

Jean-Marie Lemaire¹, Laurent Halleux², « Entre Exclusion et inclusion : la « Clinique du Relais » », in *Le droit des jeunes*, juin 2008.

Notre texte trouve son origine dans les aléas de l'organisation d'un colloque sur le thème de l'éducation des jeunes en difficulté. Un de nos collègues, souhaitant inviter quelques professionnels de ce secteur, se trouva quelque peu déconcerté lorsqu'il apprit que deux d'entre eux manifestaient une certaine réticence à se rencontrer, pour débattre de leurs méthodologies respectives. L'étonnement fut d'autant plus grand que ces deux professionnels caractérisent tous deux leur méthodologie par le refus radical de toute punition et de tout renvoi dans leur institution. Leur pratique de non-exclusion envers les usagers semble alors se transformer en pratique d'exclusion dès lors qu'il faut qualifier leur relation envers d'autres professionnels. C'est ce paradoxe qui se trouve à la base de notre réflexion. Comment expliquer ce rapport différencié, selon qu'il concerne des usagers, ou des professionnels ? Quelles conséquences de telles méthodologies peuvent-elles avoir sur le travail thérapeutique ? À quelle conception de la thérapie cette attitude est-elle liée ? Mais surtout, quelle pratique thérapeutique permettrait d'abandonner cette position d'exclusion envers les autres professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle pour porter une bienveillante attention autant à l'utilisateur qu'aux collègues ?

Avant de développer une esquisse de modèle thérapeutique qui puisse répondre à cette exigence, faisons le détour – en fait un raccourci – par la description d'une situation³. À Alessandria, dans le Piémont (Italie), Ahmed⁴ est un petit garçon de 10 ans, surnommé « il cioccolatino » (petit chocolat) en raison de ses origines marocaines et de la couleur de sa peau. Lors des événements du 11 septembre 2001, et afin d'éviter une stigmatisation et d'éventuels problèmes entre ses écoliers,

¹ Neuropsychiatre, thérapeute familial, clinicien de concertation.

² Philosophe.

³ Nous représentons systématiquement les situations par un sociogénogramme, à l'aide d'un code de couleurs : les usagers sont dessinés en noir, les professionnels en vert. Les relations, représentées par des flèches, se dessinent en bleu (entre les usagers), en vert (entre les professionnels), en rouge (des usagers vers les professionnels) ou en orange (des professionnels vers les usagers).

⁴ S'il s'agit ici d'un nom d'emprunt, ce sont les contraintes éditoriales qui nous l'imposent. La méthodologie que nous détaillons dans cet article revendique le refus de l'anonymat. Les personnes dont on parle sont donc toujours nommées, afin qu'on puisse les reconnaître lorsque l'on dit d'elles des choses dont elles pourraient être fières.

l'institutrice décide d'effectuer un sondage, pour voir comment sont perçus ces événements par les enfants. Cette initiative va toutefois avoir des effets contraires à ceux espérés. Ahmed manifeste en effet des signes inquiétants en classe, il devient turbulent et l'entente avec ses camarades se dégrade. À tel point que l'institutrice interpelle le directeur d'école qui prend lui-même contact avec la neuropsychiatrie infantile ainsi que « Punto D », une institution parascolaire. Ahmed accepte les rendez-vous qu'on lui propose et se rend dans ces espaces. Par ailleurs, il est fait appel à un médiateur culturel, Mohamed, afin d'entrer en contact avec la famille. On apprend, à cette occasion, qu'Ahmed est le septième enfant d'une fratrie de neuf enfants. Les problèmes d'Ahmed ne s'améliorant pas, on fait intervenir deux institutions supplémentaires, dans lesquels il pourra occuper de son temps. Il fréquente avec assiduité et bonne volonté ces nouveaux espaces, dans lesquels il peut s'adonner à divers jeux. Mais la situation à l'école reste problématique, surtout lorsque Ahmed arrive un matin à l'école, avec dans son cartable le couteau ensanglanté qui a servi à tuer le mouton, la veille. Ses camarades de classe ne manquent pas de signaler cet événement à leurs parents, et ceux-ci se concertent pour dénoncer cette situation sur la place publique. Un article paraît en effet dans le journal « La Stampa », accusant cette famille de ne pas réussir à s'intégrer dans la communauté qui l'accueille.

À ce stade, les divers professionnels qui ont pu encadrer, aider Ahmed, ne parviennent pas à trouver de solution satisfaisante. C'est alors que l'un des professionnels concernés propose de réunir l'ensemble des intervenants, en ce compris Ahmed et sa famille, afin de réfléchir ensemble à la situation et trouver de nouvelles pistes de travail. Se met ainsi en place une « Clinique de Concertation ». Il s'agit d'un dispositif thérapeutique regroupant des professionnels, qu'ils soient directement concernés ou non par la situation, et les membres d'une famille, accompagnés de toutes les personnes dont ils jugent la présence utile, afin de « mieux se connaître pour mieux travailler ensemble ». La rencontre a lieu une après-midi, dans une école, espace dans lequel on peut supposer que l'on travaillera avant tout à préparer l'avenir plutôt qu'à remuer et dénoncer le passé. Y participent Ahmed, sa maman, la directrice et l'enseignante de l'école, une médiatrice culturelle,

les institutions parascolaires qui accueillent Ahmed (Punto D et Cissaca), des responsables d'une autre école qui associe enseignement normal et musical et un clinicien de concertation, qui anime la rencontre. En outre, d'autres personnes y participent, quoiqu'elles ne soient pas directement concernées par la situation. Nous les appelons des intrus. C'est ainsi qu'une enseignante française, de passage en Italie, une thérapeute familiale (qui travaille, en région parisienne, dans une association « Ecole et Famille » visant à rétablir des liens de confiance entre les familles et l'école) et une assistante sociale italienne y participent également. Quant à la neuropsychiatrie infantile, elle a refusé d'entrer en contact avec la directrice, et du même coup de participer à cette « Clinique de Concertation », séparant par là le champ de l'éducation et celui de la thérapie.

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. Si bien que l'on peut affirmer que « l'organisation du travail d'aide, de soin, d'éducation et de contrôle devient thérapeutique lorsqu'elle n'est plus séparée du travail d'aide, de soin, d'éducation et de contrôle »⁵. N'est-il pas en effet plus praticable de convoquer les usagers à réfléchir avec les professionnels lorsqu'il s'agit de trouver des solutions au mieux vivre ensemble ? Et ce d'autant que la première convocation vient toujours, ultimement, de la famille elle-même. C'est bien elle qui, de multiples manières, interpelle, convoque les professionnels, sans que ces activations ne prennent la forme de « demandes » claires et bien formulées.

Ces « Cliniques de Concertation » se tiennent une fois par mois, depuis 1996, dans de nombreux territoires et contextes, de la Belgique à l'Algérie en passant par l'Italie, la Suisse, la France ou l'ex-Yougoslavie. En France, elles s'inscrivent notamment dans le cadre des Programmes de Réussite Educative. Ce dispositif permet de travailler

⁵ J.-M., E. VITTONI, V. DESPRET, « Clinique de Concertation et Système : à la recherche d'un cadre ouvert et rigoureux » in *Génération*, Paris, mars 2003, n° 28, pp. 23-26. Ce texte est disponible sur le site Internet www.concertation.net.

autour de situation de jeunes en détresses multiples, en ne s'attachant pas essentiellement aux carences, aux manques, aux difficultés, mais en tâchant de repérer les ressources, fussent-elles résiduelles. On y cherche à identifier les liens de confiance, et à transformer, de proche en proche, les zones de conflits impraticables en conflits praticables.

Si cette méthodologie de travail en réseau montre, depuis plus de 10 ans, des résultats significatifs, notamment dans le secteur de la jeunesse, elle n'est aucunement exclusive et ne remet pas en cause toutes les autres méthodologies, qui ont pu également faire leurs preuves. Revenons donc à présent sur celles dont nous parlions dans notre introduction, à savoir les méthodes non-punitives. Nous pourrons ensuite les comparer aux « Cliniques de Concertation » et comprendre, par contraste, ce qui constitue l'originalité de cette dernière.

Le livre de Roland Coenen, « Eduquer sans punir », constitue une synthèse probante d'une expérience longue de plusieurs années, dans un centre pour jeunes. La règle constitutive de cette méthodologie repose sur le non-renvoi : « presque 10 ans de pratique nous permettent aujourd'hui de présenter le non-renvoi comme un principe établi »⁶. Tomkiewicz et Finder, qui représentent un autre courant de ce type, ne considéreront pas le non-renvoi comme une règle absolue, mais celui-ci ne pourra intervenir qu'en ultime recours et pour 4 motifs : le garçon se rend intolérable par ses troubles caractériels à la majorité des membres de l'équipe éducative ; il occasionne un sentiment d'insécurité, voire de terreur ; il refuse tout dialogue ou toute technique thérapeutique ; il doit être âgé de plus de 17 ans⁷. En outre, les modalités de renvoi sont clairement définies : le renvoi ne sera pas brutal et il n'aura pas lieu si un point de chute n'est pas prévu pour le jeune⁸. Une telle attitude envers le jeune, qualifiée par ces derniers auteurs d'*attitude authentiquement affective* (A.A.A.), suppose que l'on reprenne toujours la négociation, que l'on travaille sans cesse les conflits entre les différents protagonistes.

⁶ R. COENEN, *Eduquer sans punir. Une anthropologie de l'adolescence à risques*, Eres, 2004, p. 78.

⁷ S. TOMKIEWICZ et J. FINDER, « Drogue et Psychothérapie au centre familial de jeunes de Vitry, Bulletin de Psychologie », tome XXXIV, n°348, pp. 128-129.

⁸ *Ibid.*, p. 129.

Surtout, ces méthodologies reconnaissent l'échec de la pédagogie du contrat, représentée par une adéquation entre la demande d'aide et son offre. Bien souvent, ces jeunes sont méfiants par rapport à toute proposition d'aide. Ils ne font pas confiance au « psy » qu'on leur impose de rencontrer. Il faut donc trouver des alternatives pour dépasser le cadre traditionnel de la thérapie. Si les derniers auteurs, pour ce faire, se cantonnent dans une *attitude authentiquement affective*, en refusant de renoncer à aimer les jeunes – « guérir la délinquance par l'amour⁹ » – la méthode utilisée par Roland Coenen et son centre consiste plutôt à offrir un cadre souple aux jeunes¹⁰. Que ce soit à travers des réunions de synthèse¹¹, qui regroupent les différents professionnels qui travaillent avec les jeunes, ou à travers les intervisions¹², un éventail de solutions peuvent être offertes pour aider le jeune.

La « Clinique de Concertation » a de nombreux traits communs avec ces méthodologies, mais s'en sépare sur d'autres points. Tout d'abord, elle reconnaît aussi l'échec du contrat traditionnel, entre un usager qui ferait une demande claire et précise à un professionnel qui y répondrait, à l'abri de son cabinet¹³. Dans la majorité des cas, en effet, les usagers n'activent pas les professionnels par une « demande », mais les convoquent, les interpellent, voire les saisissent par de nombreuses manières : une inquiétude d'un proche, un souci d'une institutrice, ou encore un membre de la famille qui appelle à l'aide pour un autre. Raison pour laquelle nous avons adopté le terme de « tiers-demandeur » dans notre pratique. Le plus souvent, ce n'est en effet pas la personne qui est en détresse qui fait appel à un professionnel, mais quelqu'un qui se soucie pour cette personne en détresse. Et cette situation nous apparaît dès l'abord comme plus praticable, puisque se manifeste, dès la convocation, un lien sur lequel nous allons pouvoir travailler.

⁹ Reportage de Claude Bonnafont in *Psychologie*, N°45, octobre 1973.

¹⁰ R. COENEN, *ibid.*, p. 91.

¹¹ *Ibid.*, p. 83

¹² *Ibid.*, p. 90

¹³ Vinciane Despret, « Le secret est une dimension politique de la thérapie », in T. Nathan (dir.), *La guerre des psys. Manifeste pour une psychothérapie démocratique*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 2006, pp. 153-176.

Mais travailler sur ce lien suppose que l'on abandonne le cadre classique de la thérapie, puisqu'un tiers fait *toujours déjà* partie de la thérapie. Il faudra ouvrir le cabinet pour accueillir ce tiers. À l'échec du contrat classique, la « Clinique de Concertation » ne répond pas par une A.A.A. ou une règle du non-renvoi, mais plutôt par l'accueil de l'intrus. Telle est l'originalité de ce dispositif. Il consacre une ouverture absolue, en considérant les intrus comme des ressources essentielles. Ceux-ci permettent au dispositif de ne jamais se refermer sur lui-même, de même que les questions du vivre-ensemble ne peuvent jamais être clôturées. Par ailleurs, nous avons eu l'occasion de le souligner, les usagers font partie intégrantes du dispositif. S'ils ne participent pas toujours aux « Cliniques de Concertation », les professionnels seront toujours attentifs – et leur grand nombre y aide d'autant plus – à parler des membres de la famille « comme s'ils étaient présents » et à faire un retour avec eux sur la séance de travail¹⁴. Cette figure particulière du travail thérapeutique de réseau va donc jusqu'au bout de ses principes fondamentaux, en incluant les usagers dans la définition du cadre thérapeutique. Car il ne faut pas croire que la « Clinique de Concertation », qui se tient ponctuellement, remplace le travail quotidien des professionnels de l'aide, de soin, d'éducation et du contrôle. On y suspend les finalités immédiates, la recherche de solutions, pour réfléchir à mieux travailler ensemble. Autrement dit, la « Clinique de Concertation » se met au service du travail thérapeutique de réseau, en permettant de choisir le cadre thérapeutique, avec les usagers¹⁵. Ceux-ci participent donc activement, au même titre que tous les professionnels, à la mise en place de la relation thérapeutique qui leur convient, à tous, au mieux. Ainsi, Ahmed et sa maman choisissent, avec les autres professionnels présents, la solution qui sera mise en œuvre, à savoir le changement d'école. C'est sur ce point que ce dispositif se révèle particulièrement innovant et se distingue des autres approches que nous avons esquissées. Dans les approches précédentes, en effet, les réunions de synthèse s'effectuent en l'absence du jeune, entre seuls professionnels concernés. Si le cadre thérapeutique est souple, il ne peut être modelé que par les professionnels, l'utilisateur devant, *in fine*, s'y soumettre.

¹⁴ Le sociogénogramme, représentation de la complexité de la situation, servira souvent de support pour la restitution à la famille.

¹⁵ Une typologie des Figures du Travail Thérapeutique de Réseau a été établie. Elle comprend : le Passage, la « Clinique du Relais », la « Concertation Clinique », la « Clinique de Concertation », la Clinique de Consultation, la Coordination.

Le principe de non-exclusion, revendiqué par ces pratiques, risque alors de se transformer, à d'autres niveaux, en principe d'exclusion. D'une part, nous venons de le voir, dans la construction du cadre thérapeutique. Les jeunes ne peuvent participer à la réflexion sur les principes qui sous-tendent cette méthodologie. D'autre part, il se peut que les institutions qui mettent en œuvre cette règle de non-exclusion excluent, *de facto*, les autres institutions et autres professionnels. En effet, même si l'institution ne parvient plus à répondre d'une manière satisfaisante au jeune en détresse, elle ne pourra envisager de prendre contact, voire d'accompagner ce jeune vers une autre institution, mieux à même de faire évoluer la situation. En outre, nous avons rappelé les motifs d'un éventuel renvoi. Celui-ci ne peut être ultimement concédé qu'à la condition que le jeune refuse toute discussion. Autrement dit, le jeune lui-même ne participera pas à la décision qui sera ultimement prise. Autant dire que le principe de non-exclusion apparaît finalement comme un principe d'exclusion de toute alternative. Ce principe nous semble donc contraindre les professionnels à renoncer à une figure essentielle du travail thérapeutique de réseau, à savoir la « Clinique du relais ». Cette figure consiste, pour un professionnel, à accompagner l'utilisateur dans une autre institution, mieux adaptée pour faire évoluer positivement la situation. Il s'agit donc de travailler dans une zone de recouvrement, lorsque les professionnels sortent de leur institution pour travailler dans un espace commun. La règle de non-exclusion, en rendant impossible toute sortie de l'institution, rend du même coup impossible l'ouverture vers le réseau, pour finalement se priver des nombreuses ressources du travail thérapeutique de réseau. La règle de non-renvoi apparaîtrait alors comme une règle de renvoi, dans laquelle on renvoie ceux qui renvoient. En s'abstenant de punir les jeunes, ces professionnels se privent du pouvoir de s'abstenir de punir. S'opère alors un changement de la cible : au lieu de punir les jeunes, ils vont punir ceux qui ne punissent pas les jeunes de la même façon qu'eux. Nous retrouvons ici, par une autre voie, l'événement qui avait initié cet article, à savoir une dynamique d'exclusion réciproque entre professionnels.

La situation est tout autre en « Clinique de Concertation ». Plutôt qu'insister sur la non-exclusion, en l'instaurant comme principe régulateur, cette méthodologie

s'intéresse *aux conditions d'inclusion*. Pour ne pas se priver des ressources que peuvent apporter les autres professionnels, les autres institutions, et pour éviter une attitude excluante envers tout tiers – rappelons-nous l'importance de l'intrus –, la « Clinique de Concertation » va se reposer sur la pratique du relais. Dans ce cadre, l'impossibilité de ne pas exclure (« ça ne va plus dans son école, il faut en changer ») se transforme en possibilité d'inclure, éventuellement dans une autre institution ou chez un autre professionnel. Tel sera bien le sort réservé à Ahmed, dans la situation que nous avons décrite. Si la présence d'Ahmed devient intenable dans son école, il ne s'agira pas de chercher les solutions pour l'y maintenir à tout prix, pour éviter de l'exclure, mais plutôt de réfléchir, avec d'autres intervenants du territoire, aux diverses modalités pour inclure ce jeune garçon, dans une institution ou l'autre. Ainsi, s'il a été proposé à Ahmed de changer d'école, cette décision s'est faite en concertation avec les principaux concernés : les responsables de la nouvelle école se trouvaient en effet à cette « Clinique de Concertation ». Il s'agit bien, ici, d'un relais, puisque les directeurs et instituteurs des deux écoles en question discutent ensemble de la situation du jeune garçon, mais également avec les usagers directement concernés.

Insistons, la question n'est pas, en « Clinique de Concertation », de prendre position unilatéralement pour une forme de thérapie ou d'une autre, mais d'*offrir un espace dans lequel tous les dispositifs thérapeutiques pourront être mis en question*, qu'ils soient punitifs ou non, et ce à l'aide des usagers. Il s'agit de mettre en équilibre les nombreuses façons possibles de travailler dans les secteurs de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle. Plutôt que de se cantonner à la psychanalyse, à la thérapie familiale ou à la systémique, la « Clinique de Concertation » propose de mélanger toutes les figures thérapeutiques afin que les principaux concernés puissent évaluer les conséquences possibles de chacun des modèles et participer, par leur accord ou leur désaccord, aux choix opérés. Ce mélange prend d'ailleurs en « Clinique de Concertation » une forme très concrète, voire conflictuelle, puisqu'elle met en présence de nombreux professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle, qu'ils soient concernés ou non, ainsi que des usagers. Toutes ces personnes ont bien entendu leur propre conception de ce qu'est ou doit être le travail

thérapeutique et peuvent en discuter dans cet espace. On y ouvre la voie à la possibilité de la confrontation de ces méthodes divergentes. Dans la situation d'Ahmed, cette confrontation a notamment eu lieu entre l'institutrice, qui estimait devoir posséder certaines informations sur Ahmed pour mieux faire son travail, et la neuropsychiatrie infantile qui, en vertu de l'étanchéité absolue comme condition de la construction d'un espace thérapeutique, ne pouvait envisager de transmettre la moindre information. Ce débat, cette mise en tension, rappelons-le, a lieu devant Ahmed et ses proches. Ils peuvent donc y prendre part. Surtout, mettre au jour des conflits praticables entre professionnels permettra d'envisager ensuite plus facilement les conflits qui concernent la famille, que ce soit en son sein ou avec des professionnels. La « Clinique de Concertation » essaie d'étendre les zones de conflits praticables afin que ceux qui étaient auparavant considérés comme impraticables le soient moins.

En somme, lorsque s'affrontent des méthodes de traitement différentes en matière d'aide, de soin, d'éducation et de contrôle, *ce n'est pas l'issue finale du débat contradictoire qui compte, mais la participation de l'intéressé et de ses proches à ce débat.* Considérons donc les usagers pour ce qu'ils sont : non des démons manipulateurs, qui ne répondent que trop rarement aux offres de service des professionnels, mais bien *des activateurs de débat.* Il est sans doute plus confortable, lors des réunions de synthèse, de ne pas remettre constamment en question sa propre méthodologie. Ouvrons plutôt aux usagers nos espaces, afin qu'ils puissent nous aider, en particulier dans cette partie du travail que l'on connaît mal, celle qui demande de mieux travailler ensemble.

Bien entendu, ce type de travail pose de nouveaux problèmes, en particulier sur son extension. Jusqu'où le débat doit-il rester ouvert ? Où arrêter la force convocatrice des familles en détresses multiples ? Quelle extension donner au travail thérapeutique de réseau ? Selon nous, le choix de la dimension du débat dépend de la circulation des informations nécessaires à la pertinence de ce débat. Comme le faisait justement remarquer Thierry Maupeu, infirmier à Royan et participant à une « Clinique de Concertation », « plus il y a d'intrus, moins il y a d'intrusions ». En effet, lorsque les « Cliniques de Concertation » font se rencontrer une quarantaine de

professionnels, dont la plus grande partie ne sont pas directement concernés, ceux-ci deviennent particulièrement attentifs à ce que l'on ne traite pas d'informations qui n'ont pas leur place dans un collectif de cette taille¹⁶. L'ouverture du dispositif ne signifie donc aucunement un déballage de toutes les informations disponibles, une prétendue transparence de la situation. Au contraire, si cet espace est d'emblée ouvert à l'extrême, c'est pour ensuite en restreindre la portée, en créant d'autres espaces, plus confidentiels, qui permettront une prise en charge différenciée. Plutôt que de faire toute la lumière sur une situation, on travaille ensemble à la construction des zones d'ombre et de lumière. Un véritable travail de sélection, de transformation et de circulation des informations utiles se met en place¹⁷. L'attention constante, la large écoute des professionnels permet alors de travailler sans démarche intrusive, dans la construction de liens plus fiables entre les professionnels, entre les usagers et les professionnels et entre les usagers eux-mêmes.

Michel Serres, dans un article du recueil de textes *La Traduction*¹⁸, repère les quatre postures qu'ont pu prendre les philosophes tout au long de leur histoire : « Dans son rapport au savoir scientifique, la philosophie cherche un site d'où elle puisse former un langage sur l'encyclopédie qui, bien formée, parle elle-même un langage fermé sur soi. Or, de ces sites, il y en a quatre possibles et quatre seulement, lesdits philosophes ont découverts, définis, pratiqués. On peut voir quelque chose *du dessus*, *du dessous*, *de l'avant* ou *de l'arrière* ». Parmi celles-ci, celle qui fut incontestablement privilégiée est la première, celle du surplomb. Dans cette perspective, le philosophe se place au-dessus de l'objet qu'il prend en considération et, dans une démarche totalisante, vise à en rendre compte à partir d'un point de vue externe et radicalement autre. Une telle position favorise évidemment une attitude normative. Sachant exactement ce dont la réalité est composée, il n'a que peu de mal à prescrire ce qui doit être fait pour agir sur cette réalité. Sans entrer dans le détail des difficultés d'une telle posture, notamment sur les conditions qui permettraient une telle extraction du réel, nous pouvons constater que de nombreux auteurs, dans le champ

¹⁶ L. HALLEUX, J.-M. LEMAIRE, « Combien d'oreilles pour une écoute constructive ? » in *Revue de l'Observatoire*, n° 50, 2006.

¹⁷ Tel sera le thème du prochain Congrès International de la « Clinique de Concertation », qui se tiendra les 27 et 28 mars 2009 à Bruxelles.

¹⁸ M. SERRES, *Hermès III, La traduction*, Paris, éd. de minuit, 1974, p. 152.

qui est le nôtre – l'aide, le soin, l'éducation et le contrôle –, n'hésitent plus à prendre également une position de surplomb, pour s'autoriser de prescrire aux professionnels, aux familles, aux usagers, la meilleure façon de se comporter dans les situations de détresses. Si nous pouvons regarder avec amusement et envie les philosophes qui se réclament d'un tel point de vue, notre regard sur les « experts » du champ thérapeutique qui font de même sera plus circonspect, surtout lorsque leurs injonctions s'avèrent, *in fine*, contradictoires. Les parents ne savent plus à qui s'en remettre, lorsqu'on leur prescrit, dans le même temps, certaines recommandations sur l'éducation et leurs contraires. Dans la droite ligne de ce que nous avons défendu dans cet article jusqu'à présent, nous proposerions une nouvelle manière de considérer le travail thérapeutique, en privilégiant – pour filer la métaphore – le *hors plomb* au surplomb. Une telle attitude se caractériserait par un décalage essentiel, un écart qui permet la remise en question. Cet écart est justement représenté par la présence de l'intrus, qui introduit une incertitude essentielle dans le dispositif. Cette attitude permet en outre d'éviter la tentative de globalisation, de totalisation de la situation, propre à la posture de surplomb. Laissons Patrice Maniglier conclure : « 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 » »¹⁹.

¹⁹ Patrice MANIGLIER, *Comment se faire sujet*, Actes du troisième Congrès International de la « Clinique de Concertation », Paris, mars 2006 (disponible sur www.concertation.net).