

Quelle posture clinique pour le/la psychologue

exerçant en milieu scolaire ?¹

Jeannine Duval Héraudet

La clinique ? Ce mot peut provoquer un mouvement de recul chez certains professionnels, et ils ne veulent parfois rien en savoir : « Nous ne sommes pas médecins, ni infirmières, et nous ne soignons pas des malades ». Ces rejets ou résistances existent, y compris chez certains psychologues. L'argument de votre journée souligne la « clinique très diversifiée » des psychologues exerçant dans le milieu scolaire. Les voies de formation des psychologues et les références théoriques sont elles-mêmes diverses voire divergentes : psychologie générale, clinique, expérimentale, génétique, développementale, dynamique, cognitive, sociale, psychopathologie...

Une posture clinique est-elle alors une « chasse gardée », réservée aux seuls psychologues cliniciens ? Nous soutiendrons que tout psychologue, mais aussi tout professionnel qui travaille avec et sur la relation, tout soignant, tout éducateur et tout professionnel du social peut s'inscrire dans une posture clinique, d'une manière générale ou à des moments particuliers.

C'est en ayant conscience des demandes techniques, des contraintes et des injonctions parfois contradictoires qui vous sont faites par l'institution scolaire et le politique, au sens large, que je vous propose de nous interroger sur ce que signifie et sur ce qu'entraîne justement une posture clinique. Nous poserons que, quelles que soient les demandes qui lui sont adressées, tout professionnel dispose d'une marge de liberté dans sa pratique quant à sa posture. C'est la voie de la créativité de chacun, dans les limites déontologiques et éthiques de sa profession.

Un des dispositifs princeps du psychologue est l'entretien. Ce dispositif constituera ainsi le fil rouge de nos questionnements en huit points, En prenant comme point de départ une recherche de définitions, et en la prolongeant par une série de questions concernant ce qu'implique une posture clinique et les effets qui en sont attendus.

J'évoquerai ensuite rapidement la manière dont je mets en œuvre auprès des groupes un dispositif d'analyse clinique de la pratique.

¹ Ce texte est celui d'une intervention lors de la journée d'études de l'APSYEN (Association des psychologues de l'Education nationale), à l'ESPE de Grenoble, le mardi 25 juin 2019. Il est paru dans le n° 1 de mars 2020 de la revue de l'APSSyEN « Questions d'orientation ». Il figure également sur le site de Psychasoc (Psychanalyse et travail social) et sur celui de L'@psychanalyse.

Qu'entend-on par « clinique » et qu'est-ce que cela implique ?

A quoi renvoie le mot clinique ?

Par son étymologie grecque, le mot *Kliné* signifiait le lit, mais aussi la salle des malades.

Le *klinikos*, était le médecin qui se rendait au chevet du patient.

L'*emperikos*, au contraire, se prévalait de son expérience (*emperia*) pour donner ses conseils à distance. Comme quoi, on n'a rien inventé, même si les moyens de communication ont changé, puisqu'est réinstauré aujourd'hui un système de consultation à distance.

Le mot « clinique » renvoie donc à une question de proximité et de relation. Une démarche clinique est avant tout interpersonnelle, constituée sur une ou des personnes en situation et en interaction. Les interlocuteurs sont dans une position dissymétrique, et le contexte est toujours singulier.

Il est donc posé la nécessité d'une rencontre, avec son lot d'inattendu, d'imprévisible, et celle-ci suppose une implication réciproque.

Par son étymologie, le mot « 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 ainsi de remettre du sens là où il semblait ne plus y en avoir, en se penchant sur cette situation précise, comme l'indique l'étymologie du mot *kline*, s'incliner. Pour cela, une rencontre clinique prend en compte la singularité de chaque situation et de chaque partenaire de la relation, la complexité des logiques en jeu.

Le mot « super-vision » et « super- viseur » renvoient-ils à une supériorité quelconque comme le craignent certains professionnels selon une représentation trop rapide ? Joseph Rouzel se réfère à l'étymologie du mot *kline*, pour rappeler qu'il s'agit simplement de se pencher « au-dessus du ras des pâquerettes du quotidien » pour mieux comprendre, ensemble, une situation, et il souligne le fait que le mot « supervision » porte moins à confusion que celui « d'analyse de la pratique¹ ».

Le professionnel accepte ainsi de se confronter à l'énigme de l'autre et au risque de la relation.

Qui dit rencontre, dit la plupart du temps demande. Je vous propose de faire porter notre réflexion à partir de quelques situations spécifiques ... parmi d'autres possibles.

Comment entendre ces demandes ?

Les textes prévoient que le psychologue qui exerce dans le milieu scolaire ou en CIO² informe et aide les jeunes dans leur orientation de poursuite d'études ou de formation professionnelle. La première demande est donc institutionnelle.

Cependant, qu'en est-il de la demande du jeune à ce sujet ? Y a-t-il une curiosité et une adhésion de sa part à la proposition qui lui est faite pour le rencontrer ? Où en est-il de ses choix ? De son désir ?

¹ Rouzel, J. 2007, *La supervision d'équipes en travail social*, Paris, Dunod.

² Centre d'information et d'orientation.

La question de l'orientation peut elle-même se trouver intriquée, lors d'une demande, avec des comportements estimés déviants ou insupportables pour l'institution scolaire.

Un entretien peut être sollicité au seul regard de difficultés rencontrées par un élève. Le ou les parents se sentent débordés. Ils ne savent plus comment s'y prendre avec leur enfant et ils sont inquiets. Les enseignants se sentent désarmés, impuissants, en colère, contre cet élève qui refuse de travailler ou dont le comportement les insupporte. Souvent, tous attendent du psychologue des réponses, des « solutions », des techniques. L'expérience montre que les enseignants attendent aussi parfois un diagnostic qui les déchargera peut-être de leur part de responsabilité et permettra éventuellement à l'école de se débarrasser de cet élève encombrant.

Pris en quelque sorte en otage de ces attentes, le psychologue peut éprouver de la colère ou encore de l'impuissance lorsqu'il est supposé devoir résoudre seul ce problème.

La complexité des situations tient pour une part au statut du symptôme scolaire, prétexte originaire de la plupart des signalements et des demandes, mais aussi au réductionnisme des grilles d'évaluation, que celles-ci soient pédagogiques ou pour identifier des troubles. Or, ces grilles effacent l'existence du sujet et de sa parole. Entre stigmatisation et banalisation, comment se positionner ? Hormis le fait de devoir rencontrer toutes les personnes concernées (et avant tout l'élève), il n'existe pas de protocole passe-partout et la situation est à évaluer au cas par cas.

Cependant, redonner à chacun sa place a parfois des effets en soi.

Il arrive aussi que le jeune ne soit qu'un prétexte pour que les parents viennent consulter pour eux-mêmes, d'une façon détournée. Son éthique, le cadre et les limites professionnelles et déontologiques vont constituer des repères importants pour le professionnel.

Les demandes d'entretien peuvent enfin provenir du jeune lui-même. Son désir d'aide est déjà un atout dans le travail à venir, à condition qu'il ne soit pas une délégation totale qui demande au psychologue de résoudre ses problèmes à sa place. Le professionnel aura bien entendu à s'interroger sur son propre désir d'aide, sur son transfert, sur ses limites personnelles et professionnelles, en tenant compte des contraintes qui lui sont imposées et de son contexte de travail. Quelle que soit sa décision, il devra soutenir et argumenter du bien-fondé de sa position.

Nous devons toutefois envisager une autre situation qui peut se présenter. Il peut ne pas y avoir de demande explicite, mais le psychologue a connaissance d'une situation difficile ou de souffrance chez un élève. Va-t-il se sentir concerné, s'autoriser à tendre la main et de quelle manière ? Il revient ici aussi à chacun de se positionner, selon ce qu'il estime pouvoir tenter et selon le contexte.

L'étymologie du mot clinique nous a renvoyés à la singularité et à la complexité de cet autre qui va être rencontré. La théorie psychanalytique apporte son éclairage.

Qu'entend-on par une clinique du sujet ?

Tout sujet est habité par son inconscient, mû par des pulsions, par des désirs, dont une grande partie lui échappe. Il a construit des mécanismes de défense et des symptômes pour faire face aux difficultés rencontrées et pour tenter de vivre tant bien que mal. Par l'intermédiaire de ses symptômes, le sujet manifeste à qui voudra bien l'entendre, ce qu'il n'a pas pu symboliser par la parole.

Il en est ainsi pour l'élève. Il met en scène avec les adultes et dans l'institution scolaire, ses difficultés, ses questions, ses angoisses.

En refusant de s'arrêter au symptôme quand il est proposé comme monnaie d'échange entre l'élève et lui-même, en considérant ce symptôme comme un signe, comme une forme de langage qui permet d'atteindre le sens qui est au-delà, le psychologue qui adopte une posture clinique, se démarque de la psychopathologie. Son approche va correspondre à une tentative pour « dépathologiser », chaque fois que possible, les cas individuels.

Cependant, le sujet résiste, et c'est aussi sa force. Joseph Rouzel, psychanalyste après une longue carrière d'éducateur, énonce : « Il y a quelque chose chez l'être humain d'inéducable, d'inguérissable et d'ingouvernable, quelque chose que la civilisation ne peut "d'hommetiquer". Ce quelque chose qui résiste alors que de toutes parts on veut son bien, nous pouvons le nommer le sujet¹ ».

Toute difficulté, toute souffrance comporte une part d'énigme pour le sujet lui-même. D'où la difficulté pour un aidant, pour un psychologue, de se trouver lui-même confronté à cette énigme dont il ne possède pas les clés. Il s'agit alors de donner la parole à l'élève et de l'écouter.

Qu'est-ce qu'une écoute clinique ?

Celle-ci implique de considérer les difficultés d'un sujet en quelque sorte « de l'intérieur », du point de vue du sujet lui-même, et non plus « de l'extérieur », du point de vue des adultes.

La connaissance de l'élève est issue de ce que celui-ci dit au cours des rencontres, dans un récit qui le concerne, mais aussi de ce qu'il exprime par son corps ou par ses comportements.

Cette écoute se différencie ainsi de tout ce qui peut être rencontre « armée » de tests et autres outils qui visent à une scientificité dans la connaissance de l'autre.

Des questions insistantes se posent au professionnel. Que vit cet élève ? Que lui fait vivre le milieu scolaire ? Quels sont ses contextes de vie ? Ses relations sociales ? Quel sens ont ses comportements violents, son opposition, ses insultes ou au contraire ce retrait, cette inhibition par lesquels il cherche à se faire oublier et y parvient trop souvent ? Que cherche-t-il à dire à l'institution scolaire à travers ses absences répétées ? Son histoire personnelle et scolaire permettrait-elle de mieux comprendre ce qu'il vit et fait vivre à son entourage familial, social et scolaire ?

L'hypothèse avancée est qu'il existe une logique à tout comportement, même si celle-ci paraît illogique au premier abord.

Comment l'accueillir alors, sans être débordé, en évitant de répondre aux demandes de normalisation qui sont très souvent attendues du psychologue ?

Seul l'élève est à même, avec l'aide du professionnel, de pouvoir répondre.

Afin de se rendre disponible dans son écoute, le psychologue va devoir séparer les espaces : celui des enseignants et celui de l'élève. A l'inverse des projets institutionnels, le sentiment d'échec peut ne concerner que son ou ses pédagogues.

¹ Rouzel, J. 2007, *La supervision d'équipes en travail social*, Paris, Dunod.

Les deux ne sont pas obligatoirement liés. Leur expérience leur appartient, dans leurs places respectives. Un enfant n'appartient pas à ses parents pour réaliser leurs désirs ; un élève n'appartient pas à l'institution scolaire pour réaliser le désir de celle-ci.

Lors de la rencontre, il revient au clinicien de se faire le supporter du discours de l'élève, le support de sa parole, une sorte de « pousse-au-dire ». Cela nécessite un consentement, de la part du professionnel, de laisser au jeune le souci, le soin, la liberté, la responsabilité, quant à ce qu'il a à dire, en ayant posé au préalable que cette écoute exclut tout jugement.

Se porter à l'écoute du désir de l'autre, c'est aussi se démarquer d'une idée reçue selon laquelle il s'agit d'écouter, et non de répondre. Or, dans la dialectique du moi et de l'autre, si c'est un désir qu'on écoute, il n'est pas possible d'ignorer pendant longtemps que le désir – même profond – est désir d'une réponse.

Le travail va donc se faire à partir de la parole de l'autre, en fonction du point où il en est, c'est-à-dire parfois en lui prêtant des mots lorsque s'exprimer par la parole est difficile pour lui. L'important est d'avoir posé clairement à l'avance qu'il a toujours la possibilité de ne pas s'y reconnaître et de le dire.

Pour le professionnel, apprendre de ce qui surgit et ne pas le maîtriser par une rapide explication, poser des questions sans vouloir à tout prix une réponse. C'est accepter de se confronter à l'inconnu, faire place à l'événement, préserver son étonnement et consentir au risque d'un échec renouvelé.

Que pense l'élève de l'inquiétude qu'il paraît susciter ? Lui semble-t-elle justifiée ? La comprend-il ou du moins l'admet-il ? Qu'est-ce que ce jeune a construit pour faire face aux obstacles et difficultés qu'il a rencontrés ? Quelles sont ses zones de réussites, de plaisir ? Qu'attend-il des professionnels ? Qu'est-ce qu'il pourrait faire et se déclare prêt à tenter de faire, au point où il en est, avec ses propres ressources, mais aussi avec l'accompagnement et l'étayage de ces professionnels ?

C'est en clarifiant sa propre posture que le psychologue pourra répondre aux questions qui vont se poser à lui : Comment faire, sans contraindre, sans jamais s'imposer à l'élève, sans se substituer à lui, mais plutôt en invitant, en encourageant, en incitant, en accompagnant, pour tenir pleinement sa place de professionnel, lorsque quelqu'un vous fait confiance ? Comment faire pour mener le travail avec lui jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'au point précis, jusqu'au moment bien défini où il pourra se passer de vous et se débrouiller tout seul ? Comment organiser les choses de façon à pouvoir l'accompagner d'une manière singulière et constructive si possible ?

D'autres questions renvoient le psychologue à son éthique personnelle et professionnelle et à la déontologie du métier : Faut-il à tout prix « faire rentrer cet élève dans le rang », le « normaliser », en se soumettant aux attentes de l'institution ? Faut-il plutôt étayer ce jeune et l'aider à chercher des chemins de traverse si c'est ce dont il a besoin actuellement ? Comment soutenir que la place de ce jeune est bien dans le lieu scolaire, alors que le diagnostic espéré aurait dû confirmer son exclusion ?

Définir parfois les postures à adopter avec les enseignants, les parents, l'AS¹, les CPE² et tout partenaire que l'on estime pertinent, les limites de la responsabilité de chacun et participer à un partenariat entre professionnels pourra souvent aider l'élève à dépasser ses difficultés, en se sentant étayé par des adultes cohérents entre eux.

¹ L'assistante sociale.

² Conseillers principaux d'éducation.

Lorsqu'un jeune a besoin d'une aide à plus long terme afin de pouvoir formuler une demande qui lui est propre, sera-t-il possible institutionnellement de poursuivre les entretiens, ceux-ci se déroulant alors sur des bases nouvelles et définies en commun avec le psychologue ? Dans ce cas de figure, un travail, parfois long et difficile, sera peut-être nécessaire pour qu'il se prenne en main et pour qu'il fasse émerger son propre désir. Face au temps indispensable à un travail en profondeur avec l'élève, compte-tenu des lenteurs et régressions toujours décevantes par rapport aux attentes de solution magique, la pression institutionnelle de la temporalité scolaire, indifférente à celle de la clinique, se révèle souvent, de ce fait, objectivement persécutive.

Qu'en est-il de l'implication subjective du professionnel ?

Une démarche clinique se démarque des procédures d'objectivation, maintenant dominantes dans les sciences humaines, avec leur côté arbitraire, factice, et leur caractère surmoïque. On ne peut pourtant pas dire, comme certains le prétendent, que ces procédures soient neutres et qu'une stricte objectivité soit possible. Un chercheur le sait aussi, son objet de recherche n'est pas neutre et son implication a des effets sur ce qui est observé.

En s'inscrivant dans une démarche clinique, le professionnel reconnaît et assume donc l'implication et la subjectivité présentes dans toute situation, dans toute rencontre et action professionnelles.

Nous avons toujours une part de responsabilité dans ce qui se joue au sein de la relation.

Qui dit rencontre, dit émotions et affects, que ceux-ci soient positifs : « Il est sympathique, son histoire me touche, j'ai vraiment envie de l'aider, voire de le protéger », ou négatifs : « Il m'insupporte, ce qu'il fait est inadmissible ». Le professionnel peut alors être pris lui-même dans une relation imaginaire dont les deux faces extrêmes sont la fusion ou le rejet.

Les propos de Mireille Cifali, psychanalyste et professeur honoraire en Sciences de l'Éducation, peuvent faire écho en tout professionnel et ce d'autant plus que la relation prend une place importante dans ses fonctions : « Dans notre rapport à l'autre ou au social, nous sommes (...) dans un rapport extrêmement affectif, passionnel, dans lequel nous sommes aveuglés par ce que nous sommes ; nous n'y sommes pas désengagés. Lorsqu'on travaille avec du vivant, l'autre nous touche parfois, nous résiste souvent. Il provoque fascination, agacement ou rejet. Dans ces métiers, nous éprouvons des sentiments d'amour et de haine. Les personnes avec lesquelles nous travaillons nous renvoient inmanquablement à l'essentiel de nos vies d'hommes et de femmes : à l'impuissance et l'ignorance, à la sexualité et la mort, à la dépendance. On oscille alors de l'une à l'autre, lorsqu'on n'a pas les outils pour se repérer. Nous acceptons d'abord d'être touchés et comme cela devient dangereux pour notre propre survie psychique, nous mettons en place des mécanismes de défense. Comme l'on ne peut pas vivre tout le temps touché, on se distance ; on met, entre l'autre et nous, des théories, des outils techniques ; on s'en protège par une armature institutionnelle ; nous le transformons en un objet manipulable qui ne doit pas nous « embêter » et dont l'agressivité doit être matée¹. »

¹ Cifali, M. 1996, « Démarche clinique, formation et écriture », dans Paquay et al., *Former des enseignants professionnels, quelles stratégies ? Quelles compétences ?* Bruxelles, De Boeck Wesmael, p. 119.

Par peur d'être envahis, par peur de « ne pas savoir y faire » face à l'énigme de l'autre, face à ce que cet autre provoque en soi et face à l'imprévisible de toute rencontre, certains professionnels sont tentés de mettre une barrière, parfois institutionnelle, technique et instrumentale, de se vêtir d'une carapace ou de fuir.

Ce que la théorie psychanalytique nomme le transfert est ainsi à l'œuvre au sein de la relation. Souvenons-nous que l'étymologie latine du mot transfert, du verbe « ferre » = porter, supporter, et « trans-ferre » = porter à travers, transporter, signifie un déplacement (on transfère des colis d'un point à un autre, par exemple). Freud lui a donné le sens de déplacement de représentations inconscientes d'une personne à une autre, et ce transfert peut se produire dans n'importe quelle relation, et bien évidemment d'autant plus que celle-ci se répète et a une durée. Cependant, il arrive qu'une seule rencontre suffise.

Le psychologue s'est inévitablement construit une représentation de ce jeune avant même de le rencontrer. Qu'est-ce qui a été dit à propos de celui-ci ? En quels termes ? De son côté, l'élève s'est imaginé la rencontre. Un éventuel pré-transfert s'est déjà construit de part et d'autre, et celui-ci peut être positif ou négatif.

Le psychologue va donc devoir, avant même la rencontre, se distancier de ce qui peut venir faire filtre et écran entre l'élève et lui-même, afin de pouvoir effectivement l'écouter et le rencontrer.

Ces affects, et ce transfert qui se jouent de part et d'autre au sein même de la relation, constituent ainsi des moteurs puissants qui vont permettre la rencontre. Le transfert peut donc avoir des effets moteurs, à condition d'être modéré. Un transfert positif est à la base de l'investissement d'un jeune dans la relation et de la confiance qu'il va accorder à un adulte. Il peut au contraire constituer un frein, s'il est trop massif.

De son côté, le professionnel va déplacer, malgré lui et à son insu, au sein de la relation avec celui qu'il accompagne, des affects, des représentations, des désirs, des attentes et des mécanismes de défense, qu'il a construits en lien avec sa propre histoire. Il va également avoir tendance à projeter sur l'autre ce qui ressort de ses préoccupations actuelles.

Nous savons que l'on parle aussi de soi lorsqu'on parle de l'autre.

Les questions qui se posent alors au professionnel sont de cet ordre : « Qu'est-ce que je ressens face à lui ? », « Qu'est-ce que l'histoire de ce jeune vient toucher en moi ? », « Qu'est-ce qu'il me fait vivre ou revivre ? », « Qu'est-ce qui m'a poussé à faire ou à dire cela ? », mais aussi, « Qu'est-ce que j'attends de lui ? » « Qu'est-ce que je lui veux ? ».

Nous savons aussi qu'un trop important désir de changement de l'autre exerce une pression sur celui-ci qui peut le faire reculer et le conduire à instaurer des mécanismes de défense.

Lorsque l'élève refuse la rencontre, le professionnel peut en être touché, avec des questions telles que : « Qu'est-ce que j'ai raté ? » « Il a refusé de me parler, voire de me regarder », « Il n'est pas revenu malgré mon invitation » ...

Reconnaître sa propre subjectivité dans la lecture des événements, les éventuels effets de son inconscient, ne signifie pas obligatoirement de se débarrasser de ses modes de défense, mais de les repérer. Si je me défends, c'est que je me sens attaqué. Le suis-je réellement ou est-ce lié à un reflet imaginaire de ce que l'autre me renvoie ?

Le seul fait de se poser la question permet de sortir d'une illusion projective qui entrave l'écoute et la réflexion.

C'est ainsi en écoutant en nous ce que l'autre nous fait vivre, c'est en prenant en compte nos affects, que nous pouvons tenter de comprendre quelque chose de cet autre, de ce qu'il vit lui-même, et que nous pouvons donc le rencontrer.

Non seulement l'implication psychique est inévitable, mais elle est nécessaire ; on ne rencontre l'autre qu'à travers une présence, une authenticité. Nos sentiments ne sont pas inopportuns dans la circonstance, mais ils ont à être travaillés pour que l'autre ne devienne pas otage de nos affects. Ceux-ci ne sont donc pas à rejeter et ils peuvent même être considérés comme importants. La question devient ainsi : « A quoi ça sert à l'autre de me faire vivre ce que je vis ? ». La rencontre clinique opère quand le professionnel est inquiet, déstabilisé, agacé, impuissant. C'est alors qu'il se passe quelque chose.

Tout le travail du professionnel va être de ce fait de repérer son propre transfert, de différencier et de séparer ce qui lui appartient et ce qui appartient à l'autre. Ce repérage de son propre transfert par le professionnel lui permet de retrouver ce qui est « une bonne distance à l'autre », c'est-à-dire ni une trop grande proximité (sympathie, confusion), ni un excessif éloignement (indifférence, désintérêt).

Le maniement du transfert, c'est la manœuvre à effectuer pour que le savoir, comme tel, peu à peu, se détache de la supposition imaginaire de la part de l'élève que le professionnel possède un savoir sur son symptôme mais aussi sur son désir. Le psychologue travaille à restituer ce savoir au jeune, la responsabilité de ce qu'il est. L'un des effets attendus est que cette opération vienne mordre sur les empêchements réels ou imaginaires qui se dressent entre ce jeune et son désir, mais aussi sur la jouissance qui accompagne sa plainte de ne pas être ce qu'il aurait voulu être ou encore la plainte qui lui fait rejeter la responsabilité de ce qu'il vit sur son entourage.

Le plaisir n'est pas absent de cette clinique, mais il vient de surcroît, comme le disait Freud de la guérison. C'est le plaisir qu'il s'est passé quelque chose devant vous, avec vous, qu'un jeune ait eu ce déclic que vous espériez ... Quelquefois, ce plaisir vient bien plus tard, lorsque vous apprenez que ce jeune a fait son chemin, alors que, parfois, vous-même étiez bien pessimiste à son égard ...

On ignore souvent quelles graines on a semé et à quel moment elles vont germer ...

Quel est le pouvoir du professionnel ?

Dans la préface du livre d'August Aïchhorn *Jeunes en souffrance*, Freud qualifiait « d'impossibles », les trois métiers : gouverner, soigner, éduquer¹. Pourquoi impossibles ? Parce qu'il y a de l'autre. Parce que ces métiers – et d'autres – s'appuient sur la relation à l'autre et que cet autre a le pouvoir de résister, de faire le contraire ou différemment de ce que nous penserions être « son bien ».

Ces métiers sont impossibles aussi parce qu'ils sont portés par des illusions, nécessaires, indispensables, mais par essence inatteignables. D'où des résultats

¹ Aïchhorn, A. 1925, *Jeunes en souffrance*, Préface de S. Freud, Nîmes, Champ social éd. 2005, coll. Psychanalyse et éducation spécialisée.

toujours en deçà de l'attendu, un sentiment permanent de ne pas être à la hauteur, quelle que soit la manière dont on s'y prend.

Face à tout cet impossible, faut-il se décourager ? J'ai coutume de dire et de répéter que pouvoir cerner ce qui est impossible permet de repérer ce qui est possible quand même.

Si nous ne savons pas ce qui est bon pour l'autre, nous avons le devoir de lui formuler des propositions – qu'il peut refuser – et de l'accompagner dans son processus de construction de lui-même. Si nous n'avons pas le pouvoir de changer l'autre, nous pouvons modifier notre propre posture et peut-être aider l'élève de cette manière.

On comprend ainsi que s'inscrire dans une posture clinique implique pour le professionnel de reconnaître les limites de son action. Il reconnaît qu'il n'est pas maître de l'autre, de ses pensées, de ses désirs, de ses éventuels symptômes ; il n'est pas maître de la relation, et encore moins du transfert positif ou négatif de l'autre à son égard.

Comment faire lorsque « ça résiste » ? Sans doute faire confiance au temps de la maturation, sans forçage. Et sans trop d'illusion non plus. Savoir lâcher sur notre propre désir de réussir à tout prix. (Je dis « nous, car je suis bien entendu concernée !).

Il faut être intéressé par l'autre, désintéressé par les résultats. Ce n'est pas facile sur le plan narcissique et cela va aussi à l'encontre des injonctions de rentabilité qui vous sont faites.

C'est précisément parce qu'il est sans pouvoir réel que le psychologue peut redonner du pouvoir au sujet : pouvoir de penser par lui-même, pouvoir de trouver des solutions qui correspondent à son problème et à ses capacités. Ces solutions, qui ne sont pas importées de l'extérieur, seront viables dans la mesure où il en sera l'unique promoteur.

A la différence de l'expert, le clinicien sait donc qu'il ne connaît pas la Vérité sur l'autre, qu'il ne peut pas savoir à la place de l'autre. Il sait donc qu'il y a du non-savoir et met en œuvre le doute quant à ce que vit l'autre, quant à ce qu'il pense, le doute sur ses propres interprétations et ses réponses, lors d'une mise en question permanente. Il a donc besoin de repères pour lui-même.

Quels sont les repères pour le clinicien ?

Si le doute est constitutif d'une posture clinique, pour que cette interrogation systématique ne se retourne pas en impuissance ou en disqualification, il s'agit donc de se donner les moyens pour se sentir soi-même en sécurité, et pour garantir cette sécurité à ceux que l'on a pour fonction d'accompagner.

Le premier repère est de référer sa pratique à des savoirs, tout en sachant que ces savoirs sont multiples.

- Un premier savoir est un acte de *confiance dans le savoir de l'autre*.

En invitant cet autre et en l'aidant à construire lui-même une part de sa vérité, le professionnel accepte d'apprendre de celui-ci. Pour cela, il lui revient, à lui, de se déplacer afin de laisser à l'autre un espace pour s'exprimer et pour évoluer.

Ses propres réponses ne viendront pas d'une théorie ou d'un quelconque mode d'emploi. Il accepte d'être surpris par l'autre et de devoir « bricoler », inventer, réajuster

sa posture et ses paroles sur le moment, au sein même de la relation. Cette posture de doute épistémologique sur les effets de ses propres paroles devient un moteur pour l'action lorsque le professionnel se situe dans une position de recherche, de confiance dans l'autre et dans la relation, et donc aussi une confiance en ce qui pourra se construire. Il éprouve cependant aussi le statut de l'erreur.

Ce n'est souvent que dans l'après-coup que le professionnel pourra prendre la mesure et analyser ce qui s'est vraiment passé au cours de la rencontre. Cette reconstruction de ce qui a été vécu lui permettra d'esquisser des hypothèses – plus que des explications – et peut-être de réajuster son positionnement pour une rencontre ultérieure avec le même sujet.

- Ce sont aussi *des savoirs théoriques*.

Lors de la rencontre, le clinicien met en suspens ses savoirs théoriques préalables afin d'écouter l'autre, mais ces savoirs sont là, inscrits en lui, comme des repères pour sa propre posture.

Dans les métiers de l'humain, le professionnel se confronte à des situations sociales complexes, soumises au temps, où se mêlent le sociétal, l'institutionnel et le personnel, le psychique et le social. Les éclairages apportés par la théorie psychanalytique, la psychologie, la sociologie, la psycho-sociologie, les neurosciences, peuvent soutenir les analyses, les prolonger, ouvrir à d'autres voies de compréhension des situations. Il existe toutefois des différences entre les théories et tout n'est pas « articulable » avec tout.

- Il importe également d'avoir construit *un savoir sur soi-même*.

Celui-ci peut être acquis par des voies diverses.

- C'est enfin *un savoir d'expérience*.

Le clinicien aura toujours à articuler la pratique et la théorie, et son savoir d'expérience se construit au fur et à mesure des rencontres, à partir de l'analyse de ce qui a été subi, supporté, éprouvé.

- Un autre repère est son *éthique du sujet et de la relation*.
- C'est enfin *une technicité d'intervention*.

Pour illustrer ce point, j'ai donné comme titre à l'une de mes interventions dans un colloque dont le thème était *La posture du superviseur* : « Le superviseur : un funambule au bord du vide¹ ». Le superviseur-funambule prend des risques, en effet, il ne sait jamais à l'avance ce qui va émerger du groupe, mais il se donne des filets de sécurité !

Comme pour toute pratique, un cadre posé d'emblée donne du sens et apporte de la sécurité : Pour quelle raison se rencontre-t-on ? Dans quel lieu et à quel moment ? Qu'est-ce qui est attendu de chacun ? Quelle sera la durée de la rencontre, ce qui implique d'inclure dans le dispositif un temps d'accueil, d'échange et d'élaboration.

¹ Duval Héraudet, J. 2014, Superviseur ? Un funambule au bord du vide, dans Joseph Rouzel (dir.), 2017, *La posture du superviseur, Supervision, analyse des pratiques, régulation d'équipes...*, Toulouse, érès.

Pourra-t-il y avoir plusieurs rencontres ? Quel sera leur objectif et à quel rythme ? Quelles sont les règles de la parole ?

A l'intérieur de ce cadre, un processus pourra avoir lieu, et si des brèches se produisent, elles pourront être parlées.

Faut-il défendre la clinique ?

Nous vivons actuellement sous une tyrannie de l'urgence. Le psychologue subit la pression de l'institution, des enseignants, des parents, des évaluations à brève échéance... Or, l'urgence, nous le savons, empêche de penser.

Faire correspondre un remède à chaque symptôme, résoudre toutes les maladies, correspond au vieux rêve de la science. Nous ne pouvons rejeter en bloc toutes les avancées de la médecine et ce qu'elles ont apporté pour la santé et le mieux-être de notre vie. Toutefois, au nom de la supériorité de la science – ou plutôt d'un scientisme dominant – tout devrait être évalué, classé, catégorisé... Pour le plus grand profit du discours capitaliste, avec les mots d'ordre d'utilité, d'efficacité, de rentabilité, il est demandé de plus en plus aux éducateurs, aux psychologues, y compris cliniciens, des tâches d'évaluation et de gestion des êtres humains. Le diagnostic relève d'une classification précise et chaque symptôme conduit à un remède, chimique ou comportemental, à une rééducation appropriée. N'est-ce pas la logique du DSM par exemple ? La tendance aujourd'hui est aux thérapies brèves, peu coûteuses et radicales, c'est-à-dire « efficaces », rentables et sans récurrences... soi-disant !

Cette logique conduit à considérer l'homme comme un objet à étudier. Le sujet comme tel est sacrifié et on le fait taire. Le sens du symptôme et de la plainte du sujet, son désir, sont alors niés et ils ne sont pas remplacés par d'autres signifiants. Si le sujet a le sentiment de ne pas avoir été entendu, s'il n'a pas pu travailler ce qui le travaille vraiment, ce symptôme prendra d'autres formes pour continuer de tenter à faire signe.

Peu importe de ce que l'on produit ainsi, et à quel prix. Les mots d'ordre sont devenus : rationalisation, performance, efficacité. Il s'agit de remettre dans la norme les sujets qui s'en écartent, ce qui revient aussi à exclure « les incasables ».

Nul ne peut ignorer aujourd'hui les réticences voire le rejet d'une approche psychanalytique et la peur des « gros mots » comme ceux d'inconscient, de transfert, de projection... Cependant, le sujet parle encore, continue à parler, et quand il ne parle pas, il construit des symptômes. Parler d'engagement, d'implication, de participation, est de plus en plus mal vu dans les sciences humaines. Il nous faut cependant soutenir ces termes car c'est une manière de souligner que la clinique repose sur des objectifs rigoureux, des finalités, une éthique du sujet et de la relation, des théories, des méthodes, des techniques.

Une démarche clinique est d'une grande exigence. Elle n'est pas une formation psychologique à proprement parler. Les savoirs qu'elle requiert, articulant des savoirs théoriques, des savoirs d'expérience et des savoirs sur soi, ne peuvent s'enseigner dans des cours ou des conférences. Elle vise principalement le développement d'une sensibilité qui intègre les savoirs expérimentaux dans la relation à l'autre. Comme le disait Freud à propos de l'analyse, la meilleure voie pour comprendre le sens d'une démarche clinique, son importance et ses bénéfices, est sans doute de l'avoir vécu « à même son corps ». C'est ce dont témoignent des enseignants, des éducateurs, des formateurs, des psychologues, des CPE... qui ont vécu, par exemple, l'analyse

clinique de la pratique et qui disent avoir en définitive modifié leur rapport avec ceux qu'ils accompagnent : élèves, jeunes, stagiaires, autres professionnels ...

Dans la mesure où une démarche clinique demande plus de temps que le passage d'un simple test par exemple ou d'une évaluation technique, le praticien peut avoir besoin d'argumenter la légitimité de son positionnement, non seulement auprès de sa hiérarchie mais aussi auprès des enseignants, des parents (et peut-être de certains jeunes qui se sont forgés des pré-représentations erronées de l'action du psychologue).

Résister ... Vous connaissez sans doute cette légende du colibri : Un incendie ravage une forêt, et les animaux voient un petit colibri qui va chercher une à une des gouttes d'eau à une source pour les déposer dans les flammes. Les animaux se moquent de lui et lui disent : « Ce n'est certainement pas comme ça que va s'éteindre l'incendie ». Alors, le colibri répond : « Je sais bien que je ne vais pas éteindre l'incendie, mais je fais ma part. »

Je vous ai annoncé que je présenterai rapidement ce dont il est question et ce qui est en jeu dans un dispositif d'analyse clinique de la pratique.

Le dispositif d'analyse clinique de la pratique que je propose

Les institutions dans lesquelles j'interviens formulent des demandes « d'analyse de la pratique ». Je complète d'emblée cette appellation trop vague et trop générale, propice à confusion, en y adjoignant le mot « clinique » et je la présente ainsi comme synonyme de « supervision » en groupe¹.

Y adjoindre ce qualificatif renvoie à ce qui a été partagé précédemment à propos de la clinique.

Il est proposé de mettre au travail au sein d'un groupe de pairs, les compétences et savoirs de chaque-un pour redonner du sens à une situation actuelle, concrète, précise, énigmatique ou difficile, dont un des participants fait le récit au groupe.

Des règles précises garantissent la sécurité de la parole : écoute, non-jugement, confidentialité en ce qui concerne les propos personnels. Un dispositif clairement posé et tenu permet d'étayer le cheminement de la pensée de chaque participant au sein du groupe.

Le consentement et l'implication de chaque participant sont indispensables.

L'expérience clinique montre que les ressentis (éprouvés dans le réel du corps), les affects (plaisir-déplaisir), les émotions non symbolisées par des mots, le transfert du professionnel au sein même de la relation, constituent pour celui-ci autant d'obstacles et d'empêchements à penser.

Le groupe écoute sans interrompre le récit du narrateur, assumant ainsi ce que Winnicott nomme une fonction contenant des émotions de celui-ci. Le fait de mettre

¹ Le dispositif que je propose s'inspire en grande partie de celui décrit par Joseph Rouzel (dans Rouzel, J. 2007, *La supervision d'équipes en travail social*, Paris, Dunod). Chaque superviseur doit cependant réaliser son propre « bricolage », « à sa main ».

en mots, dans une parole qui a « une adresse », peut déjà permettre au narrateur un premier repérage et une distanciation par rapport à ses éprouvés.

Dans un deuxième temps, chaque participant est invité à nommer, sans échanges, ce qu'il a perçu des affects, des émotions du narrateur lors de son écoute du récit, mais aussi à proposer ses propres ressentis de professionnel face à une telle situation.

Le rôle du superviseur est à ce moment-là d'aider à « désintoxiquer » en quelque sorte la rencontre de sa charge imaginaire et de clarifier les enjeux qui se sont déposés dans la relation intersubjective, en suscitant cette symbolisation et mise à distance grâce à la parole de chaque-un dans le groupe.

Cette « fonction conteneur » exercée par le groupe permet au narrateur, en se reconnaissant, ou non, dans ce qui lui est renvoyé, de préciser, avant tout pour lui-même, ce qui l'habite.

Je pose toutefois d'emblée, dès la présentation du dispositif lors de la première séance, que, si le repérage du transfert du professionnel est une tâche importante dans ce travail d'analyse, parce qu'il peut aider ce même professionnel à prendre de la distance avec ce qu'il vit et lui permettre de penser à nouveau, si chaque récit articule d'une manière permanente le personnel et le professionnel, dans un lien étroit avec la pratique professionnelle, des limites structurelles et éthiques s'imposent. Ce que l'on nomme la fonction signalétique du transfert du professionnel constitue déjà une avancée considérable. Il appartient au professionnel lui-même de continuer à mettre au travail, ailleurs, ce qui relève de son histoire personnelle, s'il en ressent la nécessité et le désir.

« Avoir fait le ménage » dans les ressentis facilite l'accès à une pensée plus rationnelle et ouvre à un troisième temps de « tissage ». Le groupe, y compris le narrateur et le superviseur, va alors s'attacher à analyser ce qui s'est passé dans cette situation, en prenant en compte les logiques de chacun, en tentant de comprendre ce que cet autre dont il est question a mis en scène, en lien avec son histoire et ses différents contextes de vie : familial, scolaire, social, ce qu'il en est de ses mécanismes de défense, de ses résistances, de ses désirs, de ses angoisses, de ses attentes.

L'objectif est de remettre du sens là où il semblait souvent ne pas y en avoir.

L'hypothèse de travail est que ce sont les professionnels qui connaissent le mieux leur métier et qu'ils sont capables de répondre à leurs propres questions.

Il est important de se donner du temps pour tenter de comprendre, tout en ayant conscience que personne n'est dans la tête de cet autre dont on parle, et qu'il ne s'agira que d'hypothèses, de « petits délires » disait Freud, de « petits mythes » comme les nommait Lacan, mais qu'ils permettent d'avancer.

Au cours de ce troisième temps, le superviseur se donne pour tâche principale de faire accoucher chaque-un de son savoir.

Les questionnements, le croisement des hypothèses et la confrontation de points de vue différents au sein du groupe permettent de faire ouverture. Ce qu'il en est des savoirs de chacun au sein du groupe, comme il a été dit plus haut (savoirs sur soi, savoirs théoriques, savoirs d'expérience) va pouvoir étayer ce qui va être avancé, ce qui va se croiser, rebondir, ouvrir à d'autres voies de compréhension des situations. La condition toutefois est que ces savoirs théoriques de référence soient compatibles et articulables.

Un des effets de ce travail de co-construction en groupe est de permettre au narrateur de mieux percevoir et différencier ce qui relève de sa propre histoire ou de ses préoccupations du moment, de ses inquiétudes, de ses peurs, de ses attentes, de son désir, de repérer son propre transfert au sein même de la relation, de s'en désengluer afin de le différencier du transfert et de l'histoire de l'autre.

Lorsque l'on pense avoir un peu compris ce qui est en jeu, la question devient, chaque fois que possible : « Comment agir pour tenter de faire évoluer cette situation ? ». Des hypothèses, des pistes de travail sont avancées, qui pourront aider le narrateur à retrouver, entre autres possibilités, une posture professionnelle plus ajustée, ou encore à rechercher des complémentarités professionnelles au sein d'un partenariat. Cependant, le narrateur est le seul à pouvoir décider de ce qu'il peut et veut faire, en tenant compte de son contexte de travail, tout en étant conscient qu'il a des limites, qu'il n'est ni maître de l'autre ni du désir de celui-ci.

Quels sont les effets soulignés par les participants ? Chacun bénéficie d'une supervision lorsqu'elle est faite dans de bonnes conditions : l'élève, l'institution, le professionnel. Celui-ci complète éventuellement et progressivement ses savoirs théoriques, son savoir d'expérience et son savoir sur lui-même, grâce à tout ce qui est partagé au sein même du groupe, directement en lien avec les situations analysées.

Un livre collectif de témoignages est paru en décembre 2019¹.

J'y ai contribué par mon témoignage de superviseur, à partir de situations cliniques que j'ai vécues dans et hors de l'Education nationale, sous le titre « Questions pour ... un superviseur ».

Je vous en livre un court passage, écrit par Maude, une enseignante de collège, de sa place de participante :

« Il n'y a jamais de fond au problème, de solution définitive, de clé adaptée pour chaque serrure de l'existence. Chaque question résolue en soulève une autre, contiguë, chaque porte ouverte donne sur une porte close, qui nous attendait derrière la première, et chaque colline franchie fait apercevoir les autres. Le questionnement ne s'éteint jamais.

L'analyse de la pratique n'a rien résolu fondamentalement. Non parce qu'elle a échoué, mais parce que ce n'est pas là son propos. Elle a accru le plaisir de travailler, d'être à soi, d'être aux autres, aux âmes dont on a la charge, et à celles qui partagent notre tâche. Elle a rendu chaque échange, chaque geste et chaque pensée plus brillants et plus intenses dans le cadre de notre travail. Tout réverbère sous le jour d'une conscience qui se cherche, et s'efforce de saisir la lumière, guettant la marmite d'or aux pieds des arcs-en-ciel.

L'analyse de la pratique n'a pas fait de nous des héros, ni de nos élèves des champions. Si elle a étendu notre territoire, celui des réponses et des certitudes, elle a aussi considérablement agrandi celui de la friche et du questionnement, repoussant la limite de l'horizon. Elle a élargi le creuset du doute - le faisant certes changer de nature, congédiant celui qui paralyse, et appelant celui qui mobilise, celui qui dynamise, qui laisse circuler l'air alentour. Elle a foré des puits là où il n'y en avait pas,

¹ Duval Héraudet, J. (dir.), 2019, *Analyse Clinique de la pratique en milieu scolaire ... et ailleurs ...* Paris, L'Harmattan, Préface de Joseph Rouzel.

là où la terre était plane, sans accidents. Sans prétendre résoudre l'énigme, elle a creusé le désir, attisé l'appétit, fait danser la flamme. Elle a aggravé les questions. Et c'est tant mieux. »

Quelques références bibliographiques

Aïchhorn, A. 1925, *Jeunes en souffrance*, Préface de S. Freud, Nîmes, Champ social éd. 2005, coll. Psychanalyse et éducation spécialisée.

Cifali, M. 1996, « Démarche clinique, formation et écriture », dans Paquay et al., *Former des enseignants professionnels, quelles stratégies ? Quelles compétences ?* Bruxelles, De Boeck Wesmael.

Duval Héraudet, J. (dir.), 2019, *Analyse Clinique de la pratique en milieu scolaire ... et ailleurs ...* Paris, L'Harmattan, Préface de Joseph Rouzel.

Rouzel, J. 2007, *La supervision d'équipes en travail social*, Paris, Dunod.