

## 13 - Défendre une approche clinique du sujet

Jeannine Duval Héraudet

Des professionnels de l'aide, du soin et de l'éducation tentent, depuis de nombreuses années, de défendre une approche clinique du sujet, que celui-ci soit un enfant, un adolescent ou un adulte en difficulté, un travailleur handicapé, un malade, une personne âgée<sup>1</sup>. Que se passe-t-il ? Ces métiers subissent la pression de différentes logiques qui s'articulent et se complètent. Ils se retrouvent pris dans les filets de choix idéologiques, politiques et financiers, lesquels se donnent comme objectif d'orienter les pratiques, de prescrire des dispositifs et des protocoles, de modifier d'une manière radicale les postures des professionnels.

Au sein d'une économie de marché, quatre logiques dominent le système économique mais surtout idéologique et politique dans lequel nous vivons aujourd'hui. Une logique comptable, laquelle se donne comme mot d'ordre le profit et la rentabilité financière ; une logique de l'expertise, qui trie les dysfonctionnements et se donne comme objectif de réparer séparément les rouages de la machine en panne ; une logique scientifique et médicalisante, qui prétend traiter les problèmes comme des maladies ou des troubles à soigner par des techniques spécifiques ou des substances chimiques ; une logique de la suspicion, qui revient à exclure et à pénaliser tout ce qui s'écarte de la norme. Ces différentes logiques ont comme effet une déshumanisation de la société, des soins, de l'éducation et de l'enseignement.

Se présentant comme une antithèse de ces logiques, je rappelle dans un cinquième point, les fondamentaux d'une démarche et d'une posture cliniques<sup>2</sup>.

### 1. La logique du comptable

En lien avec les effets de la mondialisation, il s'agit d'écarter tout ce qui n'est pas mesurable. Il faut « être efficace », rentable, traiter et résoudre les problèmes le plus rapidement possible. Il faut « allier efficacité avec immédiateté, donc résultats. Le temps de la compréhension est nié, celui du doute, relégué, le temps du partage des avis dans l'équipe devient inutile. La clinique, c'est-à-dire être au plus près du patient dans une attitude d'accueil, d'écoute et d'observation, serait perte de temps<sup>3</sup>. »

La publicité nous envahit avec insistance, en présentant une jouissance à la portée de tous, avec pour effet une course folle à une satisfaction immédiate. « Achète et jouis ». Le sujet se trouve pris dans ce que Lacan a dénoncé comme « une servitude

---

<sup>1</sup> Ce texte est une synthèse de plusieurs interventions réalisées auprès d'éducateurs spécialisés en 2011-2012. J'ai repris ici, développé et complété, quatre logiques présentées lors du colloque « Défense de la clinique », organisé par Psychasoc à Montpellier, le 23 octobre 2010. Ce qui était déjà une réalité à ce moment-là s'est vue hélas confirmée largement. Il est plus que jamais d'une grande actualité de résister, mais surtout d'argumenter de la nécessité de soutenir une posture clinique dans tous les métiers de l'humain

<sup>2</sup> Je les reprendrai sur ce site en les développant dans le texte « 14 – Démarche et posture cliniques ».

<sup>3</sup> Dominique Isnard, « Quelle(s) psychiatrie(s) aujourd'hui ? » VST n° 145, 1<sup>er</sup> trimestre 2020, p. 13.

volontaire ». Quid du désir qui naît et s'alimente de l'attente, du différé ? Quid de l'acceptation des limites et de ce que la théorie psychanalytique nomme la castration symbolique, laquelle permet au sujet de passer d'un tout imaginaire à un registre symbolique qui prend en compte le principe de réalité ? Le sujet sera comblé en achetant le dernier objet du marché, objet bientôt obsolète et remplacé par un autre. Quel qu'il soit, toutefois, cet objet ne pourra répondre à ce qui constitue le fond du désir singulier du sujet et il laissera ce dernier dépité, insatisfait, frustré, déprimé, cherchant à acquérir toujours plus, toujours plus vite, par n'importe quel moyen. Certaines pathologies de la consommation gagnent du terrain, soit pour se défendre de l'Autre par l'anorexie, soit par la boulimie, les addictions, les achats et les vols compulsifs, la cleptomanie, etc.

Une nouvelle précarité sociale apparaît, sous prétexte d'économie. Des emplois sont supprimés, des entreprises sont délocalisées sous prétexte de rentabilité.

Les institutions médico-sociales, sociales, de l'aide et du soin, se retrouvent elles-mêmes prises dans cette logique du marché. Lorsque la comptabilité occupe une place dominante, les prix de journée et le nombre d'actes orientent et déterminent les décisions. Dans la présentation d'un numéro spécial de la revue VST consacré à la psychiatrie, nous pouvons lire : « De nos jours, les publics en difficulté deviennent des produits comme les autres dans un secteur se livrant à la concurrence. Mieux : les publics en difficulté rapportent ! Les publics en difficulté : un marché juteux<sup>1</sup>. »

La personne humaine est-elle réductible à un seul objet de comptabilité, à un chiffre ? Le soin doit-il être rentable ? L'éducation, spécialisée ou non, doit-elle être rentable ? Apparue en 1911, présenté comme la vitrine de la modernité, le taylorisme<sup>2</sup> préconise l'organisation scientifique du travail, et il est appliqué dans l'industrie. Il s'agit d'analyser les comportements afin de dégager des schémas opérationnels qui aboutiront à de meilleurs rendements. Cette méthode de management envahit les domaines du social, du soin et de l'éducation. Ces métiers et leurs usagers représentent des gouffres économiques et font actuellement l'objet d'injonctions et de coupes budgétaires drastiques. Dans la « démarche qualité » actuellement en vigueur, il faut optimiser les coûts, chercher un équilibre entre les dépenses engagées et le service rendu. Les professionnels eux-mêmes font partie des procédures de management. Il faut être performant et on assiste à une multiplication des procédures.

« Les éducateurs doivent apprendre les schémas cognitifs, comportementaux, pour réagir aux situations<sup>3</sup> ». Les modules de formation s'en trouvent complètement transformés.

Le nombre de piqûres et de prises de thermomètres, le nombre de patients, sont quantifiés dans un temps déterminé. En appliquant strictement cette règle, s'il faut cinq minutes à une infirmière pour faire une piqûre, elle devrait pouvoir faire douze piqûres à l'heure. Les médecins sont sommés de délivrer des prescriptions médicamenteuses et de multiplier les actes. Chaque entretien d'un assistant social ne devrait pas dépasser la durée d'un quart d'heure. Des protocoles doivent guider et rendre compte des actes professionnels. La parole, l'écoute, considérés comme des « déchets » de la fonction soignante, sociale et médico-sociale, ne rentrent pas

<sup>1</sup> « Quelle(s) psychiatrie(s) aujourd'hui ? » VST n° 145, 1<sup>er</sup> trimestre 2020, p. 4.

<sup>2</sup> Frederick Winslow Taylor, 1911, *The Principles of Scientific Management*.

<sup>3</sup> Roland Gori, 2020, « Que faire ? Entre tragique et utopie », VST n° 146, (Se) former au travail social, n° 146, p. 52.

dans cette logique. Ceux qui résistent sont considérés comme adoptant des comportements quasi délinquants.

Cette logique comptable, arrimée sur le « tout est évaluable, tout est mesurable », envahit actuellement les lieux éducatifs et d'enseignement. Par exemple, sans tenir compte des nombreux paramètres qui entrent en jeu, le gouvernement a fait établir un classement des Universités et des diplômes en fonction des débouchés professionnels, un « palmarès des performances par discipline et par université. »

Quand on choisit de faire des économies budgétaires, de rogner sur les dépenses, quelles vont être les cibles prioritaires ? Les enseignants fonctionnaires stagiaires étaient payés pendant deux ans. Désormais, ils partagent formation et heures de service. On a pu ainsi supprimer 2000 postes de stagiaires.

Les formations et les postes d'enseignants spécialisés ont fondu comme neige au soleil<sup>1</sup>. Les secteurs d'intervention se sont vus élargis à tel point qu'il devient difficile de répondre aux besoins réels des élèves en difficulté, ceux que l'école va laisser désormais, de plus en plus, sur le bord de la route.

La formation continue des enseignants a subi la même pression. Il est trop souvent demandé aux formateurs de fournir la même qualité de formation à un maximum de stagiaires dans un minimum de temps.

Certains domaines ont-ils réussi à résister, à évoluer voire à se dégager quelque peu de cette logique ? Dans les années 2000, l'école maternelle s'était vue imposer un changement d'objectif général : ce n'était plus le développement global de l'enfant qui était visé mais la préparation aux exigences du Cours préparatoire. Les « jeux libres » étaient dénigrés comme seuls moyens de garderie. On a fait fi de tous les travaux scientifiques qui avaient démontré largement l'importance du jeu pour l'enfant, y compris pour ses apprentissages les plus cognitifs. Il semble pourtant qu'un changement de regard ait pu se produire, à contre-pied de ce que certains avaient tenté d'imposer. On peut lire en effet, dans le « Programme d'enseignement de l'école maternelle<sup>2</sup> », actuellement en application : « On sait aujourd'hui que ce modèle fortement techniciste et abstrait n'apporte qu'assez peu d'aide aux élèves en difficultés mais favorise les élèves en réussite. » La mission de l'école maternelle est rappelée : « donner envie aux enfants d'aller à l'école pour apprendre, affirmer et épanouir leur personnalité [...] En manifestant sa confiance à l'égard de chaque enfant, l'école maternelle l'engage à avoir confiance dans son propre pouvoir d'agir et de penser, dans sa capacité à apprendre et réussir sa scolarité et au-delà. [...] Le jeu favorise la richesse des expériences vécues par les enfants [...] et alimente tous les domaines d'apprentissages. Il permet aux enfants d'exercer leur autonomie, d'agir sur le réel, de construire des fictions et de développer leur imaginaire, d'exercer des conduites motrices, d'expérimenter des règles et des rôles sociaux variés. Il favorise la communication avec les autres et la construction de liens forts d'amitié. [...] Au fil du cycle, l'enseignant développe la capacité des enfants à identifier, exprimer verbalement leurs émotions et leurs sentiments. Il est attentif à ce que tous puissent développer leur estime de soi, s'entraider et partager avec les autres, se construire comme une personne singulière au sein du groupe. [...] L'évaluation constitue un outil de régulation dans l'activité professionnelle des

<sup>1</sup> On a assisté ainsi à une disparition massive et programmée des RASED (Réseaux d'aides aux élèves en difficulté).

<sup>2</sup> Bulletin officiel spécial n°2 du 26 mars 2015, MENE1504759A, arrêté du 18-2-2015 - J.O. du 12-3-2015, MENESR - DGESCO MAF 1.

enseignants ; elle n'est pas un instrument de prédiction ni de sélection. Elle repose sur l'observation attentive de ce que chaque enfant dit ou fait. Chaque enseignant s'attache à mettre en valeur, au-delà du résultat obtenu, le cheminement de l'enfant et les progrès qu'il fait par rapport à lui-même. »

Peut-on avancer que ce changement de logique est porteur d'espoir dans d'autres domaines professionnels ? Il y a cependant fort à faire, semble-t-il, pour redonner à l'humain toute sa place.

## **2. La logique de l'expertise**

Notre société semble dirigée de plus en plus par des « experts ». Il y a des experts en tout. Une multitude de coachs prétend organiser votre vie, vos choix professionnels puis les méthodes à appliquer. L'objectif est un renforcement des compétences supposées et des capacités observables de la personne, considérées comme des « atouts » dans sa vie, et en premier lieu, ses capacités communicationnelles.

En lien étroit avec l'injonction d'efficacité et de rentabilité, « la règle de l'ingénieur » substitue à une approche complexe du sujet, une approche dite « compliquée ». A quoi correspond cette dernière ? Au lieu de tenir compte de la logique toujours complexe qui conduit par exemple un sujet à manifester un comportement dit « hors norme », les problèmes sont juxtaposés. Le sujet est réifié, c'est-à-dire traité comme une machine, un objet, une chose, et lui-même finit par accepter d'être considéré comme cela. Les symptômes sont considérés comme des dysfonctionnements. Chaque pièce de la machine en panne est confiée à un spécialiste qui a pour mission de la réparer, de la restaurer, de la faire fonctionner « normalement ». Les troubles « dys » se sont multipliés : dyslexie, dyscalculie, dysorthographe, dysgraphie... « Tout un discours est construit à partir d'un lien "naturel" entre une théorie, celle de la génétique, et une pratique, celle de la "remédiation cognitive"<sup>1</sup>. » Une évaluation des capacités cognitives par un neuropsychologue, la prévalence de l'origine génétique de la difficulté, conduit à mettre en œuvre une approche comportementaliste, laquelle se donne pour tâche un entraînement à des tâches spécifiques et répétées. La multiplication des spécialistes peut aboutir par exemple à ce qu'un même enfant voit intervenir auprès de lui une multitude d'acteurs sociaux, ou médico-sociaux !

L'étude des systèmes a beaucoup apporté à la compréhension de ce qui se joue au sein des systèmes complexes et en particulier aidé à saisir comment le changement d'un seul élément au sein d'un système interagit sur l'ensemble de ce système, que celui-ci soit le système familial, celui d'une entreprise, d'une institution, etc.

Par contre, le dispositif de la thérapie systémique s'oppose radicalement à une approche clinique. Pour quelles raisons ? Son principe fondamental est une méthode de prise de décision, par les thérapeutes, à partir de l'analyse d'une situation donnée. Lorsqu'une famille vient consulter, un entretien est organisé avec un thérapeute et il est annoncé clairement qu'un ou plusieurs autres thérapeutes, souvent cachés derrière une glace sans tain, sont chargés d'analyser le système familial. Un diagnostic est alors posé en équipe, hors de la présence de la famille, puis une « ordonnance » est établie sous la forme d'injonctions paradoxales : « Vous devez faire ceci ou cela... ». Pourquoi paradoxales ? Parce qu'elles prescrivent les

---

<sup>1</sup> Pierre Dardot, « Quelle(s) psychiatrie(s) aujourd'hui ? » VST n° 145, 1er trimestre 2020, p. 78.

symptômes repérés. Si par exemple, un des problèmes est une suspicion ou une surveillance constante et insupportable d'un membre de cette famille sur un ou plusieurs autres, il lui sera enjoint d'augmenter cette surveillance, de tout noter...

Selon ce dispositif, lorsqu'il est appliqué à la lettre – parce qu'il existe de nombreuses variantes -, on voit bien que les thérapeutes se situent dans une position de savoir et de maîtrise.

Dans le domaine de l'enseignement, la transposition de cette logique informative, réparatrice et comblante conduit à renforcer et à répéter les apports cognitifs aux enfants qui sont déjà en refus d'école ou en impossibilité d'apprendre, à pratiquer de « l'acharnement pédagogique », et à risquer de fabriquer des « anorexiques scolaires ». Les chercheurs et les enseignants qui restent convaincus de l'importance de donner la parole à l'élève et de l'entendre, de l'accueillir et de l'accompagner au point où il en est, sont accusés de « pédagogisme ».

La psychiatrie subit cette influence de plein fouet. Elle ne s'attache plus, aujourd'hui, « à l'accueil de la souffrance du sujet, mais à la gestion de ses symptômes. Il ne s'agit plus de soigner la folie de l'autre par la pluralité des soins, mais de diagnostiquer, trier, adapter, éduquer, remettre au travail ou reléguer<sup>1</sup> ». Marie-Jean Sauret et Sidi Askofaré font remarquer que le terme de « Psychothérapie » a été remplacé par celui de « Thérapie comportementale et cognitive<sup>2</sup> ». Exit le « Psy » ... et avec lui, le psychisme.

Fixer comme objectif la seule éradication du symptôme visible et dérangeant, aboutit pourtant, la plupart du temps et comme on peut le constater, à son renforcement ou à un déplacement, à une angoisse accrue, ultime manifestation de résistance, et à un éventuel déchargement de cette angoisse en agir violents contre les autres ou contre soi-même. Le sujet n'étant pas entendu dans son mal-être, il en rajoute ou se fabrique un autre symptôme...

Il apparaît à l'évidence que cette logique causaliste, sélective et parcellaire nie la capacité du sujet, seul ou lorsqu'il est accompagné et aidé pour cela, à humaniser ses questions existentielles et sa capacité à leur apporter des réponses singulières, subjectives, provisoires, qui lui permettraient de continuer à vivre, à aimer, à désirer, à apprendre.

En 1970, cette logique réparatrice avait conduit l'Education nationale à créer les GAPP<sup>3</sup>. Chaque trouble devait trouver son remède. Le rééducateur en psychopédagogie devait pouvoir « remédier », en particulier, aux troubles du langage, et le rééducateur en psychomotricité avait comme tâche de remédier aux troubles « spatio-temporels », en proposant des exercices mettant en jeu l'organisation de l'espace et du temps. Selon cette conception, il s'agissait de réparer les dysfonctionnements, de combler les manques, de rattraper les retards.

Sous la pression des Centres de formation et des professionnels du terrain, ce modèle a été complètement repensé en 1990, avec la création des RASED<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> « Quelle(s) psychiatrie(s) aujourd'hui ? » VST n° 145, 1<sup>er</sup> trimestre 2020, p.11.

<sup>2</sup> Marie-Jean Sauret, Sidi Askofaré, « Incidences du libéralisme sur l'évolution des métiers de la clinique », Site de L'@psychanalyse.

<sup>3</sup> Groupes d'aide psycho-pédagogique, composés d'au moins un psychologue scolaire, d'un rééducateur en psychopédagogie, d'un rééducateur en psychomotricité.

<sup>4</sup> Le RASED (Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté) est constitué en principe d'un psychologue scolaire, d'un rééducateur en psychopédagogie et d'un enseignant chargé d'une aide pédagogique spécialisée, dit, par un raccourci, « Maître E », du nom de son diplôme.

L'analyse en équipe de l'histoire globale de l'enfant en difficulté, de ses difficultés spécifiques, conduit à lui proposer une aide psychopédagogique, relationnelle, qui prend en compte la globalité et la complexité de son histoire, ou une aide pédagogique spécialisée appropriée.

Cela représente-t-il une nouvelle lueur d'espoir pour les autres domaines professionnels ? Force-nous est de constater, une nouvelle fois, un retour de balancier, comme en ont toujours connu aussi les mouvements pédagogiques. Le terme de « gisements d'efficience », apparu dans les textes ministériels à propos des enseignants spécialisés et des psychologues qui interviennent dans le monde scolaire, est un terme d'économie, appliqué à l'aide aux élèves en difficulté.

À nouveau, les RASED disparaissent progressivement et les formations spécialisées avec eux. Une aide par un CMP<sup>1</sup> et un CMPP<sup>2</sup> est engagée sur ordonnance médicale, et ces centres ne cessent de voir leurs listes d'attente s'allonger.

### **3. La logique scientifique et médicalisante**

Entre 1980 et 2000 est apparue également une logique de médicalisation systématique de tout ce qui peut apparaître inadapté, déviant, hors norme. Il s'agit bien d'un regard scientifique, « médicalisant », et non de celui des médecins qui sont soumis aux mêmes processus d'aliénation et qui, pour beaucoup, résistent.

Le médecin scolaire s'est vu confier, outre le dépistage des difficultés d'audition, de vision, celui de la motricité fine, de l'hyperactivité (dès 3 ans) et des compétences cognitives : langage oral, dyslexie... Ici encore, le compliqué se substitue au complexe, avec sa batterie de « traitements » adéquats. Or, il s'avère plus rassurant de traiter une maladie identifiée que d'avoir affaire à des causes complexes.

Le DSM, outil de diagnostic psychiatrique qui en est à sa septième version aujourd'hui, nous est venu des Etats Unis en 1994. Il se présente comme un catalogue de symptômes, de troubles du comportement ou de « conduites déviantes » très détaillées. Des indicateurs visent à redéfinir un comportement perturbateur comme étant une pathologie. Le trouble ADHD (Attention Déficit Hyperactivity Disorder), est traduit TDAH (Trouble De l'Attention, avec ou sans Hyperactivité). Le TDAH se caractérise par trois indicateurs : l'hyperactivité dont les deux premiers et plus puissants critères sont : « remue souvent ses mains ou ses pieds ou se tortille sur son siège », « quitte son siège en classe ou dans d'autres situations où l'on attend de lui qu'il reste assis » ; l'impulsivité pour laquelle le premier critère est : « laisse souvent échapper des réponses avant que les questions ne soient entièrement posées » ; l'inattention, qui se caractérise par un premier critère : « manque souvent de prêter une attention soutenue aux détails ou fait des erreurs de négligence dans son travail scolaire, son travail ou d'autres activités<sup>3</sup> ». Le diagnostic de TDAH justifie l'utilisation de psychotropes ou de conditionnement pour maîtriser le comportement des enfants en classe, et pour faire disparaître les symptômes. Sont évacués non seulement le sujet mais aussi son histoire, son contexte de vie familial

<sup>1</sup> CMP : Centre médico psychologique.

<sup>2</sup> CMPP : Centre médico psycho pédagogique.

<sup>3</sup> Extraits du témoignage du Dr. Breggin devant le Congrès des Etats-Unis d'Amérique, le 29 septembre 2000 et Courrier adressé le 24 novembre 2004 au Ministre de la santé et de la protection sociale par le Collectif de médecins et des citoyens contre les traitements dégradants de la psychiatrie.

et scolaire. On assiste à « un véritable fanatisme de l'objectivation scientifique<sup>1</sup> », ce qui réinstalle le savoir médical en position de maîtrise par rapport à la maladie et par rapport à l'autre.

La logique est « action – réaction » comme dans le film « Les choristes ». Ce qui se traduit par : « Voici ce que j'ai observé – Voici ce que j'ai fait – Voici les résultats ». Lacan inscrit ce discours dans celui de « la science<sup>2</sup> », lequel prend le pouvoir sur le sujet. Le Savoir est mis en place de Vérité sur l'autre mais aussi de ce qui est bon pour lui. Grâce à une thérapie comportementale, un enfant hyperactif apprendra à dominer son agitation. Si la thérapie échoue, on aura recours à un mélange de drogues stimulantes et inhibitrices pour contrôler son comportement. Nous ne devons pas oublier que, dans l'année 2000, cinq millions d'enfants et d'adolescents américains étaient sous *Ritaline*<sup>3</sup> (en vente libre aux USA), malgré tous les effets secondaires qui ont été dénoncés largement dans ce pays (addictions, atteinte de certains organes...). Il est à craindre que la France continue à progresser dans ce sens, malgré les nombreuses mises en garde... C'est le nouveau « remède miracle » ... En 2006, on comptait déjà plus de 6000 enfants sous *Ritaline* en France. Ayant accompagné en tant que superviseur des équipes d'éducateurs dans plusieurs ITEP<sup>4</sup>, j'ai pu constater à quel point certains enfants se retrouvaient sous doses massives et/ou en constante augmentation de psychotropes.

En se donnant comme objectif la liquidation du symptôme, les thérapies comportementales se donnent aussi comme objectifs de redresser, rectifier ce qui n'est pas dans la droite ligne attendue, et d'accroître les performances de celui qu'elles traitent. Les thérapies cognitivistes, et/ou médicamenteuses, les thérapies dites « brèves », ne s'intéressent pas à ce qui traverse le sujet. On ne veut rien savoir de ce qui se passe dans « la boîte noire », c'est-à-dire dans l'intériorité et la subjectivité du sujet. On ne veut rien savoir du sens de ses symptômes et de la fonction d'appel de ceux-ci, de la responsabilité de ses actes, de ses relations aux autres, de son désir, de sa parole, de son inconscient. La maladie n'est que ce qui est manifeste. Elle n'a pas de profondeur psychique, sociale... De quoi est-elle le signe ? Il est interdit de se poser la question.

Tout écart à la norme est appréhendé comme un risque de dangerosité ou prétexte à exclusion.

#### **4. La logique de la suspicion, de l'exclusion, de la pénalisation**

En lien étroit avec les autres logiques, apparaît celle de l'exclusion, de la pénalisation, éventuellement de la judiciarisation de toute déviance à la norme.

Les difficultés comportementales les plus précoces deviennent suspectes et prémices de déviances plus importantes à venir. L'enfant de 3 ans hyperkinésique est déclaré futur délinquant. En réponse à « *L'expertise sur les troubles de conduite de l'enfant* », réalisée par l'INSERM fin 2005, de nombreux scientifiques et des professionnels se sont unis en janvier 2006 pour lancer une pétition « *Pas de zéro de conduite pour l'enfant de 3 ans* ». Ils dénonçaient « la corrélation abusive entre des

<sup>1</sup> Pierre Dardot, « Quelle(s) psychiatrie(s) aujourd'hui ? » VST n° 145, 1er trimestre 2020, p. 79.

<sup>2</sup> Jacques Lacan, 1969-1970, *L'envers de la psychanalyse, Les quatre discours*, Séminaire XVII, Paris, Seuil.

<sup>3</sup> Méthylphénidate (*Ritaline*, *Concerta* et *Metadate*) ou des formes d'amphétamines (*Dexerine* et *Aderall*).

<sup>4</sup> Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique.

difficultés psychiques de l'enfant et une évolution vers la délinquance » et « le dépistage de ce qui était appelé 'trouble des conduites' chez l'enfant dès le plus jeune âge. » Cet appel s'élevait contre les risques de dérives des pratiques de soins, notamment psychiques, vers des fins normatives et de contrôle social. Il refusait la médicalisation ou la psychiatisation de toute manifestation de mal-être social. Il engageait à préserver, dans les pratiques professionnelles et sociales, la pluralité des approches dans les domaines médical, psychologique, social, éducatif... vis-à-vis des difficultés des enfants en prenant en compte la singularité de chacun au sein de son environnement.

Cette logique strictement médicalisante nie la capacité des pédagogues, mais aussi des enseignants spécialisés, des psychopédagogues, à accompagner un certain nombre d'enfants et adolescents en les aidant à trouver eux-mêmes des réponses pour dépasser leurs difficultés. Il s'agit bien là aussi d'externaliser ces types de difficultés qui peuvent s'avérer transitoires, provisoires.

Les effets de cette logique de suspicion et de ses dérives sont nombreux. Par exemple, à la fin d'un questionnaire médical donné aux parents, il leur est demandé : « Est-ce que votre enfant a un comportement agressif ? ». Le travail social est assigné à la normalisation sociale. Les Assistants sociaux sont sommés de devenir des indicateurs (« *des indicis* ») des risques de dangerosité sociale, sous peine de voir disparaître leur profession. L'amalgame est fait entre troubles mentaux et risque d'atteinte à la sécurité publique. La culture de la peur devient prétexte à une surveillance accrue et à un développement de la suspicion à l'égard de l'autre, de l'étranger, du différent<sup>1</sup>.

Nous devons être conscients également que depuis la loi de 2005, les dossiers des psychologues scolaires sont scannés à la MDPH<sup>2</sup>. Ils seront conservés pendant cent ans. Exit la difficulté provisoire, dépassée, surmontée par le sujet. Celui-ci est « fiché ». Ceci conduit les psychologues à être particulièrement vigilants quant à ce qu'ils transmettent !...

Dans un article du journal *Le Monde* du 2 septembre 2010<sup>3</sup>, Maryline Baumard rappelait les propos de Brice Hortefeux, alors Ministre de l'Intérieur, parus dans ce même journal les 22-23 août 2010. Au détour d'un entretien sur la sécurité, celui-ci déclarait : « Je trouve qu'on a trop parlé de l'échec de l'école plutôt que de celui de l'élève qui ne travaille pas assez ». La même journaliste ajoute ce commentaire : « Il apporte (ainsi) un éclairage à trois ans de politique éducative. Disant à haute voix ce que d'autres pensent tout bas. Si l'élève est responsable de son mauvais niveau scolaire, à quoi bon consacrer toujours plus de ce précieux argent public pour offrir de meilleures conditions de réussite aux douze millions d'élèves, quand il suffirait qu'ils passent un peu plus de temps devant leurs manuels ? ». « La paresse » a bon dos... Acceptons-nous une société à deux vitesses ? Une école à deux vitesses, qui entérine l'élimination de l'accès au savoir d'une partie des élèves, sans nous interroger plus loin sur les causes de ce non-investissement scolaire, sur celles du décrochage, mais aussi sans chercher à accompagner ces enfants et ces jeunes pour qu'ils dépassent eux-mêmes leurs difficultés ?

<sup>1</sup> Denis Sallace, « Le "destin" de la justice des mineurs en France à l'épreuve », *La lettre du GRAP Eduquer, soigner, châtier*.

<sup>2</sup> Maison Départementale des Personnes Handicapées.

<sup>3</sup> Maryline Baumard, « Rentrée scolaire, la réussite au compte-gouttes », dans *Le Monde* du 2 septembre 2010.

Selon ces différentes logiques à l'œuvre dans notre société et à leur travail de sape vis-à-vis de la prise en compte de la subjectivité du sujet, l'approche clinique de l'autre, c'est-à-dire une approche qui se met à l'écoute de ce sujet, sujet du savoir, sujet d'une parole et sujet de son propre désir, est mise à mal.

Les professionnels du soin, de l'enseignement et de l'éducation qui soutiennent une posture clinique se heurtent aux logiques dominantes de la société actuelle. Ils se retrouvent eux-mêmes en difficulté pour affirmer leur posture professionnelle, leur éthique, leurs valeurs, leurs convictions et celles qu'ils transmettent<sup>1</sup>. Toutefois, ces choix de société déterminent également d'éventuelles postures de résistance. C'est ainsi que sont nés au cours de l'histoire la plupart des grands courants pédagogiques.

### **5. Une approche clinique du sujet**

Au sens étymologique du mot (du grec : *kline*, le lit), la posture clinique correspond à se tenir au pied du lit du malade. Le « lit » renvoie à une situation réelle où s'exposent souffrance, désordre, énigme, incohérence, en somme ce qui ne fait plus sens. Le projet de la clinique est une remise en sens.

L'objectif d'une approche clinique est de créer les conditions pour qu'émerge un sujet de parole et de désir à la mesure des potentialités de celui-ci, et de l'aider à trouver une voie dans laquelle il pourra se réaliser et être heureux.

La méthode ou démarche clinique impose de prendre en compte chaque sujet au cas par cas, en articulant ce qu'il montre aujourd'hui avec son histoire toujours singulière et complexe insérée dans ses différents contextes de vie. L'être humain est considéré comme « unique, ayant son histoire personnelle, vivant dans une situation qui ne peut être totalement assimilée à une autre<sup>2</sup>. » Une approche clinique interroge ce que ce sujet singulier a construit pour faire face aux obstacles et aux difficultés qu'il a rencontrés. Lorsqu'une difficulté persiste et se répète malgré les aides apportées, elle doit être entendue comme un symptôme, comme le signe d'un conflit qui n'a pas trouvé d'autres moyens pour se dire, un signe mis en scène par le sujet dans ses différents lieux de vie, d'accueil ou d'apprentissage, et un appel adressé à celui qui voudra bien l'entendre.

La connaissance de l'autre est issue de ce que celui-ci fait et dit au cours des rencontres. Elle se différencie ainsi de tout ce qui peut être rencontré « armée » de tests et autres outils d'observation ou d'expérimentation qui visent à une scientificité dans la connaissance de l'autre. Elle s'oppose à une démarche d'enquête, à la collecte de données plus ou moins quantifiées, à tous ces outils qui visent à une objectivité, illusoire d'ailleurs. Une posture clinique refuse ainsi toute catégorisation du sujet et va à l'encontre des modèles scientifiques qui procèdent à une classification des sujets et de leurs troubles.

La question qui se pose à chaque professionnel du soin, de l'aide, de l'éducation et de l'enseignement, peut se formuler ainsi : Comment faire pour que les innombrables conflits qui traversent et agitent ceux que nous rencontrons ne se traduisent pas en

---

<sup>1</sup> Sur ce site, le texte « 14 - Démarche et posture cliniques », reprend, analyse et développe les différentes dimensions d'une approche clinique.

<sup>2</sup> Juliette Favez-Boutonier, 1966, *Questions de psychologie générale*, Paris, Centre de Documentation universitaire.

un accroissement d'angoisse et en agir violents ? Comment organiser les choses de façon à pouvoir les accompagner d'une manière singulière ?

Les jeunes qui ont connu l'échec depuis souvent de nombreuses années, ces jeunes qui portent cet échec en eux et avec eux, ces jeunes qui ont si bien intégré cet échec qu'ils se considèrent eux-mêmes en échec, incapables de réussir, ne disposent souvent plus comme réponses que des mécanismes de défense comme le refus, le repli, la fuite ou l'opposition généralisée face à tout ce que leur propose le monde des adultes et bien sûr l'école, lieu privilégié de leur échec. Confrontés à un ressenti d'impuissance absolue, ils se réfugient souvent dans la toute-puissance illusoire de comportements déviants, éventuellement violents. Toutes les analyses de terrain montrent qu'échec et violence vont de pair. Les enfants et adolescents en détresse sont de plus en plus nombreux. Ce n'est plus le néant du futur qui fait peur, c'est le vide du présent. Le sujet n'existe plus. À une violence revendicatrice se substitue de plus en plus une violence qui combat le vide de l'être. Face au néant de l'être, il n'y a que la violence pour exister. De nombreux spécialistes craignent que l'on assiste à une augmentation significative des suicides chez les adolescents.

Il est de la responsabilité du professionnel de poser des limites, des interdits, de les faire respecter, puis de se positionner face aux débordements. La démarche clinique exige cependant d'accueillir celui que l'on accompagne à partir du point où il en est, en acceptant ses symptômes au lieu de chercher à tout prix à les éradiquer, en l'aidant à exprimer autrement ses angoisses, et en prenant en compte ses ressources.

Chaque rencontre est unique, singulière, inédite, chargée d'imprévu. Une rencontre clinique correspond à celle dans laquelle le soignant, l'aidant, que celui-ci soit éducateur, enseignant, rééducateur, psychologue ou thérapeute, reconnaît et travaille avec son implication au sein de la rencontre. Il met au travail son propre transfert.

Le doute épistémologique s'impose en ce qui concerne l'autre et les effets de sa propre action. Pour que ce questionnement systématique ne se retourne pas en impuissance ou en disqualification, la pratique doit être référée avec rigueur à des théories. Le professionnel doit être soutenu par une équipe. L'analyse clinique de la pratique, ou supervision en groupe, ou encore une supervision individuelle, apportent également un étayage important, en permettant une meilleure compréhension de ce qui se passe dans la relation, une prise de distance, un réajustement éventuel de la posture professionnelle et des pistes d'action possibles.

## **6. En guise de conclusion**

Lorsqu'une société se veut sécuritaire, elle développe des peurs de toutes sortes. L'altérité, la différence deviennent des sources de péril. La conformité devient un impératif. L'élève qui s'agite doit être contenu, remis au pas. Lorsqu'une société intègre une logique comptable et une logique scientiste, tout doit être mis en projet, performant, mesuré, évalué, rationalisé, standardisé. Parler de « procédures » renvoie à une programmation et à une conception quantitative des résultats. Les parents doivent réussir leur couple et leurs enfants, les enseignants doivent réussir les élèves, les élèves doivent réussir l'école. Si le respect de certaines normes, des limites et des interdits est indispensable pour pouvoir vivre en société, nombreux sont ceux qui accusent la société actuelle de vouloir abraser la subjectivité désirante,

de chercher à construire une société de normopathes qui seraient de plus consentants à être réprimés pour leur originalité, leur différence<sup>1</sup>.

Parler de « processus » renvoie à l'humain.

« Finirons-nous par accepter que derrière les comportements inadaptés, les actes imprévisibles et parfois inquiétants, derrière un mode d'être au monde déroutant et un vécu étrange, derrière les tableaux cliniques et les termes froids du langage spécialisé, il y a, avant tout, de l'humain en détresse ? Peut-être alors serons-nous en mesure de "soigner", en tout cas de véritablement "prendre soin" des plus fragiles et vulnérables d'entre nous !<sup>2</sup> »

Faut-il prendre au mot cette proposition de Marek Halter : « Chaque jour indignez-vous pour une juste cause et vous vieillirez moins vite » ?

Il nous faut défendre, dans les domaines de l'aide, du soin et de l'éducation, à quel point il est indispensable d'écouter la parole de l'autre, d'accueillir ce qu'il met en scène, de l'accompagner et de soutenir le changement. Force est de constater que, dans le contexte actuel, les professionnels dépensent beaucoup d'énergie pour défendre les valeurs et les conceptions de métiers qui touchent à l'humain. La société a besoin de sujets de plus en plus créateurs alors que ce qui est visé actuellement est de former des robots capables d'adaptation. La résistance est à l'ordre du jour. Toutefois, celle-ci ne peut se concevoir sans une réflexion sur la politique. Il s'agit aujourd'hui de défendre le sujet. L'ingénieur et le comptable nient la démocratie au sein du système éducatif. Face au délire mécaniste, défendre la place du sujet, c'est sauvegarder la place de l'homme au sein de la société.

---

<sup>1</sup> Créé en 1987, le concept de normopathie désigne la tendance pathologique à se conformer excessivement à des normes sociales de comportement sans parvenir à exprimer sa propre subjectivité.

<sup>2</sup> Philippe Clément, « Quelle(s) psychiatrie(s) aujourd'hui ? » VST n° 145, 1<sup>er</sup> trimestre 2020, p. 21.