

## DISPOSITIF DE CLINIQUE INDIRECTE CONCERTÉE

Lorsque la complexité des situations adolescentes exige la mise en œuvre d'une groupalité inter-institutionnelle novatrice

[Nathalie Reymond-Babolat](#)

De Boeck Supérieur | « Cahiers de psychologie clinique »

2021/2 n° 57 | pages 123 à 141

ISSN 1370-074X

ISBN 9782807394391

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2021-2-page-123.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# DISPOSITIF DE CLINIQUE INDIRECTE CONCERTÉE

Lorsque la complexité  
des situations adolescentes  
exige la mise en œuvre  
d'une groupalité inter-  
institutionnelle novatrice

Nathalie REYMOND-BABOLAT<sup>1</sup>

---

RÉSUMÉ *La santé, prise en compte dans sa globalité par l'OMS dès 1946<sup>2</sup>, concerne les sphères somatique, psychique et sociale. Ainsi définie, elle se doit d'inclure les acteurs de chacun de ces champs. Afin de penser et d'organiser leurs liens, il a été mis en place des « réseaux de santé », dont les réseaux pour « adolescents en grande difficulté ». Ces réseaux ont initié un changement dans les institutions, non pas de leur pratique, mais de la façon de penser leur pratique : la penser reliée dans un maillage partenarial, la penser « en réseau ».*

Cet article propose de contribuer à la réflexion sur les pratiques de travail « en réseau » à partir du champ théorique

1 Psychologue  
Clinicienne et  
Coordinatrice, D-CLIC  
Arpège / Maison des  
Adolescents du Gard  
nathaliereymondbabolat.  
arpege@mda30.com

2 Préambule à  
la Constitution  
de l'Organisation  
mondiale de la  
Santé, tel qu'adopté  
par la Conférence  
internationale sur la  
Santé, New York,  
19-22 juin 1946 ; signé  
le 22 juillet 1946 par  
les représentants de  
61 États. 1946 (Actes  
officiels de l'Organisation  
mondiale de la Santé,  
n° 2, p. 100) et entré en  
vigueur le 7 avril 1948.

psychanalytique groupal du lien. Il viendra discuter, au travers de l'expérience du Dispositif de Clinique Indirecte Concertée Arpège, des modalités de liaison interinstitutionnelle à l'usage des professionnels et indirectement, des adolescents et de leur famille. Le cadre clinique des réunions dites « de coordination » proposé par l'équipe s'ajuste continuellement pour permettre à cet ensemble impliqué de se lier, de partager et de constituer pour le sujet un nouveau contenant psychique.

**MOTS-CLÉS** adolescence, complexité, réseau, groupalité, interculturalité.

---

**DEVICE OF COLLABORATIVE INDIRECT CLINIC.  
WHEN THE COMPLEXITY OF ADOLESCENT  
SITUATIONS REQUIRES THE IMPLEMENTATION  
OF AN INNOVATIVE INTER-INSTITUTIONAL  
PROGRAM**

**ABSTRACT** Ever since the first health networks addressing problems of troubled teenagers were created, the evidence has been conclusive: complexity requires institutions to change, not their practices, but the way they think about their practices. They need to think in terms of a connected partnership, and think as a network.

This article is a contribution to our understanding of “networked” practices within the theoretical field of group psychotherapy. An examination of the Dispositif de Clinique Indirecte Concertée at Arpège, France, led to a discussion of the modalities of inter-institutional working methods for the use of professionals and, indirectly, adolescents and their families. The clinical framework of the “coordination” meetings organized by the team is adjusted to allow the group to bond, share, and work toward a new psychological container for the patient.

**KEYWORDS** adolescence, complexity, network, groups, interdisciplinary.

---

## Introduction et problématique

La pratique de Réseau s'est développée sans commune mesure ces dernières années, « *s'imposant comme une démarche obligée de résolution de problème* » (F. Vedelago en 2008).

Certains moments de fragilité dans la vie : comme la naissance, le grand âge ou certaines vulnérabilités somatiques ou sociales : SIDA, diabète, précarité, etc. ont nécessité une approche pluri-institutionnelle afin de répondre à l'ensemble des besoins de ces populations : présents et pressants, impliquant les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et judiciaire. Les âges « transitionnels », les passages souvent douloureux d'un équilibre à un autre dont l'adolescence est l'archétype en tant que vacillement de l'être, (re)construction de l'identité, sont des facteurs de complexité qui peuvent mettre en échec le travail pluri-institutionnel.

La question se pose de savoir comment faire travailler ensemble ces institutions dans une dimension « inter –par-tenariale » ? Comment permettre aux professionnels d'accéder à une pensée partagée, cohérente, soutenue, engagée auprès des adolescents et de leur famille lorsqu'ils sont issus de secteurs différents, de cultures professionnelles différentes ? *Quel espace leur proposer, quelle temporalité, quel cadre doit être construit à mesure et sur mesure pour faire de cet ensemble impliqué un ensemble engagé ?*

Le Dispositif de Clinique Indirecte Concertée propose à tous les professionnels concernés par un adolescent de se rassembler dans un cadre clinique de concertation qui permet le tissage d'un liant puissant et efficace entre ces institutions et ces cultures professionnelles. Ce liant se renforce par une narration devenue possible et sans crainte, sans exigence de réussite sur des accompagnements qui perturbent, déçoivent et usent. Cette capacité adaptative lui permet de considérer l'éphémère tout en apportant une continuité et préserver la solidité du liant.

L'idée du travail en réseau apparut dans les années 80 s'est transformée. La santé a dépassé les frontières sanitaires, hospitalières au profit du « prendre soin » dont

chaque professionnel se fait l'acteur, quel que soit le secteur auquel il appartient. Alors que la volonté politique est de faire converger tous les dispositifs existants (MAIA, PTA, etc...), nous proposons une lecture différente en tant qu'appui spécifiquement clinique aux professionnels.

Inspiré de la Thérapie Contextuelle (Boszormenyi-Nagy) mise à l'épreuve des tourments adolescents et de la multitude des intervenants et des interventions, cette réflexion s'appuiera sur la notion de complexité afin de nous aider à définir notre objet de recherche. Deux axes théoriques s'assemblent afin de faire naître ces espaces de penser liants : l'interculturalité tel que conceptualisée par Daniel Derivois et la métapsychologie du lien définie par Pierre Benghozi.

## PREMIÈRE PARTIE

### Travail en réseau : De l'émergence d'un modèle contextuel à un modèle en maille

3 Martin BUBER est un philosophe, conteur et pédagogue israélien et autrichien du début du XX<sup>e</sup> siècle.

4 Ivan Boszormenyi-Nagy émigre en 1950 aux États-Unis. Il est professeur de psychiatrie. Le début de sa carrière est marqué par la préoccupation constante de trouver une manière efficace de venir en aide aux patients psychotiques. Il a développé une approche contextuelle au croisement de la systémique et de la psychanalyse qui intègre un paradigme nouveau qui repose sur l'éthique relationnelle. Selon cet auteur, le tissu relationnel qui existe entre ceux qui donnent et ceux qui reçoivent crée à la fois une interdépendance et un réseau de confiance.

#### 1. Appréhender l'ensemble : le contexte, le groupe, et la culture

##### a. Thérapie Contextuelle ou Clinique Thérapeutique de réseau

Nous débutons avec un concept philosophique qui lie le Je et le Tu dans une relation d'interdépendance. En effet, Martin Buber<sup>3</sup> énonce l'idée selon laquelle « Au commencement est la Relation, qui est une catégorie de l'être, une disposition d'accueil, un contenant, un moule psychique ; c'est l'*a priori* de la relation ». Sa pensée relationnelle est poursuivie par I. Boszormenyi-Nagy<sup>4</sup>, qui, dans son article *Une théorie des relations : expérience et transaction* (1980), propose de distinguer deux types de liens entre les individus : les uns fonctionnels et les autres ontiques. Nous passons de la Relation au Lien avec ce même sous-bassement d'une nécessité de l'Autre pour accéder à Soi, le Soi n'existant que pris dans le lien à l'Autre. Ce psychiatre de la famille est venu croiser les théories psychanalytique et systémique, les élargissant à tous les membres actifs et acteurs dans l'accompagnement de ces familles :

nommé « **le réseau** ». Il est donc question de l'importance de s'attarder sur la qualité des liens et de faire advenir une Clinique des liens extra-familiaux.

La thérapie Contextuelle telle que développée par ce dernier, prend en compte, au-delà des dimensions factuelle, individuelle et familiale (systémique), la dimension éthique que revêt la réalité relationnelle. Cet auteur étend et inclut les professionnels dans ce qui les engage auprès des familles et inversement : parlant des loyautés. En effet, « de proche en proche » (Hellal, 1989, p. 47) les loyautés s'élargissent et se retrouvent entre membres des familles et professionnels ou entre professionnels. La Clinique de Concertation, qui regroupe donc les membres des familles, les professionnels concernés et « toute personne dont on pense la présence utile », même les « intrus » (personnes non concernées), permet une extension sans limite du cadre thérapeutique. Incluant désormais les professionnels issus de différents champs, il autorise à penser **une clinique thérapeutique de réseau**.

#### b. Groupalité psychique

Parce que le travail de réseau se bâtit sur la création d'un ensemble de professionnels concernés par une même situation, qui se réunit régulièrement, il est intéressant de considérer les effets de cette mise en groupe. Nous prendrons appui sur la notion d'appareillage des psychés telle que développée par René Kaës (2005) afin de rendre compte, d'un point de vue psychanalytique, de « l'appareil psychique groupal » qui « lie, assemble, accorde entre elles des parts de la psyché individuelle mobilisée dans le processus de formation d'un groupe » (Groupe interne et groupalité psychique, pp. 20). En effet, la réunion d'un groupe de personnes de professions distinctes et issues de secteurs divers tels que le propose le travail en réseau leur impose un certain nombre de contraintes psychiques. Freud (1921,1929) en cite de quatre ordres : mise en latence, renoncement à la réalisation des buts pulsionnels, abandon partiel des idéaux personnels et effacement de la singularité des pensées au profit d'un idéal commun. Le travail en réseau infléchit aussi les mécanismes de refoulement,

de déni ou de rejet, il exige une coopération au service de l'ensemble pour la réalisation de ses buts.

Cet appareil psychique groupal a donc une dynamique propre qu'il nous faut prendre en compte lorsqu'un professionnel rencontre une pluralité d'Autres. Une fonction demeure essentielle du côté du clinicien qui anime ces réunions : la fonction pare-excitatrice qui tient dans le cadre que nous fixons en tant qu'instance Clinique d'échange et de concertation : présentation mutuelle des participants, secret partagé, rédaction d'un compte rendu sur lequel tous peuvent intervenir...., Selon Kaës, « les emplacements subjectifs que l'organisation groupale déterminent sont dans des rapports de correspondance, de coïncidence, de complémentarité ou d'opposition ». Il s'agit donc, lors des réunions de Coordination, de prendre en compte l'emplacement de chacun pour comprendre d'où il parle et ce qui l'anime. L'objet commun qui les rassemble : la situation complexe d'un adolescent et les identités professionnelles qui légitiment leur présence sont à la fois propices au rassemblement (des corps comme des pensées) mais également au clivage et aux oppositions, en tout état de cause, tout rassemblement pensant transforme ses parties, comme E. Glissant (2004) le souligne : « Je peux changer, en échangeant avec l'autre, sans me perdre ni me dénaturer pour autant ». Parce que le sujet de l'inconscient est aussi sujet du groupe, il importe de considérer l'appareillage des parties de Soi liées avec celles d'autres.

Parce que « l'intersubjectivité pose le problème de la reconnaissance et de l'articulable de deux espaces psychiques partiellement hétérogènes dotés chacun de logiques propres » (R. Kaës, 1998, p. 49) il nous faut arrimer au même point d'ancrage, ne serait-ce qu'un point, pour faire que chaque psyché, dans une liberté d'être Soi, puisse trouver sens à rejoindre parfois l'Autre.

### c. Concevoir l'Autre-partenaire comme l'Autre-culturel

**« Agis dans ton lieu, pense avec le monde » E. Glissant, 2005.**

Chaque partenaire impliqué dans un accompagnement l'est au titre de son identité professionnelle : il appartient

à une discipline, il est issu d'un secteur d'intervention (social, médico-social, sanitaire, judiciaire) et détient une place dans sa propre institution (cadre, personnel éducatif). Au-delà de cette « simple » identité vient se juxtaposer d'autres identités qui sont le fruit de leur parcours personnel, de leur trajectoire de vie, de leur filiation et autres affiliations. Ils ont donc une identité plurielle qui, au niveau premier : intrapsychique, est déjà synonyme d'interculturalité. À l'identité individuelle s'ajoute l'identité collective qui est la manière dont les individus se définissent et sont définis par autrui sur la base d'appartenances sociales assignées et/ou revendiquées : profession, âge, genre, religion, ethnie, territoire, famille... Si une part de l'identité se construit dans des appartenances à des groupes, alors le travail en réseau influencera bel et bien les identités professionnelles. Ce multiple nous amène à la notion d'interculturalité décomposée par D. Derivois en trois figures : l'interculturalité intrapsychique que nous venons de définir par les identités plurielles, l'interculturalité intersubjective et l'interculturalité groupale vue au chapitre précédent. La position du clinicien de concertation dans la rencontre avec le sujet-professionnel est animée par l'idée de la conscientisation de cette interculturalité. Il est donc attentif à « un ensemble de phénomènes complexes, pluriels, multidimensionnels » (Derivois), qui œuvre et traverse la Clinique Indirecte Concertée. Prendre en compte cet aspect interculturel permet d'être à l'écoute de tous les professionnels avec cette intention de toujours l'écouter de là d'où il parle : notre partialité est multifocale. A-t-il l'habitude de l'enfermement, de la médication, partage-t-il le quotidien de l'adolescent, est-il en lien avec la famille, a-t-il été impliqué dans le suivi des membres la fratrie, a-t-il exercé ailleurs, dans une autre institution, un autre département, depuis combien de temps accompagne-t-il cet adolescent...? C'est en ayant conscience de l'impact de chacun de ces facteurs sur la position du professionnel que se crée la géohistoire de la rencontre entre le clinicien de concertation et les professionnels groupés, impliqués dans l'accompagnement du jeune et de sa famille. Cette géohistoire de la rencontre clinique est



« l'Histoire globale du parcours spatio-temporel, géographique, interculturel qui a conduit un professionnel et un autre sujet à se rencontrer dans les temps chronologique et psychique, dans l'espace extérieur et intérieur, dans le monde externe et le monde interne, dans une perspective phénoménologique et au niveau latent. » (Derivois). Pour rendre efficaces ces rencontres, il s'agit de considérer ces principes inconscients qui tendent à se dissimuler derrière des identités, des limites institutionnelles ou des adolescents trop bruyants qui nous mettent en échec dans nos missions. Notre intention en partageant les limites et les affects que la situation met en exergue, en écoutant les professionnels sur ces sujets est de considérer, avec eux, non pas *le moins* de leur impasse mais *le plus* de penser ensemble leur impasse.

## 2. Le réseau comme méta-cadre clinique d'un objet complexe

### a. Notion de complexité

La complexité est une configuration avec (cum) un nœud (plexus) d'entrelacement, d'enchevêtrement de plusieurs parties interdépendantes avec une part de subjectivité dans l'appréciation de l'indépendance des parties. La complexité des situations d'adolescents suivies par le réseau revêt plusieurs formes et se définit par l'intrication de facteurs de vulnérabilité et de discordance :

- **Vulnérabilité clinique :** des adolescents dont les troubles psychiques ne sont pas diagnostiqués, ils sont désorganisés, aux limites des structures psychopathologiques et désorganisant.
- **Vulnérabilité familiale :** des familles qui méconnaissent les besoins propres de leur adolescent, qui sollicitent peu ou mal les dispositifs d'accompagnements, qui soutiennent peu les accompagnements et les soins proposés.
- **Vulnérabilité du savoir et des pratiques professionnelles :** issue de la méconnaissance de la psychopathologie, du manque d'éléments de repérage

ou d'aide à l'orientation, d'un exercice isolé ou peu coordonné.

- **Vulnérabilité du territoire :** le manque de ressources de proximité, d'unité de pédopsychiatrie...
- **Discordance :** tensions entre droits parentaux et intérêt de l'enfant, tensions entre obligation de scolarisation et notification MDPH (absence de places en établissement médico-social), tensions entre parcours pénal aggravé et mesures d'aide éducatives...

Les jeunes dits « à parcours complexes » sont une « population à la limite des institutions » (Barreyre, 1997), dont les caractéristiques et les besoins spécifiques relèvent en général de plusieurs modes de prise en charge (sanitaire, sociale, médico-sociale, judiciaire) et qui, le plus souvent, ont mis à l'épreuve, voire en échec, des équipes professionnelles successives.

La notion de complexité est donc définie comme l'intrication des variables médicales, sociales, organisationnelles ou institutionnelles. Au-delà de ce niveau de complexité, nous trouvons le chaos et son irréversibilité.

Edgar Morin, (1990, 1994, 2015) sociologue et philosophe, propose dans « Introduction à la complexité » une approche de cette notion ayant la capacité à remettre tout en question. Elle est l'entremêlement de plusieurs paramètres qui s'influencent les uns les autres. L'étude par système permet d'apporter un regard plus spécifique à chaque élément du système et de prendre en compte les liens de dépendance entre eux.

Yannis Gansel, pédopsychiatre à Lyon nous parle d'une ambiguïté (qui souffre ?) et d'une incertitude (où est l'adolescent ?) qui sont constitutives de la catégorie des adolescents « difficiles ». Cette catégorie définit un trouble réputé ne pas rentrer dans les catégories pathologiques conventionnelles. Ce *double trouble* est tout à la fois celui, objectif, de l'adolescent et celui, construit dans un système institutionnel et contre-transférentiel, des professionnels et de leur malaise.

Le travail en réseau permet de simplifier, c'est-à-dire de rendre plus simple, lisible et compréhensible des

objets complexes en permettant d'identifier plus facilement les nœuds, les répétitions dans les parcours de vie et repérer les (dys)fonctionnements et les indicibles des accompagnements.

#### b. Clinique de la maille

Le réseau, pour D. Génelot, dérange les modèles classiques, articulés en sous-ensembles et en arborescences ; il fait appel « aux logiques floues, aux ajustements itératifs, aux hiérarchies enchevêtrées et temporaires, aux frontières molles et poreuses ». Les auteurs qui s'inspirent de l'« approche réseau » insistent sur la flexibilité induite par le fonctionnement non hiérarchisé. Il est « un agencement souple de liens » (F. Vedelago), il « n'a ni sommet, ni base » (Payels Heinz) et nous permet de nous engager sur la voie de l'intelligence collective. Joel de Rosany, quant à lui, ajoute la possibilité pour « chaque élément interconnecté (...) de pouvoir être un nœud, et un lien... » Il précise également que le réseau est « fragile car les éléments qui le constituent sont vulnérables ».

Afin de préciser cette interconnexion, nous parlerons des liens psychiques de filiation et d'affiliation, ceux qui nous permettent de penser l'inscription dans une groupalité psychique. Les relations, selon Nagy, sont fondées sur deux pôles : réciprocité et équité, ce qui fonde et permet en conséquence le maillage partenarial tel que Pierre BENGZOZI<sup>5</sup> le définit : « Les mailles sont constituées par l'enchevêtrement entre du lien de filiation et du lien d'affiliation. L'ensemble de ces mailles construit du maillage. Ce maillage définit un contenant psychique ». Le Dispositif de Clinique Indirecte Concertée, de par sa fonction liante, se trouve fondateur de « mailles » qu'il préserve, noue les unes avec les autres, dénoue lorsqu'il le faut. Il rend ce maillage visible, il lui donne une réalité qui renforce son efficacité. Les professionnels ont d'autant plus besoin de ce maillage sécurisant, polymorphe qu'ils œuvrent dans des institutions qui ont à composer massivement « avec la déliaison et la pulsion de mort » comme l'explique Georges Gaillard<sup>6</sup>.

André Green a développé le « complexe de la mère morte » dans le cas de mères présentes physiquement mais

5 Pierre Benghozi, pédopsychiatre, psychanalyste, président de l'Institut de Recherche en Psychanalyse du Couple et de la Famille, et chaire UNESCO de Santé sexuelle et Droits.

6 Georges GAILLARD est psychologue clinicien, professeur à l'Université Lumière-Lyon 2, responsable de la Formation à partir de la pratique (FPP) et du DU Analyse de la pratique et régulation institutionnelle (DUAPR). Psychanalyste, membre au IVe Groupe et de Transition (Analyse de groupe et d'institution).

absentes et non disponibles psychiquement pour prendre soin de leur enfant. Certaines postures professionnelles peuvent être semblables à cela qu'elles empêchent le professionnel de se rendre disponible dans le lien et toutes ses dimensions auprès de l'adolescent. L'écoute manque, la tempérance également et il peut arriver que nous pensions « à la place » de ces adolescents, que nous pensions pour eux des projets auxquels ils n'adhèrent pas. La question de leur désir est mise de côté car elle n'a plus place dans ce qui est déjà d'une grande complexité de leur parcours et de leur problématique. Le travail de la Clinique Indirecte Concertée permet donc de refaire une place au désir du jeune, entendu, entendable, trouvant place dans une psyché collective disponible.

### c. Notion de méta-cadre

Le cadre clinique que nous proposons, parce qu'il est tiers, opérationnel et contenant, dépassant les frontières sectorielles, professionnelles, institutionnelles, peut permettre la création d'un espace de penser collectif. Le clinicien de concertation à l'œuvre décide, organise, s'adapte à cet ensemble changeant face à une problématique elle aussi changeante.

La temporalité du réseau peut être accélérée par les événements induits par l'adolescent (passage à l'acte, placement, détention, exclusion, fugues...) ou ralentie par les rythmes institutionnels (vacances scolaires, fermeture des établissements...), voire stoppée par le travail sur le parcours de vie au cours duquel nous revenons sur l'ensemble des événements de vie que l'adolescent et sa famille ont traversé ou subi. L'objectif est d'amener les professionnels à prendre en compte son histoire dans ses phénomènes de répétitions, de transmission intergénérationnelle, etc. Enfin, comme « le réseau est une structuration de l'éphémère en transformation » (Benghozi), nous devons accorder notre temporalité à celle de l'adolescent et de ses accompagnants : prendre en compte ces derniers événements, les nouveaux professionnels, etc. qui vont régulièrement transformer le maillage dans la qualité de ses liens comme dans ses constituants.

La temporalité du réseau n'est pas celle de notre société : celle de l'immédiateté. Elle pense avec du recul et a besoin de temps ; celui qu'il nous faut pour réunir tous les professionnels, choisir une date de rencontre, un lieu, etc. Nous avons notre propre rythme : celui des réunions de coordination et celui de nos écrits qui synthétisent dans l'après-coup les faits passés, précipités et les engagements que chacun a pris auprès de ses pairs. Georges Gaillard précise aussi la temporalité des institutions du soin et du travail social comme étant « aux prises avec les avatars du processus d'historisation au travers de ces différentes temporalités immobilisées, écrasées, effacées telles qu'elles se rencontrent chez les usagers ». De ce point de vue, la définition du problème (selon la clinique) contient déjà la solution qui lui est appliquée (la réflexivité collective).

## DEUXIÈME PARTIE

### La construction lente d'un

### Dispositif de Clinique Indirecte Concertée

#### 1. La longue mutation d'un Réseau de Santé

##### a. Généalogie de notre réseau

En 2008, le réseau se crée et se nomme RésaGard : « réseau de santé pour adolescents en grande difficulté du Gard ». Nous occupions des bureaux au Centre Hospitalier d'Alès en Cévennes, qui a été pendant plusieurs années notre porteur juridique. Nous nous sommes appuyés, pour créer ce premier réseau, sur un cahier des charges précis qui définissait sa composition et ses missions. Une démarche de changement a été initiée et soutenue par l'Agence Régionale de Santé quelques années plus tard, celle-ci nous demandant de prendre en compte les limites de nos actions et de proposer des réajustements dans notre fonctionnement. En effet, il nous a été impossible de répondre aux demandes des partenaires qui étaient de trouver des places supplémentaires aux adolescents, ces « patates chaudes » dans des institutions « sur mesures »

qui n'existaient pas. Que pouvions-nous apporter aux professionnels qui sollicitaient le réseau ? Qu'elle était notre force, notre plus-value, notre atypisme ? Qu'avions-nous de plus que chaque institution, du champ sanitaire, social, médico-social ou pénal ne possédaient pas elle-même ?

- **Notre place** : de n'être ni des uns, ni des autres, d'être un tiers exclu de toute dimension hiérarchique ou de pouvoir auprès des institutions.
- **Notre connaissance du territoire gardois** : de connaître toutes les institutions du département qui œuvrent auprès d'adolescents.
- **Notre mobilité** : aller à la rencontre des professionnels, dans leurs institutions, les côtoyer dans leur propre zone de confort

- **Notre posture** : ce que nous définirons comme la partialité multifocale

Nos limites :

- Faire autorité auprès des institutions.
- Communiquer avec tous les professionnels dans le respect du secret partagé
- Rendre compte du travail interinstitutionnel auprès des membres des familles

Nous avons rejoint la Maison des Adolescents à Nîmes en 2016 et sommes devenu Dispositif de Clinique Indirecte Concertée pour adolescents de 10 à 21 ans en situation complexe sur le Gard. Cette nouvelle nomination souligne la place de la Clinique comme outil premier avec cette particularité d'œuvrer indirectement auprès des adolescents. La concertation implique un ensemble pluriel de professionnels qui, avant d'être « coordonnés » doivent se concerter, c'est-à-dire penser ensemble. Les solutions, que les professionnels attendaient du Réseau, émanent de ce collectif pensant. « Bricoler » les uns avec les autres pour innover dans les prises en charge et imaginer des alternatives sur mesure, s'engager non pas auprès du réseau, mais les uns auprès des autres.

b. **L'avènement du Dispositif  
de Clinique Indirecte Concertée**

Notre Dispositif tente, en tant que tiers liant entre les institutions, de créer un autre espace de penser, à dimension évolutive, adaptative, qui s'affranchisse des codes infra-institutionnels classiques tout en prenant en compte ces derniers.

**La dimension clinique à l'usage des professionnels :**

La spécificité d'Arpège se trouve dans la composition quasi-exclusive de psychologues mais plus encore dans leur différence : de la systémie à la victimologie en passant par l'interculturalité, les grilles de lecture qu'elles soient psychanalytiques, ethno psychiatriques ou criminologiques sont avant tout plurielles. Ainsi, chaque situation pourra être abordée par l'une de ces dimensions et croisées avec les autres. Le Dispositif s'attache à trouver une lecture pertinente à chaque situation d'adolescent et de sa famille. Nous nous devons, face à ces multiples avec lesquels nous travaillons : champs professionnels, culture professionnelle, entrer en résonance et intégrer cette pluralité dans notre équipe.

**La dimension clinique à l'usage des familles :** Alors que l'absence des familles faisait débat lors des réunions de coordination, nous avons choisi de leur ouvrir notre espace de penser inter institutionnelle. Ils peuvent donc être invités à nous rejoindre en fin de réunion afin, tout d'abord, de voir rassembler dans une même pièce des professionnels venues penser « à eux, pour eux », participer à un temps de réflexion, les liens deviennent alors visibles pour la famille, les failles se referment et les mailles se resserrent, le filet devient solide et la contenance perceptible. Le psychologue qui anime ces rencontres est le garant de cet espace et doit pouvoir assurer à la famille la possibilité d'avoir une place pensée, attendue lorsqu'elle se présente. La famille et l'adolescent portés par ce collectif qui, au-delà de lui proposer des solutions « clés en main » se met à penser avec elle, s'autorise ou se risque à lui rendre compte de ses impasses, de ses propres fragilités. Faisant aveu de cette difficulté qui appartient au professionnel, il place la famille en position de pouvoir

l'aider et participer pleinement à l'élaboration d'une pensée collective.

## **2. De la demande d'un professionnel à l'émergence d'un nouveau contenant**

### **a. La Saisine du D-CLIC Arpège**

Notre fonctionnement nécessite qu'un professionnel nous sollicite au sujet d'un adolescent. Ce fut le cas pour Anissa qui inquiétait particulièrement la psychologue du Foyer Départemental de l'Enfance dans lequel elle se trouvait, de par ses cris et ses crises, de par le nombre important de professionnels et d'institutions qui gravitaient autour de sa situation, de par la nécessité de lui proposer un lieu de soin adapté à son âge (17 ans) et un autre lieu de vie, Anissa étant dans une unité d'accueil d'urgence où elle ne pouvait pas rester. Suite à un échange téléphonique avec ce professionnel, nous lui avons proposé de venir la rencontrer afin de compléter, avec elle, le dossier de saisine de notre Dispositif. Nous lui avons également proposé de convier, dès cette rencontre, tout autre professionnel dont elle pensait la présence utile : la psychologue de l'Institut Médico-Educatif nous a donc ainsi rejoints. Ce temps d'échange nous permet d'obtenir de nombreux éléments d'informations sur la situation actuelle de l'adolescente et de mettre en perspective ses difficultés au regard de deux établissements, deux contextes et deux antériorités dans le lien. Les premières zones d'ombres apparaissent également : la fratrie d'Anissa est nombreuse, les déplacements géographiques, les placements et il est difficile de se repérer dans cette géo-histoire, tant pour les professionnels que pour la jeune fille qui questionne son parcours. Il est décidé de faire un travail sur son parcours de vie en relisant les écrits des professionnels depuis...qu'ils ont commencés à écrire au sujet de cette famille.

Lors de cette rencontre (que nous nommons Réunion d'inclusion), un travail de maillage est déjà à l'œuvre, une historisation du parcours de cette jeune fille, des liens qu'elle tisse avec chacun en ce qu'il « prend, sidère, provoque, nie » est déjà nommé. Cette rencontre a eu lieu



dans le foyer où elle réside car la Clinique que nous proposons, si Indirecte soit-elle, se veut en grande proximité avec les professionnels et les adolescents. Notre mobilité permet que se disent les choses là où elles se passent. Nous faisons ce chemin vers l'Autre-institutionnel afin de nous immerger aussi dans sa culture professionnelle, le lieu où il pratique. Nous « imposons » aux autres professionnels de le faire avec nous : à la Protection de l'Enfance de venir dans l'Unité de pédopsychiatrie, au Lieu de vie de venir à l'ITEP, etc. chemin que réalise l'adolescent lui-même, sur nos injonctions à devoir être là où il est attendu. Le choix est d'impliquer l'ensemble des professionnels, dont nous-même, dans ces lieux et de les « fréquenter ».

La sollicitation d'un professionnel vient rendre compte d'une inquiétude sur l'état de santé global, sur l'avenir d'un adolescent et met en évidence les limites qu'il a, dans son champ propre, à répondre à tout de la problématique, devant pour cela impliquer d'autres partenaires et se « lier » à ces autres. Il ne s'agit pas uniquement de transmettre des informations, mais de les penser ensemble, de regarder dans la même direction.

#### **b. Le Dispositif comme figure d'assemblage**

La première réunion de coordination est organisée à l'IME, rassemblant une quinzaine de professionnels issus de l'Institut Médico Educatif, du Foyer Départemental de l'Enfance, de l'Aide Sociale à l'Enfance, du Centre Médico Psychologique et de l'Education Nationale.

Tous ont une connaissance « personnelle » de la situation, un lien établi avec l'adolescente, des objectifs rédigés (en multiple Plan Personnel ou Individuel...) ou le devoir de répondre à une ordonnance du Juge pour Enfant. Pour autant, dans ce premier temps, le D-CLIC connaît une grande partie de l'histoire de cette jeune fille : son parcours, sa filiation, l'histoire maternelle et celles, en parallèle, de ses frères et sœurs au travers de la réalisation du parcours de vie. Ce travail de lecture des écrits professionnels, de mise en chronologie, parfois en schéma, ne donne pas accès à une vérité absolue sur l'histoire de cette famille, mais propose un appui à la compréhension

d'une trajectoire. Le partage de ce que nous avons pu comprendre de l'histoire familiale avec l'ensemble des professionnels concernés par la situation permet de s'extraire de « l'ici et maintenant », de prendre du recul face à des actes signifiants une grande souffrance et de combler des absences. Entre ceux qui portent la décision du placement, ceux qui le mettent en œuvre, ceux qui le vivent, ceux qui forment et enseignent, ceux qui soignent, il naît un point de rassemblement autour d'une seule et même adolescente. Anissa nous rappelle sa capacité à rassembler autour d'elle autant de professionnels. Il s'agit d'une force dont le réseau n'a fait que relier les points activés par elle. Nous sommes dans le partage du secret plus que dans le secret partagé car nous sommes dépositaires d'un savoir que nous acceptons de donner, d'expliquer et de transformer, toujours dans l'intérêt strict de l'adolescent.

Parce qu'il a été expliqué à Anissa que les professionnels allaient se rencontrer pour parler d'elle, elle a demandé à pouvoir être présente à cette rencontre. Après recueil de l'avis des professionnels, nous l'avons reçue en fin de réunion : rendant pour elle visible le maillage inter-partenaire, de par la présence physique de tous ces professionnels qui ne parlaient que d'une seule et même voix : celle du clinicien de concertation qui lui a fait une synthèse des échanges. Dans le cas du profil abandonnique de cette adolescente de bientôt 17 ans, consciente de la trouée dans son filet familial, elle a pu se réassurer à partir de cet autre-ensemble que nous représentions pour elle : un ensemble fédérateur de professionnels qui, s'il change dans sa composition (changement de référent, de lieu d'accueil, etc.) continuera à se rassembler autour d'elle dans une continuité assurée par le D-CLIC, seule appartenance qui ne subira pas de terme volontaire ou imposé, outre l'accès à ses 25 ans...

## Discussion

Notre Dispositif de Clinique Indirecte Concertée a mis presque 10 ans pour se construire, se penser, et se voir

chaque jour évoluer, en fonction des demandes des professionnels, ajustant son cadre, ajustant la composition de son équipe, ses critères d'inclusion, etc. Il se transforme et s'ajuste continuellement dans le paysage politique et en fonction des ressources de son territoire.

Il ne s'octroie rien des effets de son modèle : il est parfois mis à la place du « mauvais objet » permettant aux partenaires de continuer à penser ensemble, parfois il glisse vers de la supervision lorsque les équipes ont à penser les impacts et les affects de l'accompagnement de ces adolescents sur leur pratique, parfois il est remercié pour sa présence, sa pertinence, son engagement.

Le D-CLIC a défini aujourd'hui son cadre clinique de manière à ce qu'il conserve sa singularité et se différencie des autres dispositifs de coordination. Il produit des effets et ceux-ci appartiennent à chaque professionnel, à chaque famille, à chaque adolescent...

Si notre outil de Clinique Indirecte Concertée s'attache à prendre soin des parcours dans ce temps éminemment complexe de l'adolescence, ne pourrait-il pas intervenir en amont, lorsque des équipes se relaient déjà auprès d'enfants à peine âgés de 10 ans ? Les professionnels sont capables d'identifier très tôt la complexité d'une situation, nous solliciter en amont nous permettrait d'intervenir avant l'entrée au Collège par exemple, en amont des premiers bouleversements liés à l'adolescence qui bousculera, avec plus ou moins d'ardeur, le modèle en place, les familles, les institutions et leurs professionnels.

## Bibliographie

- BANTMAN, P. (2004). « Le concept de réseau », *VST – Vie sociale et traitements*, vol. no 81, no. 1, pp. 18-19.
- BENGHOZI, P. (2007). « Le lien réseau », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2007/1 (n° 48), p. 163-174.
- BENGHOZI, P. (2013) « Contenant malléable, cadre, dispositif et nouvelles configurations du « faire famille » : la fonction accueil tramolino », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol. 60, no. 1, pp. 7-34.
- BUBER, M. (2016). « Au commencement était... Martin Buber. Libres extraits de *Je et tu* », *Revue du MAUSS*, vol. 47, no. 1, pp. 32-34.

- DERIVOIS, D. (2005). *Clinique de la mondialité. Vivre ensemble avec soi-même, vivre ensemble avec les autres*. De Boeck Supérieur, 2017.
- GAILLARD, G. (2001). « La généalogie institutionnelle et les écueils du travail d'historisation : entre filicide et parricide », *Connexions*, (no76), p. 125-141.
- GANSEL, Y. (2016). « Où sont-ils ? » : incertitudes professionnelles dans le traitement des adolescents « difficiles » », *Rhizome*, vol. 59, no. 1, pp. 78-85.
- LEMAIRE, J-M. & HALLEUX, L. (2010). « Confiances, Loyautés et « Cliniques de Concertation » au service du Travail Thérapeutique de Réseau », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* (n° 44), p. 137-152.
- LEROY, C-M. (2005). « Martin Buber, précurseur du personnalisme », *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, (n° 1), p. 67-72.
- MICHARD, P. (2005). « La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy. Une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la thérapie familiale », sous la direction de Michard Pierre. De Boeck Supérieur, pp. 343-344.
- REGNAULD, H. (2012). « Les concepts de Félix Guattari et Gilles Deleuze et l'espace des géographes . *Chimères*, vol. 76, no. 1, pp. 195-204.
- VEDELAGO F. (2008). « Le développement du travail en réseau comme stratégie de changement dans les politiques publiques », *Sociologie Santé, Les Études Hospitalières*, pp. 55-70.
- VIÑAS, J. M. (1998). L'avènement des réseaux De la tuberculose aux ordonnances de 1996 *adsp actualité et dossier en santé publique*, n° 24, pp. 13-14
- <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-dispositifs-dappui-la-coordination-dac>