la famille », il s'agit d'un raccourci fâcheux. L'héritage est plutôt heureux – celui des thérapies familiales prenant enfin en considération les familles –, mais l'individu s'est parfois retrouvé dissous dans cette louable préoccupation. En vérité, « lorsque nous dirons la famille, il faudra entendre les *membres* de la famille » (Dr Lemaire).

On comprendra enfin pourquoi les professionnels vont apprendre, petit à petit, au cours de la formation, la possibilité d'inverser le rapport du donner et du recevoir (couple conceptuel à la base de l'approche contextuelle), permettant d'envisager les usagers non plus seulement sous l'angle de personnes recevant seulement, mais de personnes pouvant aussi donner. Ceux-ci en effet se demanderont à quelle occasion l'attente même d'une aide (en l'occurrence de la part des usagers) peut être un soutien, et en quoi les usagers et « bénéficiaires » pourraient leur venir en aide. Les professionnels s'appliqueront donc à reconnaître qu'ils sont redevables aux familles, car elles leur font faire des choses difficiles mais nouvelles, elles leur apprennent à travailler ensemble. Ils veilleront à toujours les remercier et à toujours identifier, par un exemple, en quoi ils sont redevables aux membres des familles avec qui ils travaillent, d'une évolution de leur pratique.

Une parenté entre la thadjmâath et la « Clinique de Concertation » ?

La « Clinique de Concertation » trouverait-elle une résonance lointaine avec certains modes d'organisation traditionnelle comme la *thadjmâath* qui aurait laissé une empreinte dans la mémoire collective ? Chaque village de Kabylie était, auparavant, administré par une assemblée de citoyens majeurs, la *thadjmâath*, en charge de la vie de la Cité, et recourant à des procédés extrêmement sophistiqués pour, notamment, désamorcer les conflits, les contourner, réparer les injustices et rétablir l'équilibre au sein de la communauté. Le pouvoir de décision appartenait à cette « assemblée du peuple où seuls, traditionnellement, les *amghar* (anciens, chefs de famille) ont le droit de prendre la parole »[24]. *Thadjmâath* « administre, gouverne, légifère, arbitre », nous dit P. Bourdieu, mais « simple témoin chargé de faire respecter les formes d'un débat », elle n'est pas un tribunal, au sens d'un organisme spécialisé, chargé de prononcer des décisions conformément à un système de normes formelles, rationnelles et explicites. Le sociologue y voit plutôt « un conseil d'arbitrage (...) », où « (...) les fondements de la justice ne sont pas appréhendés en tant que tels (...) mais unanimement vécus, agis et sentis, la communauté de sentiment prenant racine dans le sentiment de la communauté. »[25] En faisant quelques recherches dans ma bibliothèque, j'ai retrouvé un passage du *Journal* de Feraoun :

> *« On vient à la djemaâ pour se comporter en homme, tenir un langage d'homme, regarder les autres en face : son frère, son ami, son ennemi. On y vient écouter les vieux ou enseigner les jeunes. On y vient pour se montrer, pour ne pas céder sa place sur la dalle. Rien n'est plus beau qu'une djemaâ pleine comme une grande famille unie, décidée et forte. Autrefois c'était cela la djemaâ. Et lorsque ceux d'en face envoyaient leur mouchard pour jeter un regard, nous lui disions "sois le bienvenu" pour marquer qu'il n'était pas chez lui. Il se faisait tout petit, restait un moment par politesse et s'en retournait le cœur malade. La djemaâ, c'est l'honneur de la karouba. Le lieu des paroles pesées et des actes virils. »*
> Mouloud Feraoun, *Jours de Kabylie*[26].

De nos jours, une majorité de citadins continue d'entretenir un lien fort avec les villages dont ils sont originaires, ils y possèdent encore des terres, des maisons parfois. De ce fait, précise S. Kebbas, le mode de vie que mènent les gens de la région est marqué par la prégnance de comportements traditionnels, et un dispositif comme la *thadjmâath* est considéré comme un patrimoine précieux, à réactiver : « dans certains villages, les

comités de sages sont toujours reconnus, on continue à faire appel à eux en cas de conflits, entre individus ou familles. Si le problème persiste, ils font appel à l'institutionnel (par exemple la justice). »[27] (S. Kebbas)

Aussi pourra-t-on être tenté d'évoquer parfois, mais toujours avec une extrême prudence, le fond de ressemblance entre la « Clinique de Concertation », et la *thadjmâath*, la « Clinique de Concertation » proposant, elle aussi, un dispositif collectif basé sur la mise en présence des différents protagonistes et la mise en débat des problèmes, difficultés, tensions, afin de les transformer en conflits praticables, dans le but d'améliorer le bien-être des usagers, et donc, *in fine*, la bonne marche de la communauté. On se gardera cependant de faire des raccourcis et parallèles trop hâtifs, étant donné le peu d'informations réunies sur la question et la forme contemporaine que prend aujourd'hui ce mode d'administration tout à fait original. Le dispositif de la *thadjmâat* semble malgré tout en voie de marginalisation, ou du moins, sa cohabitation avec les dispositifs officiels et institutionnels de l'État, en réduit-elle considérablement l'influence concrète (sans pour autant en amoindrir l'aura symbolique).

Tout au plus peut-on s'aventurer à émettre l'hypothèse que l'intérêt suscité par le dispositif de la « Clinique de Concertation » à Tizi-Ouzou aura été favorisé par deux facteurs : tout d'abord, et sans conteste, la Ligue elle-même, qui, en soi, constitue une matrice particulièrement accueillante et structurée pour ce type de dispositif collectif. Ensuite, l'existence de liens de proximité encore très forts dans une société où le collectif (la famille, petite et grande) reste une catégorie d'analyse encore valide.

NOTES

1. Document interne rédigé par A.-L. Pastorini, à la demande du Siège, dans le souci d'approfondir l'analyse de la problématique : « Pour une lecture transversale des projets, le psychosocial est-il un axe d'intervention intéressant ? »
2. Moussaoui A., *De la violence en Algérie, les lois du chaos*, Barzakh, Alger, 2006, p. 429.
3. Idem, p. 427.
4. Idem, p. 416.
5. Camps G., *Les Berbères, Mémoire et Identité*, Actes Sud / Barzakh, 2007, p. 323. L'esprit de solidarité est « à l'origine du principe de *touiza*, universellement connu dans le Maghreb. Il s'agit de la corvée collective librement consentie au bénéfice du groupe ou d'un chef de famille. La *touiza* s'étend à toutes sortes de travaux, aussi bien à la construction d'un bâtiment, à la réfection d'un chemin ou au creusement d'un canal d'irrigation qu'à des travaux agricoles importants, comme la moisson ou le battage. » Ibid.
6. Décembre 2003.
7. La DSP avait détaché dix professionnels : sept médecins, dont une femme, et trois psychologues.
8. D. Bael anime deux modules, le premier ouvrant la formation, le second la clôturant « Le travail clinique avec l'adolescent » / « Approche contextuelle et travail de réseau». C. Delforge en anime deux aussi : « Travail clinique avec l'enfant » et « Figures du travail thérapeutique de réseau ». L. Dumoulin : « Deuil, rupture et violence ». T. Lebrun : « Adolescence, scolarité et société, mise en place de réseau autour des projets des jeunes et de leurs familles ». C. Bastin : « Analyse de la demande — Premier entretien — Fiche anamnèse ». P. Michard : « Thérapie contextuelle ».
9. Voir l'entretien avec le Dr Lemaire à la fin du chapitre sur l'intrus, p.117.
10. Maniglier P., « Comment se faire sujet ? », Actes du 3e Congrès International de la « Clinique de Concertation », Paris
11. Agenda de la « Clinique de Concertation », I.L.T.F. (Institut Liégeois de Thérapie Familiale)/Centre de Recherche dans les Systèmes ASBL, www.concertation.net. Les détails concernant les objectifs, les figures et la triade concertative sont extraits de l'argumentaire de l'agenda.
12. Idem.
13. Lemaire J.-M., « Liens soignés, liens soignant, "cliniques de concertation" et violences de quartier », in Cahiers de Psychologie Clinique, De Boeck, 28, 2007/1, pp. 99-120.
14. Agenda de la « Clinique de Concertation ».
15. « La volonté m'apparaît avant tout comme une chose *complexe*, une chose qui n'a d'unité que son nom, et c'est dans cette unité du nom que réside le préjugé populaire qui a trompé la vigilance toujours en défaut des philosophes », extrait de « *La Volonté de Puissance* » Nietzsche 1888, cité dans Deleuze G., *Nietzsche*, P.U.F. Paris, 1965. Cité dans l'Agenda de la « Clinique de Concertation ».
16. Lemaire J.-M, Vittone E., Despret V., « Clinique de Concertation et système ; à la recherche d'un cadre rigoureux et ouvert » in *Génération* N° 28, Paris, mars 2003.
17. Despret V., « Le secret est une dimension politique de la thérapie » in T. Nathan, *La Guerre des Psy, Manifeste pour une Psychothérapie Démocratique*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 2006, pp. 153-178.
18. Deuxièmes Rencontres Contextuelles du Valais (25-29 Août 2008), s'inscrivant dans le prolongement des ateliers organisés du vivant de I. Boszormenyi-Nagy, et qui réunissaient cet été-là, à l'initiative de l'association FRACTALE et des Dr Ducomin-Nagy C., Lemaire J.-M., P. Michard, C. Petel, et G. Salem, une quarantaine de professionnels de divers horizons, de l'aide et du soin. Le Dr G. Salem est à la tête d'une équipe intradisciplinaire dans une clinique psychiatrique à Lausanne (Suisse), et fondateur de la Fondation pour l'éthique familiale.
19. Halleux L., Lemaire J.-M., « Entre exclusion et inclusion : la clinique du relais », in JDJ-RAJS, n° 276, juin 2008, pp 18-23.
20. Lemaire J.-M., « Liens soignés, liens soignant, "cliniques de concertation" et violences de quartier », in Cahiers de Psychologie Clinique, De Boeck, 28, 2007/1, pp. 99-120.
21. Idem.
22. Lemaire J.-M., Vittone E., Despret V., « Clinique de Concertation et système ; à la recherche d'un cadre rigoureux et ouvert » in *Génération* N° 28, Paris, mars 2003.
23. Maniglier P., « Comment se faire sujet ? », Actes du 3e Congrès International de la « Clinique de Concertation », Paris.
24. Camps G., *Les Berbères, Mémoire et Identité*, Actes Sud/Barzakh, 2007, p. 297.
25. Bourdieu P., *Sociologie de l'Algérie*, Que sais-je?, PUF, 1958.
26. Feraoun M., *Jours de Kabylie, Chroniques algériennes*, Seuil, 1968, p.26.
27. Extrait de la communication de Saliha Kebbas, présentée à l'occasion du VI[e] séminaire de la « Clinique de Concertation », à Ostende (Belgique, 26-29.10.2006) : « La "Clinique de Concertation" à Tizi-Ouzou, entre l'associatif et l'institutionnel ».

DOCTEUR JEAN-MARIE LEMAIRE

On pourrait commencer ainsi : le Dr Lemaire, né en 1951, est « fils, petit-fils et père de Jules, ainsi que sujet du roi ». Je ne me moque pas de vous, c'est la pure vérité. Je le tiens de lui, le groupe pourra vous le confirmer. Quand vient son tour, il lui arrive bel et bien de se présenter en ces termes. Ce n'est pas de la provocation, c'est – entre autodémarcation et polarisation[1] – une manière de donner des informations qui font émerger du sens, différentes de celles qu'on fournit d'habitude, plus neutres : nom/prénom/ profession. Une manière aussi de surprendre (« sujet du roi », autrement dit, en l'occurrence : Belge), de retenir l'attention, et de s'amuser sérieusement – ce que fait souvent le Dr Lemaire, dont l'humour pince-sans-rire ou la petite phrase assassine, l'air de rien (tandis qu'il épluche une pomme de terre, par exemple) peuvent pour le moins dérouter.

Dans l'énoncé, décortiquons la filiation. Prenons le père : eh bien tous, nous avons eu le sentiment de le connaître un peu, ce Jules, père de Jean-Marie. Au point qu'après son décès, au début de l'année 2008, les participants, gravement, ont présenté un à un leurs condoléances et on se souvient des fort belles paroles en kabyle de Malika Nemar : « *Vaveich ouyou mouthanz miyisa'a argazh amchtchini* » (« pour moi, votre papa n'est pas mort, parce qu'il a eu un fils comme vous »). C'est que ce père a littéralement habité la formation. Il n'est pas un module, me semble-t-il, où le Dr Lemaire ne le cite pas. La pratique de ce père, médecin et gynécologue, représente pour le fils un réservoir de références (un jour il demande à l'une des participantes, sage-femme, comment on nomme cette profession en kabyle : « celle qui accueille », lui répond-elle. Manifestement, ça plaît au fils de Jules...). Ainsi, quand il évoque la nécessité d'aller lentement dans l'exposé des situations : « Vous savez, mon père était accoucheur. Sa devise était de ne pas accélérer à tout prix l'accouchement pour ne mettre en péril ni la vie de la maman ni celle de l'enfant. C'est un peu la même attitude que je vous demande d'avoir : ne pas aller trop vite, respecter le rythme de chacun. » Ou quand il relativise l'urgence pour éviter hâte et précipitation : « Quand on le pressait pour une urgence médicale, mon père avait

coutume de dire : « une urgence de cinq minutes, ce n'est plus une urgence, c'est un décès »... Ce n'est sans doute pas un hasard non plus si le quatrième Congrès International de la « Clinique de Concertation » en 2009 à Bruxelles sera ouvert par un obstétricien à la retraite[2]. Le Dr Lemaire le revendique : l'attitude de l'accoucheur, qui consiste à avoir ce fameux « strabisme » (« un œil sur quelque chose, le deuxième sur autre chose, l'un sur les déficits, l'autre sur les ressources, l'un sur les membres de la famille, l'autre sur le contexte »), est à la base de la « Clinique de Concertation ».

En fait, le Dr Lemaire prend volontiers le risque de s'exposer en puisant des anecdotes dans sa vie personnelle et celle de sa famille. Ce sont les règles du jeu, car en le faisant, il gagne la confiance du groupe. J'ai, pour ma part, retenu deux histoires. La première, formalisée par ailleurs dans un article[3], est liée aux pratiques traditionnelles : Jean-Marie Lemaire[4] parle de sa jeune sœur qui, à une période de sa vie, a cessé de se nourrir : « mon père était fils unique, et très proche de sa mère, or celle-ci voulait aller voir l'exorciste de l'église de Saint Ghislain. Mon père, bien que médecin – vous pouvez donc imaginer combien il lui coûtait de faire cette démarche –, est quand même allé voir ce monsieur, lequel lui a dit : "quand vous rentrerez chez vous, votre fille demandera une banane". C'est ce qui est arrivé, et ma sœur est allée beaucoup mieux par la suite. » Le Dr Lemaire explique d'ailleurs qu'il est devenu médecin grâce, « en partie peut-être », aux croyances de cette même grand-mère. Ce n'est pas qu'une boutade, il semble ne plaisanter qu'à moitié : « quand je passais mes examens à la fac, elle allumait une bougie et me donnait des médailles bénites que je devais mettre dans ma poche et caresser »... La deuxième anecdote permet au groupe de saisir l'ambivalence inhérente à toute délégation. Jean-Marie Lemaire rappelle que sa grand-mère et ses deux grand-tantes sont devenues institutrices alors qu'elles étaient issues d'une famille de paysans : « elles étaient donc à la fois la fierté et la trahison de la famille. D'une certaine manière, elles ont compensé cette situation qui les mettait en porte-à-faux en restant extrêmement soudées, puisque leurs trois maisons étaient mitoyennes, et que les jardins communiquaient ».

On pourrait continuer avec la formule suivante : le Dr Lemaire est « un clinicien, psychiatre, psychothérapeute, thérapeute familial successivement déconcerté par deux expériences »[5], à partir desquelles est née la « Clinique de Concertation ». En premier lieu : son entrée en fonction, en 1983, comme employé du « Centre Public d'Action

Sociale » de Flémalle[6], en tant que responsable du service de santé mentale (service de psychiatrie ambulatoire). En second lieu : son intervention, entre 1993 et 1996, dans le cadre de projets humanitaires en Croatie, puis en Bosnie, au Kosovo et en Albanie[7].

Flémalle, tout d'abord : le Dr Lemaire découvre que sa formation universitaire l'a fort peu préparé à assumer une fonction où il se retrouve coincé entre les attentes des familles d'une part, dont certaines sont en détresses multiples et dont il découvre la formidable « force convocatrice », des professionnels d'autre part, eux-mêmes parfois en grande détresse. Attentes, qui, souvent, ne se rejoignent pas et creusent le malentendu entre « gens qui vivent ensemble » et « gens qui travaillent ensemble ». Petit à petit, le Dr Lemaire et son équipe sont en quelque sorte « contraints » d'inventer des dispositifs « aspécifiques », du cabinet privé au travail à ciel ouvert. Jean-Marie Lemaire insiste beaucoup sur une chose : son emploi dépend non d'un service médical, mais d'un centre d'aide sociale, ce qui signifie que la frontière entre les deux mondes, médical/social, est estompée, « l'un n'est pas au service de l'autre ; même si chacun obéit à des codes très différents, ils sont d'emblée dans la complémentarité. » D'ailleurs, il parle de « pratiques d'aide et de soin », les associant toujours dans un inséparable tandem (dualité repérée et saluée par P. Maniglier : « de manière tout à fait remarquable, les « Cliniques de Concertation » ne proposent pas de trancher entre ces deux termes »[8]). Depuis vingt-cinq ans, donc, il travaille dans un champ de recouvrement d'une fertilité extraordinaire. Le Dr Lemaire pense à cet égard que lorsqu'on pratique dans le service public, on est amené à faire du « travailler ensemble » un credo : « C'est être de plain-pied dans le travail collectif. » Ce qui, du reste, n'est pas incompatible avec une activité privée ; c'est pourquoi il a aussi un cabinet de consultations. Avoir « un pied dans le public, un pied dans le privé » est, selon lui, la position la plus saine qui soit, car « préconiser la "purification" du service public est suicidaire. Le meilleur moyen de le "sauver", c'est précisément d'être à cheval entre les deux, afin de faire bénéficier le service public de ce que nous expérimentons dans le privé, et vice-versa ».

La double casquette – le médical et le social – est donc une caractéristique de sa pratique de proximité, qu'il articule, à partir de 1986, à l'approche contextuelle. Lors du séminaire de Martigny, Magda Heireman reconnaît qu'avoir travaillé avec des intervenants sociaux a considérablement enrichi sa pratique : « J'ai beaucoup appris avec eux, car ils rappellent en permanence qu'il faut prendre en considération le contexte. Or nous avons tendance à l'oublier ». Le *contexte* : mot-clé que le Dr Lemaire, lors

du même séminaire, se plaît à comparer à un « morceau de tissu sans ourlet » (contrairement au système familial, circonscrit, lui, à la famille), l'enjeu, en tant que professionnel, étant de se donner la possibilité de travailler sur la partie frangée du tissu quand la situation l'exige. « Car le contexte n'a pas de limite », telle est la conclusion à laquelle arrive le Dr Lemaire, conforté en cela par son travail en Croatie, en Bosnie, au Kosovo et en Albanie. Là-bas, après la violence, les affrontements, la destruction, il faut tenter d'accompagner la reconstruction, et de créer les conditions d'un « contexte extensif de confiance ». Il met en place des programmes de travail thérapeutique de réseau dans des conditions particulières[9], qui lui permettent de vérifier la validité de sa démarche.

La « Clinique de Concertation » est donc le fruit de cette expérience accumulée, et le Dr Lemaire, depuis, n'a de cesse de préférer la recherche des ressources résiduelles à celle des déficits. Toute sa quête consiste, en outre, à équilibrer l'exercice de sa profession entre l'espace clos et la pratique à ciel ouvert, en accordant sa valeur thérapeutique à chaque dispositif. C'est très exactement en 1996 que naît le concept de « Clinique de Concertation » (voir l'entretien qui suit, où il s'en explique plus en détail). Désormais, des cycles de formation sont prodigués sur des territoires aussi variés que la Belgique, la France, l'Italie, et l'Algérie (sur le rôle de l'Algérie dans la progression de sa réflexion, voir le même entretien).

C'est pourquoi Jean-Marie Lemaire, qui aime se déplacer en voiture plutôt qu'en avion, est en permanence (ou presque) sur les routes. À l'heure qu'il est, sans doute est-il en train de traverser quelque frontière... Il m'a fallu un certain temps avant de comprendre que le Dr Lemaire, avec son énorme sac de voyage et sa trousse de toilette qui se déplie comme une trousse à outils, est une sorte de nomade moderne, quelqu'un qui arpente les territoires, un homme de l'entre-deux et des lisières : social/médical, public/privé ; psychiatre/travailleur de réseau. Il travaille dans l'alcôve comme à ciel ouvert, il habite Liège mais aussi Paris et Turin. C'est peut-être cela, en fait, « cultiver l'inadéquation ».

On pourrait poursuivre de la sorte : le Dr Lemaire est un « pitbull des ressources résiduelles ». Qu'on se rassure, la formule, un peu brutale, un peu étrange, est de lui. Lors du séminaire de Martigny, il a donné à voir le passage d'une « Clinique de Concertation » à Bou Ismail[10], où, au tout début, il s'obstine à demander à une dame de soixante-douze ans comment elle souhaite qu'on l'appelle : « Voulez-vous que je vous appelle la

maman, puisque vous êtes la mère de vos enfants ? ». Celle-ci lui répond : « oui ». Le Dr Lemaire s'entête : « Ou bien voulez-vous que je vous appelle la grand-mère puisque vous êtes la grand-mère de vos petits-enfants ? ». Réponse : « Comme vous voulez m'appeler, moi ça me convient ». Silence. Silence « traversé par la perplexité du psychiatre, mais aussi habité par les questions muettes de quarante intervenants présents »[11]. Mais le Dr Lemaire persiste, revient à la charge (« Je préférerais que ce soit vous qui choisissiez »), et finit par obtenir une réponse. Dans ces quelques minutes, tout est dit – ou beaucoup – sur sa manière de travailler : se construire dans l'adversité, ne pas lâcher prise. « Dans ce cas, paradoxalement, je me suis senti soutenu par l'hostilité du groupe qui devait se demander pourquoi je créais de l'embarras, pourquoi je passais autant de temps à "pinailler" sur une question de forme, à tourner autour du pot. Quand je sens qu'il va falloir que je *démontre*, je suis stimulé : ce qui se construit dans l'adversité est, me semble-t-il, plus solide que ce qui se construit dans le consensus ». À cet égard, lorsque je m'étonne de son sang-froid dans des situations déstabilisantes, il commente : « C'est le contraste qui précisément m'aide à tenir cette position. Alors que le climat général est à la désillusion, l'inquiétude, la tension, le contraste, lui, me permet de construire une sorte de foi indéniable : plus l'inquiétude et l'instabilité sont fortes, plus je suis renforcé. Il suffit de m'appuyer là-dessus, et d'aller un peu à contresens. Si jamais tout le monde était tranquille, je serais inquiet... » D'où ce qu'il nomme l'« effet pitbull ».

Dans un entretien familial, par exemple, il ne se contentera pas de demander au parent « *est-ce que* votre enfant se fait du souci pour vous ? », mais « *comment s'y prend-il pour prendre soin de vous ?* », et si la réponse ne vient pas, il n'en démordra pas, cherchant à s'y prendre autrement, n'hésitant pas à dire aux membres de la famille : « *comment allons-nous chercher ensemble ?* », et en s'appuyant toujours, sans relâche, sur la dimension des faits[12], en quête du moindre élément, même infime, offrant une prise, une aspérité. La référence au pitbull, Jean-Marie Lemaire – assez fier de son effet, il est vrai –, l'explique fort bien : « la mâchoire du pitbull, comme celle du bouledogue, a une morphologie très particulière : même si l'adversaire tente de se dégager de ses crocs, ceux-ci se resserrent naturellement et emprisonnent davantage la chair mordue. J'entends par là que le "Clinicien de Concertation" est quelqu'un qui n'abandonne jamais, fait preuve d'une pugnacité et d'une obstination à toute épreuve. Il s'acharne à trouver des ressources résiduelles, où qu'elles soient. Plus l'environnement est déstabilisant, plus il doit s'accrocher. »

D'une manière générale, le Dr Lemaire illustre et décrit sa pratique avec esprit et habileté. Il mobilise des images justes quoique décalées, saisissantes et originales – *incarnées*, pour tout dire. C'est son plaisir, c'est son génie propre en quelque sorte : il se plaît à établir des correspondances entre le savoir et la vie, à tisser des liens entre sa pratique clinique et le monde, les sensations, la nature. Il est partisan d'un savoir qui ne serait pas seulement préoccupé de connaissance, mais pétri par le monde sensible, nourri de l'observation de la vie, de sa scrutation. Il n'est pas étonnant, dès lors, qu'il fasse l'éloge de la pensée de G. Bateson : « ce penseur a un esprit ouvert, une curiosité démultipliée : il est à l'écoute du monde, des formes. La diversité des sujets qu'il aborde dans les articles de son oeuvre en témoigne[13]. Nous devons essayer de faire preuve de la même curiosité au monde. » Il brasse donc joyeusement toutes les références, en privilégiant les plus pointues, de l'approche contextuelle au jazz, en passant par... la noix de veau ou l'aiguillette, pour finir par l'étymologie des mots les plus ordinaires. Ne soyez pas surpris de ses comparaisons musicales ou culinaires (dont celle-ci, qui n'aura pas manqué de déconcerter – mais c'était voulu, c'est sûr... – l'auditoire de Martigny : la « Clinique de Concertation » serait un processus comparable à celui qui fait émerger le bas beurre...), lui qui tout à la fois aime cuisiner et faire bonne chère. Quel lien *a priori* entre l'éthique relationnelle et les cigognes de Tizi Ouzou ? Écoutez plutôt : « J'ai été dans le village où Nagy est enterré et où il a vécu une partie de son enfance. À proximité de sa tombe habitait une famille de cigognes. Alors je me suis rappelé que Nagy, qui avait divorcé de sa première femme, disait avec embarras : "du point de vue de l'éthique relationnelle, je me demande si les cigognes ne sont pas plus avancées que les humains...", (allusion à la fidélité légendaire de ces couples d'oiseaux). Ce matin, j'ai pensé à ça en voyant les cigognes de Tizi Ouzou ». Et c'est bien vrai, sur la route entre Alger et Tizi, les cigognes sont presque toujours là, planant bas, lentes et douces, ou raides dans leurs nids, immobiles, l'air un peu pointu.

Le Dr Lemaire a conscience de tenir là un vrai talent, il le sait et le cultive, quitte à user parfois de fines stratégies. Avoir le sens de la formule, faire mouche, non pour séduire uniquement, mais pour argumenter, démontrer, convaincre. Lorsque, à Martigny, il déclare, créant la surprise : « vous savez, pendant les entretiens avec les familles, je ne *pense* pas beaucoup », on aurait tort d'y voir une feinte ou une posture (même si l'effet est garanti...). Il ne s'agit pas de se prétendre plus « instinctif », moins « cérébral » que les autres professionnels, mais de décrire avec exactitude un état de fait : « dans ces moments-là, je ne

crois pas qu'on soit dans le registre de la pensée. On est dans l'exercice relationnel, et tout cela va bien plus vite que le fonctionnement des neurones. C'est pourquoi j'aime à dire, en détournant légèrement la formule que nous a apprise Farid, que je me laisse *travailler* par la famille, porter par elle. »[14] Un peu comme un interprète de jazz : seule l'absolue maîtrise de la technique permet d'atteindre la grâce apparemment libre et spontanée de l'improvisation.

Enfin, on pourrait terminer ainsi : le Dr Lemaire essaie, dans la cadre de sa pratique, « de se préoccuper d'améliorer le futur plutôt que de corriger le passé ». La chose n'est pas aisée. Comment fait-il, par exemple, pour ne pas se laisser parasiter par le pessimisme et le découragement ? « Si jamais le parasitage existe dans un sens, on peut imaginer qu'il existe dans l'autre, répond-il. L'idée est de garder un *optimisme étayé* – non pas béat –, à cultiver comme une attitude professionnelle, et de croire qu'il est possible de "parasiter" à son tour positivement la situation. » Sans doute l'ouvrage qu'il prépare sur le « Gai Soigner » – où en est-il de son livre ? il sourit, énigmatique ; en tout cas, on devine que le désir est là... – procède-t-il de ce même optimisme étayé. C'est une attitude, une exigence, une profession de foi presque : le Dr Lemaire exhorte à partir en quête, surtout dans les situations les plus douloureuses, des traces de réjouissance. Je me souviens d'un échange un peu tendu, en bras-de-fer, avec Malika Nemar à propos d'un film vu par le groupe, où des épouses d'émigrés chantaient l'infortune de l'exil et de la solitude. Malika insistait sur le malheur de ces femmes ; Jean-Marie Lemaire, lui, sans nier leur souffrance, soutenait que l'allégresse et l'agilité de leurs gestes se devaient d'être reconnues. « Même au cœur de la souffrance, quelque chose qui est de l'ordre de la joie peut être célébré. Je me bats pour que le travail de thérapie cesse d'être uniquement perçu comme une macération dans la souffrance. Moi, j'ai vu, dans la manière dont ces femmes chantaient et tapaient des mains, l'expression d'une forme de joie. Sans doute est-ce continuellement ambivalent, sans doute joie et malheur cohabitent-ils, mais je trouverais injuste de ne pas leur reconnaître ce talent. Car je pense qu'il faut du talent pour arriver à maintenir dans les situations les plus tragiques ce quelque chose qui est de l'ordre de la joie et de l'espérance. À Sarajevo, alors même que les gens traversaient des situations invivables, les hommes s'écroulaient, les femmes, elles, abritaient d'insoupçonnables ressources résiduelles. Ce sont les femmes qui arrivent à maintenir des repères comme les repas, les chansons, les attentions à

l'autre. C'est un talent que d'avoir la capacité d'installer et d'imprimer sur un fond de souffrance des éléments résiduels de joie. » Dans le même ordre d'idée, on comprend que le Dr Lemaire ait été séduit par les propos sur le deuil de Ouerdia Boudiaf, rappelant qu'en Kabylie, si quelqu'un part d'un fou rire pendant un enterrement, on ne trouve rien d'inconvenant à cela : c'est le signe que la personne décédée était quelqu'un de bien, un bon vivant...

Ne s'agirait-il pas, au fond, toujours, d'une seule et même discipline qui consiste, au cœur même du désastre, à creuser, fouiller, à la recherche des ressources résiduelles, pour s'y accrocher, s'y cramponner, et tenter de se réjouir, toujours, malgré tout ?

Un peu de tout cela circule donc dans les conversations avec le Dr Lemaire. J'ai voulu qu'elles traversent le livre comme un fil conducteur et préféré le mot « conversation », plus convivial, à celui d'« entretien ». Il rend mieux compte, selon moi, du contexte dans lequel ces échanges ont eu lieu. C'est-à-dire, pour la plupart, dans une cuisine[15], quelques heures avant le « souper », car, après la journée de formation, nous nous retrouvions presque tous, officiant autour de la grande table, râpant nos carottes, écossant nos petits poids ou épluchant nos artichauts... Aussi, tout en répondant à mes questions, le Dr Lemaire s'affaire-t-il à préparer des spaghettis – non pas « à la bolognaise » (erreur de profane !) mais « al ragù », disent les Italiens – ou des pommes de terre au four. Il me semble qu'il n'est pas inutile de le savoir.

Certains échanges sont, en outre, directement extraits des modules eux-mêmes : que les participants à qui, pour des raisons de commodité et d'homogénéité, j'ôte la paternité des questions, veuillent bien me le pardonner.

NOTES

1. Concepts propres à l'approche contextuelle. Voir le module sur « La partialité multidirectionnelle ».
2. Le Dr Pierre Rousseau dont la communication : « L'intrus des premières minutes : l'obstétricien, témoin des débuts de l'intersubjectivité » analysera les premières interactions entre le bébé et la maman.
3. On retrouve ces exemples formalisés dans une réflexion sur l'articulation entre pratiques traditionnelles et pratiques scientifiques. Lemaire J.-M., « Du jazz à la java », in Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n° 28, 2001/2, pp 61-70.
4. Puisqu'il s'agit d'un portrait, où ma subjectivité s'engage davantage, je prends le parti de mentionner le prénom du Dr Lemaire.
5. Lemaire J.-M., « Liens soignés, liens soignant, "cliniques de concertation" et violences de quartier », in Cahiers de Psychologie Clinique, De Boeck, 28, 2007/1, pp. 99-120.

6. Dans la périphérie de la ville de Liège.
7. Le projet en Croatie est effectué à la demande de MSF Belgique. Les autres sont l'initiative d'autres ONG. Cette expérience est relatée dans un ouvrage : Chauvenet A., Despret V., Lemaire J.-M., *La Clinique de la Reconstruction*, L'Harmattan, Paris, 1996.
8. Maniglier P., « Comment se faire sujet ? », Actes du 3e Congrès International de la « Clinique de Concertation », Paris.
9. Des espaces territoriaux limités à des camps de réfugiés le plus souvent clôturés.
10. « Clinique de Concertation » historique dans la mesure où il s'agit de la première organisée en Algérie, en mai 2000. À bien des égards, elle est édifiante. Le Dr Lemaire dira que les membres de la famille, à deux reprises, offrent aux professionnels des formules « exemplaires ». La première fois lorsque la grand-mère finit par se présenter de manière « totale » : « j'ai été *moudjahida*, j'ai élevé mes enfants et mes petits-enfants, je suis leur mère à tous », il n'existe pas, dira le Dr Lemaire, formule plus concise pour désigner un itinéraire de vie. La seconde fois, lorsque l'un des fils commente le dispositif de la « Clinique de Concertation » : « Nous sommes là pour apprendre à nous connaître et à mieux parler ensemble. ». Elle fait l'objet d'une analyse précise dans l'article : Lemaire J.-M, Vittone E., Despret V., « Clinique de Concertation et système ; à la recherche d'un cadre rigoureux et ouvert » in *Générations* N° 28, Paris, mars 2003.
11. Idem.
12. L'une des quatre dimensions de l'approche contextuelle.
13. Bateson G., *Steps in an Ecology of Mind*, Chandler Publishing Company, San Francisco, 1972. Traduction française : *Vers une Écologie de l'Esprit*, Éditions du Seuil, Paris, 1977.
14. Voir Module sur « Les ressources résiduelles ».
15. La cuisine de la maison qui faisait office à la fois de siège du projet et de logement pour les hôtes de passage.

CONVERSATION AVEC LE Dr LEMAIRE

Comment passe-t-on de la pratique de la « Clinique de Concertation » à l'élaboration d'une formation prodiguée en douze modules ?

Première étape : 1983 : c'est mon immersion dans un service social qui met en place en son sein une antenne de santé mentale. Et donc un équilibrage des interventions sociales et psychiatriques (ambulatoire) dans lesquels l'un n'est pas au service de l'autre, ou alternativement et réciproquement. En 1990 : c'est l'invitation sur les territoires belges et son extension. En 1996 prend forme cette formule de « Clinique de Concertation » : dans un dispositif récurrent, de mois en mois, dans un espace particulier qui est géré par plusieurs services, associations, géographiquement situé dans un lieu public – à l'époque un local de réunion dans la ville de Wavre. À ce moment là, il apparaît que non seulement on est en train de prendre soin aussi bien des situations de détresses multiples activant des réseaux très larges, mais aussi des membres de ces réseaux qui sont fatigués, épuisés, mis à mal par ces situations-là. Alors, vient ce terme de « Clinique de Concertation ». Expression ambiguë, bien sûr. On entend bien : clinique pratique qui s'adresse aux familles en détresses multiples, mais aussi clinique de la concertation même... Il s'agit d'un clinique qui prend à la fois soin des situations de familles connaissant des problèmes sur des registres multiples ; mais aussi des membres du réseau qui vivent des choses très difficiles dans ce qu'activent ces familles en détresses multiples.

Deuxième étape : 1999-2000 : c'est l'époque où nous mettons en place la formation, c'est-à-dire quand nous passons la frontière. Cela correspond au moment où Marie-Claire Michaud m'invite à travailler dans la périphérie parisienne. Elle me demande d'intervenir sur ces modalités en France : il y a donc un passage de frontières. Mais on réalise qu'il va falloir adapter ces pratiques avec un lexique complètement différent, et donc on se rend compte qu'il faut faire émerger des pratiques qui restaient fort informelles, et nommer ce qui est transmissible. De plus, on se rend compte que si on veut que ces pratiques s'étendent, elles doivent être critiquables. Et pour qu'elles le soient, il faut qu'elles aient une structure, qu'elles soient formalisées et présentées selon un ordonnancement

conceptuel qui alors a commencé à se faire petit à petit. Nous en sommes à la huitième, neuvième année de formation. Nous prenons le risque de transmettre les choses dans des dispositifs de groupe qui ne sont plus les mêmes que ceux de la « Clinique de Concertation » : la notion de territorialité stricte n'est plus respectée, puisque nous réunissons des gens de territoires différents de façon à donner à des Belges, des Français, des Italiens, des Algériens, des éléments qui peuvent être mis à l'épreuve de la réalité de leur propre terrain. Ça a commencé d'abord à Paris, puis à Turin dans un lieu spécifique de formation, puis à Bruxelles et enfin en Algérie, à Tizi-Ouzou. La structure actuelle des modules a dû se constituer vers 2004-2005. Elle est réactualisée à peu près tous les ans à travers les séminaires transnationaux, on y remet en question l'articulation des thèmes à partir de l'expérience de chacun des territoires. L'Algérie joue un rôle très important en 1998 pour la « Clinique de Concertation » : on se rend compte de la rapidité et de l'extensivité du travail de réseau. C'est notamment dû au séisme mais aussi à la situation d'affrontements, en réaction à la violence interne à la communauté.

Les « Cliniques de Concertation » vont à contre-courant de la tendance générale qui réduit la place du service public à une peau de chagrin.

Il y a effectivement une tendance universelle à la destruction du service public, alors même qu'il est un lieu fertile en invention. Il n'est pas seulement un lieu de solidarité, de générosité, mais aussi un lieu d'invention politique, communautaire. L'apparition des « Cliniques de Concertation » et leur développement ne cherchent pas à combattre la privatisation. Ce n'est pas du militantisme « contre ». Je ne crois pas utile de remettre en doute la bonne foi de ceux qui estiment que l'apologie de la responsabilité individuelle. En revanche, je pense qu'il est nécessaire de défendre l'originalité et le côté fertile de ce qui appartient au service public, qui invente des choses qu'il ne faut pas abandonner. Les « Cliniques de Concertation » ne sont jamais que de tout petits espaces dérisoires, elles sont des lieux de survie. C'est parfois dans l'associatif que l'on peut créer des poches de recherche et de résistance. De cette façon, si, contre toute attente, le service public était décidé à se développer à nouveau et à reprendre sa place, nous serions prêts à lui donner des outils – pour autant qu'il veuille de nos outils et de nos arguments. C'est très prétentieux ce que je dis là...

Vous posez comme postulat que le service public est un réservoir d'inventivité. En Algérie aujourd'hui, on a plutôt l'impression qu'il a été déserté par celle-ci. Le travail de réseau n'est-il pas destiné, au fond, à s'épanouir seulement dans des États démocratiques ?

Ce n'est pas tout à fait en ces termes qu'il faudrait poser la question à mon avis. D'autant que l'entrée en léthargie du service public se fait parfois aussi dans les pays florissants. C'est une réflexion qui est vraiment à la base de la « Clinique de Concertation ». Dans les années 96, j'ai rendu visite à Nagy et nous discutions dans la voiture. Je me souviens, il m'a raconté le fait que quelqu'un lui avait dit que l'approche contextuelle, basée sur l'éthique relationnelle, le dialogue constructif comme facteur de croissance, n'était valable que dans les pays démocratiques ! Je me rappelle de sa tristesse, lui qui était Hongrois et avait connu plusieurs totalitarismes. À ce moment précis j'ai compris que c'était justement dans les conditions difficiles que les poches d'inventivité, d'opiniâtreté, de ténacité pouvaient exister... Depuis cette place de clinicien, de praticien, de travailleur social, de médecin, à laquelle je tiens beaucoup, je suis tenté de dire que quelles que soient les conditions, si on me fait arriver quelque part, je cherche les poches. En ce qui concerne l'Algérie, il serait absolument injuste de prétendre que l'histoire de l'État n'a pas permis l'existence de ces poches. Je n'en connais pas l'ampleur, je n'ai pas de vision suffisamment générale sur un pays aussi vaste. Cependant, de Cheraga à Boumerdes, de Boumerdes à Tizi de Tizi à Bab El Oued, de Bab El Oued à Tipasa, chaque fois que je suis accueilli quelque part, je trouve des gens capables de cultiver avec bravoure un travail de qualité en service public. Quand on les rencontre, et les associe à un mouvement, on apprend énormément de choses sur des pratiques qui sont sans doute insuffisamment reconnues. Mais plutôt que de se lamenter, notre travail consiste à faire en sorte qu'elles soient reconnues. De les porter. Là où c'est possible, de poche en poche, tant que ça marche, et le jour où ça s'arrête à un endroit, ça reprend ailleurs...

MODULES

SENSIBILISATION À QUELQUES PRINCIPES DE BASE PARTAGER UN LANGAGE COMMUN

« Il ne lui reste plus qu'à passer par le chas de l'aiguille »[1]

Avant d'aborder la formation proprement dite à la « Clinique de Concertation », des séances préliminaires de sensibilisation s'imposent, étape essentielle pour définir des concepts partageables par tous. Les professionnels de Tizi Ouzou sont familiers du travail de réseau puisqu'ils le pratiquent déjà en partie. L'ambition n'est donc pas de « réinventer » le travail thérapeutique de réseau – tant il est vrai que tout intervenant psychosocial « ne peut survivre s'il ne travaille pas en réseau » –, mais plutôt de réviser et systématiser des habitudes de travail, de les cultiver de manière plus méthodique.

C'est en perfectionnant certains dispositifs – identifiés par des repères de langage commun – que le réseau lui-même se renforce. Les professionnels qui le composent sont ainsi mieux armés pour faire face aux situations déconcertantes. Ils s'appuient sur des outils précis (le sociogénogramme), et des principes théoriques (approches systémique et structurale), dont le dénominateur commun est de proposer une vision toujours élargie.

RENFORCER LES PRATIQUES DE RÉSEAU, SOIGNER CERTAINES FIGURES : EXEMPLE DE LA PRATIQUE DU RELAIS

Nombre de professionnels sont déjà des travailleurs de réseau qui s'ignorent. Au gré des modules, les participants auront d'ailleurs l'occasion de dire combien la formation les a *confortés dans des pratiques qu'ils avaient déjà*, mais qu'ils appliquaient de manière quelque peu « sauvage » et « anarchique ». Il en va ainsi du relais. Il leur est arrivé, parfois, d'accompagner un usager auprès d'un autre professionnel, avec toutefois le sentiment désagréable d'être « sorti du cadre », et d'avoir agi dans une certaine approximation, voire avec un certain amateurisme. Or, la « Clinique de Concertation » défend l'idée que cette figure – ainsi que d'autres – gagne à être tout particulièrement soignée. Car s'il est des situations où une lettre d'orientation suffit, il en est d'autres où le passage mérite de devenir une figure plus complexe, se transformant en *pratique du relais* ou « Clinique du Relais ».

LES TRAVAILLEURS DE RÉSEAU OU LES COUREURS D'UN RELAIS 4 X 400 M.

« Dans une course de relais, le moment crucial est celui du passage du témoin, et lorsque deux athlètes courent ensemble, l'un en fin de course, l'autre au début. La comparaison peut être faite avec le travail de réseau : dans la pratique du relais, ce n'est pas seulement la compétence de chaque professionnel qui est importante, mais aussi la zone de recouvrement entre eux. Un bon réseau fonctionne comme une équipe rôdée, composée de coureurs qui s'entraînent ensemble depuis longtemps, se connaissent parfaitement, et partagent le même souci pour le destin du témoin. Car même après s'être acquitté de sa tâche, celui qui a passé le témoin continue de s'en préoccuper, et réfléchit à sa responsabilité dans le cheminement du bâton (qui symbolise la responsabilité partagée pour le mieux-être de l'usager). »

Autre comparaison : « un toit n'est bien fait que si les tuiles sont correctement articulées entre elles ; il en va de même pour un réseau, il ne fonctionne bien que si les champs de recouvrement entre professionnels sont soignés. »

Le Dr Lemaire insiste sur la différence entre une orientation et un relais, et laisse entendre aux participants que la spécificité de leur culture est un atout : « Vous avez une culture de la proximité plus grande que la nôtre, utilisez-la comme ressource ! Même si, bien sûr, cela nécessite un apprentissage. »

« SURVIVRE » AUX SITUATIONS COMPLEXES EN ÉLARGISSANT SA VISION

Ainsi, seul un réseau bien articulé et qui soigne ses figures intermédiaires, a des chances d'être efficace et soutenant. Surtout lorsque le professionnel, confronté à une situation complexe, éprouve vertige et solitude : dépassé, effrayé, il a plus que jamais besoin du réseau. Car ce sont les situations « hypercomplexifiées » qui, précisément, activent un travail collectif.

Un cas d'école : Franck, Laetitia et Sonia (Annexe 3)

Il s'agit de trois situations (rencontrées par le Dr Lemaire dans le cadre de son travail en Belgique) qui se caractérisent en premier lieu, par le refus de l'offre et la rupture du lien, en second lieu par l'activation d'un grand nombre d'institutions d'autre part. La densité de leur complexification est presque « exemplaire », voire « canonique »[2].

SITUATION DE FRANCK

Franck est un jeune homme qui déserte l'école, consomme de la drogue ; il donne du souci à un de ses enseignants. Le psychologue scolaire est activé[3] par ce dernier. Un pédopsychiatre du CHR (Centre Hospitalier Régional) est activé par le psychologue, mais Franck ne se rend pas au rendez-vous qu'il lui a fixé. Le service de santé mentale (service de psychiatrie ambulatoire dans lequel travaille le Dr Lemaire) est à son tour activé par le pédopsychiatre. Franck ne vient pas non plus aux rendez-vous proposés, ou lorsqu'il s'y rend, ne respecte jamais les horaires convenus. La police est elle aussi activée, car Franck fait commerce de substances interdites à l'école et dans la rue. Puis c'est le juge qui est activé par les procès-verbaux de la police. Le juge impose à Franck des travaux d'intérêt public mais celui-ci ne se présente pas, et ne se rend pas au service de prestation éducative et philanthropique (SOEMO) chargé d'accompagner et de surveiller la participation du jeune homme aux travaux d'intérêt public.

SITUATION DE SONIA

Le médecin généraliste est activé par cette jeune fille de dix-huit ans, lorsqu'elle se rend compte que l'absorption excessive de substances psychotropes la met en danger. Les urgences du CHR sont activées par le généraliste. L'hôpital général (département psychiatrie) est activé par les urgences, qui activent l'hôpital psychiatrique. Sonia, qui y est hospitalisée, le quitte, contre avis médical. Le centre public d'aide sociale du territoire où elle habite est activé par l'hôpital psychiatrique qui lui présente la facture du séjour de Sonia (car elle n'a pas de sécurité sociale). Le service de santé mentale où travaille le Dr Lemaire est activé par ce centre – dont il dépend –, inquiet d'avoir à payer les notes de chaque hospitalisation de Sonia. Celle-ci ne vient pas aux rendez-vous que lui donne l'équipe du Dr Lemaire, ou quand elle vient, elle s'endort parfois, sous l'effet des substances qu'elle a absorbées. Son état nécessite à nouveau un appel à l'ambulance et une nouvelle hospitalisation en urgence.

SITUATION DE LAETITIA

Laetitia est une petite fille de quatre ans élevée par sa grand-mère. Sa maman est décédée d'abus de drogue et d'alcool. Son papa est introuvable, son grand-père également. L'enseignante est activée par le fait que Laetitia semble mal nourrie, ne porte pas de vêtements adéquats, et s'endort en classe, d'épuisement semble-t-il. Le médecin de l'IMS (Inspection Médicale Scolaire) est activé par l'enseignante. Une structure sociale, activée par le médecin, impose à la grand-mère l'intervention d'une travailleuse familiale à domicile. Le service où travaille le Dr Lemaire est en outre activé pour organiser une prise en charge pluridisciplinaire (ergothérapeute, orthophoniste, psychologue). Mais il y a refus de l'offre, la grand-mère n'ouvre pas la porte à l'accompagnante familiale, et ne répond pas aux propositions de rendez-vous.

Chaque situation, isolée, est d'une complexité inouïe. Le niveau de complexification provoque chez les professionnels un enchaînement de réactions : de la *consternation* à la *lamentation* (on se sent dépassé, on se plaint, on se demande comment faire). Que dire alors quand on découvre que ces trois situations ne concernent qu'une seule et même famille ? En effet, la grand-mère de Laetitia est la mère de Sonia, de Franck, ainsi que de la maman de Laetitia ; Franck est donc le frère de Sonia et l'oncle de Laetitia ! Face à cette hypercomplexification[4],

il est probable que les professionnels entrent dans la *confusion*. C'est la paralysie. Certains vont jusqu'à éprouver de la colère – rien n'est plus dangereux alors, tant pour les usagers (diabolisés, qualifiés de manipulateurs) que pour les professionnels (menacés d'épuisement et d'accablement).

Pour éviter cet engrenage, la « Clinique de Concertation » préconise une méthodologie de travail inhabituelle. Au lieu d'être dans le rejet, ou l'animosité, ou la fuite, le professionnel accepte « de voir les choses telles qu'elles sont et non telles qu'elles devraient être » (M.-C. Michaud). Pour cela, il a besoin d'outils, parmi lesquels le sociogénogramme, lui-même héritier des thérapies systémique et structurale, proposant une vision élargie au contexte. Ainsi préparé, le professionnel craint moins de s'exposer, et de passer d'un dispositif d'intervention classique (espace fermé) à un dispositif de réseau (espace ouvert).

LE SOCIOGÉNOGRAMME

Le *génogramme* est la représentation graphique et codifiée d'une famille et des liens familiaux de manière transgénérationnelle. Conçu dans les années soixante-dix par G. Bateson à l'école Palo Alto, il a été introduit dés 1980 par E. Lemaire-Arnaud comme outil de thérapie familiale. Le *sociogramme*, de son côté, conçu et employé dès 1933 par le psychiatre J. Lévi Moreno, pionnier de la thérapie de groupe, est un diagramme des liens sociaux qu'une personne développe au plan personnel, relationnel et professionnel. Le *sociogénogramme*, quant à lui, combine le génogramme familial et le sociogramme. Basé sur un code de couleurs très précis et des flèches, il a été créé et utilisé par le Dr Lemaire et de nombreux partenaires de travail. Il s'est imposé, après des années de pratique, comme outil incontournable du travail de réseau dans ses diverses figures.

LE CODE DE COULEURS

Noir : ceux qui vivent ensemble, représentés par un génogramme et autres personnes qui partagent la vie collective. Ex : Les condisciples de l'école maternelle. *Vert* : Ceux qui travaillent ensemble. Institutions = petites maisons. Professionnels = personnages.

Flèches vertes : Entre ceux qui travaillent ensemble. Ex : L'institutrice interpelle le médecin de l'hôpital, le médecin interpelle la psychologue.

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

Réalisé avec la participation de tous les professionnels présents et dessiné par un des membres du groupe, il permet :

- de garder un fil conducteur, même dans les moments les plus déconcertants ;
- de mettre en évidence et valoriser les champs de recouvrement ;
- d'identifier et utiliser les diverses figures du travail de réseau ;
- de faire émerger et enrichir les ressources résiduelles repérables dans les réseaux qui sont activés par les initiatives implicites et explicites des personnes qui vivent ensemble.

LA MASSE CRITIQUE

Lorsque le sociogénogramme représente un nombre important d'institutions, que les cinq couleurs sont représentées, et que le professionnel est totalement déconcerté, alors, la masse critique est atteinte. Elle est l'indice décisif qui signale la nécessité de passer au travail de réseau. On la retrouve dans les situations hypercomplexifiées. Mis au service de tous – des familles, en présence desquelles il est recommandé de le dessiner, et des professionnels –, le sociogénogramme se révèle extrêmement utile. Il n'est pas une fin en soi (les professionnels doivent résister à la tentation d'être ébloui par lui, de le considérer comme révélateur d'une vérité) et doit rester un gribouillis, un *tikherbich* (en kabyle), un outil parmi d'autres, non sacralisé. Mais il est très précieux, car il insiste sur une visualisation des trajectoires. En outre, il est un premier filtre pour la sélection de l'information. À un participant qui demande si les flèches doivent représenter la nature d'une relation, le Dr Lemaire indique par exemple que cela n'est pas nécessaire en grand groupe. Le plus important, à ce stade, est de tisser le réseau, et de comprendre comment celui-ci fonctionne.

LES APPROCHES SYSTÉMIQUE ET STRUCTURALE

Le sociogénogramme est l'héritier des approches systémique et structurale. Il n'est pas inutile d'en évoquer quelques principes de base, sans qu'il soit nécessaire pour autant de les approfondir. Car l'enjeu de la formation à la « Clinique de Concertation » – qui s'adresse, par essence, à un groupe pluridisciplinaire – est que les professionnels, toutes formations confondues, se familiarisent avec une démarche, un langage. L'objectif est d'initier à quelques concepts fondamentaux de la thérapie familiale susceptibles d'être compris, utilisables – et partageables – par tous.

Au cours des années 1950-1960, dans un contexte général de contestation des pratiques antérieures[5] marquées par l'isolement et la stigmatisation

de la personne souffrant de troubles du comportement (« la règle de base instituée étant d'éviter tout contact avec les membres de la famille du patient durant toute la durée des soins »[6]), des psychiatres se sont intéressés aux familles. Il n'était plus question d'isoler la personne malade, on allait désormais prendre la famille dans sa globalité – elle n'effrayait plus. La thérapie familiale, qui a d'abord pris son essor principalement aux États-Unis, est née de cet effort[7], nourrie, il est vrai, des approches latérales à la médecine, telle que celle du personnel infirmier et des travailleurs sociaux.

Elle s'illustre, notamment, dans l'approche systémique, qui appréhende l'individu dans le contexte élargi de la famille, elle-même considérée comme un système. La particularité de ce système est qu'il ne se réduit pas à la somme de ses composantes, et a ses propres règles de fonctionnement. Étudiant le système familial dans sa totalité, le thérapeute cesse de se focaliser sur le patient désigné et réunit un stock d'observations qui sont autant d'outils utiles et rassurants. L'approche structurale, dont S. Minuchin est l'une des figures les plus marquantes, se propose d'étudier la structure interne de la famille. Il est considéré que la famille (dans sa globalité) appartient à un ordre de réalité différent de celui auquel chacun de ses membres a accès. En effet, elle est composée d'un « réseau invisible d'énigmes » fonctionnant avec des *patterns transactionnels* (maintenus par un système général et un système spécifique de contraintes) qui indiquent la répartition des fonctions de chacun en son sein. Elle s'organise en sous-systèmes (en dyade/triade, etc.) qui sont par ailleurs modifiables et temporaires. Le thérapeute fait un diagnostic structural de la famille en la situant sur un axe entre deux extrêmes : d'une part « la famille enchevêtrée » (où le sentiment d'appartenance est très fort), d'autre part « la famille désengagée » (où le sentiment d'autonomie est le plus fort). Après avoir repéré les *patterns transactionnels* de chaque sous-système, le thérapeute les explore, et tente d'intervenir sur leurs frontières, qui peuvent être rigides, souples, claires... Il intervient pour introduire des changements : libérer, par exemple, une évolution enkystée. En général, en effet, les familles qui posent problème restent bloquées dans des mécanismes répétitifs, tendance au non-changement identifiée par S. Freud comme une « collusion pour l'évitement du deuil ». Parfois, même, la famille semble demander au thérapeute d'entrer dans la collusion en lui signifiant : « aidez-nous à changer le patient désigné pour que *nous*, nous puissions ne pas changer ». La thérapie familiale essaie de démontrer que quelque chose peut, précisément, être changé pendant la séance. Dans l'« ici-et-maintenant » de l'entretien, le thérapeute essaye de modifier ce que S. Minuchin appelle la « carte familiale », en créant de nouveaux sous-systèmes ou en les assouplissant (dans une famille « à

transactions rigides » par exemple). Il observe alors le système transformé, et recueille toutes les informations que lui donne la famille ainsi perturbée.

LA CHAISE VIDE

Un jeu de rôles est organisé sur la base d'une situation exposée par une professionnelle : une mère et ses deux enfants, un garçon et une fille, sont en présence d'une psychologue et de l'enseignante de la fille. Le père, dont l'alcoolisme est l'objet de focalisation de la mère, est absent. La mère monopolise la parole et ne cesse d'égrener des griefs contre le père. Pour tenter d'infléchir le cours de la séance, le Dr Lemaire qui, comme le reste du groupe, est spectateur – sa posture d'observation étant même, paradoxalement, aiguisée par le fait que la simulation est en kabyle et qu'il n'y a pas de traduction – suggère au thérapeute d'introduire une chaise vide, figurant le père, en demandant à la famille où il pourrait la placer. Perplexité. Agitation. Les membres de la famille sont perturbés, personne ne sait où la mettre, tout le monde se défausse. Finalement, après pas mal d'hésitations et quelques cafouillages, la mère se retrouve à côté de la chaise vide. Quoiqu'elle en dise, elle est donc à côté du père... Un réaménagement a ainsi été effectué, et la structure modifiée. Quand le patient désigné est au centre de toutes les tensions, le thérapeute doit arriver à déplacer la focalisation. À partir du moment où il réussit à placer la chaise vide quelque part – même en périphérie – une évolution décisive a lieu. Le psychologue peut même choisir, ensuite, de devenir le « bouc émissaire » en disant : « mais alors moi, où vais-je donc m'asseoir ?! » Subterfuge pour réorganiser la famille, et exploiter ce changement pour décrisper la situation, « car la famille prend toujours soin du thérapeute ».

La thérapie familiale affirme qu'il est souhaitable de tenir compte de toute personne pouvant être influencée par le système, ou pouvant influencer celui-ci. La carte familiale peut alors s'étendre, aller bien au-delà de la famille, et rendre compte de l'environnement plus large encore. Le sociogénogramme en est donc, en quelque sorte, un prolongement-élargissement. Contextualiser consiste à élargir ; le sociogénogramme figure, en somme, une extensibilité théoriquement sans limite. On passe de l'individu à la famille, mais aussi de la famille à toutes les personnes activées de près ou de loin par celle-ci (professionnels et non professionnels).

ÊTRE PRÊT À PASSER D'UNE CONCEPTION DE LA THÉRAPIE EN ESPACE FERMÉ À UNE CONCEPTION DE LA THÉRAPIE EN ESPACE OUVERT

Ainsi, en élargissant son approche, l'intervenant est mieux armé pour faire face aux situations déconcertantes. À condition, par ailleurs, d'être convaincu que le travail de proximité avec les familles en détresse requiert une démarche à plusieurs, et que c'est la réflexion collective qui aide le mieux celles-ci. Cette conviction implique que le profes-

sionnel accepte d'abandonner l'idée d'une « propriété d'efficacité ». Renoncement qui peut se révéler un gain. Car le réseau assure soutien et sécurité au professionnel en désarroi : qu'il soit dépassé, envahi par son empathie, ou tourmenté parce qu'il vit la rupture du lien comme un échec, il n'est pas seul.

Savoir passer d'un espace fermé à un espace ouvert, et vice-versa

Le Dr Lemaire relate une expérience qui résume la posture du travailleur de réseau – c'est le noyau dur de la méthodologie enseignée : attentif à toutes les activations, il ne craint pas de passer d'un contexte de travail élargi, à un contexte de travail restreint, et inversement. Il se caractérise par sa capacité à passer de l'un à l'autre et à cultiver cette disposition.

EN ALBANIE, DANS UN CAMP DE RÉFUGIÉS

« Nous étions dans ce camp, notre équipe devait se montrer disponible, nous avions donc coutume de nous balader dans l'artère principale, pour êtres vus, interpellés. Un jour, un homme nous invite à boire le thé dans son chalet. Il se présente et nous demande en quoi consiste exactement notre tâche. Lorsque nous lui avons décrit succinctement les principes de notre travail, il finit par nous orienter vers un chalet voisin où habite une famille (une mère, un père et leur fils) qui, selon lui, a besoin d'être aidée : les membres de la famille ne se remettent pas de la mort de leurs deux filles.

Nous nous y rendons, et petit à petit, nous parlons avec le père. La mère ne parle presque pas, le fils est extrêmement agité. Une thérapie familiale est finalement entreprise avec cette famille. La mère, ex-enseignante, après une période de prostration, acceptera progressivement de se remettre à enseigner : elle donnera, dans son propre chalet, des cours aux enfants du camp, parmi lesquels son fils. »

Le Dr Lemaire souligne la manière dont s'emboîtent, s'imbriquent le contexte large (l'équipe qui déambule dans le camp et, se montrant ainsi disponible, est activée par un usager, lui-même activé par une famille en détresse), et le contexte plus restreint (la famille avec laquelle est finalement entamée une thérapie) : « C'est un usager qui nous active, et nous oriente vers une famille. *Toutes ces étapes qui précèdent la thérapie familiale proprement dite sont aussi importantes que la thérapie elle-même.* On peut d'ailleurs imaginer que ce mouvement qui, partant d'un contexte large, se focalise à un moment donné sur une famille, puisse très bien s'élargir à nouveau à la collectivité. » Cette démarche cherche à construire un « contexte extensif de confiance » (par opposition au réseau « prédateur », qui, en se focalisant sur les pathologies,

a souvent pour effet pervers de faire fuir les personnes qu'il est précisément censé identifier et aider). Elle compte sur un réseau de partenaires qui s'étend, se réduit, s'élargit à nouveau en fonction du contexte, et recommande de n'exclure aucun intervenant *a priori* (parent, voisin, professionnel, etc.), sans crainte d'élargir à l'infini. Telle est la méthodologie de travail proposée par la formation : « Ce sera mon leitmotiv : il est toujours plus intéressant d'avoir une démarche "en entonnoir", de commencer par balayer le plus large possible, quitte à réduire sa vision par la suite. » L'attitude essentielle préconisée par la « Clinique de Concertation » est donc de se rendre disponible – pas seulement mentalement, mais aussi *physiquement*, en allant vers les détresses, sans attendre qu'elles viennent à soi. Le professionnel est prêt à passer du travail en lieu clos[8], au travail à ciel ouvert. L'enjeu de la formation est d'accompagner cette transformation, afin que le professionnel la vive sans brutalité.

L'alcôve est un dispositif qui certes peut convenir, mais pas toujours. Une « Clinique du Relais », une « Concertation Clinique » ou une « Clinique de Concertation » se révèlent parfois plus adéquates[9]. En fait, le travailleur de réseau interroge constamment, à chaque étape, et au regard du contexte, la pertinence du dispositif thérapeutique. Il s'agit d'apprendre à passer d'une conception classique de la thérapie en espace fermé, à une conception – plus souple mais non moins rigoureuse – de la thérapie en espace ouvert.

S'exposer auprès des autres et rendre lisible sa pratique : professionnels et responsables (institutionnels /politiques)

La notion d'intrusion est essentielle dans cette méthodologie, et la caractérise. L'intrusion réciproque est en effet permanente entre le travailleur de réseau et ses partenaires (usagers, professionnels, responsables hiérarchiques, etc.). C'est pourquoi, plus l'intervenant de réseau s'expose (explique sa manière de travailler, « dévoile » ses techniques de travail), plus il a des chances d'améliorer ses conditions de travail. Le Dr Lemaire rappelle au groupe : « Il va désormais falloir vous habituer à ce que les familles fassent intrusion dans vos rapports ; ce sont elles qui vous pousseront à définir votre complémentarité. Leur présence vous oblige à redéfinir vos professions en fonction de chaque situation particulière. C'est intrusif pour nos professions (toutes ces choses "secrètes" auxquelles nous tenons), mais ce n'est que justice, puisque nous-mêmes, nous ne cessons de pénétrer dans l'intimité des usagers. »

C'est pourquoi il est recommandé d'organiser un maximum d'activités assurant une certaine visibilité à ce travail. Pour qu'il soit vu, partagé et éventuellement critiqué par les *intrus*[10] : « soyons attentifs à ce que les "passants", les intrus, se sentent accueillis ; on peut les convier par exemple à assister à des journées où nous travaillons avec les familles. Veillons à les transformer en invités qui se sentent à l'aise. » De cette manière, ils pourront comprendre la démarche du groupe, voir comment les professionnels apprennent à parler des familles, des institutions, en essayant de développer des pratiques respectueuses. Un travailleur de réseau doit toujours avoir en tête les arguments qui lui permettront de justifier auprès d'autres professionnels sa démarche de thérapie familiale et d'élargissement au réseau. « Il est vital de toujours penser en terme de sensibilisation des autres. De toujours se demander comment avancer de concert avec eux. »

C'est pourquoi enfin, il est impératif de tenir informés les responsables institutionnels et politiques. Dans la triade concertative[11], les trois pôles sont essentiels : les politiques qui légifèrent, les chefs institutionnels (directeurs), qui, eux, appliquent les directives et font travailler les professionnels, enfin les usagers. Pour la durabilité du travail de réseau, il est important que les professionnels explorent leur lien avec leur hiérarchie : rendent compte, informent, expliquent leur démarche pour susciter l'intérêt et instaurer une relation de confiance avec eux. « S'ils vous donnent du temps pour être ici, en formation, ils doivent être tenus au courant. Sinon, un décalage immense risque de s'installer : vous allez avancer avec les familles, mais si cette progression n'est pas accompagnée sur le plan institutionnel, vous risquez d'être bloqués. Informez vos supérieurs : petit à petit, ils s'intéresseront à ce que vous faites et tenteront de vous soutenir. Ils verront que vous travaillez de manière plus confortable, et que, paradoxalement, c'est plus économique. » (M.-C. Michaud)

D'où l'importance de ces journées de sensibilisation qui inaugurent la formation. Elles proposent un langage commun, ciment d'une méthodologie nouvelle. Mettre des mots sur une pratique donne également plus de force pour rendre compte aux autres : usagers, professionnels et responsables confondus.

NOTES

1. Proverbe kabyle : « *Our dikem siwa aâdi si guekhfi tssegnith* ». Situation dans laquelle se trouve quelqu'un qui est acculé, désemparé. Cela peut s'appliquer au professionnel désarmé devant une situation tellement complexe qu'il ne sait comment aider la famille en détresse.
2. Maniglier P., « Comment se faire sujet ? », Actes du 3e Congrès International de la « Clinique de Concertation », Paris.
3. Pour l'usage systématique de la forme passive (« est activé(e) »,) voir le module : « La force activatrice des familles en détresses multiples ».
4. Augmentation *exponentielle*, croissance *géométrique* de la complexification : plus il y a d'activations, plus le nombre de champs de recouvrement entre deux catégories professionnelles et d'intrusions réciproques, augmente. Un exemple devenu classique rend bien compte de ce phénomène : un scribe égyptien doit être remercié pour service rendu, libre à lui de choisir le montant de sa rétribution. Il demande qu'on place des grains de riz sur un échiquier et que leur nombre soit chaque fois multiplié par deux à la case suivante. À la soixante-quatrième case, il a obtenu un quintal de riz !...
5. Par exemple : les mouvements de thérapie institutionnelle.
6. Garrigues A., « Naissance de la thérapie contextuelle », in *Familles en confiance, Nagy et la thérapie contextuelle*, Revue « Le groupe familial », n°133 – octobre/décembre 1991, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs.
7. L'un des pères de cette démarche est G. Bateson. Voir bibliographie.
8. « L'alcôve », « le boudoir », « le colloque singulier » – telles sont les formules utilisées par le Dr Lemaire et qui reviendront fréquemment dans la formation, sans l'utilisation de guillemets.
9. Autant de figures thérapeutiques du réseau qui sont passées en revue dans le module : « Figures du travail thérapeutique de réseau. »
10. Avec l'aide et le soutien logistique du Comité de Pilotage, dont c'est la responsabilité. L'intrus est étudié dans le deuxième module.
11. Évoquée en introduction.

CONVERSATION AVEC LE Dr LEMAIRE

Vous revenez souvent à vos débuts, en 1983, quand vous vous êtes retrouvé « jeté dans l'arène » pour ainsi dire, sur la place publique.

En 1983 en effet, je suis sorti de mon alcôve (légèrement ouverte déjà, puisque le colloque singulier était élargi à la thérapie familiale) et j'ai été projeté sur la place publique. C'était très déconcertant, et j'ai compris la chose suivante : pour certaines familles en détresse multiples, l'alcôve a son utilité : 75% d'entre elles se contentent en effet de consultations coordonnées. Ces cas représentent 25% de nos préoccupations. Ce sont des situations qui fonctionnent bien, épargnent nos énergies : les personnes arrivent à l'heure, viennent aux rendez-vous qu'on leur donne. Mais nous consacrons 75% de notre énergie à 25% des cas : ces cas « difficiles » qui nous tracassent, où les familles sont imprévisibles, ne respectent pas les rendez-vous, etc. On téléphone, on s'inquiète, on essaie de prendre des nouvelles, de les approcher par d'autres biais. Désormais, d'ailleurs, dans nos rapports d'activité nous quantifions le travail de liaison, ce travail dans les interstices, dans les champs de recouvrement, et je peux vous assurer que cela prend énormément d'énergie. Pour ces cas, je propose de cultiver l'hypothèse que ces familles font quelque chose d'intelligent. Dès lors, nous devons faire l'effort de dépasser notre perplexité en nous demandant : « qu'est-ce qu'ils nous proposent ? » C'est là qu'on peut dessiner le sociogénogramme, décider de faire alliance avec l'intrus, lui ouvrir l'espace afin de chercher des intermédiaires entre l'alcôve et la place publique. Ce sont ces 25% qui nous invitent à sortir de nos pratiques quotidiennes.

Vous dites que le sociogénogramme est un outil précieux. Je me souviens d'une participante qui évoquait le fait qu'elle en avait dessiné un avec un adolescent. À un moment donné, celui-ci barre violemment un personnage sur le dessin, en disant qu'il ne veut plus qu'on parle de lui. Du coup, il s'est senti soulagé !

Le sociogénogramme a un effet déshinibiteur sur les enfants et les adolescents. En fait, l'enfant y est très attentif, il viendra par exemple vous apporter une feuille avec son chat dessiné, pour que vous l'ajoutiez. Une fois, je faisais le sociogénogramme sur un *slide* de rétroprojecteur.

Soudain, le gamin, en désignant le rétroprojecteur, m'a dit qu'il voulait dessiner. Il s'est mis sur mes genoux, et a commencé à lancer des messages qu'il n'aurait pu énoncer explicitement : par exemple, il a mis un petit cœur à côté de son éducatrice, pour signifier qu'il l'aimait, alors même que ses parents ne l'appréciaient pas...

Mais le sociogénogramme n'autorise-t-il pas le professionnel à « enquêter » et à « fouiner » dans tous les recoins de la situation ?

Le sociogénogramme a des utilisations très diverses. Ensemble, nous l'utilisons entre professionnels, dans un groupe assez important, à propos de situations où les membres de la famille ne sont pas présents. On peut aussi faire un sociogénogramme tout seul, ou à deux, et dans ce dernier cas, il est bon que celui qui raconte ne soit pas celui qui dessine. Il y a de multiples configurations : le professionnel peut être seul à seul avec un adolescent / ou deux professionnels avec cet adolescent/ on peut tout autant élargir du côté de la famille. Ainsi, le sociogénogramme peut se décliner, et s'élargir aussi bien du côté des institutions, que du côté de la famille. Vous pouvez adapter le degré d'intrusion. Plus on élargit, plus se pose la question de ce qui va circuler comme information. Je pense que plus on est nombreux (professionnels / ou famille), plus on fait attention. Si je travaille seul avec une famille de Tizi Ouzou, je peux, ne connaissant pas bien votre culture, faire des maladresses (retenons cependant qu'en général les familles sont bienveillantes indulgentes vis-à-vis de nos « gaffes » : je me souviens d'un premier contact avec une famille en 1999, je me suis obstiné à vouloir serrer la main d'une dame voilée. Ce n'est qu'après une demi-heure d'entretien que son mari m'a très gentiment dit que j'aurais mieux fait de m'abstenir d'insister...). Plus je suis entouré, plus j'ai de chances d'être rappelé à l'ordre. À chaque fois, néanmoins, il faut reprendre la question de ce qui, selon les configurations, est explorable, praticable ou pas. Revenons au cas de cet adolescent qui barre rageusement un personnage représenté sur le sociogénogramme. Cette attitude prend sens, grâce au sociogénogramme : il voudrait l'éliminer, mais en ce faisant sur le dessin, il lui donne une place...

SALIHA KEBBAS

J'ai le souvenir d'une jeune femme traversant les pièces tel un tourbillon, l'œil inquiet, la parole tranchante. Je me doutais qu'en tant que Secrétaire Générale de la Ligue, Saliha Kebbas avait des soucis, de nombreuses responsabilités ; elle me faisait penser au lapin blanc d'Alice : toujours affairée, toujours sur la brèche, toujours sur le seuil d'une porte. Je songeais : comme elle est paradoxale. Tantôt décontractée, tantôt autoritaire ; elle est transparente et secrète, disponible et réservée ; elle se bat sur tous les fronts, mais hors travail, elle s'enfuit ; elle est capable de vous écouter avec la plus grande attention, comme de vous envoyer sur les roses – ou les géraniums, ceux du jardin de l'ancien siège.

C'est que, lorsque je fais sa connaissance – soit au printemps 2006 –, je n'ai pas conscience de l'énorme pression qui pèse sur cette jeune femme, à un moment où la Ligue – je le découvrirai plus tard –, traverse une période difficile. Que de responsabilités en effet quand, à la tête d'une organisation aussi importante, on doit veiller, conjointement avec la présidente (qui plus est, sa propre sœur, Ouiza, tout aussi vibrionnante), à monter les projets (compétence vitale mais épuisante) et s'assurer de leur continuité. Non seulement parce qu'on y croit, mais parce que nombreux sont ceux qui en dépendent pour vivre. « Quelle angoisse de sentir, alors qu'approche la fin d'un projet, tous ces regards rivés sur toi, comme si de toi dépendait le verdict des bailleurs de fond… » Il faut tempérer les susceptibilités, déléguer (« déléguer », tant d'enjeux dans ce seul mot ! – la formation y consacre un module entier, ce n'est sans doute pas un hasard…), assurer des consultations, en tant que psychologue, à la Maison des Jeunes. Sans compter la famille dont il faut prendre soin de concert avec tous ses membres : la maman qui se remet difficilement de son opération, le papa, les frères et sœurs, les neveux. Toutes ces missions à assumer ! En étant, de préférence, irréprochable.

Irréprochable, on dirait que Saliha s'est jurée de l'être (implacable serment qu'elle s'est fait à elle-même), et ce depuis son tout jeune âge. Dernière d'une fratrie de huit, elle grandit dans l'ombre de ses aînés aimés et admirés – et surtout de Djamila, plus âgée de six ans, vis-à-vis de laquelle elle éprouve une reconnaissance éperdue, bouleversée – infinie,

semble-t-il. Dans cette famille, où règnent amour du prochain et extrême attention à l'autre – au point qu'un observateur extérieur éprouve un léger vertige devant un si dense enchevêtrement d'égards –, on voue une considération sans borne aux parents, « eux qui ont tant fait pour que leurs enfants aient une meilleure vie que la leur ». Chaque fois qu'elle voit des travaux sur l'autoroute, Saliha pense à son père : « il est sans doute passé par là, me dis-je, il conduisait un camion de transport pour des ouvriers qui construisaient des routes » ; quant à sa mère, elle est, tout simplement, « un ange incarné », la bonté personnifiée. Le fait que la famille soit de lignée maraboutique a peut-être contribué, aussi, à nourrir ce climat où sagesse, intégrité, piété et altruisme sont des principes de vie – Saliha, en tout cas, a la conscience de ce noble héritage. Elle grandit, donc, et n'a de cesse de rendre l'amour que, dans cette famille très unie, on témoigne sans limite. Alors elle se surpasse, tendue vers une exigence sans limite. Car tout semble sans limite : autour d'elle, en elle. Brillante à l'école (au point qu'un jour une maîtresse l'attrape hargneusement par les cheveux, et lui lance : « ça t'apprendra à être meilleure que tes maîtres ! »), elle fait un parcours sans faute jusqu'au bac et entame à Alger (on est en 1987) des études de psychologie ; en même temps, d'ailleurs, que sa sœur, Ouiza (et s'ébauche déjà, sans qu'elles le sachent, leur tandem de choc). En 1995, Saliha fait sa première expérience professionnelle au CIAJ[1], structure dépendant de la Direction de la Jeunesse et des Sports. Là, elle pressent qu'au lieu d'attendre dans un bureau, elle ferait mieux d'aller au devant de la détresse : se déplacer, se montrer disponible. « Avec Malika[2], nous pensions à la souffrance des gens, nous étions convaincues d'être des médecins de l'âme, c'était un devoir de les aider », alors qu'autour d'elles, on ironise sur leur engagement, et on décrète qu'elles « font du social » – détestable formule (quant à moi, je ne peux m'empêcher de penser à l'ambiguïté sciemment maintenue par la « Clinique de Concertation », revendiquant une action au carrefour du psychologique et du social).

1995, c'est aussi l'année de création de la Ligue. Or leurs destins sont en quelque sorte liés : Saliha/la Ligue, la Ligue/Saliha. Celle-ci comprend que celle-là est complémentaire des institutions. Elle s'emploie donc, les années suivantes, avec Ouiza et Nora, leur meilleure amie, à l'organiser, la dynamiser, profitant de la relative autonomie de la structure pour convertir leurs intuitions de professionnelles en actions de terrain. À commencer par les campagnes de prévention, y compris dans les régions les plus reculées, « pour que les usagers nous voient, apprennent à nous connaître », et que les professionnels sortent de leur espace

confiné. Entre 1998 et 2001, la Ligue s'impose comme un acteur incontournable du paysage associatif local, partenaire désormais courtisé avec lequel il est de bon ton de collaborer. À mesure que la Ligue prend de l'importance, Saliha gagne en confiance, et elle évoque ce jour de 2004, où, lors d'un passage à Tizi Ouzou du ministre de la Solidarité, elle l'interpelle devant un parterre de gens, et, le cœur battant, lui demande une subvention – qu'elle obtient ! Quelle satisfaction.

Mademoiselle Kebbas est devenue une jeune femme aussi téméraire qu'obstinée et entière, qui s'engage toujours davantage, toujours plus totalement dans des activités où vie professionnelle et action militante se mêlent, s'entremêlent, dans la passion, l'authenticité et – comme il se doit – l'excès. La Ligue, collectionnant les projets, multiplie les offres de service, sans jamais négliger les actions de prévention qui tiennent tant à cœur à Saliha. Car elle est de plus en plus sensible à la détresse « invisible » des gens, et à leur force convocatrice « en creux ». Elle est gênée, par exemple, par l'indifférence de tel enseignant à l'égard du bégaiement d'un écolier, et préoccupée, d'une manière générale, par ce qu'elle appelle « le silence » des élèves présentant un retard mental, pauvres êtres qui dépérissent dans un système inadapté. Elle s'insurge aussi contre le manque de considération que manifestent certains professionnels vis-à-vis des personnes illettrées, vulnérables, sans le sou, venues parfois des confins de la Kabylie pour dire leurs malheurs, solliciter de l'aide. En fait, elle ne supporte pas que les usagers soient maltraités, et déploie une énergie folle, elle, à prendre soin d'eux, quitte à transgresser le sacro-saint cadre de l'entretien individuel. C'est pourquoi les formations[3] ont, selon elle, « débloqué des choses fondamentales », tant dans sa pratique personnelle que dans l'ensemble du réseau, dont on serait tenté de dire qu'elle est un peu la maman (d'ailleurs, qui n'a pas en tête l'image des « deux sœurs Kebbas », trop-bonnes-mères de tout ce petit monde ?). Ces formations ont introduit de la méthode dans une pratique parfois « anarchique » de la transgression, tout en confortant ce mouvement, qu'elle aime voir plutôt comme un « assouplissement » du cadre traditionnel (en référence à la réflexion sur les « espaces blancs »[4]).

En avril 2007, Saliha, convaincue de l'utilité du travail collectif, est d'ailleurs à l'origine d'une « Clinique de Concertation » démontrant de manière édifiante, d'une part comment une famille en difficulté conserve, malgré tout, des liens de considération réciproque, d'égard et d'affection ; d'autre part, qu'il est possible et utile d'élargir un dispositif d'accompagnement avec une approche multiple, associant le médical, le psychosocial, le religieux, le juridique. Elle a en effet été activée par une maman à propos

de l'énurésie de sa fille. De fil en aiguille, elle découvre une situation douloureuse et complexe : le papa, qui bénéficie[5] d'un diagnostic de retard mental, a été privé de sa part d'héritage. La maman, en désaccord avec la belle-famille, réclame ses droits, pour pouvoir acquérir un logement (et y vivre avec le papa et leurs deux petites filles), animée toutefois du souci d'éviter la rupture. Saliha propose une « Clinique de Concertation » à la veille d'une rencontre entre les deux « pôles » (famille/belle-famille) censée proposer un règlement à l'amiable, avec l'aide du Dr Bouizeri (docteur en droit et figure religieuse[6] très respectée dans la région). La « Clinique de Concertation » se tient dans la salle d'une Maison des Jeunes d'une localité semi-urbaine de la Wilaya. Elle réunit, pour les membres de la famille : la maman, le papa, les deux filles et l'oncle maternel ; pour les professionnels : Saliha Kebbas, l'avocate de la famille, le Dr Bouizeri, et le Dr Lemaire (et bien sûr, les participants à la formation). Il y aurait bien des choses à dire sur le réservoir de ressources que possède cette famille, et le potentiel de ses relations internes (entre les filles et le papa et vice-versa, entre la maman et le papa) ; sur les engagements de chacun (ce qu'il est prêt à faire pour les autres), remarquables. Mais surtout, cette concertation permet d'inaugurer prudemment un élargissement au domaine religieux. Le Dr Bouizeri fait, à cet égard, une intervention où les champs de recouvrement entre sa démarche et celle de la « Clinique de Concertation » apparaissent avec évidence : l'ouverture (« nous consacrons plus de temps à l'écoute qu'à dire la justice, nous essayons chaque fois de travailler avec la famille, la famille élargie, et même le voisinage ») ; la compatibilité entre différentes approches (« tout ce qui est juridique se base sur la religion, la tradition, mais la science amène du nouveau », il va jusqu'à proposer une collaboration : « j'aimerais bien avoir le soutien du groupe et du Dr Lemaire pour faire face aux cas les plus lourds. »). Enfin, autre affinité avec la « Clinique de Concertation » : il insiste sur la nécessité du suivi (« Il est vital d'accompagner la famille, même après la résolution du conflit. C'est comme une période de convalescence. Parfois, nous continuons à rendre visite à la famille jusque bien après. C'est très important, car une rupture peut être fatale. ») Le Dr Lemaire, en rappelle, de son côté, l'importance (une « Clinique de Concertation » n'est jamais qu'une étape dans un processus) et conclut en ces termes : « Il y a encore des étapes à franchir. J'espère que cette rencontre soutiendra les étapes suivantes. » Récemment, alors que certains d'entre nous prenaient des nouvelles de la famille, Saliha nous a appris que la maman s'apprête à donner naissance à un troisième enfant, un garçon cette fois. Ayant ainsi droit, *de facto*, à l'héritage, elle considère l'avenir avec plus de confiance.

Revenons à Saliha et à son quotidien. Ses activités l'engloutissent, mais depuis quelque temps, elle éprouve une certaine fatigue ; ou plutôt, on dirait qu'un signal, en elle, s'est déclenché – comme une alarme. Sans doute est-ce au plus fort de ce trouble que je la rencontre, lorsqu'au fond d'elle-même mûrissent des questions graves, essentielles, et elle confie volontiers que les deux séminaires sur l'engagement[7], en 2007 et 2008, ont contribué à les concrétiser : comment accepter ses limites ? Quand on est si engagé, quelle place reste-t-il pour une vie privée ? Comment se désengager sans le vivre comme un échec ou un abandon ? Saliha commence doucement à envisager les choses autrement, fait le tri, entrevoit de nouvelles priorités. Certes, elle et Ouiza sont toujours les seules à savoir monter les projets, il peut encore lui arriver de passer une nuit blanche à finaliser un bilan ou la rédaction d'un projet avant des échéances décisives. Mais de ces « exclusivités »-là, Saliha se passerait bien désormais. Elle ne veut plus d'un engagement qui la dévore, et en profite pour rendre hommage à sa sœur, « gardienne de la Ligue », dont l'énergie semble intacte : « il y a quelques mois, Ouiza nous a tous sauvés ; elle est la garante du bon fonctionnement des choses. Elle est obnubilée par la sécurité et le respect de la réglementation de la Ligue, elle a raison ! » Elle comprend ses appréhensions, mais Saliha, elle, ne veut plus de ça. Il est temps de songer à passer le témoin, et pour cela, il faut s'y préparer soi-même (« je sens que j'y suis plus prête qu'avant »), et préparer les autres, ceux qui prendront le relais. Elle s'impose donc une nouvelle discipline, qui consiste à soutenir, accompagner, mais pas à se substituer. Elle prévoit, par exemple, de chercher un financement pour qu'une formation au montage de projets soit prodiguée aux membres de la Ligue ; elle veut bien relire, corriger les rapports d'activité rédigés par les professionnels, mais pas davantage, et encore moins pendant le week-end (qu'elle passe, le plus souvent, à Ait-El Hadj, à Beni-Douala, le village de la famille, dans la verdure et à proximité du tombeau de l'ancêtre vénérable).

Il y va de l'avenir de la Ligue, mais aussi de son équilibre personnel. Car, dit-elle dans un grand rire heureux, « tout en apprenant à mettre des limites à mes "débordements", j'ai accepté *mes propres limites* » (et en prononçant ces derniers mots avec sa voix mélodieuse, elle vous fixe de son regard exalté, en hochant énergiquement la tête). « Je suis devenue moins exigeante avec moi-même, je me malmène moins, m'écoute davantage. » Peut-être Saliha a-t-elle enfin composé avec son serment, celui d'être irréprochable… Mais si d'aventure vous vous abandonnez au commérage – ce péché mignon, auquel il est si facile de céder quand s'étire une soirée –, voyez comme elle baisse les yeux et garde les lèvres scellées, comme elle reste douce et mutique. Mais oui, c'est vrai… *parler des absents comme s'ils étaient présents* dit la « Clinique de Concertation » ! Saliha Kebbas est une personne qui tente de mettre en pratique ce qu'elle professe, de *vivre* ses idéaux. Sans doute a-t-elle admis néanmoins que consentir à faillir de temps à autre était le plus sûr moyen d'y parvenir…

Quand enfin on lui pose la question-clé de l'approche contextuelle : « qu'est-ce qui te fait honneur ? », elle évoque, émue et rayonnante, l'indicible fierté qu'elle a éprouvée lors du séminaire d'Ostende (en octobre 2006). Elle se trouvait dans la ville même où, cinquante-cinq ans auparavant, son père était passé comme simple émigré, lui qui travaillait dans les mines du nord de la France. « Marcher sur les traces de mon père, en femme instruite, faire une bonne communication, que j'avais en partie préparée avec lui, c'était, pour moi, lui rendre un hommage par procuration. C'était comme prendre une revanche en son nom, sur le destin qui l'a conduit à se sacrifier pour faire vivre sa grande famille, une revanche pour mes deux parents, qui ont tout fait pour que nous réussissions ». Pouvait-on proposer plus magistrale incarnation du concept de loyauté transgénérationnelle ? Y compris lorsque, dans le tour de présentation du dernier module, en octobre 2008, Saliha prend malicieusement le groupe à contre-pied en se décrivant, pour la première fois, en ces termes : « Je suis la petite-fille d'un *cheikh* de Ain El Hamam, Cheikh el Hadi. Les gens de mon village, Beni Douala, sont réputés pour être têtus, obstinés, et parler à voix haute. Je confirme que j'ai hérité de tout cela par mon père ! »

C'est qu'elle a plus d'un tour dans son sac, la coquine !

NOTES

1. Centre d'Information et d'Animation de la Jeunesse.
2. Malika Nemar, psychologue, participant également à la formation à la « Clinique de Concertation ».
3. Aussi bien celle à la « Clinique de Concertation » que celle à la « Gestion des détresses multiples ».
4. « Ce n'est donc pas un "non-cadre" qui définit cette démarche, (…) mais plus précisément un mouvement, une dynamique entre un cadre structuré et sa transgression structurante » : Despret V., « La thérapie des espaces blancs », in Chauvenet A., Despret V., Lemaire J.-M., *La Clinique de la Reconstruction*, L'Harmattan, Paris, 1996.
5. Dans ce cas, il s'agirait d'ouvrir un débat sur ce bénéfice. Il devrait rester en suspend avant de l'accepter ; voir le module sur « La partialité multidirectionnelle ».
6. Il est à la tête de structures nommées « Comités de réconciliation », dont le but est de régler les contentieux à l'amiable, en se référant à la Sharia et au droit objectif.
7. Deux séminaires de deux jours (mai 2007 ; mars 2008) ont été organisés par le CISP sur la thématique de l'engagement. Animés par Vinciane Despret, ils réunissaient tout le personnel de l'Ong ; y étaient invités tous les partenaires engagés de près ou de loin dans une collaboration avec elle.

LA FORCE CONVOCATRICE DES FAMILLES EN DÉTRESSES MULTIPLES

« Apprécier la terre avant de planter la graine »[1]

Les familles en détresses multiples ont rarement des demandes explicites et ciblées. Face à elles, le professionnel, ne cédant ni au rejet ni à la panique, est attentif à leur force convocatrice, et s'efforce, sur la base du sociogénogramme, d'en représenter les mécanismes. Au cœur de l'urgence, il a le souci de ralentir pour se donner les moyens de les aider, en élargissant son action au réseau.

LES PROFESSIONNELS SONT MIS AU TRAVAIL PAR LA FORCE CONVOCATRICE DES FAMILLES EN DÉTRESSES MULTIPLES

Ce sont les familles qui mettent au travail les professionnels, y compris quand elles sont en rupture de lien. Ce que la « Clinique de Concertation » nomme la « force convocatrice » des familles en difficulté et la considération qu'elle recommande de lui accorder en est un principe fondateur. Le travailleur de réseau se laisse activer par elle, même (ou peut-être davantage encore) quand il y a refus de l'offre ; car il y reconnaît un indice de détresse, et apprend à en respecter le sens.

Un effort contre-intuitif pour préserver le sens à ce qui semble ne pas en avoir

Face à des situations telles que celle de Franck / Laetitia / Sonia, archétype de l'hypercomplexification où la demande n'émerge pas, où se conjuguent ruptures de lien et refus de l'offre, le professionnel éprouve des sensations déjà évoquées : panique, frayeur, découragement, rejet, colère. Il fait soudain l'expérience de la non-maîtrise (alors que, le plus souvent, sa formation de base lui a appris qu'expertise rimait avec maîtrise). Le voilà confronté à l'émiettement, au doute, au vertige, lui qui a été éduqué comme s'il allait toujours être la cible de demandes claires, formulées dans son bureau. Dans ces cas-là, « la tentation devient grande de qualifier la situation de chaotique »[2] ; l'effort alors consiste à « renoncer aux expressions qui pourraient rompre la perplexité dans un juron cathartique :

« quel ...! »[3] et « oser considérer » ce désordre comme source de sens. Le professionnel averti se fait violence, surmonte sa « déconcertation » et accepte d'être mis au travail par ces situations. Il tente de « rester vivant » (de ne pas être médusé), « de se réjouir même, en se souvenant que les processus les plus dramatiques sont souvent les plus activateurs, qui se révèlent les plus intéressants ».

Il sait reconnaître les signes de détresse. Or, la rupture du lien en est un, elle est un puissant indice d'activation. Au lieu de se demander : « pourquoi un tel ne vient pas dans mon bureau ? », le professionnel se dit : « que fait-il de mieux ailleurs ? » Rien ne sert de vouloir reformuler à tout prix une demande qui semble inintelligible – ou qui, précisément, s'exprime dans le refus –, car l'agitation est peut-être le seul langage que la famille arrive à articuler. Elle est peut-être un message par lequel le professionnel peut prendre le risque de se laisser activer avant de pouvoir le déchiffrer. C'est à lui de s'adapter. Semblables situations sont en effet des invitations à réfléchir : peut-être le compartimentage des systèmes d'aide et de soin n'est-il pas complètement étranger à ce désordre ; peut-être l'absence de champs de recouvrement entre professionnels est-elle en partie responsable de cette dispersion, de cette apparente incohérence. L'expertise formate le professionnel, lui applique des œillères, il développe une attention sélective, rétrécissant, du même coup, son champ de vision. L'offre de service est par conséquent chargée de contraintes et de paramètres, auxquels l'usager, pour être entendu, est obligé de se soumettre : « Tout se passe comme si on demandait à l'usager d'avoir la clé qui ouvre la porte du service auquel il s'adresse. » Dès lors, s'il a une multitude de détresses, il devra adapter sa demande à ce que chaque professionnel, dans son domaine propre, attendra de lui, et lui proposera.

Le travailleur de réseau, pour sa part, veille à ne pas imposer à la famille ce que *lui* considère comme la « bonne clé », la « vraie » demande. Le risque serait de provoquer une nouvelle rupture : « Si l'usager a multiplié les adaptations et collectionné les déceptions, il n'est pas seul responsable de la rupture du lien. La responsabilité des professionnels qui travaillent dans un réseau compartimenté est aussi engagée. Imaginez seulement le scénario : l'usager s'adresse au domaine de l'aide, il adapte sa demande, c'est la déception ; puis il s'adresse au domaine du soin, réadapte sa demande, nouvelle déception ; il se tourne alors vers le domaine du contrôle, adapte encore sa demande, déception à nouveau, etc. » D'autant que l'on est sans cesse confronté à cette évidence : « Les problèmes psychologiques sont des problèmes familiaux, et les problèmes familiaux sont des problèmes sociaux, mais aussi des questions de territoire, de voisinage, etc. »[4] La détresse est le résultat d'un faisceau de causes, et le postulat de la « Clinique de Concertation » est que les problèmes ne peuvent être traités isolément.

Reconnaître les propositions des familles logées au cœur même de leur refus

Le professionnel admet que l'usager lui *fait faire* des choses. Il se donne ainsi les moyens de chercher, avec elle, ce que lui dit une famille qui refuse ses propositions, et d'y reconnaître une invitation à reconstruire autre chose. Il doit, en somme, pouvoir accepter de rompre les modèles traditionnels de thérapie, et renverser le rapport classique de métamorphose. Le scénario traditionnel est le suivant : un médecin traite un patient diabétique, il identifie et corrige le dysfonctionnement, puis définit une proposition de métamorphose. Le professionnel propose, l'usager accepte la proposition, la relation est positive et la proposition unilatérale. Cependant les familles en détresses multiples ne fonctionnent pas nécessairement sur ce modèle, elles résistent parfois aux propositions. Le travailleur de réseau est donc préparé à cette inversion des rapports et accepte d'être lui-même transformé par l'usager. La forme passive utilisée dans l'analyse du sociogénogramme (tel professionnel « *a été activé* par »), est déjà une manière de créer les conditions de possibilité de transformation du premier par le second. Si la famille résiste, c'est que la proposition qui lui est faite ne lui convient pas ; le professionnel tente alors de trouver les propositions des usagers logées au cœur même de leur refus. « Si on arrive à survivre dans la perplexité et la fragmentation [on essaie ensuite de] considérer que tant les refus que les ruptures sont en fait des propositions clandestines. »[5]

Une invite « à faire réseau »

Les familles en grande détresse ont le propre de mettre au travail des réseaux particulièrement étendus ; plus elles ont de difficultés en leur sein, plus elles propagent leurs activations (la crèche, le conseiller d'orientation, la Ligue, le médecin, etc.). Avec elles, « nous sommes tous des travailleurs sociaux », puisqu'elles mobilisent souvent la compétence non-spécifique du professionnel : une enseignante amenée à orienter vers un dentiste, un juriste vers un psychologue, etc. Dans ces conditions, seul le réseau peut aider le professionnel à considérer la demande (ou non-demande) dans son aspect le plus large et l'arracher au cloisonnement auquel l'incite naturellement sa compétence spécifique.

La « Clinique de Concertation » considère que les familles en détresses multiples, dans leur apparente incohérence, répercutant une fragmentation dont elles-mêmes ont été victimes dans leurs liens avec les institutions, invitent en réalité « les intervenants "débordés" à parler entre eux, à travailler ensemble, les invitent à transformer une affaire cloisonnée en une affaire collective »[6].

Mais pour reconnaitre le sens de la force convocatrice d'une famille, identifier ses propositions – y compris celles formulées en creux –, le professionnel a besoin d'outils d'analyse. Le sociogénogramme en est un.

LE SOCIOGÉNOGRAMME PERMET DE RECOMPOSER LA FORCE CONVOCATRICE DES FAMILLES, TOUT EN PRÉSERVANT L'INTIMITÉ

Commencer par le réseau des professionnels

Utiliser un sociogénogramme, c'est faire l'expérience du bien-fondé de *poser* les choses. Il force à suspendre les courts-circuits du jugement et stimule le désir d'aider à tout prix. En effet, confrontés à la grande détresse, les professionnels ont tendance à vouloir immédiatement trouver une solution, au risque de brûler les étapes. Le propre du sociogénogramme est d'imposer une allure concertée. Il invite à un travail sur soi pour adapter les rythmes, précisément quand il y a urgence. Car plus la situation est complexe, plus il y a nécessité de chercher la bonne allure. Avec ce *tikherbich*, on s'intéresse au chemin plutôt qu'au résultat : l'enjeu n'est pas d'arriver d'un point à un autre, mais de retracer aussi le parcours entre les deux, puisque l'exercice consiste à remonter toujours plus haut, en amont, pour observer comment les professionnels ont été mis au travail, se sont mis en lien. La forme passive du récit favorise cette démarche : il est préférable qu'un professionnel entame sa narration en partant de sa place (« j'ai été activé par »), et qu'il se représente en premier. Il a des chances de mieux raconter une histoire quand elle est la sienne, et de relater l'histoire des liens entre lui et les autres professionnels. En outre, grâce au sociogénogramme, un professionnel déconcerté, qui éprouve un sentiment de désintégration (perte de repères, impression d'échec), fait l'expérience d'une recomposition progressive. Il se demande bientôt : « de quelle manière travaillons-nous ensemble, comment construisons-nous le réseau ? », il se rassemble petit à petit. Déchiffrer un sociogénogramme permet, ainsi, de repérer les traces laissées par les familles. Comme leur logique ne correspond pas forcément à celle des professionnels, ce dessin permet de la reconstituer et d'en reconnaître l'intelligence.

Le professionnel renonce à la classique « analyse de la demande » pour procéder à une « analyse des activations ». Il recherche des informations sur la construction du réseau plutôt que sur le problème, ou le « patient désigné ». Il suspend momentanément son jugement (se détourne – sans la nier – de la pathologie, tellement stigmatisante) pour décortiquer le réseau des activations. Il préfère récolter des informations sur le réseau pour, ainsi, « apprécier la terre avant de planter la graine ». Le Dr Lemaire rappelle, par exemple, que lorsqu'il expose la situation de Franck, il donne au départ très peu d'informations à caractère privé. Commencer par décomposer les activations des professionnels permet de ne rien dire, ou très peu, de l'intimité des usagers. Ainsi, plutôt que d'être hypnotisé par le problème (Franck vend de la drogue et déserte l'école), on choisit de remonter le cours des activations (savoir par qui le pédopsychiatre a été activé) : « je suspends la demande d'informations sur Franck, et je réunis par contre énormément d'informations sur la construction du réseau. Qu'est-ce que je constate ? Que le pédopsychiatre a été activé par le psychologue, lequel a été activé par l'enseignant. À ce stade, je peux enfin demander à l'enseignant, ce qui, selon lui, arrive à Franck. » En décortiquant la manière dont les professionnels ont été mis au travail, on récolte déjà quantité d'informations : on observe comment les circuits se forment, où se créent des zones de recouvrement. La « Clinique de Concertation » est centrée sur la notion d'activation : l'objectif est de comprendre comment le réseau a fonctionné, comment se sont déclenchées, déroulées, succédées, les activations.

Dans cette logique, on se débarrasse de l'idée selon laquelle la « bonne », la « vraie » demande est formulée par l'intéressé en personne. Le concept de *tiers demandeur* est par conséquent essentiel. En effet, quand il y a démultiplication des demandes, il est rare que celles-ci émanent des personnes directement concernées. Une mère demande pour sa fille, une dame pour son voisin, une enseignante pour un élève. Dès lors, un tri des demandes s'impose qui consiste à repérer les bifurcations qui ont du sens : deux flèches émanant d'une même personne, l'une orange, l'autre verte, indique la présence d'un tiers demandeur. Indice précieux de l'existence d'une ressource.

Le sociogénogramme agit, pour ainsi dire, tel un révélateur (au sens quasi-photographique du terme) : grâce à ses pouvoirs d'arrêt « sur image », de fixation, il rend visible la force convocatrice des familles (l'image latente en quelque sorte). On peut, de la sorte, voir comment les professionnels ont été activés par les familles, puis *convoqués*, c'est-à-dire « appelés à se réunir, de manière impérative »[7], auprès d'elles. La force convocatrice a été minutieusement recomposée.

Construire des figures d'aide en élargissant au réseau

Une fois le travail de réseau décortiqué, on peut entamer, dans un second temps, un travail de reconstruction. Le professionnel identifie les zones de conflits praticables (moyennement praticables, non praticables) et part en quête des ressources. Celles-ci se trouvent non pas seulement dans les institutions où chaque professionnel travaille isolément, mais aussi dans les zones de recouvrement, ces lieux de l'entre-deux, entre deux institutions précisément, où les professionnels sont amenés à travailler ensemble. Les familles investissent parfois ces espaces-là, ces « espaces blancs »[8], ces interstices, plutôt que les endroits où on attend qu'elles soient. « Si on s'acharne à vouloir leur imposer d'être là où elles ne vont pas, on établit un bras de fer. Nos insistances deviennent contre-productives, elles rompent les liens, alors même que le but de notre travail est leur reconstruction. » L'enjeu consiste donc à suivre, de manière tenace et opiniâtre, la force convocatrice de ces familles, en étant prêt à se rendre là où elles « donnent rendez-vous », c'est-à-dire, parfois, dans les champs de recouvrement, les zones de relais.

Ce faisant, on remonte « à contre-courant, comme les saumons », pour se rapprocher au plus près, in fine, des motivations complexes de la famille.

LECTURE D'UN SOCIOGÉNOGRAMME (ANNEXE 3)

Souhila Bennacer, psychologue orthophoniste, a été activée par une jeune femme, que l'on appellera Noura, pour une prise en charge orthophonique. Noura, âgée d'une trentaine d'années, a été orientée (elle tend à Souhila une lettre) par la psychologue de la Maison des Jeunes où elle prend des cours de broderie. La psychologue a elle-même été activée par le professeur de l'atelier où s'exerce Noura. Souhila constate qu'elle a des troubles de l'articulation et apprend que sa surdité, totale, est survenue lors d'une maladie mal traitée à l'âge de huit ans. C'est son enseignante de l'époque qui s'est occupée d'elle, et depuis, Noura et elle ont un lien très fort. L'enseignante a fait maintes démarches pour l'aider. Elle a même trouvé du travail à la maman. Noura dit l'aimer davantage que ses parents qui, selon elle, sont responsables de son mal, l'ayant négligée lors de cette crise. Depuis, elle ne s'entend guère avec eux, d'autant que le climat familial est tendu, notamment parce que le papa a des problèmes de consommation d'alcool. Elle a une petite sœur et un grand frère.

Décomposer la force convocatrice

La masse critique est atteinte (les cinq couleurs sont représentées). Voilà une jeune fille qui fait une demande en son nom propre, et peut-être au nom de toute sa famille. Elle a trouvé la « clé » (sa surdité) menant à un réseau, afin d'essayer de résoudre les problèmes au sein de sa famille. Souhila, de son côté, a obtenu de la maman qu'elle accompagne Noura à

l'une de ses consultations, et qu'elle la mène chez l'ORL. Souhila a donc réussi à modifier les règles du système familial, en faisant en sorte que la maman s'intéresse à sa fille ; à travers le symptôme circonscrit de la surdité, elle a reconstruit un lien entre mère et fille. (Le Dr Lemaire insiste pour que pareils moments – où des liens sont reconstruits – soient mis en valeur.) Ainsi, une psychologue orthophoniste se retrouve au cœur d'une situation d'une complexité inouïe : « Rendez-vous compte, Noura a transformé une orthophoniste en thérapeute familiale ! » C'est manifeste, Souhila prend en charge bien plus que ce qu'exige normalement sa fonction. Il est évident qu'elle peut difficilement gérer cette situation toute seule. Il est bon cependant de vérifier avec elle si elle souhaite élargir l'intervention.

Construire des figures réalisables en élargissant l'action au réseau

a. Chercher des ressources déjà existantes au sein du réseau

Noura a d'incontestables ressources auxquelles il est souhaitable cependant d'adjoindre l'aide du réseau. Dans un premier temps, en quête des acteurs déjà au travail, on cherche des zones de reconstruction non vers l'extérieur – ce qui reviendrait à chercher des compétences en plus –, mais vers l'intérieur, en amont, dans les ressources qui existent déjà. Des zones de recouvrement apparaissent : l'enseignante, par exemple, a posé un pied dans le domaine du soin, dans celui des parents. Cette professionnelle non concernée, multifonctions, est une ressource mobilisable. Son attention multidirectionnelle est impressionnante : elle est soucieuse de Noura, mais veille aussi à l'environnement de celle-ci (en trouvant du travail à la maman), afin que sa sollicitude ne crée pas de déséquilibre.

b. Élaborer un plan d'action à plusieurs ; organiser des concertations dans des lieux intermédiaires où la confiance existe

On peut envisager d'organiser une « Concertation Clinique » entre Souhila, Noura, la mère, le frère, la sœur et l'enseignante. La question du lieu se pose. Le Dr Lemaire suggère de demander à l'enseignante, tout en se prononçant : « Je pense pour ma part spontanément à la Maison des Jeunes, car c'est là que Noura a réamorcé une progression, grâce à sa formation en broderie. Il est bon de se trouver dans des murs où des choses positives se sont passées. Malgré la difficulté de la situation, Noura a de fortes chances d'être disponible dans un lieu où elle peut être fière d'elle-même. »

On le voit, tout ce travail minutieux de dé/re-composition permet d'échafauder un plan pour tenter de répondre à ce que Noura attend de Souhila et qui dépasse clairement ce que celle-ci peut faire seule. S'appuyant sur le sociogénogramme, et en concertation avec d'autres professionnels, Souhila essayera d'élaborer une « feuille de route » élargie au réseau, à mettre en application avec une grande prudence cependant ; le Dr Lemaire avertit en effet : « Si vous avez une idée, essayez de la concrétiser prudemment, en vous tenant toujours prêt à faire marche arrière à tout moment pour ne pas risquer de tout détruire. »

Ainsi, le principe de la force convocatrice des familles est basé sur une conviction : *les pratiques professionnelles doivent se laisser infléchir par les familles*. Les professionnels, formés à la fermeture, ont tendance à considérer comme acquis que la famille préfère l'espace clos à l'ouverture. Or la famille *réclame* parfois l'ouverture. Plus elle est traversée de détresses (une maman déprimée, un enfant en échec scolaire, un papa chômeur, etc.), plus elle a tendance à interpeller la pluridisciplinarité et l'ouverture. C'est donc d'une négociation entre famille et professionnels qu'émerge le degré d'ouverture requis dans chaque situation.

Le professionnel averti sait cela, parce qu'il fait un pari sur l'expertise des familles. Il ne voit pas la rupture du lien comme une « désobéissance » manipulatrice, ou une destruction de ce qui a été prévu pour elles (par les institutions), mais au contraire, comme une contre-proposition intéressante, une idée nouvelle. Il reconnaît le « génie convocateur et animateur de réseaux complexes, aléatoires, déconcertants »[9] des familles.

Enfin, parce que, par leur force convocatrice, elles mettent les professionnels au travail, les familles doivent être remerciées. « Même si nous les aidons, les protégeons, tentons de les défendre, ce sont elles qui nous interpellent, et nous leur en sommes redevables. » (M.-C. Michaud). Grâce à elles, les professionnels ouvrent les portes et les fenêtres de leurs bureaux. En réfléchissant à leur métier, en apprenant à se dégager de réflexes professionnels rigides et étriqués, en se remettant en question, ils sont forcés à penser autrement, plus librement.

NOTES

1. Proverbe kabyle : « *Enkech akal oukbel attezoudh* ».
2. Lemaire J.-M, Vittone E., Despret V., « Clinique de Concertation et système ; à la recherche d'un cadre rigoureux et ouvert » in *Génération* N° 28, Paris, mars 2003.
3. Idem.
4. Maniglier P., « Comment se faire sujet ? », Actes du 3e Congrès International de la « Clinique de Concertation », Paris.
5. Lemaire J.-M, Vittone E., Despret V., « Clinique de Concertation et système ; à la recherche d'un cadre rigoureux et ouvert » in *Génération* N° 28, Paris, mars 2003.
6. Lemaire J.-M., « La famille convocatrice de compétences. Thérapie et contexte extensif de confiance », in *Pratiques Psychologiques, Traumatismes Psychiques et Pratiques de soins*, Alger, N° 2, mars 2003, vol. 1, pp. 125-129.
7. Définition extraite du dictionnaire *Le Petit Robert*, Dictionnaires Le Robert – VUEF, 2003.
8. Despret V., « La thérapie des espaces blancs », in Chauvenet A., Despret V., Lemaire J.-M., *La Clinique de la Reconstruction*, L'Harmattan, Paris, 1996.
9. Lemaire J.-M., « Liens soignés, liens soignant, "cliniques de concertation" et violences de quartier », in Cahiers de Psychologie Clinique, De Boeck, 28, 2007/1, pp. 99-120.

CONVERSATION AVEC LE Dr LEMAIRE

En fait, vous préconisez, pour le professionnel, en concertation avec la famille, la liberté de choisir le dispositif qui convient à la situation.

Nos pratiques se déroulent le plus souvent dans nos bureaux capitonnés, nous proposons aux gens des espaces fermés : or – et cela nous déconcerte –, les gens font parfois exploser ces espaces. J'étais récemment en Roumanie : nous avons travaillé avec une famille qui squattait la cabane d'un garde barrière et refusait systématiquement toutes les aides des services sociaux. Elle a finalement accepté d'expliquer son cas devant... la télévision. En France, il y a des émissions où les gens exposent leur vie. Quand je les regarde, j'ai une sensation bizarre, un malaise, une sorte de honte déléguée, une pudeur qui m'embarrasse. Mais ces gens ne sont pas dans l'erreur, il faut s'interdire de les juger stupides : ce qu'ils font doit avoir un sens pour eux. En Italie, de nombreuses situations de familles en détresses multiples ont explosé sur la place publique. Il faut se demander : « les dispositifs que nous avons offerts (souvent : l'alcôve, le guichet isolé) conviennent-ils à ces situations ? » La pratique du bureau fermé n'est pas forcément adaptée : il faut alors être prêts à ré-ouvrir le dispositif, et réfléchir à la formule qui convient. Il ne s'agit pas de faire systématiquement de la « Clinique de Concertation », mais de se tenir prêts à/de se donner la liberté de choisir un dispositif qui convient à une situation précise.

Nombre de professionnels ont parlé de la manière dont les familles prenaient soin d'eux...

Tout cela parle de la « *compliance* » des familles : terme médical qui souligne la capacité du patient à se plier aux propositions du médecin : accepter les suggestions du médecin même si cela est difficile. On pourrait parler de confiance anticipée. Notons qu'il faut également accorder de l'importance à la *compliance* des professionnels. Il y a beaucoup de choses à dire sur la manière dont en effet les familles accordent leur confiance aux professionnels : la confiance augmente, et petit à petit on peut s'acheminer vers l'alcôve. Chacun de nous a une multitude d'exemples du « chemin de la *compliance* » et de la construction de la confiance qui permettra à la famille d'ouvrir une partie intime de

son fonctionnement. Mais il faut aussi ouvrir le chemin de la *compliance* des professionnels. Je suis, pour le moment, davantage intéressé par les exemples que donne tel ou tel professionnel travaillant dans un centre, et qui raconte comment une famille arrive avec tous les amis, la police… et qu'il résiste à l'envie d'aller immédiatement dans l'alcôve. *Il faut savoir respecter ce que la famille demande au départ.* Nous devons chercher à comprendre comment un réseau de professionnels s'adapte au fait qu'il est sollicité dans le domaine quasi public. *Il y a un travail d'adaptation à faire de notre côté.* Une famille en détresse multiple vient parfois revoir un professionnel pour un sujet qui n'a rien à voir avec la première fois. Pourquoi ? Parce que ce professionnel a démontré qu'il était un expert en relais. Exemple : une famille revient, un an plus tard, voir Toufik, qui est juriste, pour un problème d'énurésie. C'est une manière de lui dire qu'il s'est montré compétent en tant que travailleur de réseau.

NASSIMA DJOUAHER

« Elle arrive la première au bureau, et en sort la dernière ! » La phrase, prononcée par Saliha Kebbas, sonne comme une sommation. Celle de reconnaître le mérite de Nassima Djouhaer, assistante administrative du projet LPSJE-CISP. Mais qui n'aura pas remarqué cette jeune femme, passant du bureau à la cuisine mitoyenne, jonglant entre le téléphone et la cafetière, un post-it dans une main, une tasse dans l'autre, n'aura, en vérité, rien compris à la Ligue. Ou du moins, à ce projet.

C'est d'Irdjen qu'elle arrive chaque matin vers 8h30. Dans cette localité située à une vingtaine de kilomètres de Tizi Ouzou, elle habite un logement d'une pièce avec son mari et son fils, Salim, né en 2003. « L'environnement y est insalubre pour le petit, il est fréquemment malade », du coup, elle le laisse souvent chez ses grands-parents maternels, au point qu'il lui arrive de ne pas le voir toute une semaine. Elle éprouve de la culpabilité, se dit qu'elle ne le voit pas grandir, « alors que ces années-là sont décisives », mais elle n'a pas vraiment le choix. Inutile, donc, de se lamenter. C'est ainsi. Pour mener une vie décente, ils ont besoin de deux salaires. Bientôt d'ailleurs, ils auront une pièce en plus, « la vie, alors, sera bien moins pénible ».

Nassima vous accueille au bureau avec une malicieuse gaieté, elle a le regard mobile, entend tout, comprend tout, et peut rester là, à côté de vous, à suivre une conversation qui ne la concerne pas, placide et attentive. Nassima a l'endurance de ceux qui, très tôt, ont pris des responsabilités. Son père, comme nombre d'hommes de sa génération et de la région, a émigré en France très jeune, ne revenant qu'une fois par an. Il se trouve que cette année, ayant atteint l'âge de la retraite, il rentre définitivement au pays. Ce retour n'inquiète pas vraiment Nassima, la famille fera ce qu'il faut pour l'accueillir et elle espère pouvoir l'aider personnellement à trouver sa place, à rétablir ses repères, à percevoir combien sa présence sera utile à tous.

Née en 1975, elle est l'aînée. Suivent, dans le désordre, quatre sœurs (dont la plus jeune, handicapée à vie par une méningite), et un frère. Elle s'est occupée des plus petits, une manière d'épauler sa mère. « Nous avons du redistribuer les responsabilités » lâche-t-elle avec gravité. Tout au long

de sa scolarité, Nassima se dit qu'elle va faire des études de médecine, pour pousser plus loin ce que le destin n'avait pas autorisé à sa mère. Mais ses résultats au bac ne lui permettent que d'intégrer la filière Lettres, qu'elle déteste. Elle préfère entamer une formation en informatique, couronnée par un diplôme obtenu « avec mention ». En juin 2002, elle est embauchée pour un pré-emploi par un organisme étatique, et malgré l'ambiance (manque de respect entre collègues, rivalités, coups bas, « il n'y avait rien de sensé dans le comportement des gens ! »), elle s'investit dans son travail, notamment au département « ressources humaines ». Elle utilise un logiciel qui permet, entre autres, de répertorier les médecins de la région, ceux du secteur public, ceux du privé, de suivre leur parcours. Cependant, quand, après son congé de maternité, elle veut regagner son poste, on lui signifie qu'il a été attribué et le restera. Elle renonce à faire valoir ses droits : « C'est alors que j'ai dû étendre ma confiance au-delà de celle que j'avais dans les institutions étatiques ».

C'est la femme de son oncle paternel qui, un jour du mois de mars 2005 – et j'apprendrai que la force de la Ligue réside aussi dans l'intrication des liens professionnels et familiaux –, l'informe qu'un poste de secrétariat à mi-temps est à pourvoir à la LPSJE. Certes, son diplôme lui permettrait d'aspirer à mieux, mais elle y postule, et on la recrute. Depuis, Nassima n'a pas quitté la structure. Elle s'y sent comme dans une famille, dont « les sœurs Kebbas » seraient des mères responsables. Rapidement, elle s'intègre et touche à toutes les activités de la Ligue. En mars 2006 elle est recrutée à plein temps dans le projet de formations à la « Clinique de Concertation » et à la « Gestion des détresses multiples ». Ses tâches d'assistante administrative sont diversifiées. Elle téléphone à tous les participants pour leur rappeler les dates des formations et des réunions de suivi, archive tous les supports écrits (de la documentation distribuée par les formateurs aux rapports des modules, en passant par les procès-verbaux des réunions de suivi) et veille à leur circulation. Quand se déroulent les formations, elle se charge, secondée par le chauffeur, de rembourser à chaque participant ses frais de transports, et entre deux fournées de photocopies, la taille ceinte d'un tablier, elle prépare les pauses-café (que de litres de café et de thé n'a-t-elle pas versés dans les deux volumineux thermos qui l'ont accompagnée tout au long de ces deux années et demie). À partir de mars 2008, le déjeuner devenant plus frugal pour cause d'économies budgétaires, elle va même, aidée parfois de Saliha Kebbas, ou d'autres mains solidaires, jusqu'à préparer les œufs durs, le pain, les tomates et les concombres. Nassima, est, en quelque sorte, un champ de recouvrements à elle seule !

Si elle connaît bien la fébrilité qu'occasionnent les formations, elle est aussi familière du quotidien du projet, axé sur les activités – gratuites – de consultation (psychologique et juridique). Dans cette maison où cohabitent le CISP et la Ligue, un bureau, au rez-de-chaussée, sert de cabinet de consultation. Allées et venues, sonneries à l'interphone, gens qui attendent leur tour assis dans le couloir, adultes, enfants, adolescents... Nassima orchestre tout ce mouvement avec énergie et conscience. Elle est un maillon crucial du travail d'accompagnement des usagers. C'est d'abord chez elle qu'ils déposent leur demande – massive le plus souvent. « Certains ne connaissent même pas leur demande, c'est moi qui les aide à faire la différence ». Et de citer cet homme qui, un jour, entre et lui dit, hésitant : « madame, on m'a dit qu'ici, vous aidez les gens. » Lorsqu'elle lui demande de préciser ce qu'il cherche, il lui répond tout de go : « il s'agit de mes relations sexuelles avec ma femme. » « J'ai fini par lui prendre un rendez-vous avec une psychologue. » Nassima n'utilise pas les concepts de la formation, mais elle sent bien qu'à cette étape-là, son rôle est crucial, et qu'elle fait, debout, dans le couloir, ce travail si précieux de tri, permettant à une demande massive d'être, sinon discriminée, du moins canalisée. Elle a néanmoins appris, intuitivement, à tracer les limites de l'assistance qu'elle peut apporter. À ce moment précis du contact avec l'usager, elle sait qu'il faut l'interrompre s'il se met à détailler les raisons de sa venue, « j'essaie de le couper, parce que de toute façon, ce n'est pas moi qui peux l'aider, je suis impuissante ». Elle pressent mieux, désormais, quel est le cadre le plus juste à installer, la fameuse bonne distance préconisée par Chantal Bastin. Cette détente, elle a senti qu'elle gagnait tous les professionnels, les psychologues surtout, qui, avant la formation, avaient tendance à maintenir une distance selon elle un peu trop rigide avec les usagers. « Ces règles me mettaient mal à l'aise, mais maintenant ça va, je suis soulagée, je crois que nous le sommes tous, nous sommes libérés par rapport au patient. »

Son angoisse, en revanche – qu'elle essaie d'apprivoiser – est de ne pas savoir déceler quand il s'agit d'une urgence, ou d'être gagnée par la panique quand, par exemple, une femme, agitée et en pleurs, clamant que c'est une question de vie ou de mort, supplie de passer sur-le-champ, alors même que le planning des psychologues est surchargé. À cet égard, Nassima met un point d'honneur à obtenir un rendez-vous pour tout usager. « La personne s'étonne, quand, après l'avoir inscrite sur la liste d'attente, je prends le soin, le jour suivant, de la rappeler en lui communiquant la date et l'heure d'un rendez-vous pour une consultation. Elle

m'est reconnaissante, semble surprise que j'aie tenu parole. » Pour elle, c'est pourtant la moindre des choses : « je sens la souffrance de ces gens, et le seul fait qu'ils se soient déplacés jusqu'ici (certains habitent à plus de deux heures de Tizi) est un acte de courage immense. Je ne veux pas les décourager, je veux leur montrer que je sens leur chagrin, et qu'ici, on veut les aider ». (Me revient soudain le récit de Nassima – ses lèvres en tremblaient –, l'humiliation infligée par un médecin d'Alger, auprès duquel elle avait pourtant été recommandée, son dédain, l'ironie cruelle avec laquelle il avait raillé ses inquiétudes de mère.) Lorsqu'un usager sort de la consultation, elle s'assure qu'un nouveau rendez-vous est pris. Ou si un passage vers un autre professionnel a été proposé, un psychiatre par exemple, elle se charge d'imprimer la lettre d'orientation (basée sur un modèle type, ou personnalisée, et dans ce cas dictée par le professionnel), et s'engage à informer l'usager du rendez-vous qu'elle aura obtenu pour lui par téléphone auprès du Dr Slimani ou du Dr Bouzidi. Cette étape, dont on a vu lors de la formation combien elle devait être soignée, mériterait certes d'être mieux rôdée – conformément à ce que préconise la « Clinique du Relais », où le professionnel directement concerné accompagne l'usager dans son premier contact avec le professionnel potentiellement concerné. Mais Nassima est pour l'instant à la charnière de ses dispositifs. Elle en est le point d'articulation, elle qui connaît tout le monde, et tient, réunis, tous les numéros de téléphone. D'ailleurs, l'un des résultats palpable, selon elle, de la formation, est bel et bien la constitution d'un carnet d'adresses. « Sans elle, on ne saurait pas qu'un tel exerce à l'hôpital, tel autre dans le privé. Avant, on perdait un temps fou à identifier un psychiatre, à le contacter, à prendre un rendez-vous. Cela nous a fait faire une économie de temps considérable. »

Un des regrets de Nassima est de n'avoir pu assister à davantage de séances de formation (et lors d'un tour de présentation : « je suis heureuse cette fois d'être sur la scène, pas dans les coulisses ! »), elle n'a pu voler que quelques heures, par-ci par-là, sa curiosité en a été incroyablement aiguisée. Malgré cette frustration, elle a néanmoins le sentiment d'avoir indirectement appris des choses, qui ont influencé jusqu'à sa vie privée – sa manière d'être avec sa belle-famille, par exemple. Le respect et la patience dont elle fait preuve à leur égard, elle les puise dans ce « climat contextuel » qui petit à petit s'est installé au sein du réseau, climat où règne la considération entre professionnels, ainsi qu'entre professionnels et usagers (ce « contexte d'attention multidirectionnelle » dont parle le Dr Lemaire).

Pour finir, Nassima confie qu'elle a élaboré un logiciel permettant de revenir sur le « taux de présence » de chaque participant aux formations : « pour récapituler, mesurer la continuité. Les participants ne se rendent pas compte. Quand je leur montre la courbe, certains s'étonnent de s'être absentés tant de fois, ou au contraire, d'avoir été aussi assidus. » Elle dit, ménageant son effet, qu'elle peut même affiner son analyse, qui proposerait un taux de participation par structure : « comme ça, on pourra identifier les institutions qui ont le plus collaboré, celles qui ont été plus réservées ». Précieuse Nassima, (elle qui, tête baissée, épaules rentrées, a entamé notre entretien en disant qu'elle a le sentiment d'être si peu de choses parmi tous ces professionnels – quand sa mission consiste, précisément, à donner de l'importance au autres !), oeuvrant, devant l'ordinateur ou l'évier, au maillage du réseau. La voilà qui propose une ultime et inestimable contribution à celui-ci.

L'INTRUS : UNE RESSOURCE DÉCONCERTANTE

« *Que Dieu nous envoie un invité qui nous apportera du bonheur* »[1]

Le réseau se caractérise par une systématisation des situations d'ingérence et d'intrusion réciproque. L'intrus est une « personne qui s'introduit quelque part sans y être invitée ou désirée »[2]. Cette immixtion suscite, en général, gêne et perturbation. Mais le travailleur de réseau, lui, y est préparé. Loin de considérer l'intrus comme importun, il accepte de se laisser déconcerter, et apprend, au contraire, à faire alliance avec lui : pétri d'une véritable culture de l'intrus, il va le « désirer », l'« inviter » même. C'est là une innovation majeure de la « Clinique de Concertation » : affirmant la nécessité de maintenir le système ouvert, elle considère que l'intrus non seulement est le gardien de cette ouverture, mais favorise les conditions d'émergence d'un débat responsable.

SE RÉJOUIR DE L'INTRUSION, FAIRE ALLIANCE AVEC ELLE

Apprendre à ouvrir son espace de travail

Tous les professionnels sont conditionnés par des modèles de travail prônant le confinement, la fermeture, l'étanchéité. Or, un professionnel attentif à la force convocatrice des familles admet, comme on l'a vu, qu'il est parfois nécessaire d'élargir le dispositif. Situation qui, par conséquent, multiplie les situations d'ingérence : activée par un élève, l'enseignante « marche sur les platebandes » du conseiller d'orientation, lequel s'invite dans l'espace de la psychologue, etc. « Lorsque j'ai commencé à travailler comme employé d'un service social, j'ai découvert une situation où tout le monde, constamment, mettait les pieds sur mon territoire. »

> « CHERCHEZ L'INTRUS » : TROIS MOMENTS DANS LA VIE DU Dr LEMAIRE
> Sa réflexion sur l'intrus et la nécessité de l'ouverture, pour redéfinir chaque fois les frontières entre la part privée et la part publique d'une situation, le Dr Lemaire la mène depuis longtemps. Dans sa communication, à Martigny, il évoque trois moments qui l'ont fait progresser sur la question.

1er moment : le divorce de ses parents fait grand bruit dans le bourg où habite sa famille, la rumeur s'en nourrit, c'est insupportable pour l'adolescent qu'il est ; mais lorsqu'il en parle devant la classe, quelque chose se passe : le fait d'établir cette information, de la confirmer devant un collectif, en modifie radicalement la nature, et, étrangement, en atténue l'aspect « honteux ».

2e moment : en Yougoslavie, alors qu'il achève un travail thérapeutique avec une famille, il lui assure que la confidentialité des informations sera respectée. Le père de famille l'interpelle alors avec passion, en lui demandant au contraire de tout dire ; il souhaite même « que ça passe à la télévision ». Le Dr Lemaire en conclut que les règles de la confidentialité et l'ouverture du dispositif sont à revérifier, chaque fois, avec toutes les personnes concernées.

3e moment : en Belgique, lors d'un tour de présentation ouvrant un atelier de travail, une dame se présente de manière surprenante : elle énumère *toutes les raisons qu'elle aurait de ne pas être présente à cette rencontre.* Le Dr Lemaire réfléchit alors à la part d'intrus existant en chaque individu, la part « de celui qui ne devrait pas être là », et qui, dans le cadre des « Cliniques de Concertation » mériterait d'être cultivée. À défaut de la cultiver à l'intérieur de soi, elle est incarnée dans l'intrus, venu du dehors : une présence décalée et « inadéquate », démultipliée à l'envi.

Plutôt que d'être dérangé par l'intrusion, le professionnel apprend à y voir une « ressource déconcertante ». Il fait alliance avec ce qui, au départ, le déstabilise, et se tient prêt, dès lors, à plusieurs types d'intrusion : celle de la famille, avec laquelle – postulant qu'elle est, elle aussi, experte – il négocie en permanence, dont il prend l'avis, et accepte l'ingérence ; celle des professionnels, puisqu'il n'hésite pas à recourir au relais, à travailler en concertation avec d'autres intervenants ; enfin, puisque le dispositif est potentiellement ouvert à tous[3], l'intrusion de *n'importe qui* – c'est-à-dire toute personne périphérique nécessairement moins concernée par la détresse des familles et des professionnels directement impliqués, et peut-être même, pas concernée du tout.

DE LA VERTU DE L'INTRUS : PETIT CONTE À L'USAGE DES PROFESSIONNELS

C'est l'histoire d'un père qui vit dans un pays, quelque part sur le continent africain, et qui laisse à ses trois enfants onze chameaux en héritage. Avant de mourir, il leur dit : « je vous laisse ces chameaux, mais partagez-les selon les coutumes héritées de nos ancêtres : mon premier fils aura la moitié ; le deuxième aura le quart ; le troisième aura le sixième . » Devant la difficulté de la situation, les héritiers sont prêts a en découdre. Leur dispute attire l'attention d'un vieux chamelier de passage. Celui-ci vient à leur rencontre et, devant leur désarroi, leur dit : « je ne sais pas comment vous aider, mais j'ai un vieux chameau galeux, je peux vous le donner, et cela vous aidera sans doute dans le partage. » En effet, les douze chameaux sont alors très facilement répartis : le premier enfant en obtient six ; le deuxième trois ; le troisième deux (6 + 3 + 2 = 11). Une fois le partage réalisé, le vieux chameau est restitué au vieux chamelier qui s'en va. L'intrus, en l'occurrence le vieux chameau, est ainsi une ressource qui peut aider à résoudre une situation complexe, pour, ensuite, éventuellement repartir[4].

Construire dans un champ de recouvrement grâce à l'intrus

L'intrus pose la question de l'identité des professionnels. Si la famille « se promène » volontiers dans les champs de recouvrement, le professionnel, lui, est plus réticent à s'y mouvoir : il y voit un risque pour son identité, une remise en question de son expertise. Alors même qu'en élargissant sa perspective et en ouvrant son espace de travail (à un deuxième professionnel, à la famille, etc.), il se donne en fait accès à des ressources accrues.

PRATIQUER LE RELAIS C'EST SOLLICITER L'INTRUS

Une participante, psychologue orthophoniste remarque que les pratiques d'aide et de soin classiques participent bel et bien à la fragmentation de l'usager : « quand j'oriente une patiente souffrant de dyslexie vers un psychologue clinicien, celui-ci la renvoie vers moi. Le patient passe son temps à être ballotté... Au début, j'estimais que je devais me cantonner à ma profession. Aujourd'hui, je me rends compte que j'ai dû faire des erreurs... car la patiente ne revenait plus. » Le Dr Lemaire l'invite à ne pas penser en termes d'erreur. Voilà plutôt une occasion de réfléchir à son métier et d'appliquer de nouvelles pratiques. Tel est le constat : en tant que psychologue orthophoniste, elle n'a plus de nouvelles de sa patiente dyslexique venue avec sa mère la consulter dans son bureau, après qu'elle les a orientées vers un psychologue clinicien. Au lieu de se culpabiliser, la professionnelle gagnerait à se demander d'où vient le refus de l'offre. Non pour distribuer les responsabilités, et désigner le/la coupable de la rupture de lien, mais parce que la réponse se trouve peut-être dans l'espace entre elle et le psychologue clinicien, dans le champ de recouvrement entre eux : « N'hésitez pas à dire à la mère : "dans le cas de votre fille, j'ai du mal à cerner comment je peux fonctionner avec mon collègue clinicien, j'identifie mal la frontière entre nous deux... clarifions-la ensemble !" Organisez un relais, convoquez le psychologue clinicien dans votre bureau, car la mère peut elle-même contribuer à la définition de cette frontière. Elle peut devenir experte, sans pour autant vous disqualifier dans votre compétence spécifique. » Ainsi, entre deux espaces d'expertise, l'usager fait intrusion dans l'entre-deux du champ de discussion des deux experts. Il est présent, physiquement, et il observe ces derniers parler de lui. Il est probable que, dans ces conditions, les professionnels seront plus attentifs à la mise en mots, et parleront de l'usager avec précaution, en évitant ce glissement où de sujet, l'usager deviendrait objet.

La culture de l'intrus demande une transformation majeure. Le professionnel n'est plus effrayé par l'intrusion, il se réjouit quand elle existe, l'appelle même de ses vœux. Il sait que grâce à elle, il augmente l'éventail des possibilités qui lui permettront d'avancer dans une situation. Il en va ainsi des champs de recouvrement, ces « espaces blancs », « espaces de liberté,

de créativité ou d'adaptabilité », au sein desquels « le souci, la confiance, la reconstruction peuvent émerger »[5]. Utiliser un espace intermédiaire entre deux professionnels, c'est en effet se donner la possibilité d'élargir sa vision sans, par exemple, se focaliser sur le membre de la famille désigné comme porteur de la pathologie. Souvenons-nous de Franck : voilà qu'un jour, ce jeune homme qui refuse obstinément de se faire aider, se présente à un rendez-vous destiné à sa nièce et dit son désir « de faire quelque chose pour elle ». Il accepte donc d'entrer dans un espace de soin non pour lui-même (« pour moi c'est foutu », dit-il), mais pour Laetitia. Là, précisément, se crée un champ de recouvrement qui, s'il est repéré par les professionnels – et exploité –, permet de voir Franck non pas seulement comme un garçon « à problèmes », mais *aussi* un oncle préoccupé par sa nièce, capable d'avoir le sens des responsabilités.

La standardisation de la présence de l'intrus

Après de nombreuses années de pratique en « Clinique de Concertation », cinq « recommandations standardisées » ont été formulées : elles régissent les rencontres entre « les professionnels mis au travail ensemble par des gens qui sont habitués à vivre ensemble »[6]. Vu la place qu'elles réservent aux intrus – ces gens qui peuvent sembler n'avoir rien à faire « ici », toujours invités pourtant, davantage encore, bienvenus –, elles sont les ferments d'une culture de l'intrusion.

CINQ RECOMMANDATIONS STANDARDISÉES

1. Parlons comme si la famille était présente, comme si les absents étaient présents.
2. Qu'est-ce que vous ne voudriez pas que je dise de vous, et qu'est-ce que vous voudriez que je dise de vous ? (À la famille)
3. Venez avec toutes les personnes dont vous jugez la présence utile. (À la famille)
4. Vous, professionnels *avertis*, *intrus potentiels*, *vous êtes de plein droit* autorisés à participer aux « Cliniques de Concertation » en cours : il suffit de vous annoncer.
5. Nous vous remercions de venir nous apprendre une partie de notre métier que nous connaissons mal, celle qui nous demande de travailler ensemble. (À la famille)

Les « contraintes » 3 et 4 introduisent la notion d'imprévisibilité – même si l'on attend des professionnels qu'ils soient plus prévisibles que les usagers. Quant à la 5e, elle célèbre le travail dans les champs de recouvrement : les familles doivent en effet être remerciées, car ce sont elles qui invitent les professionnels dans ces entre-deux fertiles. Les intervenants, en reconnaissant la contribution des familles, réduisent en outre leur intrusion dans la vie de celles-ci.

Ces cinq recommandations contribuent à mettre en place un système dont les frontières ne sont pas définies à l'avance (définir consistant, étymologiquement, à mettre des limites. « Lorsqu'on se rend à une "Clinique de Concertation", on ne peut jamais savoir qui nous réjouira de sa présence ou nous fera regretter son absence » : cela correspond à un choix, celui de « renoncer à la définition du système »[7] dans lequel professionnels et usagers vont travailler. Ainsi, par exemple, l'arrivée toujours possible de quelqu'un, « cet intrus réel ou virtuel », oblige à un tour de présentation, où chacun prend le temps de s'exposer aux autres : « prénom, nom de famille, profession, institution, école de formation, etc. »[8]

LE TOUR DE PRÉSENTATION, EXERCICE PRIMORDIAL

Le tour de présentation, parce qu'il *donne le ton*, et inaugure l'entretien, est un moment capital. « Nous posons ainsi les prémisses de liens basés sur la confiance. C'est un moment où les choses se tissent entre nous (professionnels entre eux /familles et professionnels). Nous évoquons notre profession, mais aussi notre parcours professionnel, notre famille. » (M.-C. Michaud) C'est un bon exercice, car il pousse à dire « je ». De plus, les professionnels sont obligés d'être clairs. « Il s'agit de donne son nom et sa fonction, mais aussi de révéler quelques informations sur l'être humain qu'on est (marié, parent de tant d'enfants, etc.). Plus on donne de détails, plus cela est précieux. » (M-C. Michaud) Il donne par ailleurs l'occasion à chacun de se percevoir comme un point d'appui pour la croissance de l'autre. Le Dr Lemaire se souvient d'une professionnelle, Madame Lizin, qui, à chaque tour de présentation, pendant cinq ans, donnait une version neuve et complémentaire d'elle-même. Chacun se sentait poussé, alors, à faire de même, à chercher en soi une information qu'il aurait été fier de préciser. Cela créait un climat d'émulation, où chacun était en quelque sorte « grandi », incité à dire de lui quelque chose qui lui fasse honneur.

Enfin, comme il commence par les professionnels, ce sont eux, qui, les premiers, se mettent en scène. Les usagers ont ainsi l'opportunité de les observer dans l'exercice d'un rituel et d'un dialogue respectueux. « La patience que chacun met à se présenter préfigure la patience dont feront preuve les professionnels dans l'accueil des familles. Dans les institutions, c'est la rapidité qui domine, alors que la famille a besoin d'un rythme adapté pour voir à qui elle s'adresse, pour accorder sa confiance. » (M.-C. Michaud)

Ce rituel, où plusieurs professionnels côtoient plusieurs membres de la famille (puisque « de même (...) qu'on ne fait pas de l'individu isolé la cible unique de l'intervention thérapeutique, de même on ne décide pas d'avance qu'un seul professionnel puisse et doive se sentir concerné par une situation »[9]), estompe les frontières entre intervenant concerné/moins concerné, entre identités professionnelles / non professionnelles, entre experts / non experts.

APPRENDRE À SE PRÉSENTER : UNE OCCASION DE REDÉFINIR SA PROFESSION

Le tour de présentation est, entre autres, l'occasion de redéfinir les professions de chacun ; une opportunité à saisir pour redéfinir sa position, casser les stéréotypes. Ainsi, la participation d'un psychiatre à une concertation, en tant qu'intervenant non directement concerné, pourrait effrayer la famille. Le tour de présentation offre la possibilité à celui-ci de se décrire comme, par exemple, le membre d'un réseau, et pas seulement « quelqu'un qui enferme les fous ». C. Delforge dira, dans ce sens : « nous devons apprendre à *définir nos métiers en termes positifs et simples*, et pas seulement par la négative : ainsi, un psychiatre ne soigne pas forcément les "fous". Réfléchissons à notre propre définition, mobilisons notre propre imaginaire. C'est essentiel, sinon nous serons en permanence confrontés à des malentendus. »

Le Dr Lemaire revient souvent, lui aussi, sur l'utilité de redéfinir sa profession devant les usagers. Cela leur permet de compléter l'image qu'ils ont des professionnels. Un participant, Karim, (conseiller d'orientation dans un centre de formation professionnelle) dit ne pas avoir su comment se présenter à la famille lors d'une « Clinique de Concertation » : « comment expliquer ma profession ? Je n'ai pas su, j'ai regretté, j'aurais dû m'y prendre autrement. » Réponse du Dr Lemaire : « vous auriez pu demander de l'aide. Les familles sont rassurées quand un professionnel cherche à perfectionner ses compétences et se pose des questions : il donne le sentiment de mériter qu'on lui accorde sa confiance. C'est par ailleurs l'occasion de demander à la famille de nous aider à comprendre comment elle nous voit. »

La possibilité de l'intrusion – virtuelle ou réelle – produit ainsi « fragmentation et perplexité », deux sensations délibérément recherchées par les professionnels car, elles placent en quelque sorte tous les protagonistes sur le même plan. Non pour abraser les différences, nier les expertises de chacun, ou niveler par le bas, mais pour créer les conditions desquelles puisse émerger une définition collective, synchrone, du système dans lequel tous seront amenés à travailler : plus personne n'existe seulement par sa position de psychiatre, ou de patient désigné, ou de mère de patient désigné, etc. Un autre processus se met en place, avec d'autres repères, permettant de choisir et d'adapter le cadre thérapeutique avec les usagers. »

Les frontières s'estompent par le vécu de la déconcertation. Le professionnel peut observer ce phénomène, le reconnaître, et parfois – l'espace de quelques secondes, le cultiver : « je suis déconcerté, en miettes, je fais l'hypothèse que l'usager cherche à me reconstruire, et me reconstruisant, il se reconstruit. » On fait l'hypothèse que le sentiment de dépersonnalisation, de décomposition éprouvé par le professionnel, permet, lorsqu'il contamine le groupe, la recomposition de l'individu.

LA CULTURE DE L'INTRUS FAVORISE LES CONDITIONS D'ÉMERGENCE D'UN DÉBAT RESPONSABLE

En officialisant cet élément indéterminé, cet « intrus toujours possible »[10] – il peut venir ou ne pas venir – qui empêche la fermeture

du système, la « Clinique de Concertation » garantit une approche pragmatique, permettant au sujet d'advenir.

L'intrus, un contrôle

L'intrus est aussi, dit le dictionnaire, l'« élément d'un ensemble défini en extension qui n'a pas la même compréhension que les autres »[11]. C'est précisément cette dimension-là qui rend l'intrus garant d'une pratique responsable. N'ayant pas « la même compréhension que les autres », il a une vision différente qui ouvre l'éventail des possibilités, enrichit les pistes de travail. Sa méconnaissance de la situation (en tant qu'« étranger » à celle-ci) impose ensuite aux professionnels de s'appliquer en parlant des usagers, surtout quand ceux-ci sont absents. En effet, la sensibilité de l'intrus, parce qu'il est porteur d'un savoir différent, est vraisemblablement plus proche de celle de la famille : « "comme si" les professionnels les moins directement concernés par la situation débattue avaient reçu délégation des gens dont on parle pour exercer, en leur nom, cette vigilance »[12]. Il est la personne la plus indiquée pour que le débat entre professionnels reste respectueux, que le langage soit compréhensible, l'information sélectionnée. Car l'intrus ne se contente pas d'observer passivement : « il bouge, s'agite quand quelque chose l'énerve, le choque ; autant de signaux que vous prendrez en compte, et qui vous permettront de ne pas être fasciné par une information paralysante, par exemple, l'inceste qui a eu lieu dans la famille que vous accompagnez. L'intrus aide à la pédagogie du détour, car il vibrera, réagira à des choses que les professionnels directement concernés, eux, ne remarquent plus. » Il s'agit de tirer bénéfice de la présence d'une multitude d'intrus, par le contrôle multiple qu'ils exercent.

L'intrus, un soutien

Le Dr Lemaire précise souvent que les métiers de l'aide et du soin sont des métiers à risque, dans lesquels les professionnels mettent en péril leur propre équilibre, certes, mais surtout celui des usagers avec lesquels ils travaillent. Se cantonner à une pratique exclusive, à un dispositif clos sans ouverture et protégé de tout intrus, augmente le danger d'instaurer « une relation d'observateur à observé ». La « Clinique de Concertation », en partie grâce à l'intrus, préconise au contraire « une relation d'agents à agents »[13], d'où la personne peut émerger comme sujet.

L'intrus est un soutien parce qu'il est celui qui n'aurait en quelque sorte aucune pertinence « dans l'histoire ». Or la « Clinique de Concertation » affirme qu'il est vital de cultiver ce « décalage essentiel », cet « écart qui permet la remise en question », incarné justement

par l'intrus, celui qui introduit une incertitude fondamentale dans le dispositif. Il permet de neutraliser la position en surplomb – celle que les experts ont tendance à adopter à l'égard des usagers – et de privilégier au contraire le « hors plomb »[14]. Il empêche la dérive du lien thérapeutique – comme c'est fréquemment le cas – entre professionnels et usagers. Ignorant les standards de traitement, tous les diagnostics, l'intrus, expert en rien sinon en « compétence relationnelle », est le plus à même de réagir sur le rapport entre l'expert et sa « matière », et d'avertir, d'alerter, s'il dégénère ou se clôture. Moins iis est expert de la « matière », plus il est expert de « la chose relationnelle », c'est-à-dire qu'il se fie à sa « compétence première, commune tant aux familles qu'aux intervenants eux-mêmes : la compétence de créer des liens. »[15]

Dans la « Clinique de Concertation », professionnels et usagers se mêlent, les démarcations traditionnelles ne sont plus opérationnelles. « On mêle ensemble plusieurs savoirs hétérogènes » intentionnellement, « pour casser la relation d'objectivation et de surplomb qui existe entre le professionnel et l'usager », de sorte que « l'objet finit par apparaître à son tour comme un sujet de savoir, comme détenteur d'un savoir propre, ne serait-ce que celui qui fait tenir ensemble tous ces savoirs hétérogènes »[16]. Un intrus (ou plusieurs) associé à des experts – dont la compétence est par ailleurs nécessaire, requise même – rend plus difficile la connivence d'expertise (qui a tendance à désubjectiviser l'usager). Par sa présence, il contribue donc à créer les conditions d'émergence du sujet. « Tout se passe (...) comme si la détresse même des usagers et des professionnels n'apparaissait plus comme un problème, mais comme une autre approche d'un même problème. Ce problème n'est plus tant la personne "en détresse" que l'ensemble dans lequel cette personne, ceux avec qui elle est (ou se considère) en relation ainsi que ceux qui s'en occupent, sont tous plongés. Après tout, l'impuissance est-elle seulement celle des "patients" ou bien est-elle aussi celle des professionnels qui se trouvent là "en échec" »[17].

La question se pose de manière d'autant plus aiguë avec des personnes souffrant de problèmes psychiatriques (et notamment de psychose), ou, comme préfère les nommer le Dr Lemaire, des personnes *bénéficiant d'un diagnostic de pathologie psychiatrique sévère*[18]. Celles-ci – parce que la nature de leur « mal » s'illustre par un dysfonctionnement dans la capacité à être en lien et à entrer dans le dialogue – ont tendance à être enfermées dans une relation fonctionnelle (de sujet à objet), alors que c'est une relation existentielle (c'est *par* / et *grâce* à la relation qu'on existe) qu'il faut à tout prix essayer de maintenir. Dans ces cas-là, introduire un intrus

parmi les professionnels change les prémisses du rapport à ces personnes. Réunir autant de monde, y compris des intrus, permet d'associer les parts adéquates (expertise) et inadéquates (non expertise) de chacun. Tout ce qui, jusque là, était établi (compétences spécifiques de chacun, diagnostics,...) devient obsolète. Ponctuellement du moins, tout est suspendu. C'est d'autant plus vrai quand, parmi les membres de la famille, se trouve une personne qui bénéficie d'un diagnostic de pathologie psychiatrique sévère. Le pacte d'alliance entre tous les présents se scelle alors autour de l'inadéquation, du fait qu'il y a quelque chose d'inadéquat dans ce dispositif, « à cause » des intrus. L'espace n'est certes pas clôturé, « purifié » de tout risque perturbateur[19]. L'usager est au contraire au milieu d'une multitude et, dans ces conditions, cesse vraisemblablement d'être objet. Le voilà qui existe dans un contexte « dépathologisé » (où la confiance peut s'installer, n'étant pas « contaminée par les exigences de l'expertise »[20] où se côtoie une panoplie de savoirs et d'expériences (assistantes sociales, éducateurs, psychologues, psychiatres, juristes, etc.), lui offrant ainsi une chance de participer à un débat responsable. Associé à la mise en place du travail thérapeutique, il redevient par là – du moins peut-on le supposer – sujet : il n'est plus ce « psychotique », ce « patient désigné », ce « malade irresponsable », mais une personne à part entière.

La « Clinique de Concertation », dispositif qui revendique l'apport de toutes les contributions, et n'établit aucune hiérarchie entre elles, a rendu l'intrus nécessaire à son fonctionnement. En tant qu'« élément complexifiant, aléatoire, déconcertant. »[21] Il est celui qui permet de cultiver l'inadéquation – cette part de soi qui ne convient pas, n'a pas sa place, relève de la non expertise –, et qui devient, par là même, « témoin de ce que les limites du système ne sont jamais figées – en somme, que du sujet est toujours possible. »[22]

NOTES

1. Proverbe kabyle : « *Adifk a rebi inevgui ifa nervah* ».
2. *Le Petit Robert*, Dictionnaires L. Robert – VUEF, 2003.
3. Comme par exemple dans la formation, qui accueille tout nouveau venu, ou dans la « Concertation Clinique » et davantage encore, dans la « Clinique de Concertation ».
4. Despret V., *Ces émotions qui nous fabriquent*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 2003.
5. Despret V., « La thérapie des espaces blancs », in Chauvenet A., Despret V., Lemaire J.-M., *La Clinique de la Reconstruction*, L'Harmattan, Paris, 1996.
6. Lemaire J.-M, Vittone E., Despret V., « Clinique de Concertation et système ; à la recherche d'un cadre rigoureux et ouvert » in *Génération* N° 28, Paris, mars 2003.
7. Idem.
8. Idem.

9. Maniglier P., « Comment se faire sujet ? », Actes du 3e Congrès International de la « Clinique de Concertation », Paris.
10. Idem
11. *Le Petit Robert*, Dictionnaires Le Robert – VUEF, 2003.
12. Lemaire J.-M., « Liens soignés, liens soignant, "cliniques de concertation" et violences de quartier », in Cahiers de Psychologie Clinique, De Boeck, 28, 2007/1, pp. 99-120.
13. Idem.
14. Concept construit par Laurent Halleux.
15. Lemaire J.-M., « La famille convocatrice de compétences. Thérapie et contexte extensif de confiance », in *Pratiques Psychologiques, Traumatismes Psychiques et Pratiques de soins*, Alger, N° 2, mars 2003, vol. 1, pp. 125-129.
16. Maniglier P., « Comment se faire sujet ? », Actes du 3e Congrès International de la « Clinique de Concertation », Paris.
17. Idem.
18. Formulation qui correspond à une démarche, dont le Dr Lemaire s'explique dans le module sur « La partialité multidirectionnelle ».
19. Souci légitime au demeurant, issu de l'enseignement théorique recommandant de maintenir ces usagers protégés de l'extérieur. Mais, note le Dr Lemaire, quand on refait leur trajectoire, on constate qu'ils passent presque toujours d'un espace confiné à un autre, rarement a été tenté l'espace ouvert, collectif.
20. Despret V., « La thérapie des espaces blancs », in Chauvenet A., Despret V., Lemaire J.-M., *La Clinique de la Reconstruction*, L'Harmattan, Paris, 1996.
21. Lemaire J.-M., « Liens soignés, liens soignant, "cliniques de concertation" et violences de quartier », in Cahiers de Psychologie Clinique, De Boeck, 28, 2007/1, pp. 99-120.
22. Maniglier P., « Comment se faire sujet ? », Actes du 3e Congrès International de la « Clinique de Concertation », Paris.

CONVERSATION AVEC LE Dr LEMAIRE

Au cours d'un des derniers modules, alors que nous nous apprêtions à visionner des extraits d'une « Clinique de Concertation », un intrus est arrivé. Il a fallu s'adapter à cette arrivée soudaine. Nous ne pouvions en effet regarder l'enregistrement d'un entretien avec une famille sans que ses membres n'en soient avertis et puissent donner leur avis. La fameuse « incertitude essentielle » qu'amène l'intrus a perturbé le groupe...

L'animateur, le professionnel est là pour faire son métier. Les émotions et les pensées ne sont pas spontanées : il a un travail à faire et ça se fait. Pour être honnête : j'avais quarante-cinq secondes d'avance sur Saliha, et j'ai vu l'intrus arriver. J'ai toujours l'attention flottant au-delà du contexte et du périmètre prévus, je fais même attention aux oiseaux qui volent dehors... J'étais sans doute le seul à l'avoir vu à travers la fenêtre. Ça a été facile d'être plus calme, j'étais dans la phase de récupération, quand les autres sont entrés dans la phase de panique. Techniquement, j'ai utilisé la panique de Saliha – seule elle pouvait gérer adroitement cette situation en fonction des règles du pays – quitte à ce qu'elle dise, d'ailleurs : « ma façon de gérer c'est la panique ! », mais elle a très bien su s'y prendre. Elle a dit deux ou trois choses, m'a indiqué la voie, et je pouvais embrayer. C'était vraiment un travail d'équipe entre Saliha et moi, un travail implicite. C'est d'ailleurs ça, aussi, l'évolution de la formation à Tizi Ouzou : il y a de nombreux moments de ce type, en particulier avec Saliha qui a une intelligence, une finesse et une intuition remarquables, mais aussi avec Rabah, Farid, Samira, Ouerdia, je ne vais pas citer tous les participants. Il y a maintenant des mécanismes non dits mais d'une clarté absolue.

Un participant a dit que la formation lui avait appris à installer un cadre, « même dans sa forme détournée ». Vous avez ensuite étayé ses propos, en expliquant comment vous alliez et veniez entre théorie et pratique.

Certains courants psychanalytiques (pas tous) préconisent que le psychothérapeute doit imposer son cadre, et que l'usager doit s'adapter. Ce n'est pas faux, il ne faut pas abandonner ce point de théorie. Je pratique cela dans mon cabinet de consultation à Liège : les gens interpellent un cadre, que j'offre, et auquel ils se plient. C'est un contrat thérapeutique

qui fonctionne. Mais en travaillant dans les camps de sinistrés, à Bourmerdes, j'ai appris ceci : si je maintiens coûte que coûte ce cadre, nombre de gens ne viendront pas. Ce que nous nous proposons de faire, dans cette formation, c'est de bâtir un cadre adaptable. Dans la formation à la « Clinique de Concertation », on introduit une nouveauté en impliquant les usagers dans la construction de ce cadre. D'un point de vue théorique, si on veut formaliser cette innovation, on pourrait faire la proposition suivante : « faire participer l'usager à l'élaboration d'un cadre ». En fait, nous construisons un cadre en puisant dans différentes théories (systémique, approche communautaire, etc.). Selon nous, il n'est pas nécessaire que tous les intervenants adhèrent à cette proposition. Mais l'important est qu'ils connaissent notre façon de travailler, de sorte que si nous les sollicitons, ils réagissent, sachent de quoi nous parlons, connaissent notre langage, et acceptent de travailler avec nous pour aider l'usager.

SALIHA BENNACER

Le chantier s'éternise. Chaque jour, le Dr Bennacer y passe, chaque jour elle constate : ça n'avance plus. Elle est pressée pourtant, ses affaires croupissent dans des cartons, la poussière s'accumule, et puis *ramdhan* arrive ! Elle est en train d'aménager l'appartement familial en cabinet médical (avec deux pièces à vivre, pour elle), impatiente de quitter celui où, installée à son compte depuis quelques années, elle pratique la médecine interne – mais qu'elle loue. Oh, elle ne va pas bien loin, passe juste d'une cage d'escalier à l'autre, dans le même immeuble. (Pour rien au monde elle ne s'éloignerait de sa cité, la « cité des Genêts », celle de son enfance.) Or donc, les travaux sont à l'arrêt. « Le maçon a de l'eczéma aux mains ». Silence. On compatit. On est tout de même un peu perplexe... « Il a développé une allergie au ciment. » C'est embêtant, ça, pour un maçon... Elle a un petit sourire navré, et lance, désarmante: « Je ne peux tout de même pas le congédier pour ça... »

Saliha Bennacer a cette petite lumière dans les yeux – pure bonté, scintillante malice –, qui la fait entrer droit dans votre cœur. Elle porte ses cinquante-cinq ans (elle est née en 1953) avec une sobriété qui la fait ressembler à une discrète collégienne ou une religieuse hardie – c'est selon. Elle parle posément, articule avec lenteur, et sa voix – on ne sait pas très bien : appliquée ou indolente, avec ce quelque chose d'un peu traînant – met incroyablement en confiance, apaise. Elle vous regarde de ses yeux doux légèrement tombants, et on se dit qu'on aimerait bien l'avoir comme grande sœur, qui conseille, qui protège, qui console. Grande sœur, elle l'est d'une fratrie de sept (dont une jeune sœur décédée à l'âge de quatorze ans), tous dispersés à l'étranger, en France, en Autriche. Elle est la seule à être restée. L'aînée. Célibataire. C'est elle qui s'occupe de ses vieux parents, et chaque soir, après le travail, elle prend le minibus qui la mène au village, Djema Saharidj, où ils sont retournés vivre depuis peu, après un demi-siècle passé à Tizi Ouzou. Mais qu'on ne se méprenne pas, le Dr Bennacer n'a pas vraiment de regrets : « à l'époque où tout le monde s'en allait, je n'avais aucune envie de partir, j'avais mon travail à l'hôpital, une vie facile ; ce sont les choses qui se sont dégradées autour de moi, et les gens m'ont déçue. »

Et c'est ce réel qu'elle veut, malgré tout, continuer d'affronter, avec ses patients, dans *sa* cité, laquelle est réputée pour la violence qui y couve. Nombre d'incidents y ont éclaté, les « forces de l'ordre » n'aiment pas ce lieu où macère – comme dans toutes les cités du pays – le mal-être de jeunes sans travail. Mais le Dr Bennacer est connue, respectée : « je suis des leurs, et puis, ils ont besoin de moi ». Et c'est bien vrai qu'on a besoin d'un docteur comme elle. Tout le monde sait qu'elle a des connaissances à l'hôpital (situé juste en face), qu'elle ne laisse pas tomber ses malades, qu'elle les suit, les oriente, bref, qu'elle est au cœur d'un réseau. Mais son aura vient également d'ailleurs. De son souci des autres, tout simplement. C'est que Saliha Bennacer prend soin des gens : « j'aime rendre service, aider tant que je peux le faire ». Et ça, ça se sait. Tout est occasion d'égard, d'attention. Dans le détail le plus infime du quotidien (la compétence a-spécifique), comme dans le soin explicitement médical (la compétence spécifique). C'est une manière d'être, une éthique : deviser, au passage, avec des jeunes de la cité, paumés, perdus, chômeurs, leur accorder, *mine de rien*, quelques minutes de considération ; persister à planter des fleurs à l'entrée de l'immeuble, les arroser à l'aube, même si le soir, comme chaque soir, elles sont piétinées ; suggérer, *mine de rien*, au voisin – mis à l'écart, lui et sa famille, des solidarités de quartier pour des conduites qu'on lui reproche – de planter des fèves dans le petit bout de terre en face de chez lui, et qui finit par le faire, si fier enfin de son potager, ne pas oublier de lui acheter des graines de haricots, et recevoir en retour, à l'occasion, un bouquet de menthe fraîche ; examiner quand même une vieille dame un mardi matin – seul jour de repos, avec le vendredi –, envoyée par le médecin d'un lointain village, ne pas la faire payer parce qu'elle vit dans la misère, jusqu'au jour où, bien droite dans l'embrasure de la porte, celle-ci lui tend quatre poulets en la remerciant…

De là à activer dans un réseau de professionnels, il n'y a qu'un pas. Parce que depuis toujours le Dr Bennacer ne peut pas faire semblant de n'être concernée que par l'exploration digestive et l'équilibre glycémique et tensionnel. Elle sent bien que ce jeune homme qui vient la voir tous les quatre mois en lui répétant : « madame, j'ai un serpent dans le ventre », et qui persiste à le croire, même après un scanner, aurait besoin d'un soutien psychologique. Elle a toujours beaucoup écouté, pris le temps de discuter avec ses patients. « Ce qui est un vrai problème dans un cabinet privé, parce que les gens, dans la salle d'attente, s'impatientent. » Mais qu'importe, aujourd'hui plus que jamais, confortée par la formation, elle sent bien que sa démarche est juste. Et

elle est encore plus attentive, désormais, à interroger chaque patient. Sans aller jusqu'à dessiner un sociogénogramme (« mais c'est comme si je le faisais dans ma tête »), elle s'intéresse à son environnement, sa famille, aux autres professionnels activés, « j'ai une démarche bien plus englobante ». À tel point, d'ailleurs, qu'elle est convaincue qu'il ne faut exclure aucune ressource, aucune pratique, aucun professionnel. Y compris, donc, le cheikh Nafaa Ghezlaoui (celui-là même qui a suivi quelques heures de la formation en juillet 2008), spécialiste en *roqia* et *hidjama*, qui lui envoie régulièrement des gens. « Alors même que le corps médical critique de manière très virulente ces procédés (elle me glisse sous le nez un courrier de l'Ordre des médecins de Tizi Ouzou, qui met en garde contre « les comportements obscurantistes, archaïques, véreux, indignes »), j'essaie de travailler avec ; *mine de rien*. Bon, je ne me vois pas enfreindre les recommandations d'un ordre auquel j'appartiens, mais je respecte aussi leurs choix et surtout ne les condamne pas. Ceux qui sont venus me voir sur ses conseils, je les engage à retourner le voir dès que j'ai éliminé la cause organique de leur mal. S'ils sont venus de là, c'est qu'il y a un lien de confiance, qu'il faut cultiver. » Semblable ouverture d'esprit ne court pas les rues…

Depuis qu'elle est installée à son compte, le Dr Bennacer a toujours travaillé avec l'hôpital voisin. Pour des raisons pratiques évidentes (il n'y a que la rue à traverser), mais aussi parce que, pour y avoir travaillé pendant huit ans, elle a gardé quelques liens solides – sans compter sa réputation qui suffit parfois à lui ouvrir des portes. « Mon nom est un atout que j'utilise sans réticence, tant que le bien du malade est en jeu. » Mais ce réservoir de confiance diminue. Il est de plus en plus difficile, par exemple, d'obtenir qu'un de ses patients soit hospitalisé, même quand elle se déplace, rencontre le chef de service pour plaider sa cause. Aussi la Ligue est-elle devenue un renfort de plus en plus important, une « porte de sortie » bienvenue ; « dès que j'ai un malade qui a un problème je l'oriente vers la Ligue ». Elle a l'œil exercé maintenant, elle sait détecter quand il s'agit d'un souci purement organique, ou quand il faut proposer une aide plus large. Parfois, elle ne prend pas de détour : « ça se passe dans votre tête, prenez l'adresse et le numéro de téléphone de la Ligue, allez-y ». Parfois, elle doit ruser, et *mine de rien*, amener petit à petit le patient à accepter l'idée de consulter ailleurs. Mine de rien : c'est peut-être la formule qui qualifie le mieux le travail de Saliha Bennacer, son « tricotage invisible ».

Elle a suivi une patiente atteinte d'un lupus, vivant par ailleurs dans un dénuement absolu. Leur histoire à elles deux remonte loin maintenant.

Elles se sont connues lorsque le Dr Bennacer était à l'hôpital. La patiente, fidèle, l'a suivie quand elle s'est installée dans son cabinet. Un lien fort s'est noué, Saliha l'a parfois accompagnée dans des démarches administratives, à la Caisse des Retraites notamment, pour qu'elle puisse percevoir la pension de son père. Cette dame a eu de très graves problèmes oculaires, alors le Dr Bennacer a évoqué son cas à la Ligue, et la mobilisation du réseau a été fulgurante. La présidente, Ouisa Kebbas, a collecté des fonds pour payer l'opération des yeux, mais au dernier moment, le médecin d'Alger s'est défaussé, révélant par là sa seule motivation, financière bien sûr. Ouiza et Samia (l'assistante du Dr Bennacer, une troisième « sœur Kebbas ») se sont même déplacées pour une confrontation avec lui, et lui « ont fait passer un sale quart d'heure ». Étonnamment résistante, étant donné la gravité du mal qui l'affecte, la dame continue de rendre visite au Dr Bennacer, parfois seulement pour un brin de causette, elle lui parle de sa sœur, de sa mère, « maintenant, elle m'envoie des tas de gens ». N'est-ce pas cela, « le contexte extensif de confiance » dont parle le Dr Lemaire ? Quand la confiance se transmet, essaime, d'une personne à une autre. J'aime à penser que cette dame est comme une « recrue dormante » du réseau.

Un jour, une femme d'une trentaine d'années se présente au cabinet de Saliha, elle vient de la part de la gynécologue de la cité dont le cabinet est dans l'immeuble situé deux allées plus loin (il y a cinq médecins dans la cité, à eux seuls ils forment déjà un mini-réseau). Elle lui tend la lettre d'orientation. La gynécologue y interpelle sa confrère : « Que peux-tu faire pour aider cette jeune femme ? » Son mari, violent quand il boit, et il boit souvent, la maltraite. Le Dr Bennacer discute avec elle, est frappée par sa détermination, divorcer ne lui fait pas peur, au contraire. Elle rédige alors un certificat médical basé sur la rectoscopie qu'elle a pratiquée : ce document peut lui servir si elle souhaite s'adresser à la police et engager une procédure de divorce. Elle l'adresse, en outre, à Toufik Souki, conseiller juridique à la Ligue ; il lui expliquera ses droits, et pourra peut-être faire une médiation avec la mère de la jeune femme, qui n'a qu'une hantise, le divorce, et se refuse à toute empathie. Saliha Bennacer ne sait pas ce qu'est devenue cette femme, et elle le regrette un peu. D'une manière générale, elle déplore de ne pouvoir accompagner jusqu'à la Ligue les malades qu'elle y oriente. Elle n'est pas sûre qu'ils s'y rendent, elle sent bien que sa présence à leurs côtés changerait la donne, ils seraient en confiance, elle serait là pour la faire circuler, la transmettre, comme un témoin qu'on passe. « J'ai envie de demander de leurs nouvelles, mais je n'y pense pas toujours, je n'ai pas le temps. » Le temps...

Question récurrente. Une autre fois, elle suggère à une dame d'un certain âge et très agitée, d'aller voir le Dr Slimani, « c'est juste en face, à l'hôpital, allez-y tout de suite ». Elle aimerait bien l'accompagner, mais elle a encore un dernier patient dans la salle d'attente. Ça la tracasse pourtant, elle y pense pendant la consultation, et à peine a-t-elle terminé qu'elle se propulse dans la rue, traverse, et se dirige, « presque en courant », vers le service de psychiatrie. Mais une fois là-bas, nulle trace de la dame. Elle demande alentour, on lui dit que le Dr Slimani s'est absenté pour une petite heure, et que oui, en effet, une femme l'a cherché il y a dix minutes, mais ne le trouvant pas, elle est repartie. « Dire que ça n'a tenu qu'à quelques secondes » commente le Dr Bennacer. Et avec la sagesse de qui est témoin du monde, à la juste place entre compassion et distance, elle ajoute doucement : « mais je ne peux pas me permettre de courir après tous mes patients »...

Un de ses frères lui reproche souvent de ne pas savoir se défendre dans la vie, de « se laisser faire ». « Je reconnais que je me laisse vivre, que je ne suis pas très exigeante. » On a envie de la corriger, de lui dire qu'elle n'a pas le droit de dire cela, elle qui a eu le courage, quand il le fallait, de s'opposer à l'arbitraire, de tenir tête au machisme. Qui sait, d'ailleurs, que cette dame si sage, si modeste, à qui je trouve maintenant un air de ressemblance, aussi improbable que cela puisse paraître, avec le Dalai Lama, a jadis bravé des traditions qu'elle juge, très tôt, archaïques et scandaleuses (notamment être appelée « lalla » en tant que fille de lignée maraboutique) ? Qui se doute qu'elle était une enfant turbulente, qu'elle faisait l'école buissonnière, aimait jouer avec les garçons, et que son père se lançait à ses trousses dans les rues de Tizi Ouzou ?

LA CIRCULATION ET LA SÉLECTION DE L'INFORMATION UTILE L'UNE DE SES FIGURES : LE SECRET PROFESSIONNEL

« Il a vendu ton honneur »[1]

La circulation de la parole dans le réseau pose la question de la sélection de l'information, et notamment de la place du secret professionnel. Il s'agit de réfléchir à la manière dont chaque professionnel se sent responsable et engagé en recevant, en sélectionnant, en transformant et en transportant l'information.

Le secret, élément constitutif des pratiques d'aide et de soin, a tendance à séparer, donc bien souvent à empêcher les professionnels de travailler ensemble *a priori*. Or, l'enjeu est de chercher, en associant l'usager, à faire circuler l'information utile.

LE SECRET, PARCE QU'IL SÉPARE, DISSUADE LES PROFESSIONNELS DE TRAVAILLER ENSEMBLE

Le secret, constitutif des pratiques d'aide et de soin, sépare

Un professionnel de l'aide et du soin, mais aussi de l'éducation et du contrôle, accueille souvent les confidences des usagers qu'il accompagne. Un principe déontologique de base, sous l'appellation générique de « secret professionnel », stipule que l'intervenant est le garant de la confidentialité. Il est donc soumis à une exigence : s'abstenir de divulguer ce qui lui est confié, et/ou veiller à ne pas le relater à n'importe qui.

V. Despret propose une réflexion stimulante sur la manière dont le secret[2], censé à l'origine protéger l'usager, a fini par protéger quasi préférentiellement le thérapeute. Le secret professionnel est devenu un enjeu de pouvoir et un obstacle au travail de réseau, fondé, lui, sur une sélection de l'information qui favorise le partage. L'analyse de V. Despret, nourrie de références au psychologue et anthropologue australien R. Barrett, est reprise ici dans ses grandes lignes.

Elle note que le secret joue un rôle important dans la tradition occidentale de l'aide et du soin au point qu'il est désormais consubstantiel aux pratiques thérapeutiques. On y repère un fort ancrage religieux, lié

au rituel de la confession. Les réflexes professionnels dans ces domaines, constate la philosophe, sont conditionnés par deux postulats. D'une part, la cause du mal est nécessairement à l'intérieur du sujet ; d'autre part : « la vérité est un mode privilégié de guérison ». Pour guérir, il faut donc aller chercher puis révéler la vérité nécessairement enfouie au plus profond. On voit quel pouvoir détient alors le thérapeute chargé d'effectuer ce travail d'extraction, de dévoilement. L'objet de son savoir est la vérité cachée, « le noyau dur de l'être », un savoir « indéterminé », explique V. Despret, « qui ne peut se formuler de manière explicite, et qui, dès lors, (...) donne une garantie d'autonomie au professionnel par rapport au contrôle externe, par rapport au fait de devoir rendre des comptes ». Lui seul peut décider, au nom du secret professionnel, s'il veut le partager ou non. « Ayant affaire au noyau de la personne, à ce qui est le plus intime et donc, dans notre tradition, le plus réel, le psychiatre assure de ce fait une connaissance du cas que nul ne pourra contester, et qui aura toujours autorité sur les autres définitions (comportementales des infirmiers ou des psychologues ; contextuelles des travailleurs sociaux). De ce fait, le secret devient ce qui permet au psychiatre de revendiquer sa légitimité et sa spécificité, c'est-à-dire l'autonomie de sa profession dans une organisation faite de multiples intervenants participant tous à la construction des "cas" ». Dans cette logique, le secret, devenu enjeu de pouvoir, autorise le professionnel à rester seul, à ne pas partager, à ne faire appel à personne.

L'étymologie du mot « secret », à cet égard, laisse déjà entendre cela. Le mot vient de *secretus*, qui veut dire « séparé, isolé, distinct » (d'où l'expression, rappelle la philosophe, « mettre au secret », signifiant « mettre à l'écart »), et non pas « caché » comme le bon sens le laisserait penser. Ainsi, « le secret professionnel sépare. Il sépare les professionnels de ceux qui ne le sont pas. Il sépare ceux qui peuvent partager de ceux qui ne le peuvent pas. » L'alcôve encourage d'ailleurs cette démarche : l'intimité de la salle de consultation incite à ce type de révélation, et dissuade l'intervenant de sortir de son bureau. Il cloisonne, il est le seul à tout recevoir. Et s'interdit donc de *rendre compte*, c'est-à-dire de relater à d'autres pour recourir à leur aide le cas échéant. Le secret risque ainsi de maintenir le professionnel séparé du « travailler ensemble », isolé et médusé par lui, parfois.

Le secret tétanise le professionnel

Dans les premiers modules de la formation, et quelques-unes des situations exposées, le professionnel dépositaire d'une confidence

lourde semble en effet comme tétanisé, et à tout le moins tiraillé entre, d'un côté, la hantise de rompre le contrat passé avec l'usager, de l'autre, la tentation de le divulguer – presque irrépressible –, pour s'en délivrer. Et lorsque, de fait, il arrive qu'il soit révélé, surtout dans le grand groupe, un malaise s'installe fatalement. Les formateurs n'auront de cesse de souligner combien ce moment où le professionnel relate son récit, cédant à l'emballement, est une étape-clé : le groupe doit alors redoubler de vigilance – ce n'est qu'ainsi qu'il est soutenant –, tandis que se pose avec acuité la problématique de l'intrus.

UN PARADOXE : PLUS L'INFORMATION DE CARACTÈRE SECRET ENCOMBRE, PLUS ELLE EST FACILEMENT RÉVÉLÉE

Très vite, dès l'après-midi du premier jour, une professionnelle prend la parole : elle suit, en tant que conseillère d'orientation, une adolescente qui lui a confié une « information non-partageable » (telle est la définition du secret qu'en donne, dans le cadre d'un exercice, le sous-groupe dont elle fait partie). Farida est tellement paralysée qu'elle semble ne pas entendre les interventions de M.-C. Michaud, destinées pourtant à ralentir son récit et en contenir le débordement imminent. L'information délicate est délivrée sans précaution : elle est abusée sexuellement par son grand frère, par ailleurs consommateur de drogue ; la mère l'ignore, la grande sœur, qui n'habite pas avec eux, est en revanche au courant. Farida semble ployer sous le cumul des difficultés : « je me suis très vite demandé ce qu'il y avait derrière son échec scolaire. J'ai gagné sa confiance. Elle m'a confié que son grand frère était drogué, et que, quand ils étaient seuls à la maison, il abusait d'elle. Je ne donne pas le nom de la famille délibérément. »

Farida éprouve sans conteste égard et respect envers l'usagère, mais son fardeau est trop lourd, elle s'en délivre en toute hâte, dans une certaine précipitation. M.-C. Michaud l'incite alors à formuler les informations autrement : « Si la famille était là, comment exposeriez-vous la situation ? », convoquant un principe élémentaire de la « Clinique de Concertation » qui consiste à parler des absents comme s'ils étaient présents : en installant cette exigence, il induit une pré-sélection de l'information. Et lorsqu'un des participants émet, plus tard, l'hypothèse que la jeune fille est manipulatrice, la formatrice réitère fermement cette posture : « Parlons, je vous prie, comme si la personne absente était présente : est-ce que cette jeune fille accepterait qu'on dise qu'elle a inventé cette histoire ? *Ce que je dis doit être recevable par l'usager.* »

Farida s'étonne presque : c'est la première fois qu'elle expose une situation devant un collectif, d'autant que sa méthode est « de recevoir individuellement ». Mais voilà que le groupe se prononce : l'un dit qu'il y a obligation de saisir la justice ; l'autre que la demande doit émaner d'un membre de la famille ; quelques-uns encore commentent ce que propose la loi algérienne. Le désordre dans lequel avis, jugements, opinions fusent n'est guère soutenant pour la professionnelle. M.-C. Michaud s'exclame : « D'où la nécessité de travailler ensemble ! » Car, même s'il existe une loi

– qui protége cette adolescente et peut certes aider dans la situation –, elle ne règle pas tout, et les conséquences au sein de la famille sont souvent dramatiques. Aussi, la question est-elle plutôt : « comment parler de cette situation à d'autres professionnels, sans nécessairement partager le secret avec eux ? », ou encore « comment respecter la confidentialité d'une information tout en mobilisant d'autres professionnels ? »

LE SECRET PEUT CRÉER DES MALENTENDUS

« Un jour, une maman est allée voir l'assistante sociale de sa fille et lui a confié que celle-ci souffrait d'anorexie. Pensant qu'il s'agissait d'un secret, la professionnelle n'en a parlé à personne. Plus tard, une concertation a eu lieu, réunissant la famille et plusieurs professionnels, où la maman dit sa colère contre l'assistante sociale : en lui révélant l'anorexie de sa fille, elle attendait d'elle qu'elle en réfère au responsable de la cantine, au médecin, etc. qu'elle fasse donc circuler cette information en s'efforçant de trouver le meilleur moyen d'y parvenir ! Une telle situation ne montre-t-elle pas qu'il peut y avoir un décalage important entre un professionnel qui décide unilatéralement qu'une information est secrète alors que famille la dépose chez lui avec une attente bien différente... Ce décalage est alors source d'un malentendu sérieux. Nous pensons communément – dans certains cas, à tort – que le secret est quelque chose à ne pas divulguer, que c'est même un devoir de se taire. Ne s'agit-il pas, dans ce cas, de demander à la famille : "que souhaitez-vous que je dise et ne dise pas si je suis amenée à parler de vous a d'autres professionnels ?" » (M.-C. Michaud)

SÉLECTIONNER L'INFORMATION UTILE EN ASSOCIANT LA FAMILLE EST LE MEILLEUR MOYEN DE GARANTIR SON INTIMITÉ

Dans son article, V. Despret évoque un moment de sa pratique où elle se rend compte que la question du secret, en l'occurrence l'utilisation de l'anonymat pour décrire la situation des personnes réfugiées dont elle parle dans *La Clinique de la Reconstruction*, doit en réalité être réfléchie et discutée avec chacune des personnes concernées. En postulant que la formulation anonyme conviendrait pour protéger les personnes réfugiées avec lesquelles elle travaillait, elle n'a pas « donné droit au secret » mais l'a « imposé » : « en d'autres termes, j'avais pris le pouvoir sur la définition du secret. » Or, rappelle-t-elle, le professionnel n'est pas *propriétaire* du secret, il n'en est que le *dépositaire*. Il donne la possibilité de parole à l'usager, lui permet de négocier l'information qui peut circuler, et l'autorise ainsi à « prendre position par rapport à qui a le droit de définir ce qui doit rester séparé de ce qui peut être séparé. » M.-C. Michaud, interpellée par une participante sur la question de l'anonymat, répondra : « aborder une situation de manière anonyme laisse entendre que nous avons quelque chose à cacher. Je préfère quand même nommer les gens : cela me force à ne parler de cette famille qu'en termes partageables. »

Trier l'information utile avec la famille, ou comment passer du secret à cacher au « bien-parler »

Un professionnel en difficulté peut dire à l'usager : « j'ai besoin d'en parler à d'autres professionnels, comment voulez-vous que je parle de vous ? » En faisant état de sa propre perplexité, il peut, avec l'aide de l'usager, ne pas descendre de son piédestal. « Réussir à ouvrir cette porte est un moment de haut professionnalisme. » (M.-C. Michaud) L'usager qui demande de l'aide au professionnel fait une démarche importante ; il est intéressant que le professionnel puisse dire que lui-même a besoin de l'aide d'autres professionnels, sans pour autant dénier sa propre expertise. Dans cette perspective, il souhaite associer l'usager au tri de l'information partageable afin de vérifier avec lui ce qui peut circuler. Si l'usager est présent, les informations qui passent sont celles qui sont nécessaires, utiles. Dans une « Clinique du Relais » par exemple, si un professionnel A évoque la situation de grande détresse d'un usager au professionnel B en son absence, sans s'être mis d'accord avec lui au préalable, A risque de noyer B sous une masse d'informations non hiérarchisées, de les lui livrer en vrac, et B ne saura qu'en faire. L'enjeu est donc que, dans le champ de recouvrement entre A et B, l'usager soit présent afin qu'il participe à la sélection de l'information. Le professionnel prendra soin de sélectionner et d'expliquer, avec l'aide de l'usager, ce qui peut être transmis. Il y aura débat. Il s'agit d'une négociation, le professionnel pourra formuler son désaccord et dire à l'usager que s'il tait telle ou telle information, il est coincé : « en me demandant de ne pas dire cela, vous me bloquez, je ne sais pas comment faire, nous allons devoir chercher ensembles. »

Le souci du « bien-parler » et de mettre en valeur les ressources

La sélection des informations faite en présence des usagers est bien plus fiable. Les professionnels qui se donnent la possibilité de communiquer à la famille ce qu'ils ont à partager, reconnaissent par là – en la respectant – sa force convocatrice et ses prolongements. Celle-ci vérifie que le professionnel se préoccupe de bien parler d'elle, et qu'il ne se focalise pas exclusivement sur l'information à caractère secret.

D'ailleurs, travailler seul en étant porteur d'un secret est dangereux, l'intervenant risque d'en faire ce qui définit l'ensemble de la problématique familiale. Le recours au travail de réseau et à la concertation est donc essentiel dans ces cas-là. Il permet d'élargir la vision, et de sélectionner d'autres informations – autres que le secret – susceptibles d'être utiles. D'autant que les relations intra-familiales ne sont pas que

tensions, désaffection, abus de pouvoir : « dans le sociogénogramme, une flèche bleue n'est pas qu'une flèche d'incompétence, de lacune, de maladresse, elle est aussi chargée d'affection. Vous avez l'obligation de considérer qu'il n'y a pas que des choses alarmistes et négatives. » (M.-C. Michaud) Par exemple, concernant la situation évoquée par Farida, on devra tenir compte des informations délicates et secrètes d'une part (l'inceste, la toxicomanie du frère, le décès du père, l'échec scolaire de l'adolescente) ; mais d'autre part, aussi, de l'intérêt de la grande sœur pour la petite, de la maman pour le frère. L'objectif est d'identifier les ressources, afin que l'information qui circule entre professionnels puisse restituer de la fierté à l'usager. « En parlant de ce qui va bien, nous donnons davantage de chances à ce qui ne vas pas d'aller un peu mieux. » (M.-C. Michaud)

PARLER DE CE QUI FAIT HONNEUR

Au cours de la formation, deux familles participant à une « Clinique de Concertation », diront leur souhait que les professionnels originaires de leur région ne soient pas présents. Le Dr Lemaire y voit un signal fort : « cela indique que nous sommes réputés pour mettre notre nez dans ce qui fait honte aux gens. » Il ne tient qu'aux professionnels, cependant, de faire évoluer cette vision : « c'est à nous de rappeler que nous ne sommes pas là uniquement pour nous intéresser aux problèmes, mais aussi pour cultiver ce qui fait honneur aux gens. »

En Italie, les comptes-rendus des « Cliniques de Concertation », ont été comparés avec des articles de journaux à propos de la même situation. La différence était flagrante : dans les premiers, mille précautions sont prises, tout le monde prend le temps de se présenter, chaque parole est pesée, calculée, progressive ; dans la presse, au contraire, les usagers sont malmenés, l'intrusion des journalistes est d'une grande brutalité, ils sont tellement à l'affût du scoop qu'ils ne ménagent personne.

La « Clinique de Concertation » a construit une responsabilité de travail, dont le but est d'assurer une rigoureuse sélection des informations partageables, et de les revalider en permanence. La « bonne réputation » d'« École et famille » (banlieue parisienne) par exemple, s'est construite très vite : « les familles savent désormais qu'il s'agit d'un lieu où l'on parle de ce qui leur fait honneur. Elles sont moins méfiantes et savent que pour parler de ce qui fait problème, on s'organise en plus petit comité. » Le mouvement consiste à commencer par parler des informations qui font honneur, « pour ensuite aborder ce qui fait honte, et aller chercher ce qui fait honneur dans ce qui fait honte ». C'est pourquoi, insiste le Dr Lemaire, il est essentiel de travailler sur la *réputation du réseau* : « à Bab El Oued, quelqu'un s'est demandé : "le fait de travailler sur la réputation du réseau ne changera-t-il pas, du coup, la réputation du quartier tout entier (populaire, pas très sûr, etc.)" ? À Flemmale, en Belgique, nous avons beaucoup travaillé sur un quartier appelé "Chicago", en raison des événements violents qui s'y déroulaient. Il est, aujourd'hui, pris en exemple pour les solidarités qui s'y développent. »

Dans cette quête des informations utiles, le professionnel procède par étapes. Le mouvement consiste à aller du plus praticable au moins praticable. Il part des informations partageables et utiles, et, prudemment, avec l'usager, progresse vers celles qui sont moins partageables, pour éventuellement atteindre les informations à caractère secret. Les familles sont reconnaissantes aux professionnels qui prennent semblables précautions.

ALLER DU PLUS PRATICABLE AU MOINS PRATICABLE

M.-C. Michaud, constatant que Farida a beaucoup travaillé seule avec cette famille fait une suggestion : plutôt que de se focaliser sur l'information à caractère secret, se tourner vers les informations utiles et partageables. Cependant, quelles que soient les questions posées pour défocaliser, élargir, détecter des ressources, les réponses cadenassent tout, restant dans le registre de l'impossibilité, de l'impuissance. C'est, semble-t-il, l'impasse. Pour preuve, ce court échange :

M.-C. Michaud : si vous n'élargissez pas votre quête aux informations qui peuvent circuler, si vous vous focalisez sur l'information à caractère secret, vous n'y arriverez pas et vous prendrez des risques. Il faut vous décentrer. Qui s'occupe du frère ?

Farida : il est le chef de famille.

M.-C. Michaud : y a-t-il des professionnels qui le connaissent ?

Farida : tout le monde sait qu'il se drogue, mais personne ne peut agir.

M.-C. Michaud : y a-t-il d'autres professionnels ?

Farida : aucun. Il fait peur à toute la famille. Le seul fil que j'ai trouvé, c'est la sœur.

M.-C. Michaud propose alors une phrase qui contient peut-être l'information la plus opérationnelle pour travailler avec l'ensemble de la famille et des professionnels : « cette jeune fille consulte une conseillère d'orientation à l'école ». C'est peut-être le point de départ le plus praticable pour commencer à construire un cadre de travail : « si vous avez l'envie et la force de réunir des personnes (directeur, surveillant, maman, sœur aînée, grand frère – et en associant ce frère, vous activez la part du chef de famille qu'il est aussi, pas celle du toxicomane), vous pourrez leur dire : "voilà une jeune fille en détresse qui a des difficultés. Je vous réunis pour voir comment nous pouvons l'aider." Le but est d'arriver à dire *des choses simples qui favorisent la rencontre. L'information utile* n'est pas l'information qui est à cacher *mais au contraire celle qui peut mettre en lien.* Plus tard, vous pourrez aller vers quelque chose de plus intime et aborder un autre type d'information, de l'ordre du privé. Si la famille était présente, nous n'échangerions que des informations à caractère public. »

En constatant que le professionnel est surtout soucieux de parler de ce qui fait honneur, ou plutôt, qu'il est disposé à négocier ce dont on peut parler (de ce dont on est fier comme de ce dont on a honte), l'usager, de concertations en concertations, gagne en confiance, et en intimité. Le secret, objet de négociation, change de rôle. « Il ne sépare plus. Il n'a plus

la fonction de création d'intimité » dit V. Despret, car l'usager n'est plus soumis à cet impératif – repéré par la philosophe, et bien plus subtil que celui pesant sur le thérapeute – « de partager, et donc de faire exister des choses secrètes ». L'usager n'a plus à subir l'exigence, tacitement imposée, favorisée du moins, par le dispositif en alcôve, de révéler son intimité. Dans ces conditions, affirme V. Despret, « l'intimité se construit autrement ». Cela est d'autant plus vrai que les familles en grande difficulté, dispersées, éclatées, pensent souvent qu'elles doivent tout déverser aux professionnels, et espèrent qu'en distribuant les informations, elles obtiendront plus facilement l'aide qu'elles attendent. Or, lorsque le professionnel leur dit : « nous allons réfléchir ensemble à ce que je peux dire et ne pas dire de vous », il les invite à reconsidérer ce qui est de l'ordre du public et du privé, à construire des frontières entre les informations qu'elles donnent sur elles-mêmes. L'usager participe directement au contrôle de ce qui se dit de lui. « Dans les temps de la prise en charge, les frontières bougent : il y a un premier temps, au début, où l'on ne peut parler des choses à caractère secret, puis un second temps, quand la confiance est installée, où l'on peut. » (M-C. Michaud). Ce travail commun de discrimination assure une transmission plus qualitative que quantitative des informations.

L'INTRUS, LA PLUS FIABLE DES BALISES

La présence des intrus dans le groupe est d'autant plus utile : elle « pose de manière plus criante encore la question du secret, de la confidentialité et de l'intimité » note V. Despret. Pour preuve, les commentaires, qu'elle cite, d'intervenants ayant fait l'expérience de la concertation, et dont la préoccupation du secret semble métamorphosée, voire inversée. L'un d'eux dira : « je pense que la présence de non-concernés, est une garantie de secret. Quand on est entre nous, on a tendance à tout déballer, trop parler (...). » Et un autre de souligner : « on apprend qu'on peut travailler en s'abstenant ». Un autre affirme encore : « le nombre de professionnels va permettre à la famille de retrouver l'intimité. » Un dernier a cette phrase paradoxale : « plus il y a d'intrus, moins il y a d'intrusion »[3]. Il s'agit là d'un déplacement radical : les intrus deviennent les garants de l'intimité des usagers et veillent sur la responsabilité collective du travail. V. Despret voit ainsi se profiler une autre définition de l'intimité, qui ressortirait « de la capacité à se contenir, d'avoir une réserve en quelque sorte » ; intimité possible parce que « le dispositif ne veut pas encourager le déballement mais plutôt la sélection de ce que la famille juge utile de partager ».

LA TENDANCE AU DÉBALLEMENT

On le vérifie dans de nombreuses situations exposées pendant les modules : le professionnel donne une avalanche d'informations aux participants qui, fascinés, écoutent. À une occasion, le formateur (M. Caccavo) interrompt la narration : « le récit est déjà trop riche pour moi ! À mon avis, il est stérile d'aller plus loin. Ce récit nous hypnotise, mais s'il apporte trop d'informations, il ne nous aidera pas. Aucun d'entre nous n'a encore eu vraiment recours au sociogénogramme comme outil aidant à gérer la "déconcertation". Mon unique sensation est d'être noyé par d'innombrables détails très importants. (...) Le travail le plus épuisant pour moi est précisément la sélection des informations utiles, car ces situations de grande détresse sont très lourdes pour nous, professionnels. »

Lorsqu'un professionnel « s'emballe » dans son récit, l'inciter à se contenir relève d'une compétence et d'une responsabilité collectives : tout le groupe est impliqué. Cette remarque résonne d'ailleurs en écho aux propos du Dr Lemaire, qui, lors d'un des premiers modules (septembre 2006), alors qu'une professionnelle rend compte d'une situation, en appelle déjà à la vigilance du groupe : « chacun est là pour veiller à ce que l'information ne déborde pas, nous sommes vigilants ensemble pour sélectionner les informations en fonction de la sensibilité de chacun. Et dites-vous toujours que la sensibilité de l'intrus est la plus proche – car il est à distance – de celle des gens dont nous parlons. »

NOTES

1. Proverbe kabyle « *Yezenz el aârdhik* ». Allusion à une attitude qui consiste à répandre l'information, essentiellement d'ordre intime, sans se préoccuper de la sélectionner, et sans ménager celui qui est concerné par elle. La « Clinique de Concertation » préconise exactement le contraire.
2. Despret V., « Le secret est une dimension politique de la thérapie » in T. Nathan, *La Guerre des Psy, Manifeste pour une Psychothérapie Démocratique*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 2006, pp. 153-178.
3. Formule de Thierry Maupeu, infirmier à Royan, citée dans l'article de Halleux L., Lemaire J.-M., « Entre exclusion et inclusion : la clinique du relais », in JDJ-RAJS, n° 276, juin 2008, pp 18-23.

CONVERSATION AVEC LE Dr LEMAIRE

Quel est le baromètre pour savoir si, dans une « Clinique de Concertation », l'échange risque de devenir une enquête, une intrusion ?

Tout simplement en disant devant tout le monde que chacun peut interrompre le processus à tout moment : « J'attends de la part de tous les membres de la famille, et du groupe, que personne n'hésite à m'arrêter si jamais mes questions explorent des choses qui n'ont pas leur place ici ». C'est une façon d'inviter tout le monde à gérer ensemble l'information. Ce qui est important, alors, c'est le débat autour du malaise. Le « Clinicien de Concertation » remarque, par exemple, qu'une jeune fille échange des regards inquiets avec son éducateur, il dira : « je sens que vous hésitez à partager quelque chose, mettez-vous d'accord tous les deux, à l'écart ». C'est une manière de leur donner la possibilité de choisir de partager avec nous ce qu'ils sont d'accord de partager. Le sociogénogramme est un instrument à utiliser avec prudence. Il peut être intrusif et risque de révéler des choses que l'usager veut garder sous silence (je l'ai éprouvé très fort avec les migrants clandestins, qui vivent dans la hantise d'être identifiés). Mais si on invite tout le monde à contrôler le rythme du groupe, il me semble que nous sommes incités à la prudence. Il reste que cette vigilance n'est pas acquise d'emblée. Elle se travaille, se cultive.

Avec M.-C. Michaud vous dites souvent qu'il faut savoir user de la pédagogie du détour...

Dans le tour de présentation, on commence toujours par les professionnels, pour que les familles puissent se faire une idée de ce qu'elles peuvent dire. En resituant de manière plus large la sélection et la circulation de l'information, on se donne la possibilité de faire ces détours. Ainsi, on ne va pas demander de but en blanc à une mère : « est-ce que vous subissez des violences ? » On va plutôt commencer par lui demander si elle travaille, ce qu'elle fait de son salaire, qui la soutient. On procède pas à pas... Nous définissons et reconstruisons avec la famille les frontières entre ce qui est public et privé. Une « Clinique de Concertation » s'est récemment tenue dans un collège avec le papa et ses trois enfants. Le dernier, quatorze ans, avait été exclu de l'école pour

indiscipline. Le papa était blond, les deux autres enfants aussi, seul le dernier était brun, avait la peau foncée. Petit à petit, nous nous sommes rendus compte que ce garçon avait un problème à se faire accepter dans la communauté, à se faire adopter par son entourage. Nous avons demandé au père : « est-ce que votre fils a connu des épisodes où il a été difficile pour lui de se faire accepter ? » Le papa a demandé à son fils s'il pouvait en parler, l'adolescent a dit non. En fait, il avait été adopté, mais nous n'avons pas eu besoin d'en parler. Pour nous, le meilleur moyen de mettre en évidence quelque chose est parfois de ne pas en parler... De cette manière, le fils a pu voir que son père respectait cette partie-là de son histoire. C'est, éventuellement, dans un autre espace que la question de l'adoption sera abordée. Autre exemple : un père qui a des problèmes avec l'alcool fait du tapage presque tous les soirs. On ne va pas immédiatement aborder la question de la désintoxication, mais voir, dans un premier temps, ce qui est praticable : comment faire en sorte que le scandale se réduise un peu, en disant par exemple que cela rend difficile la vie des enfants à l'école, etc.

Vous insistez par ailleurs sur la nécessité de soigner le travail d'information des responsables institutionnels.

Cette démarche est essentielle pour qu'ils puissent comprendre que le travail thérapeutique se fait aussi dans des lieux qui ne sont pas « labellisés » comme tels (par opposition au cabinet de consultation, à l'hôpital). Pour qu'ils comprennent que *notre choix consiste à déplacer les compétences vers les ressources*, et que, par conséquent, nous pouvons être amenés à travailler dans des lieux « bizarres », moins stigmatisants, et où l'on peut cultiver les ressources résiduelles. La force convocatrice des familles nous fait inventer des choses, et il faut tenir au courant les responsables administratifs, politiques de cette évolution. Ceux-ci ont des missions d'évaluation, ils veulent des résultats tangibles. Or le travail itinérant, les déplacements, sont, il est vrai, difficiles à calculer. La rentabilité du travail thérapeutique de réseau est compliquée à évaluer. Les tenir informés demande donc de l'endurance. Comme ces responsables ont le pouvoir, leur intervention peut, parfois, se manifester par une forme de rigidité. C'est une manière de se protéger, leur position est difficile. Il faut donc les aider, et pratiquer la pédagogie du détour. Un exemple : lors de la journée de capitalisation à Boumerdes, les responsables étaient là. Ils ont vraiment découvert en quoi la formation avait consisté. Ils ne pensaient pas que des professionnels pouvaient présenter des situations à quatre ou cinq. Pour eux, les intervenants sont des

gens un peu... « agités ». Ils ont pris conscience du travail si précieux qu'ils fournissaient. Le travail thérapeutique de réseau a un aspect aléatoire, difficile à repérer. Il dépend de nous de bien l'expliquer et de le formaliser auprès des responsables. En précisant ce que ça coûte, ce que ça rapporte.

AMEL OU LA SOLITUDE DU PSYCHOLOGUE DE FOND

Amel est psychologue, elle travaille au sein d'une association qui active dans une petite localité de la région, où elle se rend chaque jour en minibus. Elle fait partie de ces quelques professionnels qui assistent aux deux formations, « Gestion des détresses multiples » et « Clinique de Concertation ». En décembre 2006, lors d'un module de « Gestion des détresses multiples », elle évoque pour la première fois une situation qui la met en difficulté. Cette dernière a la dimension d'un « cas d'école » – elle traverse plusieurs modules et réunions de suivi tel un motif récurrent – tant elle concentre d'enjeux : l'isolement du professionnel, la transgression du cadre, la circulation de l'information, les figures thérapeutiques du travail de réseau...

SITUATION

Amel est activée par le directeur d'un établissement scolaire qui, lui-même activé en amont par une enseignante, se fait du souci au sujet d'un garçon, Farid, âgé de quatorze ans, toujours en classe primaire, très turbulent, insolent, agité. La psychologue demande à voir l'adolescent dans son bureau. Il s'y rend et lui parle sans réticence : son père, au chômage (il perçoit la pension de l'arrière grand-mère paternelle, qui vit avec eux), a des problèmes de consommation d'alcool. Il les bat, lui, sa mère et sa sœur de six ans. Il est par ailleurs connu dans le village pour ses activités commerciales à la limite de la légalité, et tout le monde, d'après Farid, a peur de lui. C'est pourquoi, confie-t-il, il fait exprès d'être turbulent pour que les professeurs s'occupent de lui. Ceux-ci sont tétanisés parce qu'ils ont peur de son père, y compris le directeur. Amel demande alors à ce dernier de convoquer le papa, un matin à 10h, qui se présente, mais à 9h. Il attend Amel dix minutes, puis s'en va. Elle continue à recevoir Farid régulièrement dans son bureau, ses notes s'améliorent. Il dit qu'il ne veut pas ressembler à son père : « si les gens continuent à m'ignorer, je risque de devenir comme lui ! » Par le biais de l'association, Amel trouve un travail au père, l'ambiance est meilleure dans la famille lui avoue Farid. Un jour, elle essaie d'accoster le papa (des élèves le lui montrent de loin), n'y parvient pas, le suit jusque chez eux, et décide alors de frapper à la porte. Le papa l'accueille correctement, et Farid semble heureux que quelqu'un parle avec son père. Amel dit au papa qu'elle a vraiment envie d'aider son fils, il la remercie et promet de passer la voir la semaine suivante – mais il ne vient pas. Farid lui explique qu'il a l'habitude de s'absenter pendant un

ou deux mois. Amel remarque par ailleurs que Farid a pour ami le fils de l'enseignante, un excellent élève. Elle demande qu'ils soient assis côte à côte pendant les cours. En outre, elle décide de réunir toute la classe (essentiellement des doublants), et demande à chacun des élèves d'indiquer les matières où il a des difficultés : tous ont des problèmes avec l'arabe et les maths. Les élèves proposent d'utiliser l'heure de rattrapage pour travailler ces deux matières, l'enseignante accepte et le climat, dans la classe, s'améliore nettement. L'enseignante se soucie de Farid, lui témoigne de la sollicitude, et parfois, lui donne même un peu d'argent.

À mesure qu'Amel expose les faits (mention des moindres faits, gestes, paroles), il est de plus en plus difficile d'avoir du recul. La psychologue dépose sa détresse au sein du groupe, qui, lui-même déconcerté, la presse de questions, disperse sa narration. Dans ce contexte – quoi de plus normal ? –, difficile de hiérarchiser l'information, de la sélectionner. Maîtrisant son débit (elle parle en kabyle, le formateur et moi suivons la traduction que Saliha a la patience de nous faire), Amel donne, à voix très basse, mille détails – autant d'anecdotes marquantes pour elle, initiatives parfois risquées qui, sans conteste, méritent d'être reconnues. Mais, à force de vouloir tout représenter sur le sociogénogramme, on s'embrouille. Le formateur, Damien Bael, appelle d'ailleurs à la vigilance : « attention, c'est l'activation qui compte, c'est elle, et seulement elle, qui doit être représentée par une flèche. On ne peut dessiner toutes les actions sur le sociogénogramme. » Il insiste : revenir au sociogénogramme est une façon de ralentir ce déballage, en étant sensible à chaque étape du processus de construction du récit et de ses implications. Le malaise culmine lorsqu'Amel donne une information extrêmement délicate. (À cet égard, on la sent hésiter – résistance ultime[1]. Il y a cependant comme un effet d'entraînement, et elle finit par « céder ») : Farid lui a confié qu'il se prostituait parfois pour subvenir aux besoins de sa famille. Consternation. (La description séquentielle, faite par le Dr Lemaire, de ce qu'éprouvent les professionnels devant des situations hypercomplexifiées se vérifie.) Il me semble alors que tous nous sommes pris dans l'ambivalence suivante : conscience rétrospective d'avoir, par notre curiosité, notre fascination, acculé Amel à révéler ce secret ; impression de détenir maintenant une information tellement lourde qu'elle encombre.

LA TENTATION DE « TOUT DIRE »

Dès le premier module, le Dr Lemaire, au sujet d'une situation où une professionnelle, pressée par le groupe, avait le souci de « tout dire » d'une situation, avait eu les paroles suivantes : « la tentation est de dire ce que l'on croit être "tout" (car il y a le culte du "tout dire"), mais en réalité, c'est

impossible, on néglige forcément des choses dans le récit. (...) La question à se poser, à cette étape-là, est : comment allons-nous gérer nos questions à la professionnelle concernée ? Car si vous ne mettez pas de garde-fous, elle peut s'emballer dans son récit, et, emportée dans l'élan de l'exposé, elle risque de donner bien trop d'informations. C'est là qu'intervient le travail collectif : ensemble, vous devez être vigilants, pour sélectionner les informations. » Mais c'est bel et bien d'un apprentissage qu'il s'agit ; ce n'est que petit à petit, au fur et à mesure, que la vigilance du groupe s'aiguisera. Nous sommes encore loin de ce dispositif qui, associant l'usager à la sélection de ce qu'il est utile de partager, veille à ne pas encourager le déballement et cultive l'art de se contenir.

Le lendemain, lorsque le travail reprend, chacun a la tête plus froide mais Amel a des remords : elle a l'impression d'avoir été déloyale envers Farid. Amel est rattrapée par ses réflexes professionnels : sa responsabilité lui impose de garantir un espace clos, un lieu étanche à la confidence. Or elle a transgressé cette règle. D. Bael tempère : Farid a déposé tant de choses chez elle qu'il est normal qu'elle ait été débordée. Elle est dans le désarroi – sans son « grand arroi », rappelle-t-il, remontant à l'étymologie du mot qui désignait, naguère, l'équipage escortant une personnalité en déplacement. Amel n'est donc pas *protégée, entourée*. Elle gagnerait à réfléchir à un dispositif qui assure un accompagnement à plusieurs, elle ne peut plus continuer seule. Autant, dès lors, « rembobiner » le récit et, sur la base du sociogénogramme, décomposer étape par étape ce qui s'est construit avec Farid, en ayant le souci de répondre à la question suivante : « comment faire pour qu'Amel ne reste pas seule dans le processus d'aide ? »

LE SOCIOGÉNOGRAMME

Comme il force à ralentir, on peut disséquer les circuits d'activation et se demander : « que fait Farid pour ne pas rester seul avec sa détresse ? » On remarque d'abord qu'il active indirectement l'enseignante, laquelle, se chargeant d'assumer une partie de la détresse de Farid, décharge ensuite une part de la sienne chez le directeur, qui, à son tour, active Amel.

L'IMPORTANCE DE LA PRATIQUE DU RELAIS

En activant la psychologue, le directeur lui donne un mandat, une mission. Il n'organise pas une « Clinique du Relais » mais effectue une simple orientation. Cette étape-là, gérée sans doute avec une trop grande rapidité, mériterait peut-être d'être reconstruite. Ainsi, un jeu de rôles mettant en scène Farid, Amel, et le directeur, donne l'occasion de revenir sur les informations partageables et de constater que le secret peut nous mettre au travail sans nécessairement en révéler le contenu. « Un secret nous dit plus de vérités qu'il ne nous en cache. » Dans cette « Clinique du Relais », qu'est-ce que Farid va entendre de sa propre vie, de la bouche du directeur, des soucis que nourrissent ces deux adultes à son égard ? L'idée est également

de redonner sa place à chacun : le directeur a activé la psychologue pour lui « refiler la patate chaude », la laissant seule avec cette responsabilité. C'est l'occasion de repréciser son rôle à lui, et d'en appeler à son autorité (envoyer des lettres, accompagner Amel quand elle se rend dans la famille de Farid, etc.). Sachant qu'il est vital de maintenir le lien avec l'école, seul lieu de socialisation faisant contrepoids à la rue.

EN QUÊTE DES RESSOURCES

L'entretien individuel dans le travail d'alcôve est une offre de parole ; or, les adolescents sont en général mal à l'aise avec la parole. D. Bael note que Farid « fait un cadeau immense » à Amel en « se donnant » à elle comme il le fait, en venant dans son bureau lui raconter son histoire (alors même que c'est un espace où l'on se rend pour être aidé, et identifié comme tel). Mais l'objectif est de construire un cadre qui force le tête-à-tête avec Farid, l'ouvre, et l'élargisse à d'autres. Où aller chercher des ressources ? Auprès des professionnels concernés ; de la famille ; au cœur même de la relation avec Farid. Ne négliger aucune piste. Par exemple : Amel n'est pas la seule à avoir transgressé le cadre. L'enseignante, on l'a vu, l'a précédée, celle-ci est donc une alliée avec laquelle la psychologue peut tenter de travailler. Quant à la confiance de Farid, Amel semble l'avoir gagnée, mais elle doit veiller à ne pas se focaliser sur le secret, car le risque de rupture est évident. La sollicitude que témoigne la psychologue est un processus d'accompagnement qui s'inscrit dans le temps, l'adolescent voudra en vérifier la fiabilité régulièrement, c'est pourquoi Amel doit rester un référent pour Farid. « Même si les échecs se répètent, se multiplient, il ne faut pas lâcher, il faut s'acharner, prendre des nouvelles, s'inquiéter de lui... » (D. Bael) Très engagée dans cette relation, la psychologue peut essayer de mener de front deux démarches : l'une, individuelle (par exemple en travaillant sur l'estime-de-soi de Farid, afin de « cerner en quoi il se fait *encore* honneur, où résident *encore* quelques parcelles de sa fierté en lui-même » (D. Bael), l'autre, plus collective. À cet égard, l'initiative avec la classe de Farid est judicieuse. Amel réussit à valoriser l'adolescent tout en élaborant une solidarité de groupe. « Mon souci était de lui montrer qu'il n'était pas le seul à avoir des difficultés. » En « inventant » ce dispositif, elle met en place un réseau de solidarité, et offre la possibilité à Farid de se révéler dans un « groupe d'affiliation positive » – ni dans la famille ni dans la rue. D. Bael commentera plus tard une partie du travail tenté en grand groupe : « ce qui est difficile, c'est d'amener un recadrage qui tempère la difficulté d'aborder certaines situations au-delà de l'aspect de jugement, du poids du diagnostic. Il fallait aller dans le sens d'une recherche des ressources, de relever par exemple la partie du "don" apportée par Farid, de ce que cela mobilise aussi chez les autres, dans la famille ou chez les intervenants. »

Après cette première discussion en groupe, Amel se sent mieux. Mobiliser le directeur et l'associer dans une action concertée est une option qu'elle retient, un premier pas, en tout cas, vers ce travail collectif qui s'impose. Vouloir travailler avec toute la famille – elle semble l'admettre sans difficulté (après que le formateur s'est exclamé

« mais vous voulez aller trop vite ! ») –, serait brûler les étapes. Il n'empêche que, le lendemain de la formation, le 20 décembre, alors qu'Amel expose la situation en réunion de suivi, les choses semblent quelque peu se brouiller à nouveau, et seul le travail avec la famille occupe les esprits. (En fait, les présents sont les participants à la « Clinique de Concertation », ils la découvrent donc, et éprouvent la même fascination que leurs collègues de « Gestion des détresses multiples »). Dans son récit, Amel donne des détails supplémentaires qui confirment la puissance de son engagement à l'égard de Farid, et la solidité du lien de confiance. On salue son audace, elle a transgressé les règles de la consultation classique, *en allant vers* la détresse (jusqu'au domicile de Farid), se rendant visible auprès du papa, se montrant disponible à aider, sans énoncer un seul jugement. Mais le groupe, peu attentif à la possibilité de rallier d'autres professionnels aux côtés d'Amel, se focalise sur le travail avec la famille. Or, on le pressent, si Amel continue à déployer seule autant d'efforts, elle risque de s'épuiser. Et l'on repense à une remarque du Dr Lemaire, commentant une situation où toute l'attention était concentrée sur la famille : « on peut difficilement faire une thérapie familiale si on n'élargit pas le travail à un réseau ». Ainsi, l'un va malaisément sans l'autre. L'enjeu est de comprendre que l'imbrication entre les différentes figures du travail thérapeutique est étroite, qu'il est bon de savoir passer du colloque singulier à la « Concertation Clinique » dans un va-et-vient souple et serré à la fois : « c'est une réalité mouvante à laquelle on apprend à s'adapter chaque fois. »

D'ailleurs, lors d'une seconde réunion de suivi (10 janvier 2007) la situation est à nouveau abordée. Le travail sur les liens dans la famille semble piétiner, le groupe réfléchit alors à l'éventualité d'impliquer un service qui soit plus contrôlant. Il envisage d'activer la Direction de l'Éducation, suggérant à Amel de travailler avec le directeur de l'école la possibilité de saisir sa tutelle par écrit pour que celle-ci s'implique, notamment auprès du père, et l'empêche de retirer son fils de l'école. D'autant que les textes ministériels mentionnent l'obligation de scolarisation des enfants entre six et seize ans.

Quatre mois plus tard, en avril 2007, la psychologue présente à nouveau la situation, mais dans un module de « Clinique de Concertation » ; soit devant *un groupe* et *un formateur* (le Dr Lemaire) différents. Qu'est-ce à dire, sinon que son désarroi persiste ? Après l'exposé, elle interpelle le groupe avec anxiété : « ai-je mal fait mon travail ? » Son récit – elle le reprend depuis le début, puisque la majorité

rité des participants n'a pas assisté à la réunion de suivi du 20 décembre – rend pourtant compte d'une incontestable maturation, même si la situation s'est compliquée depuis les vacances d'hiver – et davantage encore depuis peu.

SITUATION (SUITE)

Après les vacances, Amel apprend en effet que Farid ne fréquente plus l'école. Elle interroge sa petite sœur : le papa l'a envoyé travailler chez un oncle à Béjaia. Amel obtient son numéro de téléphone, arrive à lui parler ; Farid lui promet de revenir. Ils conviennent d'un rendez-vous, et le jour dit, il est là, à l'attendre. Entre-temps, elle a convaincu le directeur d'accepter sa réintégration dans l'école. Le travail de consultation avec Farid s'interrompt. En revanche Amel voit régulièrement la maman. D'après celle-ci, la cohabitation est très difficile avec l'arrière-grand-mère, invalide, et inconditionnelle à l'égard de son petit-fils (le papa de Farid). La maman la qualifie de tyran. Il y a à peine quelques jours, la psychologue aperçoit Farid dans la rue alors qu'il aurait dû être en cours. Elle demande des explications au directeur qui l'informe que Farid a frappé une élève parce qu'elle avait insulté son papa. Le père de la fille s'en est mêlé, tous les jours celui-ci l'attend à la sortie de l'école pour lui donner une correction. Farid a donc fui. Amel précise que même si les obstacles sont nombreux, l'école s'implique davantage. Auparavant, tout le monde redoutait le papa de Farid, mais depuis qu'elle s'occupe de l'adolescent, l'école est redevenue un espace référent, et le directeur est moins pusillanime dans l'exercice de son autorité.

TRAVAILLER SANS RÉVÉLER LE SECRET : UN EXERCICE ÉTHIQUE À L'ÉPREUVE DU GROUPE

Un fait marquant : aucune information délicate n'est, cette fois, révélée. Si Amel peine encore à hiérarchiser les informations utiles, elle semble sûre d'une chose : elle ne dira rien de celles qui sont délicates. Loyauté à l'égard de Farid ? Conviction qu'il est possible de travailler sans elles ? Les deux sans doute. Amel *tient bon*... aidée en cela par Saliha Kebbas, qui, prenant la parole (« parce qu'Amel m'a autorisée à parler de cette situation »), introduit une formulation praticable : « Farid fait énormément de choses pour assumer le rôle du papa. » L'engagement de l'adolescent est ainsi mis en exergue, validé, sans qu'on sache pour autant les formes qu'il prend – tout au plus devine-t-on, à la gravité du ton de Saliha, qu'elles peuvent, parfois, être dangereuses pour Farid.

[Formulation qui corrobore l'attitude préconisée par le Dr Lemaire dans un autre module, au sujet d'une situation : « une jeune fille était hospitalisée dans notre service. La rumeur disait que sa maman était prostituée. À l'école, certains connaissaient cette information, et la jeune fille savait qu'autour d'elle circulait une information concernant sa mère. Comment empêcher la circulation d'une information clandestine, comment lever un interdit ? Nous avons réussi à extraire la partie partageable de cette information en disant que cette maman *mettait en risque son honneur, sa santé, pour survivre*. C'est le travail de groupe qui nous a permis de réagencer, de reformuler. »]

Tant de précautions intriguent une participante qui, avec prudence toutefois, s'étonne : « Il me semble qu'Amel a omis de parler de quelque chose... C'est à elle de voir... » Brouhaha, désordre, chuchotements : *ceux qui savent* se mettent à susurrer à l'oreille de *ceux qui ne savent pas*. Moment pénible, où ceux qui savaient n'ont pu se retenir, profanant ainsi – non par malice, mais parce que cela a été plus fort qu'eux – le choix d'Amel. Tentation irrépressible à laquelle moi-même je ne résisterai pas, plus tard, dans la soirée, dans une conversation à bâtons rompus avec le Dr Lemaire où nous commentions la journée de formation...

Amel souffre d'isolement. En premier lieu, aucun professionnel participant aux formations n'est actif dans la région où elle pratique. Ensuite, sur son lieu de travail, certains voudraient la dissuader de persévérer arguant qu'elle prend des risques graves, que cette affaire la dépasse, qu'elle a ouvert la boîte de Pandore. Autant laisser tomber, lui soufflent-ils... Ainsi, son environnement n'est guère soutenant. Enfin, et surtout, Amel pense avoir mal fait en négligeant le père (en partie parce qu'il lui fait un peu peur) : « Peut-être n'ai-je pas traité le vrai problème, c'est-à-dire le papa ? »

SOUTENIR LE PROFESSIONNEL

Amel, encore très seule, risque de se fourvoyer et de s'épuiser ; il n'y a pas de « vrai » ou de « faux » problème, la situation doit être envisagée dans sa globalité, et l'alcoolisme du papa ne peut évidemment pas se régler par une simple cure de désintoxication. Mais d'abord : soutenir Amel, valider sa témérité, son endurance : « je trouve que vous avez été très courageuse de frapper à la porte du père, par exemple. Et vous avez toujours veillé à impliquer Farid. Vous ne "lâchez pas le morceau" comme on dit, vous persévérez, c'est remarquable. Peut-être n'avez-vous rien construit avec le père, mais vous avez gagné la confiance du fils. » Et le formateur de renchérir un peu plus loin : « les coordinations spécifiques qu'Amel a organisées, les liens avec les professionnels qu'elle a tenté de nouer sont tout à son honneur, et il faut saluer ce travail. »

ÉVITER DE POLARISER LA SITUATION

Amel n'a pas à se demander ce qu'elle a « fait de mal » : les liens au sein de la famille sont manifestement peu praticables (fuites du père, mésentente entre la mère, seule avec deux enfants, et l'arrière-grand-mère paternelle). Il est donc normal qu'elle ait tenté de tisser des liens au sein du contexte institutionnel : « On peut imaginer que le tissu relationnel qu'Amel a construit avec l'école lui permettra, peut-être, de toucher la famille. » Certes, un risque existe: que la situation se polarise, et que le pôle institutionnel fasse bloc contre la famille. C'est pourquoi, la psychologue doit essayer de tenir celle-ci informée, en ayant en tête l'idée de gagner, à terme, sa participation. « Ce qu'Amel a fait était remarquable : elle a multiplié les efforts et les tentatives de contact avec le père. Ainsi, lorsqu'on est en difficulté vis-à-vis d'un membre de la famille, même si on n'a pas de

> sympathie spontanée, il faut essayer de redoubler d'attention. (...) Dans ces moments-là, nous devons être encore plus vigilants. Nous ne dirons pas : "le père de cet adolescent est un incapable, un salaud !" Nous ferons attention à nous exprimer comme s'il était présent. » S'appuyer sur l'école – faire en sorte que Farid s'y maintienne –, tout en essayant d'impliquer la famille, sans se laisser décourager par l'instabilité qui y règne... C'est toute la difficulté du travail d'Amel.

Amel a très clairement besoin d'être soutenue, (« on sent l'inquiétude qui monte, Amel redoute que l'adolescent subisse un dommage grave ») et seul le réseau est en mesure de lui apporter cette aide. Faire intervenir la justice, par exemple, n'est pas une décision anodine, elle ne peut se prendre qu'à plusieurs. D'autant qu'enclencher un travail de contrôle peut rendre les choses plus difficiles.

Par la suite, Amel ne reviendra plus sur la situation, et dans les groupes, le sujet ne sera plus abordé – ce qu'on peut regretter, et qui met le doigt sur un des points insuffisamment travaillé des formations, à savoir le suivi des situations. (Il a été suggéré de faire de courtes « mises à jour » d'un quart d'heure tout au plus, sur les situations déjà évoquées, afin d'en connaître l'évolution, et d'y porter un nouveau regard à la lumière des thématiques traitées dans les modules – le Dr Lemaire insiste sur la nécessité de s'en tenir à ce strict minutage pour laisser la place aux situations nouvelles et s'efforcer d'être dans une rationalisation du temps –, mais le quotidien des professionnels et la quantité des situations sont tels qu'il est difficile de respecter cette discipline.) Par la suite, Amel a tenu au courant quelques-uns des professionnels, les informant que Farid avait repris l'école, qu'il s'était calmé en classe, sans donner de détails sur la situation générale.

Lorsqu'on interroge Amel prudemment sur le cours qu'ont pris les choses, elle dit tranquillement que tout est allé beaucoup mieux. Économe dans sa réponse, elle a cette phrase : « Farid a pu être sauvé ». On n'en sait pas vraiment plus. On aimerait pourtant. Frustration déjà éprouvée dans d'autres situations. Amel se tait, puis sourit, et murmure – car Amel n'est que murmure, calme et discrétion – sa gratitude : « c'est grâce à lui que j'ai pu être acceptée dans ce village. Avant, on me considérait comme une étrangère, une intruse, on se méfiait de moi. Mais ils ont vu que je ne lâchais pas Farid, que je tenais bon. À partir de ce moment, ils m'ont fait un peu plus confiance. » Puis elle s'assombrit légèrement, évoque un autre garçon, « un enfant perdu » celui-là, pour lequel elle n'a rien pu faire. Encore un murmure : « Farid, lui, avait encore un peu d'innocence ».

Comme il me plaît de penser que l'innocence puisse être, en quelque sorte, une ressource résiduelle. La racine du mot ne signifie-t-elle pas « être exempt de toute blessure, physique ou morale » ? Et je me souviens alors de ces lignes lues il y a peu : « en espagnol, le mot *inocente* désigne une personne qui essaie de ne pas faire du mal aux autres, mais est *aussi* capable de guérir le mal qu'on a pu lui faire. »[2]

NOTES

1. Résistance qui se rapprocherait peut-être du malaise croissant décrit par V. Despret « qui a accompagné, au cours de ces dernières décennies, la présentation des cas, en psychiatrie, ou en psychologie, lorsque des patients étaient présentés face à des auditoires d'étudiants »... Doute qui aurait quelque chose à voir avec ce « bégaiement face à l'intimité » qu'elle évoque dans son article : « Le secret est une dimension politique de la thérapie » in T. Nathan, *La Guerre des Psy, Manifeste pour une Psychothérapie Démocratique*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 2006, pp. 153-178.
2. Estés C., *Femmes qui courent avec les loups, Histoires et mythes de l'archétype de la femme sauvage*, Grasset, Le livre de Poche, 1996. Elle continue : « *La inocente* est également le nom qu'on donne souvent à une guérisseuse, une *curandera*, celle qui soigne. Être innocent, c'est se révéler capable de voir exactement ce qui ne va pas et d'y remédier. Être innocent, c'est éviter de faire du mal aux autres, tout en ayant la capacité de soigner les autres et soi-même. »

LES FIGURES DU TRAVAIL THERAPEUTIQUE DE RESEAU

« On ne peut applaudir d'une seule main »[1]

Dans le travail de réseau, il est essentiel que tous les intervenants construisent des éléments de langage intelligible pour chacun d'entre eux. Les concepts ont des définitions précises. C'est la condition *sine qua non* pour que fonctionne le réseau. Identifier très clairement chaque figure du travail thérapeutique de réseau procède de ce préalable.

LES DIFFÉRENTES FIGURES DU TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE DE RÉSEAU

Hiérarchie morcelante, hiérarchie globalisante et articulation dynamique

La « Clinique de Concertation » part d'un constat : le travail à huis clos n'est pas nécessairement adapté à toutes les situations ; il n'y a pas que l'alcôve qui garantit un cadre thérapeutique. Il s'agira dorénavant de réfléchir, entre professionnels de réseau, et en collaboration avec la famille, au dispositif le plus adéquat ; de s'interroger, ensemble, sur la figure la plus juste, à un moment donné. La « Clinique de Concertation » propose différentes possibilités d'ouverture du travail : de l'alcôve (l'espace confiné, le bureau capitonné de la consultation) jusqu'à la place publique (c'est-à-dire, sous une forme extrême, les tribunaux, les quotidiens, etc.), chaque figure thérapeutique correspondant à un degré d'ouverture différent.

Affirmer que la famille est co-experte, avec le professionnel, du degré d'ouverture adéquat est par ailleurs un axiome de la « Clinique de Concertation ». On postule en effet que le fait de choisir avec les familles aussi bien l'information utile (chapitre précédent), que le dispositif qui convient, a en soi, déjà, un effet thérapeutique. Ceci ne signifie pas pour autant que les membres des familles soient omnipotents (excès dans lequel le Dr Lemaire reconnaît qu'il a pu tomber, au début du moins, « comme pour "rembourser" les familles des injustices qu'elles avaient subies, notamment de la part des institutions psychiatriques, qui fonctionnent souvent par abus de pouvoir »).

DE L'ALCÔVE À LA PLACE PUBLIQUE

« Je rencontre souvent des professionnels qui ne connaissent qu'une forme de figure de travail thérapeutique : le colloque singulier. Le problème, c'est qu'à force de comprimer une famille qui menace d'exploser, en la maintenant dans l'espace clos de la consultation, elle finit souvent par éclater sur la place publique, et devenir l'objet d'une rubrique de faits divers dans la presse. Dans ces cas-là, il est trop tard, on n'a plus le temps de rien. Alors que la "Clinique de Relais", la "Concertation Clinique", sont des entre-deux, des figures intermédiaires, où il est précisément possible de prendre le temps de choisir l'extension adéquate du travail relationnel activé par une difficulté. »

Pendant longtemps, la consultation a été retenue comme le seul dispositif à portée thérapeutique, ce travail en alcôve étant considéré comme le comble de la compétence, alors que la coordination – c'est-à-dire une réunion entre professionnels en l'absence des familles concernées – était vécue au mieux comme accessoire, au pire comme un « mal nécessaire ». En réaction à cette « hiérarchie morcelante », « nos premiers travaux ont préconisé, dans un climat fortement polémique, l'ouverture à l'extrême ("hiérarchie globalisante"), critiquant et stigmatisant violemment – à tort – le travail en alcôve. » Après le temps des querelles (caractérisées par leur radicalité et leur manichéisme), vient le temps de l'intégration représentant les différentes figures du travail thérapeutique de réseau sur un cercle annulant la question de la hiérarchie :



Il ne s'agit pas pour autant d'un « un jeu de l'oie » à cases (avec une figure « de départ », une figure « d'arrivée ») : tous les dispositifs ont leur intérêt. On ne nie pas l'utilité de l'entretien individuel, on affirme seulement qu'il existe des situations réclamant d'autres types de réponse,

et qu'il faut s'y préparer, afin de se donner la liberté de choisir le dispositif qui convient. On peut ainsi « abandonner définitivement la hiérarchie traditionnelle, plaçant au sommet la consultation individuelle, et au bas de l'échelle, les pratiques de réseau, et considérer que ces pratiques peuvent se placer en cercle, permettant, par une simple rotation, de valoriser l'une ou l'autre des figures, en fonction des indications. »[2] Toutes les figures de réseau ont donc leur valeur et l'enjeu est de se réserver la possibilité de pratiquer l'une et l'autre, en passant de l'une à l'autre selon les indications.

Le professionnel directement impliqué, celui qui prend la responsabilité de la situation, choisit en dernier ressort avec la famille l'option appropriée. Le dispositif collectif est certes un moment où la responsabilité est partagée, mais *in fine*, celle-ci reste l'apanage du professionnel directement concerné. « Tout se passe comme si on déplaçait un curseur, glissant tantôt vers plus d'ouverture, tantôt vers la fermeture. »

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DU TRAVAIL CONCERTATIF MENANT AU CHOIX DE LA FIGURE THÉRAPEUTIQUE DE RÉSEAU

Avant d'en arriver à choisir avec la famille la figure la plus adéquate, le professionnel a assuré les prémisses du travail concertatif, autant d'étapes qu'il gagne à respecter :

1- dessiner le sociogénogramme : pour « survivre » à une situation déconcertante et qui le déborde, le professionnel fait ce gribouillis, ce *tikherbich* – de préférence en présence de la famille ;

2- maintenir une attention multidirectionnelle : grâce au sociogénogramme, le professionnel directement concerné garde « l'œil léger », c'est-à-dire qu'il est attentif aussi bien à la famille (et à tous ses protagonistes) qu'à son environnement, son regard balaye des champs de plus en plus étendus ;

3- vérifier auprès des responsables de service la faisabilité des démarches entreprises ;

4- organiser une coordination : cette étape, facultative, s'impose lorsqu'il y a des divergences entre professionnels sur les pratiques et les théories ;

5- envoyer l'invitation : elle a, en en-tête, la liste de toutes les personnes invitées (le professionnel donne la possibilité à la famille de choisir qui elle souhaite avoir à ses côtés) ;

6- choisir la figure du travail thérapeutique de réseau, et le lieu où se tiendra la rencontre.

LES DIFFÉRENTES FIGURES DU TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE DE RÉSEAU

Les figures placées dans le cercle et détaillées ci-dessous s'articulent entre elles, il n'existe aucune hiérarchie discriminante. Toutes ont leur importance, toutes doivent exister dans la « boîte à outils » du professionnel.

TYPOLOGIE DES FIGURES DU TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE DE RÉSEAU[3]
Colloque singulier, Clinique de Consultation = 1PdC + 1 ou XudC + Ag + Ag
Passage = 1PdC + 1PpC
Clinique du Relais = 1 ou XUdC + 1PdC + XPpC
Coordination = XPpC
Concertation Clinique = XUdC + XPdC + XPpC + 1CC facultatif + Ag + Ag + Sg
Clinique de Concertation = XUdC + XPdC + XPpC + XPndC + 1CC + Ag + Ag + Sg

En général, l'intervenant a besoin d'ouvrir son espace de travail et de recourir à un dispositif plus large quand « il n'en peut plus ». À ce moment, l'intervenant peut avoir le sentiment d'une chute de compétence dont il ne peut se remettre que s'il a l'occasion de collaborer, de partager – s'il peut formuler son désarroi et transformer l'obstacle en occasion à rebondir. En effet, s'il peut partager : « je n'en peux plus, j'arrive aux limites de ma compétence spécifique ; en tant que travailleur de réseau, j'en appelle maintenant à ma compétence relationnelle (a-spécifique) » (celle qui consiste à établir un relais par exemple), alors, il convertit sa faiblesse en force, et atteint même un pic de professionnalisme. Cette détresse, il la partage aussi avec la famille (il est bon de lui dire : « j'ai besoin d'un élargissement, d'une ouverture, et nous allons choisir ensemble ») – mais prudemment.

Le réseau – s'il est bienveillant – joue alors un rôle essentiel de soutien.

APPRENDRE A DEVENIR UN RÉSAU SOUTENANT
Un réseau n'est pas en soi soutenant, il apprend à le devenir. Kahina Bennacer révèle un jour le mal qu'elle a eu à se remettre d'un épisode difficile avec le groupe.
C'était au début de la formation, alors qu'elle relatait une situation particulièrement délicate, qui l'avait gravement déstabilisée. Tandis qu'elle prenait le risque de s'exposer, le groupe a cédé au jugement, au reproche, à la condamnation même. Frappée d'anathème, Kahina s'est sentie plus fragilisée encore : « le groupe m'a traitée très durement (...). Depuis, je suis totalement bloquée, je n'ose plus exposer de situations... » La bienveillance ne va donc pas de soi, le réseau s'exerce – c'est un apprentissage, une discipline, une exigence – à ne pas être menaçant. « Votre égard doit aller aux familles mais aussi aux professionnels. Tout est une question de forme : on peut être dans la critique, mais on doit lui donner une forme acceptable, afin qu'elle soit constructive. » Deux participants avaient néanmoins tenté de rappeler à l'ordre le groupe, essayant de prendre soin de Kahina. L'un dit : « il faut veiller à ne pas juger le travail de Kahina, en disant : "tu aurais dû faire ceci ou cela !" Nous sommes là pour la soutenir elle est dans le désarroi et prend le risque de le partager. J'ai appris une chose fondamentale : il faut remercier le professionnel qui prend ce risque. » (Boualem) L'autre : « on ne peut juger les professionnels, dire s'ils ont bien fait ou mal fait. (...) En parlant ainsi, on risque de culpabiliser Kahina. » (Rahim) Un infime temps de latence (la pause-café) avait d'ailleurs suffi pour que certains participants se reprennent et s'excusent : « je tiens à m'excuser car j'ai pu, sous l'emprise de l'émotion, dire des choses qui ont pu blesser Kahina. » (Lila) Bien plus tard, dans une réunion de suivi (en juillet 2008), Kahina aura l'occasion de confier qu'elle sent le groupe bien plus mûr en la matière. Qui d'autre, mieux qu'elle, eût été apte à le dire ?...

Distinguer radicalement le passage et l'orientation de la « Clinique du Relais »

Quand un intervenant, au cours, ou au terme d'une consultation (colloque singulier), fait une orientation (ou un passage), il se contente de donner conseil à l'usager ; la démarche peut s'accompagner d'une lettre, ou, parfois, d'un coup de téléphone au professionnel vers qui se rend l'usager. La « Clinique du Relais » est une figure radicalement différente dont les mécanismes sont riches et complexes.

Exemple : un médecin de la Ligue est activé par une maman inquiète pour sa fille au sujet d'une question liée à la sexualité. Il peut se contenter de les orienter vers un gynécologue et rédiger une lettre à l'adresse de son confrère : c'est une *orientation*, un *passage*[4]. Mais peut-être choisira-t-il, alerté par d'autres problèmes dans la famille – qu'il devine ou qui lui sont exposés, mais qui ne relèvent pas de sa compétence –, de se déplacer avec les usagères chez le gynécologue : c'est une *pratique du relais*[5]. On passe de la pratique du relais à une « *Clinique du Relais* » lorsque ce relais est installé dans le temps et prend une dimension processuelle grâce à l'espace qu'il occupe dans les agendas des protagonistes[6].

Une des spécificités essentielles de ces deux dernières figures réside dans le fait que *l'usager est présent*, associé à toutes les étapes du processus. L'usager peut, de la sorte, observer les deux professionnels se demander de l'aide mutuellement et travailler leur complémentarité, opérer dans un champ de recouvrement. Le relais est une étape vitale, que tout travailleur de réseau doit maîtriser. Cependant la démarche n'est pas évidente au premier abord. Lorsqu'il prend conscience des limites de son champ d'intervention, le professionnel doit savoir faire le deuil de son omnipotence. C'est douloureux, il peut avoir le sentiment d'être « incapable ». Mais pour peu qu'il ne soit plus effrayé par ce moment, qu'il s'accorde cette halte (un relais est aussi un endroit où

l'on fait une pause, se repose), l'étape peut se révéler très fructueuse – car le deuil prépare à une naissance. Il est donc important de soigner la forme et le dialogue respectueux entre professionnels. L'intervenant sollicité peut tout à fait remettre en question le travail de celui qui le sollicite, mais en veillant toujours à reconnaître, autant que faire se peut, sa compétence : il s'agit de partages de responsabilité, non de pertes de pouvoir. Il ne serait pas constructif que l'usager assiste à un rapport de force. C'est, du reste, une autre vertu de ce dispositif : il donne à l'usager le statut d'un intrus, en quelque sorte, susceptible de garantir un climat responsable, dans lequel les professionnels sont tenus de veiller à bien parler de lui. Enfin, dans ce dispositif, on parie sur le fait que l'usager, témoin de cet échange, éprouve une plus grande confiance, et se sente, par « imprégnation », incité à imiter semblable conduite, et à installer une qualité de lien similaire dans sa famille.

L'APPRENTISSAGE PAR IMPRÉGNATION DIRECTE OU INDIRECTE

Cette hypothèse est en partie fondée sur une théorie élaborée par Albert Bandura, inventeur du concept d'apprentissage *vicariant* ou apprentissage par expérience directe[7]. Celui-ci peut survenir *sur une base vicariante* (de « *vicarious* » en anglais : par procuration, de substitution), c'est-à-dire en observant le comportement des autres et les conséquences qui en résultent pour eux. L'individu observe son entourage et, si les conséquences observées sont positives – si, également, il se sent apte à le faire –, il tentera d'imiter ce qu'il observe, s'engageant ainsi dans l'expérience. La « Clinique de Concertation », dans le prolongement de cette réflexion, postule que si la possibilité est donnée aux usagers d'observer des professionnels en train de travailler dans le respect et l'égard, dans la précaution et le partage des responsabilités, ils tendront à agir de manière similaire au sein de leur famille.

Dans le travail thérapeutique de réseau, perçu comme un mécanisme, la figure du relais est sans doute l'un des rouages le plus décisif. Si les professionnels apprennent à la pratiquer systématiquement, il y a fort à parier que le réseau dans son ensemble fonctionnera de mieux en mieux.

LE RELAIS, UNE FIGURE SPÉCIFIQUE

Ainsi, dans une situation évoquée par Saadia Bekkal, psychologue dans un service d'oncologie, le Dr Lemaire revient sur la différence fondamentale entre passage/orientation d'une part, et pratique de relais d'autre part. La professionnelle dit sa difficulté à aider une jeune femme qui fréquente l'hôpital pour des séances de chimiothérapie. Elle est dans un état de grande fragilité psychique, et a par ailleurs des liens compliqués avec sa famille. Une association très active, *El Ferdj*[8], présidée par une assistante sociale de formation très dynalique, qui a elle-même connu cette maladie, propose un accompagnement multiforme des personnes souffrant du cancer. (À cet égard, le Dr Lemaire note qu'il existe souvent des champs de recouvrement extrêmement fertiles entre les professionnels et les anciens malades qui, par la suite, se lancent dans des actions militantes.) Cette structure est connue dans la région. Sur la porte du service d'oncologie sont collées des affichettes listant ses objectifs, indiquant adresse et numéros de téléphone. À première vue, on pourrait songer qu'il est inutile d'organiser un relais, pour créer un champ de recouvrement, entre l'association – tout le monde la connaît, elle a une telle réputation ! – et le service d'oncologie. Mais le Dr Lemaire suggère de réfléchir à deux fois à ce scénario (Saadia accompagnant l'usagère d'un endroit à l'autre) : « l'affichette est un instrument qui est de l'ordre du passage et de l'orientation. Alors que nous, nous préconisons une pratique du relais. Il ne s'agit pas de dire si l'une ou l'autre des figures est meilleure, mais de réfléchir au travail possible dans le champ de recouvrement entre l'hôpital et l'association. La différence entre l'orientation et le relais se situe exactement au niveau de ces affichettes. On a une alternative : soit on opte pour l'orientation (on suppose que l'usagère recevra par hasard l'information en lisant l'affichette, ou si quelqu'un lui en parle), et son prolongement incertain ; soit on opte pour donner l'information à l'usagère et faire le déplacement avec elle. C'est un déplacement spécifique. Et l'usager est présent lorsque les professionnels A et B parlent de lui. »

La coordination, une étape parfois nécessaire

Facultative, elle est parfois organisée pour éviter que les professionnels directement concernés s'affrontent *grossièrement* devant la famille, si ce risque existe. Cette figure, qui réunit donc exclusivement des professionnels, consiste essentiellement à clarifier les missions des institutions dont dépend chaque professionnel. Étape intéressante, elle oblige surtout les professionnels à se mettre d'accord sur la complémentarité de leurs missions avant de discuter avec la famille. « Une famille apprécie rarement, par exemple, le dispositif du conseil de discipline pour son enfant : on la convoque, habituellement les professionnels ne se présentent pas, on lui annonce ce qui a été décidé pour elle, et c'est tout. C'est une situation douloureuse de fait accompli. La coordination, elle, invite les professionnels à se concerter : comment se mettre au travail avec la famille, comment organiser un accueil bienveillant ? Toutes ces questions sont posées, on y dessine le sociogénogramme, et on travaille plutôt les institutions (flèches vertes), les positions et obligations institutionnelles. » Si les professionnels se rencontrent pour évoquer un problème entre deux institutions (par exemple, la question de la circulation des informations entre l'association El Fedjr et le service d'oncologie), ils organisent une *coordination a-spécifique*. S'ils évoquent un cas particulier, il s'agit d'une *coordination spécifique*.

Il faut être vigilant, car cette figure comporte le risque de favoriser une alliance entre professionnels aux dépens des besoins de la famille. Elle n'est certes pas *contre* la famille, mais, la mettant ponctuellement de côté, elle peut la marginaliser. C'est pourquoi la coordination n'est pas un espace de décision, elle précède et prépare seulement la concertation : « j'ai souvent rencontré des familles qui disent aux professionnels qu'elles aimeraient bien savoir ce qui se dit en-dehors de leur présence, notamment pendant ces réunions de coordination. » (M.-C. Michaud) S'il n'est donc pas utile d'associer la famille à une coordination, il est bon de prendre le temps, en revanche, de lui dire que le réseau est en train de se construire, et que cette étape est nécessaire pour apprendre à parler le même langage : « avec M.-C. Michaud, nous nous sommes rendus compte combien il était important de le préciser aux familles. » D'ailleurs, si une coordination a lieu, un compte-rendu est généralement remis à la famille. Alors peut se tenir une concertation : que ce soit sous la forme d'une « Concertation Clinique », ou d'une « Clinique de Concertation ».

La « Concertation Clinique »

La « Concertation Clinique » réunit : les usagers, des professionnels directement concernés, des professionnels potentiellement concernés. Elle peut se tenir sans « Clinicien de Concertation ». La première concertation organisée dans le cadre de la formation a précisément été une figure de ce type. La rencontre s'est tenue au siège de la Ligue, autour d'une situation proposée par Saadia Bekkal[9] :

> Usagers (membres de la famille) : Walid, son père, sa mère, sa sœur, son oncle et sa tante paternels, ainsi que sa tante maternelle ;
> Professionnels directement concernés : Saadia Bekkal (psychologue suivant Walid), et deux enseignantes de Walid ;
> Professionnels potentiellement concernés : Fatma Mouheb (en tant que psychologue prenant le relais de Saadia, partant en congé de maternité), Saliha Kebbas (en tant que Secrétaire Générale de la Ligue, elle a accompagné Saadia dans diverses démarches pour organiser cette rencontre) ;
> Professionnels non directement concernés : Rabah Renai (conseiller d'orientation professionnelle), Dr Mustapha Bouzidi (psychiatre), Toufik Souki (conseiller juridique), Naïma Hedjel (psychologue), Ouerdia Boudiaf (enseignante).

Comme il s'agissait d'une première expérience, le Dr Lemaire anime la séance en tant que « Clinicien de Concertation ». Le lendemain, il remarque que dans sa pratique européenne, il n'a guère l'habitude de

recevoir la grande famille aussi tôt dans le processus. Ce qui lui permet d'émettre l'hypothèse suivante : « en proposant nous-mêmes un dispositif bien plus ouvert que la consultation, nous avons peut-être, intuitivement, répondu à leur attente ; ce qui expliquerait que la famille élargie ait été si tôt partie prenante ». Mais il rappelle ensuite que cette figure de la « Concertation Clinique » ne correspond qu'à un moment dans le processus, et qu'en aucun cas elle ne supplante le reste du travail : « Ce type d'intervention est un appui, une aide, pour essayer de valoriser et de fertiliser le travail de Saadia, mais il n'est pas question de se substituer à elle. Il s'agit là d'un travail collectif de soutien, à un moment donné du processus. »

La « Clinique de Concertation »

C'est dans le même état d'esprit qu'est abordée la figure de la « Clinique de Concertation », plus large encore, et de ce fait plus impressionnante. Elle réunit : les usagers, des professionnels directement concernés, des professionnels potentiellement concernés, le clinicien de concertation, des intrus. La présence des intrus est l'originalité majeure de ce dispositif, l'intrus étant toute personne n'ayant rien – peu ou prou – à voir avec la situation. Il est à noter que toutes les « Cliniques de Concertation » organisées dans le cadre de la formation ont toujours associé les participants, ayant tous, de ce fait, plus ou moins, un statut d'intrus, même si parfois, ils se transforment, au fil de la séance, en professionnels potentiellement concernés. C'est aussi l'avantage de cette instance formative que de permettre aux professionnels du réseau de mieux se connaître, et parfois de se découvrir. (Il est même arrivé qu'au terme d'une « Clinique de Concertation », un ou deux participants, *a priori* intrus, proposent directement à la famille son aide, convoqué et « recruté » par la situation, comme par exemple à l'issue de la « Clinique de Concertation » avec Meriem.[10])

Figure plutôt rare, elle est un « carrefour provoqué »[11], qui, au même titre que les autres, n'est qu'une étape parmi d'autres dans un processus : « il ne faut pas croire que la "Clinique de Concertation", qui se tient ponctuellement, remplace le travail quotidien des professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle. On y suspend les finalités immédiates, la recherche de solutions, pour réfléchir à mieux travailler ensemble. »[12] Il n'est que de revenir, à cet égard, à l'étymologie du mot « concertation » (*certare* en latin signifie « se battre », « chercher à obtenir une décision », « débattre », et son dérivé *concertare*, « rivaliser » ou bien au sens de « former un projet commun »[13]). La concertation

est ainsi une manière de « se battre ensemble » pour venir à bout d'une situation difficile dans un affrontement constructif – il y a nécessairement confrontation de visions différentes (médicale, psychologique, religieuse, etc.), mais avec le souci que, jamais, cela ne se fasse au détriment de la famille. Et quel moyen plus sûr pour y parvenir que de considérer la famille comme co-experte ? « L'originalité d'un tel dispositif tient en partie au débat conflictuel qu'il met en place, entre les divers professionnels et les usagers. Il s'agit d'un espace dans lequel on ne recherche pas le consensus, mais où l'on tâche de rendre les conflits praticables. On y discute des différentes façons de travailler, des différentes méthodes que les professionnels utilisent, en incluant, dans la recherche du cadre thérapeutique, les usagers eux-mêmes, experts du réseau qu'ils convoquent. »[14]

LA NÉCESSITÉ D'UN AGENDA : DONNER RENDEZ-VOUS AUX FAMILLES

Assurer un suivi après une « Clinique de Concertation » est une nécessité, car tout dispositif d'accompagnement s'inscrit dans une dynamique. Cela s'apprend et cet impératif-là doit, lui aussi, faire l'objet d'une maturation dans la formation.

Lors du dernier module, en octobre 2008, Lila interpelle le groupe à propos d'une « Clinique de Concertation » animée par M.-C. Michaud qui s'est tenue en février 2007. La famille s'est, par la suite, retrouvée « livrée à elle-même », sans suivi, seule Lila s'est démenée pour trouver un stage à l'une des filles, inscrire – en vain – le fils dans une colonie de vacances, etc., avec une dépense d'énergie étonnamment solitaire. Aujourd'hui, elle se demande comment faire pour que le fils puisse être suivi en consultation psychologique. Le Dr Lemaire ne manque pas de réagir : « je suis frappé par le contraste entre, d'un côté la richesse des liens qu'active Lila, même si ses efforts ne produisent pas toujours leurs effets, et de l'autre, la proposition d'une consultation psychologique. Ça me paraît un peu disproportionné. On pourrait supposer que chacun des membres de la famille puisse bénéficier d'une consultation privée, mais nous devons progresser par étape, il y a dans cette situation la possibilité d'activer un véritable travail de réseau. »

Il est bon de rappeler que cette « Clinique de Concertation » s'était tenue *ex abrupto*, pour ainsi dire, en réponse à une activation « à froid » d'une participante venant tout juste de rejoindre la formation, et qui surtout, par la suite, n'assistera plus à aucun des modules. En outre, en février 2007, on peut supposer que le groupe avait une moindre maturité ; sans doute n'avait-il pas encore saisi l'absolue nécessité d'articuler le dispositif de la « Clinique de Concertation » avec d'autres figures d'accompagnement. Le Dr Lemaire avait eu l'occasion de mettre en garde le groupe : « il faut être vigilant, car il y a toujours le risque qu'une situation suscite toute la sollicitude d'un professionnel pris dans la dynamique de la formation, et qu'ensuite, le suivi ne soit pas assidu. »

En relisant le procès-verbal, nous avons trouvé des pistes de travail ouvertes par la « Clinicienne de Concertation », qui pourtant n'ont guère été

explorées ensuite. M.-C. Michaud fait des propositions très claires, non suivies d'effets hélas. On peut aisément penser qu'il y a eu un malentendu entre la professionnelle directement concernée ayant activé la « Clinique de Concertation », et le groupe. Sans doute une mise au point sur les objectifs de ce dispositif s'imposait-elle. En ce mois d'octobre 2008, le Dr Lemaire prend une première précaution. Il dit à Lila que cette « situation laissée en suspens doit pouvoir être reprise, il n'est peut-être pas trop tard pour contacter les membres de la famille et la professionnelle directement concernée, afin de se retrouver pour réamorcer le processus. »

Cette rupture dans le suivi d'une situation est paradoxalement édifiante, même s'il est regrettable que cela se fasse aux dépens d'une famille. Elle doit servir d'enseignement, car elle démontre que la « Clinique de Concertation » n'a aucune valeur en soi si elle n'est pas considérée comme un dispositif parmi d'autres, nécessairement *précédé* et *suivi* d'un accompagnement de fond. Il est vrai que sur cette question, les psychologues sont peut-être les plus avantagés, parce que familiers de l'agenda. Après une rencontre, ils prennent rendez-vous. Ce réflexe doit être acquis par tous : « il est important que chaque professionnel utilise son agenda pour inscrire les situations dans un processus. Au terme d'une rencontre collective, il est essentiel de prendre date, de se mettre d'accord sur un nouveau rendez-vous. Une étude statistique a été menée dans le service des urgences à l'hôpital St Luc de Louvain en Belgique. À 50% des usagers passés aux urgences, un rendez-vous est donné à la sortie. Sur ces 50%, 20% le respectent. Aux 30% qui ne se sont pas déplacés, une lettre de relance est envoyée : 15% viennent alors, et disent combien le fait d'avoir reçu une lettre leur a fait du bien. Cela signifiait qu'on pensait à eux. Notez que même si le processus d'accompagnement prend fin, il faut le marquer par un rituel. »

NOTES

1. Proverbe arabe : « *Yad Wahda ma t'ssafak* ».
2. Halleux L., « Psychothérapie inauthentique », in Actes du 3e Congrès International de la « Clinique de Concertation », Paris, mars 2006.
3. Légende : C = concerné ; dC = directement concerné ; ndC = non directement concerné ; pC = potentiellement concerné ; CC = Clinicien de Concertation ; P = professionnel ; U = usager ; X = un certain nombre de ; Ag = agenda des usagers ; Ag = agenda des professionnels ; Sg = sociogénogramme.
4. Le passage implique un professionnel directement concerné et un professionnel potentiellement concerné.
5. La pratique du relais réunit un professionnel directement concerné + un professionnel potentiellement concerné + un ou plusieurs usagers directement concernés.
6. Le médecin a accompagné la maman et sa fille chez le gynécologue parce qu'un lien de confiance existe. Peut-être un rendez-vous sera-t-il ensuite fixé, sur la base de l'agenda de chacun, entre le médecin et les usagères pour, trois mois plus tard, faire le bilan. Ainsi, on parle de « Clinique du Relais » quand les liens sont construits dans le temps. Elle implique : un professionnel concerné + un ou plusieurs professionnel(s) potentiellement concerné(s) + un ou plusieurs usager(s) concerné(s) + l'agenda des usagers + l'agenda des professionnels.
7. Bandura A., *L'apprentissage social*, éditions Mardaga, 1995.
8. Voir portrait de Saadia Bekkal.

9. À l'époque, elle ne travaillait pas encore à l'hôpital.
10. Voir l'analyse de la « Clinique de Concertation » dans la partie « Rencontrer les familles ».
11. Jolie formule, selon nous, employée par Bouchra Kessai.
12. Halleux L., Lemaire J.-M., « Entre exclusion et inclusion : la clinique du relais », in JDJ-RAJS, n° 276, juin 2008, pp 18-23.
13. Définitions issues du *Dictionnaire étymologique du français*, citées dans l'article : Lemaire J.-M., « Liens soignés, liens soignant, "cliniques de concertation" et violences de quartier », in Cahiers de Psychologie Clinique, De Boeck, 28, 2007/1, pp. 99-120.
14. Idem.

CONVERSATION AVEC LE Dr LEMAIRE

« Clinique de Concertation », quelle étrange formule tout de même...

Le mot « clinique », en Europe, a une histoire, même s'il recouvre différentes réalités en fonction des régions. À l'origine, la formule « clinique freudienne » faisait clairement référence à la psychanalyse. Dans les études de médecine, les cliniques correspondent à des études de cas. C'est dans ce sens que le terme « clinique » a été intégré dans le vocabulaire du travail thérapeutique de réseau. C'est-à-dire : « comment les cas nous font travailler ». Le terme « concertation » a été ajouté car cette clinique se fait en réunissant plusieurs professionnels. Cette association de mot est assez audacieuse, voire provocatrice, car elle affirme que les effets thérapeutiques ne sont pas le monopole d'une seule profession (psychologue, psychiatre, psychothérapeute). L'essentiel est que les familles comprennent que les professionnels sont en train d'apprendre une démarche qu'ils connaissent mal, celle de travailler ensemble, et qu'ils n'hésitent pas à demander de l'aide à ces familles.

Est-il possible d'aller de la « Clinique de Concertation » à l'alcôve ?

Bien sûr. Si, à la sortie de l'école, des parents interpellent un conseiller d'orientation, on ne pourra pas répondre – dans un premier temps en tout cas – par des consultations en alcôve. Il faut être prêt à répondre à des situations collectives. En revanche, il y a des situations où l'usager veut se mettre en alcôve pour raconter quelque chose. Il ne faut pas toujours vouloir mettre les gens dans un bureau ; il ne faut pas non plus vouloir organiser des « Cliniques de Concertation » tous azimuts, tout le temps ! Toute la question est de *pouvoir s'interroger sur le dispositif le plus adéquat à la situation.* Il faut savoir accepter la dimension collective que la famille propose d'abord ; ensuite, il sera plus facile de se rendre dans l'alcôve. Il ne faut pas avoir peur de partir d'une situation large pour réduire au fur et à mesure : s'il y a trop de monde, il ne faut pas hésiter à choisir les personnes qu'on veut garder pour la « Clinique du Relais », et ensuite, arriver éventuellement au colloque singulier (l'alcôve) si c'est ce qui est recherché. Le travail en alcôve correspond à un réflexe qui nous a été enseigné, mais il n'est pas adapté à

tous les cas. L'idée est d'apprendre à réfléchir entre professionnels de réseau pour voir, en collaboration avec la famille, *quelle est la figure la plus juste*, qui lui convient à un moment donné, et qui peut ensuite évoluer.

Quand vous organisez des « Cliniques de Concertation », un professionnel peut-il refuser d'y participer ?

Mais nous lui demandons d'être clair dans ses arguments. Si un psychiatre décline l'invitation, il doit se contenter de dire : « cela ne me convient pas, je ne me sens pas à l'aise pour participer à ce travail collectif ». Or, il affirme souvent : « cela ne convient pas à la famille, je dois la protéger de ces ouvertures ». Pourtant la famille réclame cette ouverture ! Nous comprenons quand un éducateur refuse de venir parce qu'il est dans un pacte fort avec un adolescent et qu'il a peur de le rompre (le respect du pacte est très important avec les jeunes). Mais nous refusons que le psychiatre nous accuse de faire n'importe quoi, de prendre en otage la famille, etc.

Peut-être n'adhère-t-il pas à votre démarche pour des raisons théoriques...

Peut-être en effet, mais il faut en discuter. Je refuse que quelqu'un me dise que ma pratique n'est pas respectable. Certains, par exemple, estiment que nous faisons du travail social. Avec M.-C. Michaud, nous essayons en permanence de clarifier nos pratiques, afin qu'elles soient mieux comprises. Ainsi, le Conseil Général en France nous trouvait confus. Paradoxalement, cela nous a aidé : nous nous sommes efforcés de préciser notre pratique, nous avons renforcé nos appuis théoriques. Ils nous ont mis au travail sur des points très précis (le tour de présentation, les précautions à prendre avec la caméra, la division du procès verbal en une partie spécifique, et une partie générale). Tout cela s'est précisé au fur et à mesure de nos pratiques. On avance grâce aux critiques de nos collègues.

FATMA MOUHEB – MELHA HIDHEUR

Je rencontre aujourd'hui Fatma Mouheb et Melha Hidheur, toutes deux psychologues au siège de la Ligue. C'est un jour spécial car, ensemble, elles effectuent des relais ; relais de psychologue à psychologue, puisque Fatma, remplacée pendant son congé de maternité par Melha (depuis janvier 2008), est maintenant de retour. Les journées à venir sont ainsi consacrées à soigner la transition : préparer les usagers, familiers de Melha, à continuer le travail avec Fatma. L'exercice n'est pas simple. D'autant que ces deux jeunes femmes n'ont, en apparence du moins, rien de commun. Fatma parle bas, Melha plutôt fort. La première est tout en pondération, la seconde en exubérance.

Fatma, elle, rêvait d'être journaliste, de faire des reportages, d'être au plus près des gens – ce qu'elle fera, mais en devenant psychologue. Elle découvre la psychologie le jour où, pour s'inscrire à l'université, accompagnée de son vieux père portant *chechia* et costume, elle tombe sur un agent affable qui lui explique qu'avec sa moyenne elle ne peut intégrer la filière « journalisme » mais qu'en revanche, elle gagnerait à s'intéresser à la psychologie : « l'Algérie traverse une crise politique et sociale, le pays aura besoin de psychologues comme toi, prédit-il, on ne peut pas continuer à compter uniquement sur les professionnels étrangers. » Perspicace, le monsieur... Fatma se lance donc, et, au fil des années, ne regrette pas son choix, même si, voulant parfaire sa formation, elle regrette quelquefois de n'avoir pas toujours accès à la documentation : « je voulais m'enrichir par des lectures, mais il y avait ce hiatus entre l'enseignement en arabe, et la documentation, disponible essentiellement en français. » Après un stage pratique à l'hôpital Mustapha d'Alger, elle obtient son diplôme en même temps qu'elle découvre le terrain de l'urgence avec le séisme du 21 mai 2003. « Ça a été très brutal, j'ai commencé à exercer de but en blanc, j'avais peur de faire n'importe quoi. » Pendant ces mois éprouvants, elle se rapproche de Saadia Bekkal, autre collègue de promotion, qui lui parle de la Ligue, et en août 2003, Fatma rejoint la structure. Se succèdent ensuite quelques expériences, dont une, extrêmement stimulante, dans une

Unité de Dépistage Scolaire (UDS) à Tidjelabine. Elle travaille de concert avec les équipes éducative et médicale, apprécie la collaboration respectueuse qu'entre professionnels ils parviennent à assurer. Elle apprend à faire face aux détresses multiples qui abondent dans cette région difficile, où la violence politique sévit encore. Surtout que depuis l'automne 2003, elle suit le cycle de formation proposé par le CISP[1], auquel, elle et Boualem, à l'époque un collègue (et qui deviendra par la suite son mari), ainsi que Saadia et Farid, assistent régulièrement. « On mettait des concepts sur notre pratique antérieure, quel soulagement, quel encouragement aussi ! » Assez vite elle assure des consultations psychologiques bénévoles à la Ligue avant de devenir salariée dans le cadre des différents projets, entre autres avec le CISP – dont le dernier, « Citoyenneté et Reconstruction du dialogue ». Elle est une « ancienne » en quelque sorte, une des plus rôdées aux concepts du travail de réseau, et ses interventions lors de la formation, ciblées et perspicaces, le prouvent assez.

Melha, quant à elle, assure qu'elle voulait être psychologue « depuis toujours ». Peut-être parce qu'elle se sent héritière de son grand-père maternel, personnage réputé pour sa sagesse, et son talent à aider les autres : « l'envie d'aider est peut-être un gène qui se transmet... » dit-elle en plaisantant. Elle rappelle au passage qu'elle porte le prénom de sa grand-mère, paternelle cette fois, femme remarquable, qui a toujours pris grand soin de sa famille (petite et grande) : « ce n'est pas toujours facile, mais je dois être à la hauteur » déclare la jeune femme avec assurance – et une certaine allégresse, comme rendue plus forte par cette double ascendance. Elle rend, en outre, hommage à son père qui aurait préféré la voir s'engager dans une carrière plus « classique », mais l'homme, qui semble-t-il a élevé ses enfants avec une liberté de pensée exemplaire, lui fait confiance : « il sait que lorsque j'entreprends quelque chose je le fais bien ». Au terme de ses études – de psychologie, donc –, elle fait son stage pratique dans un hôpital d'Alger. La relation est tendue avec sa directrice de stage ; en représailles à son indépendance d'esprit, et parce qu'elle refuse toute connivence, celle-ci l'ostracise – « et aussi parce que je voulais transformer le lieu : chacun était dans son coin, moi, je voulais créer du lien ». Melha dit aujourd'hui,

1. Formation à la « Gestion des détresses multiples et sévères en situation de crise et d'urgence » (2003-2004), puis Formation à la « Gestion de crise psychosociale et à la prise en charge de familles en détresse » (décembre 2004-octobre 2005) dont la coordinatrice était Bouchra Kessai et le référent clinique et pédagogique, le Dr Lemaire.

toujours avec cet aplomb qu'on lui envierait presque – mais dont on sent qu'il peut aussi la desservir, pour peu qu'on le confonde avec de l'arrogance –, que cette expérience l'a forgée. Son père se propose de l'aider à s'installer à son compte, pour qu'elle ouvre un cabinet privé, mais selon elle, il est trop tôt : « ce serait une trop grande responsabilité, j'ai encore tellement à apprendre... » De fait, qui ne se souvient pas de Melha fraîchement débarquée dans la formation, qu'elle prend en marche avec enthousiasme, de son avidité à apprendre, de la facilité avec laquelle elle assimile les concepts, de la richesse des situations qu'elle expose ? « La formation a apporté de l'ordre dans ma pratique. Je suis plus méthodique maintenant. Et puis, avant, j'étais centrée sur moi, mes soucis, obsédée par les problèmes, les pathologies plutôt que soucieuse de repérer les ressources. » En quelques mois, Melha a, sans conteste, compris bien des enjeux de la formation. Les mettre en pratique, en revanche, est une autre histoire...

Et pour l'heure, il faut bien faire l'expérience du relais avec Fatma. Melha souligne encore sa frustration, elle a vraiment du mal à se séparer des usagers qu'elle accompagne depuis tous ces mois, « surtout qu'ils ont fait un transfert positif ». Un compromis a été trouvé : après son départ de la Ligue, elle se propose d'assurer des consultations bénévoles un jour par semaine, maintenant ainsi le lien avec ceux qui lui sont le plus « attachés ». Fatma, pour sa part, ne cache pas ses appréhensions (bien qu'elle soit « experte » en la matière, puisque c'est elle qui, déjà, avait pris le relais auprès de Saadia Bekkal, concernant, notamment, Walid). Elle dit qu'elle a peur de reposer des questions auxquelles les usagers auront déjà répondu avec Melha, qu'elle redoute de redessiner le sociogénogramme. C'est pourquoi, d'ailleurs, elle a préparé à l'avance quelques formules susceptibles de sécuriser ses interlocuteurs : « permettez-moi de revenir sur quelques points, même s'ils ont déjà été abordés avec ma collègue » ; « on va refaire ensemble le sociogénogramme, j'espère que vous n'y voyez pas d'inconvénient » ; « j'aimerais vous expliquer à nouveau mon rôle, même si ma collègue l'a déjà fait ». En fait, elle n'a qu'un souci : éviter qu'ils se sentent découragés, qu'ils aient l'impression de repartir à zéro, « parce que il est évident que je ne vais pas, au sens propre, assurer une "suite" à ce que Melha a entamé, je ne serai pas dans l'exacte continuité, ce sera forcément différent. D'autant qu'une quinzaine de personnes est concernée, elles ne pourront pas toutes être préparées... ». Aussi Melha et Fatma ont-elles décidé de soigner cette étape avec les usagers

qui semblent les plus fragiles. Le scénario est le suivant : Melha assure sa consultation, annonce, au moment de fixer un nouveau rendez-vous, qu'elle doit quitter la Ligue, et explique à la personne qu'une autre psychologue va prendre le relais. Elle demande l'autorisation de la faire entrer, pour une rencontre à trois de quelques minutes, où seront faites les présentations, transmises quelques informations. J'ai pu – l'usagère, une jeune fille de dix-sept ans, avait donné son accord – assister à ce moment intermédiaire et déterminant. Ma présence a certainement influencé, perturbé ou enrichi le dispositif, mais, malgré nos manières quelque peu affectées, notre bien involontaire raideur, quelque chose est passé, qui, assurément, était de l'ordre de la considération et de l'égard. Le temps de parole de chacune des professionnelles aurait sans doute gagné à être plus équitablement réparti, l'évocation du départ de Melha dédramatisée (dé-théâtralisée en quelque sorte), la sélection des informations effectuée avec plus de rigueur. Mais la qualité du climat régnant dans la pièce était palpable. Et Fatma, concentrée, les yeux rivés sur la jeune fille en larmes, sans jamais se départir de sa douceur, s'est adressée à elle avec une fermeté incroyablement rassurante.

Plus tard, Melha, volubile, revient sur la difficulté de faire le deuil de toutes ces relations naissantes, et conclut, sans malice : « mais je me sens rassurée, je connais Fatma ». Laquelle, à ces paroles, sourit subrepticement – avec un soupçon d'indulgence. Car Fatma sait que l'étape du relais est une épreuve délicate. Davantage encore avec une « novice » du travail de réseau, dont la vitalité et l'empressement laissent parfois une moindre place aux autres. Melha – Fatma l'a compris –, a le zèle des néophytes. Elle apprendra à le tempérer, acquérant progressivement les réflexes de la concertation, du partage des responsabilités. Elle y travaille déjà (avec Saadia Hellal, par exemple, la juriste), mais oscille encore entre cette conscience neuve, qui demande à mûrir, et une incompréhension enfantine devant la crispation de certains collègues, cette vague réprobation qui flotte parfois dans l'air : « si je prends la parole aussi souvent, ça ne veut pas dire que je veux briller, ou que je prétends tout savoir », confie Melha, légèrement dépitée. Heureusement, Rabah, si sage et prévenant[2], a dit un jour, avec son ineffable douceur, qu'elle était une « boule d'énergie » : « ça m'a fait du bien de l'entendre » lâche-t-elle, la mine un tantinet boudeuse.

2. Rabah Renai, psychologue de formation, il est conseiller d'orientation professionnelle et participe à la formation à la « Clinique de Concertation ».

L'énergie de Melha est évidemment une compétence. Bienvenue et précieuse. Il s'agit seulement de la mettre à profit pour que, de manière utile et constructive, elle côtoie celle des autres en bonne intelligence. C'est une affaire de temps, de patience et de pratique. Et Fatma, en vieille « routière » du réseau, a manifestement sa tranquille petite idée là-dessus.

DÉLÉGATIONS MASSIVES, MULTIPLES ET DISCRIMINÉES DEMANDES ET DEUILS

« Dieu nous préserve des épreuves qui seraient au-dessus de nos forces »[1]

Après le sociogénogramme et l'analyse des activations, un exercice plus minutieux encore s'impose, renforçant la méthodologie du travailleur de réseau. Il consiste à examiner dans le détail les flux de *délégations* qui circulent entre les différents protagonistes d'une situation. La « délégation » est en effet un concept-clé permettant d'observer « à la loupe » les relations aussi bien intrafamiliales, que familio-institutionnelles, et interprofessionnelles. L'intervenant procède par étapes : il repère d'abord les délégations ; puis les dissèque et répertorie les demandes qu'elles abritent ; enfin, il les trie et les hiérarchise. Autant de phases qui préparent la mobilisation du réseau à bon escient.

LA DÉLÉGATION, UN PROCESSUS PAR DÉFINITION AMBIVALENT

L'ambivalence au cœur de la délégation

Toute relation se compose de « flux » de délégations. H. Stierlin, thérapeute de famille, a plus précisément étudié la manière dont les délégations régissaient les liens intrafamiliaux. S'intéressant à l'étymologie du mot (dé-*leg*-ation), il en a extrait le terme « legs », lié à la notion d'héritage. Déléguer c'est en quelque sorte *transmettre*, charger quelqu'un, de manière plus ou moins explicite, d'une mission. Exemple : des parents dont le niveau d'instruction n'est pas très élevé n'auront de cesse que leurs enfants réussissent dans leurs études. Cette préoccupation correspond à une délégation formulée de manière plus ou moins claire.

Une délégation est en outre une « commission confiée par une personne à une autre pour que celle-ci agisse en son nom »[2], définition qui permet d'élargir l'approche de H. Stierlin. La « Clinique de Concertation » propose, à cet égard, de ne pas se cantonner aux relations intrafamiliales (un

1. Proverbe kabyle : « *Aour aghdyefk rabi ayen oumou nezmirara* ».
2. *Le Petit Robert*, Dictionnaires Le Robert – VUEF, 2003.

papa délègue à la maman la mission d'emmener leur fils qui zézaie chez l'orthophoniste), et d'utiliser également le concept de délégation pour analyser, dans le réseau, les relations familio-institutionnelles (la maman délègue à l'orthophoniste la mission de prendre en charge le zézaiement du fils), et les relations interprofessionnelles (le professionnel a recours à un autre intervenant).

H. Stierlin affirme en outre que toute délégation est le siège d'une dualité : en elle cohabitent le soulagement et le deuil. Car transmettre, donner, signifie aussi perdre. Un père qui n'a pu aller jusqu'au bout de ses études (à cause de la guerre, de son statut d'aîné, ou autre) est heureux de voir son fils mener des études poussées, mais doit aussi faire le deuil de ce qu'il n'a pu réaliser lui-même. Autre cas de figure : quand un usager active un professionnel, il délègue à celui-ci une partie de ce qu'il ne sait pas faire et en éprouve un certain apaisement. Cependant, il peut en concevoir une forme de désappointement, de contrariété diffuse : la mère est contente que son fils ne zézaie plus, mais ne peut s'empêcher de se dire : « il était tellement mignon quand il zézayait ! » En déléguant à l'orthophoniste, elle a le sentiment de perdre quelque chose (d'être moins en lien avec son fils). Ainsi, dans la délégation est à l'œuvre un processus complexe et dialectique, qui à la fois unit et sépare.

La « Clinique de Concertation » souligne à ce propos que les professionnels sont, eux aussi, traversés par cette ambivalence : lorsqu'ils effectuent une délégation, ils ressentent tout à la fois du soulagement et de l'inquiétude, de la consolation et de l'appréhension. « Quand j'étais médecin généraliste, j'ai pu envoyer des personnes chez un spécialiste, avec l'espoir sincère que ça réussisse. Mais je m'entendais dire à la fin de la consultation : "si ça ne marche pas avec lui, revenez me voir". Sans doute parce que je cherchais vraiment la maîtrise du sujet... Ce n'est pas facile de donner une mission à quelqu'un d'autre. »

Le phénomène est récurrent dans les domaines de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle. Les professionnels sont confrontés à des situations qui envahissent, angoissent, épuisent. Mais quand ils délèguent, leur soulagement n'en est pas moins lesté d'un certain tourment. Car c'est de deuil qu'il s'agit aussi. Et le Dr Lemaire insiste sur cette dimension : « en tant que professionnels, il faut pouvoir observer ses propres réactions ».

Le sociogénogramme

Les familles en détresses multiples sont souvent porteuses d'une délégation massive face à laquelle le professionnel qui la reçoit a le

sentiment d'être écrasé. Mais, déchiffrant le sociogénogramme, il peut aller au-delà de la simple analyse des activations, et s'appliquer à y repérer les délégations. L'idée n'est pas d'interrompre le flux – qui pourtant le submerge – de la délégation massive, mais plutôt de le *transformer*. Et la première étape consiste à le ralentir, en dessinant le sociogénogramme. Le professionnel sait que toute flèche, quelle que soit sa couleur, porte en elle une délégation potentielle, en même temps qu'elle abrite l'ambivalence évoquée plus haut. Observant méticuleusement le sociogénogramme, comme au microscope, il isole des « tronçons » de flux de délégation (en gardant à l'esprit qu'ils font partie d'un tout), et tente de répertorier :

- les délégations qui circulent entre les membres de la famille (exemple : les rapports entre les parents et les enfants ; comment les premiers délèguent aux seconds la mission de prolonger l'héritage) ;

- les délégations que la famille effectue auprès du professionnel (exemple : soigner l'énurésie de la fille, mais aussi aider à trouver un travail au papa, et un logement pour la famille) ;

- les délégations interprofessionnelles (exemple : un professionnel délègue à un autre professionnel dans le cadre d'une « Clinique du Relais »).

- les missions que le système professionnel re-délègue à la famille, après les avoir transformées (exemple : suggestion à un parent venu consulter de modifier son comportement avec son enfant).

L'« accompagnement », une valeur ajoutée

Lorsque les professionnels sont déconcertés devant une délégation massive, « le diagnostic porte d'abord sur nous-mêmes, sur ce que nous éprouvons en tant que professionnels : nous disons notre malaise, nous nous sentons accablés, impuissants. » Dans ce cas-là, la « Clinique de Concertation » suggère à l'intervenant de se poser la question suivante : « qui demande de l'aide pour qui ? », et de reconnaître qu'il est, lui aussi, – pas seulement l'usager – en difficulté. Dès lors, qu'il n'hésite pas à le prévenir : sa compétence spécifique (C1), liée à sa profession officielle, ne suffit pas, il lui faut activer sa compétence aspécifique (C2), celle qui consiste à assurer un accompagnement, à fabriquer du lien, c'est-à-dire à déléguer. Paradoxalement, moins le professionnel est compétent dans sa compétence C1, plus il a des chances de l'être dans sa compétence C2. À condition, toutefois, que celle-ci soit reconnue.

Ce qui ne va pas de soi, car cette aptitude, toujours en invention et en mouvement, n'est ni formalisée, ni validée par un diplôme. Un professionnel, on l'a déjà dit, peut vivre l'acte de déléguer comme un moment de déprofessionnalisation (« je ne sais plus comment/quoi faire ») et de dépersonnalisation (« je ne sais plus qui je suis »). Le réseau devient essentiel, car les intervenants qui le constituent, familiers, eux, de ces démarches, les valorisent et les soutiennent. La « Clinique de Concertation » postule que si les professionnels sont soutenus, ils pourront d'autant mieux accompagner les familles.

Celles-ci, d'ailleurs, détectent la « valeur ajoutée » chez le professionnel qui, en plus de sa compétence C1, sait mettre en œuvre sa compétence C2. Elles reconnaissent l'« expert en relais » qui pourra les accompagner dans le réseau : « J'ai connu une famille qui disait : "quand on a un problème de santé, c'est l'enseignant qu'on va voir". L'enseignant leur avait démontré qu'il avait un vrai savoir comme travailleur de réseau : la compétence n'est donc pas que dans l'acte, mais aussi dans le savoir : c'est-à-dire dans la capacité à utiliser et à participer à un travail de relais. D'une certaine manière, ce sont les familles qui nous soutiennent dans la construction du réseau. Il existe un rapport de confiance entre la famille et le réseau. »

DÉLÉGATION MASSIVE / MULTIPLE / DISCRIMINÉE

De la délégation massive aux délégations multiples

Face à une *délégation massive*, le professionnel se sent incompétent. Ployant sous le fardeau d'une forte demande, il oscille entre deux sentiments : d'un côté il est tenté de s'en débarrasser, de « refiler la patate chaude » ; de l'autre, il aimerait aider, accompagner la détresse.

Il lui arrive même de recevoir une délégation massive « renforcée ». En général, ce sont d'ailleurs les psychologues et les psychiatres qui en sont le réceptacle, situés au bout d'une chaîne de professionnels qui, tous, se sont précisément refilés ladite patate ! Exemple : « l'enseignant, premier professionnel activé, accablé par la délégation massive, oriente l'usager vers un autre guichet ; celui-ci est ensuite orienté vers un autre guichet, puis un autre, et ainsi de suite. Il arrive enfin chez le psychologue ou le psychiatre avec une délégation massive renforcée : il considère ce professionnel comme un sauveur, son dernier recours. Alors que si l'enseignant avait bénéficié du soutien d'un réseau, il aurait pu tenter de dénouer la situation dès le départ quitte à le mobiliser sur le site de la détresse. »

Le Dr Lemaire poursuit par une métaphore à ce sujet : il parle d'une clé que les usagers introduisent, pour l'ouvrir, dans la serrure d'une porte. Lorsqu'une famille formule une demande à un professionnel, elle le fait en fonction de ce qu'elle pressent de la réponse qu'il peut lui fournir. Il est important d'être attentif à ce que font les familles, et surtout, de reconnaître leurs efforts pour adapter leurs besoins aux qualifications des professionnels. Lorsque le professionnel reçoit une délégation massive qui, de plus, ne correspond pas nécessairement à sa compétence (un juriste sollicité pour un problème médical, un médecin pour un problème de logement), il doit en effet pouvoir se mettre en quête de collègues du réseau, auprès desquels il trouvera des appuis.

Mais pour cela, il réalise d'abord une première opération : transformer la délégation massive en *délégations multiples*, c'est-à-dire en commissions, en charges que l'on peut répartir, afin d'amorcer une chaîne de responsabilités. En concertation avec l'usager, le professionnel fractionne la masse qui a été déposée auprès de lui et identifie les demandes multiples et missions implicites qui y sont logées. Car lorsqu'un usager rencontre un professionnel qui, en plus d'être enseignant (C1), a des qualités personnelles d'accueil (C2), il formule, à travers sa demande « explicite » (délégation massive), quantité d'attentes « implicites ». Ainsi le professionnel « décompacte » la demande unique et massive, et la diffracte en un flux de demandes multiples. Ensemble, le professionnel et l'usager travaillent à révéler toutes les missions qu'elles contiennent, pour qu'elles soient converties en com-missions. Lesquelles pourront être redistribuées ensuite dans le réseau auprès des différents services identifiés comme susceptibles de répondre à la situation. Cette phase est très délicate, douloureuse même, car élargir les délégations signifie multiplier les deuils : « quand vous signifiez à l'usager qu'il va devoir s'adresser non pas à une, mais à plusieurs personnes, il peut être effrayé, avoir envie de reculer. Le professionnel, lui aussi, peut avoir énormément de mal, et être tenté, avec l'usager, d'entrer dans "une collusion pour l'évitement du deuil". »

Des délégations multiples aux délégations discriminées

S'ils traversent cette étape, professionnels et usagers, peuvent entamer un dernier travail : celui d'aboutir à des *délégations discriminées*. Récapitulons : la délégation massive porte en elle nombre de détresses. Le passage de la délégation massive à une série de délégations multiples consiste à lister tous les besoins qui s'expriment à travers cette demande massive et globale. L'étape ultime consiste alors, toujours dans une

négociation avec l'usager, à faire un plan de discrimination, une hiérarchisation, entre les demandes les plus urgentes et celles qui le sont moins. C'est là que la compétence C3 du professionnel intervient : il s'agit de dresser le plan des intervenants et institutions auprès desquels seront disséminées les commissions, et faites les délégations. À ce stade enfin, la chaîne de responsabilités peut être amorcée. Et le professionnel, un plan d'action en tête, peut entamer son travail d'accompagnement de l'usager vers les services identifiés.

À cet égard, la « Clinique du Relais » est une figure élaborée de délégation puisque le professionnel A et l'usager vont ensemble chez le professionnel B. Il s'agit d'une forme « aboutie » de délégation dans la mesure où on y effectue une *com-mission*. « Cum », en latin, signifie « avec » : le professionnel A ne se contente pas de confier une mission au professionnel B, cessant aussitôt de se sentir concerné après s'être déchargé d'un poids (comme dans l'orientation ou le passage) ; au contraire, il s'engage en se déplaçant « avec » l'usager.

Ainsi, la délégation, si elle est soigneusement effectuée, devient un lien de responsabilité partagée. Les travailleurs de réseau ont la chance de dénouer le deuil qu'elle implique, dans un collectif. Le Dr Lemaire souligne qu'à sa connaissance, il n'y a pas de deuil qui ne soit pris en charge collectivement. Dans cette optique, la « Clinique de Concertation » se présente en quelque sorte comme « un groupe de travail qui accompagne les intervenants dans les multiples deuils qu'ils doivent faire ».

COMMENT TRANSFORMER UNE DÉLÉGATION MASSIVE (*IZAYEN*) EN COMMISSIONS (ANNEXE 6)

Lila, intervenante à la Ligue dans le programme de sensibilisation « santé sexuelle », active le groupe pendant le module, l'interpelle avec anxiété. Elle souhaite faire le récit d'une situation où elle a eu le sentiment de s'être déployée tous azimuts, et fourvoyée. Le Dr Lemaire lui demande d'abord ce qu'elle a éprouvé devant ce qui semble avoir été une délégation massive. Lila : « j'ai eu la sensation d'avoir reçu quelque chose qui m'écrasait. » Comment décrire cette sensation en kabyle ? Le groupe propose : *lewkala izayen / yessdhen*. Elle précise qu'elle s'est sentie incompétente mais que le cas n'a cessé de la tourmenter. A-t-elle dessiné un sociogénogramme ? « Je n'ai pas eu le temps, répond-elle, c'était une urgence. » Et le Dr Lemaire de rétorquer : « moi, c'est tout le contraire ! Lorsque j'éprouve cette sensation, la première chose que je fais est de dessiner un sociogénogramme », rappelant ainsi un principe méthodologique de base : dessiner le sociogénogramme devrait être un réflexe, précisément dans l'urgence, parce qu'il est le premier outil susceptible d'aider le professionnel à prendre du recul.

Lila entame sa narration. Au fil du récit, on constate que son action, loin d'être éclatée, obéit en fait instinctivement à un processus où l'on passe d'une délégation massive à des délégations multiples.

Lors d'une action de sensibilisation effectuée au sein d'un CFPA[3], une jeune femme s'évanouit pendant l'exposé de Lila sur la thématique de la grossesse. Elle est conduite en urgence vers une clinique. Lila est activée par une amie de la jeune femme, qui lui explique que celle-ci pense être enceinte. En étant attentif à la manière dont les événements s'activent et s'enchaînent dès l'amont, on peut dire que l'évanouissement est une délégation massive. L'usagère semble dire : « je vais tellement mal que je me mets dans les bras de tout le monde. » Puis l'amie fait un travail de délégation auprès de Lila en assurant un premier élargissement.

Lila, inquiète, se déplace jusqu'à la clinique : la jeune femme lui confie que si d'aventure la grossesse est avérée, son petit ami exige qu'elle avorte (acte illégal en Algérie). Elle est, en outre, traversée par des idées suicidaires. Lila lui suggère dans un premier temps de faire un test de grossesse dans un laboratoire privé, en prenant soin d'y aller avec son compagnon. Elle se propose de les accompagner. Refus de la jeune femme. Lila évoque, dans un deuxième temps, la piste du gynécologue, rejetée elle aussi.

La professionnelle explique au groupe qu'à ce stade, elle a le sentiment « d'en avoir trop fait, d'avoir déployé trop d'efforts », d'autant qu'elle perçoit les refus de la jeune femme comme des échecs. Le Dr Lemaire souligne qu'elle a pourtant spontanément travaillé à transformer la délégation massive en délégations multiples, en tentant, à chaque fois, d'élargir le cadre. En outre, il invite Lila – et les professionnels en général – à modifier sa vision, et à reconnaître l'intelligence des usagers dans ce qu'ils font faire aux professionnels : « le plus important, c'est la proposition que vous faites de l'accompagner et de la conduire au laboratoire. Il faut retenir qu'elle vous fait faire un travail d'accompagnement. Elle vous fait faire des choses intelligentes. Rendons hommage à votre travail où vous acceptez d'accompagner, et rendons hommage à cette jeune femme. »

Car la jeune femme continue de l'appeler au téléphone et de la tenir au courant – c'est donc que la confiance est installée (alors même que Lila a l'impression d'avoir compromis la relation en lui précisant que, pour sa part, l'avortement était contre ses principes). Après avoir activé son propre mari, médecin, lui-même opposé à l'avortement, Lila active enfin une tante, sage-femme dans une clinique. Celle-ci accepte de recevoir le couple pour des examens. Malheureusement, le jour où il se présente, les appareils ne fonctionnent pas à cause d'une coupure de courant.

Ainsi, les épisodes du laboratoire et du gynécologue peuvent tout aussi bien être perçus comme des « échecs », que comme des moments où le relais mûrit. De tentative en tentative, de piste en piste, l'obstination de Lila est remarquable, surtout qu'elle finit par payer, puisque le couple, après avoir été dans le refus de l'offre systématique, se déplace à la clinique. L'énergie déployée par Lila pour tenter de transformer une délégation massive en commissions distribuables dans le réseau est remarquable. En effet, elle est une professionnelle dont la compétence C1 est d'écouter et de donner des conseils. Confrontée à une délégation massive, elle va en capter le flux, puis essayer de voir comment la transformer en délégations

3. Centre de Formation Professionnelle et d'Administration.

multiples (compétence C2), en identifiant des intervenants/institutions, auprès desquel(le)s elle peut faire une délégation : « elle a envisagé plusieurs institutions : un laboratoire (pour un diagnostic), un gynécologue (démarche élargie). Le petit ami, de son côté, avait une solution radicale, celle de l'avortement. Ainsi, il y a eu démultiplication des pistes. Puis Lila a sélectionné une relation de confiance (une personne qui est à la fois sa tante et une professionnelle) – c'est le résultat d'un mûrissement : on est insensiblement passé à la délégation discriminée (compétence C3). Selon moi, cette situation illustre bien le processus de mûrissement des différentes délégations. Lila nous a activés brutalement, en tant que groupe, en disant : "je ne m'en suis pas sortie !", alors qu'en l'écoutant raconter en détail, on se rend compte qu'elle a été en réalité très ingénieuse. Quand nous sommes gênés, déconcertés, perplexes, il faut arriver à se dire que les gens qui nous font faire ces choses-là ont une intelligence : il est bon que nous ayons confiance dans les situations. »

CONVERSATION AVEC LE Dr LEMAIRE

On peut vous rétorquer, si on veut être provocateur, que la « Clinique du Relais » par exemple, fait perdre du temps au professionnel, il en gagnerait s'il se contentait de faire un passage

Certes, cela prend du temps d'aller vers une famille et de lui dire : « je suis en difficulté, j'ai besoin de votre aide, on va se réunir, on va parler de vous, pouvez-vous nous aider à sélectionner les informations, à choisir le dispositif, etc. ? » Mais cela peut devenir, progressivement, un réflexe : on acquiert de nouvelles habitudes, on sait mieux sélectionner les informations, choisir les dispositifs. À terme, on finit par gagner du temps. Prenons une situation gérée de manière « classique » et cloisonnée d'une part (exemple : une maman en psychothérapie, un papa en cure de désintoxication, l'enfant en orthophonie) ; et la même situation avec des séances de travail collectives d'autre part (« Clinique de Concertation » ou « Concertation Clinique »), organisées tous les trois mois. Si l'on fait une analyse financière comparative des deux situations, il est fort probable que la seconde se révèlera plus économique (en termes de temps et d'argent). Ainsi, pour M.-C. Michaud, c'est devenu une habitude : un enseignant a un problème, il appelle « École et famille ». Quand elle lui suggère d'organiser une Concertation Clinique, l'enseignant sait immédiatement de quoi il s'agit. Une fois que le système est bien huilé, les efforts à fournir sont moindres.

Il y a cette image amusante que vous montrez, d'un âne les quatre fers en l'air, parce que la charge de la charrette qu'il est censé tirer est trop lourde. C'est un peu ça, la délégation massive ?

Oui, il est en l'air, il n'a plus de points d'appui. Cette image illustre avec humour la situation dans laquelle se trouve un professionnel confronté à une délégation massive. J'ai rencontré il y a peu une professionnelle luxembourgeoise pratiquant l'hypothérapie et l'asinothérapie (thérapie avec les chevaux/les ânes : thérapie qui permet à l'usager de négocier des rapports de pouvoir avec un animal puissant grand et fort et qui donne des résultats intéressants). Elle a expliqué pourquoi on met un bonnet d'âne sur la tête des mauvais élèves. Ce n'est pas,

contrairement à ce qu'on peut penser, pour les stigmatiser ou les ridiculiser. C'est, au contraire, un hommage à l'intelligence de l'âne : en effet, quand celui-ci est dans une situation difficile, il ne cesse de réfléchir. Tant qu'il n'a pas compris, il ne réagit pas. Ainsi, déposer un bonnet d'âne sur la tête du cancre, avait pour but, à l'origine, de transmettre l'intelligence de l'âne à l'élève... C'était un petit détour pour rendre hommage aux ânes... Oui, quand nous sommes suspendus, déconcertés, il nous faut, comme l'âne, pouvoir continuer à réfléchir malgré tout. Quand on reçoit une délégation massive qui, de plus, ne correspond pas nécessairement à nos compétences (juriste sollicité pour un problème médical / médecin sollicité pour un problème de logement, etc.), nous devons alors nous mettre en quête d'autres ânes (nos collègues du réseau), afin de retrouver des appuis.

SAMIA BOURAI

C'est la fin du mois de mai 2008 : dernier module de la formation « Gestion des détresses multiples », dernier jour, dernière heure, Samia Bourai, conseillère d'orientation, expose une situation. Délégations massives, actions dispersées, professionnelle isolée. Embourbée même. La multiplication des démarches solitaires est si fragrante, qu'elle laisse perplexe. Le sociogénogramme est éloquent, avec sa constellation d'institutions et de professionnels, d'activations morcelées, cloisonnées. La machine du réseau en est encore à un laborieux rodage... Samia, debout devant le tableau, feutres à la main, raconte. Les joues en feu, elle parle tellement vite – en saccades basses et précipitées –, qu'il faut parfois lui demander de répéter. Elle raconte ce que lui ont fait faire une mère et sa fille, elle dit sa difficulté, son asphyxie. Elle a les sourcils froncés, cet air un peu buté des gens volontaires, qui n'aiment pas être pris en défaut, se construisent dans l'adversité, veulent réussir, exceller. Sans l'aide de personne. Presque toujours seuls.

La solitude, Samia connaît bien. Mais la solitude *assumée*, non pas subie. C'est le fil rouge, me semble-t-il, de son parcours, du récit qu'elle m'en fait du moins, alors que nous sommes sagement assises autour d'un bureau de la Ligue. Dès l'enfance, en effet, elle s'accommode de la solitude, elle qui, née en 1976, est la seule fille parmi ses trois frères, au sein d'une famille qui se déplace beaucoup, au gré des affectations du père, inspecteur des PTT. Son bac en poche, elle entame des études de psychologie. Elle fait partie de la première promotion à Tizi Ouzou (la psychologie était jusque là enseignée à Alger), « autant dire qu'on était des cobayes, rien n'allait, c'était une catastrophe. » La solitude comme arme de survie, donc. À l'écoute de sa seule volonté, qu'on sent de fer, Samia, qui ne supporte pas l'oisiveté, les temps morts (dus à la désorganisation de cette filière à peine étrennée), suit une formation au langage des sourds-muets, obtient son diplôme en gestuelle, et n'a qu'une idée en tête, finir au plus vite ses études de psychologie pour passer à la pratique. Elle loge à la cité universitaire de Tizi Ouzou, apprend la cohabitation, mais maintient son quant-à-soi. « Je n'avais pas beaucoup d'affinités avec

les autres étudiants. » Il y a encore « des interstices à combler, des vides » dans son emploi du temps, Samia suit donc « un stage de conseiller d'orientation ». Elle s'y ennuie, trouve le responsable peu motivé, et souffre de comprendre trop vite un enseignement somme toute « banal ». La formation lui paraît sans grand intérêt, mais elle va jusqu'au bout des six mois. Pour son mémoire (en psychologie), elle préfère, en outre, être « monome », pas question de s'encombrer d'un camarade : « j'ai préféré tout faire toute seule, les autres ne travaillaient pas, ça m'aurait ralentie ». Légitime décision, implacable logique. Elle se souvient avec fierté avoir « passé deux nuits blanches à recopier à la main ce mémoire pour le mettre au propre ». « J'ai eu 17/20, et les félicitations du jury ! » Mais, comble de l'aberration, le diplôme de psychologie – c'est le cas pour toute la promotion, sacrifiée parce qu'elle aura inauguré la formation – n'est pas reconnu par l'État. Samia enrage, mais se résigne à regagner la maison familiale – on est en octobre 2000. Un jour, Ouiza Kebbas lui laisse un message au taxiphone où, pour gagner un peu d'argent de poche, elle a quelquefois travaillé. Elle lui propose une sorte d'emploi-jeune dans le cadre des activités de la Ligue, attribué par l'APC, à 2.500 DA par mois. Samia accepte, en se disant que « le plus important, c'est l'expérience ». Et puis, confie-t-elle, si elle a bien horreur d'une chose, c'est du « sentiment d'être inutile ».

Jusqu'au jour où, grâce au coup de pouce d'un membre de la famille, elle obtient un poste de conseillère d'orientation à Tigzirt. C'est le début du troisième trimestre... Samia débarque donc dans ce lycée sans autre soutien que son bagou, son énergie et sa détermination. Elle ne s'en laisse pas conter, « je voulais mener mon travail à ma manière. » Elle estime avoir organisé une petite « révolution » dans ce lycée, en proposant des conférences, des débats, des expositions. « Ainsi, j'ai rendu la fonction attrayante, je voulais que les gens viennent vers moi, et j'y suis parvenue. » En partie, elle le précise, grâce au directeur, un homme bienveillant, qui l'a soutenue avec enthousiasme.

Mais quelques années de galère l'attendent. Elle les traverse avec courage. Affectée dans un autre lycée, à Tigzirt toujours, elle passe deux ans, en tant que vacataire, dans un épuisant bras de fer avec son directeur. Puis, c'est le cauchemar : une demande de titularisation qui ne vient pas, des embrouilles administratives, elle est contrainte d'accepter un poste d'enseignante de primaire – plusieurs sont dans son cas –, et entame l'année scolaire dans un village situé à 1.800 m d'altitude (à partir d'un certain point, il faut le rejoindre à pied, il n'est desservi par aucun transport public). Elle ne soupçonne pas qu'un tel dénuement

peut encore exister dans son pays. Elle tient un mois dans cet endroit « hors du monde ». Elle fait des pieds et des mains pour décrocher sa titularisation en tant que conseillère d'orientation, se déplace nombre de fois à Alger, au siège de la Fonction publique générale, pour réclamer la reconnaissance et la validation de son diplôme, se bat comme une diablesse et finit par obtenir gain de cause. Elle peut enfin se poser, organiser son mariage.

En 2004, elle intègre le lycée de Boudjema. Affectée dans un endroit – où se trouve son bureau – elle a néanmoins la responsabilité, comme tout conseiller d'orientation, de tous les établissements scolaires de la localité (lycée, CEM, école primaire), soit seize au total. Elle peaufine une stratégie basée sur la « pédagogie du détour » avec un directeur d'établissement peu convaincu, au départ, de l'utilité de son poste. « J'étais très sûre de moi, je me répétais : tu aimes ton travail, tu le connais, voilà ton atout. Il faut y aller doucement. » Elle n'est pas autorisée à entrer dans les classes et s'entretenir avec les élèves. Qu'à cela ne tienne, elle se propose de les rencontrer à l'heure du déjeuner. Elle anticipe les besoins de son responsable, élabore les bilans et statistiques (par élève et par classe) avant même qu'il les lui demande, les dépose sur son bureau sans rien dire. Elle se rend utile, indispensable même. « Petit à petit j'ai fait la démonstration de mon utilité et j'ai gagné en crédibilité. » Surtout, elle sait que son écoute et son aide sont essentielles aux élèves : « leurs problèmes ne se limitent jamais aux seuls résultats scolaires. » Alors, elle fait tout pour se « montrer visible, prévisible et disponible », leur répète « il suffit de frapper à la porte, je suis là, quels que soient les soucis que vous avez, on peut essayer de les aplanir ensemble. » Et quand elle n'est pas dans son bureau, elle laisse une note : « je ne suis pas là, glissez-moi un mot sous la porte ! » La fonction de conseiller d'orientation est généralement très mal connue, ses responsabilités minorées, regrette-t-elle, « alors qu'on est polyvalents ! On assume l'orientation, l'évaluation, la prévention et la prise en charge psychologique, c'est énorme ! » Et aujourd'hui, des années après, elle comprend mieux le manque de motivation du responsable pendant son « stage de conseiller d'orientation » : « le pauvre homme, j'ai été un peu dure avec lui, je ne savais pas combien les conditions d'exercice de ce métier étaient ingrates, si peu gratifiantes. C'était, en fait, un homme déçu, découragé par les obstacles, les difficultés, l'absence de reconnaissance de sa profession. » Samia, de son côté, fait comme elle peut, oscillant entre confiance et désarroi. Même si elle ne le formule pas en ces termes, elle a perdu de son assurance.

Trop de situations la laissent démunie, désemparée. C'est pourquoi elle dit oui sans hésiter à la Ligue qui l'invite à participer à la formation « Gestion des détresses multiples ». Depuis, admet-elle, elle expérimente autre chose, de radicalement nouveau : faire appel aux autres, décloisonner sa profession, partager, demander du soutien... Elle n'a pas vraiment l'habitude, mais elle sent bien que cela peut l'aider. « Je m'efforce de ne plus vouloir tout concentrer sur moi » reconnaît-elle. Long chemin à parcourir. Elle s'y emploie, sans y parvenir toujours. Car Samia a longtemps travaillé seule, et vite. L'autosuffisance était son mot d'ordre. Question de survie à l'époque. Or, aujourd'hui, voilà qu'elle apprend à travailler avec d'autres, et plus lentement. C'est là que se situe la survie, maintenant...

Tandis que, en ce dernier jour de formation, Samia raconte donc la fameuse situation et dans quelle impasse elle se trouve, Hamida, orthophoniste, intervient soudain pour dire qu'elle pense avoir, elle aussi, été activée par cette dame et sa fille, il y a quelque temps déjà ; elle les avait alors orientées vers Saadia[1], psychologue. Elle croit d'ailleurs savoir que cette dernière les a vues récemment... Damien Bael, le formateur, relève alors prudemment : « vous vous rendez compte jusqu'où il faut aller pour que les professionnels commencent à se parler, et se mettent à travailler ensemble ?! Des tas de choses ne se relient pas, ici. (...) Il me semble qu'il y a eu, jusque là, une multiplication de pratiques individuelles, une accumulation de démarches solitaires. » Samia répond, un peu à bout, comme pour se justifier face à ce qu'elle perçoit comme un reproche : « le conseiller d'orientation se retrouve souvent très seul. J'ai cherché des pistes pour m'en sortir, *j'étouffais* ! Mais, chaque fois que je tente d'ouvrir une brèche, la maman ne me suit pas. J'ai pensé à l'hôpital d'Oued Aissi, j'avais en tête Nassima et Dahlia qui participent à la formation. Mais la maman refuse tout. Je lui ai aussi donné l'adresse de la Ligue. » Samia, prise à la gorge. Comme ces moments doivent être pénibles et fragilisants, surtout pour cette jeune femme habituée à réussir tout ce qu'elle entreprend, en peu de temps. Mais ce que suggère la formation est simplement de changer de regard : ralentir n'est pas *perdre son temps* ; demander de l'aide à un autre professionnel n'est pas *échouer*. La métamorphose consiste à prendre conscience qu'on est l'élément d'un tout, activant au coeur d'un dispositif collectif [2]. Alors, petit à petit, on essaye d'éviter que tout converge sur soi, on élabore un processus d'aide qui laisse la place aux autres. On renonce à une pratique en « cavalier seul » – qui, fatalement, mène à l'épuisement. Tout cela, Samia est en train d'en faire l'expérience, parfois douloureusement.

Comment faire pour qu'elle cesse d'*étouffer* ? Où chercher les zones praticables ? La maman refuse obstinément la piste du psychiatre et du psychologue pour travailler sur les hallucinations de sa fille. En revanche, elle a grande confiance en la personne du *taleb*. Samia, rétive à l'idée d'associer celui-ci à son travail, se prive peut-être d'une ressource essentielle... Entendre ce que la famille propose, ne pas lui imposer ce que le professionnel juge bon pour elle. Tel est, également, l'enseignement. Quand, enfin, je dis à Samia combien son isolement m'a frappée dans cette situation, elle réagit vivement : « vous ne réalisez pas ! Avant la formation, je n'aurais même pas contacté le directeur du CEM où la gamine est scolarisée, ni consulté son dossier médical, encore moins interpellé le Cosp et la Direction de l'Éducation ! Je serais restée dans mon bureau, tétanisée. »

Mais oui, comme je suis pressée ! La modification s'effectue à bas bruit, lentement – à chacun son rythme.

1. Saadia Bekkal, psychologue au CHU de Belloua (service d'oncologie), participant à la formation « Clinique de Concertation ».

2. Et comment ne pas se souvenir alors des paroles de Bouchra Kessai à l'endroit des conseillères d'orientation : « vous faites un travail de fourmi, vous avez acquis la capacité de repérer les priorités. Vous travaillez avec les enseignants les élèves et les parents, c'est pour cette raison que le travail de groupe vous permettra de mieux faire face aux problèmes, afin de trouver des personnes-ressources qui vous aideront dans un processus collectif » ? (Réunion de suivi – Dely Ibrahim 18.07.06.)

CONFLIT DE POUVOIR, CONFLIT DE COMPÉTENCES, PARTAGE DES RESPONSABILITÉS.

« Je veux bien t'appeler mon seigneur pour peu que tu connaisses tes limites. Mais si tu dis, toi, que tu m'es supérieur, sache alors que Dieu seul est grand »[1]

M-.C. Michaud cite de mémoire I. Boszormenyi-Nagy : « Les conflits d'intérêts entre les personnes sont toujours présents, ils sont inévitables et ne sont pas destructeurs. Ils ne sont pas pathologiques et pas forcément injustes. » Le conflit est une réalité inhérente aux relations humaines, incontournable dans un réseau (davantage encore lorsqu'il est dense et large comme celui de la Ligue par exemple), qu'il faut essayer de rendre constructive. Le travailleur de réseau ne doit pas tant chercher à le résoudre qu'à le rendre praticable.

Le travail de réseau ne nie pas les conflits, ne prétend pas les éradiquer non plus, mais cherche à les transformer et à les capitaliser. Il œuvre, en somme, à ce que le débat contradictoire – loin du consensus, et associant la famille – devienne thérapeutique.

TRAVAILLER LES CONFLITS POUR LES RENDRE PRATICABLES

« Le conflit suppose un choc : il fait référence à la lutte, l'antagonisme, met en scène des groupes de personnes qui se heurtent. »[2] La tension est inévitable entre gens qui travaillent ensemble, mais ceux-ci doivent apprendre à la rentabiliser. L'enjeu pour le professionnel – qui, par définition, se trouve au cœur du conflit – est donc de passer de l'impraticable au praticable. Ce passage s'effectue par un détour, une transformation du conflit, dont la première étape est un travail de haute prévention.

Le conflit inhérent au réseau

L'impraticable découle de conflits d'intérêt et/ou de pouvoir. Dans un réseau, ceux-ci s'accumulent et se superposent. Un conflit d'intérêt, dit M-C. Michaud « tend vers un équilibre entre une prise de risques d'une part et une activation de ressources d'autre part, dans l'intérêt

des familles, des professionnels, des chefs d'institutions, des politiques et des associations »... autant d'acteurs qui démultiplient les possibilités de conflits. Un professionnel a été formé pour accomplir une mission dans le cadre d'un travail pour lequel il est rémunéré. Il rencontre un autre professionnel qui a des intérêts différents des siens et de ceux de la famille. Laquelle a, pour sa part, les siens, etc. Le scénario devient plus risqué encore lorsque se greffent les conflits entre institutions.

Le réseau étant composé d'une multitude d'acteurs, tous sont en lien : au cœur de chaque relation se logent des intérêts qui ne convergent pas toujours. Les familles en détresse multiples activent un nombre important de personnes, elles vont de guichet en guichet à la recherche d'aide. Si les institutions ont leurs propres intérêts (celui de l'alphabétisation par exemple), les politiques ont les leurs aussi (ils sont là pour que règne l'ordre, ils ont le souci d'appliquer une politique qui vient de plus haut). Ces intérêts différents circulent dans le réseau et provoquent nécessairement des conflits, susceptibles de dégénérer en conflits de pouvoir, source de plus graves affrontements.

UNE ÉTUDE DE L'ASSOCIATION ATD

Une association française, « ATD – Aide à toutes détresses », a réalisé une étude passionnante : des universitaires et des familles en très grande détresse ont croisé leur savoir pour identifier ce que « savent faire » les familles (usagers) d'une part, ce que « savent faire » les chercheurs (professionnels) d'autre part. Il a été observé que chacun avait sa propre logique et que le travail de concertation donnait la possibilité d'entrer dans la logique de l'autre, d'aller collectivement à la rencontre des uns et des autres. Il a également été constaté que les institutions étaient bien plus fortes que les familles dans le conflit de pouvoir.

Le travailleur de réseau a la responsabilité de « déplier » le conflit

La perception des tensions qui mettent potentiellement en péril les liens fiables est essentielle. En cela, d'ailleurs, le sociogénogramme est précieux, car il figure, dans un instantané, les logiques différentes des protagonistes ; il permet de repérer les endroits par lesquels faire des détours, où contourner l'impraticable. Le sociogénogramme est l'occasion de faire un constat, et surtout, de ralentir ; car plus il y a de conflits dans le réseau, plus il est nécessaire de se donner du temps. Et plus le professionnel prend le temps, moins il cède au jugement, et plus il gagne la confiance des usagers. Quand il y devine des « non-flèches », ou repère des flèches interrompues entre les institutions, les services, les professionnels, il sait que la situation abrite des conflits. Il a alors l'intuition qu'il faut chercher ce qui, de même nature, traverse la famille.

Lorsque le professionnel s'engage dans une voie, il prend position, sait que cela aura des conséquences sur la situation, qu'il y va de sa responsabilité. La « Clinique de Concertation » plaide pour que le professionnel puisse alors s'appuyer sur une méthode pour déplier le conflit, l'exposer, le mettre en débat dans un espace fécond. Il est souhaitable qu'il apprenne à résister à la tentation d'entrer dans la logique conflictuelle, au risque de devenir un rouage supplémentaire dans l'engrenage. Un professionnel non sensibilisé à cette démarche polarisera davantage la situation. Il est vrai que tout intervenant a été formé à évaluer, repérer des dysfonctionnements, cerner un problème, faire un contrôle, bien diagnostiquer, etc. Dans une situation de détresses multiples activatrice d'une multitude de professionnels, plane un réel danger : que chacun ait une idée différente de l'accompagnement à proposer, et que les aides s'entrechoquent, s'annulent, voire, pire encore, aggravent la situation.

La « Clinique de Concertation » préconise au contraire de travailler à mettre en commun les compétences de chacun, et à créer des champs de recouvrement. « L'activation d'un débat contradictoire collectif va, en mettant en culture une multitude d'affrontements praticables dans un contexte ouvert mais balisé par quelques rites élémentaires, proposer des options plus riches dans le futur de l'intervention »[3]. Elle ouvre un nouveau champ de travail dont émergent des propositions nouvelles. Le travail dans les champs de recouvrement permet de construire et de créer des situations nouvelles. La conjugaison des expertises démultiplie les potentialités, les professionnels se donnant la possibilité de s'écouter mutuellement, d'exprimer leur avis, en tenant compte de celui des autres, et la famille reste associée à ces concertations.

RAPPEL : ASSOCIER LA FAMILLE À UN DÉBAT BASÉ SUR LE DIALOGUE RESPONSABLE A UNE VERTU THÉRAPEUTIQUE

La famille doit être associée à toutes les étapes du processus. C'est une hypothèse forte, posée par M.-C. Michaud et le Dr Lemaire et déjà évoquée précédemment : si, par le débat, on reconstruit la complexité du conflit, en veillant à ce que la famille ne soit pas tenue à l'écart, alors le débat a, en soi, une vertu thérapeutique. Les usagers participent au débat qui s'organise autour d'eux. Ce ne sont plus seulement les professionnels impliqués qui ont une action thérapeutique, *ce sont les conditions mêmes du débat.* Avoir des références et un vocabulaire communs autorise non seulement à nommer clairement les actions entreprises (et donc, garantit une meilleure communication) entre professionnels, mais surtout, les aide à construire, en présence des usagers, des responsabilités partagées. En remerciant la famille de leur apprendre une partie de leur travail qu'ils

connaissent mal, à savoir « travailler ensemble », les professionnels valident l'engagement de cette dernière : sa capacité à faire le lien entre eux, à les soutenir dans les débats contradictoires, à leur donner du courage pour ouvrir des débats qui s'annoncent difficiles.

Le conflit constructif, non le consensus

Travailler à rendre praticable le conflit ne signifie pas pour autant qu'il faille atteindre le consensus. Car le conflit est une tension intéressante, il correspond à une prise de risque. Il incite à être vigilant, à avancer. Cette mise en tension, précise M.-C. Michaud, si elle est bien gérée, permet un équilibre entre le donner (le professionnel montre sa compétence tant à la famille qu'à ses collègues) / et le recevoir (il montre, aussi qu'il a besoin de l'aide des autres pour améliorer ses compétences).

LE CONFLIT, UN INCONVÉNIENT QUI SE RETOURNE EN OCCASION

Le conflit n'est-il qu'un inconvénient, comme le suggère un participant ? Ou aussi une occasion, propose le Dr Lemaire : « J'aime bien, reprend-il, le terme "inconvénient", il laisse entendre en effet qu'on n'est plus écrasé, anéanti, par ces conflits, comme s'ils étaient la "mauvaise partie" du travail de réseau. Nous préférons travailler sans conflit (j'espère que dans la majorité des cas, vous travaillez avec des rouages bien huilés, sans trop de heurts !), mais quand il surgit, il faut savoir *transformer cet inconvénient en occasion*. La réalité du conflit ne vous accablera pas. Au contraire, vous êtes préparés à la vivre comme quelque chose de stimulant. Je pense au terme grec : "*kairos*", ambigu par essence qui dit aussi bien la chance et le risque, il désigne le défaut de la cuirasse. Les conflits sont certes des inconvénients, mais on s'emploiera à les transformer en occasions de travailler ensemble, de prendre appui les uns sur les autres, de mûrir ensemble, etc. Face à un conflit, un travailleur de réseau se dira : "tiens, cet inconvénient est peut-être utile, ma foi !" Et il me semble que vous êtes de plus en plus à même de travailler selon cette méthode, tout en côtoyant des gens qui continuent à penser que les conflits sont encombrants, inutiles, stériles. Vous pouvez, en travaillant avec eux, devenir des courroies de transmission, et fertiliser ainsi votre entourage. »

L'objectif n'est donc plus le consensus. Ni entre les professionnels, ni avec la famille. Associer les familles au processus, vérifier leur opinion, prendre leur avis est essentiel, mais espérer obtenir leur accord constant est illusoire. Le contrôle est inévitable, même s'il n'empêche pas le débat permanent. Le pouvoir des institutions, des professionnels, a tendance à s'exercer de manière violente et arbitraire sur les familles, rapport de pouvoir dont essaye de sortir, précisément, la « Clinique de Concertation ». Elle est là pour faire en sorte que le professionnel renonce à une position de pouvoir pour un rapport constructif avec la

famille. Elle dissuade le professionnel de jouir de sa position de domination (le *pouvoir* peut s'exercer sans que le vis-à-vis le demande), pour l'inciter à exercer une position d'*autorité* (basée sur un rapport de reconnaissance réciproque). Les membres de la famille sont bien à la recherche d'une autorité reconnue ; ils attendent des professionnels qu'ils fassent preuve d'autorité. Il est illusoire de croire que les familles seront toujours d'accord avec les professionnels. « Il n'existe pas d'interventions qui se fassent toujours en accord avec la famille. Nous sommes fatalement amenés à contrôler : dans certains sociogénogrammes, il existe une flèche orange qui dit clairement le contrôle du professionnel sur la famille. On ne cherche pas l'accord de la famille, en revanche on fera tout pour entendre son avis, c'est-à-dire pour que les membres de la famille s'expriment, y compris sur le fait qu'ils sont en désaccord. » De même, la « Clinique de Concertation » ne préconise pas un consensus entre professionnels, mais l'idée d'un débat où chacun peut exprimer son désaccord, à condition qu'il prenne soin de la forme.

DU CONFLIT DE COMPÉTENCES AU PARTAGE DE RESPONSABILITÉS

Le professionnel, face à un conflit, tente de procéder par étapes, en suivant une méthode rigoureuse : il tente de comprendre la complexité d'un *conflit de pouvoirs* (ou d'intérêts), et s'applique à le transformer, par glissements progressifs, en un *conflit de compétences* (« c'est déjà mieux, car il n'est plus dans le désir de destruction d'autrui mais dans la compétition »), pour ensuite déplacer ce conflit de compétences vers un *partage de responsabilités*. À ce stade, les professionnels renoncent à l'affrontement, et privilégient l'intérêt de tous – des professionnels et de l'usager. On est alors dans le registre de la construction et de la consolidation. Mais comment assurer ce passage d'une extrême importance ? Le conflit ne devient une richesse que si les professionnels inventent un champ où le débat contradictoire peut se tenir. Il faut créer un espace praticable où la confiance soit rétablie, pour que chacun s'ouvre aux compétences de l'autre et accepte d'abandonner le pouvoir absolu.

Garantir un espace concertatif qui abrite le débat contradictoire

La « Clinique de Concertation » est le lieu du débat contradictoire par excellence, mais il existe d'autres espaces, comme la « Clinique du Relais », ou la « Concertation Clinique » qui lui sont propices. « Il s'agit de faire place aux tensions, aux désaccords, aux contrastes et

contradictions, davantage même, de les mettre en culture. Il s'agit d'activer et de pratiquer les conflits, surtout de ne pas les annuler. Il s'agit d'éviter tout ce qui participerait à la recherche du même, du semblable, du similaire, du consensus. Il s'agit de disposer les éléments en tension avant de, et peut-être même pour en découvrir les articulations. »[4] Le débat contradictoire donne du prix à la profession de chacun, chaque professionnel enrichit sa mission. En effet, les intervenants se découvrent mutuellement et apprennent à partager leur compétence (sans pour autant les mêler ou les brouiller). Les protagonistes sont amenés à défendre leur position – pour la légitimer –, mais conduits aussi à écouter les arguments des autres, en vue de défocaliser l'attention sur la situation, de dépolariser les positions. La vision de l'autre aide à modifier son propre regard, et de rencontre en rencontre, les professionnels s'apprivoisent, se connaissent mieux, apprennent à se respecter. Cette qualité de lien finit par influencer l'usager. La concertation garantit l'équilibre, l'existence d'un contrepoids : si l'un des professionnels pose une question brutale à l'usager, qu'elle est intrusive, un autre professionnel peut se sentir autorisé à donner son avis et, ensemble, ils peuvent réfléchir à une reformulation. Dans un espace concertatif, chaque professionnel a la légitimité de sa compétence : toutes les entités d'un réseau sont là pour le tisser, l'ouvrage n'est jamais fini.

En outre, souligne M.-C. Michaud, le débat contradictoire est « le pivot du processus de professionnalisation » : il favorise la réflexion tant personnelle que collective. C'est un bon moyen de faire évoluer les pratiques de chacun, « nous mettons notre professionnalisation sous le contrôle des autres professionnels, et cet exercice permet une validation collective. De cette manière, nous définissons nos pratiques de façon de plus en plus claire chaque fois, avec des mots accessibles, et nous devenons plus forts. Chaque professionnel est partie prenante du travail collectif, et cela a une répercussion sur la pratique de tous. »

SITUATION EXPOSÉE PAR M.-C. MICHAUD

Il s'agit d'une petite fille de dix ans, Lauren. Depuis deux ans, Lauren ne se rend plus au collège. La directrice prévient le médecin scolaire (Mr Baert), qui fait un signalement à l'inspection académique. Celle-ci demande à rencontrer les parents. L'inspecteur d'académie sollicite le tribunal pour enfants, lequel, à son tour active le CMPP (structure décentralisée de prise en charge pluridisciplinaire pour enfants). Le directeur du CMPP rencontre Lauren et ses parents, et décide brutalement de l'hospitaliser (hospitalisation d'observation). La mère est contre, le père ne s'y oppose pas. La mère vit mal, également, le passage de sa fille chez le juge pour enfant. Le médecin scolaire n'a pas accès à tout ce processus, mais

toute une équipe au collège travaille, en parallèle, autour de cette situation. L'équipe convoque les parents et découvre qu'ils sont séparés. Le père vit avec son fils, la mère avec ses deux filles.

Le médecin scolaire décide de mettre sur pied un dispositif : octroyer une somme qui permette d'assurer la scolarisation à domicile (financement croisé de l'Education Nationale et de la caisse d'assurance maladie). Mais cette prise en charge n'aboutit à aucun résultat convaincant. Le juge pour enfant parle alors de placement. Coup de sang du médecin scolaire ! Conflit entre le médecin scolaire et le psychologue pour enfant. Un recours est déposé. L'enfant et ses parents sont orientés vers « École et Famille ». Là, est proposé un travail clinique et de concertation. Les professionnels prennent toute la mesure des conflits de pouvoir et d'intérêt qui se télescopent et paralysent la situation. La tension s'accroît. Dans le travail d'accompagnement, on apprend que la maman a, des années plus tôt, été placée dans une maison de repos, et que Lauren a alors fortement somatisé : elle a perdu l'usage de ces jambes. « École et famille » reçoit la maman et ses trois enfants, puis le papa et ses trois enfants. Au bout de quatre à six mois, une « Concertation Clinique » a lieu au terme de laquelle tout le monde convient de se rencontrer tous les trois mois à date fixe. Les professionnels d'« École et Famille » ont réussi à réunir tous les thérapeutes sauf ceux du CMPP. Cela a été très complexe, ils ont eu recours à la validation des écrits par la famille.

Pendant deux ans, « École et Famille » fait se rencontrer tous les thérapeutes dans le cadre de la concertation. Dans le partage des responsabilités, le médecin scolaire a déployé beaucoup d'efforts pour que l'équipe du CMPP finisse par intégrer ce travail concertatif. Au bout de deux ans, Lauren a regagné l'école. Ainsi, l'engagement des professionnels a très clairement rassuré cette famille. La maman, par exemple, qui avait été enseignante à une certaine époque, a repris une activité d'aide aux enfants. On le voit bien ici encore : la manière d'agir des professionnels entre en résonance avec ce qui se passe au sein des familles.

Il y a deux pôles dans ce réseau : un pôle scolaire et un pôle santé, avec un puissant conflit de pouvoir entre les deux. Pour en sortir, le médecin a eu l'idée de s'en extraire, et d'aller vers un domaine plus praticable.

Tel est l'objectif des travailleurs de réseau : déplacer les conflits, en utilisant des méthodes détournées, vers des espaces de concertation où les choses sont plus praticables. Finalement, les professionnels sont arrivés à un partage de responsabilités entre institutions, et à « rentabiliser » un conflit. Tout cela a permis à Lauren de reprendre l'école. Elle a même fini première de sa classe...

Dans cette situation, les professionnels n'ont pas cherché à *résoudre* le conflit. Ils ont tenté de préciser et de poser la compétence de chaque protagoniste : professeurs, parents, enfant, etc. Pendant une année, ces questions ont été régulièrement mises sur la table ; l'année suivante, le travail a pu être amorcé sur le partage des responsabilités. Le Dr Baert a choisi un espace qui a permis à tous de se rejoindre et de s'assembler pour se concerter. Un médecin pédiatre privé, en lien avec le médecin de l'hôpital, était tellement intéressé par ce travail concertatif qu'il y a œuvré avec ferveur, avec l'aide du médecin scolaire. Il a été présent, sur deux années consécutives, à toutes les

réunions. Il faut cependant se garder de juger l'engagement des professionnels dans ce processus. Il n'est pas question de dire qu'un tel, plus proche de la « Clinique de Concertation », est « mieux », ou « plus engagé » que tel autre, adhérant moins à cette démarche.

NOTES

1. Proverbe kabyle : « *Manighak assidi kech issin el quadrik, mathriledh tifdhiyi amoukran siwa rabi* ».
2. Emmanuelle Delevalet, jeune professionnelle qui a étudié les sciences de l'éducation, citée par M.-C. Michaud.
3. Lemaire J.-M., « Liens soignés, liens soignant, "cliniques de concertation" et violences de quartier », in Cahiers de Psychologie Clinique, De Boeck, 28, 2007/1, pp. 99-120.
4. Idem

CONVERSATION AVEC LE Dr LEMAIRE

La formation propose de faire alliance avec les conflits et une méthode de travail pour y arriver.

En effet, sinon, ils risqueraient d'occuper tout notre esprit, et de nous laisser désemparés. Si le professionnel entre d'emblée dans la logique de conflit, il sera un rouage de plus dans l'engrenage. Aujourd'hui, nous avons une méthode : confrontés à *conflit de pouvoir,* nous en augmentons la complexité, et nous tentons de le transformer, par glissements progressifs, en un *conflit de compétences* pour ensuite faire mûrir ce conflit de compétences en un *partage de responsabilités.* Nous partons de l'hypothèse suivante : si, dans le débat, on reconstruit la complexité du conflit, en impliquant la famille dans cette opération *ce débat aura alors, en soi, une vertu thérapeutique.* Ce ne sont plus seulement les professionnels impliqués qui ont une action thérapeutique, mais aussi le débat lui-même. Pour moi, un des indices de maturité du groupe, et de sa capacité à travailler en réseau, est qu'il procède collectivement de cette manière. Les professionnels ne sont plus bloqués sur un conflit de pouvoir, mais sont à même de le déplier. Cette capacité ne passe pas par l'enseignement d'une théorie, mais par une pratique partagée.

En fait, il faudrait faire une évaluation des coûts de toutes les figures thérapeutiques, et comparer...

Lorsqu'un groupe refuse une évaluation de son travail, il suscite la suspicion des évaluateurs. Pour notre part, nous devrions réclamer des évaluations quantitatives ! Faisons appel à des économistes ! Qu'ils fassent leurs calculs. Moi, je suis assez sûr de mon coup... Nous pourrions imaginer une évaluation comparative entre : d'une part, le simple travail de passage et d'orientation (où les usagers n'ont pas accès à l'organisation du travail) ; d'autre part, le travail d'accompagnement et de relais (compter le temps de deux intervenants), rythmé, tous les trois mois, par l'organisation d'une « Clinique de Concertation » (travailler ensemble à l'organisation de la situation). La deuxième évaluation parviendra sans doute à un coût inférieur à celui de la première. La première risque de s'étirer dans le temps, de durer, précisément parce que

les usagers n'auront pas été partenaires de l'organisation du travail thérapeutique. Bien sûr, le travail de réseau (deuxième option) n'est concevable que si les responsables acceptent de libérer un enseignant, par exemple, afin qu'il se rende sur le lieu de concertation qui aura été estimé par tous (professionnels et famille) comme le plus « fréquentable », le plus « praticable ». On a toujours avantage à structurer, à présenter notre méthode comme une méthode identifiable dont on peut évaluer les coûts et les bénéfices.

Question totalement anecdotique... J'ai remarqué que lorsque le groupe se relâche, et que les discussions menacent de partir dans des généralités, vous baissez la tête, vous avez le regard dans le vide, en attendant que ça passe. Ou alors vous vous mettez à consulter votre ordinateur... Est-ce que c'est ça le « lâcher prise » ?

C'est exactement le contraire, c'est chercher la prise : s'il y a un brouhaha, il faut que je puisse prendre une position qui me donne le moyen d'être sélectif et de tendre une oreille, je cherche ce qui me permet de rattraper le fil conducteur sans contester le droit aux gens d'être désordonnés. Ça demande une attention plus élevée, incompatible avec une attention à chacun des éléments. On me le reproche souvent : dans ce moment il faut que je fasse deux choses à la fois pour pouvoir maintenir mon attention et lui donner un caractère flottant. Sinon je suis saturé, et je ne suis plus compétent. Vous pouvez vérifier si je suis en mesure de répéter ce que le groupe vient de dire... On ne peut attendre de moi que je me comporte comme les autres. Je revendique cette liberté de comportement et j'essaie de faire en sorte qu'elle ne soit pas offensante...

SAADIA HELLAL

Juillet 2006, dernier module de sensibilisation à la « Clinique de Concertation ». Une voix s'élève soudain d'entre les participants : « En tant que juriste, j'avoue ne pas bien comprendre le sens de ma présence dans cette formation... » Immense sourire gêné dans un visage lunaire. Saadia Hellal a parlé, elle, d'habitude muette, si discrète (réserve dont j'apprendrais par la suite qu'elle est essentiellement due à la langue française, qu'elle comprend parfaitement, mais n'ose parler). Réponse sereine du Dr Lemaire : « Il faut distinguer ce que *ça vous apporte* (vous seule, pouvez en juger), de ce que, par votre présence, *vous nous apportez*. Or, le cabinet d'un juriste est comme une loupe sur les problèmes des familles ; vous pouvez nous apporter énormément ! » La question de Saadia, permet ainsi de réaffirmer l'un des principes de la « Clinique de Concertation » : les pratiques du soin ne peuvent être confisquées par les psychothérapeutes et les psychiatres ; le travail de proximité et de réseau se nourrit de toutes les compétences. Par la suite, à chaque module, je chercherai Saadia du regard, et chaque fois elle sera là, attentive, le sourcil froncé ou... le visage hilare. Elle reconnaît volontiers que nombre de choses lui ont échappé pendant la formation, qu'elle a tardé à cerner certains concepts. Mais convaincue qu'elle élargissait là son horizon (pas simplement professionnel, personnel aussi, intime), elle n'a jamais songé à renoncer. C'est que cette jeune femme, célibataire de trente et un ans aux yeux et au sourire malicieux, qui partage aujourd'hui son emploi entre un cabinet d'avocats et la Ligue, est plutôt du genre tenace. En Saadia Hellal se mêlent gaiement sérieux et jovialité. L'arrondi de son visage défie l'austérité du voile qui l'enserre, stricte protection – de couleur vive souvent (l'orange lui sied à merveille) –, qui drape généreusement les épaules et le buste de ce bout de femme toute en rondeurs. Et quand elle arrive en retard à la formation, j'aime la regarder, son noir cartable à la main, se diriger vers une chaise à pas souples et agiles, dans le bruissement de ses tissus amples.

Attirée par les branches scientifiques à l'origine, elle bifurque, après une année de biologie, vers la filière juridique. Pourquoi ce revirement ? Parce qu'elle veut « connaître ses droits en tant qu'être humain, et en tant

que femme. » Voilà qui a le mérite d'être clair. De plus, elle est frappée par le fait que « les femmes continuent à ne pas réclamer leurs droits. Quand il est question d'héritage, elles n'ont pas le courage d'affronter leurs frères, et de demander leur part, le bout de terrain qui leur revient. C'est une coutume ancestrale difficile à contester[1]. » D'ailleurs, Saadia dit que tout ce qu'elle entreprend, c'est pour sa mère, « qui n'a pas étudié et a tant fait pour ses enfants ». Elle est mue par ce désir de porter haut et loin l'hommage à cette mère qui aujourd'hui croit plus que jamais en elle et son métier. De quoi conforter la jeune femme dans la mission qu'elle s'est assignée, d'autant qu'à mesure qu'elle progresse dans ses études, elle découvre avec bonheur l'univers du droit. Une précision (de taille) : elle excelle dans le droit de l'héritage (*Kanoun el mawarith*) ; « je suis imbattable, c'est ma spécialité ! » lance-t-elle, espiègle (On se souvient qu'à la fin d'une « Clinique de Concertation » activée par Meriem[2] et sa famille, elle propose à la jeune étudiante en droit, patiente désignée – Meriem étudie le droit pour, clame-t-elle, pouvoir un jour réparer les préjudices subis par sa mère –, de lui donner des cours de soutien, en droit de l'héritage précisément, comme liée à elle par une secrète solidarité…) En fait, Saadia se passionne pour le droit en général, ce champ vaste et toujours en mouvement. « Champ constamment ouvert. » Et c'est cette ouverture à l'infini qu'elle aime. Au bout de la cinquième année d'études, elle obtient son certificat d'aptitude à la profession d'avocat (CAPA), qui lui permet d'exercer en libéral, à condition d'avoir fait un stage pratique dans un cabinet d'avocat, moyennant… 50.000 da. Autant dire une fortune. Il lui faudra quatre ans pour réunir cette somme. Années qu'elle rentabilise – car elle déteste « ne rien faire » et veut être indépendant – en s'initiant à la bureautique, en donnant des cours à domicile, en faisant un peu de couture, et de cuisine (on se damnerait, paraît-il, pour ses *baghrir*, moelleuses crêpes de semoule parfumées à l'huile d'olive…).

C'est en partie grâce au poste qu'elle obtient à la Ligue (Farid Bekkal annonce un jour à la cousine de Saadia, laquelle se charge de lui transmettre l'information, que la Ligue cherche des juristes – ah, les ramifications infinies de ce réseau !) qu'elle peut rembourser les dettes contractées pour réunir les fameux 50.000 da. Elle commence au centre « Repère Lewi », et l'expérience est décisive. Tout d'abord, c'est l'occasion de mettre en pratique sa compétence, jusque là théorique. Ensuite,

1. La question se pose tout particulièrement en Kabylie : le principe de l'indivision est à l'origine de situations inextricables concernant le partage des terres.
2. Voir la partie « Rencontrer les familles ».

elle apprend à se déplacer vers la détresse des gens, puisque, avec d'autres professionnels, elle se rend dans les villages. En outre, elle prend conscience que même si les usagers la sollicitent pour des questions juridiques (divorce, héritage, aide à la constitution d'un dossier pour bénéficier de l'aide aux microprojets pour les femmes au foyer en milieu rural – à l'initiative de l'Agence Nationale pour le micro-crédit, ANJEM, dépendant du ministère de la Solidarité et de l'Emploi –, etc.), ils ont d'abord besoin d'être soutenus : « pour gagner leur confiance, il fallait faire de la psychologie avant de faire du juridique. On travaillait d'abord la dimension relationnelle, en expliquant aux gens qu'ils n'étaient pas dans une impasse, qu'on pouvait les aider ». Enfin, elle comprend qu'il faut renoncer aux généralisations, ne pas se hâter de juger, chaque cas est particulier : ici, une mère de famille veut monter un projet d'élevage, et, loin d'être entravée par son mari, est soutenue par lui ; là, une jeune mariée, licenciée en droit pourtant, n'arrive pas à obtenir de son mari l'officialisation de leur union (« J'étais très en colère contre elle : elle était diplômée et incapable de défendre ses droits élémentaires ! ») Saadia Hellal s'aguerrit, s'adapte, et n'en démord pas: la femme doit connaître ses droits. Répudiée, divorcée, battue certes, qu'elle soit au moins informée. Ensuite, elle fera ce qu'elle peut. Elle aime se souvenir de la chaleur avec laquelle les femmes, dans les villages les plus reculés, les accueillaient, elle et ses collègues. Car Saadia est active au sein d'une équipe pluridisciplinaire (aux côtés de psychologues, d'enseignantes), même si elle admet : « nous ne travaillions pas vraiment ensemble ; nous discutions parfois des cas, sans imaginer un travail en commun ».

C'est pourquoi la formation (dont elle dit en riant qu'au début, elle n'y a rien compris) a trouvé en elle un écho. Cela n'a guère été facile, surtout qu'elle assure désormais des consultations juridiques à la Ligue, se trouvant donc plus souvent dans un bureau que sur le terrain. La Saadia mutique des débuts s'est petit à petit transformée, prenant la parole, exposant des situations dans les réunions de suivi, rédigeant des comptes-rendus en français. Il lui a aussi fallu faire l'expérience du travail en tandem. Pas évident, pas évident du tout… Une situation très complexe, est un jour exposée dans une réunion de suivi par Lysa, psychologue. La détresse des membres de la famille est multiforme, Lysa demande de l'aide, on se concerte, on décide d'un commun accord que deux professionnelles de la Ligue, Melha Hidheur, psychologue (recrutée un mois auparavant en remplacement de Fatma, en congé de maternité), et Saadia Hellal, juriste, travailleront de concert avec eux. Mais ce dispositif, il est vrai un peu hybride – « Clinique du Relais » ? sans l'être tout à

fait –, fonctionne mal. Saadia confie sa gêne à Saleha Kebbas : elle a le sentiment de n'avoir pas sa place ; selon elle, la psychologue occupe tout l'espace, monopolise la parole. En somme, point de champ de recouvrement entre Melha et Saadia... Le conflit de compétences est exposé lors d'une réunion d'équipe[3]. L'exercice est fécond. Au début, Saadia, en proie à ses émotions, prend vivement la psychologue à partie. Mais, soutenue et aiguillée par le groupe – autant de vigilants garde-fous – elle modifie peu à peu son attitude, se met à parler de son malaise autrement, en soignant sa manière de dire les choses. Efforts qui payent car le débat devient peu à peu constructif : la psychologue admet que certains réflexes acquis dans le travail d'alcôve (le professionnel s'accapare l'usager, il est le « maître » de la séance) sont des travers incompatibles avec le « travailler ensemble ». L'essence même du dispositif est par ailleurs abordée. On aboutit enfin à un partage des responsabilités tranquille et respectueux. « J'ai fait bien du chemin », reconnaît Saadia. Non sans peine il est vrai, même s'il est un principe de la « Clinique de Concertation » qui l'a immédiatement conquise : celui qui dit la redevabilité des professionnels à l'égard des familles. Et la voilà qui raconte, intarissable, ce que lui font faire les usagers : « grâce à eux j'apprends tous les jours, ils m'obligent à faire des recherches. Un juriste ne sait pas tout, il y a tellement de jurisprudence. Alors moi, poussée par eux, je cherche, je cherche sans fin, et j'apprends toujours davantage. » Comment ne pas éprouver de la reconnaissance à leur égard et la leur formuler ? Certes, Saadia a toujours aimé rendre service, c'est sa nature, mais lorsqu'elle s'occupe des gens qui lui demandent conseil, il s'agit d'autre chose : « ça se joue entre moi et moi, je ressens comme une obligation. » C'est pourquoi, d'ailleurs, elle ne « lâche » aucune affaire, et précise, l'air futé : « un juriste doit savoir ruser, c'est ce que j'essaie de faire ». Qu'on se le dise, si elle capitule, « c'est que, vraiment, il n'y a pas de solution ».

Et ne vous y trompez pas, la jeune femme au visage poupin et à la mine réjouie que vous apercevez, là-bas, pendant la pause-café de la formation, jouer au baby foot, ou sauter à la marelle dans la cour, est celle-là même qui, pugnace, met un point d'honneur à ne jamais abandonner les gens qui ont placé un peu de confiance en elle. À cet égard, elle dit avoir une prédilection pour la pratique du relais : « l'orientation ne suffit pas, je veux être sûre que l'usager est allé voir le professionnel dont je lui ai parlé.

3. La réunion d'équipe réunit exclusivement les juristes et les psychologues de la Ligue.

Le relais fait vraiment avancer les choses » – bien qu'elle ne parvienne pas toujours, elle l'avoue, à le pratiquer. Il n'empêche, elle a l'intention, progressivement, de systématiser cette démarche d'accompagnement, « parce que le travail que je fais, je n'aime pas qu'il se perde. » Argument imparable. Laissons là l'altruisme, parlons économie et pragmatisme.

Dire que Saadia se demandait ce qu'elle faisait dans cette formation !

RESSOURCES RÉSIDUELLES, PORTES D'ENTRÉE ET CONTEXTE EXTENSIF DE CONFIANCE

« Celui qui se fraye un passage dans la neige,
avance comme il peut, non comme il veut »[1]

On a vu comment, après avoir reçu la délégation massive d'une famille, le professionnel arrivait à la « digérer » en procédant à un tri rigoureux, passant aux délégations multiples puis discriminées. À ce stade, il se trouve au seuil de portes d'entrée qu'il va tenter de franchir pour entamer un travail de réseau. Son souci est alors de repérer les ressources résiduelles, où qu'elles se trouvent, pour amorcer une dynamique susceptible de créer, de proche en proche, un contexte extensif de confiance.

À LA RECHERCHE DES PORTES D'ENTRÉES ET DES RESSOURCES RÉSIDUELLES

Le professionnel est donc à la recherche de portes par lesquelles la confiance puisse entrer et se construire progressivement entre lui et l'usager.

Suivre la force convocatrice des familles jusqu'aux portes d'entrée les plus déconcertantes

L'école est reconnue comme l'une des portes d'entrée les plus praticables. M.-C. Michaud, nourrie de son expérience à « École et famille », remarque en effet que même pour les familles en grande détresse, l'école est l'institution, par excellence, où est fait un pari sur le futur. Si un enfant, parce qu'il appartient à une famille en situation difficile, se signale à l'école, cette porte d'entrée se révèle souvent bien plus efficace qu'une consultation psychologique. Le réseau activé par cet enfant qui présente des troubles du comportement offre un cheminement bien plus praticable. Le Dr Lemaire de son côté confirme, en tant que psychiatre, qu'il est préférable – ce qui ne signifie pas pour autant que ce soit facile –, de travailler une situation qui a pour point de départ l'école plutôt qu'un cabinet de consultation. Car, affirme-t-il, il est moins difficile de faire le chemin autour du sort d'un enfant : « imaginons des parents

qui s'accusent mutuellement de l'échec de leur enfant à l'école. Pour aborder la question de la tension dans le couple, la porte d'entrée de l'école est bien plus praticable que celle d'un cabinet destiné à la thérapie de couple. »

Il reste que le principe de la « Clinique de Concertation » est d'aller vers les détresses, et de travailler avec ce que propose la famille. Si le professionnel postule, comme on l'a vu au premier module, que la famille est « en avance » sur lui, il est prêt à suivre sa force convocatrice là où elle le mènera. Il acceptera donc d'être mis au travail avec les gens et dans les lieux qu'aura activés la famille, même les plus imprévus. Il accueille les surprises qu'elle lui réserve en les considérant comme une occasion plutôt que comme une gêne. Si une famille a recours, par exemple, à un guérisseur, il faut se tenir prêt à l'envisager comme une porte d'entrée valable.

LES PRATIQUES TRADITIONNELLES : UNE PORTE D'ENTRÉE VALABLE

C'est Farid Bekkal qui, lors du module, interpelle le groupe sur la question. Pour la première fois, celle-ci est approfondie. « Je suis amené à travailler avec des gens de la montagne, des zones rurales, et j'ai constaté qu'ils préfèrent une porte d'entrée où il n'y a pas de conflits : le *taleb*, le *cheikh*, le guérisseur, sont des "artistes" qui traduisent la douleur en mots, et font en sorte que la responsabilité du mal soit imputée à l'extérieur. La famille dit d'ailleurs, après avoir vu un *taleb* : "j'ai été travaillée (*ikadchii*) par lui"... » Le Dr Lemaire prend alors soin de faire une mise au point rigoureuse. Chaque fois que cette question est évoquée, elle suscite agitation, brouhaha, confusion. Le groupe se relâche, se dissipe, on se laisse aller à des sourires, des plaisanteries, des dérapages verbaux.

Déjà, lors d'un des tous premiers modules, une situation impliquant un guérisseur avait été présentée. Le Dr Lemaire s'était consciencieusement appliqué à corriger les formulations maladroites et chargées de jugement de certains participants. Car ces pratiques, modernes ou traditionnelles, scientifiques ou alternatives, ont un souci commun : celui de prendre soin des gens. L'élément fédérateur est la force convocatrice des familles. À partir du moment où les familles accordent du crédit et de l'importance à ces procédés, ceux-ci doivent être respectés, et les professionnels, plutôt que de les dévaloriser, doivent faire alliance avec eux. L'important est d'explorer les zones de compatibilité entre des univers parfois très différents. « Comment les familles peuvent-elles mettre au travail des champs apparemment aussi contrastés que les pratiques traditionnelles et les pratiques scientifiques ? Les maladies mentales sont très difficiles à définir, chaque groupe en donne sa définition, et c'est cette diversité qui fait la richesse des réseaux, surtout quand les familles activent des gens aussi différents que des psychiatres et des *taleb*. »

La réflexion à mener est délicate, mais il faut faire confiance aux familles : ce qu'elles font a nécessairement du sens. Le Dr Lemaire se souvient, lors de ses premiers voyages en Algérie, en 1998, avoir essayé d'aborder la question

avec des professionnels de l'aide et du soin. Ceux-ci avaient alors qualifié ces pratiques d'archaïques, par peur sans doute de paraître rétrogrades et non « civilisés » devant l'étranger qu'il était. Pourtant, lorsque lui-même avait raconté comment dans sa propre famille on avait pu recourir à ces pratiques, les langues s'étaient déliées[2]... Il demande donc au groupe d'être vigilant : si le *taleb* est une porte d'entrée, les seules questions qui vaillent d'être posées sont les suivantes : comment élaborer un lien avec le réseau ? Comment réaliser l'articulation entre ces deux mondes ? Interrogeons-nous : est-ce que, de part et d'autre, les professionnels seraient prêts à travailler ensemble ? Le Dr Bouizeri, en tout cas, autorité religieuse chargée d'interpréter le droit, a explicitement formulé son désir d'associer le Dr Lemaire à des situations difficiles[3]. C'est un encouragement. Le cheikh Nafaa, guérisseur pour sa part, invité par le Dr Bennacer[4], s'est déplacé et a assisté à quelques heures du module en juillet 2008. Pourrait-on imaginer que des médecins, apprenant que le groupe travaille avec des *talebs*, prennent au sérieux cette démarche ? Rien n'est moins sûr, quand on voit la tendance de la corporation à dénigrer ces pratiques.

Le sujet doit donc faire l'objet d'une réflexion sérieuse : il s'agit de « faire avec » tous les acteurs mobilisés par la famille, et d'exploiter toutes les ressources disponibles, en s'abstenant de juger tout en restant vigilant. Les « thérapeutes traditionnels » – comme s'aventure à les nommer joliment le Dr Slimani – sont des professionnels avec lesquels il faut compter, et qui peuvent contribuer à l'extension du réseau : « un guérisseur et un imam peuvent-ils s'entendre ? un guérisseur et un médecin ou un psychologue ? Autant de questions intéressantes à soulever, car l'enjeu est la compatibilité d'interventions puisant dans des registres de rationalité différents. À mon avis, on ne doit pas s'attendre, dans les années à venir, à une expansion exponentielle du réseau des professionnels de l'aide et du soin. En revanche, on peut essayer d'augmenter notre connaissance du réseau, en l'enrichissant des pratiques de gens qui sont déjà au travail (guérisseur, *taleb*, *cheikh*, imam, etc.), et de fertiliser les champs de recouvrement possibles. » Tel est donc l'enjeu : l'exploration des zones de compatibilité. Si les familles sentent les professionnels sceptiques et méprisants, elles éprouveront de la honte ou de la gêne, aucune confiance ne pourra se construire. Ce qui n'empêche pas la prudence et l'esprit critique.

Il en va ainsi de Lila, abordant une situation devant le groupe (auquel s'est joint, cet après-midi-là, le cheikh Nafaa) : elle expose sa préoccupation pour un usager pris dans une dépression sévère, que sa mère, pensant qu'il est possédé, souhaite amener chez un *taleb*. Lila dira, avec une désarmante sincérité, qu'elle désapprouve absolument cette démarche, et qu'elle, elle incite l'usager à aller consulter un psychiatre. J'avoue avoir éprouvé une réelle inquiétude à l'idée que Cheikh Nafaa, qui avait fait l'effort de se déplacer dans notre formation, prenne la mouche et se sente « visé ». Mais, en réalité, Lila « a pris une position intéressante : en restant extrêmement spontanée, elle a dit qu'elle ne pouvait accepter l'hypothèse des interventions externes, de démons ou autres. Elle a parlé comme si le cheikh Nafaa n'était pas là, alors qu'il était là, sans être jamais irrespectueuse... » On peut imaginer que si le temps n'avait pas manqué, pareilles conditions étaient propices à un débat constructif. (Lire aussi, sur la question, la conversation avec le Dr Lemaire à la suite de ce chapitre.)

Cette réflexion sur l'intégration des pratiques traditionnelles dans le réseau est loin d'être un détour inutile : elle nous place au cœur de la question des ressources résiduelles. L'intervenant est en quête des ressources, où qu'elles se trouvent. Il est prêt à suivre la famille, y compris lorsqu'elle emprunte la porte d'entrée du guérisseur : « 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. »[5]

Les ressources résiduelles

La « Clinique de Concertation » plaide pour ne jamais renoncer à traquer les ressources, même dans les situations les plus tragiques : elle préfère « la recherche opiniâtre des « ressources résiduelles » au sein même des détresses les plus impressionnantes, les plus déconcertantes, à l'identification des déficits, carences ou pathologies »[6]. Attitude revendiquée par bien des thérapeutes imprégnés de l'approche contextuelle : Nagy, le père de cette approche, cherche toujours les ressources relationnelles, même dans les situations de maladie chronique, d'inceste, d'exploitation, il ne supprime pas le symptôme, mais part en quête de la confiance et travaille à « mettre en avant les ressources de vie autour de son surgissement »[7]. G. Salem, lors du séminaire de Martigny, aura ces paroles : « je défends l'absolue nécessité d'explorer les ressources familiales, et regrette la fascination qu'ont certains professionnels pour la description des troubles pathologiques ». Le Dr Lemaire apporte une nuance, et parle plus précisément de ressources *résiduelles* : le professionnel ne s'attache pas uniquement « aux carences, manques, difficultés », mais tâche, avec opiniâtreté, « de repérer les ressources, quand bien même résiduelles »[8].

POURQUOI « RÉSIDUELLES » ?

« Le fait d'accepter la contribution de catégories professionnelles inattendues comme les guérisseurs, ou d'impliquer les enseignants dans un problème médical, ou de solliciter un voisin, un cousin éloigné, peut donner l'impression que nous sommes des naïfs. En effet, quand vous expliquez à vos collègues que vous vous situez du côté des ressources plutôt que des déficits, vous risquez de passer pour un doux rêveur ! D'où l'adjectif "résiduelles" : nous sommes conscients qu'il s'agit là de résidus dans une situation incontestablement tragique. Mais notre travail consiste précisément à tenter de donner de l'épaisseur à ces poches résiduelles. Souvenons-nous de Franck : il n'est pas capable de s'occuper de lui-même, mais il se fait du souci pour sa nièce. Des professionnels attentifs voient là, soudain, une possibilité de s'accrocher à quelque chose, alors que jusque là, Franck ne laissait aucune prise. On s'accroche, même si ce n'est que par le petit doigt… »

C'est ainsi que petit à petit, au gré de son expérience, et avec son entourage, le Dr Lemaire a inventé la « Clinique de Concertation », cette « clinique aspécifique qui ne renonce pas aux diagnostics des déficits et des pathologies mais s'appuie davantage sur le diagnostic des ressources, aussi résiduelles fussent-elles, inscrites en contraste sur fond de désastre. »[9]

L'intervenant, même en difficulté, doit donc s'obstiner à chercher des îlots résiduels de confiance. Après les avoir repérés, il s'applique à leur donner de l'épaisseur, à les dilater en pariant sur leur démultiplication : comme se reconstitue le tissu dermique endommagé. Mais là où M. Heireman et P. Michard, par exemple, thérapeutes contextuels, explorent ces ressources dans la famille, le Dr Lemaire propose d'étendre cette quête au-delà, jusque dans le réseau de professionnels.

CRÉER UN CONTEXTE EXTENSIF DE CONFIANCE, DE PROCHE EN PROCHE, DE POCHE EN POCHE

Le contexte extensif de confiance

Devant le sociogénogramme, le professionnel est tel un sourcier (« *rabdomamte* » en italien) qui, avec sa baguette, chercherait les ressources résiduelles... La « Clinique de Concertation » préconise en effet d'élargir cette quête à l'ensemble du réseau car ces ressources ne se situent pas nécessairement d'emblée, dans le contexte familial. La confiance s'établit parfois en-dehors des liens familiaux, surtout quand ceux-ci sont minés par les tensions ou la violence. Si, en assurant une « Clinique du Relais », un juriste accompagne à la Ligue une femme en difficulté, en rupture avec sa famille, la ressource se logera plutôt dans la relation entre les deux professionnels. Autre exemple : dans une famille au bord de l'éclatement, où un des parents essaie de prendre l'enfant en otage dans sa guerre contre l'autre parent, on peut avoir l'impression qu'il n'existe plus aucun îlot résiduel de confiance. Mais si la mère vient trouver un juriste à la Ligue, et que celui-ci estime qu'il doit faire appel à une psychologue, la zone de confiance se trouvera peut-être alors entre le juriste et la psychologue. « On peut supposer que la mère, voyant travailler les deux professionnels – attentifs à montrer dans leur rapport interprofessionnel respect, écoute, précaution, etc. –, enregistre ce mode de fonctionnement, et transforme par contamination le rapport avec son mari. »

Il est essentiel, quand les îlots de confiance sont si difficiles à trouver au sein de la famille, de soigner les relais entre professionnels. Le pari n'est autre que celui de créer les conditions de propagation de la

confiance. Qu'elle existe entre deux membres de la famille, entre un usager et un professionnel, ou entre deux professionnels, l'essentiel est de repérer ces petits moments (« Clinique du Relais »), ces petits gestes (le pouvoir d'apaisement d'une grand-mère, l'autorité d'un responsable d'une Maison des Jeunes, comme on le verra dans la situation exposée en fin de module) où la confiance surgit. Ainsi s'amorce le « contexte extensif de confiance ».

La « Clinique de Concertation », en proposant aux professionnels et aux familles de « cheminer ensemble », crée les conditions pour la construction du réseau. Lorsque plusieurs professionnels, font le choix d'accompagner l'usager dans ses démarches, cela démultiplie, de proche en proche, la force de relais et de transmission du réseau. Le travail s'allège petit à petit pour chacun. À cet égard, pour faire émerger cette confiance entre la famille et les professionnels, il est souvent nécessaire de prendre soin des intermédiaires, des personnes qui aident, des usagers qui sont à la lisière entre le professionnel et le non-professionnel. Ainsi, on revient à un autre principe régulateur de la « Clinique de Concertation », à savoir que le professionnel doit se garder la possibilité d'apprendre de la famille, de lui être redevable : notamment lorsqu'elle implique des « profanes » utiles.

SE FAIRE AIDER PAR LES « SPÉCIALISTES DU RELAIS NON PROFESSIONNEL »

Une personne fréquente la Ligue d'abord comme usager, une relation de confiance se noue avec un professionnel. Puis, par expérience et par inclination altruiste, cette même personne suggère à un ami ou voisin d'aller consulter ce même professionnel, et se propose de l'accompagner. Cette personne peut insensiblement devenir conseillère, puis, pourquoi pas, personne-relais auprès de la Ligue. Elle devient en quelque sorte un « traducteur » non professionnel (la traduction, au début, est nécessaire, parce que le *langage* – pas la langue – est différent), un spécialiste du relais « non professionnel », à même de superviser le nouveau lien qui vient de se créer et dont elle est, en partie, à l'origine.

À « École et famille », il existe un groupe de parents-relais « qui assume un rôle intermédiaire, à mi-chemin entre les familles et les professionnels : quand les liens sont rompus, ils font un travail de mise en confiance. » (M.-C. Michaud) À cet égard, deux mamans, impliquées dans des « Cliniques de Concertation » organisées pendant la formation, ont démontré cette aptitude, même non formalisée. La première dit aux usagères (amies, parentes, voisines) qu'elle oriente (peut-être les accompagnera-t-elle un jour : « allez voir cette psychologue que je connais, elle ne travaille pas comme les autres, elle a une manière originale d'accompagner les gens. » Quant à la seconde, il s'agit de la maman de Farid[10] : le Dr Lemaire, à la fin de la rencontre, avait laissé entendre que le pouvoir d'activation de cette dame pouvait être utile à la Ligue, et que celle-ci aurait tout avantage à recruter un élément aussi précieux : « pourquoi pas

comme "parent-relais" ? » lance-t-il lors du module suivant... Il évoque en outre le fait qu'à « École et famille », il a même été imaginé qu'un neurologue pourrait venir apprendre auprès des parents-relais comment recevoir une famille : « c'est aller très loin dans l'inversion des rôles : le spécialiste vient demander une formation à un profane ! – disons plutôt, à un non-professionnel, mais qui connaît la situation de l'intérieur. » Apprendre à s'exposer en premier, en tant que professionnel, est ainsi une démarche qui contribue à amorcer le contexte extensif de confiance.

L'ASSOCIATION « ÉCOLE ET FAMILLE », UN ESPACE DE MUTUALISATION DES RESSOURCES

« Le travail consiste, à partir de ce que nous voyons sur le terrain, à transformer les demandes de telle manière que les demandeurs deviennent aussi acteurs. C'est une histoire d'équilibre : le travail avec les familles et avec les professionnels, avec les bénévoles, s'appuie essentiellement sur la mise en relais de toutes ces compétences. Équilibre dans le sens où l'activation du réseau permet de tenter une forme d'équité entre ceux qui offrent et ce qui demandent, ceux qui aident et ceux qui voudraient être aidés : ces échanges sont le principe vital de l'association, basés sur une tentative de réciprocité continuelle. Un point du réseau appelle un autre point qui en appelle un autre, etc. L'assemblage de tous ces points est ce qui constitue la force de ce réseau. » (M.-C. Michaud)

Progresser de proche en proche

Mais cette dynamique extensive n'est envisageable que si elle progresse « de proche en proche », formule qui dit la nécessité de s'en tenir à une échelle infiniment locale. Le travailleur de réseau est tel un artisan besogneux qui raccommode patiemment, sans précipitation, maille après maille. En effet, comme le dit le proverbe, « on ne répare pas une chaussette à partir du trou. » Il est dans la progression infime et méticuleuse, se gardant de tomber dans les généralités ou les grands discours, caractéristique que souligne P. Maniglier :

> « L'une des grandes vertus des cliniques de concertation est précisément d'avoir en quelque sorte conjuré cette tentation de la totalisation grâce à son dispositif. On ne va pas d'une totalité (l'individu en étant une) à une autre (famille, société, etc.), mais on laisse précisément les relations déterminer elles-mêmes, *localement*, leur propre extension. On peut bien déplacer l'espace du problème, mais on ne peut le faire que de *proche en proche*, par voisinage, en rajoutant une relation, et sans jamais sauter au niveau du "Tout". »[11]

Dans cette logique des « petits pas », l'existence même du dispositif de la « Clinique de Concertation » contribue à cette extension progressive et prudente du contexte de confiance : « le moment de la

"Clinique de Concertation" concentre tout en une heure et demie, elle est dans l'ici et maintenant, elle condense tous les problèmes qui se sont étalés sur un temps bien plus long. Notre hypothèse est que l'existence de cet espace-là a des retombées indirectes sur la capacité de chacun à travailler en réseau. Si l'on organise une, deux, trois « Cliniques de Concertation » dans l'année, on garantit une augmentation du potentiel des professionnels qui y participent. Le but n'est pas de tous vous transformer en « Cliniciens de concertation », mais d'augmenter la capacité de chacun d'entre vous en tant que travailleur de réseau : vous serez, par exemple, de plus en plus enclins à pratiquer la figure du relais, qui est une figure très précieuse pour construire la confiance. »

PRIVILÉGIER LA PORTE D'ENTRÉE D'UNE MAISON DES JEUNES ET LE TRAVAIL DE PROCHE EN PROCHE (ANNEXE 7)

Lors d'un module, Hamid Tessa, participant discret, peu loquace, prend la parole pour exposer une situation où il s'est senti totalement submergé. Il a été activé par une ancienne employée bénévole de la Maison des Jeunes (MJ) qu'il dirige, évoquant une de ses amies en difficulté, à qui elle a suggéré de venir le voir. En effet, cette jeune fille qu'on appellera Zohra, arrive un jour dans son bureau, et lui confie qu'elle est orpheline, vit chez son oncle, et que pour échapper à sa tutelle elle lui dit qu'elle suit un stage, alors qu'en fait elle s'occupe comme elle peut dans un salon de coiffure. Hamid lui explique qu'elle doit se préoccuper de son statut, et lui suggère d'entamer une formation qui soit validée (par un diplôme, un salaire). Zohra reste quatre mois sans donner de nouvelles. Puis, elle revient le voir, lui présente des excuses : elle lui a menti, ses parents sont vivants, la maintiennent recluse depuis des années, elle les détestent, et la seule personne sur qui elle aurait pu compter, son grand-père, s'est suicidé il y a des années. Mr Tessa reconnaît : « J'étais un peu effrayé. Je me suis rendu à la Ligue, j'en ai parlé à Naïma d'abord, puis j'ai donné le numéro vert à Zohra. Après l'été, c'est Melha qui a pris le dossier en main, nous avons organisé un relais. » Zohra a raconté à Melha qu'elle avait trois ans lorsque son grand-père s'est suicidé. Elle a vu son cadavre. Elle ne sait pas pourquoi il s'est donné la mort, et la famille lui a demandé de ne pas divulguer ce secret. Melha a rencontré le père (à qui Zohra a dit qu'elle était la sœur de Mr Tessa) qui ne donne pas l'impression, selon elle, d'être le tyran décrit par sa fille. Zohra est par ailleurs amoureuse d'un jeune homme dont sa famille ne veut pas, parce qu'il n'est pas de lignée maraboutique (alors que le frère de Zohra, lui, a pu se marier avec une femme d'ascendance non maraboutique). Zohra, en outre, « fait des crises ». Le médecin dit que même si elle n'a rien de grave, il faut la surveiller. Dès lors, elle est maintenue enfermée chez elle.

Quelles portes d'entrée ?

Il faut prendre au sérieux les mouvements ingénieux de cette jeune fille qui tente de franchir une porte, celle de la MJ, différente de celle de l'hôpital.

Les deux professionnels ne doivent pas négliger les efforts déployés par Zohra pour investir la MJ et la rendre un lieu praticable. Melha dit avoir songé à orienter Zohra vers un psychiatre. Il serait peut-être plus juste de se demander comment s'associer à son ingéniosité. « Si elle raconte plusieurs histoires dans une MJ, on pensera qu'elle est créative. Alors que si elle dépose toutes ces versions chez un psychiatre, il y a de fortes chances pour qu'elle soit prise pour une folle... » On peut comprendre que les professionnels soient déroutés, car les détresses de cette jeune fille pourraient la faire basculer, à cette différence près qu'elles s'expriment dans une MJ, c'est-à-dire un lieu où on ne s'y attend pas du tout... C'est là qu'il faut essayer d'être attentif. « Plus une personne raconte de versions d'elle-même à une multitude de personnes, plus elle a de chances d'activer du monde. » Il n'empêche qu'il serait souhaitable de tenir compte de tous les petits mouvements qu'elle déploie autour d'elle. Il y a une accumulation d'histoires lourdes : deux générations antérieures, une histoire de suicide (à la suite d'un conflit dont on ne connaît pas l'origine) ; aujourd'hui, une histoire d'union impossible. Le climat dans lequel s'installe l'histoire d'aujourd'hui est donc lourd... « J'aurais tendance à considérer que les histoires deviennent plus légères quand on les multiplie... C'est ce que fait cette jeune fille. Que faire quand on n'a pas accès à des histoires secrètes ? On en *invente* une multitude. Elle raconte une première histoire puis une deuxième, puis une version du suicide, puis une autre : elle est dans la démultiplication. Mais il faut être attentif à faire la distinction entre une histoire qu'on *transforme*, et une histoire qu'on invente, surtout quand plane le risque de la porte d'entrée médicale... Ici, la jeune fille transforme plus qu'elle n'invente. » Dès lors, comment travailler la cohérence de cette histoire ? C'est dans la pluridisciplinarité qu'elle gagnerait à être accompagnée, plutôt que par un psychiatre. Le risque, sinon, serait qu'on diagnostique un état pré-délirant, « alors que dans une MJ, on est tenté de dire que c'est un beau scénario de travail. J'aurais tendance à considérer que la porte d'entrée de la MJ est plus intéressante, car elle laisse se déployer la diversité des scénarii. Il reste que je peux comprendre que vous vous fassiez du souci, que vous ayez la crainte qu'elle veuille rejoindre son grand-père là où il est... »

Les ressources résiduelles

a. Entre professionnels / avec les professionnels

La qualité du lien entre Hamid Tessa et Melha Hidheur est une ressource résiduelle : il est bien plus rassurant d'être à deux. D'autre part, Zohra a l'air de placer en eux une confiance considérable. En outre, Mr Tessa, tout particulièrement, est crédité d'une réelle empathie : Zohra a suivi ses conseils, et a entrepris de s'inscrire à une formation. Cette piste-là ne doit en aucun cas être abandonnée. Bien des participants soulignent combien Hamid en effet est respecté dans sa région, et apprécié des gens pour sa disponibilité, son attention aux autres. Ce qui est un atout, mais aussi une terrible responsabilité. D'où l'utilité du réseau, car, paradoxalement, la réputation de Hamid peut l'accabler. « Plus il a de crédit, plus il a à perdre... eh oui ! car les gens attendent de lui beaucoup de choses, et ça peut le mettre en difficulté. » C'est pourquoi il est essentiel d'avoir un réseau de soutien fort, pour aider non seulement les familles, mais aussi les professionnels.

b. Apprendre à recevoir de l'usager

Pour capter les ressources résiduelles, il faut aussi se donner la possibilité d'inverser le sens du donner et du recevoir. Le professionnel aide l'usager, mais l'usager peut aussi l'aider. Quand Zohra demande pardon à Melha de prendre autant de son temps, cela signifie qu'elle, Zohra, peut aussi faire l'expérience d'aider autrui : « ne refusez pas ses excuses qui sont en fait une "aide" ; vous pouvez, subtilement, rebondir et lui dire : « si tu veux m'aider, il y a des moyens plus efficaces, réfléchissons ! Vous pouvez par exemple lui montrer tous les sociogénogrammes que vous avez dessinés au gré de ses versions, cela peut avoir une réelle vertu thérapeutique si vous lui dites : "vois tous ces dessins ! Tu nous fais travailler, nous nous préoccupons de toi, nous ne t'en voulons pas de nous raconter des histoires différentes, mais voyons ce qui est le plus praticable entre la porte d'entrée de la formation, de la MJ, de l'hôpital"... »

c. La grand-mère

Dans son récit, Melha évoque la grand-mère qui semble être en bons termes avec Zohra. Elle a eu la mission délicate d'éconduire la famille du jeune homme venue demander la main de sa petite-fille, et l'a fait avec diplomatie. En outre, c'est elle qui a accompagné Zohra dans ses démarches pour s'inscrire à une formation. Le Dr Lemaire de s'exclamer alors : « Voilà une indication majeure ! C'est-à-dire que cette grand-mère est active, qu'elle veut aider. Si on cherche des voies pour aborder des sujets délicats, elle est une ressource. De toute façon, je suis convaincu, fort de mon expérience, que les grands-mères sont des ressources résiduelles universelles ! » Là où les gens menacent, refusent, interdisent, surgit soudain la grand-mère qui dit, à propos d'une demande en mariage : « il faut savoir mettre les formes, y compris dans les refus »... C'est une ressource résiduelle. Si la grand-mère a été capable de refuser aussi adroitement une demande en mariage, on peut supposer qu'elle a un talent potentiel d'apaisement.

Progresser de proche en proche

Un risque pèse sur Hamid et Melha : qu'ils se retrouvent pris dans l'arbitrage entre deux grands discours généraux, l'un sur la tradition, l'autre sur l'égalité des sexes, la liberté, l'émancipation féminine, etc. Or, l'enjeu est d'éviter d'aller frontalement vers le conflit, et de trouver, *de proche en proche*, une personne qui puisse faire le lien entre les deux parties qui s'affrontent. Les professionnels ne pourront résoudre ni les crises de Zohra, ni le conflit familial, ni son histoire d'amour contrarié. Ils peuvent seulement essayer de se tourner vers la ressource que représente la grand-mère pour tenter de propager et « semer » la confiance. Si cette piste échoue, ils tenteront autre chose. Il est cependant préférable d'éviter de forcer le cours des choses en l'amenant chez le psychiatre, ou en voulant à tout prix organiser une thérapie familiale. « La multiplicité des "moi" vient de la jeune fille. Il faut travailler avec cette complexité. En activant tous ces gens, Zohra donne le sentiment qu'elle présente "l'addition" de l'héritage si lourd de plusieurs générations. N'oublions pas le traumatisme du suicide violent du grand-père, duquel elle a ensuite été mise à l'écart. Cette jeune fille se comporte comme si elle était porteuse d'une histoire qu'elle ne connaît pas. Tout semble indiquer qu'elle supporte le deuil d'une famille qui ne réussit pas à le digérer, d'autant que dans la plupart des civilisations, le suicide est une honte. »

C'est alors que dans le groupe un débat s'engage entre ceux (parmi lesquels Kahina Bennacer) qui disent que la région dont est issue Zohra est réputée pour son archaïsme, et ceux (dont Souhila Bennacer) qui n'y voient qu'un jugement, la région n'est pas plus conservatrice qu'une autre. Le Dr Lemaire attire l'attention du groupe : c'est précisément ce genre de généralisations tranchées qu'il faut éviter. Il est de toute façon souhaitable de trouver une formulation plus acceptable. Par exemple : « la région de Zohra est de haute tradition, où les gens sont attentifs à faire respecter des règles très précises ». Soudain, il émet une hypothèse : pourquoi le désaccord entre les deux sœurs Bennacer ne serait-il pas transformé en ressource ? En effet, leur discussion démontre comment deux personnes peuvent percevoir différemment une même réalité. Dès lors, leur « affrontement » gagnerait à être exposé devant la famille, celle-ci devenant ainsi arbitre « malgré elle ». « Des thérapeutes familiaux utilisent le miroir sans tain pour observer la famille sans être vus. Les Scandinaves ont inversé la démarche : la famille, placée dans la zone d'ombre, a pu observer l'équipe de professionnels en discussion. Eh bien, imaginons que cette famille ait la possibilité de regarder Kahina et Souhila se disputant à propos des traditions du village. Cela imposera nécessairement une certaine distance à la famille. Peut-être sera-t-elle tentée de nuancer les choses en disant : "certes, nous avons des règles menaçantes, mais elles nous aident à vivre, etc." De la sorte, la famille pourra elle-même être amenée à se faire sa propre opinion. C'est une hypothèse en tout cas. »

Le Dr Lemaire insiste : les intervenants ne sont pas des juges, ils ne peuvent qu'accompagner cette famille à faire les choix les plus constructifs. La situation pourrait certes être gelée par une hospitalisation, mais rien ne serait résolu. L'important est de se demander comment cette jeune fille peut évoluer dans les conflits d'intérêts. « Nous n'allons pas faire la loi dans sa famille ! Nous pouvons seulement tenter de faire en sorte que ces conflits soient le moins destructeurs possibles. Si elle entame une formation professionnelle, elle augmente sa liberté, se pose des questions, et, fatalement, se demande : « pourquoi mon frère peut-il se marier et pas moi ? » Nous pouvons seulement essayer d'accompagner Zohra de façon à ce qu'elle puisse évoluer dans des réalités en contraste et ne se retrouve pas en psychiatrie, parce que nous n'aurons pas été attentifs aux bonnes négociations. Nous pouvons seulement essayer d'accompagner cette jeune fille à décadenasser tout cela. Quand nous cherchons les ressources résiduelles, nous ne nions pas la détresse, mais nous cherchons... »

NOTES

1. Proverbe kabyle : « *Ouin itsrouzoun assalou ithedou aquen youfa matchi aquen yevgha* ». Dr Lemaire s'exclame alors : « Marie-Claire Michaud a des origines kabyles ! » C'est elle, en effet, qui préconise de « travailler avec les choses telles qu'elles sont, non telles qu'elles devraient être ».
2. Lemaire J.-M., « Du jazz à la java », in Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n° 28, 2001/2, pp 61-70.
3. Voir le portrait de Saliha Kebbas.
4. Voir le portrait du Dr Bennacer.

5. Lemaire J.-M., « Du jazz à la java », in Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n° 28, 2001/2, pp 61-70.
6. Lemaire J.-M., « Liens soignés, liens soignant, "cliniques de concertation" et violences de quartier », in Cahiers de Psychologie Clinique, De Boeck, 28, 2007/1, pp. 99-120.
7. Michard P., Shams Ajili G., *L'approche contextuelle*, Éditions Morisset, Paris, 1996.
8. Halleux L., Lemaire J.-M., « Entre exclusion et inclusion : la clinique du relais », in JDJ-RAJS, n° 276, juin 2008, pp 18-23.
9. Lemaire J.-M., « Liens soignés, liens soignant, "cliniques de concertation" et violences de quartier », in Cahiers de Psychologie Clinique, De Boeck, 28, 2007/1, pp. 99-120.
10. Voir la « Clinique de Concertation » dans la partie « Rencontrer les familles ».
11. Maniglier P., « Comment se faire sujet ? », Actes du 3e Congrès International de la « Clinique de Concertation », Paris.

CONVERSATION AVEC LE Dr LEMAIRE

Il y a eu, finalement, d'assez nombreuses situations où les familles avaient recours à un guérisseur. Ça doit être difficile, malgré tout, pour vous, d'être confronté à ces pratiques inhabituelles

Il est vrai que je ne connais pas les habitudes religieuses ici. J'ai appris, au contact du groupe de Tizi Ouzou, qu'il n'y a pas de frontière vraiment étanche entre les pratiques religieuses/ celles du soin/ de l'éducation/ et du contrôle. Je me demande en effet dans quelle mesure les personnes qui ont une autorité religieuse (marabout, imam, etc.) peuvent être impliquées ou non dans une réflexion collective comme la nôtre. Si les participants pensent que c'est possible, alors c'est une ressource à exploiter. Mais ignorant ce terrain, j'ai peur de commettre de grandes maladresses... une approche qui associe les dimensions religieuse et scientifique suscite plutôt de la réserve en Belgique. J'ai d'ailleurs pu constater que les scientifiques sont parfois plus rigides et intolérants que les religieux... Il faut ouvrir ces champs de recouvrement entre le religieux, l'aide, le soin et le contrôle. Chez nous, c'est presque tabou. D'après mon expérience, ce ne sont pas des champs faciles à ouvrir. Mais je pense que si les familles s'appuient sur ces éléments-là pour évoluer, c'est à nous de nous adapter. S'il y a des zones d'incompatibilité en revanche, nous nous chargerons de les signaler. Rappelez-vous l'exorciste subventionné par l'État suisse...

Quand on évoquait cette question, il y avait toujours de grands débats généraux dans le groupe, et parfois des rires, des plaisanteries

Si nous prenons ces pratiques au sérieux, il faut absolument veiller à les valoriser. Vous ne pouvez pas d'un côté dire que c'est la porte d'entrée de nombreux villageois, et de l'autre vous moquez... Ce que ça nous apprend surtout, je crois, c'est qu'il faut éviter la tentation de la totalisation, celle de sauter du particulier aux considérations générales en disant : « il n'y qu'à », « il faut que... » Notre travail ne consiste pas à faire de grands discours sur les liens entre la psychiatrie et les *talebs*, mais de voir comment on peut travailler de proche en proche. Comment faire alliance avec les familles pour qu'elles voient que nous sommes sérieusement intéressés à travailler avec ces guérisseurs, qu'elles

ne se sentent pas menacées, jugées, et qu'elles n'aient pas peur que nous sanctionnions par le dédain cette pratique. Le risque existe que les *talebs*, à leur tour traîtent les psychologues de charlatans... Et nous n'irions pas loin avec deux clans de charlatans... Souvenez-vous la « Clinique de Concertation » avec le Dr Bouizeri : il nous a soutenu dans notre travail. Mais l'inverse serait-il vrai ? Si nous travaillons avec des guérisseurs, les médecins nous prendraient-ils au sérieux ? C'est donc une zone de recouvrement à traiter avec délicatesse et qui m'intéresse énormément. Ne l'oublions pas, il y a un élément fédérateur essentiel : la force convocatrice des familles. On ne peut donc négliger, dévaloriser ce que font les familles pour essayer d'aller mieux. Ça ne veut pas dire pour autant qu'on doit tout approuver, mais en tout cas, nous devons nous interdire le dédain. C'est un sujet délicat. Sans doute les professionnels qui, à mon arrivée en Algérie, m'ont dit que ces pratiques étaient archaïques l'ont-ils dit par pudeur vis-à-vis de l'étranger que je suis : « ça n'existe pas », disaient-ils, par peur de paraître non « civilisés »... Or, moi, je trouve épouvantable la technicité absolue de la médecine. Je pense qu'il y a des éléments de la civilisation qu'il est important de garder.

Avez-vous jamais éprouvé le sentiment d'être en décalage avec le terrain ?

Rarement parce que je rencontre toujours des gens touchés par des événements graves et des problèmes de survie. J'arrive dans des contextes qui ont déjà évolué dans les temps qui ont précédé mon arrivée. Je bénéficie d'une vision particulière préalablement travaillée par des personnages comme Saliha Kebbas, Bouchra Kessai, Selma Khelif. Dans ces contextes, je suis plutôt dans des conditions favorables. Mon attention aux petites et grandes histoires vécues par les gens en Algérie augmente les probabilités de rencontrer un terrain intéressant.

SAADIA BEKKAL[1]

En ce jour de mai 2008, j'ai rendez-vous avec Saadia Bekkal, au service d'oncologie médicale de l'hôpital Beloua, imposante bâtisse sur les hauteurs de Tizi Ouzou. Saadia me reçoit dans une petite pièce presque nue, mitoyenne de l'entrée du service. Auparavant, elle m'a consciencieusement présentée à toute l'équipe, des médecins aux infirmières, en passant par le surveillant médical et l'archiviste. Avec une prévenance et une amabilité irréprochables, elle a expliqué en détail les raisons de ma présence – ses yeux clairs un peu inquiets, sa diction traversée d'une légère émotion – et pourquoi je me retrouverais, une matinée durant, à discuter avec elle en tête à tête, puis à la suivre de chambre en chambre, dans les consultations qu'elle assure, stoïque, debout au chevet de patients. Saadia porte une blouse blanche, je dois m'y faire, nous ne sommes pas dans l'espace familier de la Ligue. Ici, c'est l'hôpital, elle y travaille depuis février 2007, et s'efforce, depuis un peu plus d'un an, de l'apprivoiser. Un an qu'elle se forge, un an qu'elle se bat. Car Saadia a fait l'expérience inverse de celle que nous connaissons : elle est brutalement passée du travail collectif à l'isolement. Les débuts ont été difficiles, elle a traversé des jours sombres, mais, surmontant son désarroi, elle s'est adaptée à son nouvel environnement et a tenté d'en repousser progressivement les frontières.

En effet, cette jeune femme née en 1979, psychologue depuis 2002, n'avait, jusque là, d'expérience professionnelle que collective. Ou quasiment. Du moins Saadia est-elle pétrie de « culture » de réseau depuis presque toujours, c'est-à-dire depuis qu'elle collabore à la Ligue, à laquelle elle adhère bénévolement dès qu'elle entame ses études (2002). Depuis presque toujours, elle travaille entourée d'un groupe, dans le partage et la concertation. En fait, elle a toujours été, au minimum, en tandem avec son mari, Farid, qu'elle connaît depuis le lycée. Tous deux ont des parcours jumeaux, depuis l'inscription en psychologie jusqu'au mémoire de fin d'études (« L'influence du traumatisme psychique sur les thérapeutes algériens ayant travaillé avec des patients victimes du terrorisme »). « Nous sommes allés nous inscrire ensemble, je pensais étudier la langue allemande, j'ai fini par m'inscrire en psychologie, et

depuis, je l'ai dans le sang. » Elle n'a pas encore fini ses études qu'elle expérimente déjà, avec des collègues de la Ligue, le terrain de l'urgence après le séisme du 21 mai 2003. Puis, après avoir obtenu son diplôme, elle affronte une autre réalité, pénible elle aussi : elle travaille dans une Unité de Dépistage Scolaire (UDS) à Beni Amrane, en duo avec Farid, elle accompagne la détresse multiple, celle de la misère mêlée à la violence, encore persistante dans la région. « C'était terrible, nous n'étions confrontés qu'à des délégations massives ». Mais Saadia a foi en son métier, et de l'énergie à revendre.

À la Ligue, elle assure ensuite plusieurs activités, avant de devenir salariée dans le cadre du projet « Droits de l'Homme » puis, en 2006, dans celui intitulé « Citoyenneté et reconstruction » : trois jours par semaine elle assure des consultations au siège, les deux autres, dans des établissements scolaires ainsi que dans une association. Saadia éprouve ce sentiment rassurant de faire partie d'un groupe, d'un tout. Elle a des repères humains forts, des conditions de travail confortables – il n'est que de penser en effet au siège de la Ligue, à la vaste et lumineuse pièce de consultation, à l'ambiance conviviale, aux collègues qu'on croise dans le couloir, avec lesquels on prend un café, à qui on expose une difficulté. Bref, Saadia est dans son élément. D'autant qu'en parallèle, et alors qu'elle avait déjà assisté à une partie de la formation au travail thérapeutique de réseau à Boumerdes[2] – entre 2004 et 2005 –, elle suit la formation à la « Clinique de Concertation ». Elle est de plus en plus pénétrée par la certitude que le travail de réseau est vital pour un professionnel du psychosocial, ses intuitions se transforment en convictions : « l'usager est à la fois une unité, et un élément dans une famille, un environnement, je ne peux tout résoudre à moi seule ». C'est pourquoi l'orientation, selon elle, est un prolongement logique de son activité (« recourir aux autres professionnels a toujours été une évidence pour moi »), qu'elle transforme petit à petit en pratique de relais. D'ailleurs, l'un des premiers relais qu'elle effectue s'impose pour des raisons très... impératives : elle s'apprête à partir en congé de maternité. Walid, un enfant de douze ans, qui a de graves problèmes scolaires, et dont le père refuse qu'il soit orienté vers une école spécialisée, la préoccupe, et elle souhaite une aide du groupe, avant de passer le relais à Fatma (qui s'occupera, en outre, de ses autres patients).

Nous sommes en septembre 2006, c'est, dans la formation, l'occasion d'organiser la première réunion collective avec une famille : « il va désormais falloir vous habituer à ce que les familles fassent intrusion dans vos rapports » prévient le Dr Lemaire. Et, prudent, il opte pour le dispositif

de la « Concertation Clinique » : « c'est la première fois, je souhaite que la séance se fasse en groupe restreint, par crainte d'être trop brutal. J'ai besoin d'un filet pour mes propres maladresses. » Le lendemain, il insistera sur la nécessité de soigner le relais : « attention ! L'enjeu est de préserver le réseau et de cultiver le terrain fertile qui existe entre la famille, l'école et la Ligue. Mme Bekkal ne doit pas mal vivre le relais, et travailler l'idée qu'elle n'est pas irremplaçable... » Saadia s'y est préparée, prenant le soin, en outre, d'organiser, en présence de Fatma, deux rencontres supplémentaires : avec Walid et son père, une première fois, auxquels se sont jointes deux enseignantes de l'enfant la seconde fois. Le suivi de Walid s'est, par la suite, révélé problématique, le lien s'est perdu, mais Saadia précise : « il me semble que, dans ce cas, on ne peut pas dire que le travail de réseau a échoué. Il arrive que certaines situations nous laissent impuissants, il faut l'accepter. »

Massinissa naît à l'automne 2006. Saadia et Farid en ont parlé : pour la petite famille qu'ils forment désormais, il est plus raisonnable d'avoir deux revenus stables, qu'un emploi à la Ligue – tellement dépendant des obtentions aléatoires de projets – ne garantit pas. Enceinte, déjà, Saadia a entamé des démarches. Trois jours à peine après l'accouchement, elle passe le concours qui lui permettra d'être recrutée comme psychologue à l'hôpital, et le 25 février 2007, la voilà donc qui intègre le service d'oncologie de l'hôpital Beloua... C'est l'inconnu. Très vite elle prend peur. Le territoire lui est totalement étranger : professionnels anonymes, pathologies lourdes, éloignement de la Ligue, de Farid, tous ses repères ont disparu. D'autant qu'au départ, elle n'a pas de bureau, pas de lieu pour recevoir les malades, pas d'espace « à elle », aucune protection en quelque sorte. Elle finit par obtenir un bureau (qu'elle partage avec les médecins), mais a du mal à trouver ses marques. Désarroi. Alors, c'est encore vers le groupe que Saadia se tourne, en avril 2007. Dans la situation qu'elle expose, s'exprime en creux toute sa détresse. Le Dr Lemaire, très vigilant, s'assure au préalable que les responsables du service ont été prévenus qu'elle évoquerait un cas (Saadia confirme qu'elle a pris cette précaution et qu'elle a reçu leur accord) ; il confirme que « travailler dans un service d'oncologie est difficile, car l'intervenant, quotidiennement confronté aux limites de la médecine, à l'effondrement de ses idéaux, risque de se sentir dans une "chute" professionnelle complète. Le travail dans ces services est connu pour les risques (santé, équilibre) auxquels il expose le personnel. Pour les affronter, il est souhaitable de développer un travail d'équipe. Il est difficile de survivre à l'accumulation de situations

aussi tragiques. Avoir le soutien d'un réseau me paraît d'autant plus nécessaire. L'accompagnement de la détresse extrême exige le soutien d'un réseau tout entier, peut-être plus efficace qu'un simple superviseur. Essayons donc de considérer que ce désespoir est l'occasion de mettre en commun quelque chose avec les autres professionnels du réseau, afin de créer un contexte soutenant. » Exercice auquel le groupe va s'appliquer, en repérant des champs de recouvrement, en proposant des pistes de travail. En outre, le groupe s'emploie, dans un effort collectif stimulant, à réfléchir à une meilleure intégration de Saadia dans le service. Soigner sa formulation est une première exigence : on n'affirmera pas que les psychologues « sont exclus » des réunions de médecins, on préfèrera dire qu'ils n'y sont « pas encore inclus » ; on ne dira pas que le personnel est livré à lui-même, on émettra plutôt l'hypothèse que le service n'a pas encore les moyens d'assurer semblable accompagnement. Quant à la pratique du relais, il est bon de prendre le temps d'en expliquer le bien-fondé aux responsables, de sorte que l'absence du professionnel (parce qu'il accompagne un patient, auprès de l'association El Fedjr[3], par exemple) pourrait être perçue non comme une perte mais comme un *gain* de temps : « on peut supposer que si le patient adhère à cette association, il sera pris dans une dynamique de groupe qui pourra, peut-être, aider tous les membres du service. Si l'on veut que les responsables soutiennent cette démarche, il est souhaitable de la leur expliquer. » Il est vrai que la pratique du relais met en tension les exigences du cadre institutionnel (obéissant à une logique légitime d'horaires, de présences) et la nécessité, parfois, pour répondre à la force convocatrice des usagers, de le transgresser. Comment éviter d'être sanctionné pour avoir, pendant les heures de travail, accompagné un patient jusqu'au service de psychiatrie du CHU de Tizi Ouzou – parce qu'on y connaît le Dr Bouzidi, ou le Dr Slimani, eux-mêmes participants à la formation ? En prenant le temps d'expliquer, de sensibiliser, réitère le Dr Lemaire. En essayant de convaincre de la pertinence d'une pratique si respectueuse de l'usager, par ailleurs bien plus rationnelle et économique qu'une simple orientation (au résultat – et donc à l'impact thérapeutique – plus incertain).

C'est ce que Saadia, reprenant courage, s'est peu à peu évertuée à faire. Aujourd'hui, elle reconnaît qu'elle a peut-être, à l'époque, dramatisé l'éloignement de la Ligue : « c'était comme si j'avais quitté une famille, et que soudain, je me retrouvais seule. Le réseau m'a toujours soulagée. Sans lui et son éthique de travail, je ne pourrais travailler. » Qu'à cela ne tienne, elle a doucement tissé sa propre toile, en commençant par le

service lui-même, où petit à petit des rapports d'entraide avec certains médecins, les infirmières, se sont noués. Elle ne se contente pas de travailler avec les patients que lui orientent les médecins, elle circule dans les chambres, pour se rendre visible, se montrer disponible et repérer les personnes en souffrance psychologique, ainsi que leur famille. Il lui arrive même de recevoir en entretien individuel ou familial des usagers extérieurs au service, orientés par des professionnels ou des connaissances. Elle travaille par ailleurs avec l'association El Fedjr, y a des rapports personnalisés avec une assistante sociale et un médecin ; elle collabore parfois avec le service de psychiatrie du CHU. Bien sûr, il y a aussi la Ligue, les réunions de suivi et les coups de téléphone aux collègues, pour un avis, un conseil ; enfin il y a Farid qui non seulement l'écoute, mais peut aussi très concrètement l'aider : « dans la journée, je suis confrontée à un cas, le soir je lui en parle, et on voit si la CDP[4] où il travaille peut faire quelque chose ». Tout ce réseau s'est mobilisé de manière emblématique autour de Rahim, ce jeune homme de seize ans, atteint d'un cancer en phase terminale, aujourd'hui décédé, et qui, « grâce à nous je crois, a vécu ses derniers jours de façon plus apaisée » (en l'évoquant, elle sort son dossier, notes et sociogénogrammes apparaissent, soigneusement classés). Ce jeune homme avait rompu avec sa famille et vivait dans un dénuement total. « Devant son isolement extrême, j'ai pensé qu'il fallait chercher des ressources dans le réseau, et nous avons organisé une "Concertation Clinique". » Multipliant les démarches auprès de la DAS, de la CDP de Beni Douala (via Farid), elle a réuni autour de Rahim un réseau tellement bienveillant qu'à la fin, « il acceptait de montrer son visage, qu'auparavant il tenait baissé, dissimulé derrière la visière d'une casquette ». « C'est une situation qui m'a fait beaucoup avancer » reconnaît Saadia – elle dit se sentir redevable à Rahim.

Lorsque, ensuite, je l'accompagne dans ces consultations ambulantes peu banales, la perplexité me gagne. Dernière visite, une chambre à deux lits : d'un côté, une vieille femme allongée, muette, sa fille penchée sur elle, prostrée. De l'autre, assises côte à côte, une dame et sa sœur qui l'accompagne. Saadia, droite comme un i, entre les deux lits, entre les deux familles, s'adresse tout bas à chacune, puis aux deux. Plus personne ne chuchote, je m'en mêle, on parle, on papote, de tout et de rien, de peines et de joies, de patience et de destin, l'une des sœurs sort des photos de son sac, voyez comme j'étais belle, nous dit-elle. On a alors le choix : soit on pense que de telles conditions de travail pourraient dépasser les capacités d'adaptation d'un professionnel et l'épuiser rapidement, que la détresse peut tout aussi bien toucher les professionnels que les usagers ; soit on se

souvient de l'« espace blanc », ce lieu où, « entre le professionnel et l'amical se crée la modalité éthique et thérapeutique du souci »[5]. On sait que Saadia se raccroche à la seconde option, et elle le revendique.

NOTES

1. Née Bareche.
2. « Formation à la gestion de crise psychosociale et à la prise en charge de familles en détresse » (décembre 2004-octobre 2005).
3. *El Fedjr* (« l'aube », en français), très active dans l'accompagnement qu'elle prodigue aux personnes souffrant d'un cancer. Elle propose une aide financière pour les familles les plus démunies, et d'autres activités de soutien, groupes de parole par exemple.
4. Cellule de proximité.
5. Despret V., « La thérapie des espaces blancs », in Chauvenet A., Despret V., Lemaire J.-M., *La Clinique de la Reconstruction*, L'Harmattan, Paris, 1996.

L'APPROCHE CONTEXTUELLE ET LE TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE DE RÉSEAU

« Celui qui a laissé des traces n'est pas mort »[1]

Ivan Boszormenyi-Nagy[2] (1920-2007), père fondateur de l'approche contextuelle, « est certainement l'une des plus grandes figures »[3] du mouvement de la thérapie familiale. Le modèle de thérapie qu'il propose est issu de plus de quarante années de recherches cliniques et théoriques et s'inscrit avant tout « dans l'histoire des psychothérapies de la psychose et du mouvement des thérapies de famille »[4].

Né en Hongrie, il grandit dans un contexte très particulier. C'est la période où, entre Budapest et Vienne, se propage la pensée de S. Ferenczi et de S. Freud. Au début des années cinquante, il émigre vers les États-Unis. Il travaille au Psychiatric research Institute of The University of Illinois (Institut de recherche en psychiatrie de l'Université de l'Illinois) et y poursuit ses recherches sur sa pratique clinique de la psychothérapie individuelle des schizophrènes. Une obsession l'habite alors, celle de pouvoir soigner la psychose : « il y avait là des êtres humains qui souffraient injustement et dont la condition était un mystère que ni la médecine ni la psychologie n'avaient éclairci »[5]. À cette époque, de gros budgets sont consacrés à la recherche sur la maladie mentale.

« Quand il est arrivé aux États-Unis, il a utilisé ses compétences pour effectuer des recherches sur les aspects biochimiques de la schizophrénie et sur les corrélations entre la maladie mentale et le métabolisme intracellulaire »[6]. Ses travaux obéissent au souci de trouver un « marqueur » de la maladie mentale, un indice qui laisse une trace et permette de l'identifier. Au bout d'un certain temps, peu satisfait du résultat de ses recherches, Nagy décide de se consacrer à la thérapie : il « cherche comment la connaissance des relations humaines peut contribuer à la thérapie »[7]. Il jouit d'une liberté d'action que d'autres thérapeutes n'ont pas. De fait, aux États-Unis, si une personne *bénéficie d'un diagnostic psychiatrique sévère*[8], le médecin est tenu de respecter le standard de traitement qui est prévu à cet effet (l'électrochoc, l'isolement du patient, etc.). Or, Nagy, lui, cesse d'isoler les patients de leur famille, il se met à recevoir les infirmiers, les éducateurs...

Dès 1958, il organise des séances avec des patients hospitalisés et leur famille. Cette démarche n'est pas le fruit de sa seule intuition. Elle s'inscrit dans un mouvement général avec l'apparition de la systémique, de la thérapie familiale : l'individu est envisagé comme faisant partie d'un tout, la stratégie thérapeutique consiste désormais à traiter en même temps le patient et sa famille, les professionnels ont cessé d'isoler le malade de son contexte habituel. « La présence physique des membres de la famille dans le cadre thérapeutique où les thérapeutes favorisent l'expression et facilitent les échanges émotionnels touche beaucoup Nagy. Il est frappé par l'importance affective de ces interactions familiales dans le traitement des patients »[9], et par « la manière dont [ces derniers], réputés pour être coupés du monde, entretiennent avec leur famille une relation d'une autre teneur qu'avec leurs soignants »[10]. Nagy prend donc le risque de les recevoir avec leur famille, leur entourage (les travailleurs sociaux qui les accompagnent), et cesse de leur administrer des traitements lourds (électrochocs, Largactil, etc.). Il parvient alors à ce constat : même lorsqu'on est en présence de patients délirants, insaisissables, dès qu'on se met à parler des problèmes de justice au sein de la famille, quelque chose se rétablit. Quand on ouvre la question de la justice relationnelle entre les partenaires d'une relation, ou « le livre des comptes » (où tout est comptabilisé, même l'intention), quelque chose semble s'ajuster.

Sa réflexion se nourrit de la pensée du philosophe existentialiste Martin Buber[11] qui affirme ceci : nous ne pouvons devenir « je » qu'à partir du moment où nous disons « tu ». C'est-à-dire que *nous n'existons que dans la relation*. L'observation de Nagy se concentre sur les relations familiales.

L'ÉQUILIBRE DU DONNER ET DU RECEVOIR

L'approche contextuelle postule que la question de la justice est inhérente au lien humain : il y a, dans les relations intimes, un *compte relationnel*. L'image généralement utilisée est celle des plateaux d'une balance. Dans son ouvrage intitulé *Between give and take*[12], Nagy expose son raisonnement : si B donne quelque chose à A, le plateau de A s'alourdit, et celui de B s'allège. On pourrait imaginer que A rende à B immédiatement après (retour direct), et la balance retrouvera son équilibre. Mais le temps qui s'écoule entre le moment où B a donné, et celui où A a rendu, doit être comptabilisé (retour indirect). De plus,

ce que A rend à B est, par essence, d'une autre nature. Car entre en ligne de compte le crédit (la considération) que A doit rendre à B pour le risque que celui-ci a pris de lui donner (on dit bien : « *rendre* hommage », il y a l'idée de rendre un dû). Ainsi, l'approche contextuelle cherche à comprendre les mécanismes d'équilibre en termes de justice, et se fait dans un cadre qui sollicite – interpelle et soutient en même temps – des gens concernés par une même histoire, pour construire un dialogue dans le champ du donner et du recevoir. L'originalité de cette approche est d'avoir fait du « donner » et du « recevoir » un élément clinique. Si, par exemple, quelqu'un a porté sur ses épaules la délégation de ses parents pour devenir ce qu'il est, le thérapeute contextuel se demandera si ses efforts ont été reconnus en terme de crédit.

En outre, lorsque B donne à A, la reconnaissance de A fait gagner à B quelque chose qui ne s'évalue pas. B est « grandi », mais c'est non quantifiable, non mesurable. Nagy a exploré cela dans les familles : son travail de thérapeute consistait à permettre aux protagonistes d'une relation d'ouvrir le dialogue sur les comptes relationnels. (Exemple : comment la maman fait des choses pour ses enfants, et comment eux-mêmes font des choses pour leurs parents, etc.) C'est là qu'il fait une découverte importante : dès qu'on ouvre le dialogue autour de la justice relationnelle, celui-ci gagne considérablement en efficacité, les membres de la famille semblent retrouver un peu de leur cohérence.

OUERDIA BOUDIAF ET SON ONCLE, OU LA BELLE HISTOIRE D'UN RETOUR INDIRECT

Ouerdia Boudiaf raconte une anecdote personnelle (qu'on retrouve dans son portrait), illustrant de fort belle manière la notion de « retour indirect » : « Dans les années soixante, mon père a hébergé chez nous, à Alger, un cousin – que nous appelions tous "mon oncle" – inscrit à l'École Normale. Il lui rendait là un service considérable, parce qu'à l'époque, on ne pouvait pas faire l'aller-retour entre Tizi-Ouzou et Alger dans la même journée. Mon oncle, par ailleurs, n'avait pas beaucoup de sous, parfois même, pas assez pour utiliser les moyens de transport. Eh bien j'ai appris que mon père, sans rien dire, glissait discrètement, quand il avait le dos tourné, quelques pièces dans la poche de son pantalon. Comble de l'attention : il veillait à ne pas en mettre beaucoup, pour que ça ne se voie pas trop. Bien des années plus tard, quarante ans après – mon père était mort depuis longtemps –, j'ai eu à présenter une requête à cet oncle. Il m'a confié à cette occasion qu'il se sentait à jamais redevable à l'égard de mon père. M'aider était une manière de rembourser sa dette. Me dire cela, c'était, aussi, une manière très délicate de me mettre à l'aise et de dissiper mon embarras. »

Cette histoire révèle deux choses. D'une part : *le temps donne du crédit*. La dimension du temps est en effet essentielle. Un proverbe indien, souvent cité par P. Michard, dit : « méfiez-vous de celui qui rembourse trop vite

ses dettes. » Allusion aux gens qui ne supportent pas d'être redevables. L'oncle de Mme Boudiaf, lui au contraire, a mis sa dette « en culture », ce qui le grandit d'autant plus. « Le père de Ouerdia serait sans doute encore plus sensible au fait de savoir que c'est sa fille qui bénéficie du retour indirect » suggère le Dr Lemaire. Quand quelqu'un prend le risque de « payer de sa personne », il ne sait pas vraiment comment il sera « remboursé ». Dans cette histoire, l'oncle est peut-être encore plus redevable à la délicatesse du père de Mme Boudiaf qui lui glisse juste assez d'argent pour que cette attention ne pèse pas trop sur lui. Plus de temps s'écoule entre le geste de don et le geste de retour, plus la confiance s'installe. La confiance est quelque chose qui se construit dans le temps, qui est historique.
D'autre part : *on ne peut quantifier le crédit.* P. Michard, cité par le Dr Lemaire, utilise la comparaison avec la carte de crédit : le support – l'objet en lui-même – ne dit rien de la somme qu'il y a, en réalité, sur le compte. Ainsi, la considération due par l'oncle au père de Mme Boudiaf est inquantifiable – et, qui plus est, secrète (puisque le don se faisait en cachette). « Ce que A reçoit de B en retour indirect est impalpable et spécifique : c'est un compteur particulier à chaque relation. » Le mérite est, précisément, ce qui reste de la relation étalée dans le temps. Quand je donne, je gagne du mérite et lorsque j'accumule un « stock » de mérites, je gagne en légitimité – même si, d'ailleurs, j'échoue, car la seule *intention* de donner permet d'acquérir du mérite. Le lien entre l'oncle et le père de Ouerdia, conduit celle-ci « à porter une légitimité qui a quelque chose à voir avec l'estime de soi et la bonne santé ». La circulation entre le « donner » et le « recevoir » joue sur l'équilibre, et sur la façon dont on est en relation avec les autres.

UNE APPROCHE ORIGINALE MAIS INTÉGRATIVE, PRENANT APPUI SUR QUATRE DIMENSIONS

Quand Nagy élabore sa démarche, à aucun moment il n'exclut les autres courants de thérapie (systémique, psychanalytique, etc.). Leur utilité n'est jamais remise en cause, tous sont compatibles. Beaucoup d'aspects s'imbriquent d'ailleurs, les quatre dimensions qui structurent l'approche contextuelle le démontrent bien[13]. Il est assez remarquable de constater la forte valeur intégrative de cette approche, laquelle, à cet égard, insiste beaucoup, sur le « travailler ensemble » et le partage des responsabilités face à une situation difficile.

Les quatre dimensions

1. la dimension des faits

Elle fait référence à des réalités biologiques (maladie), sociales (appartenance à un groupe ethnique), existentielles (sexe). Cette dimension est peu modifiable par la thérapie, elle est liée au destin, à ce qui arrive, et qu'on ne peut attribuer qu'aux événements. Exemple :

il n'y a pas de relation suffisamment nette pour attribuer la responsabilité d'un séisme à quelque chose. Autre exemple : des jumeaux naissent, l'un est valide, l'autre est porteur d'un déficit. On ne peut pas dire que ce déséquilibre est attribuable à quelqu'un. Il y a cependant des possibilités d'intervention : si la personne a un membre en moins, on lui greffera une prothèse ; s'il a un neurotransmetteur déficient, on lui administrera un médicament.

2. la dimension psychique

Elle est liée au fonctionnement du mental, au vécu intrapsychique de la personne (désir, besoin, fantasme : on rêve, on a des représentations qui viennent à l'esprit).

3. la dimension transactionnelle

Elle est liée au système familial, rôle, jeux des alliances, coalitions. Le tout est plus que la somme des parties, il constitue un système qui a son génie propre. (Exemple : les pièces éparpillées d'un réveil démonté n'ont pas la même valeur qu'un réveil monté (qui est alors un objet dont l'ensemble donne l'heure).) Le « tout » possède une qualité émergente, un « plus » que n'ont pas les parties quand elles sont dispersées. On peut ainsi observer qu'une famille fonctionne comme un système ayant son mécanisme, son génie propre. Ce qui permet de dire que le symptôme n'est pas un déficit attribuable à un seul individu (un seul membre de la famille), mais le résultat d'actions et de rétroactions dans le système familial tout entier.

4. la dimension de l'éthique relationnelle

Englobant les trois précédentes – sans les annuler pour autant – elle est une notion existentielle, et la dimension de prédilection de Nagy. En effet, il considère l'éthique comme la base des relations : ce terme se réfère à l'équilibre d'une justice équitable dans les relations humaines (justice des relations, balance des mérites acquis, etc.). L'idéal est d'arriver à identifier ce qui fait honneur aux familles, et si ce qui fait honneur à A est ce qui a été accompli par B. Cette dimension « est souvent difficile à traduire en termes professionnels mais a un écho important auprès des membres des familles dont les désirs de justice et de confiance restent vifs, même au travers de comportements destructeurs, méfiants ou pathologiques »[14]. Il faut bien distinguer l'éthique relationnelle de la morale. La morale est prescriptive (elle dit le bien et le mal), alors que le processus thérapeutique consiste, lui, a soutenir les

gens dans une ouverture du dialogue sur *ce qui est*. L'intervenant est attentif à la plainte de la personne, il va l'accueillir, dire qu'il ne s'agit pas d'une impasse, et tenter de partir de là (partir de *ce qui est*) pour voir ce qui peut être amélioré. « C'est précisément en voyant de façon responsable les conséquences de ses actes qu'une personne peut envisager d'autres options. Ainsi, elle acquiert un "droit à la considération". Il s'agit ici de la *dimension éthique*. »[15]

« Soyons clairs : il ne s'agit pas de niveaux, ni d'une hiérarchie de facteurs. Il y a interpénétration, emboîtement des quatre dimensions dans les relations humaines ; elles sont omniprésentes. (...) Une dimension n'en remplace jamais une autre ; il existe des liens mutuels et la quatrième dimension surplombe les trois autres. »[16] L'équilibre d'une relation dépend de ces quatre dimensions (elles sont tels « les quatre pieds d'une table » dit le Dr Lemaire »), mais Nagy recommande d'« entrer » dans une famille par l'éthique relationnelle. Cette dernière dimension spécifique offre un levier thérapeutique s'appuyant sur les ressources du donner et recevoir dans les relations entre des individus partageant une même histoire.

Le contexte

• Introduction de l'approche contextuelle dans un contexte bien établi

Il peut paraître étrange d'aborder l'approche contextuelle aussi tardivement dans la succession des modules. Surtout qu'elle semble la matrice conceptuelle de la formation à la « Clinique de Concertation », le Dr Lemaire est le premier à le revendiquer[17]. Mais cet ordre obéit à un choix délibéré. Il n'a pas commencé par l'approche contextuelle pour éviter une focalisation immédiate et exclusive sur les relations au sein de la famille : « je préfère d'abord apprendre à décrypter l'itinéraire de la famille dans le réseau, à travailler les délégations, les relais, sans me polariser sur les relations intra-familiales. Il faut pouvoir se rendre disponible aux autres forces d'activation que celles émanant exclusivement de la famille » argumente-t-il. « Les choses viennent à nous : nous introduisons l'approche contextuelle quand nous avons déjà bien cerné le contexte dans lequel nous travaillons. »

DÉFINITION DU CONTEXTE PAR NAGY

« 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. Il est constitué de la totalité de tous les "grands livres d'équité" dans lesquels les mérites et les obligations de telle personne sont enregistrés. Son critère dynamique relève de la considération due et non de la réciprocité de donner et recevoir. »[18]

• Une définition élargie

Contrairement à l'approche systémique, où c'est le systémicien qui décide de la dimension du système – il a en général une prédilection pour le système familial –, l'approche contextuelle, elle, n'a aucune limite, aucune frontière, la notion de contexte qu'elle préconise va au-delà du système. Le contexte comprend aussi bien la famille, que les voisins, que le réseau de professionnels. Car c'est *l'identification des éléments de confiance* qui est le point de départ – et le seul *fil conducteur* (le « fil organique ») que les professionnels s'attachent à reconstituer, tendus vers l'amont, remontant, « comme les saumons », et de proche en proche.

Une approche centrée sur les relations humaines de proximité

Se trouvant aux confluents de plusieurs domaines, l'approche contextuelle résonne en chacun de nous de manière puissante et troublante. Elle est à la fois très familière (elle touche à la philosophie, à la religion, au droit, à la culture générale de chacun, en somme) et éminemment spécifique. C'est pourquoi il faut se garder d'appliquer cette approche à d'autres liens que ceux de proximité, même si elle n'appartient pas exclusivement aux relations familiales : elle travaille les liens non seulement de « filiation » (famille) mais aussi d'« affiliation » (« contrats horizontaux éternels » selon l'expression de M. Heireman), c'est-à-dire, essentiellement, le couple.

La tentation serait d'y recourir pour lire le fonctionnement d'institutions, ou de groupes, ou d'ethnies différentes entre lesquels des contentieux existeraient. Après la violence des années quatre-vingt dix en Algérie, semblable grille de lecture paraît tentante à utiliser en effet – ce que le module final tentera de faire, de manière extrêmement prudente et progressive. Car l'approche contextuelle est d'abord et avant tout une approche clinique, même si son fond philosophique est indéniable. Elle se préoccupe du lien d'un individu à un autre (« cette femme-là », « cet homme-là »), veille à examiner, chaque fois, et toujours de proche en proche, ce qui se passe entre des gens précis. Et si la démarche est élargie, par transitivité, comme le préconise la « Clinique de Concertation », elle l'est toujours de manière extrêmement pondérée et graduelle.

LA « CLINIQUE DE CONCERTATION » ÉLARGIT L'APPROCHE CONTEXTUELLE À L'UNIVERS DES PROFESSIONNELS

Nagy, il est vrai, a peu travaillé selon cette méthode élargie. Il a plutôt été un thérapeute familial, focalisé sur la famille – tout au plus s'est-il aventuré à associer des groupes multifamiliaux. Cependant, insiste le Dr Lemaire, l'approche contextuelle ne place aucune frontière au contexte. Et comme la « Clinique de Concertation » revendique la possibilité de travailler de manière ouverte et collective, elle propose d'étendre l'approche contextuelle au réseau : ainsi, on tient compte de tous les liens significatifs du donner et du recevoir, de la famille (la petite, la grande), au clan, au village, etc. jusqu'au réseau des professionnels, et même au-delà.

Il va de soi que les liens entre les membres d'une famille sont différents de ceux qui existent entre gens qui travaillent ensemble. Les relations qu'entretiennent les participants à la formation, par exemple, sont certes différentes de celles vécues par chacun dans sa famille, sauf qu'un contrat les affilie à l'institution pour laquelle ils travaillent, à l'association dans laquelle ils militent. On peut parler d'un lien d'affiliation. C'est le saut que propose de faire la « Clinique de Concertation » : au lieu de cantonner l'approche contextuelle aux relations intrafamiliales (liens de filiation), elle suggère de l'étendre aux relations avec les professionnels (liens d'affiliation), afin de ne plus examiner la question du donner et du recevoir au sein de la famille seulement, mais aussi autour d'elle.

Car, les ressources n'existent pas toujours en son sein, surtout si elle est basée sur des relations de type destructeur : le Dr Lemaire dit avoir « déjà rencontré des parents qui parlent de leur enfant en disant *ça* : "si vous saviez ce que *ça* nous a encore fait !", le *ça* semblant signifier que les parents nient le lien de filiation ». En effet, il est parfois difficile de trouver des éléments de légitimité constructrice dans le contexte familial. La « Clinique de Concertation » propose donc une *translation*, un *déplacement* : apprendre à sortir de la famille, si les ressources n'y sont pas suffisantes, et chercher ailleurs des éléments de confiance, dans un rapport entre professionnels par exemple : entre un conseiller juridique et une psychologue, un enseignant et un psychologue, etc. Il n'est pas question de nier les relations difficiles nouées au sein de la famille, mais en parallèle, de trouver un endroit assez solide où s'arrimer, comme la ravaudeuse – si on continue à filer la métaphore du proverbe – qui va piquer son aiguille dans la partie résistante de l'étoffe de la chaussette.

REPRISER AUX BORDS DU TROU

« Si tout au bord du trou (dans la famille), rien n'est solide, tout s'effiloche, alors on essaie de repérer des zones plus fiables, plus consistantes. On les trouve parfois entre deux professionnels, ou entre un élève et son enseignante, ou entre une famille et un médecin des urgences. Arriver à gérer cela dans les familles et dans le réseau est une tâche difficile, qui prend du temps. Pour arriver à ouvrir ces comptes-là, il faut tout un processus de formation, pour affiner notre capacité à mener ce travail depuis l'endroit où nous nous trouvons (psychologue, enseignant, juriste, etc.). Cet exercice-là, d'ouverture des comptes relationnels, a lieu là où la rencontre est possible, et ce n'est pas forcément dans un cabinet de consultation. » (Dr Lemaire)

La « Clinique de Concertation » propose en quelque sorte une extension de l'approche contextuelle au réseau. Les professionnels apprennent, guidés par l'équilibre du donner et du recevoir, à s'interroger : « comment nous, professionnels, entrons-nous en contact, de proche en proche, de fil en aiguille, les uns avec les autres ? », en essayant toujours de reconstruire les circonstances dans lesquelles ces liens se manifestent. Le but de la formation n'est pas d'obtenir que *toutes* les familles viennent dans une « Clinique de Concertation ». Les professionnels s'adaptent à ce que les usagers proposent. Certaines familles en détresses multiples ont démontré leur besoin de dispositifs élargis, il faut pouvoir y faire face, et quand la rencontre a lieu, là où elle a lieu – aussi bien dans un cabinet de consultation, en tête à tête, que dans une Maison des Jeunes, à plusieurs –, l'intervenant, sensibilisé à l'approche contextuelle, doit essayer de trouver un équilibre. Il cherchera ce moment précis dans la relation où celui qui est réputé le plus vulnérable – donc qui reçoit le plus –, semble donner à celui qui est réputé le moins vulnérable. Voici deux exemples :

- dans un couple : le mari, au chômage, est complètement anéanti, alors que sa femme, elle, est active, dynamique. Le thérapeute essaiera de trouver un terrain offrant la possibilité au mari (le plus vulnérable) d'être reconnu dans sa capacité à donner à sa femme (la moins vulnérable), plutôt que dans sa capacité à recevoir.

- entre un professionnel et un usager : le premier est censé aider le second, le premier donne, et le second reçoit ; mais la « Clinique de Concertation » demande au professionnel d'être attentif, de son côté, à se rendre disponible pour recevoir de l'usager (le plus vulnérable), et accepter l'idée que celui-ci peut lui venir en aide.

LE DROIT DE DONNER

C'est un leitmotiv du Dr Lemaire : « on nous enseigne, à nous, professionnels, tous les moyens de donner, rarement ceux de recevoir . On devine que cette réflexion demeure le fil conducteur de la « Clinique de Concertation », à savoir la force convocatrice des familles. Les professionnels sont *redevables* aux familles de les faire travailler ensemble. Chaque participant gagnerait à s'interroger : à quel moment chacun a-t-il ouvert le droit de donner aux membres d'une famille ? Chacun peut-il témoigner, à travers une reconnaissance précise, d'avoir reçu d'une famille réputée en difficulté ?

Comment faire en sorte que celui qui est présumé le plus vulnérable, en l'occurrence l'usager, aie la possibilité de donner lui aussi ? Grâce à l'approche contextuelle, et en élargissant celle-ci au-delà du contexte strictement familial, le professionnel apprend à créer un équilibre du donner et du recevoir avec l'usager. (Démarche qui s'applique également aux relations interprofessionnelles : qu'est-ce que préconise la « Clinique de Concertation » sinon un équilibre du donner et du recevoir entre deux professionnels engagés dans une « Clinique du Relais », ou, plus généralement, quand elle plaide pour un dialogue respectueux, une déontologie régissant les rapports entre travailleurs de réseau ?)

De fait, l'approche contextuelle affirme que le droit de donner est tout aussi important que celui de recevoir. Car il contribue à la croissance d'un individu. J'ai plus de chance d'augmenter ma légitimité constructrice lorsque je suis reconnu pour le risque que j'ai pris de donner, car en donnant je deviens humain. Je ne peux grandir si je n'ai pas l'occasion de donner. Une personne qui voit ses dons disqualifiés se sent inutile, comme décomptée de l'existence humaine (au sens propre, elle n'est pas en compte avec la vie). Or, indique P. Michard, « il est inhumain de se sentir superflu. Si un être humain donne sans avoir de la reconnaissance, il ne saura pas s'il a donné ou non. Et s'il ne sait pas s'il a donné, il aura le sentiment de n'avoir aucun droit humain à exister ».

Une approche étayée de détails, de faits, d'exemples

La dimension des faits est une dimension à ne pas négliger surtout dans l'entretien avec les membres de la famille. Le thérapeute demandera, sans relâche : « avez-vous un exemple ? Quand ? Comment ? De quelle manière ? » Il est recommandé de chercher des exemples où la personne a pris le risque de donner, surtout quand celle-ci est fragile et vulnérable. L'approche contextuelle travaille sur des détails. La difficulté consiste à savoir où et quand placer ces questions. Cela s'acquiert avec l'expérience : tant que le professionnel ne les a pas mises en pratique, ces recommandations demeurent théoriques. Les « Cliniques de Concertation » évoquées en clôture de l'ouvrage s'attachent à illustrer cette préoccupation de l'intervenant.

On se souvient aussi de la « Clinique de Concertation » organisée à l'initiative de S. Kebbas. Le Dr Lemaire posera des questions extrêmement concrètes, demandant à la maman quand et comment elle se sent soutenue par le papa réputé le plus vulnérable, puisqu'il est celui qui bénéficie d'un diagnostic de pathologie mentale. L'oncle maternel participe à la rencontre, le « Clinicien de Concertation » s'adresse alors au papa pour vérifier s'il existe une relation de confiance entre lui et le papa, et comment elle prend forme concrètement : « y a-t-il une relation de soutien ? Avez-vous en tête une situation ? » Enfin, il s'assure que si les filles viennent en aide à leur papa (elles lui donnent des cours en s'aidant d'un tableau noir), elles restent en mesure de lui reconnaître son autorité de chef de famille : « est-ce qu'elles ont une manière de lui témoigner aussi du respect ? » demande le Dr Lemaire à la maman. Plus tard, après la « Clinique de Concertation », il commentera : « ce qui était frappant, c'était la manière dont ce papa acceptait de recevoir l'aide de ses filles, et comment, malgré cela, une relation respectueuse se maintenait. Le papa, même quand il était seul avec ses filles, était malgrè tout en mesure d'assurer un cadre suffisamment sûr et bienveillant pour elles ».

NOTES

1. Proverbe qui semble surtout faire allusion à la descendance. Référence qui s'inscrit dans le prolongement d'un proverbe que Malika Nemar formule lorsqu'à l'occasion de la formation de mars 2008, chacun des membres du groupe présente ses condoléances au Dr Lemaire, à la suite du décès de son père. Elle dit ces mots en kabyle : « *vaveich ouyou mouthara miyisa'a argazh amchtchini* », qu'elle traduit ainsi : « pour moi, votre papa n'est pas mort, parce qu'il a eu un fils comme vous ».
2. Nous faisons nôtre la formule de Magda Heireman : « Pour la commodité de l'exposé, nous nous servirons désormais du seul nom de Nagy. », in Magda Heireman, *Du côté de chez soi*, Paris, ESF, 1989.
3. Garrigues A., « Naissance de la thérapie contextuelle », in *Familles en confiance, Nagy et la thérapie contextuelle*, Revue « Le groupe familial », n°133 – octobre/décembre 1991, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs. D'une manière générale, le résumé succinct du parcours de Nagy que nous proposons ici s'inspire largement de cet article.
4. Idem.
5. Van Heusden & Van Den Eerenbeemt, « Du passé à l'avenir : un entretien introductif avec Ivan Boszormenyi-Nagy », in *Thérapie familiale et générations*, Presses Universitaires de France, Paris, 1994.
6. Magda Heireman, *Du côté de chez soi*, Paris, ESF, 1989, p.18.
7. Garrigues A., « Naissance de la thérapie contextuelle », in *Familles en confiance, Nagy et la thérapie contextuelle*, Revue « Le groupe familial », n°133 – octobre/décembre 1991, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs.
8. Le Dr Lemaire, on l'a déjà dit, explique de quelle démarche cette formulation procède dans le module suivant consacré à « La partialité multidirectionnelle ».
9. Garrigues A., « Naissance de la thérapie contextuelle », in *Familles en confiance, Nagy et la thérapie contextuelle*, Revue « Le groupe familial », n°133 – octobre/décembre 1991, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs.

10. Masquilier R., « Il n'est jamais contre-indiqué d'être responsable », in *Familles en confiance, Nagy et la thérapie contextuelle*, Revue « Le groupe familial », n°133 – octobre/décembre 1991, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs.
11. Matin Buber, *I and thou*, Martin Buber Estate, Siwbners, New York, 1923. Traduction française : *Je et Tu*, Éditions Aubier, Paris, 1969.
12. Ivan Boszormenyi-Nagy, Krasner B. R., *Between Give & Take*, Brunner / Mazel, New York, 1986. Il faut noter que la traduction en français propose deux verbes : « donner », et « recevoir ». M. Mauss parle plutôt du *don* et du *contre-don*. D'autres philosophes ont réfléchi à la question, tels P. Ricoeur, M. Serres., mais dans une perspective plutôt anthropologique. P. Michard a fait une démarche comparative entre ces différentes approches.
13. Le Goff J.-F., « De la thérapie familiale intensive à la thérapie contextuelle », in *Familles en confiance, Nagy et la thérapie contextuelle*, Revue « Le groupe familial », n°133 – octobre/décembre 1991, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs. D'une manière générale, la description des quatre dimensions s'inspire largement de cet article.
14. Idem.
15. Heireman M., *Du côté de chez soi*, Paris, ESF, 1989, p. 46.
16. Idem, p. 44-45
17. Il reste que si la « Clinique de Concertation » est redevable, pour l'essentiel, à l'approche contextuelle, le fait de travailler avec des intrus est un point inédit. Nagy avait certes introduit lui-même des intrus dans ses séances de thérapie, sans jamais, cependant, formaliser cet aspect.
18. Ivan Boszormenyi-Nagy, Krasner B. R., *Between Give & Take*, Brunner/Mazel, New York, 1986. p.143.

CONVERSATION AVEC LE Dr LEMAIRE

Qu'en est-il du don et de la religion ? Cette question a fait l'objet de nombreuses mises au point, elle a manifestement préoccupé une grande partie des participants.

Le croyant donne parfois sans attendre de retour, du moins ici-bas. Mais il n'est pas recommandé d'attendre la mort pour réparer les injustices. Nagy s'est occupé de gens qui mettaient en péril leur vie parce qu'ils étaient pris dans des déséquilibres du donner et du recevoir, particulièrement concernés, donc, par des problèmes de justice relationnelle. Et il a obtenu des résultats intéressants quand il a pris le soin d'ouvrir les comptes. Si l'on a la possibilité d'agir ici-bas, il est de la responsabilité du thérapeute d'agir, et ne pas attendre l'au-delà. Nagy disait, en outre, que si le croyant a l'assurance d'un retour par le divin (espoir qui risque d'ailleurs, de dédouaner du dialogue humain), le non-croyant, lui, ne l'a pas. Je me souviens d'une anecdote qu'aimait raconter Nagy : il a eu à suivre une femme du sud-est asiatique réfugiée depuis sa petite enfance aux États-Unis (elle était la seule rescapée de sa famille). Elle avait un haut poste aux Nations Unies qui l'obligeait à changer de garde robe très régulièrement. Elle donnait ses vêtements usagés à des œuvres de bienfaisance, et le soin qu'elle mettait à les laver, à les repasser avant de les donner était très impressionnant. Nagy lui demande un jour pourquoi elle est si scrupuleuse avec des habits qu'elle donne. Et elle de répondre : « si je prends soin de ces habits, j'augmente les chances qu'il y ait une personne de l'autre côté de la terre qui en fasse autant avec ma famille, *si jamais* quelques-uns d'entre eux ont survécu au génocide. » Ainsi donc, tout se passe comme s'il y avait une « réserve humaine » dans laquelle on investit, *au cas où, si jamais*.

Farid Bekkal, qui travaille comme psychologue à la Cellule de Proximité de Beni Douala a évoqué, lors du module sur l'approche contextuelle, le cas de certaines femmes semblant souffrir d'épuisement, celui d'avoir donné sans jamais recevoir. Il dit « elles ont servi d'abord leur famille, puis leur belle-famille. Elles ont tout déboursé, et n'ont jamais obtenu de reconnaissance, ni de leurs parents,

ni de leurs beaux-parents. » Il émet alors l'hypothèse que, n'ayant plus rien à donner soudain, elles tombent malades subitement, et souffrent d'alexothymie.

Nagy dirait que les troubles psychosomatiques sont l'expression d'une légitimité destructrice. On peut supposer que ces femmes n'ayant pas le moyen de la diriger sur quelqu'un, ont tendance à se détruire elles-mêmes. Quelqu'un qui n'a reçu aucune considération souffre en effet d'une absence de légitimité. *Le critère important dans l'approche contextuelle est la reconnaissance.* Quant à l'alexothymie (pathologie qui fait que quelqu'un n'arrive pas à lire ses sentiments), je suis toujours un peu méfiant à l'égard de tels diagnostics... Vous savez, nombre d'anthropologues – et dans leur sillage, de médecins –, sont allés en Asie et ont décrété que les populations asiatiques étaient alexothymiques ! Tout ça parce qu'elles ne rendaient pas compte de leurs émotions de la même manière que les Européens. Soyons attentifs à ne pas appliquer systématiquement les grilles de lecture du monde européen sur d'autres cultures. Il faut être très prudent... Pour ma part, quand je ne trouve pas un substrat organique à une souffrance chez une personne qui se plaint d'avoir mal quelque part, j'évite de conclure qu'il s'agit d'une douleur imaginaire. Je considère que si cette personne dit avoir mal, alors elle a mal, et je pars de là.

OUERDIA BOUDIAF

Mme Boudiaf parle vite, c'est à peine si elle reprend son souffle en s'éventant énergiquement de la main. Le geste est vain tant il fait chaud. Nous sommes en juillet, Tizi Ouzou est fidèle à sa réputation de « cuvette » : près de quarante degrés, pas la moindre brise. Il y a, dans le débit rapide de Ouerdia Boudiaf quelque chose de contenu et d'exubérant à la fois. Ouerdia raconte, raconte, la parole n'est pas désordonnée, elle est vivante, livrée brute, incroyablement sincère. C'est que cette enseignante de français, avec plus de vingt ans de métier, a bien des choses à dire...

Née dans les années soixante à Tizi Rached, aînée d'une fratrie de huit enfants, elle grandit à Alger, où son père est chef de service dans une société nationale. Ce père tant aimé, Mme Boudiaf l'évoque avec une émotion non dissimulée – le personnage hantera, bienveillant, notre conversation. Elle dit avoir compris très vite qu'il était différent, « ce qui a toujours été une source de fierté pour moi ». Elle ne tarit pas d'anecdotes sur cet homme généreux, sage, progressiste, qui, lorsqu'elle était petite, l'accompagnait chaque matin à l'école et s'arrêtait avant au café le « Milk Bar » pour le rituel du petit-déjeuner, « on prenait toujours un croissant ». C'est toujours ce père, Da Meziane, qui, après qu'elle a obtenu son diplôme de l'ITE (Institut Technologique de l'Éducation), et qu'elle est habilitée, à vingt-quatre ans, à enseigner le français, l'accompagne le matin en voiture jusqu'au CEM où elle enseigne. « Il m'arrivait parfois de déjeuner avec lui, je le retrouvais à son bureau, et je l'y attendais comme une petite fille. » À la voir aujourd'hui, on a du mal à l'imaginer en petite fille docile, elle qui, pendant ses études supérieures, fait, par exemple, de l'auto-stop plus d'une fois : « il y avait des problèmes de transport, l'institut était mal desservi, et puis c'était cher ; alors, avec mes copines nous faisions du stop, à l'époque c'était possible », quitte à aménager la vérité pour les hommes, comme ce jour où un couple d'amis les reconnaît et s'arrête en voiture : « on a dit au fiancé de ma camarade que nous nous étions perdues ! »

Son premier poste est celui d'enseignante de... couture et de dessin, « nous étions en surnombre, alors c'est là qu'on m'a affectée. Dire que

je sais à peine recoudre un bouton ! » Elle passe un an à s'ennuyer, mais, surtout, prend la mesure de la précarité du statut d'enseignant. Lucidité qui ne la quittera plus, et nourrit une appréhension permanente sur le grand jeu anarchique et de hasard des affectations. Elle finit par enseigner le français dans des CEM du quartier, Bab El Oued, Soustara, elle y fait ses premières armes, apprend la solitude et les relations tendues avec les collègues (parfois teintées de régionalisme, du moins le ressent-elle ainsi : « j'étais une Kabyle parmi des Algérois... »), mais aussi avec les élèves. C'est l'époque où le FIS (Front Islamique du Salut) séduit de plus en plus (fin des années quatre-vingt), elle doit apprendre – elle qui aime gaiement lâcher ses cheveux, porter des jupes et des pantalons colorés – à répondre aux réflexions qui fusent dans la classe : « Normalement une femme reste à la maison », « Madame, vous êtes formidable, il vous manque une chose : le *hidjab* ». Elle ne se démonte pas le jour où un élève lui demande, en plein cours, la permission de réciter quelques versets du Coran ; elle l'y autorise, dix minutes avant la sonnerie : « j'étais sincère, et en plus, il avait une voix splendide ! » Mais elle se souvient aussi de ce collègue, professeur d'anglais, qui manque se faire lyncher pour avoir tenu des propos irrévérencieux à l'égard du Prophète Mohamed : « ce jour-là, j'ai compris combien une foule pouvait être dangereuse, à tout moment ça peut dégénérer ». Ainsi, elle pressent qu'il faut cultiver certains principes : l'ouverture à l'autre, l'absence de jugement, la sincérité.

Après son mariage, elle s'installe à Tizi Ouzou, d'où son mari est originaire. Faire la navette Alger-Tizi est pénible, elle essaye un an mais s'épuise. Elle demande alors au cousin de son père (qu'elle nomme « mon oncle »), homme qu'elle respecte profondément, responsable au ministère de l'Éducation, d'intervenir pour qu'elle soit affectée dans un CEM de la région. Il la soutient d'autant plus qu'il estime avoir une dette « à vie » à l'égard de Da Meziane. En effet, dans les années soixante, celui-ci l'a hébergé à Alger, pour qu'il puisse suivre ses études à l'École Normale. Comme il était, par ailleurs, plutôt dans la gêne, Da Meziane lui glissait parfois quelques pièces dans la poche, tout en veillant à ne pas en mettre trop – son aide devait rester discrète. Comment, donc, ne pas se sentir redevable ? confie l'oncle à Ouerdia : l'aider est l'occasion pour lui de rembourser sa dette à l'égard de Da Meziane. Lumineuse illustration des concepts liés au « donner et au recevoir », comme le « mérite », le « retour indirect ». Ainsi, Mme Boudiaf est affectée dans un CEM à Ouagnoune (quinze

kilomètres de Tizi), dans lequel elle enseigne pendant dix ans. Mais la fatigue la gagne à nouveau. Elle entreprend, seule, des démarches pour être nommée dans un CEM de Tizi Ouzou-ville. Un collègue lui reproche de ne pas oser solliciter à nouveau son oncle, s'exclamant : « tu as tort de t'embarrasser, il te rendrait service jusque dans sa tombe ! » Le « retour indirect » se prolonge... et l'oncle intervient à nouveau. Depuis, elle enseigne donc dans des CEM de la ville. Mais l'inquiétude est toujours là, tapie. Pas seulement celle d'être affectée loin du lieu où elle habite, avec ses trois garçons et son mari. Mme Boudiaf fait partie de ceux qui s'inquiètent de la dégradation générale, de la médiocrité qui sournoisement devient la règle, du nivellement par le bas qui affecte, dans un engrenage désespérant, élèves et enseignants. Elle le constate sur elle-même : « à force de lire des fautes, on finit par ne plus les voir. Pire, on en commet soi-même. J'en suis arrivée à douter de l'orthographe du verbe "danser", c'est dire ! » L'autocritique, le doute, la distance, ne sont malheureusement pas monnaie courante au sein du corps enseignant. Or, affirme Ouerdia, passionnée : « nous sommes au moins aussi fautifs que nos élèves. S'ils sont aussi nombreux à échouer, interrogeons-nous, au lieu de décréter qu'ils sont incapables ! C'est peut-être à nous de réviser nos méthodes ». Elle dit combien la formation à la « Clinique de Concertation » l'a fait progresser dans sa réflexion : ne pas diaboliser les usagers, ne pas se hâter de juger. Elle évoque la fois où le Dr Lemaire a révélé que le « bonnet d'âne » déposé sur la tête des « cancres », est en réalité un hommage à l'intelligence de l'animal : quand celui-ci est dans une situation difficile, il s'arrête pour réfléchir, et tant qu'il n'a pas compris, il reste immobile.

C'est donc ce malaise, un sentiment de solitude, la hantise de régresser, et le constat qu'elle a besoin d'aide, qui la poussent à s'ouvrir à d'autres horizons. En mai 2005, dans le cadre de la LPSJE, elle intègre, d'abord bénévolement, un programme de sensibilisation sur les droits de l'enfance. Elle devient « Madame non-violence », sa réputation déborde l'école, les gamins la saluent dans la rue, interrompent leur bagarre sur son passage : « Bonjour, Madame non-violence ! » Pendant l'année, elle transforme une heure consacrée aux rattrapages, à un cours sur la question. « J'ôtais ma casquette d'enseignante et je mettais celle de l'intervenante sociale, j'enlevais ma blouse, et je me mettais soudain à parler l'arabe, le kabyle, le français, les gamins étaient enthousiastes, ils en redemandaient ! » Mais elle tempère aussitôt, « je ne pouvais pas toute seule ; c'est une armée qu'il faut ! », d'autant que le CEM où elle enseigne est réputé « difficile ». Elle active alors le réseau de la Ligue :

une équipe d'intervenants (psychologues, sociologues) vient dans son école parler de non-violence – aux élèves mais aussi aux enseignants. Subtile manière de tendre la perche aux collègues, car il n'est « pas facile de les convaincre qu'ils ont besoin d'aide »... L'aventure n'a pas été simple, et Mme Boudiaf se souvient, en riant de bon cœur, de Kahina Bennacer, qui, après l'expérience, lui a demandé, perplexe, comment elle faisait pour tenir dans cet établissement.

Ouerdia ne se plaint pas, elle refuse de se lamenter devant l'indiscipline des élèves, leur niveau trop bas, et préconise autre chose que la répression, le châtiment corporel. Oh, ça ne l'empêche pas de donner une gifle par-ci par-là, quand cela s'impose, mais elle fait la différence : elle exerce, par là, son *autorité*, pas son pouvoir. D'ailleurs, un élève qu'elle avait un jour giflé, lui a dit à la fin de l'année : « madame, vous, vous frappez comme une mère ». Et c'est bel et bien la reconnaissance des élèves qui aide Ouerdia à continuer, le respect qu'ils savent lui témoigner, « parce que j'ai toujours été sincère, je ne les ai jamais regardés de haut ». Et de regretter le manque de pédagogie de certains enseignants, citant cette ancienne collègue mariée à un psychiatre qui disait à ses élèves qu'ils n'étaient pas normaux, qu'elle les enverrait chez son mari. « Les enseignants, d'une manière générale, refusent de demander de l'aide, moi je n'ai aucun problème et c'est ça qui m'a sauvée. »

Malgré sa fatigue, la surcharge de travail, elle continue avec la Ligue, convaincue désormais qu'elle fait partie d'un tout, d'un réseau qui la soutient mais qu'elle enrichit aussi. Dans le cadre du programme « Point d'écoute et d'attention aux femmes » elle se déplace dans les villages, y rencontre des femmes à l'estime de soi anéantie. Mme Boudiaf s'enflamme : « elles passent toute leur vie au service des autres, sans jamais recevoir une once de reconnaissance, certaines me disent : "on est rien". Alors je valorise ce qu'elles font à la maison, je leur dis que la tomate et l'oignon qu'elles cultivent dans leur jardinet, le burnous qu'elles tissent, la traite de la chèvre, c'est quelque chose ! Je donne de la valeur à la moindre chose qu'elles font, et dont l'entourage s'applique à dire que ce n'est rien. » Mme Boudiaf affirme qu'elle travaille « avec ce qu'elle trouve », et cela rejoint le leitmotiv de la formation : travailler sur les ressources, aussi dérisoires soient-elles.

Enfin, elle revient sur la formation, en disant que pendant longtemps elle a éprouvé comme un « complexe », celui de n'avoir jamais été au cœur d'une situation susceptible d'être présentée comme « emblématique » d'un travail du réseau... Perception erronée, que tout l'entretien dément, évidemment. Mais aujourd'hui, avec cette fraîcheur qui lui est

propre, elle raconte qu'elle a pu, avec une maman et sa fille, passer d'une délégation massive à une délégation discriminée. Elle a organisé une séance de coordination avec le professeur de français de l'enfant, l'incitant à ne pas se cantonner au diagnostic étriqué et accablant (consistant à parler d'« enfant attardée »). Petit à petit, avec patience, revenant à la charge, elle a réussi à convaincre la maman de travailler aussi avec une psychologue. C'est alors qu'elle a organisé un relais avec Souhila Bennacer, psychologue orthophoniste à la Ligue : « j'ai donné rendez-vous à la maman à l'arrêt de bus, et nous sommes allées ensemble au siège de la Ligue, pour y rencontrer, ensemble, Souhila ». Elle est fière et se réjouit – comme une petite fille – de se sentir utile et à l'écoute de la force convocatrice des familles.

Quand je m'apprête à quitter Ouerdia, elle me parle à nouveau de son père ; une dernière fois. S'anime encore la petite fille logée au cœur de cette femme joviale et maternelle. Le jour de l'enterrement de Da Meziane, le 23 octobre 1998, elle a bravé les traditions, avec une fermeté muette, sans hystérie ni scandale : seule femme parmi le cortège des hommes, elle a suivi un temps, dans les ruelles du village, la dépouille de son père, puis s'est arrêtée « un peu plus bas que *thadjmâat* », et l'a regardé s'éloigner. Elle murmure, émue, souriante, avec ce je ne sais quoi de juvénile qui en elle semble intact : « je l'ai suivi du regard jusqu'au bout du chemin, j'ai cette image dans la tête ».

LA PARTIALITÉ MULTIDIRECTIONNELLE DANS LE TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE DE RÉSEAU

« Donne à chacun sa part »[1]

L'intervenant sensibilisé à l'approche contextuelle a le souci de soutenir le dialogue là où il est possible. Dans l'ici et maintenant de l'entretien, il doit faire preuve de partialité multidirectionnelle ; mais celle-ci ne peut s'exercer que si un « climat contextuel » est installé, assuré par des conditions techniques précises. L'intervenant apprend, par là, à développer son attention au « bien vivre ensemble », démarche qu'il doit cultiver, de la plus petite à la plus grande des échelles.

SIX CONDITIONS POUR INSTALLER UN CLIMAT CONTEXTUEL ET AMORCER LE DIALOGUE

L'approche contextuelle choisit, pour restaurer la confiance, et construire un dialogue entre eux, de solliciter les membres d'une même famille autour de la question du donner et du recevoir. Le thérapeute s'applique à construire des questions / interventions pour solliciter et valider l'engagement relationnel de chacun. Cela requiert une aptitude à travailler dans un cadre défini pas six conditions.

Les six conditions[2]

1. L'auto-démarcation

Pour qu'il y ait dialogue, nous dit Nagy, il faut d'abord qu'il y ait auto-démarcation. Elle correspond à la capacité d'un individu à se définir « comme un Moi autonome et individuel »[3]. C'est ce que permet le tour de présentation, où chacun des présents, en plus de son état-civil, peut choisir de se distinguer par un détail (on est alors déjà dans la polarisation). L'approche contextuelle – on l'oublie parfois, tant la systémique s'est focalisée sur la famille –, accorde une importance considérable à l'individu. Nagy mettait dans ce rituel une application et une persévérance impressionnantes. Elle correspond à un mouvement centrifuge dans le dialogue : « la relation à l'autre me permet de me définir et de le définir en tenant compte des différences »[4].

2. La polarisation

La mise en place du dialogue passe aussi par une polarisation, expliquant la position particulière qu'occupe chacun dans le groupe. Tout le monde n'est pas au même niveau, cela suppose que chacun soit actif, et choisisse à un moment donné d'accentuer un élément d'auto-démarcation, une qualité particulière. La polarisation crée les conditions d'une validation réciproque : en effet, celle-ci ne peut s'effectuer que sur la base d'éléments qui nous différencient.

3. La validation (ou accréditation)

L'objectif est, par ailleurs, d'engager un processus de validation venu de l'intérieur (au sein de la famille), de laisser repartir une relation où ce processus se jouerait entre les protagonistes de la famille. La validation émanant de l'extérieur – le thérapeute – ne suffit pas. Cependant, pour amorcer ce mouvement, le rôle du thérapeute est important, c'est lui qui commence par accorder la reconnaissance à la personne qui, par exemple, prend le risque de parler en premier. (Elle correspond à un mouvement centripète et à l'accroissement de la valeur éthique du soi au travers du souci de se préoccuper de l'autre et de maintenir la confiance.)

4. L'empathie

Elle correspond à l'aptitude du thérapeute « à s'imaginer comment chaque membre de la famille se sent lorsqu'il avance dans la description de ses perspectives personnelles et de ses intérêts conflictuels »[5]. Le thérapeute devra donc être vigilant, car il peut éprouver un sentiment spontané (pitié, aversion...) à l'égard d'un des membres de la famille.

5. L'inclusivité

Pour qu'un dialogue puisse s'établir, il faut également être attentif à inclure toute personne, même absente, pouvant être influencée par l'entretien, ou pouvant l'influencer. Inclure, donc : les générations passées et futures. Mais aussi, en toute logique, le réseau de professionnels que la famille aura pu activer. Le Dr Lemaire précise que c'est ce principe, qui, appliqué à la lettre, l'a mené à la « Clinique de Concertation » : inclure toutes les personnes concernées revenait à inviter l'éducateur, le médecin, le juge, l'enseignant, etc. tout le réseau activé par la famille en difficulté.

6. Le timing

C'est sans doute l'exercice où le thérapeute « mouille le plus sa chemise ». Dans ce processus, il doit déterminer ses priorités : de qui est-ce le tour, qui sera le suivant ? Comme branché sur le pouls de l'entretien, il observe : tout est bon à saisir, un regard, une parole, un mouvement. Il anticipe une question, reformule celle que lui suggère un membre de la famille, ou au contraire décide de la soulever plus tard, non pour l'esquiver, mais pour la réaborder autrement, y revenir quand il sentira que le moment est propice. Il ne s'agit pas seulement de gérer le temps de la rencontre, mais plutôt de suivre, dans sa tête, une feuille de route, où le thérapeute, en constant éveil, ajuste, prépare, équilibre, construit.

Seule l'expérience, plutôt longue, (à la question : « comment devient-on thérapeute contextuel ? », Nagy répondait, alors qu'il avait soixante-dix ans : « je continue à m'efforcer de l'être »), permet au thérapeute d'acquérir ce savoir-faire, lui permettant d'être attentif à toutes ces dimensions, de front. Il ne s'agit pas de les dérouler selon un ordre strict, une chronologie précise (la validation après la polarisation, l'inclusivité avant le timing, etc.), elles se télescopent et se mêlent en permanence. Le thérapeute saute de l'une à l'autre en une fraction de seconde. Les besoins de l'exposé ont contraint à tronçonner les étapes du travail, en donnant l'illusion d'un enchaînement chronologique, alors que l'approche contextuelle préconise de mobiliser tous ces éléments simultanément au service de l'ouverture du dialogue. Dans ce processus, il n'y a rien de mécanique ou de linéaire : les points sont abordés en fonction des « moments ». L'exercice est difficile. C'est pourquoi au début, il ne faut pas hésiter à faire des fiches, suggère le Dr Lemaire.

COMMENCER À S'EXERCER SUR SOI, SUR LE GROUPE

L'apprentissage débute par l'exploration de situations simples. Les professionnels n'ont pas besoin de situations dramatisées comme une « Clinique de Concertation », pour commencer à s'exercer. La question de la justice relationnelle est partout, dans l'infime du quotidien. Et d'abord dans le groupe. Prenons deux moments-phares.

Un participant s'étonne que le rapporteur – moi, en l'occurrence –, n'ait jamais éprouvé le besoin de restituer dans ses rapports les tours de présentation qui ouvrent chaque module de formation. Il met le doigt sur une question qui me tracasse, mais que, prudemment, j'ai toujours évité de soulever. Je dis : « vous avez raison, je fais mon *mea culpa* : je pense que c'est, tout simplement, par paresse ». Mais les choses s'affinent, c'est – heureusement – plus compliqué que ça ! Le Dr Lemaire est magna-

nime, plus précis surtout. Il me pousse dans mes retranchements. Je confesse enfin : j'ai tenté parfois de le faire, renonçant aussitôt tant j'étais troublée par mon manque absolu d'équité. Obéissant à une sélection totalement subjective, je ne restituais la parole que de ceux qui avaient donné un détail, une anecdote personnelle que j'estimais assez polarisante pour être digne d'être saisie – cueillie. Mais des autres, nulle trace. Quelle trahison ! Bref, j'étais dans un « conflit d'alliance anecdotique » et je préférais renoncer à restituer la parole de quelques-uns, de peur de blesser les autres.

Et c'est précisément – second moment – l'instant d'une polarisation subite, identifié et discuté ensuite entre nous, qui augmente soudain la qualité du « climat contextuel » dans lequel le groupe travaille.

Alors que, conscients des six dimensions citées plus haut, nous refaisons un tour de présentation, Malika Agoudji prend la parole. La tendance est déjà fortement à la polarisation (et les participants, soucieux de donner un peu plus d'eux-mêmes, une bribe d'intimité, en arrivent à oublier de mentionner leur profession...). Malika dit qu'elle est mère de quatre filles. Fuse alors une réflexion de Lila : « quatre *jolies* filles ! », tandis que je renchéris : « que dire de la mère alors ! » Lila effectue une validation spontanée, redoublée par la mienne, qui provoque un « pic de démarcation » déterminant pour la suite. Il ne s'agit pas d'une pure validation liée à l'esthétique, ces deux commentaires engendrent en quelque sorte une augmentation de la polarisation, qui renforce ensuite le désir, chez chacun, de donner davantage encore de soi à une collectivité perçue de plus en plus comme soutenante. Ainsi, le Dr Slimani parle de la visite qu'il a faite, la veille, à sa mère, au village, et l'apaisement qu'il en a éprouvé ; Malika Nemar dit alors de lui qu'il est comme l'aigle du proverbe : « *lbaz ma yxus-it wedrar, afrux kan ad as semmin* » / « Privé de sa montagne, l'aigle devient un oiseau comme les autres » ; Ahcène définit pour la première fois la langue amazigh comme la « langue de ma mère » ; la question des résultats du bac est abordée, l'on se rend compte qu'elle concerne, de près ou de loin, les trois quarts des participants, qu'elle est source d'angoisse, d'insomnie – de solidarité, donc ; Fatma raconte qu'un quidam lui a rendu un billet de 1.000 DA tombé de son porte-monnaie par inadvertance. À la fin du tour de présentation, il y a eu comme une contagion de bienveillance : une contamination positive a gagné le groupe, déployant un climat contextuel propice au dialogue respectueux. Lila, après son compliment à Malika, aurait pu ajouter : « je suis embarrassée, j'ai fait un compliment à quelqu'un, j'ai négligé les autres », manière de demander, au fond, à chacun : « quelle question voulez-vous que je vous pose qui me fasse dire du bien de vous ? » Ainsi, s'est élevé, haut, le niveau de ce que Laurent Halleux appelle « le bien-vivre ensemble ».

LA PARTIALITÉ MULTIDIRECTIONNELLE

Si ces conditions sont réunies, l'intervenant peut adopter l'attitude de base préconisée par l'approche contextuelle – et qui constituera sa méthode principale : la partialité multidirectionnelle. « Le principe de

partialité multidirectionnelle, recommande de s'engager tour à tour auprès de chacun et sert de ligne directrice dans toutes les interventions étayées par l'approche contextuelle. »[6] Le cadre de la rencontre est habité par ce principe de base, il est le guide de l'action du thérapeute. Ainsi, il faudra comprendre chacun dans ses motivations comptables, qu'elles soient positives ou négatives, se montrer attentif et responsable à l'égard de *tous* les protagonistes (y compris les absents). Cette pratique consiste donc à « laisser un temps pour que chacun ait l'opportunité d'énoncer son point de vue. Le thérapeute sera partial, créditera alternativement le point de vue de chacun dans le contenu de ce qu'il dit et cela à partir de faits concrets énoncés »[7].

L'inverse de la neutralité : le souci à l'égard de chacun

La partialité multidirectionnelle « permet un examen global et précis du contexte total des relations essentielles de chaque personne (...) » et traduit « les efforts du thérapeute pour découvrir l'humanité de chaque participant, fût-il le "monstre" de la famille »[8]. L'intervenant contextuel est donc, on le comprend bien, tout sauf un médiateur qui ferait preuve d'une prétendue neutralité. Prétendue, parce qu'impraticable. À cet égard, le Dr Lemaire évoque le dilemme de ce « médiateur pénal », ancien réfugié d'origine albanaise, confronté un jour à un compatriote inculpé : écartelé, donc, entre le pacte avec l'État italien, qui le nourrit et l'accueille, et le lien avec un homme de/avec qui il partage les origines et certaines valeurs. Nagy propose une attitude thérapeutique qui est aux antipodes : la partialité multidirectionnelle correspond au *souci à l'égard de chacun*. L'intervenant est *partial* alternativement avec chacun des membres de la famille (présent ou absent, vivant ou mort). Pendant un laps de temps, il rentre dans le monde d'une personne avec empathie. Il cherche ses mérites, ses justifications, pendant que les autres écoutent. Il va falloir être proche, tout à tour, de chacun. Sur ces bases, le travail ne peut se dérouler que par séquences, car on ne peut être partial simultanément avec tout le monde, seulement de manière successive.

Lors du séminaire de Martigny, C. Petel rappelle que Nagy était d'une rigueur indiscutable dans son souci de prendre en considération tout un chacun. Cela pouvait ne pas se manifester par le langage : à l'intention d'un petit enfant, par exemple, il se contentait de faire un petit signe de la main, mais par ce geste il assurait que personne ne sortait du champ de son attention.

Amorcer le dialogue, tout en étant directif

L'intervention du thérapeute est censée libérer progressivement le dialogue entre les protagonistes d'une famille. Mais la difficulté est la suivante : ce n'est pas lui qui mène le dialogue, il est celui qui arrive à détecter les éléments résiduels de confiance qui feront advenir le dialogue praticable. Par dialogue il faut entendre non pas « l'assouvissement de l'attente émotionnelle », et « la notion populaire d'échange ouvert entre partenaires », mais bien « une règle dialectique définissant un équilibre relationnel fondé sur un engagement mutuel »[9], et une exigence de réciprocité équitable.

Le thérapeute ouvre le dialogue là où il est possible, pour le rendre praticable entre les protagonistes. Il essaie de trouver les interrogations qui réamorcent le cycle d'échanges. Il détectera dans la formulation de tel ou tel membre de la famille l'émergence d'une ressource relationnelle, une préoccupation et un espace de validation à l'égard d'un autre membre de la famille. « Il s'agit de rechercher des opportunités pour créditer des moments de sollicitude. »[10] L'approche contextuelle parie en effet sur l'engagement dans le lien : elle interpelle la personne dans son engagement au cœur d'une situation précise. Aussi, techniquement, le professionnel doit-il repérer des moments où, par une validation reçue, un membre de la famille peut grandir en légitimité. L'objectif est de faire bénéficier le protagoniste d'une considération pour le risque qu'il a pris d'aller vers l'autre.

Exemple : un entretien débute, il apparaît vite que le porte-parole de la famille est la maman. La place qu'elle prend peut créer de la frustration chez les autres membres de la famille. Cependant on ne la freinera pas, on ne l'interrompra pas. Dans un entretien contextuel on reconnaît que celle ou celui qui prend le risque de s'exprimer le premier s'engage le plus, prend un risque. On valide donc sa place, on lui reconnait déjà cela : elle ou il s'expose. On commence par valider le courage du membre de la famille qui s'engage vis-à-vis de l'intervenant. Ainsi, la maman se retrouve face à quelqu'un qui, au lieu de la faire taire, lui demande de continuer, d'ajouter des détails, d'aller au bout de ce qu'elle veut dire. Les autres membres de la famille assistent à cet engagement, et reçoivent implicitement la garantie que, lorsqu'ils prendront la parole à leur tour, ils bénéficieront d'une attention de même qualité de la part du thérapeute.

Comment faire en sorte que cette validation ne devienne pas une dévalorisation de l'autre ? L'étape suivante est alors de quitter le dialogue engagé avec la maman, pour s'engager vis-à-vis du papa. En effet

plus j'écoute la maman, plus je risque de disqualifier le papa. Il faut poser une loupe sur le lien avec un des protagonistes, tout en gardant à l'esprit les conséquences de cet engagement sur le lien avec chacun des membres de la famille, faire un va-et-vient entre l'individu et le groupe. Le thérapeute peut annoncer déjà, chemin faisant, quelle sera la personne à qui il s'adressera ensuite, expliciter en quelque sorte sa feuille de route.

Le professionnel alterne, va de l'un à l'autre, encourage tour à tour le dialogue entre les personnes. Pendant l'entretien, les membres de la famille font l'expérience d'un gain de considération mutuelle. « L'objectif principal de la thérapie est d'aider les membres d'une famille à gagner en légitimité. Cet objectif ne peut naturellement pas être prescrit par le thérapeute. Quand tous les membres d'une famille évoluent en ce sens, émerge un climat de responsabilités pour les conséquences. »[11] On observera ce processus à l'œuvre lors des « Cliniques de Concertation » avec deux familles – rencontres qui font l'objet d'une analyse détaillée dans la partie finale de ce livre « Rencontrer les familles ». On comprend, dans ces conditions, pourquoi l'entretien est directif, pourquoi l'intervenant centralise si fortement la communication. « J'ai toujours été frappé par l'autorité que Nagy avait dans les entretiens » rappelle le Dr Lemaire. Ce n'est que petit à petit, lorsque le climat contextuel est vraiment bien installé, qu'il peut partager la feuille de route et la distribution des questions.

Saisir au vol les questions contextuelles plutôt que les construire

On parle de la « construction » des questions contextuelles : il s'agit plutôt, comme le suggère Rabah, un participant, d'une disponibilité et d'une capacité à saisir les questions au vol lorsqu'elles offrent une occasion de valider un engagement constructif. L'intervenant contextuel, aux aguets, les rend explicites, car c'est la famille qui les propose. Comment saisir la part contextuelle qui touche au donner et au recevoir dans les dialogues qui émanent de la famille ? Elles traversent la famille, il faut les sentir sous-jacentes, les faire affleurer, les reformuler et les réintroduire au bon moment. L'intervenant doit savoir se laisser « travailler » par la famille, se laisser porter par ce que la famille propose. On le voit dans les « Cliniques de Concertation » de Farid et Sorraya d'une part, et de Meriem d'autre part ; il s'agit d'une construction collective où la famille offre des réponses au thérapeute comme des « cadeaux ».

À une participante s'inquiète de ne pas savoir formuler les questions contextuelles en kabyle (« la traduction en kabyle de ces questions risque d'être vraiment difficile... Le moindre mot a son poids »), P. Michard

répond : « ne pensez-vous pas qu'il faille faire confiance à chaque situation ? C'est la famille qui vous donnera ses mots à elle... »

Ce savoir-faire ne s'acquiert pas facilement cependant, c'est le fruit d'une longue pratique. Dans un entretien, Nagy précise lui-même : « pour le thérapeute, ou tout autre professionnel, introduire cette attitude envers les personnes avec lesquelles il travaille demande une grande exigence et ne doit pas être considéré comme quelque chose de spontané. Ce n'est pas l'application de ce qu'on a lu dans les livres mais une expérience personnelle de maturation qui se produit au cours du temps »[12]. Le Dr Lemaire invite les professionnels à ne pas avoir peur : « vous pouvez dire à la famille : "donnez-moi le temps de formuler une question qui soit correcte". Vous pouvez même lui demander : "et si je posais cette question, qu'en pensez-vous ?" Si vous avez construit un climat contextuel, c'est tout à fait praticable ».

L'INTERVENANT DÉVELOPPE SON ATTENTION AU « BIEN-VIVRE ENSEMBLE »

L'attention au bien-vivre ensemble : « les deux yeux »

Le Dr Lemaire préconise que l'intervenant utilise ses deux yeux, chacun ayant une fonction complémentaire : « un œil consacré à l'exercice des compétences spécifiques, guérir, aider, éduquer, contrôler, d'une part ; un autre œil attentif à la justice relationnelle, au "prendre soin" d'autre part ». Ce deuxième œil est celui qui repère les petits détails, les possibilités d'accréditation, les occasions d'élever le niveau, d'augmenter la qualité du « climat contextuel ». De cette manière, le professionnel se donne les moyens d'œuvrer à l'amélioration du « bien-vivre ensemble ». Le travail de réseau est un « art de vivre » évoquait-on en introduction, en référence à Cooper. Sans le réseau, en effet, les professionnels dépérissent. Il est essentiel d'installer les mécanismes du « bien-vivre ensemble » avant d'affronter les conflits – souvent peu praticables – inhérents au « travailler ensemble ». Chacun doit donc autant veiller à ce que les éléments du « bien-vivre ensemble » et ceux du « travailler ensemble » soient assurés, garantis, simultanément. Chacun ajoutera à sa compétence spécifique, assurée par un œil (qu'elle soit dans l'aide, le soin, l'éducation, le contrôle), une capacité à voir d'un autre angle, assuré par le deuxième oeil, celui qui captera les détails susceptibles de renforcer le climat contextuel. Ces détails, les professionnels s'entraînent à les détecter, ils sont à portée de main, il faut s'exercer à les repérer.

C'est une des idées-maîtresses de la « Clinique de Concertation ». Dans une situation comme celle de Meriem (voir la partie « Rencontrer les familles »), il est proposé de ne pas s'arrêter au pur diagnostic de l'anorexie mentale. Sans nier sa pertinence (quoiqu'il soit difficile de l'établir en l'absence de marqueur fiable), essayons, dit le Dr Lemaire, d'y d'ajouter un diagnostic de parcours, étudions la trace qu'a laissée Meriem dans le réseau. Un œil sur l'anorexie mentale ; un autre sur la manière dont cette jeune fille met en jeu sa santé pour soutenir, *à tout prix*, l'union de sa famille.

C'est ce que défend la « Clinique de Concertation ». Dans une situation qui menace de s'enkyster dans une version psychiatrique réductrice, pourquoi ne pas faire le pari d'explorer d'autres approches que celles qui isolent, cloisonnent, contiennent, séparent ? Elle propose par exemple à un usager bénéficiant d'un diagnostic psychiatrique sévère, isolé, stigmatisé, sous traitement invalidant – il dit qu'il rend son rapport au monde insupportable, le dépersonnalise, l'« attache », l'« enferme » –, de se retrouver soudain au cœur d'un dispositif centré sur le vivre ensemble. L'usager est une personne accueillie par vingt autres, on parle d'éthique, de dialogue respectueux. Telle personne, réputée « intenable », « impossible », connaît parfois une métamorphose impressionnante pour ceux qui n'en connaissaient qu'une version fortement liée à un regard sélectivement attaché aux confirmations de sa pathologie, de ses déficits. Grâce au travail collectif dont cette personne est, en fin de compte, la principale activatrice, elle peut amorcer un travail de reconstruction.

Une démarche à cultiver, de la plus petite à la plus grande échelle

Il ne s'agit pas de contester le travail classique des institutions, mais de se tenir prêt, lorsque les activations sont multiples, extensives et que le risque de psychiatrisation simplificatrice, réductrice est présent, à accepter des dispositifs élargis du type de la « Clinique de Concertation ». L'objectif, loin s'en faut, n'est pas de déconstruire le système psychiatrique belge ou algérien, mais de l'enrichir.

Le Dr Lemaire revient ainsi sur la réticence qu'il a toujours éprouvée à l'égard de ce qu'il appelle la « culture du diagnostic » et de ses dérapages. (Elle donne lieu à des raccourcis déshumanisants qui lui font froid dans le dos, quand il entend dans une salle d'hospitalisation : « Comment récupère l'appendicite du 24 ? », « Est-ce que le schizo du 18 a bien eu son injection ? », « Est-ce que les urines du tox de la 28 étaient clean ? » Ne s'écarte-t-on pas du serment d'Hippocrate ?)

Il convient de rappeler à l'occasion que l'étymologie du mot « diagnostic » laisse entendre une connaissance extensive : « à travers », tout à l'opposé d'une approche réductrice. Il est dangereux de se cantonner à un diagnostic de pathologie (cerné par son premier oeil). C'est pourquoi il faut inlassablement exercer son autre œil à explorer le diagnostic des parcours, celui des ressources.

PRÉSERVER LA PART DE DOUTE ET S'INTERROGER TOUJOURS : « À QUI CELA BÉNÉFICIE-T-IL ? »

De cette manière, l'intervenant contextuel protège et cultive la part de doute qui subsiste en lui : « on ne peut exercer le métier de médecin sans faire des rapports qui "étiquettent" les enfants, la famille. Le classement dans une catégorie est nécessaire pour ouvrir, aux personnes, le droit à des ressources compensatoires face aux difficultés qu'ils connaissent. Je les retarde toujours quand il faut catégoriser le handicap et écrire à ce sujet. Pour rappeler constamment l'attention à maintenir sur ce sujet, je m'aide d'une formule : je parle du *bénéfice d'un diagnostic de pathologie psychiatrique sévère*. L'étiquetage ne doit pas être nuisible ; la désignation de la pathologie doit être en équilibre entre les risques de stigmatisation et les droits ouverts. En ce qui concerne la maladie mentale, nous traitons une "matière molle, insaisissable". J'ai remarqué que les professionnels qui en ont la charge adoptent souvent des positions "dures" comme s'ils avaient peur que la matière leur échappe ! »

Le Dr Lemaire en appelle à cette vigilance, pour éviter « que les détresses soient catégorisées dans un registre réducteur de pathologies, le plus souvent celui de la maladie mentale. Quand je dois faire des rapports sur les gens, je suis mal à l'aise, je résiste – il ne me reste plus qu'à "passer par le chas de l'aiguille" comme dit le proverbe –, je me sens tout petit, et malheureux. Alors, je fais de petites choses, je fabrique la formule : "*les gens bénéficiant d'un diagnostic...*" Je me rends compte finalement, que, de proche en proche, ce n'est pas sans effet, que je ne suis pas si seul, et que je peux désormais travailler avec toute une équipe, au sein d'une institution qui pourtant a besoin de répondre à des normes. L'équipe (du Centre de Revalidation Psychosociale du Club André Baillon à Liège) finit par utiliser le sociogénogramme, apprend à contextualiser, et associe, au diagnostic des pathologies, le diagnostic des ressources... »

Dans cette logique, il serait souhaitable de respecter une exigence : celle de parler, entre professionnels, « comme si » les usagers étaient présents, comme s'ils pouvaient entendre le contenu mais aussi la forme des informations qui circulent les concernant. « Cette consigne est inspirée de celle que donnait Murray Bowen lorsqu'il proposait aux observateurs, dans les réunions de cliniciens qu'il dirigeait, d'utiliser une traduction des termes psychiatriques dans un langage descriptif simple pour aider les gens à penser et à voir : "Dans un premier temps, cela est agaçant et déplacé que d'éviter d'employer un terme tel que *patient*. Mais

il peut se passer la chose suivante, c'est que cela devienne naturel et juste d'éviter ce terme." »[13] Cette mise en suspens des préjugés, a pour ambition de rendre au professionnel la capacité de s'éveiller à des indices inédits. Plus l'intervenant s'entraîne à être attentif « au bien-vivre ensemble », plus cette vigilance est mobilisée, quel que soit le contexte : dans un conseil de classe, une réunion de famille, une réunion de coordination, etc.

CHANGER SA PRATIQUE QUOTIDIENNE

Ahcène confiera, par exemple, qu'il a introduit le principe du tour de présentation dans les réunions qu'entre camarades de l'université ils organisent parfois. Lorsqu'il oublie de respecter le rituel, ce sont eux qui le rappellent à l'ordre.

Lila, elle, a eu plus de mal. Elle suggère un jour, au cours d'une réunion où elle ne connaît pas la moitié des gens, qu'un tour de présentation soit effectué. Mais son supérieur refuse. N'étant pas animatrice de la réunion, elle n'est pas en position d'imposer sa proposition. C'est là qu'il faut imaginer des ruses, recourir à la fameuse « pédagogie du détour ». Elle pourrait passer par la validation d'un des membres : « ce que vous dites m'intéresse, puis-je savoir qui vous êtes ? » Cette démarche, moins frontale, ne risquant pas d'être vue comme une prise de pouvoir par le chef, a des chances d'être praticable. « Il faut toujours se demander ce qui va être valorisant pour chacun du groupe et trouver un équilibre entre l'attention accordée, d'une part à chaque élément du groupe, d'autre part au groupe lui-même. » Chacun de nous, en changeant son regard, en métamorphosant le rapport qu'il entretient avec les êtres, en aiguisant son attention à l'éthique relationnelle, contribue à améliorer, même de manière imperceptible, son propre environnement et celui des autres.

Sans doute peut-on espérer que le Dr Slimani, si légitimement inquiet de la santé de Meriem, aura désormais le réflexe, tout en restant vigilant sur les problèmes organiques, de s'enquérir des contacts que la jeune fille a avec la Ligue, avec Saadia la juriste, avec le Dr Bouizeri. « Les places dans les hôpitaux psychiatriques sont limitées en Algérie : c'est, paradoxalement une chance. Cette situation vous oblige à inventer, à faire autrement. » Le Dr Slimani s'y applique : « j'essaie d'introduire subtilement ces nouvelles approches à l'hôpital, mais c'est difficile ». Sa formation de thérapeute familial n'est guère reconnue dans son entourage, auprès de ses collègues, il se sent seul, très isolé même. La psychiatrisation à outrance des pratiques le choque, il est convaincu qu'il faut accompagner les familles autrement. « Alors, j'accommode, je m'aventure à faire des liens entre ces différentes approches, je fais comme je peux. »

Il n'y aura pas de réforme nationale de la psychiatrie, et vouloir introduire de force l'approche contextuelle dans un hôpital psychiatrique n'est pas praticable. Une telle institution a besoin de normes auxquelles chaque professionnel est obligé de répondre. Chacun peut en revanche, occasionnellement, mettre en pratique ses principes régulateurs dans des cas pratiques qui mettent au travail plusieurs personnes. Et l'on peut imaginer qu'au fil du temps quelques professionnels trouvent plus juste et plus responsable de travailler de la sorte.

Beaucoup réside dans la foi endurante et opiniâtre, en toutes ces petites actions juxtaposées que chacun, à petite échelle, entreprend, soucieux des gestes qu'il fait, des paroles qu'il prononce. Le changement est certes modeste, mais d'une modestie *infinie*...

NOTES

1. Proverbe kabyle : « *Koul yiwen ef kess èl kariss* ».
2. Heireman M., *Du côté de chez soi*, Paris, ESF, 1989. D'une manière générale, la description des six conditions s'inspire largement de cet ouvrage.
3. Idem, pp.77-81.
4. Le Goff J.-F., « De la thérapie familiale intensive à la thérapie contextuelle », in *Familles en confiance, Nagy et la thérapie contextuelle*, Revue « Le groupe familial », n°133 – octobre/décembre 1991, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs.
5. Heireman M., *Du côté de chez soi*, Paris, ESF, 1989.
6. Ammy Van Heusden & Elsemarie Van Den Eerenbeemt, *Thérapie familiale et générations, Aperçu sur l'œuvre de Ivan Boszormenyi Nagy*, trad. par Gérad Bluman, Presses Universitaires de France, Paris, 1994, p 13.
7. Michard P., Shams Ajili G., *L'approche contextuelle*, Éditions Morisset, Paris, 1996.
8. Heireman M., *Du côté de chez soi*, Paris, ESF, 1989, p.76.
9. Idem, p. 77.
10. Michard P., Shams Ajili G., *L'approche contextuelle*, Éditions Morisset, Paris, 1996.
11. Heireman M., *Du côté de chez soi*, Paris, ESF, 1989, p.59.
12. Entretien avec Le Goff J.-F., Michard P., « Entretien avec le Professeur Ivan Boszormenyi-Nagy », in *Familles en confiance, Nagy et la thérapie contextuelle*, Revue « Le groupe familial », n°133 – octobre/décembre 1991, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs.
13. Bowen M., *La différenciation du soi*, ESF, Paris, 1988, p.20, cité dans Lemaire J.-M., « Liens soignés, liens soignants, « cliniques de concertation » et violences de quartier ».

CONVERSATION AVEC LE Dr LEMAIRE

Il me semble que certaines « Cliniques de Concertation » obéissaient au souci des participants de se montrer « bons élèves ». N'avez-vous pas eu le sentiment parfois qu'on les avait organisées non parce que le dispositif s'imposait, mais parce que vous étiez présent ?

Le souci d'être « bon élève » ne me dérange pas s'il est énoncé et reconnu : quoi de plus intéressant que de montrer qu'on est bon élève ? Dans la séance qui a précédé la « Clinique de Concertation » activée par Sofia, avec Meriem, je voulais m'assurer que c'était bien de « Clinique de Concertation » qu'on parlait quand même, et donc j'ai laissé circuler les tensions délibérément – et on a bien compris qu'il y avait un malaise. Sofia était mal à l'aise. Même le « bon élève » peut être mal à l'aise. J'ai préféré, par les questions très précises, et têtues, créer un malaise plus tôt, avant la « Clinique de Concertation ». On ne travaille pas que dans la délicatesse, on doit prendre des risques. Mon rôle est de faire en sorte que l'intelligence, la séduction, soient utilisées dans un rôle thérapeutique, soient ramenées dans le champ thérapeutique. Cette situation justifiait pleinement une « Clinique de Concertation » pour désenclaver les choses. L'enclavement d'une situation comme celle-ci aboutit à des traitements classiques qui, si on a les moyens de les effectuer, peuvent parfois être bénéfiques – en tout cas je l'espère. J'imagine qu'il y a suffisamment de justifications à ce qu'on continue à faire des choses parfois violentes et déplaisantes, comme l'isolement des anorexiques. J'espère, je suppose, qu'il y a de bons résultats, et qu'ils ne sont pas, comme je l'ai souvent constaté, limités à la période où l'usager reste sous l'évaluation de ceux qui l'ont pris en charge. J'avoue que lorsque j'entends des réflexions sur la nécessité d'hospitaliser, d'isoler, j'entends les échos d'une psychiatrie qui ne se pose pas la question de savoir, lorsqu'elle attribue un diagnostic, si celui-ci bénéficie à la personne. Je préconise, pour ma part, qu'en tant que soignants, nous sachions mettre en suspens et demander : *est-ce que ça profite ? et à qui ça profite ?*

Et puis, si Meriem est orientée vers un autre hôpital, qui sera garant de la cohérence de son parcours, qui veillera à ce qu'en dernier ressort, ce soit elle et les membres de sa famille qui soient garants-partenaires

de ce parcours ? On ne garde pas trace du parcours des gens, on ne fait que des photos, des instantanés. Alors que le travail que fait Sofia par téléphone, avec la famille, est beaucoup plus structuré, elle est impliquée à de nombreux niveaux. On peut se retrouver face à une urgence de type médical, et forcer Meriem à prendre des traitements classiques – cette voie classique serait désastreuse par rapport à ce qui est tenté aujourd'hui avec Sofia et le groupe. Je ne dis pas que l'option que nous tentons avec Sofia offre des garanties absolues, mais si nous maintenons un rythme de ce type pendant un ou deux ans, nous arriverons peut-être à la tirer d'affaire.

Le fait d'être si méfiant à l'égard des diagnostics ne revient-il pas à éluder les causes ?

Nous avons tous la tentation de trouver une hypothèse simplificatrice, un facteur déclenchant. Mais il n'y a jamais de cause unique. Il y a toujours un faisceau de causes multiples. Notre rôle est d'essayer de travailler sur les choses praticables. La question n'est-elle pas plutôt : à quel moment émergent les questions sur les causes ? » C'est un ensemble de choses : il y a certes des facteurs déclenchants, mais il ne faut pas se laisser hypnotiser par eux. Il faut toujours contextualiser ces questions concernant les causes. Le sociogénogramme permet de défocaliser l'attention, car on y représente une histoire. Ceci diminue le risque d'être fasciné par un seul élément. En matière humaine, les causes simples sont rares... Je vous donne un exemple : nous avions été confrontés à une situation où une mère, diabétique, et ses trois enfants vivaient dans la rue. Un jour, elle est tombée dans le coma. Nous avons réussi à lui obtenir un logement. Son diabète s'est stabilisé, elle a pu devenir monitrice dans la maison de quartier. La cause simple était le diabète, un dysfonctionnement du pancréas. Mais si on se focalise sur le symptôme, on risque d'oublier le contexte : ce n'est pas le pancréas qu'on traite dans ce cas-là, c'est une maman, sans domicile, etc. Donc, je ne crois pas qu'on fuie la recherche des causes, nous resituons les causes simples dans un faisceau de causes multiples.

RACINES, TRACES ET AVENIR

« Lève-toi, plus loin tu verras. Marche et tu récolteras.
Reste assis et rien n'adviendra »[1]

À l'issue des dix modules de formation, le groupe est désormais familier d'une méthode, celle qui lui permet de fonctionner en réseau et d'avoir les réflexes de la « Clinique de Concertation » : dessiner un sociogénogramme, faire alliance avec l'intrus, sélectionner et transformer l'information, effectuer des relais, fractionner les délégations, convertir les conflits en partages de responsabilités, explorer les ressources résiduelles. L'approche contextuelle, que les trois derniers modules explorent sans l'épuiser, loin s'en faut[2], se focalise plus particulièrement sur la famille. Ce « resserrement », en fin de formation, a bien sûr été pensé. La démarche est ponctuellement rétrécie pour que tout intervenant – qu'il soit juriste, psychologue, conseiller d'orientation, assistant administratif, ou autre – apprivoise quelques principes régulateurs de l'approche contextuelle, sans que soient disqualifiés pour autant les préoccupations et réflexes du travailleur de réseau. Il s'agit plutôt d'enrichir la pratique de chacun pour qu'il puisse, à différents moments, dans le réseau, travailler sur les équilibres familiaux. Ces outils de la thérapie familiale s'imposent, mais seulement pour étayer la démarche de l'intervenant et lui donner accès plus profondément à la famille.

C'est pourquoi le module qui suit revient sur certains concepts de l'approche contextuelle, et propose un exercice d'analyse minutieuse d'une « Clinique de Concertation didactique », sans que jamais, ce faisant, les enjeux du travail de réseau soient délaissés.

« UN CADRE SOUPLE ET RIGOUREUX »

Ce dernier module se déroule dans une ambiance un peu particulière. Les séances, loin d'être lestées par la perspective de la séparation proche (car il s'agit, objectivement, du dernier module clôturant la formation), ont même une vitalité inhabituelle. Chaque jour apporte son lot d'intrus : ils représentent qui la cellule de communication de la Wilaya, qui le Croissant Rouge, qui la profession juridique. Il y a là une étudiante en psychologie, une autre en biologie – toutes et tous sont activés par des participants plus ou moins « anciens » dans la formation... Lors d'un tour de présentation, le Dr Lemaire dessine une cartographie des activations, restituant scrupuleusement

la manière dont les gens se sont invités les uns les autres, *de proche en proche*. La responsable du centre d'apprentissage du Croissant Rouge, par exemple, a été activée par Lila : celle-ci se met à raconter ce que « leur ont fait faire » les jeunes filles qui fréquentent cette structure. Le Dr Lemaire commente alors : « si nous travaillons ensemble, c'est que nous sommes mis au travail par elles, si *vous* êtes ici, si *nous* sommes ici, c'est un peu grâce à elles », rappelant ici le fil conducteur de la « Clinique de Concertation », à savoir la force convocatrice des usagers. Et la nécessité, pour les professionnels, de leur en être redevables.

Tout se passe comme si la Ligue – et au-delà, le réseau –, faisait, lors du dernier module précisément, une « démonstration de force », prouvant son efficacité et son inépuisable capacité de recrutement. C'est d'autant plus vrai que Bouchra Kessai et Selma Khelif – présentes les trois premiers jours de la formation –, toutes deux chargées de développer le travail de réseau dans la région de Boumerdes et le quartier de Bab El Oued, ont pris l'initiative d'inviter des professionnels de ces zones à ce dernier module. Certains ont répondu à l'appel, et arrivent, comme en renfort, chaque matin. C'est vraiment l'occasion de prendre la puissance extensive du réseau, de pressentir que des champs de recouvrement entre les différentes régions peuvent être soignés et cultivés dans l'avenir. Ambition que nourrit le CISP pour les années 2009 à 2011. En ces jours d'octobre 2008, règne un joyeux désordre qui n'a rien d'un relâchement, mais illustre plutôt l'aptitude du réseau à maintenir un « cadre souple et rigoureux ».

LÉGITIMÉ CONSTRUCTRICE, LÉGITIMITÉ DESTRUCTRICE

Recourant à la partialité multidirectionnelle, le thérapeute contextuel tente d'amorcer un dialogue pour travailler à établir de meilleurs équilibres dans une famille où les relations sont difficiles. Dans cette optique, le concept de légitimité est primordial.

La légitimité constructrice / destructrice

Si B donne quelque chose à A, et que le retour indirect de A s'illustre en termes de considération et de validation, B se trouve dans une position telle qu'il aura envie à nouveau de prendre le risque de donner. « Si je donne à l'autre, ma légitimité augmente ainsi que l'obligation de l'autre. Pour celui qui donne, le fait de donner, d'offrir son attention et sa considération sont des éléments qui donnent gain et légitimité, mais pour l'autre, accumuler une obligation n'est pas forcément négatif, car c'est là que réside la source de pouvoir donner et d'offrir sa considération à son tour. Il s'agit donc d'une spirale où l'un et l'autre donnent et reçoivent à tour de rôle et finissent pas trouver les termes de l'équité spécifique de cette relation précise. »[3] Notons que ce raisonnement est très puissant dans la mesure où il élimine l'idée d'altruisme (qui suppose le

don « gratuit », sans intérêt ni contrepartie) puisqu'il affirme que B, en donnant, y trouve un avantage, en *tire profit* – précisément parce qu'il obtient un « gain » de légitimité.

Cependant, si B donne à A, et que le retour indirect de A s'effectue en termes de déconsidération, de dévalorisation, il est probable que B aura une réaction agressive, laquelle fera l'objet d'une déconsidération supplémentaire de la part de A : une spirale de légitimité destructrice s'enclenche. Le Dr Lemaire propose une illustration simplifiée pour aider à la compréhension : une maman élève seule sa petite fille de trois ans. Elle est allongée, souffrante, sur le divan. Elle a une migraine. L'enfant prend son jouet, un petit biberon en plastic dur et, pensant que cela lui fera du bien, le lui enfonce dans l'oreille. La maman, contrariée, la gifle. À ce stade : soit elle se rend compte qu'elle a agi avec violence, et s'excuse, prend sa fille dans ses bras, la câline, la remercie (expression de la légitimité constructrice) ; soit au contraire, c'est l'escalade, l'enfant pleure, hurle, et la mère, excédée, la maltraite davantage (expression de la légitimité destructrice).

LA LÉGITIMITÉ DESTRUCTRICE PEUT DEVENIR UN DROIT DE VENGEANCE[4]

La légitimité se construit au gré de l'histoire de l'individu. S'il a été injustement traité, le risque est qu'il récupère ce qu'il n'a pas reçu sur des cibles différentes (des « tiers innocents »), en créant lui-même de nouvelles injustices. La légitimité destructrice, dit P. Michard, « c'est le droit d'avoir tous les droits : celui d'utiliser les autres parce qu'on a été utilisé ». Elle peut parfois s'apparenter à un droit de vengeance. Parce qu'il a subi des injustices, il risque de « se faire justice » lui-même, de s'arroger le droit de récupérer lui-même ce dont il a été privé. L'expérience montre d'ailleurs que la légitimité destructrice se « gagne », s'acquiert, davantage à cause de la *non-reconnaissance du droit de donner* (plutôt que du fait de n'avoir rien reçu). Il est à noter toutefois que le fait d'avoir accumulé de la légitimité destructrice n'entraîne pas systématiquement des conduites destructrices, « si par ailleurs l'expérience de la confiance et de la justice a été suffisante pour permettre de trouver d'autres solutions à l'injustice que d'en créer soi-même »[5].

Ni l'une ni l'autre des légitimités n'est bonne ou mauvaise. C'est la manière dont je fais valoir ma légitimité destructrice qui compte. (Le terme en anglais est à cet égard plus éloquent : « *entitlement* », on y retrouve le mot « titre » – agir à tel titre, être attitré.) Ce qui intéresse l'approche contextuelle est donc l'étayage de l'action : qu'est-ce qui m'amène, confronté à des conflits d'intérêt, à choisir plutôt le dialogue que la violence ? Le Dr Lemaire souligne que le fait de renoncer à la tentation de compensations destructrices peut être considéré comme

une forme de légitimité constructrice. Un enfant qui, alors que ses parents sont en train de se déchirer dans un divorce, qu'ils ne s'occupent pas de lui et ne lui accordent aucune considération, évite de leur causer du souci et s'abstient d'envenimer les choses, ne gagne-t-il pas en légitimité constructrice ?

L'objectif du thérapeute n'est pas d'« éradiquer » la légitimité destructrice : il ne peut enlever ce « gain » de « bon droit destructeur », à un adolescent qui a grandi dans une famille difficile, n'a cessé d'être critiqué à l'école par ses professeurs. Son travail consistera plutôt à la reconnaître, sans la condamner ou la corriger par un discours moralisateur. L'approche contextuelle, on l'a déjà dit, ressortit à l'éthique, pas à la morale. Interrogé un jour à ce sujet, Nagy répondit : « il n'y a pas plus humain qu'un pervers », soulignant par là le fait que le thérapeute ne se situe en aucune manière dans le registre du bien et du mal, et ne se réfère à aucune échelle de normalité. En revanche, il est lui-même soumis à une éthique de travail où il met en jeu sa double responsabilité : travailler des équilibres pour le rétablissement de l'équité dans les relations et éviter des processus destructeurs de répétition, en allant chercher les ressources résiduelles.

Il ne s'agit ni de condamner l'expression d'une légitimité destructrice, ni, pour autant, d'absoudre ou de pardonner les injustices qui en découlent. L'objectif est de créer un espace praticable où le dialogue est possible, et où l'on peut remettre en cause les mécanismes ayant induit cette légitimité destructrice. Le thérapeute intervient pour reconnaître – non excuser – les faits au cours desquels/en raison desquels la légitimité destructrice s'est accumulée. Par un examen de leur expérience de vie, on peut aider les gens à mieux analyser et connaître – non annuler – leur légitimité destructrice, pour qu'ils puissent choisir d'y renoncer. La légitimité destructrice présente une contradiction interne : elle a un aspect « valide » (le fait d'avoir subi une injustice) ; et un aspect « non valide » (le risque de prendre sa revanche vis-à-vis d'un "tiers innocent"). C'est là que se loge une possibilité thérapeutique : « d'un côté, la reconnaissance et le crédit que l'injustice a eu lieu – à défaut de réparation ; de l'autre : l'appel aux responsabilités par rapport à l'attaque de "tiers innocents". Cette possibilité ouvre la voie du mérite et de l'appui sur la spirale de validation de soi au travers du donner et du recevoir »[6].

On se rapproche ainsi du concept d'*exonération*. En effet, questionner les conséquences pour l'avenir, et solliciter, chez la personne qui a subi des préjudices, le sens de responsabilités qui pèseront sur l'avenir,

c'est valider son engagement, et permettre une reconnaissance qui lui offre, peut-être, une chance de sortir de son statut de victime et d'une spirale destructrice. Une tentative d'exonérer celui qui a commis l'injustice (indépendamment du résultat ou de la réponse de ce dernier) apporte une légitimation supplémentaire. Une compréhension profonde de la personne qui a fait du mal peut aider à abandonner un comportement destructeur. « Mais un thérapeute doit bien considérer à quel moment la personne sera prête à travailler l'exonération. »[7] Celle des parents par exemple : « il faudra d'abord que le patient se sente compris dans sa souffrance et qu'il reçoive de la reconnaissance. L'exonération est autre chose que le pardon. En pardonnant, on reste en effet convaincu de la culpabilité de l'autre : c'est un acte de générosité. L'exonération, en revanche, découle le plus souvent du fait que l'adulte apprend comment son propre parent a, par exemple, été victimisé dans son enfance. Les accusations cèdent le pas à une appréciation adulte des options, des efforts et des limites de l'autre »[8].

Élargir prudemment au-delà du périmètre familial

L'approche contextuelle est une approche clinique s'appuyant sur les liens de proximité, et travaillant sur des relations spécifiques (de « filiation » et d'« affiliation »). La « Clinique de Concertation » propose de considérer que lorsque les déséquilibres sont trop grands au sein d'une famille, le réseau de professionnels devient une caisse de résonance de ses détresses. La famille les « exporte » dans le réseau tant sa force convocatrice est extensive. Les gens qui travaillent ensemble ont la responsabilité d'accompagner les gens qui vivent ensemble. C'est avec une extrême prudence que cet élargissement doit être effectué, en progressant toujours de proche en proche. Ces précautions prises, l'approche contextuelle aide considérablement à prendre en charge des situations qui activent au-delà du périmètre familial.

RENONCER AU DROIT DE REVANCHE SANS L'ANNULER

En ce lundi d'octobre 2008, la Maison des droits de l'homme de Tizi Ouzou[9] abrite un « café philosophique » sur le « droit de revanche et une alternative : le pari sur les générations futures ». C'est un moment important, il symbolise et matérialise, de manière topographique, l'articulation des volets psychosocial et « Droits de l'Homme » du projet.

La matrice de la réflexion est un article rédigé par le Dr Lemaire autour d'une « Clinique de Concertation » qui s'est tenue en banlieue parisienne avec Mahdi, jeune homme victime d'une agression qui lui a coûté la vue. Sa revendication légitime de compensations menace de se transformer en droit de revanche[10]. Le Dr Lemaire s'y était senti interpellé en tant que

soignant mais aussi en tant que citoyen. La question, dès lors, était : comment sortir du droit de revanche – sans l'annuler pour autant – et lui préférer un pari sur la reconstruction ?
Dans un exposé minutieux, le Dr Lemaire s'attache à expliquer pourquoi il est convaincu que la « Clinique de Concertation » peut prétendre à « participer à la construction d'alternatives à la revanche et aux compensations destructrices dans la gestion de conflits ». Progressant très prudemment, il explique que sa compétence n'est pas de rendre la justice. Parce qu'il est un soignant, formé à l'approche contextuelle de surcroît, il tente de venir en aide aux gens en ouvrant les questions de justice pour amorcer un dialogue. En outre, sa pratique le pousse, depuis des années, à être à l'écoute de la force convocatrice des familles, dont on a pu voir combien elle était extensive et sans limite. Il est donc parfois amené, comme dans la situation avec Mahdi, – sans jamais prétendre se substituer à la justice rendue par l'État –, à travailler sur des dynamiques familiales intimes qui débordent parfois et touchent au domaine de la justice collective. Situations auxquelles tout professionnel peut être confronté, mais plus particulièrement celui qui évolue dans un contexte où, pendant plusieurs années, la violence s'est traduite par des agressions réciproques à l'échelle de tout un pays, en l'occurrence l'Algérie. Comment se préparer à mieux accompagner des détresses de ce type ?
L'hypothèse est la suivante : la démarche clinique – le Dr Lemaire insiste, elle « démarre » toujours à l'échelle locale, et ne concurrence en rien la justice codifiée – consiste à essayer de trouver une « articulation entre les compensations vengeresses et les compensations reconstructrices ». Le principe fondamental est de ne pas contester le droit de revanche, mais de le laisser en suspens, pour lui préférer l'attention et la responsabilité pour les générations futures. Annuler le droit de revanche, par l'oubli ou l'amnistie, est destructeur (cela génère une nouvelle injustice, et prépare une « bombe à retardement »), cependant que se faire justice soi-même, ou « macérer » dans son droit de revanche, démolit tout autant. La voie qui s'ouvre est donc d'amorcer, avec la (ou les) personne(s) qui a (ont) subi un préjudice, un processus de reconstruction.
Revenons à Mahdi : il vit le fait que ses agresseurs aient été libérés comme insupportable. Il refuse toute proposition d'aide pour lui, et n'a qu'une obsession : que justice soit faite. Le dispositif collectif de la « Clinique de Concertation » – où sont représentées plusieurs professions – semble lui convenir puisqu'il ne quitte pas la pièce. En outre, il se met, petit à petit, à formuler des revendications pour son plus jeune frère, qui se révèlent autant de propositions constructives de travail. S'ouvre ainsi une piste de reconstruction, finalement proposée par Mahdi lui-même. Un autre chemin peut être progressivement emprunté avec lui : « comme on ne peut rendre la justice à la place des institutions, on peut, à côté de la justice codifiée, essayer de donner plus de place à la justice préventive qui prépare l'avenir pour les générations futures. » (Dr Lemaire) Mahdi commence par l'évocation de la reconstruction des siens, puis, après ce détour, peut envisager sa propre reconstruction : « en de tels moments s'articulent et se renforcent des processus de reconstruction externes et internes ».
Ce n'est qu'en commençant à cette échelle qu'on peut espérer parvenir à amorcer un processus collectif : car, « depuis au moins la cité grecque, nous savons que sans réconciliation et oubli partagé, il n'y pas de cité possible. La

réconciliation demeure cependant un acte de civilisation qui n'a de sens que par rapport à l'objectif qu'il est censé atteindre : la reconstruction du lien social. Et le lien social se nourrit de mémoire collective »[11].
En Algérie, le projet de la « Concorde civile » en 1999, puis celui de la « Réconciliation nationale »[12], en 2005, ont été des initiatives pragmatiques prises à l'échelle nationale par un État soucieux de rétablir la sécurité et obéissant au réalisme politique : pour affronter l'avenir, il ne pouvait que rétablir l'ordre, certainement pas faire triompher la justice. On peut s'interroger d'ailleurs sur la pertinence de la formule « concorde civile ». Il s'agit plutôt « d'une entente politique entre deux principaux acteurs politiques (le pouvoir et son opposition armée) qui tentent de négocier une sortie de la crise dans laquelle ils se sont enlisés depuis une dizaine d'années »[13]. Cette démarche – sans doute était-ce inévitable –, a suscité mécontentement et frustration de part et d'autre : d'une part, l'attribution, par le pouvoir en place, de logements, d'emplois et d'indemnités à certains « repentis » a été perçue comme des « égards démesurés et indécents »[14], alors que la jeunesse algérienne en demeure drastiquement privée, tandis que, d'autre part, l'opposition islamiste, elle, estimait que les mesures concédées – octroyées – par l'État (car c'est bien la posture qu'il adopte : « ayant remporté la bataille militaire, [il] octroie, par générosité et clairvoyance politique, son pardon aux protagonistes »[15]), étaient insuffisantes. « La justice ne donne satisfaction ni aux victimes ni aux agresseurs : la victime considère que la sanction ne suffit pas, et l'agresseur, que la sanction est trop forte : rendre la justice, c'est infliger la douleur minimum. » (Dr Lemaire)
La « Clinique de Concertation » part donc de l'hypothèse suivante : admettons que la médiation par la justice n'est pas idéale et tentons, dès lors, à l'échelle de chaque situation propre à une famille, de trouver l'équilibre entre les exigences de la colère légitime et du droit de revanche, et celles que commande la construction d'un avenir qui ne soit pas trop lourdement hypothéqué. La « Clinique de Concertation » va donc tenter de créer des espaces intermédiaires où le débat deviendrait possible, et où pourrait être redistribué le deuil d'une justice parfaite – celle prononcée par l'État. Elle n'exclue pas, ainsi, la possibilité d'aider à amorcer des processus reconstructeurs à une échelle infiniment plus modeste, celle des histoires individuelles de membres d'une famille donnée. Le Dr Lemaire est très clair sur la question : « quand on cohabite, on ne peut effacer, il n'est pas possible d'oublier », mais peut-être est-il possible d'engager un effort clinique d'accompagnement des personnes victimes d'injustices, qui petit à petit, les aiderait à procéder à une *exonération*.
Il ne s'agit pas de *pardonner* (car pardonner demande qu'on fasse « comme si de rien n'était », alors même qu'on reste convaincu de la culpabilité de l'autre), mais d'*exonérer*, d'établir une appréciation responsable de la situation – au regard, notamment, des conséquences pour l'avenir – et de renoncer aux compensations destructrices. Car, dit l'approche contextuelle, le travail d'exonération apporte une légitimité, il amorce une spirale positive (rompant le cycle de revanche), dans laquelle peut être envisagé un avenir moins oblitéré par le droit de revanche, moins lesté d'une mémoire sélective du processus de victimisation. Il ne s'agit pas d'amnistier, mais, tout en reconnaissant qu'on ne peut effacer, d'enclencher un processus de réparation.

Avec d'infinies précautions le Dr Lemaire précise que ce type de travail ne peut être tenté qu'au cas par cas, dans l'expérience clinique, si toutefois – et *si et seulement si* – les dispositifs d'accompagnement des usagers évoluent dans le sens d'un décloisonnement : proposer des colloques singuliers (consultations psychothérapeutiques ou juridiques) ne répondra sans doute pas à la détresse de gens qui se déplacent à la Ligue, à la Maison des droits de l'Homme « soit parce qu'ils ont été victimes – et portent en eux un droit de revanche dont ils ne savent que faire –, soit parce qu'ils ont exercé des actions destructrices, et qu'ils vivent au sein de la collectivité avec le regard réprobateur de ceux à qui ils ont fait du mal ». Il est probable qu'un véritable travail de reconstruction ne pourrait s'amorcer que si les dispositifs se donnaient la possibilité d'être élargis à des collectifs.

Les « Cliniques de Concertation » ont peut-être une parenté avec le rituel pratiqué par certaines tribus des îles du Pacifique sud[16]. Lorsqu'un des leurs éprouve une « colère justifiée » (un mot existe pour désigner cet état), la collectivité organise, au crépuscule, des « cérémonies du dénouement » pour convertir cette « colère justifiée » en « tristesse ». Ainsi, c'est la collectivité qui se charge de transformer une émotion potentiellement dangereuse (puisque justifiée), et d'élaborer la vie future. Une « Clinique de Concertation » est comme une « cérémonie du dénouement » : on ne rend pas la justice, on établit les faits, on reconnaît les « colères justifiées », et on essaye de trouver des ressources pour amorcer les tâches réparatrices.

UNE « CLINIQUE DE CONCERTATION DIDACTIQUE »

L'enregistrement vidéo d'une « Clinique de Concertation didactique » est proposée au groupe pour mieux illustrer les mécanismes d'un travail thérapeutique avec une famille. Elle ne se déroule pas selon les règles classiques d'une « Clinique de Concertation ». La famille et les professionnels directement concernés ainsi que le « Clinicien de Concertation » sont isolés du groupe de formation. La rencontre se tient deux jours de suite. L'exercice consiste à étudier comment progresse la confiance, et comment le thérapeute tente, pas à pas, de travailler les équilibres relationnels entre les membres de la famille. Le Dr Lemaire est ici formateur, c'est lui qui intervient, mais il ne se substitue pas aux intervenants, la responsabilité du processus reste aux professionnels directement concernés. Il n'est pas question, ici, de restituer de manière exhaustive ce qui a été échangé avec le groupe, mais d'isoler quelques lignes de force.

SITUATION

Karine et Michel ont trois enfants. Vincent, l'aîné, Jessica, la cadette, et Jason âgé de vingt-deux mois. Le couple, à chaque naissance, s'est séparé, Karine subissant de mauvais traitements de la part de Michel, violent quand il boit. Karine a, à trois reprises (à la suite de chaque naissance),

trouvé refuge dans une Maison Maternelle. Michel a plusieurs fois tenté d'approcher sa femme à la Maison Maternelle et a eu des démêlés avec le personnel, lequel a fait appel à la police. Karine est sur le point d'emménager sans Michel dans un logement que l'assistante sociale lui a trouvé.

LA FEUILLE DE ROUTE

Observer la manière dont la famille s'agence, au moment de s'asseoir, permet déjà de repérer des indices. (Du reste, le Dr Lemaire demande aux participants d'être attentifs à ce que disent les corps, en rapport aux dires, tout au long de l'entretien.) Au début, le père, par exemple, hésite beaucoup avant de choisir sa chaise., ce qui permet au thérapeute d'émettre une hypothèse (de nature plutôt structurale) sur le fait qu'on a affaire à un papa qui a du mal à trouver sa place (« il ne lui reste plus qu'à passer par le chas de l'aiguille ! »). On tient déjà là un fil conducteur : il faudra sans doute aider ce papa à trouver sa place lui qui, soit n'est pas là (parce qu'il est au bistrot), soit, quand il est là, est violent.

Tout au long de la séance, le papa est comme recroquevillé sur son plus jeune fils, Jason. Il est comme « enceint » de lui. On peut aisément imaginer que la maman, qui ne voulait pas de cette grossesse, en a délégué une partie au papa. Il a une relation de grande intimité avec Jason. Le Dr Lemaire demande au groupe d'élargir sa vision : au lieu de dire que le papa l'« utilise », se sert de lui, ne peut-on reformuler, en disant que *le papa est aidé par Jason* ? L'enfant aide son papa à de nombreuses reprises, il s'agitera quand le papa a des difficultés à répondre aux questions, il lui donnera ainsi la possibilité de faire diversion : plus le papa est en difficulté, plus Jason lui offre des issues. C'est aussi une manière de valider la contribution d'un enfant, même s'il n'a que vingt-deux mois. On pourra éventuellement demander au papa s'il éprouve de la reconnaissance à l'égard de son fils pour les occasions qu'il lui donne de trouver une contenance. « Ainsi, cette deuxième formulation (le papa est aidé par son fils) nous mène bien plus loin que la première (le papa instrumentalise son fils). Il est intéressant de toujours privilégier les hypothèses qui nous permettent d'ouvrir et de faire des progrès. Magda Heireman dit que le rôle du thérapeute n'est pas de corriger les déficits, mais de repérer les ressources résiduelles et d'essayer de les élargir, de les dilater. Il est vrai que c'est la chose la plus difficile à apprendre... »

CONSTRUCTION PROGRESSIVE D'UN CONTRAT SUR LEQUEL IL EST POSSIBLE DE TRAVAILLER AVEC LA FAMILLE

Le Dr Lemaire demande au groupe d'observer comment évoluent les sous-systèmes, et comment d'une focalisation sur la pathologie (« le problème de Michel, c'est la boisson ! » dit d'emblée la maman), on passe à une succession de séquences, d'interaction : le thérapeute va laisser entendre que cette question ne sera pas discutée tout de suite, car il a d'abord besoin d'explorer les ressources. Le thérapeute essaiera, dès lors, de se faufiler en permanence dans les brèches. En ouvrant, par exemple, le dialogue sur la relation entre Vincent et sa mère, puis sur celle de Vincent avec son père. Pourtant s'il arrive à élargir petit à petit le dialogue avec la maman, par son intermédiaire, avec Vincent, puis d'inclure Jason, il accède très difficilement au papa. L'effort du thérapeute va alors consister à voir comment prendre soin de ce papa sans diaboliser son rapport à l'alcool. Il sait qu'il

ne sert à rien de prescrire l'arrêt de la boisson et d'avoir un discours culpabilisateur. Il faut d'abord étudier les bonnes raisons qu'il a de boire. Cela, le Dr Lemaire va y arriver progressivement, mais après de nombreux détours.

VINCENT : PARENTIFICATION – RECONNAISSANCE PAR LA MAMAN – ATTÉNUATION DE LA LÉGITIMITÉ DESTRUCTRICE

À deux reprises au moins, la maman dira à Vincent : « tu peux parler », il répondra brutalement : « j'ai rien à dire. » On note ici comment l'adolescent est sommé de donner de l'aplomb et de la sécurité à ses parents dans les moments difficiles (en l'occurrence, les blancs dans la discussion). Le thérapeute saisit alors cette occasion pour interroger le lien entre Vincent et sa maman : « comment s'y prend-il pour vous aider ? » On comprend qu'il a donné à sa maman au-delà de ses possibilités, et que celle-ci en a abusé ; ce qu'il donne à sa maman en l'absence de reconnaissance est sans doute une occasion de légitimité destructrice. L'objectif ne sera pas, pourtant, d'enlever à Vincent le droit de donner à sa maman, mais d'amorcer un dialogue, et peut-être une reconnaissance de sa part... Elle répond d'abord : « je ne vois pas ». Mais le thérapeute s'accroche, revient à la charge, demande des exemples de la vie quotidienne. Elle répond : « de toute façon, ils ont l'habitude ». Le Dr Lemaire sait que cette question de l'habitude peut être une ressource. À la lumière de l'approche contextuelle, il peut laisser entendre qu'« avoir pris l'habitude » est sans doute une façon d'aider : avoir pris l'habitude de se taire, de soutenir, de s'abstenir de causer du souci. On l'a vu, un effort non reconnu, minimisé, nourrit une spirale de légitimité destructrice. On ne peut revenir en arrière, effacer le fait que la maman a exploité Vincent. L'enjeu aujourd'hui est plutôt que la maman arrive à reconnaître les efforts de son fils, dans l'ici et maintenant de l'entretien. Et elle y arrive progressivement... On passe de la reconnaissance d'un soutien fonctionnel (« Il remplace Michel » – où Vincent est reconnu pour ce qu'il *fait*) à une reconnaissance de type existentiel (« Vincent c'est Vincent ! », où elle dit qu'elle sait que Vincent est là, elle le reconnaît pour ce qu'il *est*). Elle finit par dire : « il est possible que je demande trop à Vincent ». Le fait pour un enfant de sentir qu'il est la raison de vivre de sa mère, d'être obligé de prendre partie à ses côtés contre son père : ce sont des responsabilités qui créent un niveau d'angoisse important. Mais cela est, en soi, constitutif des relations humaines. Là ne réside pas le problème. Le déséquilibre provient du fait que cette situation s'accompagne d'une non-reconnaissance en termes positifs, qu'elle se solde plutôt par de l'indifférence ou de la dévalorisation. Le fait que la maman finisse par dire : « peut-être que je lui demande trop » donne la possibilité à Vincent d'établir les faits. La maman reconnaît qu'il y a eu exploitation. Cette reconnaissance-là peut diminuer, chez Vincent, la tendance qu'il aurait à recourir à sa légitimité destructrice.

APRÈS LA RECONNAISSANCE PAR LA MAMAN. QUID DE CELLE DU PAPA ? LE RECOURS À LA GÉNÉRATION PRÉCÉDENTE

Graduellement, un espace de reconnaissance est aménagé, et le thérapeute voudrait pouvoir l'élargir en se tournant vers le papa : est-il en mesure, lui aussi, de reconnaître la contribution de Vincent à l'équilibre de la famille ? Mais c'est à la maman que le thérapeute s'adresse d'abord, en lui demandant ce qu'elle pense de la relation entre le papa et son fils. (C'est

parce qu'il *sent* qu'il *risque de ne rien obtenir encore du papa* : « *je me* dis : ce que j'ai pu ponctuellement réussir avec la maman, comment l'amorcer avec le papa ? Et je me rends compte que ça va être très laborieux... ») Ce n'est d'ailleurs que le lendemain, qu'une ouverture est possible, quand le thérapeute interroge le papa sur ses expériences avec la *génération précédente*, et la relation qu'il avait avec *ses propres parents*. La question a été transposée de « comment Vincent a-t-il pu attirer l'attention de son papa ? » à « comment le papa a-t-il pu attirer l'attention de son propre père ? » Le but est d'essayer de trouver la brèche pour ouvrir les comptes relationnels : où sont inscrits les mérites de chacun et la reconnaissance qu'il peut en recevoir. « On essaye, au forceps, d'accoucher de ce que le papa a vécu avec son propre père, et on se rend compte qu'il a grandi dans des conflits de loyauté difficiles : il a vécu avec sa maman, son père et le partenaire de sa maman, dans un climat qu'on peut imaginer comme assez terrible. » Le papa se met en effet à raconter comment il a dû, parfois, « se faire tout petit » avec sa sœur, en se cachant derrière le lit pour échapper à des scènes d'une grande violence. Ainsi, ces éléments qui resituent la famille dans une dimension intergénérationnelle, permettent de libérer le dialogue. Et de prendre la mesure du caractère exponentiel des conflits de loyautés qui ont traversé cette famille : les conflits que vit la famille aujourd'hui entrent en résonance avec ceux que le papa a pu vivre dans son enfance.

Il ne s'agit pas de demander aux membres de la famille qui ont eu à subir la violence du papa de l'absoudre, mais de leur donner les moyens d'examiner les faits, de comprendre, et de renoncer à le condamner (différent de l'excuser ou de lui pardonner). Avec cette parole paternelle qui se libère, il est possible d'établir les faits, et d'ouvrir un dialogue sur la manière dont la famille peut gérer les conséquences de ces faits.

LA PLACE DU PAPA DANS LA FAMILLE

À ce stade, le thérapeute peut revenir à la promesse faite à la maman que la question du rapport du papa à la boisson ne serait pas mise de côté. Au début de la première séance, il avait signifié à la maman que cette question ne serait pas abordée d'emblée. La démarche consiste effectivement à d'abord repérer les ressources, pour comprendre en quoi le papa a du mal à trouver sa place. Puis de revenir au problème, mais autrement. La question n'est plus la boisson mais les façons dont le papa voudrait occuper une place dans sa famille... Moins le papa trouve sa place, plus la maman en prend. Il est compréhensible qu'elle éprouve un sentiment d'injustice, qu'elle formule des reproches, mais cela n'aide pas à évoluer. Le thérapeute essaie d'aborder la question autrement : ne restons pas bloqués sur la question de la boisson, essayons d'élargir un peu la place du papa.

« Si on a dû se faire tout petit depuis l'enfance, si on ne vous donne pas votre place, on se sent vide et sans importance, l'alcool donne alors de la force, on se sent plus fort, plus important. » (Dr Lemaire) La double fonction de la boisson est évoquée : quand il est mal, le papa boit pour « se sentir plus fort », dit-il. Mais quand il lui arrive aussi d'être heureux (comme ce jour où, après une partie de pêche avec Vincent, il était si content qu'il s'est arrêté en route pour « fêter ça »), il veut décupler sa joie, et boit aussi. « Ce qui s'ancre dans la tradition de nos pays : quand il

y a un événement heureux, on dit : "ça s'arrose !" Ainsi, l'expérience du papa de Vincent a permis au Dr Lemaire d'élaborer une hypothèse concernant les personnes qui ont un problème de boisson : ce sont des « arroseurs de liens fragiles » (soit qu'ils se sentent faibles – et qu'ils boivent pour se sentir plus forts ; soit qu'ils se sentent forts – et qu'ils boivent pour amplifier cet état éphémère).
C'est alors que le thérapeute peut accentuer les questions par rapport au papa et à ce qu'il a vécu. Il lui demande ce qui peut l'aider à travailler sur le peu d'estime qu'il s'accorde : « est-ce qu'on a tenu compte de votre avis quand votre beau-père est venu s'installer à la maison ? Aujourd'hui, qui peut vous aider à faire valoir votre avis ? » Le Dr Lemaire, à la fin du second entretien, précise bien que ce n'est pas en thérapie que les décisions se prennent. Mais le travail a consisté à aider ce papa à être plus ouvert, à être associé pour discuter les questions importantes dans sa famille, à prendre une place qui compte dans les discussions avec la maman et son fils adolescent. Cette thérapie, à bien des égards, a une dimension exemplaire (Jessica dira, le deuxième jour : « quand est-ce que papa vient vivre avec nous ? », et Vincent, qui est resté muet et la tête baissée pendant toute la première séance, confiera le soir même à sa mère : « c'est vraiment bien une thérapie... »). Mais il faut bien sûr se garder de tout triomphalisme, car les évolutions ne sont jamais spectaculaires. La famille a par la suite vécu pendant deux ans sans incident majeur, puis a traversé à nouveau des épisodes difficiles. Il reste qu'il y un an et demi, elle a demandé à l'assistante sociale qui les suit toujours et qui était présente à la « Clinique de Concertation », de saluer le Dr Lemaire...
Le travailleur de réseau ne pratiquera pas la thérapie familiale partout, en toutes circonstances. Il est cependant intéressant que toutes les personnes en relations professionnelles, directement ou indirectement impliqués avec les familles, connaissent les principes régulateurs de la thérapie familiale. La « Clinique de Concertation » affirme qu'il ne faut en priver aucun professionnel, surtout ceux qui n'ont pas de formation de psychologue ou de psychiatre. « Les éléments de la thérapie familiale doivent pouvoir diffuser, et contaminer le travail de chacun. » D'autant que l'approche contextuelle ne se limite pas à la thérapie au sens strict du terme. « Elle peut se révéler fructueuse dans de nombreuses situations : activité d'accueil, conseil conjugal, travail social, placement d'enfant, travail éducatif, travail pédagogique, relation entre plusieurs équipes... Dans tous ces cas, l'objectif sera la construction de la confiance comme base de relations fiables. »[17]

RETOUR AU RÉSEAU : LE RÉCIT DE L'ÉQUIPE DE BOUMERDES

Pour clôturer le module, la parole est donnée à une psychologue clinicienne du groupe de Boumerdes souhaitant exposer une situation. Mounira et ses collègues n'ont pas suivi la formation à la « Clinique de Concertation » mais ont participé à des journées de sensibilisation au travail de réseau assurées par Bouchra Kessai et Selma Khelif.

De manière presque souveraine, le récit de la situation va opérer un retour au travail de réseau avec une évidence confondante. Comme un

levier fluide qui naturellement reprendrait sa place : après avoir zoomé sur la thérapie familiale, on reviendrait au travail de réseau... pour à nouveau mobiliser la thérapie familiale, tout en continuant à travailler en réseau... On songe alors à l'objectif d'un appareil photographique ajustant son degré d'ouverture à la lumière du dehors.

APRÈS LA THÉRAPIE FAMILIALE, LE RÉSEAU... PUIS LA THÉRAPIE FAMILIALE

Le groupe de formation est donc activé par Mounira (psychologue clinicienne à la Direction de l'Action Sociale (DAS) de Boumerdes, la DAS étant un service de la Wilaya) elle-même activée par un adolescent (né en 1994) qu'on appellera Yacine (Annexe 8). Le jour de l'attentat du 19 août 2008 à 7h30 aux Issers[18] visant une école de gendarmerie, celui-ci, pensant d'abord à un tremblement de terre, sort de chez lui en courant : il se retrouve sur les lieux du désastre, au milieu des décombres et des cadavres.

Remarque : le premier réflexe de Yacine est de penser au séisme. Il est important que les psychologues soient conscients qu'ils travaillent sur un processus d'accumulation des événements traumatisants : le terrorisme, le séisme de 2003.

Un plan d'urgence est systématiquement enclenché désormais (l'État a appris à se mobiliser) quand de pareils drames ont lieu. C'est dans ce cadre qu'une équipe pluridisciplinaire de la DAS de Boumerdes, dont les psychologues (et parmi eux, Mounira), est dépêchée le jour même aux Issers. À l'initiative du Croissant Rouge (qui se mobilise spontanément sans être interpellé par quiconque), une tente est par ailleurs installée. [À chaque fois qu'un nouveau protagoniste est mentionné, le Dr Lemaire demande à savoir, en même temps qu'il le représente sur le sociogénogramme, par quel canal elle ou il a été activé(e)]. L'objectif est d'organiser les secours, mais aussi de canaliser les enfants pour qu'ils ne soient pas directement confrontés aux images du drame.

Remarque : « on peut se demander ce qui est le plus traumatisant, interroge le Dr Lemaire, ce que l'on voit, ou au contraire ce que l'on ne voit pas et que, dès lors on imagine ? » L'intention de protéger les enfants peut être mise en débat.

Mettant en application les principes du travail de réseau (visibilité, prévisibilité, disponibilité), l'équipe de psychologues fait du porte à porte d'une part pour proposer ses services, d'autre part pour informer qu'il est possible d'inscrire les enfants de la bourgade sur une liste pour une colonie de vacances à Tipasa.

Remarque : le Dr Lemaire souligne qu'on peut se poser la question de la pertinence de semblable proposition, ou du moins de son intitulé. Il n'est pas sûr que les enfants aient envie d'aller « passer du bon temps », laissant leur famille confrontée au drame.

Daoui Sabrina, responsable de l'équipe de psychologues, est activée par la directrice de la DAS de Tipasa : ensemble elles négocient, précisément, une modification de l'intitulé du séjour. Ils ne partiraient pas en « colonie de

vacances », mais pour un « regroupement thérapeutique » : par ce réajustement judicieux, on signifie que les enfants ont besoin d'un soutien thérapeutique sans pour autant stigmatiser l'initiative. Au contraire, même, on peut supposer que cela renforce le soutien et la confiance des gens. On peut saluer l'intelligence de cette coordination.
Les enfants sont donc transférés vers Tipasa le soir même de l'attentat. Ils y sont accueillis par une équipe déjà sur place, composée de psychologues et d'autres professionnels (parmi lesquels se trouve Farid Bekkal que nous connaissons bien, vieux routier du travail de réseau, comme Saadia, sa femme, Boualem et Fatma). Quatre jours après, Mounira et ses collègues, l'équipe pluridisciplinaire dépêchée le jour de l'attentat, rejoignent à leur tour Tipasa. Ils organisent une « Clinique du Relais » pendant deux jours avec les professionnels présents.

Remarque : alors que Mounira n'a pas suivi la formation à la « Clinique de Concertation », elle emploie un vocabulaire très précis. Ce qui permet de penser que cette démarche répond aux attentes des professionnels, où qu'ils se trouvent. Cela révèle aussi que les journées de sensibilisation ont porté leurs fruits.
Ainsi, sont ménagés deux jours de champs de recouvrement entre psychologues présents (qui s'apprêtent à partir) et l'équipe de Boumerdes. Les enfants sont ravis de retrouver l'équipe, ils reconnaissent les professionnels et manifestent leur joie en disant qu'ils vont parler et s'abandonner avec plus de liberté. Des ateliers thérapeutiques, des sorties et des animations structurent le reste du séjour. C'est là que Mounira est activée par Yacine : il revient sur ce qu'il a vu, sur les odeurs qui l'ont beaucoup marqué, il reste en retrait par rapport à ses camarades.

Remarque : à ce point précis, le Dr Lemaire explique à Mounira qui avait d'emblée commencé son récit en évoquant son contact spécifique avec Yacine, pourquoi il l'avait interrompue en la forçant petit à petit à ralentir le rythme, et à orienter son exposé sur la constitution du réseau de professionnels. « De cette manière, si Yacine avait été présent parmi nous, il aurait eu tout le loisir de comprendre comment nous travaillons, et ce que nous faisons ici tous ensemble, en sentant que son rythme était respecté. »

Malika Talbi, recrue tardive mais non moins perspicace dans la formation se demande s'il n'aurait pas mieux valu éviter une rupture du lien avec les professionnels qui avaient accueillis les enfants à Tipasa. Le Dr Lemaire, rappelle l'un des mots d'ordre de la « Clinique de Concertation » (« faire avec les choses telles qu'elles sont, non telles qu'on aimerait qu'elles soient »), et répond : « avec ce qu'on nous donne, qu'est-ce qu'on peut faire ? Il y a une chaîne de déstabilisations successives dont le premier maillon est l'attentat. Chaîne dans laquelle on voit que les professionnels, malgré tout, arrivent à créer une figure stable, celle du relais. C'est quand même très intéressant. D'autant que les enfants les reconnaissent. Ils participent donc au processus thérapeutique en choisissant leurs interlocuteurs, en se fiant à ce que Melha désigne à juste titre comme "des visages familiers". » Le Dr Lemaire en profite à cet égard pour souligner qu'il ne faut pas voir les gens traumatisés comme seulement réceptacles d'une aide. Ils ont aussi une grande capacité à donner, dont il faut veiller à ne pas les priver. En l'occurrence les enfants ont donné en facilitant la tâche aux professionnels.

C'est alors qu'Ahcène demande à Mounira si un travail a été entrepris avec la famille. Sa remarque rappelle l'imbrication du travail de réseau et de la thérapie familiale : après avoir exploré la manière dont les gens qui travaillent ensemble a évolué, il est juste, en effet, pour veiller aux équilibres, de réfléchir à la manière d'élargir au niveau des gens qui vivent ensemble. Le Dr Lemaire pose des questions dans ce sens : « comment impliquer les parents dans la suite ? Quel soin avez-vous apporté au retour de ces enfants dans leur famille ? La tente est-elle restée, en tant que lieu de transition pour réunir les parents et les enfants. Peut-on imaginer que les enfants, revenant de Tipasa, racontent, au sein d'un collectif, ce qu'ils avaient vécu ? », non en guise de reproches, mais dans le but de maintenir la tension vers l'avenir, et donc vers cette seule interrogation : « qu'est-ce qu'on peut encore améliorer ? »
Mounira répond : « on a travaillé avec les moyens du bord », mais elle s'inquiète de savoir si l'équipe « a bien agi ». Le Dr Lemaire souligne d'abord qu'en partageant leur expérience ici, les professionnels de Boumerdes ont augmenté le capital de « bonnes pratiques » du groupe et doivent en être remerciés. Ensuite, il précise que cette situation démontre comment un réseau se met progressivement en place, et comment les circonstances ont poussé les professionnels à inventer des systèmes d'intervention. Si le traumatisme a un effet cumulatif (violence politique, séisme), la confiance aussi : les professionnels ont accumulé un capital de confiance, acquis pendant le séisme, dont ils perçoivent les dividendes aujourd'hui encore. Ainsi, l'idée que les psychologues ne soignent pas que les fous, que les professionnels ne sont pas forcément là pour stigmatiser les usagers, est en train de faire son chemin : « vous avez démontré aux familles qu'en tant que professionnels, vous êtes en mesure de repérer et d'explorer les ressources résiduelles. Ça change l'image que les gens ont généralement de nous ». Un dernier enseignement de cette situation : il est essentiel de capitaliser l'expérience intersectorielle gagnée au moment où la collectivité a été touchée dans l'urgence : sinon, c'est un apprentissage qui se dissout. C'est pourquoi les réunions de suivi constituent des moments-clés pour la structuration et la pérennisation du réseau.

NOTES

1. Proverbe kabyle : « *Ved attwaledh, roul adawidh, quim ouklech* ».
2. La formation à l'approche contextuelle dure plusieurs années et respecte un programme détaillé (voir l'Agenda de la « Clinique de Concertation », et le site).
3. Le Goff J.-F., « De la thérapie familiale intensive à la thérapie contextuelle », in *Familles en confiance, Nagy et la thérapie contextuelle*, Revue « Le groupe familial », n°133 – octobre/décembre 1991, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs.
4. Cette incise fait référence au module animé par P. Michard dans la formation « Gestion des détresses multiples », consacré à l'approche contextuelle.
5. Le Goff J.-F., « De la thérapie familiale intensive à la thérapie contextuelle », in *Familles en confiance, Nagy et la thérapie contextuelle*, Revue « Le groupe familial », n°133 – octobre/décembre 1991, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs.

6. Idem.
7. Heireman M., *Du côté de chez soi*, Paris, ESF, 1989, pp 58-59.
8. Ibid.
9. Autre partenaire du CISP, au même titre que la LPSJE et l'association AFAK, dans le projet « Citoyenneté et Reconstruction du dialogue ».
10. Lemaire J.-M., « Liens soignés, liens soignant, "cliniques de concertation" et violences de quartier », in Cahiers de Psychologie Clinique, De Boeck, 28, 2007/1, pp. 99-120. Toutes les citations qui suivent dans ce paragraphe et qui ne font l'objet d'aucun renvoi proviennent de cet article.
11. Moussaoui A., *De la violence en Algérie, les lois du chaos*, Barzakh, Alger, 2006, p. 406.
12. Il est intéressant de noter que les multiples vocables utilisés (*rahma* – clémence, réconciliation, pardon, amnistie, etc.) signalent le malaise à nommer une situation complexe.
13. Moussaoui A., *De la violence en Algérie, les lois du chaos*, Barzakh, Alger, 2006, p. 392.
14. Idem, p. 393.
15. Idem, p. 396.
16. Despret V., *Les émotions qui nous fabriquent*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 2001.
17. Le Goff J.-F., « De la thérapie familiale intensive à la thérapie contextuelle », *in Familles en confiance, Nagy et la thérapie contextuelle*, Revue « Le groupe familial », n°133 – octobre/décembre 1991, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs.
18. Bourgade située à quarante kilomètres de Tizi Ouzou sur la route d'Alger.

CONVERSATION AVEC LE Dr LEMAIRE

Vous dites bien que la « Clinique de Concertation » n'a en aucun cas la prétention de se substituer à la justice.

Dans le café philosophique qui s'est tenu à la Maison des Droits de l'Homme de Tizi Ouzou, j'ai en effet précisé qu'en tant que soignant, je ne suis pas appelé à donner mon avis sur ce qu'un État met en place pour essayer d'améliorer la situation. En revanche, je peux essayer de voir ce que ma pratique, au niveau local, peut apporter à un projet national qui réfléchit à rétablir, comme il le peut, certains équilibres. Ma pratique n'apporte rien au niveau national. Par contre, au niveau local, elle peut éventuellement *accompagner* un projet comme celui de la « Réconciliation nationale ». Les collectifs tels que les « Cliniques de Concertation » associent différents professionnels, dont l'engagement peut être de nature et de dimension variables. Ce qui m'intéresse, ce sont les processus qui ont une dimension locale, et mobilisent des gens qui travaillent ensemble, afin qu'ils accompagnent des gens qui vivent ensemble. Je n'ai pas à juger ceux qui rendent la justice : *a priori*, ils font ce qu'ils peuvent. La justice ne donne satisfaction ni aux victimes ni aux agresseurs. Rendre la justice, c'est infliger la douleur minimum. La Justice de paix est d'ailleurs là pour proposer des espaces ritualisés pour des conflits non praticables (on dit bien infliger la « moindre douleur »). On fait du mal à la victime qui considèrera toujours que la sanction ne suffit pas ; et du mal à l'agresseur qui considèrera toujours que la sanction est trop forte. Donc, il est préférable de partir du principe que la médiation par la justice n'est pas idéale. D'une certaine manière, la « Clinique de Concertation » se propose de redistribuer, dans un collectif, le deuil d'une justice parfaite. Elle propose de travailler avec la justice « comme elle est », et de mettre en route des mécanismes particuliers qui créent des espaces intermédiaires où le débat est possible. On peut réfléchir à la coexistence de la justice de l'État, codifiée – nécessairement imparfaite –, et celle, préventive, construite dans le cadre toujours particulier et au cas par cas des « Cliniques de Concertation ». Elle tente, autant que faire se peut, de préparer l'avenir pour les générations futures. On peut essayer en tout cas.

Avec toute l'expérience que vous avez accumulée dans des contextes difficiles, c'est une manière de parier encore sur l'extensivité des méthodes de reconstruction.

On dit souvent que les bourreaux emploient des méthodes qui témoignent de la barbarie, de l'incompréhensible. Pourtant, Françoise Sironi, dans son livre *La psychopathologie de la torture*, étudie le degré extrême de sophistication et d'intelligence des méthodes mises au point par les bourreaux. Ils ont *pensé* le caractère extensif de leurs méthodes destructrices : on touche un point et c'est toute la collectivité qui est détruite. Ainsi, commettre une agression sur une femme « garantit » la propagation de la destruction dans toute la collectivité. En violant son intimité, c'est aussi celle du couple, celle de l'époux, celle de la mère, celle des enfants, celle de la grande famille, celle de la collectivité... qui sont fragilisées. En fonction de l'expérience que j'ai des contextes de ce genre, je propose de parier sur le processus inverse : que confrontés à des méthodes extensives de destruction nous pouvons proposer des méthodes extensives de reconstruction. Commençons, à l'échelle locale, par des collectifs réunissant des gens qui travaillent ensemble et des gens qui vivent ensemble.

RENCONTRER LES FAMILLES

Plusieurs séances de travail collectif avec des familles, « Cliniques de Concertation » ou « Concertations Cliniques », ont été organisées pendant la formation. Toutes gagneraient, à bien des égards, à être racontées dans le détail. Deux d'entre elles méritent, selon moi qu'on s'y arrête, qu'on les déroule, les décortique. Elles ont lieu alors que la formation touche à sa fin, le groupe a acquis une maturité incontestable. Plane sur chacune une certaine solennité. De l'émotion, même, circule silencieusement. Le groupe semble sentir que se joue chaque fois une étape importante : pour les membres de la famille certes, mais aussi pour lui, *en tant que groupe, pleinement conscient* d'être redevable à la famille qui en quelque sorte se donne, lui donne. Chaque professionnel, grâce à elle, est en train « d'apprendre une partie du travail qu'il ne connaît pas bien, celui de travailler ensemble ».

Transcrire les deux séances *in extenso* et les livrer brutes n'aurait guère eu d'intérêt, du moins dans la perspective de ce travail. Les résumer d'un bloc serait un choix réducteur. Aussi ai-je opté – grâce à la judicieuse orientation du Dr Lemaire[1] – pour une formule hybride, mêlant observation rigoureuse et commentaires plus subjectifs, alternant résumé – forcément partial – et passages intégralement cités.

Mon souci est d'explorer le travail de « préparation » (on verra que le mot n'est pas nécessairement celui qui convient), puis de sélectionner des passages de l'entretien en fonction d'éléments que j'ai jugés importants, mais sur lesquels le groupe a, dans les discussions et bilans *a posteriori*, attiré mon attention : identifier les rythmes, les questions récurrentes qui traversent l'entretien, celles qui lui donnent éventuellement un cours nouveau, les stratégies déployées, etc.

Le parti pris est celui de la subjectivité : en effet, je ne me prive pas de restituer aussi les émotions que j'ai pu éprouver, dans le statut si particulier qui a été le mien : celui de scribe, à la fois « dedans » et « dehors ». Sans

1. Il a suggéré que je m'inspire de la démarche adoptée par les auteurs du livre *Une logique de la communication* dans le chapitre « Qui a peur de Virginia Woolf ? ». (Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson Don. D., *Une logique de la communication*, Le Seuil, 2000). Démarche stimulante que j'ai tenté de m'approprier, en en retenant l'esprit plutôt que la lettre.

autre compétence que celle de rapporter, qui observe et ressent. Le ton est un peu décalé parfois, sans que, je l'espère, sa légèreté occasionnelle ne sonne faux.

En outre, pour des raisons qu'on l'on comprendra aisément, les noms de tous les protagonistes ont été modifiés, au risque de les priver de tout ce qui leur fait honneur et dont ils peuvent être fiers.

Enfin, un code typographique est utilisé, pour que le lecteur distingue les commentaires du Dr Lemaire faits *avant* la « Clinique de Concertation » ou la « Concertation Clinique » – la citation est suivie de la mention suivante : (av.cc) – ou *après* : (ap.cc). Quant aux extraits des rencontres, il paraissait inutile de les accompagner de guillemets puisqu'ils sont restitués en caractères plus petits. On remarquera que ces derniers sont retranscris « tels quels », dans une langue de type « parlé », dans le souci de respecter la spontanéité de l'oral, sans que soit recherchée la correction de la syntaxe.

« NORMAL »... OU COMMENT TRAVAILLER INTELLIGEMMENT AVEC UNE FAMILLE « NORMALE »

Remarque préliminaire : cette situation est déposée par une professionnelle Radia, qui a intégré la formation sur le tard. Elle a « pris le train en marche » en février 2008, et très vite pourtant comprend l'approche, l'assimile. C'est le cas de quelques nouveaux venus qui s'arriment assez naturellement au groupe. Le Dr Lemaire y voit un indice intéressant, et, alors qu'un étudiant en médecine Hamid Larbi vient de rejoindre la formation (nous sommes en mars 2008, soit au septième module – sur dix), il émet l'hypothèse suivante : « la maturité de votre groupe (...) s'illustre, me semble-t-il, par le fait que des gens qui le rejoignent en cours de route s'y sentent à l'aise, comme s'ils étaient déjà au courant... Il est vraisemblable que ces personnes ont été informées par le groupe, qui lui-même a digéré ce qui précède avant de le retransmettre. »

LA SITUATION

Radia est volubile. Son statut de « novice » (dans la formation) ne semble pas l'intimider. Au contraire, ce module de mars 2008 semble « le sien », celui où elle a décidé de se lancer, de s'exposer, de prendre des risques. Elle a déjà présenté une situation qui, avec un collègue, l'a mise en difficulté. La voilà qui, à nouveau pressée de parler, de partager avec les autres, s'apprête à exposer la situation d'une famille qui la préoccupe, et les raisons pour lesquelles elle a souhaité organiser une « Clinique de Concertation ». Un peu plus tôt, elle a dit : « le sociogénogramme me permet de ne pas me focaliser sur la parole de l'usager. Maintenant, je peux avancer dans une situation sans forcément *dire* les choses ».On devine, on se crispe un peu, on pense : secret, circulation de l'information, etc. On se prépare à l'écouter.

RÉCIT DE LA SITUATION

... Radia a été activée par une maman, qui s'adresse à elle parce que la psychologue de la Ligue qu'elle consultait n'y est plus. Elle est mère de deux enfants, une fille, Sorraya (1990), et un fils, Farid, (1993), tous deux

adoptés (dans une pouponnière de la capitale), et le sachant. Farid la préoccupe, ses problèmes de santé, une bronchite chronique et des crises clastiques diagnostiquées à l'hôpital comme de « type épileptique », perturbent sa scolarité.

À cette étape du récit, le groupe prend conscience que cette situation a déjà été évoquée par un participant, Nourredine, lors d'un module précédent, en 2007, animé par M.-C. Michaud. Nourredine avait été activé par un collègue en qualité de psychiatre urgentiste. Il avait reçu la maman, et celle-ci « sélectionnant des informations du registre de la santé d'abord, a donné, au fur et à mesure, des informations d'ordre plus intime » (Nourredine). Un lien de confiance s'installe, la maman parle de la scolarité de Farid, sérieusement affectée par ses soucis de santé, mais aussi de l'adoption. Nourredine est frappé par la qualité des mots qu'elle choisit pour parler à son fils de sa mère biologique : « j'aime ta mère car c'est grâce à elle que j'ai pu t'avoir et t'aimer ». Il est un peu écrasé par la délégation massive que lui fait cette maman, mais il veut aider la famille, « lui permettre de faire le tri, d'effectuer une hiérarchisation des urgences à travailler, un échelonnement des demandes ». (M.-C. Michaud) À l'époque déjà, convaincu que pour mieux travailler il a besoin d'être aidé, tout en associant à cet effort les membres de la famille, il propose aux parents d'organiser une « linique de Concertation » (à l'occasion du passage de la formatrice). Ceux-ci ne s'y opposent pas, mais c'est la période des examens, les enfants sont pris. « Indice intéressant », note le Dr Lemaire, « les parents pensent qu'il est préférable que les enfants soient là ; ils ont, aussi, le souci de leurs études. Enfin, cela signifie qu'un climat de confiance s'est déjà installé. » (av. cc.) Le projet est ajourné. Un an après, c'est Radia qui cette fois le leur propose. Les enfants sont en vacances, la chose est possible.

> ... La maman présente à Radia une lettre destinée à l'ancienne psychologue, rédigée quatre mois auparavant par le Dr Hafidh, psychiatre et neurologue, qui suit Farid en individuel. Les parents ont par ailleurs consulté pendant assez longtemps une autre psychologue. Farida, une participante, découvre, au fil du récit de Radia, qu'il s'agit d'une de ses collègues, qui a déjà eu l'occasion de lui parler de cette situation.

Brouhaha. Conciliabules. Voilà une information utile qui tombe tardivement... On songe soudain à appeler cette psychologue, pourquoi ne pas l'inviter à assister le lendemain ? Le Dr Lemaire intervient : lorsque se construit une « Clinique de Concertation », le travail qui

consiste à rassembler les professionnels gagne à être effectué une semaine plus tôt, non la veille. « Pour que chacun "dorme dessus" et qu'il n'y ait pas de surprise de dernière minute. La perspective d'une "Clinique de Concertation" a des effets sur ce qui précède, notamment sur la sélection des informations utiles. Sur cette question en particulier, les usagers sont toujours en position d'experts. » (av.cc.) Petit cafouillage, qui rappelle que lorsque le professionnel directement concerné dessine le sociogénogramme avec la famille, il doit veiller à passer au crible le réseau de professionnels activés. Quand se profile la perspective d'une « Clinique de Concertation », le choix des personnes à inviter doit se faire, autant que possible, en étroite concertation avec la famille, souvent bien plus qualifiée (plus « experte ») pour les sélectionner.

> ... L'année dernière, Farid a été exclu de son école, suite à un indicent avec une enseignante. Elle l'a, semble-t-il, traité de fou, conduit au piquet, la classe l'a raillé et, terrassé par une crise, il s'est évanoui. L'affaire a dégénéré, Farid a intégré une nouvelle école grâce à la mobilisation de plusieurs personnes, dont Nourredine. Les parents ont soutenu leur fils jusqu'au bout, et n'ont ménagé aucun effort pour que son cycle scolaire ne soit pas interrompu.
> En outre, la question de l'adoption semble se poser avec insistance : Farid est « *attentif à ses origines* » (Dr Lemaire. av.cc), puisqu'il formule le désir récurrent de connaître ses parents biologiques. Il a cependant le souci de ses parents adoptifs, il les rassure, il ne les quittera pas, il leur dit qu'il sait « qu'ils ont besoin de lui » et que « s'ils avaient été ses vrais parents, ils n'auraient jamais été aussi gentils ». Incontestablement, de nombreuses ressources résiduelles existent dans cette famille : le fils soutient ses parents et vice-versa. Reste que le sujet de l'adoption est d'une extrême délicatesse, d'autant que les parents croisent parfois les mères biologiques dans la rue. Radia pense avoir compris la demande implicite de la maman, elle semble lui dire : « il est temps que les enfants sachent, aidez-moi à le leur annoncer. Cela finira par se savoir, autant que ce soit nous qui le leur disions ».

Dans l'assistance : soupirs, sourcils froncés, hochements de tête. Tout le monde semble accablé. Le Dr Lemaire dédramatise : « on va essayer de voir comment approcher prudemment cette zone délicate, sans y pénétrer. On pose une question, s'il y a résistance, il faut renoncer ». Il relativise : « il n'y a pas que ce secret que nous devons gérer avec délicatesse. Si les parents se mettent à parler de choses qui nous dérangent (comme la sexualité du garçon par exemple), nous pouvons très bien les arrêter aussi. » (av.cc.) Et Radia de dire avec détermination : « au départ, je me suis focalisée sur ce secret, et je pensais que si nous ne l'abordions pas,

nous n'avancerions pas. Mais j'ai évolué, j'ai compris qu'il y avait d'autres pistes et que nous pouvions aider cette famille sans forcément travailler sur ce secret. » Constat déterminant pour le déroulement de la première rencontre, la « Clinique de Concertation ».

LES RENCONTRES

LA « CLINIQUE DE CONCERTATION » (MARS 2008)

Elle se tient dans une salle de la maison des Jeunes de Tizi Ouzou. Le papa et les deux enfants arrivent ensemble.De son côté, la maman a préféré venir avec Radia. Les membres de la famille s'installent, Farid entre son père et sa mère, Sorraya entre sa mère et Radia. Les parents sur leur chaise se tiennent droits, un peu raides, circonspects. Les enfants, silencieux, jettent des regards vifs et circulaires sur l'assistance. À la droite du père, se tiennent le Dr Hafidh (neurologue), Nourredine, et Mme Aklouche (enseignante de mathématiques de Farid dans la nouvelle école, elle a été invitée par la maman). À la gauche de la mère, Radia, Saliha Kebbas, et le Dr Lemaire qui mènera l'entretien. Le reste du groupe (professionnels non directement concernés) est disposé de telle sorte que l'ensemble, famille et professionnels directement concernés compris, figure un grand cercle.

Les préliminaires : instaurer un climat de confiance et de respect

Presque tout se joue dans les premier temps d'installation. En effet, la première initiative que prend Saliha Kebbas est de remercier la famille d'avoir accepté de venir, donnant ainsi la possibilité à tous les professionnels présents – elle précise que la majorité suit une formation – « d'apprendre une partie de leur métier qu'ils connaissent mal, celui de travailler ensemble » autour des difficultés des familles. Les professionnels sont redevables à la famille : il est bon qu'elle l'entende. S. Kebbas demande ensuite l'autorisation de filmer la séance, en s'engageant à en respecter la confidentialité. Les professionnels ici présents doivent s'en porter garants, c'est une responsabilité qu'ils partagent et assument explicitement. Le père insiste poliment sur cet aspect. Une dernière précision : elle concerne la langue. La famille doit pouvoir

parler dans la langue où elle se sent le plus à l'aise. Tout le monde s'accorde sur le français. Le Dr Lemaire les remercie, en disant que ce sera bien plus facile pour lui et le rapporteur, qui sont les seuls à être « handicapés » puisqu'ils sont les seuls à ne pas parler kabyle. Le mot « handicapé » n'a pas été choisi par hasard : manière d'exposer ses limites, occasion de témoigner sa reconnaissance, de se montrer redevable.

On le sent bien, ces préliminaires sont décisifs pour créer un climat de confiance, et de responsabilité. Les professionnels signifient d'entrée de jeu à la famille que non seulement elle ne sera pas passive, mais qu'*ils comptent sur elle pour les aider.*

Le tour de présentation : les professionnels s'exposent avant la famille

Pour renforcer ce climat, un tour de présentation s'impose. Ce sont les professionnels qui commencent. Ce sont eux qui, les premiers, doivent s'exposer. Ainsi, la famille a le temps d'identifier chacun d'entre eux, en se tenant légèrement en retrait. Lorsque le Dr Lemaire se présente, très vite il précise :

> Dr Lemaire : une chose très importante dans ce dispositif : nous n'aborderons que les sujets qui peuvent être discutés ensemble. S'il y a une question qui n'a pas sa place ici, il suffit que l'un des membres de la famille ou du groupe nous arrête. Chacun peut à un moment donné freiner les choses. Même si je viens en Algérie depuis dix ans, et commence à connaître certaines habitudes, je ne les connais pas toutes. Ça m'est déjà arrivé de commettre une maladresse. Il suffit donc que quelqu'un me fasse un signal, et ma maladresse sera corrigée.

Sans doute a-t-il senti que semblable mise au point est nécessaire. Intuition juste, puisqu'un peu plus tard dans l'entretien, le père finit par avouer son étonnement devant tant de monde :

> Le papa : on ne nous a pas avisés qu'il y aurait une réunion comme ça, on pensait qu'il s'agissait d'une réunion comme d'habitude avec la psychologue, et qu'on allait revoir Nourredine.

Ce temps de flottement – dont le père dira plus tard à Radia qu'il était calculé, sorte de « ruse » pour neutraliser l'éventuelle tentation qu'aurait eu Farid de fuir devant tout ce monde, et façon de créer une solidarité tacite avec son fils, en laissant entendre que lui aussi a été « abusé », et qu'il n'était pas au courant – donne l'occasion, juste après, au papa de prononcer une fort belle phrase :

Le papa : je n'ai rien contre la présence de tous ces professionnels, qu'ils soient cinq, dix, mais j'insiste beaucoup sur l'aspect confidentiel de cette rencontre, j'aimerais que rien ne sorte d'ici. Le reste, ça me fait plaisir : *comme les médecins nous ont aidés, ils vont avoir notre expérience pour aider d'autres familles.*

Adaptation assez remarquable du père, et preuve que la confiance peut se consolider. Sans le savoir, il donne une réponse anticipée à la question que posera Hamid Larbi au Dr Lemaire, après l'entretien. N'est-il pas maladroit de dire à la famille que cette rencontre fait partie intégrante d'un processus de formation ? La famille peut avoir l'impression qu'elle sert de cobaye. Dr Lemaire, sans exclure cette hypothèse, précise que les familles sont, la plupart du temps, rassurées quand elles sont confrontées à des professionnels qui disent leurs limites. « Je pense que d'une certaine manière, ce sont plutôt nous, les professionnels, qui apprenons plus qu'il n'y paraît. Cette phrase du papa dit bien la différence entre le réseau soutenant et le réseau prédateur. La différence se situe dans les rapports que donnent à voir les professionnels entre eux. » (ap.cc.)

Reconstruire d'abord, grâce au sociogénogramme, le réseau des professionnels

Dessiner le sociogénogramme offre également la possibilité d'éviter une exposition trop rapide et brutale.

Dr Lemaire : nous allons essayer de savoir par quels mécanismes plusieurs professionnels ont été appelés par les membres de la famille. C'est-à-dire comment, petit à petit – parce qu'en général ça prend un certain temps – plusieurs professionnels de disciplines différentes (psychologues, médecins, etc.) ont été appelés à travailler ensemble. Cela nous permet de voir comment les choses se mettent en place et d'aller tout doucement, en évoquant une question qui n'est pas trop difficile, à savoir : *comment vous avez progressivement activé les professionnels.*

Il convient d'explorer en priorité ce qui se passe entre les professionnels, avant d'explorer ce qui se passe au sein de la famille. Entamer le travail en tricotant le circuit des activations entre professionnels impose un rythme plus lent et respectueux de la famille. Prendre ce temps-là permet de « rôder » le mécanisme, tout en mettant un peu à l'abri la famille), de s'attacher à reconstituer d'abord le réseau de professionnels, et leur cheminement avec la famille (comment Radia a activé Nourredine, comment le lien s'est fait avec le Dr Hafidh, etc.).

Cette démarche a deux vertus : d'une part, faire en sorte que la famille résiste à la tentation d'aborder d'emblée les problèmes de Farid ; d'autre part, commencer le travail par les zones les plus fiables, sans pour autant nier les difficultés. Cela permet, en l'occurrence, de souligner la force prodigieusement activatrice de la maman :

Dr Lemaire : tout ça peut apparaître comme des détails, ça vous semble étrange qu'on accorde autant d'attention à ces détails, mais on commence progressivement, à voir comment vous, Madame, vous êtes active.

C'est elle, en effet, qui se déplace partout, tout le temps, qui prend la responsabilité de transmettre la lettre, active l'hôpital, puis un cabinet privé, puis la Ligue.

Dr Lemaire : ça commence toujours très simplement, puis on se rend compte que ça devient compliqué, parce que lorsque les familles sont en difficulté, elles ont cette force d'aller trouver progressivement une série de professionnels. (...) Radia, comment peut-on raconter le contact entre les professionnels ?

À cet égard, le Dr Lemaire, à plusieurs reprises, s'adresse à Radia plutôt qu'aux membres de la famille, comme par ricochet :

Dr Lemaire : est-ce que déjà vous, Radia, vous avez une idée (...) de la manière dont les parents partagent leurs responsabilités ?

Ou encore...

Dr Lemaire : peut-être puis-je demander à Radia : dans des conversations que vous avez eues avec le papa, la maman, avec Farid, avez-vous une idée de sujets qui sont difficiles à aborder ?

Il s'agit d'une stratégie dont le but est ; dans l'ici et maintenant de la « Clinique de Concertation », de permettre à la famille d'observer les professionnels en train de travailler ensemble : les voir discuter, évaluer, se respecter. On peut parier que les membres de la famille emportent avec eux cette leçon de dialogue entre deux professionnels. Avoir l'occasion d'être témoin d'un échange respectueux a sans doute un effet thérapeutique.

La partialité multidirectionnelle

Dans l'entretien, l'engagement de la maman auprès de Farid apparaît d'emblée. On sent, intuitivement, qu'il risque du même coup de

marginaliser les éventuels engagements des autres, notamment ceux du papa. Le « Clinicien de Concertation » doit donc avancer tel un funambule, et veiller à toujours préserver l'équilibre dans l'attention qu'il témoigne aussi bien à la maman qu'au papa : comment soutenir les engagements et la générosité de la maman, sans jamais disqualifier le papa ?

L'implication de la maman dans l'accompagnement de Farid est patente. Mais le Dr Lemaire a une règle : il préfère éliminer les hypothèses dénonciatrices, accusatrices (ici, la tentation d'en déduire qu'on a affaire à une mère castratrice, omnipotente, etc.), les évacuer, pour être attentif aux ressources. Il s'agit ici de valider la prise en charge de la maman et de donner la possibilité de la reconnaître. Le Dr Lemaire lui demande donc :

> Dr Lemaire : et quand vous faites ce travail d'aller voir les professionnels, Madame, avez-vous la sensation d'être soutenue par le papa, et que Farid et Sorraya vous approuvent dans cette démarche, ou au contraire, ils sont embêtés que vous fassiez toutes ces démarches ? Je fais bien la distinction entre le papa, c'est-à-dire l'époux, le partenaire de la maman, responsable avec elle ; et Farid et Sorraya, qui sont des enfants. La question est de savoir si la maman se sent soutenue dans le travail qu'elle fait, parce que c'est un travail...

Il s'agit de s'assurer que la maman, celle qui s'expose le plus, a le sentiment d'être reconnue dans ses efforts. Des indices laissent penser que son engagement n'est pas tout à fait reconnu, c'est alors au thérapeute, dans un premier temps du moins, de faire en sorte que cette reconnaissance soit formulée : par des remarques, des questions, qu'il égrène tout au long de l'entretien. Le pari est le suivant : les autres membres de la famille, témoins de cette reconnaissance formulée par un tiers, peuvent être amenés, progressivement, à l'accorder eux-mêmes.

Le Dr Lemaire, faisant allusion à la force activatrice de la maman et à l'énergie qu'elle déploie pour contacter les professionnels, établir des liens entre eux, lance, sous la forme d'une question rhétorique :

> Dr Lemaire : c'est toujours la maman qui fait le facteur ?

En marquant ainsi intentionnellement son étonnement, il attire l'attention sur sa disponibilité. Mais, en validant la personne la plus généreuse, il doit veiller à ne pas dévaloriser le papa. Aussi va-t-il insensiblement se diriger vers ce dernier, et souligner combien il est important, pour le papa et le fils, de cheminer ensemble :

> Dr Lemaire : quand on fait le chemin ensemble, c'est l'occasion de discuter. S'il y a un chemin que Farid fait avec son papa, vraisemblablement, ils doivent discuter des choses dont discutent les garçons entre eux.

À un moment, le papa éprouve le besoin de justifier ce qui peut sembler un moindre engagement à l'égard de Farid :

> Le papa : moi je n'ai pas beaucoup de temps, je travaille, elle est beaucoup plus libre que moi, mais on est toujours au courant, on sait qu'elle est allée voir la psychologue, le docteur tel ou tel.

Ce commentaire mérite une attention particulière, le Dr Lemaire lui demande donc quelle est sa profession et s'applique à la valoriser. Ce mouvement de balancier entre la maman et le papa rythme en filigrane l'entretien. Et parfois, au milieu de ce va-et-vient, il pose prudemment, à Radia, mais aussi à la maman, au papa, la question du partage des responsabilités :

> Dr Lemaire : est-ce que parfois, pour accompagner Farid et Sorraya dans leur évolution, vous rencontrez des difficultés sur les responsabilités que vous, comme papa et comme maman, vous avez de vos deux enfants ?

Il donne ainsi la possibilité à chacun, s'il le veut, d'évoquer d'éventuelles tensions.

> Dr Lemaire : peut-être que la question vient trop tôt, mais, quand il y a une répartition des responsabilités entre le papa et la maman, il y a parfois des sujets difficiles sur lesquels ont peut avoir des avis différents...

• Alternance de l'attention accordée à la maman

On parle de l'asthme de Farid...

> Dr Lemaire : déjà, quand Farid était tout petit, vous avez dû commencer à être active pour soigner ça, vous avez été très inquiète...
> La maman : bien sûr, j'étais tout le temps inquiète.

... de ses problèmes avec les enseignants

> Dr Lemaire : est-ce que dans ce domaine-là, c'est vous, la maman, qui avez été en contact ?...
> La maman : oui, c'est moi, toujours, j'étais tout le temps avec les enseignants.

• Au papa

On parle de l'incident à l'école qui s'est soldé par l'exclusion de Farid...

Dr Lemaire : et c'est un moment où vous-même, vous avez dû vous impliquer ? On parlait des responsabilités, c'est un moment où vous avez dû prendre un congé ?
Le papa : oui. J'ai pris un congé spécialement pour ça. Quand le problème a surgi, on était obligés d'aller voir tous les professionnels : Nourredine qui nous a beaucoup aidés, Dr Hafidh, la psychologue. On ne savait plus quoi faire, donc on est allés tous les voir pour leur exposer le problème.

• Amorce d'une évolution du partage des responsabilités

Toujours à propos de l'incident à l'école et de la mobilisation des parents...

Dr Lemaire : dans cette démarche-là, au fur et à mesure que Farid grandissait, le papa a pris des responsabilités. J'entends, Monsieur, que vous avez été à la première école. Est-ce que ça a été un équilibre différent dans la prise de responsabilité, y a-t-il un équilibre entre le papa et la maman ?
Le papa : puisqu'on est toujours en contact, donc que ce soit elle ou moi qui va voir Nourredine, Dr Hafidh ou la psychologue, pour moi il n'y avait aucun problème.
Dr Lemaire : je ne sais pas, du point de vue de Farid ou de Sorraya, ce n'est pas la même chose si c'est maman ou papa qui fait la démarche avec elle ou lui.
Sorraya : c'est tout le temps les deux.
Dr Lemaire : les deux ?
Le papa : la démarche, c'est juste de l'accompagner vers le professionnel, c'est tout.
Dr Hafidh : c'est une question de disponibilité aussi, la maman est plus disponible.
Dr Lemaire : oui, mais je crois que faire le chemin avec son père ou avec sa mère, c'est différent. Quand il vient vous trouver avec l'un ou avec l'autre, ça peut être différent. Il me semble que, dans toutes les familles – si je suis maladroit, il faut me le dire –, à partir d'un certain âge, ça devient très différent d'être soit avec maman, soit avec papa. C'est quelque chose que l'on voit dans toutes les familles.
Farid : moi, je suis tout le temps avec papa !
La maman : il préfère aller voir les médecins avec son papa.

• À la maman

Cette exclamation de Farid – qui plus est en public – a des chances d'être perçue par la maman comme un douloureux désaveu. Le Dr Lemaire essaye de rétablir l'équilibre, d'autant que Sorraya renchérit...

Dr Lemaire : ah, ça peut être très dur...
La maman : mais je suis tout le temps là.
Dr Lemaire : ... ça peut être dur pour une maman. Pendant tout un temps vous avez engagé votre responsabilité en allant partout avec lui, et à un moment donné, ce petit garçon que vous avez accompagné depuis son plus jeune âge partout, dit : « tout compte fait, je préfère aller avec papa. »
La maman : ça remonte à bien avant, il a toujours préféré aller avec son père.
Sorraya : ce sont les sujets de discussion. Avec son père, il ne s'ennuie pas ! (*rires*)
Dr Lemaire : mais c'est dur, ça, pour les mamans, d'entendre des choses comme ça, non ?
Sorraya : pas vraiment, non.
La maman : des fois il aime discuter avec moi, et parfois avec son papa.

Le Dr Lemaire, conscient que se joue là, pour la maman, une épreuve, s'applique à relever de manière encore plus systématique son engagement – il la valorise ostensiblement. Mme Aklouche, professeur de mathématiques, prend la parole...

Dr Lemaire : comment est-ce qu'on vous a demandé de venir, qui est-ce qui vous a demandé de venir ici ?
Mme Aklouche : c'est la maman qui est venue me voir.
Dr Lemaire : encore un travail de la maman ! (*rires*)
La maman : c'est toujours moi...

Le Dr Hafidh évoque le traitement que prenait Farid à une époque, il semble avoir oublié de mentionner un médicament, la maman veut le corriger mais ne se souvient plus du nom du médicament...

Dr Lemaire : vous connaissez bien les médicaments... je vois que vous...
Dr Hafidh : à force.
La maman : il n'a pas supporté.
Dr Lemaire : je me demandais si vous aviez une formation dans le domaine ou bien si c'est simplement parce que vous avez été attentive aux médicaments que prend Farid ?
La maman : bien sûr, je...
Le papa : non, elle n'a aucune formation
La maman : je n'en ai aucune

La tâche est rude...

Dr Lemaire : et vous, Sorraya, vous avez déjà une idée à seize ans ?
(*on peut noter ici que le Dr Lemaire réoriente son attention vers la soeur qui pourrait mal vivre le trop d'attention accordée à son frère et ses parents*)
Sorraya : je veux être pharmacienne.
Dr Lemaire : ah, d'accord, vous les connaîtrez bien les médicaments ! (*rires*) Et vous, Madame, vous aviez des idées sur ce que vous auriez voulu faire, vous, si jamais ç'avait été possible, pour vous-même ?
La maman : je n'ai pas compris (*Saliha Kebbas traduit en kabyle*) ; enseignante
(*Farid prononce tout bas quelque chose, Dr Lemaire demande ce qu'il a dit. Saliha dit que Farid a précisé que sa mère n'a pas fait d'études.*)
Dr Lemaire : je sais bien que ce n'est pas toujours facile de pouvoir faire des études, c'est vrai qu'on est frappé de vous entendre avoir les idées très claires, et aussi, on est frappé par tout ce que vous arrivez à faire. Donc, ce n'est pas nécessairement à travers les études qu'on arrive à faire des choses.

On sent bien là que la maman a besoin d'être considérablement soutenue et toute l'attention que lui témoigne le Dr Lemaire met en exergue le déficit de reconnaissance à l'égard de la maman. Certes, la validation du thérapeute n'a pas la même efficacité que celle émanant de la famille. Le travail du Dr Lemaire consiste ici à être témoin (le groupe y compris), à créditer les efforts de la maman, à reconnaître son mérite : elle gagne ainsi en validité.

• À la soeur, Sorraya

On l'a dit plus haut, l'attention du thérapeute ne doit négliger aucun des membres de la famille. Or Sorraya est là, entre sa mère et Radia, elle participe spontanément à l'entretien, répond plusieurs fois à la place de Farid. Par exemple, quand on évoque le fait qu'il est passé au collège en étant classé deuxième de sa classe.

Dr Lemaire : (...) c'est bien classé, ça, deuxième.
Sorraya : oui !
Dr Lemaire : oui... (*en riant*) c'est la soeur qui répond, et toi, tu étais fier ?
Farid : oui.
(*Notons ici qu'est introduite la notion de fierté, souci majeur de l'approche contextuelle : « parler avec les gens de ce qui leur fait honneur ». C'est l'occasion d'évoquer explicitement un moment qui a été source de fierté pour tous, de s'y arrêter et de s'en souvenir.*)
Dr Lemaire : et papa et maman étaient fiers ?
Farid : oui.

Quelque temps après, le Dr Lemaire tente d'ouvrir une nouvelle piste. Manœuvre particulièrement compliquée, étant donné qu'à ce moment précis, personne n'a encore évoqué l'expulsion de Farid de son ancienne école ; encore moins l'incident humiliant devant toute la classe.

Dr Lemaire : est-ce que parfois Farid a pu être l'objet de moqueries ? ou bien d'autres choses ? Parce qu'il doit aller chez le médecin, parfois les enfants entre eux, ou les gens, peuvent être méchants.
La maman : non, pas du tout. (*Silence.*)
Dr Lemaire : ça ne t'est jamais arrivé qu'on (*hésitation*)... se moque de toi ou bien qu'on te fasse des réflexions désagréables ?
(*Dénégations des parents.*)
Sorraya : au contraire, tout le monde l'aime.
Le papa : il est populaire...
Dr Lemaire : il est populaire ! (*rires*) C'est bien, ça. Et qu'est-ce qui fait qu'il a cette popularité ?
Sorraya : il est drôle.
Dr Lemaire : il est drôle ? C'est vrai qu'il est à l'aise. Il a peut-être été surpris de voir autant de monde, mais pouvoir dire les choses aussi clairement...
Farid : elle répond à ma place.
La maman : elle a l'habitude de...
Dr Lemaire : oui, elle a trois ans de plus.
Farid : c'est ma doublure.
Dr Jean-Marie Lemaire : comment ?
Farid : c'est ma doublure.
Dr Lemaire : c'est ton double ?

Beau moment. On ne sait pas très bien s'il faut comprendre « double » (un jumeau, un *alter ego*) ou « doublure » (comme une doublure au cinéma). Le lien entre le frère et la soeur est sans doute complexe.

Mais pendant ce court échange se profile une curieuse connivence : le frère est l'objet de toutes les attentions (ce qui peut donner à la sœur le sentiment d'une injustice – et on aura la confirmation par la suite qu'elle le ressent parfois ainsi). En acceptant qu'elle réponde à sa place, il dit de sa soeur qu'elle est sa doublure, alors même que, de son côté, il doit vivre difficilement le fait de la voir si brillante, quand lui n'a que des résultats médiocres, source de tant d'inquiétude chez ses parents.

• À l'enseignante de mathématiques, Mme Aklouche

Silencieuse pendant une bonne partie de l'entretien, cette femme menue, discrète, se met soudain à parler. Par longues salves. On sait combien la « porte d'entrée » de l'école est importante, et précieuse la

participation des enseignants à ce genre de rencontres.On en a une illustration émouvante ici, d'autant qu'on devine, à travers les longues interventions de cette dame, que le contexte dans lequel elle enseigne est difficile. Son empathie à l'égard de Farid est d'autant plus remarquable. Elle rend un hommage appliqué et touchant à ce garçon dont les parents répètent qu'il n'est pas assez bon à l'école. Elle rappelle dans quel contexte perturbé il est arrivé, comment il a pris l'année en cours et cependant a eu des résultats corrects (dans sa matière du moins), elle salue sa capacité d'adaptation, son courage (« c'est un enfant courageux, c'est un petit enfant courageux quand même »), son intelligence (« il n'a pas besoin d'apprendre par coeur »), et bienveillante, prédit : « je vois que c'est un enfant vraiment bien... je le vois aller loin, cet enfant ».

Tout est question de dosage cependant, et le « Clinicien de Concertation » doit y veiller. Car si cette parole apporte une contribution décisive et valorisante concernant Farid, elle peut aussi, en se prolongeant sans limite, installer un climat confinant à la complaisance, une ambiance « idyllique », où les difficultés auraient disparu comme par enchantement.

Donc, s'appliquer à doser. Le thérapeute prend également soin de chercher les ressources résiduelles, de transformer les inconvénients en avantages, d'être attentif aux mots – de célébrer, sans être béat, plutôt que d'affaiblir. À un moment, le Dr Hafidh précise que Farid est en pleine adolescence, l'âge des « turbulences » dit-il. Le Dr Lemaire suggère aussitôt que c'est l'âge, également, « des espoirs ». L'idée ici, me semble-t-il, n'est pas de faire preuve d'angélisme, mais plutôt de prôner la nuance, pour élargir sa vision, toujours, en évitant des formules stigmatisantes et qui plombent.

« Travailler en s'abstenant »[1] *: faire avec le secret / sans le secret*

Tout au long de l'entretien, le Dr Lemaire tente d'ouvrir le dialogue, sans jamais forcer pourtant, sur la question des difficultés rencontrées par la famille. Très régulièrement il demande aux parents « quels sont les problèmes les plus difficiles que vous rencontrez ? et aux professionnels : « Radia, est-ce qu'il y a des difficultés – pas toutes, bien sûr – dont vous pensez qu'elles doivent être abordées ? », « est-ce qu'il y a des

1. Formule d'un intervenant en concertation cité par V. Despret dans « Le secret est une dimension politique de la thérapie » in T. Nathan, *La Guerre des Psy, Manifeste pour une Psychothérapie Démocratique*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 2006, pp. 153-178.

questions particulières qui n'ont pas été abordées et que vous voudriez évoquer ? », tout en précisant aussitôt, chaque fois, « nous ne parlons ici que des sujets qui peuvent être abordés », « chaque fois que je pose une question, personne n'est obligé d'y répondre ».

L'exercice est délicat, et l'atmosphère me semble, à moi, un peu étrange, un peu pesante. Je m'agite, « les dés sont pipés » me dis-je, et je sens que le groupe attend, tout comme moi, ce moment – qui ne vient pas – où la question de l'adoption sera abordée – enfin. Je me surprends à éprouver comme de l'agacement à voir les choses différées, je n'en suis pas très fière, mais je suis là, un peu voyeuse, à l'affût, suspendue à cette « révélation » qui ne tombe pas. J'ai le sentiment qu'on « tourne autour du pot ». Et puis soudain la maman, à propos de Farid, s'aventure : « il est intelligent, il peut réussir dans ses études, mais des fois, je ne sais pas, peut-être que... je ne sais pas, il y a quelque chose qui le dérange au fond de lui-même ». Je pense : « ça y est ! », lance un regard furtif vers le Dr Lemaire, c'est sûr, il va saisir la perche. Mais rien, il ne cille pas, poursuit calmement ses questions. Perplexité. Je ne comprends pas, mais je reste coite. Je me rencogne, je me dis : « il sait ce qu'il fait ». Ne m'effleure pas un seul instant l'idée d'interrompre l'échange en disant : « peut-être faudrait-il s'arrêter sur ce que vient de dire la maman ».

Patiemment le Dr Lemaire relance, reformule, resserre en douceur. Notamment, quand, après les poétiques éloges faits par le professeur de mathématiques à Farid (« c'est un bon petit juge »), le climat, détendu (on a plaisanté, fait des compliments, créé une forme de connivence) se relâche peu à peu. L'entretien risque de s'enliser, de tourner à vide. Surtout que l'heure tourne. Alors, il reformule un commentaire qu'il avait déjà risqué un peu plus tôt, quand Radia saluait le travail accompli par la famille :

> Dr Lemaire : les membres de la famille ont fait tout ce travail, et on doit comprendre, le travail de Farid, qui a été dans une deuxième école, que c'est un effort ; le travail de Sorraya, dont j'ai entendu dire qu'elle travaillait bien à l'école, aussi ; le travail du papa et de la maman, aussi. Mais on a quand même l'impression que leur travail ne rapporte pas assez. Tout ce travail devrait pouvoir permettre à la famille de se sentir plus à l'aise. Or, quand vous dites qu'il y a plutôt une accélération dans le fait d'aller trouver les professionnels, c'est que vraisemblablement la famille n'est pas contente de ce que ce travail a rapporté.

Il revient donc, comme dans une ultime tentative, sur ce sentiment que le travail déployé par la famille ne « paie » peut-être pas assez :

> Dr Lemaire : si jamais on n'était ici que pour dire des belles choses... Ça a certainement son intérêt, mais on a un peu l'impression que vous êtes arrivés dans votre travail à réunir souvent les gens qui sont impliqués, qui sont engagés pour aider, soutenir Farid, pour soutenir la famille, et puis on a l'impression que là, il y a eu quelque chose qui n'a pas bien fonctionné. Est-ce que, sur ce point, vous avez une idée ?

J'ai, encore une fois, le sentiment que les parents « esquivent », se focalisent sur la scolarité de Farid, ses problèmes de santé. Je soupire. Je suis comme un peu déçue ; de quoi, je ne sais pas très bien. Même si je sens que mon attitude n'est pas la bonne. Car j'ai malgré tout conscience qu'un exercice passionnant est ici à l'oeuvre. Nous mettons à l'épreuve du réel, *hic et nunc*, ce que nous avons appris sur le secret : comment travailler « malgré » lui, ou mieux, « sans » lui. Un des objectifs du travail collectif n'est-il pas de prouver qu'il peut et sait protéger des zones délicates qui, précisément, n'ont pas à être travaillées au sein d'un collectif ?

Il me faut du temps pour comprendre qu'avec cette famille, nous sommes en train de démontrer que le travail thérapeutique n'est pas nécessairement un travail qui consiste à dévoiler, révéler, extraire les informations des tréfonds. Le Dr Lemaire cite parfois cette image (pendant la formation) : « quelqu'un sort de chez lui, il tient un sac. Tout le monde le voit et peut suivre chaque étape de son itinéraire. Il entre dans une pharmacie, en ressort, entre dans une teinturerie, en ressort, dans une parfumerie[2], etc. Chaque fois, la collectivité le voit entrer, sortir, avec son sac à la main. On peut très bien travailler sur le parcours de cette personne sans nécessairement savoir ce qu'il y a dans le sac. *On peut parler des choses sans dire ce que sont ces choses.* » C'est ce qui est à l'oeuvre, ici même. L'exercice n'est pas simple, surtout si on pense aux psychologues et psychiatres, à qui l'on enseigne que l'important est précisément l'information à extirper des profondeurs... En cela, le sociogénogramme est un outil précieux : il « nous transforme, en quelque sorte, en "techniciens de surface". Moi, dit le Dr Lemaire, on m'a plutôt appris à explorer les racines qui vont chercher très profond ; mais c'est négliger les rhizomes, les racines superficielles, qui s'étendent horizontalement et aident tout autant à tenir debout. Il est parfois bon de

2. Le choix de la parfumerie est délibéré : il fait référence à une situation exposée par Saadia Bekkal.

travailler à la surface, en occultant les profondeurs. » Techniquement, le sociogénogramme ne représente que ce qui est dit sur le moment, il n'autorise aucune interprétation.

Or, dans ce cas, l'adoption n'est, à aucun moment, évoquée. Donc, même si la maman a dit à Radia, la veille, que le sujet pouvait être abordé, aujourd'hui rien ne nous y autorise. Et c'est ce hiatus, entre l'information que nous connaissons tous depuis hier (l'adoption), et le fait qu'elle n'est pas évoquée aujourd'hui, qui nourrit cette tension, jusqu'au bout, et me laisse un vague sentiment d'inachevé quand se clôt la séance.

> DÉBAT AVEC LE GROUPE
> Après la « Clinique de Concertation », le groupe débat : on ne sait pas très bien, on hésite, un malaise flotte, qui pourtant se dissipe lentement, laissant place à un étrange sentiment de fierté. « En fait, on a parlé du fameux sachet, mais pas de son contenu. Je crois qu'avec cette "Clinique de Concertation", on a démontré que l'on pouvait travailler sans ouvrir le sachet. Nous partagions tous un peu cette peur : prendre le sachet, le manipuler, tout en sachant qu'il contient quelque chose de délicat... » (Dr Lemaire, ap.cc) C'est bel et bien cette peur qui nous a maintenus dans un état proche de la tétanie – pour ma part, je n'ai pas songé à relever sur le moment la phrase de la maman qui aurait pu ouvrir une brèche sur le sujet de l'adoption, dont j'apprends au passage que le Dr Lemaire ne l'a, tout simplement, pas entendue ; Souhila Benaceur, elle, n'a pas osé suggérer de poser la question contextuelle par excellence : « qu'est-ce qui vous fait honneur ? » tant elle était « paralysée », redoutant de « perturber le déroulement de l'échange », ce sont ses mots. La règle veut pourtant que tout participant prenne la parole quand il le juge nécessaire... Il faudra essayer d'être moins timorés les fois prochaines, pour que chacun puisse évaluer le risque de sa question, suggère le Dr Lemaire. Cette peur m'a encombrée, je l'ai profondément regrettée, mais je me dis que c'est elle qui a maintenu scellé le pacte tacite au sein du groupe, celui de ne pas « ouvrir le sachet ». Et je me dis qu'en cela, cette expérience est d'une incroyable densité. C'est sans doute pour rendre hommage à ce sentiment-là, celui d'avoir cheminé une heure et demie durant sur la ligne de crête, le ventre noué, dans le respect et la retenue, que Rabah qualifie a posteriori cette « Clinique de Concertation » d'« intelligente ». « À condition qu'on entende par là qu'elle est le fruit d'une intelligence collective » précise malicieusement le Dr Lemaire.

Il y a un moment précis, où quelque chose se passe dans cette « Clinique de Concertation », que je ne me lasse pas de célébrer. Tout semble piétiner dans l'échange, la fin approche, le Dr Lemaire a tenté plusieurs fois d'élargir la discussion, en vain ; le dialogue semble condamné à se rétrécir sur le rapport de Farid à ses études. Et puis voilà

que Radia revient sur le mot « normal », ce mot que Farid semble prononcer mécaniquement en guise de réponse à toutes ses questions. D'ailleurs, quand le Dr Lemaire lui demande, au début, comment il vit le fait de se retrouver devant autant de monde, Farid lui répond déjà : « normal ». Mais cette fois Radia s'attarde un peu, commente. Et là vont se vivre quelques minutes que je n'hésite pas à qualifier de moment de grâce. (Et je repense à ce que m'a confié un jour Aida Mecheri, rapporteur de réunions de suivi pendant la formation au travail thérapeutique de réseau dans la région de Boumerdes : « l'intervenant pose une question, et c'est *la* question, c'est la bonne, c'est celle qui débloque. C'est alors de la joie que j'éprouve, car je viens d'assister à ce moment lumineux où surgit la compétence d'un professionnel ». Au milieu des autres, et grâce à eux, ce professionnel atteint un « pic de compétence » (Dr Lemaire). C'est peut-être cette même secrète jubilation que je ressens, à ce moment-là.)

> Radia : au début, Farid ne voulait pas venir pour la consultation. Quand il est venu, il y a eu résistance, on est arrivé à faire trois ou quatre séances. Il ne cesse de répéter le mot « normal ». À chaque question que je lui pose, il me répond « normal, normal », et chaque fois je lui dis : Farid, c'est quoi « normal », explique-moi ?
> Dr Lemaire : en tout cas, c'est la première fois que quelqu'un répond : « c'est normal de travailler avec vingt-cinq personnes ! » Je vais le retenir, ça. Je retourne en Belgique et je vais dire : « j'ai rencontré un garçon à Tizi Ouzou, il y avait trente personnes pour une consultation, il y avait son docteur, un autre docteur, une psychologue, une enseignante de son école s'était déplacée pour venir et il a dit : "c'est normal". »(*rires*) Ça, je vais le retenir, parce que c'est la première fois !
> Dr Hafidh : le terme « normal » est un terme nouveau dans notre jeunesse, donc il est très galvaudé.
> Dr Lemaire : ce que je me demandais quand même c'est, quand Farid répond « normal », est-ce qu'il a une peur particulière de ne pas être normal ? S'il insiste autant... Est-ce que parfois il lui est arrivé d'avoir peur qu'on ne le trouve pas normal ? Quelqu'un qui voit des médecins, des psychologues... Nous, on est habitués, parce qu'on rencontre tout le temps des psychologues. Mais il a peur de ne pas être normal ?

Ainsi donc, Radia met « la puce à l'oreille » du Dr Lemaire, et celui-ci a comme une fulgurance (d'ailleurs, il parle de la « contribution énorme » de Farid dans cette inspiration qu'il a soudain, Radia y est aussi pour beaucoup). Il voit la possibilité de faire ce lien lumineux entre la réponse de Farid (« normal ») et le désir de « normalité » auquel

pourrait aspirer l'enfant adopté qu'il est. Sans doute aussi, le Dr Lemaire réagit-il si promptement parce qu'il a une oreille « vierge », qui s'étonne encore et happe le sens possible de ce mot, contrairement au Dr Hafidh, qui a une autre perception, ou à nous autres, tellement familiers de cette formule stéréotypée que nous ne l'entendons plus, n'y prêtons plus attention. Farid a-t-il jamais été réellement conscient de ce lien ? Personne n'en est sûr. Pour le Dr Lemaire, l'adolescent clame là, devant un collectif, que les choses sont normales : « c'est la prise de position d'un garçon vulnérable affirmant devant tout un groupe qu'il vit dans une famille normale. » (ap.cc.) L'hypothèse est séduisante, surtout si l'on a en tête que ce qui a été détruit dans le collectif (ne l'oublions pas, Farid a été l'objet d'humiliations dans sa classe) a plus de chances de se réparer dans un collectif. « Il me semble que dans la situation de Farid, il est plus intéressant de dire à une famille, devant un collectif plutôt que dans une alcôve, que les liens qu'elle entretient et construit sont de l'ordre du "normal". » (ap.cc)

Ce qui compte, par-dessus tout, c'est que le Dr Lemaire trouve là une brèche, un moyen d'ouverture (en créant d'ailleurs, pour éviter de dramatiser, un climat décalé, où l'on parle de choses graves mais en riant), afin d'introduire la question de l'adoption sans même avoir à la nommer : *en creux*, précisément. Il me semble d'ailleurs qu'il réajuste immédiatement son propos, atténuant subtilement le risque qu'il réveille : prenant la mesure de la violence de la question (« est-ce que parfois il lui est arrivé d'avoir peur qu'on ne le trouve pas normal ? ») – d'autant qu'elle peut sous-entendre que le secret est connu par tous à l'insu de Farid –, il suggère aussitôt que cette peur de ne pas être normal serait plutôt liée à ses problèmes de santé. En désignant l'origine, il écarte toute autre hypothèse implicite.

Mais l'adoption a quand même été abordée, sans avoir été nommée. Il est alors plus aisé de travailler sur ce qui fait honneur à cette famille sans parler de l'information. Et il importe peu, au fond, que les parents n'emboîtent pas le pas sur le champ au Dr Lemaire, évoquant plutôt la peur de Farid de l'échec scolaire et des enseignants. Le passage a été forcé en douceur, et le Dr Lemaire se sent plus libre et fort alors pour développer la question de la normalité :

> Dr Lemaire : moi, je peux dire comme étranger, puisque je viens de très loin, je peux dire que mon impression à moi, c'est de rencontrer une famille normale. (*rires*) C'est-à-dire une famille où des parents sont responsables, qui font énormément de choses pour soutenir leurs enfants dans leur évolution, et qui rencontrent parfois des

étapes difficiles. Pour moi, c'est effectivement quelque chose de normal. Il est vrai que, par exemple, l'asthme est quelque chose qui n'est pas normal et qui demande une aide. Si on a pensé à un moment donné à l'épilepsie, c'est quelque chose aussi qui est anormal et qui demande une aide. Mais c'est quelque chose que le Dr Hafidh a progressivement écarté.

[Lors du module suivant, le Dr Lemaire a l'occasion d'approfondir, auprès du groupe, cette question de la maladie qui nourrit, peut-être, le sentiment de n'être pas normal : « pour un enfant qui a pu bénéficier d'un diagnostic d'épilepsie, la normalité est importante. Les crises sont comme des blancs pour eux, des passages dont ils ne connaissent pas les manifestations. C'est un temps d'inconscience mystérieuse, et ils se demandent : « comment est-ce que je suis alors ? » Ils ont le souci de leur image. On n'imagine pas le stress, la panique qui s'associe à l'épilepsie : l'idée d'être pris par surprise. J'ai vu Carmine Saccu travailler avec des enfants épileptiques : ils les prenaient sur ses genoux, et provoquaient les crises afin que les intéressés se connaissent mieux. La crise survenait en présence des parents, dans un décor sécurisant, et petit à petit on pouvait constater que le traitement médicamenteux diminuait pour ces enfants, parce qu'ils éprouvaient une panique moins grande à l'idée que surgisse la crise. » (ap.cc)]

LA FEUILLE DE ROUTE

Ainsi, quelques pistes ont été ouvertes durant cette « Clinique de Concertation ». Le Dr Lemaire laisse entendre, de manière plus ou moins explicite, aux professionnels directement concernés, notamment Radia, qu'il serait bon de les explorer.

La normalité

Après avoir abordé la question de la normalité, le Dr Lemaire n'hésite pas à donner explicitement des consignes sur la marche à suivre. De manière un peu théâtrale, il recommande à Radia et à la famille de sonder cette piste quand ils se retrouveront en comité restreint. C'est la direction qu'il faut emprunter, suggère-t-il.

Dr Lemaire : Tous les sujets qui sont abordés pour savoir si on est une famille normale ou pas me semblent importants. Il est possible que vous abordiez ces sujets-là avec Madame, avec des médecins, qui vous aideront. Il me semble que c'est un bon sujet, même si, comme vous le dites, Dr Hafidh, c'est un terme que tous les jeunes

gens utilisent comme une espèce de réponse stéréotypée. On peut imaginer que pour Farid et Sorraya, ça puisse être plus difficile de distinguer ce qui est normal, de ce qui ne l'est pas. Il me semble important de pouvoir aborder ces questions même avec les parents. Comment distingue-t-on une famille normale d'une famille anormale ? Moi, je peux dire (bien que mon impression soit très à distance puisque nous ne nous connaissons pas bien), qu'en vous recevant ici, on a plutôt l'impression de recevoir une famille normale. Une famille normale qui aborde avec courage ses difficultés et qui même nous apprend, comment la famille peut soutenir les professionnels dans leur travail.

Trop de pression sur Farid ?

De manière moins didactique, il laisse entendre qu'il y a peut-être une hypothèse aux difficultés de Farid.

Dr Lemaire : je me demandais si, quand on entend prédire que Farid va aller loin, que sa soeur insiste pour énoncer ses qualités etc., on ne contribue pas à augmenter son stress... Si on est le porte-drapeau d'une famille, de toute une équipe qui compte sur votre réussite, ça peut être stressant. Et puis quatorze ans, c'est un moment où on commence à penser à ce qu'on deviendra quand on sera un homme, etc. Et donc il y a peut-être quelque chose de cet ordre-là...

Que la maman se repose un peu

Enfin, une autre piste est entrouverte, que le Dr Lemaire semble vouloir évoquer avec une légèreté délibérée : celle d'envisager comment la maman pourrait « se reposer un peu » après tous les efforts qu'elle a déployés. Formule éminemment contextuelle qui, tout en rendant hommage aux efforts de la maman, lui suggère d'apprendre à modifier son attachement, en acceptant d'y introduire une certaine distance. On a également la démonstration que, dans l'approche contextuelle, l'intervenant valide la personne qui a pris le risque de donner. Au lieu de laisser entendre qu'elle est une « mère fusionnelle » voire « castratrice », il lui dit : « merci de vous être autant dépensée, il est peut-être temps que vous vous reposiez un peu, maintenant », tout en la prévenant que cela sera difficile.

Dr Lemaire : une autre façon de faire plaisir à maman serait de lui permettre d'un peu se reposer...
Farid : oui.
Dr Lemaire : tu crois que maman pourrait se reposer après tout ce qu'elle a fait ?
Farid : oui.

> Dr Lemaire : parce qu'il y a des gens qui travaillent tellement, que le jour où ils s'arrêtent de travailler, ils dépriment. C'est sérieux. Il y a des gens qui sont déprimés, quand ils arrivent à la retraite ! Même si maman ne travaille pas, au sens de se rendre au travail, on se rend compte qu'elle a beaucoup de responsabilités. Et donc, peut-être Farid a-t-il peur qu'un jour, si maman n'a plus toutes ces préoccupations, elle ne sache plus quoi faire... (*rires*)

Une « Clinique de Concertation » accompagne les professionnels directement concernés pour qu'ils progressent dans l'aide à une famille en difficulté quand la situation semble bloquée. L'enjeu, dans ce cas, n'était donc pas, on l'aura bien compris, de parler de l'adoption, mais de contribuer à un processus de maturation, tant chez les professionnels qu'au sein de la famille. Le Dr Lemaire le dit bien à la famille : « peut-être peut-on voir prudemment comment aborder ces sujets difficiles, petit à petit, en sachant que ce que nous faisons ici, surtout, c'est d'essayer d'aider Madame, Nourredine, le Dr Hafidh, dans le travail qu'ils feront avec vous dans l'avenir, pour qu'ils puissent vous accompagner sur les questions les plus difficiles. » Le Dr Lemaire n'a donc de cesse de répéter aux membres de la famille qu'ils ne sont pas obligés de tout dire tout de suite au milieu de tout ce monde, suggérant très clairement que leur rythme est respecté, et que le but est plutôt d'aider les professionnels directement concernés à mieux les aider dans l'avenir.

« Ce qu'il faut se dire, c'est qu'il y a d'autres espaces où parler du contenu du sachet (l'adoption) » (ap.cc) dira au groupe le Dr Lemaire, et il enjoint à Radia de creuser cette piste avec la famille. La mère a d'ailleurs dit à la pyschologue, après la « Clinique de Concertation », « qu'elle se sentait soulagée, et qu'elle aborderait cette question en séances plus restreintes », ajoutant : « je fais confiance à la Ligue ». Radia souligne que c'est la *Ligue* qu'elle mentionne : c'est donc le réseau tout entier en qui elle a confiance. Elle est rassurée par le fait de voir tous ces professionnels rassemblés et prêts à travailler ensemble.

Cette « Clinique de Concertation » a, en quelque sorte, servi de catalyseur. Le Dr Lemaire émet l'hypothèse suivante : Farid et Sorraya ont pu constater que les adultes estiment cette question si risquée qu'il faudra s'organiser autrement. C'est ce à quoi s'attelle Radia, entre ce jour de mars 2008 et une deuxième rencontre, en juillet 2008.

« C'est un sujet qui doit mûrir. Les parents sont confrontés à un degré de responsabilité énorme. La famille est soumise à des bouleversements à l'intérieur comme à l'extérieur : elle est comme un système de digestion des deux (intérieur/extérieur), mais l'estomac est parfois

trop petit (métaphore utilisée par le psychanalyste anglais W.R. Bion[3]). Il est alors nécessaire de "recruter" un estomac plus large, pour que les difficultés (en l'occurrence, l'adoption) puissent être digérées non plus seulement par des individus, mais un groupe. C'est pourquoi j'ai suggéré de revoir la famille : c'est une manière de soutenir le travail que vous faites entre deux "Cliniques de Concertation". C'est un rapport de soutien réciproque. Le travail entre deux "Cliniques de Concertation" n'est pas une préparation, c'est un rapport d'équilibre » (ap.cc) explique encore le Dr Lemaire au groupe.

À la suite de la « Clinique de Concertation », Radia trouvera des mots plus précis encore pour justifier sa motivation, pour expliquer pourquoi elle avait éprouvé le besoin de mobiliser un dispositif aussi large : « je voulais montrer à cette maman combien elle s'était dépensée, que ce n'était pas en vain. Mon but était de rendre les actions convergentes : il y avait un telle déperdition d'énergie, avec toute cette constellation de médecins etc. ! Les faits sont là : on n'"organise" pas une "Clinique de Concertation", elle s'impose. Je voulais que le maximum de professionnels se réunissent et travaillent ensemble, pour rassurer la famille d'une part, et alléger mon fardeau d'autre part. C'est ce qui est arrivé. »

LA « CONCERTATION CLINIQUE » (JUILLET 2008)

On peut considérer que Radia a une intuition si juste de l'évolution de la situation qu'elle sent que, pour une deuxième rencontre, il est préférable d'organiser une « Concertation Clinique », et elle le suggère de manière directive à la famille. On peut aussi penser que la famille est entrée dans un processus de négociation, qu'elle participe à définir le cadre, que c'est elle aussi qui a, même indirectement, imposé ce dispositif collectif, cette fois plus restreint. « C'est bon signe lorsque la famille fait savoir qu'elle veut travailler autrement, en cercle plus restreint, sur des choses plus difficiles. Cela permet d'expérimenter la souplesse de travail. » (Dr Lemaire, av.cc) S'illustre ici l'ajustement toujours possible du dispositif. On se souvient aussi des mots de V. Despret : « dans les concertations, il ne s'agit pas de lever des secrets en les rendant publics. Il ne s'agit pas de transparence. (...) Il ne s'agit

3. Bion W.R., *Experiences in groups and other papers*, Tavistock Publications, London, 1961 (traduction française : *Recherches sur les petits groupes*, P.U.F., Paris, 1965).

pas non plus de laisser le secret de côté, comme une question à résoudre plus tard, quand le reste sera résolu. Le secret est bien un objet de négociation. Mais il change de rôle. »[4]

Et c'est ainsi que la confiance est suffisamment installée pour qu'en ce jour de juillet 2008, se tienne la deuxième rencontre, sous la forme d'une « Concertation Clinique ». Mais avant, donnons quelques précisions sur l'entre-deux des rencontres.

L'entre-deux

Lors d'une réunion de suivi (en juin), Radia soumet au groupe sa difficulté : « je n'arrivais pas à comprendre ce que les parents attendaient de moi ». Pour avoir assisté à cette réunion, j'ai le souvenir en effet, d'une séance assez laborieuse mais éloquente. Radia n'arrive pas à se dépêtrer de détails nombreux et encombrants. Tous, pourtant, nous écoutons, comme envoûtés, pris dans les rets de ce récit à rebondissements. La maman apparaît de plus en plus comme une ingénieuse, « manipulatrice ». Karim Haddadi intervient alors, contenant poliment son agacement, et fait calmement une mise au point salutaire : « ça me fatigue, on dirait un feuilleton, avec le suspens à chaque épisode... je ne vois pas l'intérêt de tout cela ».

À peine prononce-t-il ces mots que *le charme est rompu*, au sens propre de « sortilège ». On baisse la tête, on tousse, on gigote, on se cale dans sa chaise... Karim a raison, tout le monde en convient, nous sommes tombés dans tous les pièges à contourner : le jugement, la précipitation, l'avalanche de détails. À partir de là, les questions deviennent plus courtes, vont droit à l'essentiel, et Radia se sent mieux.

Aujourd'hui, explique-t-elle au groupe, une heure avant la « Concertation Clinique », voici les données : la maman attend qu'elle prépare les enfants à la question de l'adoption ; Sorraya, pour sa part, refuse catégoriquement d'en parler ; le papa, de son côté, souhaite qu'elle prenne Farid en charge. Le Dr Lemaire lui demande alors : « qu'attends-tu de nous ? », Radia répond : « un soutien ».

La « Concertation Clinique »

Les professionnels directement concernés : Radia et Nourredine sont présents, il y a Mme Aklouche, professeur de mathématiques, déjà

4. Despret V., « Le secret est une dimension politique de la thérapie » in T. Nathan, *La Guerre des Psy, Manifeste pour une Psychothérapie Démocratique*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 2006, pp. 153-178.

présente lors de la « Clinique de Concertation », et Toufik Souki, juriste qui a rencontré les parents pour les aider dans les démarches de la *kafala*, l'adoption. Le Dr Hafidh n'a pu venir, il est de garde.

Les professionnels potentiellement concernés : le Dr Lemaire et Saliha Kebbas gèrent la rencontre, il y a aussi Rabah Renai, psychologue et conseiller d'orientation scolaire ; Fatma Mouheb, psychologue clinicienne à la Ligue ; Hamid Larbi, étudiant en médecine, et le rapporteur.

Tous les membres de la famille sont arrivés ensemble : les deux enfants sont assis entre les parents, le papa à côté de Farid, la maman de Sorraya.

• Le climat contextuel

Lorsque tout le monde s'installe, l'atmosphère est détendue. Le français sera la langue de travail. Le papa s'inquiète de savoir si tout le monde, autour de lui, comprend le français, s'il ne faut pas un traducteur. Une connivence se crée avec Nourredine, assis à sa droite, il évoque une citation de Jean Mouhoub Amrouche, qui a trait à l'émotion et à la langue maternelle. Des gamins s'agglutinent devant la fenêtre et regardent cette scène qui doit leur sembler un peu curieuse. Le papa les regarde calmement et commente en souriant : « on est dans une maison de jeunes, c'est normal » (sans pour autant adopter le même ton que son fils, lors de la « Clinique de Concertation », dans l'usage de cet adjectif). Tout le monde rit. Ainsi, quelque chose de spontané s'installe, un climat de partenariat et de collaboration semble acquis. « Nous avons eu de la chance », dira par la suite au groupe le Dr Lemaire, « c'est loin d'être toujours comme ça, mais c'est ce vers quoi on doit tendre ».

On peut noter la grande application avec laquelle chacun se présente, s'exposant plus que de coutume. Je note que Nourredine, dans l'historique qu'il fait du lien avec la famille, déroule les séquences avec une discrète humilité de travailleur de réseau : « j'ai été directement interpellé par la famille. J'ai eu l'occasion de travailler avec elle dans des moments difficiles. Farid venait aux urgences. On a travaillé ensemble. Les choses se sont améliorées. Radia a pris le relais. Et maintenant, c'est tout le groupe. C'est ça, l'essence de la formation : travailler avec les familles, ce sont elles qui nous apprennent à travailler ensemble. » Bel hommage au réseau !

• La fascination pour le secret révélé

Lorsque vient le tour de la famille, le père prend la parole, présente « les siens », et, dans un condensé incroyable, assure d'un coup : l'autodémarcation, la polarisation, la validation, l'inclusion. « Farid et Sorraya sont des enfants adoptés », dit-il simplement, il donne la date de naissance de chacun, rappelle à quel mois ils ont été accueillis et finit par ces mots : « c'était un plaisir, le résultat est satisfaisant, même si on a eu des soucis ».

Dans la poitrine de chacun quelque chose se libère et s'affaisse en même temps. « C'est un cadeau qu'il nous a fait » dira plus tard le Dr Lemaire, « on se sent débarrassé » (ap.cc). À un degré moindre, la fascination pour ce secret – dans sa révélation même – reste néanmoins puissante. Sans doute est-ce pour cela que le Dr Lemaire, contre toute attente, fait *comme si de rien n'était*, et, impassible, semble reprendre exactement là où il s'était arrêté à la fin de la « Clinique de Concertation » :

> Dr Lemaire : j'ai été très touché par le niveau de responsabilité de la part de la maman et du papa, par la manière dont vous exerciez ces responsabilités, en faisant beaucoup de choses pour que Farid et Sorraya évoluent le mieux possible.

Quelle exposition plus violente, pour un papa, que celle-ci ? Le Dr Lemaire braque donc sciemment le projecteur sur les professionnels, sans doute pour le laisser se remettre (et les autres aussi) de son émotion, et rappelle qu'ils sont là pour travailler ensemble :

> Dr Lemaire : mon rôle est d'aider Radia, afin qu'à son tour elle puisse vous aider. Les choses évoluent de telle sorte qu'il faut parfois une aide extérieure. Je demande donc à Radia : quelles sont les dernières choses que la maman et le papa ont pu faire, dans lesquelles ils ont pu attendre un soutien de votre part, et comment, nous, nous pouvons renforcer ce soutien ?

Mais le dialogue a du mal à se mettre en place, et Rabah, perfectionniste, très à cheval sur le tour de présentation, ose ce que moi-même je ne cesse de réclamer dans mon for intérieur :

> Rabah : Si on terminait le tour de présentation (*offrant aux autres membres de la famille l'occasion de se présenter eux-mêmes*) ?

Nouveau contre-pied du Dr Lemaire.

> Dr Lemaire : en général, même chez nous, en Belgique, c'est souvent le papa, le chef de famille qui présente les siens, ça va pour moi.

C'est lui qui répond, réglant ainsi la question avec autorité et détachement – signifiant par là : c'est un faux problème, la cause est entendue –. Il revient à la question qui semble le concerner pour l'heure : « j'ai été frappé par le fait que vous aviez entrepris beaucoup de démarches, y en a-t-il de nouvelles ? » On se souvient à temps, heureusement, que le Dr Lemaire a émis l'hypothèse que Farid cherche une alliance polarisée « entre hommes ». C'est aussi une manière de valider, en différé, le risque qu'a pris le papa. Il s'est chargé – en tant que chef de famille – de présenter tout le monde. On prend conscience, ici, que le travail sur l'évolution du partage des responsabilités amorcée lors de la « Clinique de Concertation » a fait son chemin : le « gradient » de responsabilité semble s'être modifié. Le Dr Lemaire dira plus tard, commentant ce moment précis : « si une évolution a eu lieu, on en prend la mesure quand je reconnais au papa son statut de chef de famille. Il s'implique au premier plan dans le rapport de la famille avec l'extérieur. Nous validons une prise de responsabilité anecdotique mais qui fait sens. Il est confirmé dans son rôle, celui qui gère la frontière séparant la famille de la collectivité. En reconnaissant ceci au père, on espère ne rien enlever à la maman ». (ap.cc.)

• Le stress de Farid

Ensuite, la maman évoque le stress qu'a éprouvé Farid pendant le troisième trimestre. La question contextuelle s'appuie sur des faits, demande des illustrations.

> Dr Lemaire : il n'y a pas d'élément qui apaise son stress ? (*à la maman*) Que faites-vous pour apaiser son stress ?
> La maman : oui.
> Dr Lemaire : que faites-vous ?
> La maman : je l'encourage, je lui dis que la note qu'il aura est celle qu'il mérite.

Ou encore à Farid, à propos de Sorraya qui l'aide à faire ses devoirs.

> Dr Lemaire : c'est un peu dangereux : d'une part une jeune fille brillante, d'autre part un jeune homme qui grandit, ça peut être difficile d'accepter de se faire aider par sa grande soeur...

La maman : mais il a peur de rater ses examens.
Dr Lemaire : le stress est nécessaire, en tout cas le fait d'être sous tension, mais il augmente tellement qu'il le rend inefficace. Ça peut t'empêcher de respirer ?
La maman : quand il a peur, il s'énerve, il se lève ou il dort.
Dr Lemaire : est-ce que tu as l'impression d'avoir progressé ?
Farid : oui.
Dr Lemaire : à quoi le sens-tu ?
Farid : je le sens.

• Farid est « comme un enfant dans une forêt »

Alors que les parents regrettent que Farid ne soit passé que « sur le fil » (à cet égard, leur propos sont tellement anxieux, que plane un quiproquo de quelques secondes, me semble-t-il. Nous fiant aux commentaires des parents, nous sommes tous persuadés que Farid a redoublé. Or, surprise, on apprend qu'il est passé.), Mme Aklouche, cette enseignante décidément exemplaire, généreuse, comme habitée, s'applique avec conscience à la validation de Farid. Elle rappelle dans quel climat tendu ont eu lieu les compositions de fin d'année (il y avait même des fourgons de police devant l'école), dans quelle précipitation elles se sont tenues (ils n'ont eu que trois jours pour réviser).

Mme Aklouche : (...) nous avons joué avec ces enfants, c'était à nous de rattraper nos erreurs. Imaginez Farid, il a toujours cette boule, je lui disais : « n'aie pas peur, mets-toi à l'aise ! » Les compositions, c'était une petite bataille pour nous, une grande pour les élèves. (...) Il me semble que le petit blocage de Farid a éclaté. (...) La boule a éclaté. Il fait « ouf ! » maintenant » (*elle lève les bras vers le ciel, et les écarte lentement pour les laisser retomber*).

Elle dira un peu plus tard – pleine d'émotion, elle demande l'autorisation de parler en kabyle –, pour souligner la violence qui règne dans l'école, le milieu hostile dans lequel Farid doit exister : « Farid est comme un enfant dans une forêt ».

• Vouloir être plus « normal » que la normale

Saliha Kebbas, s'appuyant sur les paroles de Mme Aklouche, s'adresse alors aux parents, et, comme Radia dans la « Clinique de Concertation », tend la perche au Dr Lemaire. Elle demande aux parents s'ils ne pensent pas que Farid, en réussissant à s'adapter et à passer dans la classe supérieure, a relevé le défi (elle utilise le mot « challenge »). Mot-clé que reprend aussitôt le Dr Lemaire, renouant avec la

difficile question de la normalité. Il peut le faire, et par là même, revenir à la prise de risque du papa, au début. Maintenant qu'il est sûr que le climat contextuel est solidement installé, il peut aborder cette question, si difficile, de parents adoptifs qui, éperdument désireux d'être « normaux », déploient d'incroyables efforts pour atteindre cette normalité.

Après la « Clinique de Concertation », dans l'après-midi, le Dr Lemaire avait expliqué au groupe la pression terrible qui pèse parfois sur les familles adoptives : « on entretient cette idée qu'un bon parent d'adoption doit faire aussi bien qu'un parent biologique. Tout se passe comme si on posait un idéal, celui des parents ayant vécu l'acte de conception, les neuf mois d'attente, l'accouchement etc. Cet idéal devient une pression pour les parents d'adoption, alors qu'ils sont eux-mêmes, en soi, un idéal : ils forment un couple, ils décident délibérément de s'engager vis-à-vis d'un enfant. Il n'y a pas un idéal meilleur que l'autre. Il est injuste d'attendre des parents adoptifs qu'ils imitent des parents biologiques. Vous rencontrez parfois des parents adoptifs qui se fixent un idéal qu'ils n'atteindront jamais. Ils ne seront jamais les parents biologiques. Ils risquent alors de ne pas être reconnus pour tous les efforts qu'ils fournissent. Ils vivront cette expérience de manière moins pénible s'ils sont reconnus comme un modèle en soi. En disant, ce matin, que la famille était normale, je confirmais qu'elle était, comme toutes les autres familles, confrontée à des questions normales : de partage de responsabilités, de rapport de générations. » (ap.cc.)

Dans l'*hic et nunc* de la « Concertation Clinique », parce qu'il les sent prêts, parce qu'il s'y sent autorisé par l'intervention du papa en ouverture, il peut aborder cette question avec la famille.

Dr Lemaire : peut-être est-ce une question délicate, mais vous l'avez abordée au début de la rencontre. Vous avez dit avoir accueilli Farid et Sorraya. On peut imaginer que la réussite de vos enfants est influencée par cela. Vous avez pris ces responsabilités, celles de leur donner l'occasion de se développer, d'évoluer. On peut imaginer que le *challenge* a pu être plus stressant pour vous, encore plus que pour d'autres parents. C'est une question délicate, mais ça peut avoir une influence. Je me souviens, Farid insistait pour dire que tout était normal. Il y a parfois des gens qui veulent être plus normaux que la normale, des gens qui veulent plus que la normale. Quand on entend les bons résultats de Sorraya, le souci que vous avez de ceux de Farid, on peut se dire qu'être une famille normale est une préoccupation encore plus élevée chez vous. Ce n'est pas rare que les familles qui accueillent un enfant se sentent investies d'un niveau de responsabilité plus élevé que les autres. On peut donc se dire que la question de la fierté et de la réussite a pu influencer...

• Le dialogue libéré

Dans le module sur la partialité multidirectionnelle, on a vu que l'intervenant n'est pas celui qui instaure le dialogue, mais celui qui le libère progressivement entre les protagonistes de la famille. Il doit soutenir le dialogue, là où il est possible, pour le rendre praticable entre les membres de la famille. Or, il semble que ce moment soit décisif, car à partir de là, un dialogue indirect – qui chaque fois passe par l'intervenant – se met en route tout doucement, sur la question de l'adoption et de la fierté. Les parents peuvent parler de ce qui leur fait honneur, et les enfants les entendent alors. Comme en miroir, la maman peut dire aussi sa peur que Farid et Sorraya éprouvent de la honte d'être des enfants adoptifs. Le Dr Lemaire retourne alors l'inquiétude, et introduit la notion de fierté. On peut au contraire être fier : en tant qu'enfant, d'appartenir à une famille où on a été adopté ; en tant que parent, d'avoir donné l'occasion à des enfants de grandir, et de les avoir accompagnés.

Le papa (*juste après le commentaire du Dr Lemaire sur le challenge*) : bien sûr. On se donne un peu de peine, certes. On fait tout ce qu'il est possible de faire.
Dr Lemaire : comment cette responsabilité a-t-elle été vécue autour de vous dans la grande famille, vous avez été honorés ou critiqués ?
La maman : tout le monde les adore !
Dr Lemaire : et Farid et Sorraya sont à l'aise avec ça ?
La maman : on en parle maintenant ?
Dr Lemaire : ça peut être abordé maintenant ou plus tard.
La maman : je me demande s'ils ne sont pas gênés d'être des enfants adoptés. Devant vous.
Dr Lemaire : par exemple ?
La maman : peut-être qu'ils ne s'attendaient pas...
Dr Lemaire : je formulerais votre question différemment : gênés ou fiers ? Je n'exclus pas la possibilité que cela puisse les rendre fiers de vous. Ce n'est pas une évidence. Mais cela peut être source de fierté.
La maman : on est une famille normale, des fois j'oublie qu'ils ont été adoptés.
Dr Lemaire : ça vous est arrivé d'être fière ? C'est différent de « ne pas être gêné ». Je parle en petit comité, ça appartient à la famille : on peut être fier du fait d'avoir donné l'occasion à des enfants de grandir dans une famille responsable et attentionnée.

La partialité multidirectionnelle recommande à l'intervenant de ne négliger aucun protagoniste, le Dr Lemaire se tourne donc vers Sorraya, d'autant qu'il sait qu'elle refuse de parler de cette question. Il l'y amène indirectement, en l'engageant dans l'évocation d'un lien direct avec Farid, dans l'illustration de situations précises.

Dr Lemaire : comment Sorraya a-t-elle accueilli Farid ?
Sorraya : je ne me rappelle plus.
Dr Lemaire (*à la maman*) : comme fille aînée, elle faisait alliance avec vous, elle faisait équipe ? La maman et Sorraya qui éduquent le dernier arrivé...
La maman : d'ailleurs il appelait sa soeur « nana »...
Nourredine : c'est une marque de respect.

Le dialogue se poursuit

La maman : on est normal.
Le papa : c'est une période un peu difficile maintenant.
La maman : Farid a souffert que je ne sois pas sa mère biologique.
Le papa : il commence à comprendre.
Dr Lemaire : je pense que dans la progression, oui, c'est bien d'accepter. Mais c'est aussi bien de voir cela comme une fierté, et une chance.

La maman, extraordinaire, préfère renverser et comprendre par « chance », celle que, eux, parents, ont d'avoir Farid et Sorraya, à l'inverse du Dr Lemaire qui, lui cherche doucement la fierté que peuvent éprouver les enfants. Qu'ils éprouvent de la fierté d'avoir pu grandir auprès de ces parents-là.

La maman : c'est une chance de les avoir.
Dr Lemaire : Farid tu n'aimes pas qu'on parle de ça ?
Farid : je ne sais pas.
La maman : avant, il n'aimait pas.

• La feuille de route

Le Dr Lemaire s'enquiert auprès de Radia – la fin de l'entretien approche – de la marche qu'elle compte suivre, de sa feuille de route. Toufik Souki aborde alors la question des démarches administratives concernant la *kafala*. Il entre dans les détails, dit qu'il a rencontré la maman. Le Dr Lemaire en profite pour indiquer qu'il est bon que tous les membres de la famille soient au courant, même s'il s'agit de démarches purement administratives. Les parents ont tout à gagner en maintenant les enfants informés, sans nécessairement les tenir au courant de tout. L'enjeu ici, est de suggérer qu'il est souhaitable de se réunir autour de questions qui concernent l'avenir de la famille, et l'amélioration de celui-ci.

Dr Lemaire (*à Toufik*) : vous avez rencontré la maman seulement ?
La maman : le père est au courant.
Dr Lemaire : Farid et Sorraya sont au courant ?
Le papa : il ne s'agit que de démarches administratives.
Dr Lemaire : sans nécessairement dire *tout* à tout le monde, je pense qu'il est important de dire qui est le monsieur qui s'occupe des dossiers administratifs, et de l'identifier, y compris pour les enfants. Cela montre qu'il est utile que des professionnels de différentes formations travaillent parfois ensemble. Et je pense qu'à certains moments, cela peut être intéressant d'être ensemble.

La maman s'expose alors à nouveau

La maman : c'est moi qui fais toutes les démarches.

Dr Lemaire : il est important, par rapport à toutes ces démarches, que vous puissiez prendre enfin du repos. Mais c'est dangereux... vous pourriez travailler pour la Ligue par exemple...

Le Dr Lemaire renoue avec ce qu'il avait déjà amorcé à la fin de la « Clinique de Concertation » : tout en reconnaissant les mérites de la maman, il lui dit qu'il est peut-être temps pour elle de se reposer ou... mieux, de mettre ses compétences au service d'un groupe autre que la famille. Belle accréditation de ses compétences...

CONCLUSION

Nous avons eu la chance de travailler deux fois avec cette famille. Elle a pris le risque de raconter son histoire. Radia doit également être remerciée. Le professionnel prend toujours un risque important quand il s'expose ainsi à des situations où il sent ses limites. C'est une chose d'en parler, c'en est une autre que de le faire. « Les professionnels qui prennent ce risque méritent un crédit » précise le Dr Lemaire, car il n'est pas garanti que le groupe réagisse toujours favorablement et soit toujours bienveillant. « Ce travail-là est un exercice pratique très important. Toutes les difficultés que nous rencontrons sont autant d'occasions de grandir, d'expériences accumulées pour avancer. »

L'expérience avec cette famille est en effet riche d'enseignements, et nous lui sommes redevables. Nous avons pu voir à l'oeuvre la partialité

multidirectionnelle de l'intervenant, comment il a soutenu tant la maman dans sa générosité et ses efforts, que le papa, qui s'est « jeté à l'eau », a pris de nouvelles responsabilités. On percevait la difficulté entre le papa et la maman lors de la première séance. Le groupe a pu observer comment l'intervenant s'est évertué à accorder autant d'attention à l'un et à l'autre : d'un côté, créditer le courage, le sens des responsabilités de la maman, de l'autre, soutenir l'engagement du papa. « C'est la boussole du thérapeute contextuel : il met son poids du côté de A, tout en étant attentif à la réaction de B, car ce qu'il fait avec A a des conséquences sur B. Il remarque ces conséquences, les enregistre et réajuste sa boussole. » (Dr Lemaire)

Cette situation a commencé à mûrir par le lien de confiance établi entre les membres de la famille et Nourredine, a pu s'épanouir, grâce au réseau, à la formation, avec Radia. Elle a aussi démontré que la « Clinique de Concertation » n'est pas un objectif en soi : on ne prépare pas la « Clinique de Concertation » comme on passe un test, comme on prépare un événement salvateur. C'est le fruit d'un travail avec la famille. Elle comporte le risque de fabriquer des « héros d'un jour » ; que Farid, en l'occurrence, obtienne une considération éphémère, spectaculaire pendant ce moment précis, et qu'ensuite, tout retombe. « C'est vous qui faites le travail, vous, Radia, Nourredine, etc. La "Clinique de Concertation" est au service du travail thérapeutique de réseau qui accompagne les usagers au jour le jour. Il faut être attentif à ce que ce dispositif de considération positif et spectaculaire ne retombe pas comme un soufflé. » (Dr Lemaire, ap.cc.) Tout le monde est bien conscient qu'à ce stade, la « Clinique de Concertation » est un élément encore instable dans le paysage de Tizi Ouzou. Il est assez peu courant que la même famille soit rencontrée plusieurs fois dans ce dispositif.

Deux rencontres ont eu lieu avec Farid et sa famille, et au terme de la « Concertation Clinique », il a été convenu de se revoir dans une année. Dr Lemaire : « on pourra refaire le point, même si et surtout si, les choses vont bien. Il est toujours important de consolider les choses qui vont bien ».

La « Clinique de Concertation » n'est pas un but en soi. Ce qui précède est déjà du travail, et ce qui suit, l'est également. La disponibilité des professionnels, leur capacité à s'ouvrir, à mobiliser des collègues, n'est pas une « préparation » : c'est un travail en soi. Tout ce qui nous a réunis autour de Farid et sa famille n'a pas eu lieu seulement dans la perspective de la "Clinique de Concertation" puis de la "Concertation Clinique". Assurer les relais, accompagner, mobiliser les ressources dans

les champs de recouvrement est essentiel. C'est d'ailleurs ce travail qu'il faut mettre en valeur pour convaincre les responsables administratifs et politiques, non pas la séance de « Clinique de Concertation ». M.-C. Michaud : « La "Clinique de Concertation" est un dispositif comme un autre. Le processus du travail thérapeutique de réseau existe, se développe, s'épanouit à chaque étape qui mène à la "Clinique de Concertation". »

« — QU'EST-CE QUI VOUS FAIT HONNEUR ? — L'UNION DE MA FAMILLE »

Nous sommes en mai 2008, Sofia, psychologue clinicienne, propose au groupe d'organiser une « Clinique de Concertation » avec une famille qui l'a récemment activée. « J'ai été confrontée à une délégation massive » s'exclame-t-elle, encore très émue lorsqu'elle évoque les conditions de son activation.

LA SITUATION

RÉCIT DE LA SITUATION (ANNEXE 9)

Sofia assure des consultations dans une clinique trois fois par semaine. Alors qu'elle est en entretien, on frappe à sa porte de manière insistante, frénétique même. Intriguée, elle ouvre : elle aperçoit deux dames bouleversées, l'une tient dans ses bras une jeune fille toute menue et inconsciente. Sofia, interloquée, pense à une urgence, songe à passer la main, mais quelque chose la retient et la décide à écouter l'histoire de ces trois femmes (grand-mère, mère et fille). C'est la mère, en pleurs, qui parle la première. Sa fille, Meriem, ne mange plus, vomit continuellement et ne peut plus marcher tant elle est faible. Elle a consulté plus de vingt médecins, fait faire un scanner, des bilans, vu un *taleb*, sa fille a été hospitalisée plusieurs fois : personne n'est en mesure de lui dire ce qu'elle a. Elle est désespérée, d'autant que les professionnels l'alarment, lui disent que sa fille est en danger, sans proposer ni explication ni remède. Meriem est sa fille unique, elle a divorcé alors que celle-ci était tout juste âgée de deux mois. Elles vivent dans un village à plus de 100 km de Tizi Ouzou, dans la maison familiale où tous cohabitent : grands-parents, oncles et tantes maternels de Meriem.

Sofia se tourne ensuite vers la jeune fille qui, malgré sa peine à articuler, parle longuement et complète avec précision le récit de sa mère. Elle est dans cet état depuis huit mois. Elle a subi un choc émotionnel : le jour du mariage de la plus jeune de ses tantes, cette dernière l'a exclue de la fête et l'a maintenue, toute la journée, enfermée dans une pièce. Meriem a par ailleurs très peu de liens avec son père qui s'est remarié et n'habite pas dans la même localité. Elle dit avoir mal vécu son indifférence le jour où, si fière pourtant, elle est venue lui annoncer qu'elle avait été classée première à l'examen du BEM. D'ailleurs, elle a toujours été brillante à l'école, et aujourd'hui elle est en dernière année de droit à la faculté de Tizi Ouzou. Ses ennuis de santé l'ont cependant contrainte à les interrompre il y a quelque temps, et cela l'inquiète. Quand elle a entamé ses cours à l'université,

elle a logé, les premiers temps, chez un oncle maternel a Tizi. Il lui a finalement demandé de quitter les lieux ; elle a trouvé une chambre universitaire. Meriem a eu l'occasion d'exprimer, en aparté, à Sofia le souci qu'elle se fait pour sa mère. Elle la voit asservie par la famille, parce que divorcée, taillable et corvéable à merci. Mais mère et fille n'ont pas d'autre choix. Meriem dit savoir qu'elle est « tout » pour sa mère : elle en est consciente, l'a compris « depuis toujours ». Elle n'a de cesse de la rassurer, de lui donner satisfaction. Elle fait ses études de droit, précise-t-elle, « on par passion, mais pour essayer de comprendre les injustices que ma mère a subies ».
Sofia récolte ces informations lors de ce premier entretien. Elle insiste sur le caractère impressionnant de cette activation. Alertée par la grande faiblesse physique de Meriem, elle prend le soin d'effectuer ensuite un relais auprès du médecin généraliste qui exerce dans la même clinique. Elle accompagne les trois femmes jusqu'au bureau de son confrère. Au moment de se quitter, Sofia donne à Meriem le numéro vert de la Ligue. L'initiative répond à un souci très pragmatique : Meriem habite loin et se déplace avec difficulté. Sofia imagine donc, sur le champ et avec ingéniosité, un moyen de ne pas rompre le lien avec cette famille en détresse, puisqu'elle travaille aussi au point d'écoute de la Ligue. Depuis, Meriem et elle ont eu plusieurs échanges téléphoniques, une relation de confiance s'est construite, Meriem semble compter très fort sur l'aide de Sofia.
Mais si, en ce jour de mai 2008, cette dernière interpelle le groupe, c'est bien qu'elle a le sentiment de ne plus pouvoir avancer seule. Pendant la « Clinique de Concertation », elle dira que lors du dernier entretien avec Meriem, elle lui a expliqué qu'elle ne pouvait plus « défaire les nœuds toute seule ».

La veille de la rencontre, lorsque Sofia expose les faits, règne une certaine confusion. Le Dr Lemaire lui pose des questions très ciblées : « Comment vous est venue l'idée de travailler avec nous ? Qui avez-vous invité comme professionnels ? Que lui avez-vous dit de moi, ça m'intéresse d'entendre les mots que vous avez employés pour décrire ce que je fais ? » Certains participants font de même, et Sofia, perturbée, embrouillée, intimidée peut-être, a des réponses parfois évasives. Une tension diffuse s'installe, car personne ne parvient à saisir vraiment en quoi le recours à la « Clinique de Concertation » s'impose dans cette situation. A quelle logique cette initiative obéit-elle ? Pourquoi recourir à cette figure-là, *précisément* ? Qui sera *exactement* présent le lendemain ? Qu'est-ce que Sofia attend du groupe, *concrètement* ? Elle semble avoir agi avec une certaine hâte, ne prenant pas suffisamment soin de quelques étapes décisives, par exemple l'élargissement à tous les professionnels directement concernés. Le lendemain, Sofia exprimera courageusement son malaise : « je vous avoue qu'hier, j'ai été un peu déçue par la réaction de certains d'entre vous, qui me posaient des questions de manière un peu agressive ».

J'ai eu, pour ma part, le sentiment que le groupe n'était pas tant agressif que nerveux. Nous étions, je crois, inquiets de ne pas comprendre, si près de l'échéance, et bientôt confrontés à une situation grave, les raisons pour lesquelles un dispositif aussi large était mobilisé. Face à pareille responsabilité, le groupe a, de fait, probablement donné le sentiment à Sofia de n'être guère soutenant.[1]

Sofia a peut-être conféré un pouvoir exagéré au dispositif de la « Clinique de Concertation » (plane comme la tentation de lui attribuer un pouvoir surpuissant qui aurait la capacité de faire avancer les situations de manière spectaculaire). Mais personne n'est dupe, et le groupe sera amené à y réfléchir plus tard de manière responsable. « Nous devons veiller à proposer une "Clinique de Concertation" pour d'autres raisons que l'échéance d'un module de formation. La "Clinique de Concertation" est au service du travail thérapeutique de réseau » précise Saliha Kebbas en ouverture du module suivant. Le Dr Lemaire renchérit : « tous les apprentissages fonctionnent de cette manière, il me semble. On ne peut en faire le reproche au groupe. La première étape consiste à imiter et reproduire. À ce stade, les situations proposées peuvent donner le sentiment d'être proposées pour étayer le module, l'illustrer, le soutenir. Il faudra dépasser cette phase : les professionnels apprendront à ne plus se mobiliser à l'occasion d'un module imminent mais pour le travail de réseau au quotidien. Le travail collectif est bien évidemment au service des gens, et non le contraire ».

Malgré ces incertitudes, la suite des événements va démontrer que la « Clinique de Concertation » était bien le dispositif qui convenait. Si Sofia ne savait pas très précisément pourquoi, ce jour-là, elle activait une « Clinique de Concertation », elle répondait, en fait, à une puissante intuition. C'est, me semble-t-il, ce qu'il faut comprendre quand, au Dr Slimani qui laisse entendre que Meriem donne tous les signes d'une anorexie mentale, elle répond : « je ne pose pas de diagnostic, j'ai été confrontée à une délégation massive, celle d'une jeune fille en souffrance ». Sofia pose les bases du travail à entreprendre avec Meriem et sa famille. Sans renoncer au diagnostic des pathologies, nous allons préférer celui des ressources.

LE CLIMAT CONTEXTUEL

Organiser une « Clinique de Concertation » propose une alternative à l'identification simplificatrice d'une pathologie psychiatrique. C'est à

1. J'exclus de ces interprétations le Dr Lemaire.

juste titre que le Dr Slimani rappelle le standard de traitement, il a raison d'attirer l'attention sur le risque vital. Mais lui-même sent bien que se cantonner à cette version des faits serait insuffisant : « devant des cas similaires, on est en difficulté : il n'y a pas de structure adéquate qui assure un soutien tout à la fois organique et psychologique. Il y a en même temps urgence, risque vital et nécessité d'un travail relationnel. »

Le groupe va ainsi faire le pari d'une autre démarche. L'hospitalisation est de toute façon une option peu souhaitable : Meriem habite loin de Tizi Ouzou, elle a déjà été hospitalisée et l'isolement n'a rien résolu, sinon de manière ponctuelle ; au contraire même, il a aggravé le désarroi de la famille. Dans ces conditions, autant « faire avec les moyens du bord », et prendre le risque de se montrer inventif en travaillant avec l'incroyable pouvoir d'activation de cette jeune fille. « Contrairement à l'Europe où tout est standardisé, les lits en hôpitaux psychiatriques, ici, sont limités : on peut certes déplorer ce manque de moyens, mais paradoxalement, cela peut pousser à agir et faire autrement, à inventer des démarches parfois plus respectueuses de l'usager » (Dr Lemaire, ap.cc). Dès lors, le groupe, tout en restant vigilant aux risques vitaux – et le Dr Lemaire réitérera constamment cette nécessité –, va préférer se mettre en quête des ressources plutôt que de céder à une pathologisation simplificatrice.

La démarche n'est pas aisée, « c'est une chose que d'être dans notre "laboratoire protégé", où nous avons la liberté et le confort de chercher patiemment les ressources résiduelles ; c'en est une autre d'aller à la recherche de ces éléments dans une famille sous la pression d'une situation de crise extensive. » (Dr Lemaire, ap.cc) Mais c'est aussi sous la pression de l'urgence qu'il faut savoir poursuivre cette entreprise. C'est précisément dans des cas semblables à celui de Meriem, que le thérapeute doit cultiver le fameux « strabisme » si cher au Dr Lemaire : un oeil se consacre à l'identification des déficits (qu'il ne faut en aucun cas négliger), tandis que l'autre oeil sonde les endroits où il peut détecter des ressources résiduelles, il scrute sans relâche « ces petits éléments du positif qui subsistent sur fond de désastre. » (Dr Lemaire, ap.cc)

Dans cette « Clinique de Concertation » – qui, à certains égards, ressemble à une thérapie familiale élargie à un espace formatif –, le Dr Lemaire ne déviera pas de son objectif. Il tentera d'ouvrir le dialogue sur la balance de justice, dans la famille représentée par trois générations. Le « Clinicien de Concertation » tient son fil conducteur et ne le lâche pas : comment une personne perçoit-elle le retour indirect par rapport au risque qu'elle prend de donner ? Dans cette situation : comment, sans

minimiser la maladie de Meriem, ouvrir le dialogue afin que cette jeune fille qui ne ménage pas ses forces pour préserver l'union de sa famille, obtienne de la considération pour son engagement ?

LA « CLINIQUE DE CONCERTATION » (MAI 2008)

La « Clinique de Concertation » se tient un matin dans la salle d'une auberge de jeunesse. Meriem y entre soutenue par sa mère, elles marchent très lentement, suivies par le grand-père, trottant à petits aidé de sa canne. Meriem s'assoit entre son grand-père et sa mère. À gauche de la maman : Sofia, seule professionnelle directement concernée. Aux côtés de celle-ci : Saliha Kebbas et Bouchra Kessai, invitée à participer à la rencontre. C'est elle qui ouvre la séance sans oublier les remerciements à la famille : « nous vous remercions d'être venus nous aider à apprendre une partie de notre travail que nous connaissons mal ». Comme à l'accoutumé, le reste du groupe est disposé en cercle, le Dr Slimani, voisin du grand-père, *ferme la boucle*. Le grand-père et la maman ne comprenant pas le français, il est convenu que la séance se déroule en kabyle, et que la traduction en français soit assurée par Saliha Kebbas.

Ainsi, dans la famille, trois générations sont présentes :

- le grand-père : qui souhaite être appelé Da Ahmed (« Da » étant une marque de considération en kabyle). On se rendra compte, en voyant Meriem chuchoter à son oreille pour reprendre parfois ce qui se dit dans l'entretien, qu'il a sans doute quelques difficultés d'audition.
- la maman : Meriem précise que sa mère souhaite s'entendre appelée ainsi – assurant par là, d'emblée, autodémarcation et validation de sa maman. Durant la « Clinique de Concertation », le Dr Lemaire soulignera d'ailleurs cette initiative : « j'ai été frappé par le fait que vous avez insisté pour que votre mère soit appelée "maman" : vous êtes très attentive à donner de l'importance aux autres ».
- Meriem : qui souhaite être appelée par son prénom.

REPRÉSENTER LES VINGT MÉDECINS SUR LE SOCIOGÉNOGRAMME

Suivant les habitudes de la « Clinique de Concertation », le Dr Lemaire interroge tout d'abord Sofia sur les difficultés qu'elle a rencontrées dans cette situation en tant que professionnelle. La maladie de

Meriem est évoquée. Pendant qu'il dessine le sociogénogramme, il commence à explorer certains équilibres et demande si, dans la famille, d'autres que les membres présents sont inquiets pour Meriem, et comment se manifeste leur inquiétude ?

Il demande ensuite si d'autres professionnels que Sofia se font du souci pour elle. Cette question lui permet d'approcher de plus près un point qui, la veille, avait été effleuré. Lorsque Sofia avait évoqué le fait que Meriem avait consulté plus de vingt médecins, elle s'était exclamée : « nous n'allons tout de même pas tous les représenter sur le sociogénogramme ! » Le Dr Lemaire avait précisé : « peut-être que si, justement, car les consultations sans résultat auprès de vingt médecins et les frustrations qu'elles provoquent ne s'additionnent pas tout simplement ; elles s'accumulent et entraînent une croissance exponentielle de la déception et une décroissance exponentielle de la confiance vis-à-vis des soignants. N'oublions pas que chaque fois que Meriem rencontre un professionnel, il lui fait faire des examens, lui pose des questions. » (av.cc) Une participante avait en outre demandé si des liens existaient entre ces professionnels, si Meriem avait été orientée, ou accompagnée dans un relais, ou au contraire avait entrepris son parcours dans la solitude et l'émiettement. Il est intéressant de comprendre si Meriem a changé aussi souvent d'interlocuteurs parce que les professionnels étaient « à bout », ou parce qu'elle ne réussissait pas à accorder sa confiance. « Du point de vue de l'usager, chaque épuisement du professionnel est un épuisement unique. Le professionnel vit une déception arithmétique (car il a d'autres satisfactions), alors que l'usager, lui, fait l'expérience d'une déception à croissance exponentielle : comme si, chaque fois, se vérifiait et s'aggravait l'échec. » (Dr Lemaire, ap.cc) Hypothèse qui semble confirmée lors de la « Clinique de Concertation », puisque, à la question : « y a-t-il, en plus de Sofia, d'autres professionnels, des médecins, qui sont inquiets pour vous ? », Meriem se contente de répondre : « ils cessent de demander de mes nouvelles à partir du moment où je cesse d'aller les voir ». Et lorsque le Dr Lemaire lui demande si la famille aurait souhaité que d'autres professionnels participent à cette rencontre, Meriem clôt le débat : « j'ai confiance en vous, je me repose sur vous ». Lors du module de juillet, le Dr Lemaire reviendra une dernière fois sur ce point délicat : « je suis convaincu maintenant qu'il n'aurait pas fallu hésiter à représenter tous les médecins sur le sociogénogramme, car Meriem a bel et bien eu le sentiment qu'ils l'abandonnaient. Je ne sais pas si vous l'avez senti, mais quand nous avons essayé d'ouvrir cette question, nous n'avons pas pu aller très loin... » (ap.cc)

Après la rencontre, des participants demandent au Dr Lemaire comment le « Clinicien de Concertation » construit et introduit des questions contextuelles dans la séance. Elles sont bien sûr le résultat de l'expérience et de la pratique. Mais surtout, elles s'élaborent au gré de l'entretien, petit à petit. Car elles sont le résultat d'une construction collective : « j'ai été porté par le groupe. C'est comme ça. Il s'agit pour moi de suivre ce qui se passe plutôt que de chercher à le maîtriser »[2]. (Dr Lemaire ap.cc)

Il rappelle toutefois que la séance de travail, la veille, où les professionnels ont été mis au courant de la situation, a favorisé le mûrissement de certaines questions. « Chez nous, en Belgique, il existe, dans certaines maisons, un endroit qu'on appelle "le fruitier", où l'on entrepose les pommes pour qu'elles se conservent en mûrissant. Eh bien, les questions sont un peu comme les pommes... Hier, on a accumulé une série d'informations, elles se sont mises en ordre dans la soirée, pendant la nuit... » (ap.cc). Ensuite, il s'agit de conduire l'entretien en mêlant rigueur et souplesse. Mais le Dr Lemaire insiste beaucoup sur le fait que l'intervenant, en particulier celui qui n'a que les rudiments de l'approche contextuelle, ne doit en aucun cas compter sur sa seule « inspiration », s'en remettre à sa seule intuition. Il recommande à tous les participants de se munir de fiches, de pense-bêtes à consulter pour s'assurer que rien n'a été laissé de côté (les caractéristiques de la partialité multidirectionnelle, les quatre dimensions de l'approche contextuelle, etc.). Le professionnel aurait tort d'en concevoir de la gêne auprès de la famille. Il ne doit pas hésiter à dire qu'il a besoin de ses notes. « C'est validant de dire aux gens qu'ils sont un cas difficile » (ap.cc), d'autant qu'il y a de fortes chances que ceux-ci lui viennent en aide. Ainsi, tout en étant extrêmement rigoureux il faut savoir se laisser porter par l'ici et maintenant de la rencontre, en tenant compte la contribution tant du groupe que de la famille. « Ce qui est surprenant parfois, c'est la vitesse à laquelle les choses se déroulent : les réponses de Meriem étaient comme des "cadeaux". Quand, par exemple, après avoir dit qu'elle est consciente de déposer un très lourd fardeau sur les épaules de Sofia et qu'elle s'en excuse, elle corrige la traduction de Sofia, qui

2. Réflexion qui entre en résonance avec celle que le Dr Lemaire a l'occasion de faire pendant le séminaire de Martigny, où il revendique le fait de ne pas penser pendant les entretiens.

semble avoir mal compris, et insiste : "j'ai dit que quand je soulage Sofia, je me sens soulagée et j'ai plus de force", c'est plus efficace qu'un cours sur l'approche contextuelle !... » (ap.cc) Le Dr Lemaire salue en Meriem une partenaire de choix.

En vérité il n'y a pas d'astuce ni de recettes préfabriquées. Le thérapeute, tendu par une vigilance extrême, introduit une question qui soudain ouvre une possibilité. Il doit alors réagir immédiatement, et tenter de s'immiscer. Avec Meriem et sa famille, il ouvre une première brèche quand il souligne l'étrangeté du mécanisme selon lequel, moins la maladie est identifiée, plus la famille est inquiète :

> Dr Lemaire : c'est étrange quand même que les gens s'inquiètent davantage quand ils ne trouvent pas la maladie... On s'inquiète parce qu'on ne trouve pas.
> Meriem : *ils s'inquiètent* parce que, si on trouvait la maladie, on trouverait un remède.
> Dr Lemaire : je ne crois pas que nous, les médecins, nous ayons *toujours* un remède, même quand nous trouvons la maladie...

Le grand-père dit qu'elle a même fait un scanner dans un cabinet privé, et ensuite, Meriem donne des détails sur une hospitalisation qui a duré vingt jours. Comme les médecins ne trouvaient rien, l'inquiétude a décuplé.

> Dr Lemaire : cela pourrait peut-être nous aider, de *réfléchir* à ce mécanisme : comment se fait-il qu'on soit plus inquiet quand on ne trouve pas la maladie ? En général, nous les médecins, nous aimons bien dire aux gens qu'ils n'ont rien, et en général, les gens sont rassurés de savoir qu'ils n'ont rien. C'est d'ailleurs une belle partie de notre métier de pouvoir dire à quelqu'un qu'il n'est pas malade...

Le Dr Lemaire prépare l'infléchissement qui aura lieu quelques minutes plus tard, et enclenche également l'exploration des comptes relationnels : évoquant la possibilité de la mort, il provoque une dramatisation de l'atmosphère.

> Dr Lemaire : la question est peut-être délicate à poser, mais est-ce que quelqu'un dans la famille a pu croire que Meriem risquait de mourir ?
> (*La maman dit quelque chose tout bas, Sofia restitue à voix haute, en traduisant.*)
> Maman (*par la voix de Sofia*) : maintenant ça va mieux, mais oui, j'ai pu le croire.

Meriem est incontestablement en danger, tout le monde reconnaît sa vulnérabilité, puisqu'on a pu penser que le pronostic vital était engagé. Mais le Dr Lemaire amorce une nouvelle piste : à côté de cette réalité-là, comment faire en sorte que cette jeune fille – la personne la plus faible, la plus fragile –, puisse être reconnue, et est-elle en mesure de recevoir pour ce qu'elle donne ? Immédiatement après, le Dr Lemaire s'autorise une brusque bifurcation, et entre, sans transition, dans un registre radicalement autre : l'honneur de la famille. Au départ, Meriem tente une remontrance, mais devant l'autorité de son interlocuteur elle lui emboîte le pas – tant et si bien, qu'en guise de réponse elle lui offre un véritable « cadeau ».

> Dr Lemaire : quand on est bloqués comme ça, face à quelque chose de grave, et qu'on ne sait pas – la famille comme les professionnels – de quoi il s'agit, il faut parfois changer de piste...
> Meriem : mais il faut continuer à chercher la cause.
> Dr Lemaire : non !... Il faut sans aucun doute rester vigilant et attentif à ce qui pourrait être une maladie, que cela soit suivi par un médecin en qui vous avez confiance, que l'on fasse des analyses, des bilans, que l'on vérifie le taux de potassium, s'il n'y a pas d'anémie, etc., sans aucun doute. Mais je pense qu'il faut aussi chercher ce qui fait honneur à la famille. Qu'est-ce qui vous fait honneur ?
> Meriem : c'est l'union.
> Dr Lemaire : l'union d'une grande famille ?
> Meriem : oui.

« — QU'EST-CE QUI VOUS FAIT HONNEUR ? — L'UNION DE MA FAMILLE »

Le Dr Lemaire répond sans ménagement à Meriem un « non » brutal qui, sur le moment, nous laisse tous un peu interloqués. Il s'en expliquera par la suite : « effectivement, j'ai répondu "non", brutalement, affirmant que les causes ne m'intéressaient pas. J'ai réagi en essayant de faire preuve d'autorité avec cette jeune fille : elle met trop en jeu sa santé pour pouvoir continuer à donner. En disant "non" aussi brutalement, je cherchais presque une occasion d'affrontement avec elle. Et j'étais d'autant plus à l'aise que je savais que la question de la maladie avait été explorée avec Sofia... » (ap.cc) Plus tard encore, il revient sur la brutalité délibérée avec laquelle il a contré Meriem : « c'était une façon de gérer la part que l'on diagnostiquerait comme hystérique de son état. Je cherchais une alliance conflictuelle avec elle, en lui signifiant : "je reconnais ta souffrance, j'y suis attentif, mais

n'exagère pas dans la part de séduction qu'elle comporte" ». Le Dr Lemaire donne donc *subitement un cours nouveau* à l'entretien avec cette question : « qu'est-ce qui fait honneur à la famille ? » Et Meriem est capable d'y répondre instantanément avec une précision extraordinaire. Elle n'hésite pas une seconde et dit : « l'union », confirmant, très clairement, au thérapeute qu'elle est prête à le suivre dans cette nouvelle voie. Ce qui permet au Dr Lemaire d'affirmer qu'il n'est pas seul à mener la danse : « c'est la voie que *nous* avons choisie : nous, c'est-à-dire moi, mais aussi Meriem, Da Ahmed, la maman. »

> Dr Lemaire : je voudrais rester prudent, mais j'aimerais demander alors : est-ce que l'union de la famille a pu être menacée ? C'est une question adressée à la maman, et je reformule ma question : est-ce qu'on a pu penser que l'union de la famille a été menacée, qu'on n'arriverait pas à la maintenir ? Je tourne ma question autrement : est-ce que Meriem a pu faire des choses pour maintenir l'union de la famille quand celle-ci était menacée ?

L'hypothèse est donc lancée : la famille a été menacée dans ses liens, et Meriem en fait « son affaire ». Tout le monde sait que l'union a été mise péril. Le Dr Lemaire, à ce moment-là, n'attend pas une réponse de Meriem – qui le sait déjà –, mais plutôt de Da Ahmed et de la maman. Le fait que trois générations soient présentes est, à cet égard, un atout. Cela lui permet de demander très concrètement à chacun des présents quand, où, comment Meriem prend *soin d'eux*. *Si Meriem* avait été seule, ces questions liées à la considération et à la reconnaissance, n'auraient pu être posées. C'est l'occasion pour le grand-père de prendre la parole :

> Da Ahmed : tant que je suis vivant, la famille sera unie. Je suis là, je l'accompagnerai là où elle va !
> Dr Lemaire : vous avez de la chance d'avoir un grand-père comme ça...
> Da Ahmed : j'ai quatre-vingt un ans et six mois ! J'ai encore une très bonne mémoire !
> Dr Lemaire : ... et sans doute une histoire très riche, depuis 1927 il s'en est passé des choses. Ainsi, on peut dire que Meriem et Da Ahmed sont les deux gardiens de la famille... C'est sans doute délicat de parler de cela, mais qui, si Da Ahmed n'est plus là, prendra la relève ?
> Da Ahmed : mon fils aîné, Malek !

C'est un tournant décisif : on peut admettre que Meriem est une personne malade, soit, ceci n'empêche pas le thérapeute d'explorer,

plus avant, si elle peut aussi mettre en danger sa santé pour maintenir l'union de sa famille. Faire en sorte, dès lors, qu'elle puisse obtenir de la considération pour cela. Ouvrir le dialogue pour que les autres membres de la famille puissent concevoir que Meriem soit affectée par le fait que, malgré ses efforts, le retour indirect soit dur à vivre, lorsque, par exemple, elle se retrouve exclue d'un mariage. Le Dr Lemaire dira qu'il a sciemment ignoré cet incident, pour éviter qu'il nous fascine et envahisse l'entretien (ap.cc).

Da Ahmed dit qu'il est là, que Meriem peut compter sur lui tant qu'il est vivant. Mais la question de la succession se pose et sa réponse est problématique, car il désigne son fils aîné comme celui qui prendra le relais. *Or le fils aîné est seulement* l'aîné des garçons ; c'est la maman qui, en vérité, est l'aînée de la fratrie. Comment reconnaître alors que Meriem est aussi, de manière secrète, impliquée dans cette histoire de succession ? « Elle a fait le choix compliqué de sortir de la clandestinité dans laquelle est maintenue/se maintient sa mère, et de travailler à l'union de la famille. Ce sont des délégations implicites qu'elle reçoit sans doute de sa maman. Je prends un risque énorme en disant que Da Ahmed et Meriem sont les deux gardiens de la famille : j'affirme fort que Meriem est aussi gardienne. » (Dr Lemaire ap.cc)

LES CONFLITS DE LOYAUTÉ

Sans doute le Dr Lemaire prend-il un risque en effet, mais il tente là de travailler le clivage de loyauté dans lequel Meriem est prise, tiraillée entre, d'un côté les traditions, les valeurs qui prévalent dans sa famille maternelle (exigeant qu'elle soit discrète, effacée, et accepte l'histoire difficile et le statut dévalorisé de sa maman), de l'autre, l'envie d'être la fierté de sa maman qui a un « déficit sans fond ». Le dilemme est donc de rendre justice à cette maman, tout en étant par ailleurs en phase avec l'évolution de son pays qui lui permet, en 2008, et en tant que jeune femme, de mener à bien des études de droit.

Si on se demande comment Meriem a grandi en négociant un équilibre de loyautés avec chacun des membres de sa famille (parents et au-delà), on repère aisément de nombreux clivages. Ils se sont récemment accentués, semble-t-il. En effet, lors du dernier module de formation (octobre 2008), Sofia donne des nouvelles de Meriem, et quelques détails sur le père qui, désormais séparé de sa deuxième femme, a fait plusieurs tentatives pour se rapprocher de sa fille. Il lui a, par exemple,

rendu visite lorsqu'elle était hospitalisée, mais le grand-père l'a empêché de la voir. Il lui arrive parfois de lui laisser de l'argent par l'entremise de quelqu'un, sans pouvoir le lui remettre en mains propres puisque l'interdiction du grand-père est formelle. On peut supposer que cela démultiplie (de manière exponentiel·le) les conflits de loyauté : le père souhaite se rapprocher d'elle, mais elle veut être loyale à sa mère et à son grand-père ; le grand-père interdit au père de la voir par loyauté pour sa propre fille (la maman de Meriem), etc. On peut imaginer que Meriem prend tout cela sur elle... Depuis presque toujours.

Le Dr Lemaire émet l'hypothèse qu'il est extrêmement violent pour une enfant à peine âgée de deux mois, de devenir la raison de vivre de sa mère. La loyauté de Meriem à l'égard de celle-ci est proclamée dans chacun de ses gestes, chacune de ses paroles. Cette jeune fille a mis son évolution au service de sa maman. Et même si, lors de la « Clinique de Concertation », il est possible de percevoir l'engagement constructif de la maman et sa reconnaissance à l'égard des efforts de Meriem, on peut imaginer qu'il n'est pas simple de grandir avec le sentiment que l'existence de sa mère est indissociable de la sienne propre. « Quand les gens sont ainsi écartelés entre plusieurs conflits de loyauté, qu'ils sont en porte-à-faux entre plusieurs voies, ils s'épuisent et tombent malades. Si on arrive à ouvrir le dialogue sur leurs choix difficiles, de façon à ce que les choses ne se jouent plus à travers la maladie, on leur donne la possibilité d'être moins noués et bloqués. » (Dr Lemaire, ap.cc)

LE « COMMÉRAGE EN PRÉSENCE »

Le fils aîné, chargé par Da Ahmed d'assurer la succession, est du reste celui qui a hébergé Meriem au début de ses études universitaires. La relation s'est, semble-t-il, dégradée, sans qu'on en sache davantage. Lorsque le sujet est abordé, une participante se met à discuter en aparté avec sa voisine. On perçoit des murmures, des regards entendus sont échangés. Il se passe alors quelque chose d'étonnant : le Dr Lemaire interpelle l'intéressée, Malika, et lui demande de dire à haute voix l'objet de ce conciliabule. En fait, c'est d'un prétexte qu'il s'empare. Il va, pendant quelques minutes déconcertantes pour le groupe, recourir à la « pédagogie du détour ». Sous couvert de rappeler à l'ordre Malika, et de corriger ses propos, il s'adresse indirectement à la famille, et plus particulièrement à Meriem. Il pratique ce que le Dr Bernard Martinez appelle le « commérage en présence ».

Dr Lemaire : le fils aîné et Meriem sont-ils en bonne entente ?
Da Ahmed : elle est venue à Tizi, elle est restée quatre mois chez lui.
La maman (*bas*) : mais il a fini par se lasser.
Meriem : il était bien avec moi, mais après il m'a dit qu'il fallait que je quitte.
(*Aparté dans le groupe, Malika Agoudji chuchote quelque chose à sa voisine. Le Dr Lemaire l'interpelle, et lui demande si elle peut dire tout haut ce qu'elle a murmuré.*)
Malika : je me demandais si Meriem ne s'entendait pas avec l'oncle, ou plutôt avec la *femme* de celui-ci ?
Dr Lemaire : je n'ai pas entendu que Meriem « ne s'entendait pas avec », mais qu'il y avait eu plutôt un épuisement de la part de l'oncle, ce n'est pas du tout la même chose.
Da Ahmed : alors moi, j'ai pris le relais et j'ai dit à Meriem : « viens ma fille je m'occuperai de toi ! »
Dr Lemaire : par rapport à la remarque de Malika, j'insiste : je n'ai pas entendu que Meriem ne « s'entendait pas avec », mais que la situation inquiétait tellement qu'elle épuisait, et qu'il faut la sagesse et l'honneur de Da Ahmed pour avoir la force de porter cette inquiétude. Ce qui est très préoccupant néanmoins, c'est que les professionnels qui sont mis au travail puissent s'épuiser eux aussi à leur tour. Je ne parle pas seulement des examens, des analyses, mais aussi de la capacité à accompagner.

Le Dr Lemaire « profite » de l'occasion pour introduire la question de l'épuisement des gens qui se font du souci pour Meriem. Il aurait été délicat d'évoquer ce phénomène directement avec la famille. Il le fait en rectifiant l'énoncé de Malika. Nous avons tous été un peu étonnés de la manière avec laquelle il prend à partie la « pauvre » Malika, de la véhémence avec laquelle il revient à la charge. Cependant il sait qu'il y a moyen, ensuite, de digérer l'affrontement. Même s'ils ne sont pas co-thérapeutes et n'ont pas l'habitude de travailler ensemble, il peut clarifier avec elle ultérieurement et expliciter les ressorts de son procédé. « C'est peut-être un peu violent, cependant ça me donne l'occasion d'insister sur le fait que l'oncle et Meriem ne s'étaient pas disputés, mais que l'oncle était *fatigué*. Je « profite » de vous pour m'adresser à la famille, car celle-ci entendra mieux si je m'adresse à vous. On est plus attentif quand on n'est pas directement interpellé... En apparence, je m'adresse à Malika, mais en fait je m'adresse à Meriem... J'utilise expressément votre aparté pour dire à Meriem – indirectement – qu'elle risque d'épuiser les gens. (...) Parce que pour faire passer des choses auprès de Meriem, il faut déployer de sacrées stratégies... pas trop brutales, j'espère... » (Dr Lemaire, ap.cc)

Le Dr Lemaire revient une autre fois sur ce qu'autorise le « commérage en présence » : « en ayant recours à ce procédé, j'en profite pour souligner ainsi l'intelligence de Meriem. Ce qui, par ailleurs, permet à Da Ahmed d'avoir, concernant le conflit entre son fils et Meriem, une formulation plus subtile que si je m'étais adressé à lui directement. C'est une supposition : le fait qu'il ne soit pas directement interpellé lui permet de faire un commentaire plus fin. Dans ces cas-là, c'est le fait de poser la question qui m'intéresse, bien plus que la réponse. » (ap.cc)

Par la suite, fidèle à son hypothèse (Meriem met en danger sa santé et continue à porter à bout de bras sa maman), alors que la fin de la séance approche, le Dr Lemaire se tourne vers la maman. Devant la difficulté à obtenir des réponses – et sans doute aussi parce qu'il n'en attend pas nécessairement – il demande à la maman si elle peut donner des exemples où Meriem a fait des choses pour elle. « Dans mes questions, il y a une dimension *informative* (chercher des informations), mais aussi *performative* (donner des informations). Ma question est plus puissante si je bloque la réponse en disant : "la maman peut ne pas me répondre maintenant". Elle mûrira davantage si je donne la possibilité aux gens de ne pas répondre sur le champ » (Dr Lemaire ap.cc)). On retrouve la caractéristique des questions contextuelles qui s'ancrent dans les faits, et demandent des illustrations concrètes : quand, où, et comment ?

> Dr Lemaire : est-ce que Meriem a pu vous soulager dans certaines situations ? (*La maman semble ne pas bien comprendre la question*)
> ... Je précise qu'elle n'est pas obligée de répondre. C'est en tout cas une question que je conseille à Sofia d'explorer avec la maman.
> Meriem : c'est moi qui, à chaque fois, lui explique les choses quand elle ne comprend pas.
> (*Meriem chuchote à l'oreille de sa maman en lui expliquant la question du Dr Lemaire.*)
> La maman : Oui, elle m'aide. Quand la situation est difficile.
> Dr Lemaire : pouvez-vous me donner un exemple ?
> (*La maman parle bas, elle murmure à Sofia, qui restitue à voix haute ce qu'elle vient d'entendre.*)
> La maman (*par la voix de Sofia*) : lorsqu'on vit chez ses parents... c'est difficile. Elle m'aide en faisant ses études et en disant qu'elle va bientôt nous sortir de cette situation.
> (*Pleurs très pudiques de la maman et de Meriem.*)

Meriem n'hésite pas, soutenue par le Dr Lemaire, à proclamer très explicitement les raisons pour lesquelles elle fait des études de droit :

> Dr Lemaire : tout se passe comme si, avec ce type d'études, Meriem pensait qu'elle pourrait résoudre les problèmes de sa propre famille et résoudre les problèmes de Da Ahmed. On a vu comment le Dr Bouizeri travaillait à aider les familles à survivre aux problèmes qu'elles rencontraient.
> Meriem : c'est ce que je pense.
> Dr Lemaire : est-ce que, en étant aussi menue, vous sentez que vos épaules peuvent assumer cela ?
> Meriem : je m'y prépare depuis l'enfance.

Meriem donne l'impression qu'elle a décidé de puiser dans son futur métier des moyens d'action pour « préserver l'union de la famille ». Elle rappelle, en toute fin de rencontre, qu'elle est déjà « experte » en cela :

> Meriem : à seize ans, j'ai empêché un divorce dans une famille, mais là, pour mon problème, je n'y arrive pas... (Quelques minutes plus tôt, elle disait : « C'est la première fois que je suis confrontée à un problème auquel je ne trouve pas de solution. »)

La « Clinique de Concertation » s'achève sur les remerciements à la famille : « je vous remercie, j'ai beaucoup appris grâce au travail fait ensemble, c'est une grande chance d'avoir les membres d'une famille aussi disponibles. Cela nous aide à travailler avec vous, mais aussi avec d'autres familles. » (Dr Lemaire)

Quelques participants prennent la parole, dont deux pour offrir une aide très concrète à Meriem : Saadia Hellal propose de lui donner des cours de soutien en droit de l'héritage. « Je propose mon aide à Meriem, je peux l'aider à rattraper son retard, j'étais très forte dans le module sur le droit de l'héritage enseigné par le Dr Bouizeri[3] ; le Dr Bouzidi, psychiatre, l'informe, pour sa part, qu'il peut l'aider à régulariser sa situation vis-à-vis de l'administration universitaire afin qu'elle puisse reprendre son année : « j'ai l'habitude de ces situations, je peux vous aider ». Ces deux interventions apportent la preuve que Meriem, par le truchement de cette expérience collective, redevient un sujet à part entière que l'on ne peut réduire à sa maladie, mais susceptible d'entrer dans un dialogue, et un échange.

Il est enfin convenu de se revoir, pour une nouvelle « Clinique de Concertation », en janvier 2009.

3. Voir portrait de Saadia Hellal.

CONCLUSION

Toutes les interrogations qui ont traversé cette « Clinique de Concertation » étaient centrées sur les engagements visibles et invisibles de Meriem et la reconnaissance qu'il était possible de faire émerger dans un dialogue soutenu par l'intervention thérapeutique. Nonobstant des va-et-vient d'une dimension à l'autre, c'est la dimension quatre de l'approche contextuelle qui en était la matrice. Le Dr Lemaire propose à cet égard une lecture récapitulative des quatre dimensions, en insistant sur la singularité de la dernière dimension.

« On pourrait considérer que :

• dans la dimension 1 (faits) : Meriem est porteuse d'un déficit (faible constitution, déséquilibre hormonal, etc.), d'une pathologie pourtant non objectivable par un "marqueur" décisif ;

• dans la dimension 2 (l'équilibre psychique) : elle a, en l'absence de son père, un Œdipe surdéveloppé, qui la conduit à érotiser les hommes de la famille. En outre, elle est centrée sur la famille plutôt que tournée vers l'extérieur où elle pourrait rencontrer un jeune homme ;

• dans la dimension 3 (système) : la fonction du symptôme est de tenir tout le monde uni.

La dimension quatre (éthique relationnelle) explorera le degré d'engagement de Meriem, depuis son plus jeune âge, dans une histoire de responsabilités auprès des membres de sa famille. Il s'agira d'explorer en quoi elle a été, est et sera le ciment de cette famille, jusqu'où elle s'engage pour préserver l'union familiale. L'équilibre entre ses engagements et ses mérites est-il équitable, ces comptes peuvent-ils être ouverts au dialogue entre les membres de la famille ? Quand j'ai délibérément interrompu Meriem sur la question de la maladie, il s'agissait de lui montrer non seulement qu'elle n'est pas un chef omnipotent, mais aussi de la soulager dans ce rôle épuisant. » (ap.cc)

La nécessité du réseau s'impose dans cette situation, l'intuition de Sofia était la bonne. « Le but de cette formation est de construire une expérience formative. La conviction que j'ai est la suivante : une fois qu'on a travaillé de cette manière, les pratiques quotidiennes, d'aujourd'hui, de demain, d'après-demain, se modifient. (...) Dans cette situation, le travail de réseau se justifie. Il ne s'agit pas de se réunir tous, à quarante, tous les quinze jours, mais d'au moins reconnaître à Meriem

qu'elle a une force activatrice puissante. Avoir vécu cette expérience, ici, tous ensemble, aujourd'hui, va nous guider vers une unité de travail à la fois plus large que celle d'un seul intervenant (Sofia), et plus restreinte que le dispositif de la "Clinique de Concertation". Cette unité de travail, il faudra la construire progressivement. » Le Dr Lemaire évoque en effet avec insistance la nécessité pour Sofia d'élargir son travail à d'autres professionnels et de faire confiance à la force activatrice de Meriem. Il serait d'autant plus regrettable de ne pas l'exploiter, que le réseau des professionnels activés est d'une grande richesse : on apprend que le Dr Bouizeri, par exemple, (son enseignant mais aussi, on l'a vu, personnage réputé pour l'aide qu'il prodigue aux personnes en détresse[4]), lui a envoyé pendant quatre mois un médecin à domicile ; sans compter Saadia et le Dr Bouzidi : « ce sont déjà trois portes ouvertes ! S'y ajoute un groupe entier qui la rencontrera à nouveau en janvier prochain... » (Dr Lemaire, ap.cc)

Lorsque, à la veille de la « Clinique de Concertation », Sofia avait exposé la situation, le Dr Lemaire lui avait demandé si Meriem savait combien de personnes seraient présentes à la rencontre. Melha, une participante, s'était alors exclamée : « elle a déjà vu tant de médecins qu'on peut supposer qu'elle ne sera pas trop intimidée ! » Le Dr Lemaire n'en était pas tout à fait sûr alors, et, prudent, s'interrogeait : « ce que dit Melha est juste, mais en même temps, Meriem a-t-elle en tête l'idée que voir tout ce monde réuni, c'est peut-être mieux que de passer d'un professionnel à un autre ? Je n'en suis pas si sûr... » (av.cc). Après la « Clinique de Concertation », et ayant constaté que Meriem n'avait guère semblé effrayée par le nombre de présents – au contraire même –, le Dr Lemaire convient a posteriori que Melha n'avait sans doute pas tort... Sofia saisit cette occasion pour dire qu'elle comprend mieux, maintenant, l'économie de temps et d'argent qu'une « Clinique de Concertation » peut garantir : « je repense à vos propos sur "l'économie" que permet le travail de réseau... Quand je vois les dépenses (en termes d'énergie et d'argent – taxis, scanner, etc.) que Meriem et sa famille ont faites... » Sauf que, précise le Dr Lemaire, « l'économie n'est possible que si les professionnels participent à l'organisation de ce travail en commun, avec les champs de recouvrement, les relais, etc. S'il n'y a que des orientations, c'est la fameuse « patate chaude » qui passe de main en main. Il y a alors, en effet, un gaspillage incroyable d'énergie et d'argent. » (ap.cc.)

4. Voir portrait de Saliha Kebbas.

Il est bon, pour finir, de revenir sur le pari fait par le groupe d'accompagner Meriem « autrement », de choisir l'attention aux ressources et de décrypter les messages logés dans la force convocatrice de cette jeune fille. Ce faisant, les hypothèses déroulées ci-dessous n'apparaissent plus comme saugrenues.

Si Meriem a accepté de participer à une réunion se tenant dans une auberge de jeunesse et réunissant une quarantaine de personnes, est-ce parce que la question du « vivre ensemble » l'intéresse davantage que celle du soin ? Il ne s'agit pas de minimiser sa maladie, mais de se demander si ce dispositif ne lui convient pas davantage qu'un hôpital où elle serait sous perfusion. Peut-être Sofia est-elle en mesure d'envisager désormais un travail avec Meriem et sa famille se déroulant dans cette Maison des Jeunes, associant d'autres professionnels, afin d'explorer plus avant les pistes ouvertes lors de la « Clinique de Concertation ».

Le Dr Lemaire ne plaisante qu'à moitié lorsqu'il évoque le scénario suivant : « à ces occasions, le Dr Slimani, si légitimement inquiet pour la santé de Meriem, en profitera pour lui faire une prise de sang... » Il est même très sérieux, car pour lui, répondre à la force convocatrice des familles, c'est pouvoir se rendre là où elles nous donnent rendez-vous, là où les professionnels ne les attendent pas nécessairement : « il est important d'avoir en tête que les lieux non labellisés comme thérapeutiques (par opposition à l'hôpital ou au cabinet de consultation) sont parfois des lieux plus appropriés pour une mise en débat constructive. » (Dr Lemaire, ap.cc)

Lors du dernier module, en octobre 2008, Sofia a rappelé que Meriem et sa maman attendaient le rendez-vous collectif de janvier 2009. On peut constater que la force convocatrice des familles n'est pas seulement une force qui « explose » au moment des crises, mais qu'elle peut s'inscrire dans la continuité. Elle a aussi, une fois la confiance installée, son opiniâtreté et sa persévérance. Connaître l'existence d'un espace disponible a son importance, il faudra veiller, néanmoins à ce que ce travail collectif n'invalide pas le travail quotidien qu'effectuent les intervenants entre ces deux rendez-vous importants. Il y va de la responsabilité des travailleurs de réseau, de continuer à « tricoter » au quotidien.

CONCLUSION

L'IMPORTANCE DE L'ÉCRIT

En rédigeant ce livre, j'ai pris la mesure de l'importance de laisser une trace. J'ai mieux appréhendé l'ampleur de la tâche de M.-C. Michaud, rapporteur principal de tout ce qui concerne la « Clinique de Concertation » en France. Pendant tout le temps de la rédaction, j'ai été portée par – tout à la fois empreinte de gravité et de fraîcheur –, et les paroles qu'elle avait pu me souffler un jour, au détour d'une conversation : « écrire, c'est laisser des traces ; et laisser des traces, on le fait pour soi, pour ceux qui parlent, et pour ceux qui lisent. » Alors oui : j'ai écrit pour moi, pour les participants – *tous*, y compris ceux qui ne sont pas nommés –, et pour ceux qui liront.

Ecrire, fixer ce qui a été dit, débattu, était également l'obsession de B. Kessai, très tôt, dès la mise en chantier des projets de Boumerdes.

Je me souviens notamment des procès-verbaux de deux réunions de suivi (l'une en été, l'autre à l'automne 2006), où est discuté l'enjeu d'identité et de mémoire que représente la trace écrite. Il s'agit des professionnels ayant participé, dans le cadre de la « réconciliation nationale », à l'enquête menée auprès des « familles dont un des membres a été *abattu* » (terme utilisé dans le document officiel). Les participants, chargés d'identifier parmi elles les familles nécessiteuses susceptibles de recevoir une pension, évoquent leur malaise, leur dilemme (partagés entre le mandat à respecter et des considérations plus subjectives). Mais, cette fois, le procès- verbal ne consigne pas, comme il le fait d'habitude, les paroles de chacun dans le détail. Le rapporteur, sortant de sa « neutralité »[1], se livre à une synthèse de son cru :

> « Dans leur témoignage, on remarque leur courage et leur volonté à vouloir aider et tisser des liens avec des familles considérées, par la majorité de la population, comme des familles de terroristes. »

Il prend la liberté de commenter :

> « Souvent, ils étaient confrontés à des situations difficiles, mais la plupart du temps ils ont été très bien reçus par ces familles. Ils sont satisfaits de leur démarche, parce qu'ils on permis à celles-ci de parler et de partager leur vécu et leur souffrance profonde – une souffrance interdite a dire –, ils ont donné la possibilité à ces personnes d'exprimer leurs sentiments et leurs points de vue. (...) »

Or, ces professionnels tirent rétrospectivement grande fierté d'une expérience semblable, ils estiment avoir fait preuve d'engagement et de courage et réclament donc que ce pan de leur histoire soit restitué avec minutie et fidélité. Ce moment est à marquer d'une pierre blanche dans leur parcours, ils ont l'impression, quelles que soient leurs réticences premières, d'avoir agi avec justesse, en tendant vers un bel effort, celui de « libérer les générations futures des prises de positions et actions de leurs parents, surtout les enfants ». Ils savent qu'ils ont du mérite, d'autant que cette expérience a renforcé leurs liens, et a été l'occasion d'agir en travailleurs de réseau : sociologues, conseillers d'orientation, psychologues, assistantes sociales, toutes professions confondues, ils se sont mobilisés autour d'un même objectif, et ont appris à travailler ensemble « en se considérant d'abord comme des personnes ressources devant venir en aide à des familles en détresse ». Alors, ils demandent un rapport plus complet, plus précis, qui rende compte presque mot à mot de ce qu'ils ont dit. Ce qui leur importe surtout, c'est la *transmission*. Pour eux, écrire, mettre en mots, fixer cette expérience est le seul moyen de « transmettre » (le mot est le leur). C'est pourquoi ils insistent : « notre témoignage doit être restitué avec le plus de détails possibles, pour refléter au mieux nos efforts et notre volonté de réussir le travail entre nous, pour le bien des usagers. » Beau plaidoyer en faveur de la trace... Car, à petite échelle, à l'échelle des histoires individuelles, n'est-ce pas, en quelque sorte, la mémoire du pays qui se joue ici ?

A la lumière de ce qui précède, je suis donc tentée de dire aujourd'hui que la survie du réseau dépend en partie de l'écriture. Il est permis de penser en effet que prendre soi-même (en tant que professionnel) le soin de rédiger les comptes-rendus des réunions de suivi (c'était le cas pour les deux formations de Tizi Ouzou), voire ceux des formations, est, au fond, le seul moyen de s'approprier une méthode de travail, de souder des ambitions, et de faire vivre en chacun l'envie de continuer. « Je me dis que c'est un travail important et nécessaire parce que, à un moment donné, l'écrit rejoint l'action. Le travail de l'écrit ne reste pas inerte dans la mesure où il est élaboré par un ensemble de personnes et revisité à chaque fois. L'écrit, dans ses efforts, parle d'avenir ! » (M.-C. Michaud)

L'OBLIGATION DE RECEVOIR

M.-C. Michaud encore : « écrire, c'est fixer l'histoire de ce qui a été dit, recueilli, *reçu* ; mais aussi de ce que chacun a *donné* au cours de ces formations. Cela permet de voir comment chaque participant a contribué à l'évolution du groupe. »

On retrouve ce souci de l'équilibre entre le donner et le recevoir, fil conducteur de la « Clinique de Concertation ». Occasion pour moi de revenir sur cette affirmation primordiale : les familles ne reçoivent pas seulement des professionnels, elles leur donnent aussi, et prennent soin d'eux. Les professionnels sont aidés par les usagers qui les mettent au travail. Ils doivent par conséquent apprendre à recevoir et à se sentir redevables à leur égard. La « Clinique de Concertation » se propose de faire deux promesses : il sera *certainement* profitable aux professionnels de travailler avec les usagers (recevoir) ; il sera *peut-être* profitable aux usagers d'être aidés par les professionnels (donner). En effet, dans le contrat éthique liant le professionnel et l'usager, il n'y a pas de promesse de résultat, seulement celle que le professionnel mettra en route par une série de moyens pour aider l'usager. Le Dr Lemaire préconise que dans cette liste de moyens, figure « l'obligation d'apprendre à recevoir » : pour que le professionnel cesse de considérer l'usager comme une victime apte uniquement à recevoir des compensations, et lui reconnaisse le droit de donner. « Nous essayons de ne pas être des professionnels qui, d'en haut, gavons les usagers. Nous nous engageons, non seulement à donner, mais aussi à recevoir. » On pourrait dès lors considérer la « Clinique de Concertation » comme un moment célébrant ce mouvement où « tout le monde donne à tout le monde».

Ce dispositif, qu'on peut élargir quasiment à l'infini (grâce à l'intrus), ressemblerait dès lors à l'exercice d'une forme de démocratie, suggère P. Maniglier. « Les "Cliniques de Concertation" instituent de petits espaces dans lesquels, au sein de ce fantôme improbable qu'est "la Société", de petits agencements [d'individus] peuvent se mettre à penser nos problèmes, à les construire. »[2] Le passage (le détour) par l'Algérie, et particulièrement par Tizi Ouzou, aura contribué à étayer une réflexion dans ce sens. Le Dr Lemaire le souligne lors du séminaire de Martigny : dans sa découverte du terrain algérien, il a pu constater combien les liens de proximité (vivants, intriqués) permettaient d'expérimenter « d'autres ensembles possibles », étaient des ferments à la création d'ensembles intermédiaires, situés dans un entre-deux, entre le noyau familial et la société. Expérimentation de collectifs responsables – « espace transitionnel entre l'espace thérapeutique et l'espace social, entre l'enclave et le monde du dehors »[3] – trouvant écho à des ensembles comme la *thadjmâat* ou le quartier. En Europe, on tend à ne plus élargir le travail d'accompagnement des usagers au contexte de la grande famille, au voisinage, au quartier. Les professionnels qui ne voient plus ces maillons-là se privent sans doute de ressources nombreuses. C'est pourquoi, dira le

Dr Lemaire, « nous sommes d'autant plus redevables aux familles quand elles nous rappellent cette dimension, que nous avons oubliée, pourtant mobilisable et féconde… »

ENGAGEMENT ET TRAVAIL DE RÉSEAU

« L'engagement des travailleurs psychosociaux dans la proximité des détresses multiples et sévères doit être pris en considération comme le fondement des pratiques de l'aide et du soin. » [4] L'engagement est bel et bien au coeur du travail de réseau. Une question se pose alors : ce dernier n'implique-t-il pas un surcroît d'investissement personnel, ne suppose-t-il pas que le professionnel donne davantage de sa personne ? Question perturbante, qui me paraît tantôt cruciale, tantôt déplacée. C'est que les formations (Tizi Ouzou et Boumerdes) soulèvent régulièrement le sujet.

Un jour, un conseiller d'orientation rétorque à B. Kessai que se comporter comme un travailleur de réseau est sans doute juste et utile, mais représente une surcharge de travail : *s'il le pratique, c'est parce qu'il le veut bien.* « L'engagement des professionnel vis-à-vis des usagers en difficulté est une zone de risque, voire d'épuisement. »[5] Il est, de fait, aisé de lister les « sacrifices » consentis par le travailleur de réseau : les empiètements sur sa vie privée, la disponibilité totale dont il fait preuve, la nécessité de rendre compte à sa hiérarchie, le risque d'être pénalisé si celle-ci désapprouve, etc. Dans les situations évoquées en groupe, souvent le professionnel *paye de sa personne*, s'investit *plus que de raison, dépense* énormément d'énergie – autant de formules qui suggèrent qu'un professionnel engagé est un professionnel qui sort du cadre, renonce à une forme de rationalité et engage une grande part de lui-même. Il en va ainsi d'Amel qui, activée par Farid, décide de se rendre jusque chez lui, y rencontre le père, discute avec lui. Ce temps, elle l'a pris sur sa vie personnelle, en dehors des horaires officiels de travail, et elle doit en outre, surmonter ses craintes parce que ce père l'effraye un peu… Une conseillère d'orientation (Boumerdes), s'apprêtant à exposer une situation où elle a aidé un jeune homme, confie : « je ne savais pas si j'avais tort ou raison d'agir ainsi, j'ai fait ce qu'il me semblait bon de faire ». Puis elle précise, au milieu du récit : « la chose qui m'encourageait, c'était que je me sentais responsable envers cet élève ». Entre engagement et bon sens, elle va se *dépenser sans compter.*

A cet égard Vinciane Despret, souligne la dialectique de l'engagement[6] : « l'engagé semble "condamné" à toujours déborder de son propre engagement. Il y a là un paradoxe inhérent à la notion d'engagement : l'engagé

doit respecter un cadre (sinon ce serait l'anarchie), mais, en même temps, il n'est *vraiment* engagé, engagé "authentique" que s'il déborde de ce cadre. Ainsi, le cadre semble imposer des exigences contradictoires : d'un côté il faut s'y plier, de l'autre, il paraît inévitable de le dépasser pour être *vraiment* professionnel et créatif. Comme s'il était attendu de l'engagé qu'il soit toujours à la lisière du cadre : plus il en sortira, plus il sera reconnu comme professionnel ». Le travailleur de réseau, dont l'identité professionnelle se caractérise par le souci de l'autre, est menacé, toujours, de se consumer dans sa pratique. Il est, par essence passionné, son métier est une vocation, du moins est-ce la construction de son identité professionnelle qui le veut. C'est d'autant plus vrai qu'il s'agit de métiers difficilement quantifiables. « C'est le problème de l'intervenant psychosocial : comment quantifier son travail ? L'évaluation [de son] travail est très difficile, la difficulté de construire fait partie de notre métier. Il faut donc apprendre à gérer le cadre de travail pour mieux intervenir. »[7]

Le travail thérapeutique de réseau offre précisément un cadre à ces métiers où la propension à donner de sa personne est si grande qu'elle en devient dangereuse. Il propose de méthodologiser une pratique, et, ce faisant, de « canaliser » un engagement potentiellement infini. Aïda Mecheri[8] explique par exemple que la formation au travail de réseau est intervenue à point nommé dans son parcours professionnel. La pratique de son métier, dont elle sait qu'il est, par ailleurs, une véritable vocation – « j'ai compris que ma compétence à moi, c'était de faire du lien ; certains savent écrire, chanter, danser, moi, je sais créer du lien –, commençait à devenir risquée pour elle, notamment à cause de sa difficulté à séparer vie professionnelle et vie privée, et son engagement à aider les usagers à tout prix (formule à prendre à la lettre). « J'avais peur pour moi-même. Mais il n'était pas question de me comporter comme une fonctionnaire. Ç'aurait été une manière d'emprisonner mon âme, mon coeur aurait comme cessé de battre. Grâce à cette formation, j'ai compris que le travail de réseau était le cadre qu'il me fallait. C'était la démarche qui répondait à mes interrogations : comment accompagner les usagers jusqu'au bout, comment aider, être efficace, sans pour autant s'épuiser, s'user et risquer, à terme, de perdre la flamme, la passion ? Je trouvais enfin le cadre qu'il fallait à mon engagement. Ainsi, j'ai su qu'avec le travail de réseau, *je pouvais me donner sans risque.* » Dernière phrase intéressante : elle suggère que le travail de réseau permet de concilier le don de soi (censé « sauvage », indomptable) et l'économie (c'est-à-dire la rationalisation, l'efficacité).

Beaucoup réside, en fait, dans la créativité du professionnel : « l'engagement relationnel (empathie, sympathie, souci) émane en partie de la créativité des intervenants »[9] rappelle en effet le Dr Lemaire. Or, le travail de réseau table sur celle-ci comme un multiplicateur de l'efficacité et de la compétence du professionnel. À froid, et vue sous un angle purement technique, elle semble le fruit d'une dépense d'énergie supplémentaire (par exemple : accompagner un usager pour une « linique du Relais »). Mais rentabilisée, « métabolisée » dans le grand corps du réseau, elle est, au contraire, une ressource. M.-C. Michaud et le Dr Lemaire relèvent souvent le paradoxe suivant. Confronté à l'urgence, le professionnel a tendance à vouloir trouver une solution rapide, et a l'illusion qu'en agissant seul il pourra être efficace. Or, le travail de réseau préconise exactement le contraire : dans ces cas-là, il faut savoir ralentir et faire appel aux autres, car, en prenant son temps, le professionnel, paradoxalement, en gagne. La « Clinique de Concertation » aborde d'ailleurs, cette question du « temps ». « Il s'agit presque d'un problème d'économie de l'État social, qui concerne l'efficacité des dispositifs de prise en charge et c'est d'ailleurs de ce point de vue économique que le Dr Lemaire demande qu'on évalue ces derniers. »[10] On peut alors « renverser » les propos du conseiller d'orientation cités plus haut, et dire que le travailleur de réseau, parce qu'il n'est pas seul et qu'il active au sein d'un réseau, ne devrait pas voir l'« activité de liens » qu'il déploie, la créativité dont il fait preuve (travail de relais, appels de collègues, recours à la famille etc.) comme une surcharge, une activité « en plus », mais bien au contraire comme un outil de travail susceptible d'alléger sa tâche, d'augmenter son efficacité. « Si je travaille en réseau, c'est parce que c'est dans mon intérêt. » (A. Mecheri)

La boucle est bouclée…

Le travail de réseau ne découlerait-il pas, en définitive, d'une certaine éthique des relations ? Piste de réflexion ouverte par les propos de Nagy lui-même : « plutôt qu'opposer, comme seule alternative, l'égoïsme ou les intérêts personnels à l'altruisme noble, on pourrait dégager une autre possibilité – le gain personnel procuré par l'attention que l'on porte à autrui... » Ethique bâtie sur le postulat que l'individu, en donnant, acquiert de la légitimité. « Il y a trop d'écart entre ces deux assertions extrêmes : "soit je sers mes propres intérêts, soit je me fais avoir". (...) Progressivement, devrait être introduite dans la conscience du public la motivation en faveur de ce modèle d'acquisition de légitimité à travers les soins et la sollicitude. Il faut espérer que dans l'avenir les gens pourront faire le lien entre le profit et la prise en considération de l'autre. »[11]

Au terme de cette expérience – ces deux années et demi de formations, et ces denses mois de rédaction –, je me sens comme grandie, riche d'une matière inédite, hissée vers une plus haute exigence. Ces formations avaient l'ambition, immense et modeste à la fois, de transmettre un savoir qui ne soit pas uniquement centré sur la connaissance mais qui s'inquiète aussi de *prendre soin de*, fasse en sorte que chacun, dans l'exercice de sa pratique, puisse accorder davantage de place au souci de l'autre, à la responsabilité-pour-autrui, cette responsabilité « plus ancienne que le commencement » dit Emmanuel Lévinas[12]. Elles y sont parvenues.

Je me sens redevable à l'égard de tous ceux qui ont contribué à ce sentiment que j'éprouve désormais d'avoir *gagné* en humanité.

NOTES

1. Révélant, en creux, qu'il n'est pas possible de rester neutre, même lorsqu'on est « scribe », car même la manière « de rendre compte de », de consigner, passe, déjà, par le filtre de la subjectivité. Dans ce cas, le rapporteur prend le parti, pas nécessairement de manière consciente, de résumer la parole des intervenants plutôt que de la restituer telle quelle. On peut supposer que l'émotion a tellement prévalu que sa manière habituelle de procéder a été bouleversée.
2. Maniglier P., « Comment se faire sujet ? », Actes du 3e Congrès International de la « Clinique de Concertation », Paris.
3. Despret V., « La thérapie des espaces blancs », in Chauvenet A., Despret V., Lemaire J.-M., *La Clinique de la Reconstruction*, L'Harmattan, Paris, 1996.
4. Lemaire Jean-Marie, « À propos de la mise en place du "laboratoire d'éthique communicationnelle appliquée" ».
5. Ibid.
6. À l'initiative du CISP, deux séminaires de deux jours (mai 2007 ; mars 2008) ont été animés par Vinciane Despret sur la thématique de l'engagement. La citation qui suit est extraite du premier séminaire.
7. Lemaire Jean-Marie, « À propos de la mise en place du "laboratoire d'éthique communicationnelle appliquée" ».
8. Psychologue clinicienne et rapporteur des réunions de suivi pour la troisième année du projet sur les pratiques de réseau à Boumerdes.
9. Ibid.
10. Maniglier P., « Comment se faire sujet ? », Actes du 3e Congrès International de la « Clinique de Concertation », Paris.
11. Van Heusden & Van Den Eerenbeemt, « Du passé à l'avenir : un entretien introductif avec Ivan Boszormenyi-Nagy », in *Thérapie familiale et générations*, Presses Universitaires de France, Paris, 1994.
12. Poirié F., *Emmanuel Lévinas, essai et entretiens*, La Manufacture, 1987 ; « Babel », Actes Sud, 1996. Citation de E. Lévinas in *Humanisme de l'autre homme*, Fata Morgana, 1972.

ANNEXES

ANNEXE 1
LISTE DES PARTICIPANTS*

À LA « CLINIQUE DE CONCERTATION »

ABBAS Samia, psychologue, Alger et Boumerdes
ACHOUR Tamdjiat, conseiller principal, Draa El Mizan
ADAOUNE Lila, chirurgienne dentiste et membre de la Ligue, Tizi Ouzou
ADJIOUA Anissa, psychologue clinicienne, Ouaguenoun
AGOUDJI Malika, psychologue scolaire, Tizi Ouzou
AICHAOUI Leila, conseillère d'orientation, Draa Ben Khedda (DBK)
AMITOUCHE Moussa, psychologue/programme « Toxicomanie », Draa El Mizan et Tizi Ouzou
AMRANI Sonia, directrice adjointe du Croissant Rouge, Ait Aissa Mimoun
ARIDJ Dalia, médecin généraliste, Oued Aissi
AZZOUG Fatma, psychologue, Tizi Ouzou, DBK, village Ighil Bouchen
BAKHTI Aouicha, assistante juridique, Alger
BEKKAL-BARECHE Saadia, psychologue, Belloua
BEKKAL Farid, psychologue, Beni Douala
BENNACER Kahina, intervenante sociale, Irdjen et Tizi Ouzou
BENNACER Saliha, médecin, Tizi Ouzou
BENNACER Souhila, psychologue orthophoniste, Tizi Ouzou
BEY Karima, assistante juridique, Tadmait et Tizi Ouzou
BOUACEM Fadila, référent pédagogique centre CRAC, Makouda
BOUAZIZ Ratiba, bénévole/programme point d'écoute, Tizi Ouzou
BOUAZIZ Said, assistant juridique, Draa El Mizan et Tizi Ouzou
BOUDIAF Ouardia, enseignante, Tizi Ouzou
BOUMZAR Boualem, retraité (directeur COSP), Boumerdes
BOUNDAOUI Idir, intervenant social, Ait Aissa Mimoun et Tizi Ouzou
BOUZIDI Mustapha, psychiatre, Tizi Ouzou
BRAHIMI-IDIR Nadia, conseillère principale, Tizi Ouzou
CHEBLI Ahmed, psychologue clinicien /étudiant en Magister, Alger
CHENNIT Kahina, psychologue, Bejaia
CHERRABA Mounira, psychologue à la DAS (« École et famille »), Boumerdes
DJEBAILI Ouiza, intervenante programme « Droits de l'Homme » (DDH), Sidi Naaman et Tizi Ouzou
DJERRAH Karim, assistant social, Boukhalfa
DJOUAHER Soraya, bénévole/programme « Point d'écoute et d'attention aux femmes », Tizi Ouzou

*Cette liste, à l'instar de celle qui suit, correspond aux intervenants inscrits à la formation – ayant assisté au moins une fois à un module (nom, prénom, profession, lieu de travail) –, mais ne tient pas compte de leur assiduité.

FARCI Nadia, psychologue clinicienne, Tizi Ouzou
FARES, psychologue clinicienne, Tizi Ouzou
FEDANI Arezki, éducateur spécialisé, Beni Douala
FEKIR Samira, psychologue à la DAS (« Ecole et famille »), Boumerdes
GRAICHI Ahcene, psychologue clinicien, Belloua
IDIR Hocine, psychologue clinicien, Tizi Ouzou
IMARZOUKENE Dalila, Sage-femme, Tizi Ouzou
KASDI Karima, directrice du Croissant Rouge, Ait Aissa Mimoun
HADDADI Karim, conseiller d'orientation, Tizi Ouzou
HADDADI Nadia, psychologue scolaire, Beni Zemenzer
HADJEL Naima, psychologue, Tizi Ouzou et Ouacifs
HADJEM Ouassila, psychologue clinicienne, Bouzeguen
HADJOUMEUR Hamid, enseignant, Tizi Ouzou
HAMDANI Nadia, assistante juridique, Boukhalfa et Tizi Ouzou
HAMDI Akila, psychologue, Boukhalfa
HAMOU Farida, conseillère d'orientation, DBK
HEMROUNE Lynda, psychologue clinicienne, Beni Douala
HESSAS Miassa, étudiante en médecine/programme « Santé sexuelle », Tizi Ouzou
HELLAL Saadia, assistante juridique, Tizi Ouzou, Ouaguenoune et Makouda (terrain)
HIDHEUR Malha, psychologue clinicienne, Mekla et Tizi Ouzou
IBERKOUKENE Fariza, psychologue, Tizi Ouzou
KHIFER Nora, psychologue/programme « Toxicomanie », Alger
LARBI Hamid, étudiant en médecine, Tizi Ouzou
LATEB Samia, médecin, Boukhalfa
LATTAB Fodil, juriste, Tizi Ouzou
MERZOUGUI Karima, psychologue à la DAS (« Ecole et famille »), Boumerdes
MEZIAI Karima, psychologue scolaire, Bejaia
MEZIANI Farid, économiste, Maatkas
MEZIANI Mohamed, animateur/programme DDH, Ait Yahya Moussa et Tizi Ouzou
MEZIANI Rahim, médecin, Tizi Ouzou
MOUHEB Boualem, psychologue, Tizi Ouzou
MOUHEB Fatma, psychologue clinicienne, Tizi Ouzou
MOUHRI Akli, conseiller d'orientation, DBK
MOUSSAOUI Safia, psychologue clinicienne, Sidi Naaman, Tizi Ouzou et DBK
NEMMAR Malika, psychologue clinicienne, Tizi Ouzou
OUSSADI Lysa, psychologue Clinicienne, Tizi Ouzou
RENAI Rabah, conseiller principal /Licence en psychologie industrielle, Bouzeguen
SLIMANI Kamel, thérapeute de famille, Tizi Ouzou
SOUKI Toufik, assistant Juridique, Tizi Ouzou
TAHADJERENT Djamila, psychologue à la DAS (« Ecole et famille »), Boumerdes
TALBI Malika, journaliste PEF, Tizi Ouzou
TESSA Hamid, éducateur spécialisé, Maison des Jeunes, Mekla

À LA « GESTION DES DÉTRESSES MULTIPLES »

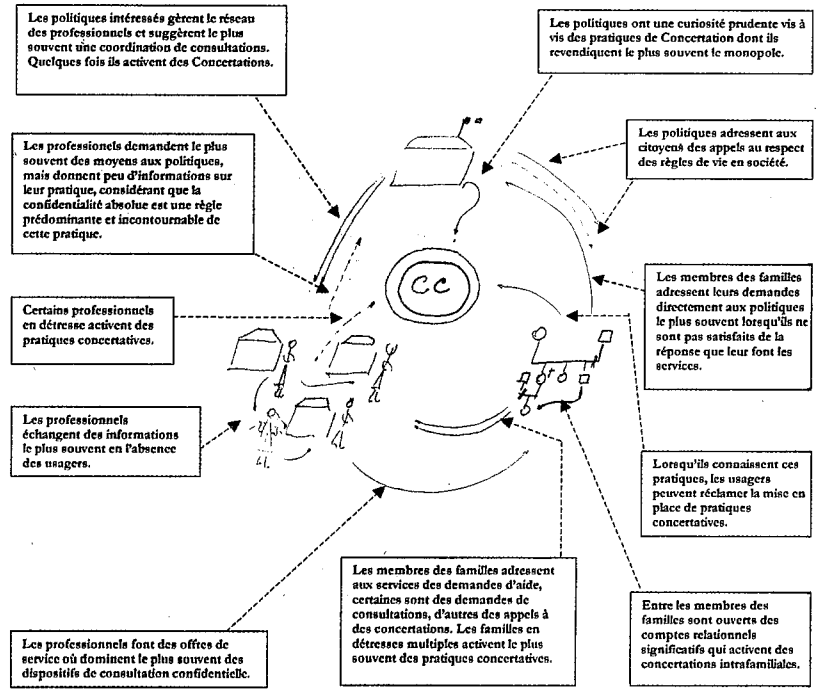
ABBAS Samia, psychologue, Boumerdes et Alger
ADAOUNE Lila, chirurgienne dentiste/membre de la Ligue, Tizi Ouzou
ALILI Karim, intervenant programme DDH, Bouzeguene et Tizi Ouzou
ALIOUANE Farida, assistante sociale, Tizi Ouzou
ALIOUANE Salem, médecin généraliste, Draa El Mizane
AMITOUCHE Moussa, psychologue/programme « Toxicomanie », Tizi Ouzou
AMROUNE Zina, médecin généraliste, Tizi Ouzou
ARIDJ Dalia, médecin généraliste, EHS Oued Aissi
ASSLI Malika, psychologue, COSP
ASSOUL Nassima, psychologue, Béjaia
AZZOUG Fatma, psychologue clinicienne dans le projet CISP, Tizi Ouzou et DBK et village Ighil Bouchen (terrain)
BEKKAL Farid, psychologue clinicien, Beni Douala
BEKKAL-BARECHE Saadia, psychologue clinicienne, Tizi Ouzou
BELAHCEN Hnifa, psychologue clinicienne/programme « Droits de l'Homme », Tizi Ouzou
BEL MOUKHTARI, assistante sociale, Tizi Ouzou
BENNACER Souhila, psychologue orthophoniste/chef du projet « Handicap réseau », Tizi Ouzou
BOURAI Samia, conseillère /DEUA, COSP
BOUTALBI Saliha, DEUA en psychologie/programme DDH, Makouda et Tizi Ouzou
BRAHIMI Idir Nadia, conseillère principale, Tizi Ouzou
CHABANE Fadila, psychologue clinicienne, Tizi Ouzou
CHERIFI Nadjia, psychologue, Azazga
CHERNAI Souad, enseignante universitaire, Tizi Ouzou
DAFFEUR Amar, médecin généraliste, Larbaa Nath Iraten
DIRAM Dahbia, psychologue clinicienne, Tizi Ouzou
DJERRAH Karim, assistant social, Boukhalfa
DOURARI Djamila, conseillère principale, COSP
FARCI Nadia, psychologue clinicienne, Tizi Ouzou
FARES Faroudja, psychologue clinicienne, Tizi Ouzou
FEDOUL Fariza, psychologue, Makouda
FERRAH Hakima, conseillère principale, Tizi Ouzou
GRAINE Hamida, psychologue orthophoniste, Tizi Ouzou
HADDADI Karim, conseiller d'orientation, Tizi Ouzou
HADID Fatima, éducatrice/assistante sociale, Boukhalfa
HADJAL Naima, psychologue clinicienne au centre « Repère Lewi », Tizi Ouzou
HADJER Bouhalem, psychologue/éducation universitaire, Tizi Ouzou
HAMDI Akila, psychologue, Boukhalfa
HAMID Aldjia, psychologue/programme « Point d'écoute et d'attention aux femmes », Tizi Ouzou et Beni Zemenzer
HAMMOUMA Samia, psychologue orthophoniste, Tizi Ouzou
HAMOUCHE Nadia, conseillère d'orientation

HASSOUN Noureddine, médecin généraliste, Tizi Ouzou
HESSAS Fatima, enseignante INSFP, Tizi Ouzou
HESSAS Miassa, étudiante en médecine/programme « Santé sexuelle », Tizi Ouzou
HIMEUR Lamia, psychologue clinicienne/programme « Point d'écoute et d'attention aux femmes », Tizi Ouzou
IBERKOUKENE Fariza, psychologue clinicienne, Projet DDH, Tizi Ouzou
KHIFER Nora, DEUA en psychologie/directrice du programme « Point d'écoute et d'attention aux femmes », Tizi Ouzou
KRIM Fatma, DEUA en psychologie dans le programme DDH, Makouda et Tizi Ouzou
LASSOUANE Bachir, médecin généraliste, Boghni
LATEB Samia, médecin généraliste, Boukhalfa
LAZIZ Fazia, assistante sociale, Tizi Ouzou
MECHOUCHE, conseillère d'orientation, Makouda
MELLAH Amar, médecin, Azeffoun
MERAKEB Fahima, psychologue, Tizi Ouzou
MERDAOUI Samia, psychologue, Tizi Ouzou
MEZIANI Rahim, médecin généraliste, Tizi Ouzou
MOUHEB Boualem, trésorier et directeur adjoint centre « Repère Lewi », Tizi Ouzou
NAIT SAID Fariza, interne au CHU, Etudiante en psychologie, Tizi Ouzou
NEMMAR Malika, psychologue, Tizi Ouzou
OUCAHOU Nassima, psychologue clinicienne, EHS Oued Aissi
RAHIM Hamid, médecin généraliste, Tigzirt
RENAI Rabah, conseiller principal /Licence en psychologie industrielle, Bouzeguen
SADAOUI Hassiba, psychologue/programme « Point d'écoute et d'attention aux femmes », Tizi Ouzou
SAICHI Mustapha, médecin généraliste, Azazga
SI AMOUR Meriem El Yasmine, étudiante en psychologie/directrice d'un centre d'accueil de la petite enfance, Tizi Ouzou
SLIMI Mokrane, DEUA en psychologie/programme DDH, Tizi Ouzou
YAHI Laila, conseillère d'orientation, DBK
ZAMOUM Hakim, psychologue, Draa El Mizane
ZAOUI Safia, interne au CHU, Tizi Ouzou
ZIAD Fatiha, psychologue orthophoniste, Tizi Ouzou

SOCIOGÉNOGRAMMES

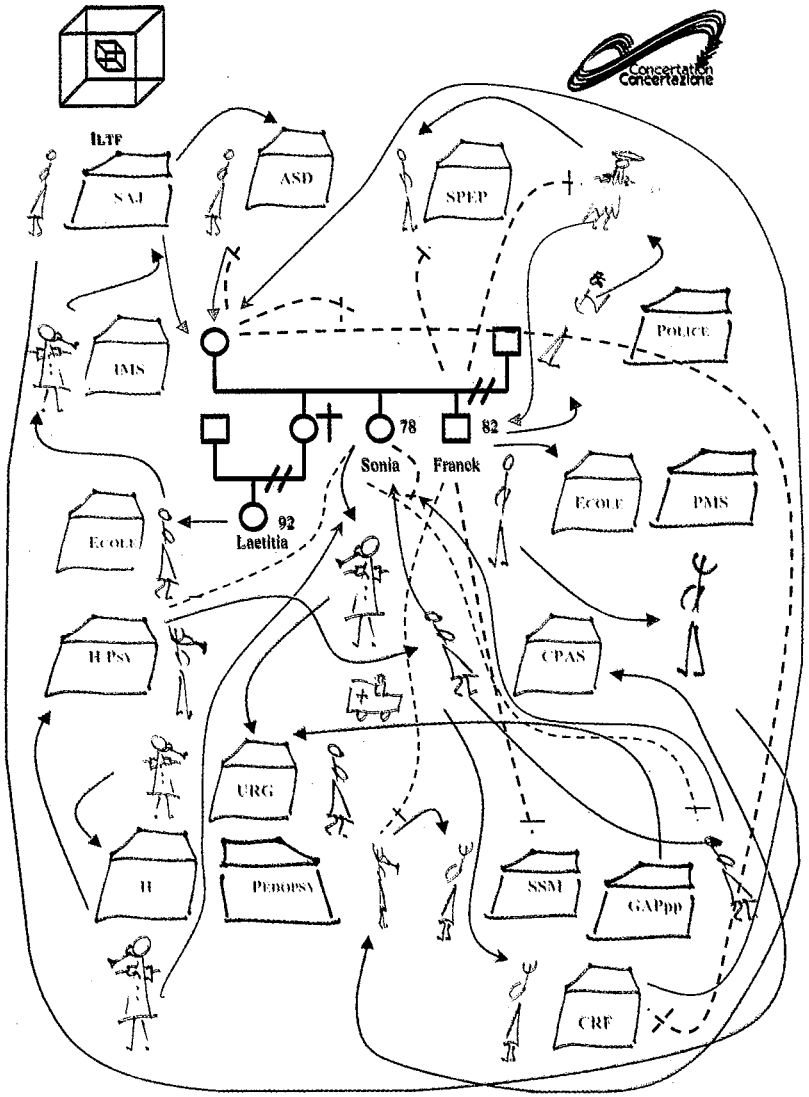
ANNEXE 2

LA TRIADE CONCERTATIVE



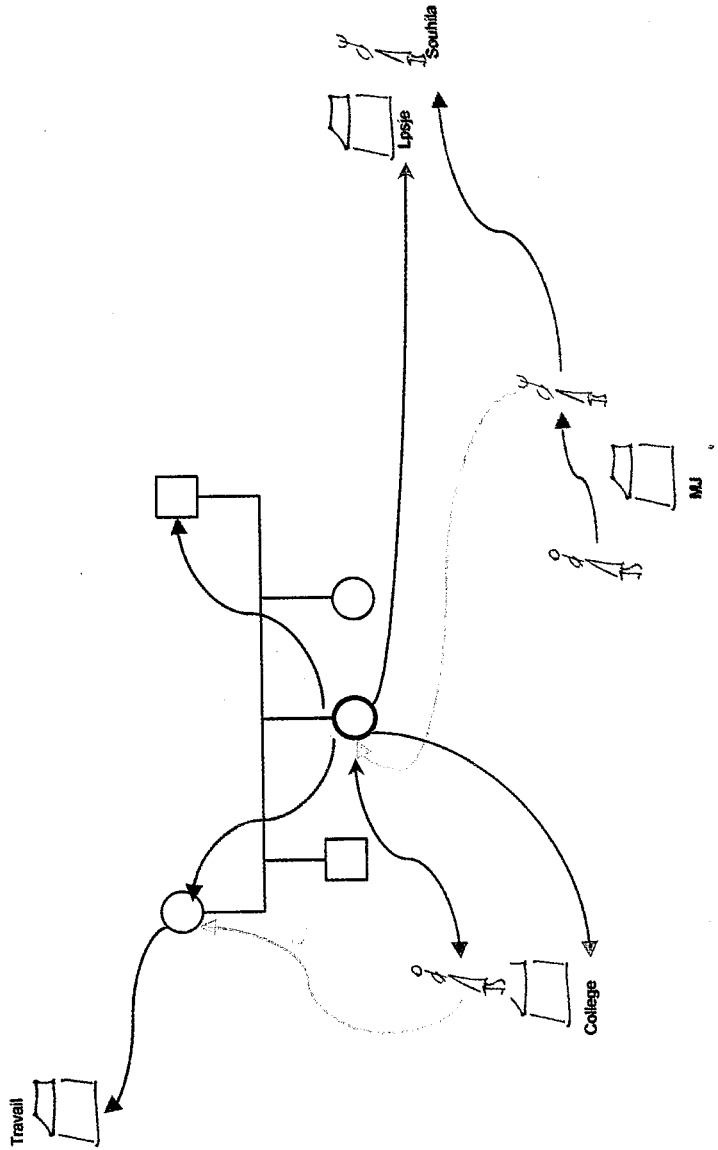
ANNEXE 3

SITUATION DE FRANCK, LAETITIA ET SONIA



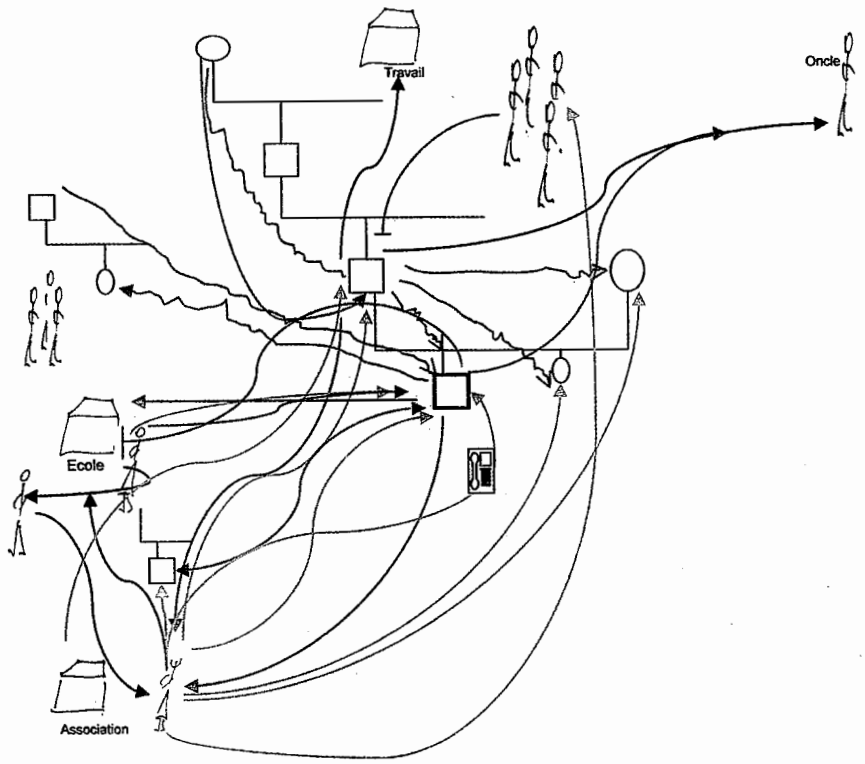
ANNEXE 4

SITUATION DE SOUHILA



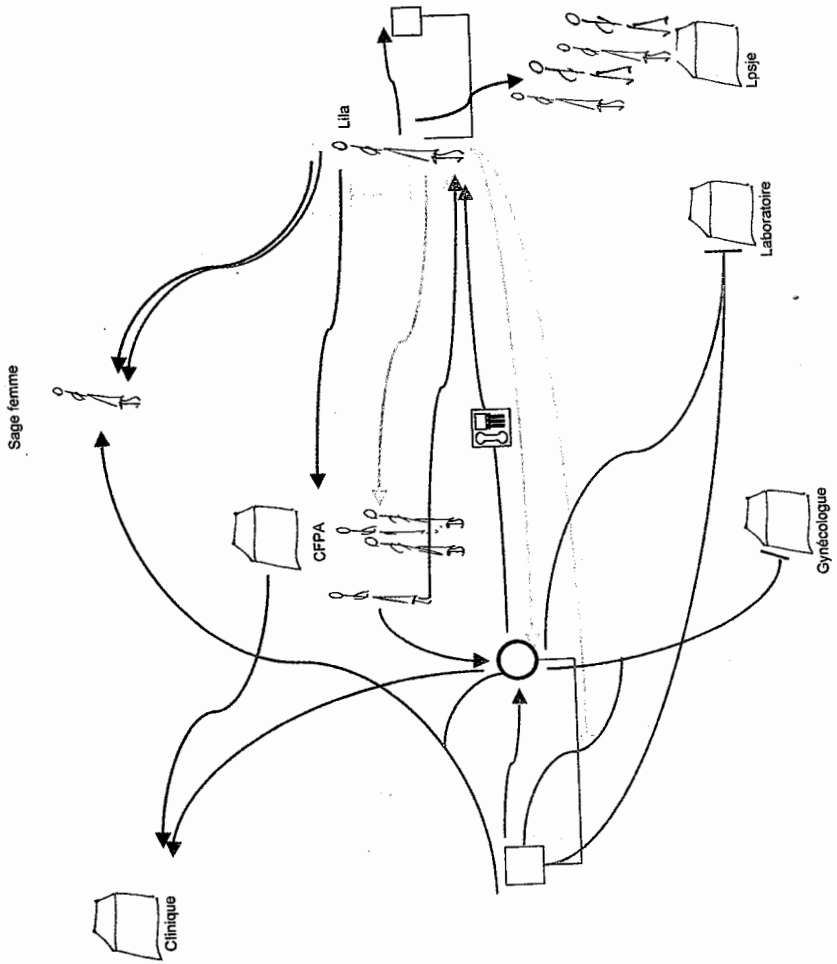
ANNEXE 5

SITUATION DE AMEL



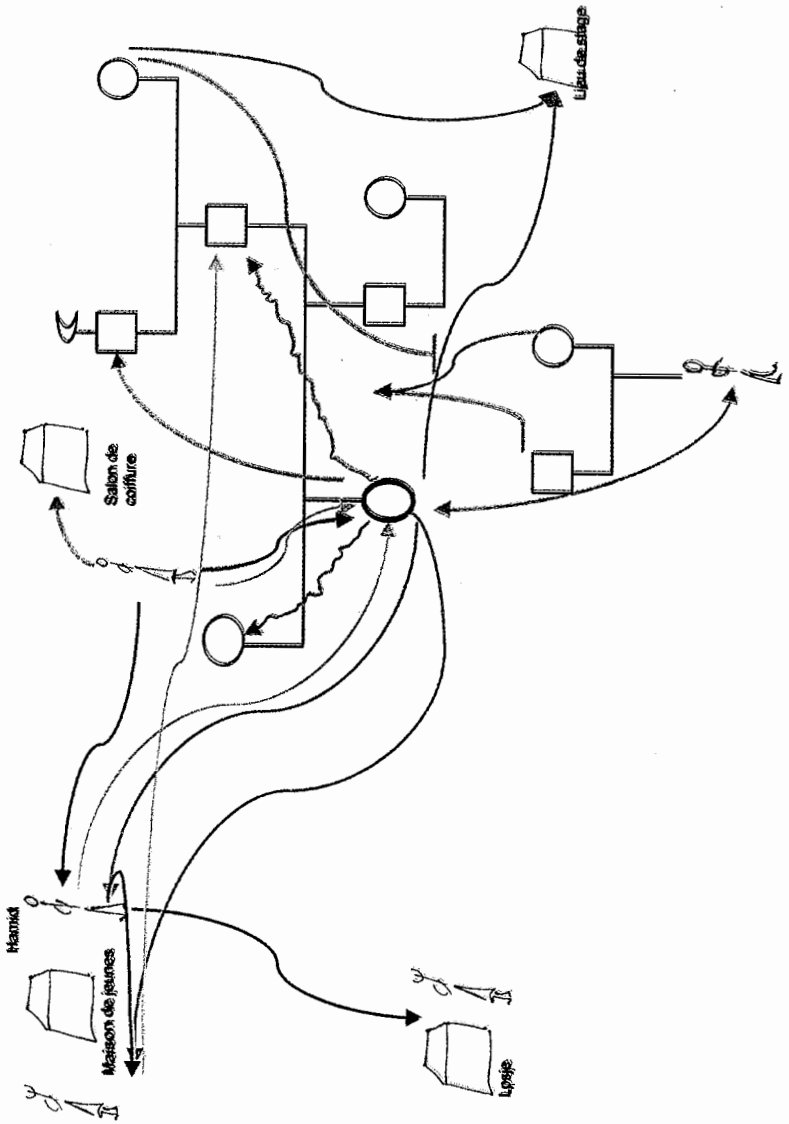
ANNEXE 6

SITUATION DE LILA



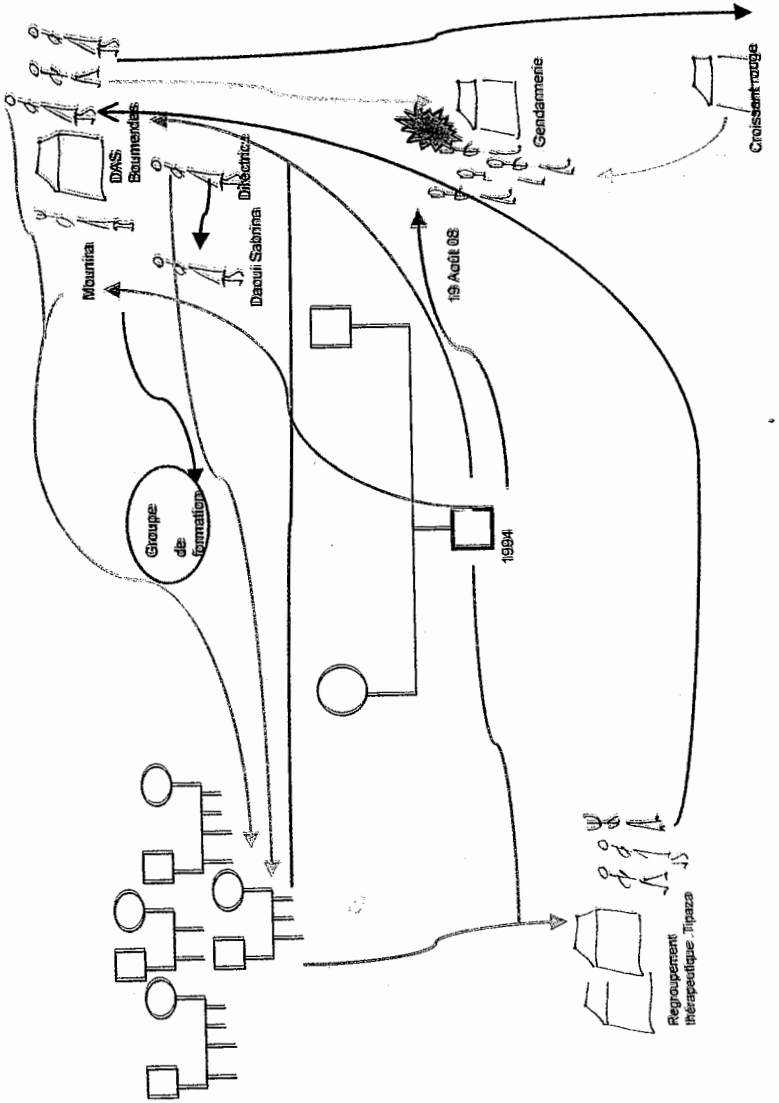
ANNEXE 7

SITUATION DE HAMID ET MELHA



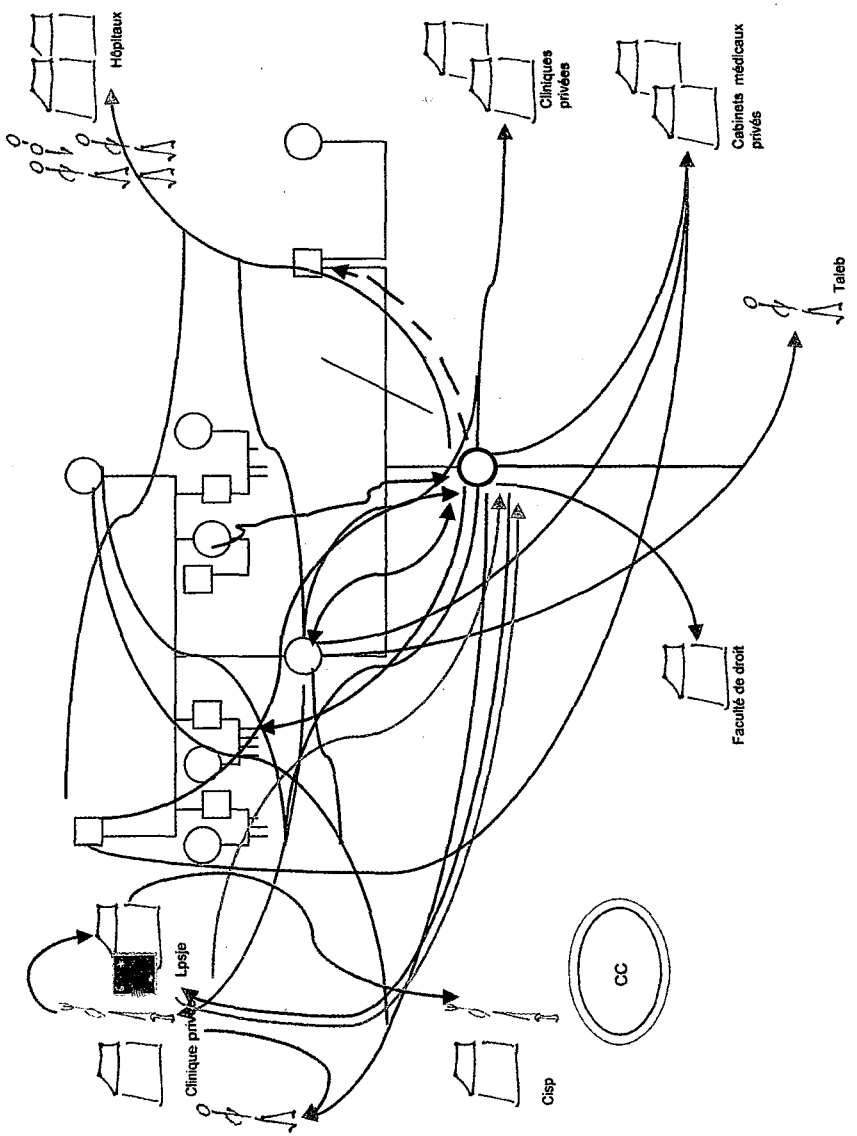
ANNEXE 8

SITUATION DE MOUNIRA



ANNEXE 9

SITUATION DE SOFIA



BIBLIOGRAPHIE[1]

LIVRES

Bateson, G., *Steps in an Ecology of Mind*, Chandler Publishing Company, San Francisco, 1972 ; trad. française : *Vers une Ecologie de l'Esprit*, Le Seuil, Paris, 1977.

Bion W.R., *Experiences in groups and other papers*, Tavistock Publications, London, 1961; trad. française : *Recherches sur les petits groupes*, P.U.F., Paris, 1965.

Boszormenyi-Nagy I., Krasner B. R., *Between Give &Take*, Brunner/Mazel, New York, 1986.

Boszormenyi-Nagy I., Framo J.L., *Intensive family therapy : Theoretical and practical aspects*, Harper and Row, New York, 1965, trad. française : *Psychothérapies Familiales*, P.U.F., Paris, 1980.

Boszormenyi-Nagy I., Sparkg M., *Invisibles Loyalties*, Brunner/Mazel, New York, 1984.

Bourdieu P., *Sociologie de l'Algérie*, Que sais-je?, PUF, 1958.

Bowen M., *La Différenciation du Soi*, E.S.F., Paris, 1988

Buber M., *Je et Tu*, Editions Aubier, Paris, 1969.

Camps G., *Les Berbères, Mémoire et Identité*, Actes Sud/Barzakh, 2007.

Chauvenet A., *La protection de l'Enfance, une pratique ambigüe*, L'Harmattan, Paris, 1992

Chauvenet A., Despret V. & Lemaire J.-M. : « L'espace thérapeutique entre le singulier et le collectif : histoire d'un programme de soutien psychosocial et de son évaluation », in Dora Y-B. & Louzoun C., *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*, Erès, Paris, 1997, pp. 241-248.

Chauvenet, A., Despret V., Lemaire J.-M., *La Clinique de la Reconstruction*, L'Harmattan, Paris, 1996.

Despret V., *Les Emotions qui nous Fabriquent*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 2001.

Feraoun M., *Jours de Kabylie, Chroniques algériennes*, Le Seuil, 1968.

Ferry J.-M., *Habermas : l'éthique de la communication*, P.U.F. Paris, 1987.

Freud S., *L'inquiétante étrangeté (et autres textes)*, Paris, Gallimard, Folio, 2001.

Groupe de Recherche Quart Monde-Université, Le croisement des savoirs. Quand le Quart Monde et l'Université pensent ensemble, Paris, Les Editions de l'Atelier, Editions Quart Monde, 1999

Heireman M., *Du coté de chez soi*, Paris, ESF, 1989.

Michard P. et Shams Ajili G., *L'Approche Contextuelle*, Editions Morisset, Paris, 1996.

1 Cette bibliographie propose une liste de références plus nombreuses que celles auxquelles j'ai eu recours. Il m'a semblé pertinent de faire bénéficier le lecteur de certains titres mentionnés dans la bibliographie proposée dans l'Agenda de la « Clinique de Concertation ».

Moussaoui A., *De la violence en Algérie, les lois du chaos*, Barzakh, Alger, 2006.
Poirié F., *Emmanuel Lévinas, essai et entretiens*, La Manufacture, 1987 ; repris en poche « Babel », Actes Sud, 1996.
Van Heusden & Van Den Eerenbeemt, *Thérapie familiale et générations*, P.U.F., Paris, 1994.
Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson Don. D., *Une logique de la communication*, Le Seuil, 2000.

ARTICLES

Despret V., « Introduction à la thérapie contextuelle de I. Boszormeny-Nagy » in *Revue d'Action sociale*, 6, 1990, pp. 24-27.
Despret V., « Quelques figures de la traduction : du thème à la version » in *Réseaux*, 82-83-84 : 123-137, 1998.
Despret V., « Le secret est une dimension politique de la thérapie » in T. Nathan, *La Guerre des Psy, Manifeste pour une Psychothérapie Démocratique*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 2006.
Elkaïm M., « Co-constructions, systèmes et fonctions » in *Etapes d'une évolution*, Privat, Paris, 1993, pp. 253-256.
Garrigues A., « Naissance de la thérapie contextuelle », in *Familles en confiance, Nagy et la thérapie contextuelle*, Revue « Le groupe familial », n°133 – octobre/décembre 1991, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs.
Le Goff J.-F., « De la thérapie familiale intensive à la thérapie contextuelle », in *Familles en confiance, Nagy et la thérapie contextuelle*, Revue « Le groupe familial », n°133 – octobre/décembre 1991, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs.
Lemaire J.-M, « Les interventions déconcertantes » in *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* n° 24, 1/2000.
Lemaire J.-M., *Prévention et réseaux de solidarité*, in *Le groupe familial* n° 133, octobre 1991.
Lemaire J.-M., Halleux L., « Service public et "Clinique de Concertation" : espaces habitables pour une psychothérapie inauthentique » in L'inventivité démocratique aujourd'hui, Brausch G. et Delruelle E. (dir.), Editions du Cerisier, 2005, pp.109-134.
Lemaire J.-M., Halleux L., « Entre exclusion et inclusion : la clinique du relais », in JDJ-RAJS, n° 276, juin 2008, pp 18-23.
Lemaire J.-M., « Du jazz à la java », in *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 28, 2001/2, pp 61-70.
Lemaire J.-M., Vittone E., Despret V., « "Clinique de Concertation" et Système : à la recherche d'un cadre ouvert et rigoureux » in *Génération*, Paris, mars 2003, n° 28, pp. 23-26.
Maniglier P., « Comment se faire sujet ? », Actes du 3e Congrès International de la « Clinique de Concertation », Paris.
Masquilier R., « Il n'est jamais contre-indiqué d'être responsable », in *Familles en confiance, Nagy et la thérapie contextuelle*, Revue « Le groupe familial », n°133 – octobre/décembre 1991, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs.

TABLE

AVANT-PROPOS (Charlotte de Bussy) 9
PRÉFACE (Dr Jean-Marie Lemaire) 13

INTRODUCTION

LE CISP ET LE VOLET PSYCHOSOCIAL : RECONSTRUCTION ET PARI SUR LES GÉNÉRATIONS FUTURES 17
Portrait : Eveline Chevalier
Entretien avec Eveline Chevalier

TRANSFORMER SA PRATIQUE EN « ART DE VIVRE » 37

LA « CLINIQUE DE CONCERTATION » OU « COMMENT DEVENIR SUJETS DE NOTRE HISTOIRE » ? 47
Portrait : Docteur Jean-Marie Lemaire
Conversation avec le Dr Lemaire

MODULES

SENSIBILISATION À QUELQUES PRINCIPES DE BASE. PARTAGER UN LANGAGE COMMUN 71
Conversation avec le Dr Lemaire
Portrait : Saliha Kebbas
(secrétaire générale de la LPSJE – psychologue)

LA FORCE CONVOCATRICE DES FAMILLES EN DÉTRESSES MULTIPLES 91
Conversation avec le Dr Lemaire
Portrait : Nassima Djouaher (assistante administrative)

L'INTRUS, UNE RESSOURCE DÉCONCERTANTE 107
Conversation avec le Dr Lemaire
Portrait : Dr Saliha Bennacer (médecin)

LA CIRCULATION ET LA SÉLECTION DE L'INFORMATION UTILE L'UNE DE SES FIGURES : LE SECRET PROFESSIONNEL 125
Conversation avec le Dr Lemaire
Portrait : Amel (psychologue),
ou la solitude du psychologue de fond

LES FIGURES DU TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE DE RÉSEAU 147
Conversation avec le Dr Lemaire
Portrait : Fatma Mouheb – Melha Hidheur (psychologues)

DÉLÉGATIONS MASSIVES, MULTIPLES ET DISCRIMINÉES.
DEMANDES ET DEUILS 167
Conversation avec le Dr Lemaire
Portrait : Samia Bourai (conseillère d'orientation - psychologue)
CONFLITS DE POUVOIR, CONFLITS DE COMPÉTENCES,
PARTAGE DES RESPONSABILITÉS 183
Conversation avec le Dr Lemaire
Portrait : Saadia Hellal (juriste)
RESSOURCES RÉSIDUELLES, PORTES D'ENTRÉE,
ET CONTEXTE EXTENSIF DE CONFIANCE 199
Conversation avec le Dr Lemaire
Portrait : Saadia Bekkal (psychologue)
L'APPROCHE CONTEXTUELLE ET LE TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE
DE RÉSEAU 219
Conversation avec le Dr Lemaire
Portrait : Ouerdia Boudiaf (enseignante)
LA PARTIALITÉ MULTIDIRECTIONNELLE ET LE TRAVAIL
THÉRAPEUTIQUE DE RÉSEAU 239
Conversation avec le Dr Lemaire
RACINES, TRACES ET AVENIR 253
Conversation avec le Dr Lemaire

RENCONTRER LES FAMILLES
« NORMAL », OU COMMENT TRAVAILLER INTELLIGEMMENT
AVEC UNE FAMILLE « NORMALE » 275
« — QU'EST-CE QUI VOUS FAIT HONNEUR ?
— L'UNION DE MA FAMILLE. » 309

CONCLUSION 327

ANNEXES 337

BIBLIOGRAPHIE 353

Achevé d'imprimer
en décembre 2008
sur les presses de l'Imprimerie Mauguin
Blida (Algérie)