

## Qu'est-ce qu'une analyse clinique de la pratique professionnelle ?

Jeannine Duval Héraudet

« L'analyse clinique de la pratique » ou « supervision en groupe » est un dispositif qui **se centre sur la relation** d'un professionnel avec celui ou ceux qu'il a la charge d'accompagner, d'aider, d'enseigner, de soigner, d'encadrer.

Il est posé que chaque sujet est unique, que chaque histoire, que chaque relation sont toujours singulières, évolutives, et que le contexte n'est jamais le même. Il est posé également que dans les métiers de l'humain, le professionnel et le personnel sont étroitement intriqués et que, dans une situation difficile, notre propre transfert et nos émotions constituent autant d'obstacles à notre pensée.

Il s'agit donc d'analyser, par un travail de co-réflexion et de co-construction, les interrogations ou les difficultés rencontrées par un professionnel qui fait le récit à un groupe de pairs, d'une situation actuelle, concrète, précise. Il est fait appel aux compétences et savoirs de chacun pour **redonner du sens** à une situation qui se présente souvent comme une impasse. Le narrateur attend l'aide du groupe, en premier lieu pour mieux comprendre ce qui se passe, pour lui-même et pour l'autre dont il parle, et, si possible, pour se voir proposer ce qui pourrait être tenté **pour faire évoluer** cette situation.

J'ai pu vivre, soit en tant que participante, soit en tant que superviseur auprès de groupes de professionnels aux fonctions diverses, un certain nombre de dispositifs d'analyse de la pratique, parfois très différents les uns des autres dans leurs objectifs, leurs référents théoriques, leurs modalités<sup>1</sup>. Mon expérience me conduit à proposer aujourd'hui aux professionnels, mon propre bricolage d'un dispositif que je nomme « Analyse clinique de la pratique » et que je considère comme synonyme de « supervision en groupe ».

Avant d'aborder ce qu'il en est du dispositif que je propose aux professionnels, il est important de rappeler quelques résupposés, afin de clarifier les fondations de ce travail en groupe.

J'ai construit cette présentation en deux parties :

- Un premier grand point qui revient sur les mots utilisés et sur ce qu'ils sous-tendent.

---

<sup>1</sup> J'ai rendu compte de ce cheminement dans l'ouvrage collectif : Duval-Héraudet, J. 2015, *L'analyse de la pratique : à quoi ça sert ?* Toulouse, érès.

- Un deuxième grand point, qui en résulte, présente le dispositif que je propose<sup>1</sup>.

## I. S'entendre sur les mots et sur ce qu'ils désignent

### Analyse de la pratique : « un mot-valise »

Il nous faut en premier lieu souligner à quel point les mots utilisés peuvent entraîner des représentations diverses et d'éventuelles confusions. Le nom très général « d'analyse de pratique » est un véritable mot-valise. Le mot lui-même de « pratique » peut être écrit au singulier ou au pluriel et il recouvre un champ de dispositifs très différents. Nous nous contenterons d'en citer quelques-uns, sans en oublier les origines.

Freud avait institué des « séances du samedi soir » entre psychanalystes, afin de partager les situations difficiles que ceux-ci rencontraient.

En 1949, Michaël Balint, un médecin hongrois vivant en Angleterre, avait mis au point un dispositif qu'il nommait « séminaire », entre autres appellations. Il s'agissait d'analyser, entre praticiens, la relation entre le médecin et son malade. Balint était convaincu de l'importance que prend la qualité de cette relation dans l'évolution de la maladie<sup>2</sup>. Son épouse, Enid Balint, a étendu cette pratique aux assistantes sociales du planning familial auprès desquelles elle intervenait.

Le psychanalyste Jacques Lévine a créé le « Balint enseignant » nommé aussi « Soutien au Soutien » (Ce qui renvoie, avec une touche d'humour, à un dispositif qui se donne pour objectif de « soutenir ceux qui ont pour profession de soutenir les autres »).

Cependant, et sans être exhaustif, les professionnels peuvent aussi se voir proposer :

Le GAP (Groupe d'Approfondissement Professionnel), proposé par André de Peretti<sup>3</sup>. Ce dispositif vise avant tout un accompagnement à l'agir et à la prise de décision. Ses différents temps (il peut en compter jusqu'à neuf) organisent d'une manière très structurée une approche active de recherche de stratégies de résolution de problème. Les références théoriques en sont la psychosociologie et Carl Rogers.

Le GEASE (Groupe d'Entraînement à l'Analyse des Situations Educatives), mis au point à Montpellier par un groupe d'enseignants en Sciences de l'Éducation. Ce dispositif se donne comme objectif de repérer l'action ou les actions à entreprendre, de mobiliser des stratégies diverses, pour résoudre une situation complexe. Deux tâches principales échoient au groupe : diagnostiquer et décider. Les référents théoriques se veulent multiples : psychologie, sociologie, didactique, pédagogie, analyse institutionnelle.

Le SCAPE (Séminaire clinique d'analyse des pratiques éducatives), mis au point en 1992 par l'IUFM de Grenoble, et en particulier par Ludovic Gadeau, afin d'accompagner les enseignants lors de leur entrée dans le métier. Ce dispositif déclare

<sup>1</sup> Un texte à part sur ce site analyse brièvement différents dispositifs d'analyse de pratique.

<sup>2</sup> Michaël Balint a rapporté cette expérience dans l'ouvrage : « *Le médecin, son malade et la maladie* ». Sa troisième épouse, Enid Balint (analysée par Donald W. Winnicott), avait travaillé avec lui dès 1947 à la formation des assistantes sociales du planning familial à Londres, les « case works ».

<sup>3</sup> André de Peretti, pédagogue, homme politique, psychosociologue et écrivain français.

se référer à la psychanalyse pour le cadre posé et pour la technique mise en œuvre, s'intéresser à la dimension relationnelle de l'exercice de la profession, mais il limite l'analyse à l'objet exposé, « les pratiques », laissant de côté délibérément ce qui concerne l'exposant.

Le SAPEA (Séminaire d'Analyse des Pratiques d'Enseignement-Apprentissage).

etc.

Ces quelques exemples, sous forme d'inventaire, illustrent à quel point les objectifs, la centration des analyses, les référents théoriques, les méthodologies et les effets recherchés peuvent différer. Les analyses porteront donc prioritairement sur la relation, sur « le problème », sur l'institution, sur les processus de groupe, sur les problèmes généraux du travail, sur les pratiques pédagogiques, lesquelles recouvrent les méthodes pédagogiques, avec pour objectif l'acquisition de savoirs théoriques, de savoir-faire, de techniques professionnelles<sup>1</sup>.

On comprend dès lors à quel point il est important pour un intervenant de se situer lui-même et de clarifier au préalable auprès de chacun des groupes qu'il accompagne, les présupposés, les principes de base, les objectifs, le cadre général, sa posture, les règles et la méthodologie du dispositif qu'il propose.

Certains ont choisi délibérément d'abandonner l'appellation « Analyse de pratique » parce que trop galvaudée. Ils parlent dès lors uniquement de supervision et de superviseurs. Joseph Rouzel prend appui sur l'étymologie du mot « clinique » pour argumenter le nom de « super-vision ». Il insiste sur le fait que le superviseur ne se targue d'aucune supériorité de savoir vis-à-vis des participants, mais que sa tâche consiste principalement à aider des professionnels au sein d'un groupe à prendre un peu de hauteur « au-dessus du ras des pâquerettes du quotidien », afin de tenter de comprendre un peu mieux ce qui se passe dans une situation qui pose question.

J'ai conservé pour ma part le nom « Analyse de la pratique » parce qu'il correspond à celui en usage dans les institutions dans lesquelles j'interviens et aux demandes formulées, mais je précise et explicite d'emblée « Analyse clinique de la pratique »<sup>2</sup>. De même, je me nomme indifféremment dans ma fonction comme « superviseur » ou « intervenante », selon les contextes.

## I. A quoi renvoie le mot « clinique » ?

L'étymologie du mot « clinique » signifie « s'incliner », « se pencher au-dessus de ». Le *klinikos* était le médecin qui se déplaçait pour aller au chevet du malade, par opposition à l'*empeirikos* qui se prévalait de son expérience pour donner ses conseils à distance. Le mot « clinique » renvoie donc à une relation et à une proximité.

---

<sup>1</sup> J'ai tenté d'interroger quelques-uns de ces dispositifs, dans leurs fondements, leurs objectifs et leurs effets, dans l'ouvrage collectif Duval Héraudet, J. (dir.), 2015, *L'analyse de la pratique : à quoi ça sert ?* Toulouse, érès, p. 173-175.

<sup>2</sup> D'où le titre choisi pour deux ouvrages collectifs. Le premier, publié chez érès en 2015 (op. cit.), et un second : Duval Héraudet, J. *Analyse clinique de la pratique en milieu scolaire... et ailleurs...*, 2019, Paris, L'Harmattan.

Une **démarche clinique** est ainsi, avant tout interpersonnelle. Elle concerne une ou des personnes en situation et en interaction. Elle travaille dans la relation et sur la relation.

Dans un ouvrage paru en août 2018, *S'engager pour accompagner, Valeurs des métiers de la formation*, Mireille Cifali, enseignante en Sciences de l'Éducation à l'Université de Genève et psychanalyste, souligne la dimension clinique des métiers de l'humain : « ...Lorsque nous nous confrontons à des situations sociales soumises au temps, où s'enchevêtrent le sociétal, l'institutionnel et le personnel, où le but premier n'est pas de construire des connaissances généralisables et où l'enjeu est de permettre qu'un autre guérisse, accède au savoir, grandisse ou dépasse une difficulté handicapante, nous serions dans un espace que je qualifierai de clinique<sup>1</sup>. »

Une approche clinique considère que chaque situation est singulière, que celle-ci s'inscrit dans un contexte spécifique. Par extension, « le chevet », et donc « le lit » au-dessus duquel va se pencher le professionnel est une situation réelle où s'exposent souffrance, désordre, énigme, incohérence, en somme ce qui ne fait plus sens. Le projet de **la clinique** est de remettre du sens là où il semble ne plus y en avoir.

La clinique se préoccupe du sujet rencontré, de son histoire toujours singulière et complexe insérée dans des contextes de vie spécifiques. Elle interroge ce que ce sujet a élaboré pour faire face aux obstacles et difficultés qu'il a rencontrés, et elle prend en compte ses ressources pour se construire, se reconstruire ou se réparer.

Cependant, l'autre reste toujours une énigme pour le professionnel, et la rencontre avec lui comporte toujours un lot de surprise, d'inattendu, d'incertitudes.

### **Des « métiers impossibles »**

Pour tout professionnel, la pratique résiste. L'écart entre le prescrit et ce qui est réalisé, mais aussi entre ses idéaux et la réalité, entre ce qu'il voudrait faire et ce qu'il peut faire, sont sources de souffrance au travail, comme l'a largement démontré par exemple le psychiatre et psychanalyste Christophe Dejours.

Cette résistance « du réel » est d'autant plus présente dans les métiers pour lesquels la relation à l'autre est le terreau du travail. Le professionnel rencontre des obstacles, commet des erreurs, ne sait plus comment faire. Il peut être travaillé par ses peurs, par ses doutes, par un sentiment de solitude. Il se sent parfois bloqué, préoccupé, envahi. L'autre fuit, s'oppose, le surprend, lui résiste, le questionne et attend pourtant de lui des réponses.

La position de Freud, énoncée en 1925 dans sa préface du livre d'August Aïchhorn, *Jeunes en souffrance*, constitue aujourd'hui et plus que jamais une référence pour tous ceux dont la profession repose sur la relation : « J'ai fait mien très tôt le bon mot qui veut qu'il y ait trois métiers impossibles – éduquer, soigner, gouverner<sup>2</sup>. »

<sup>1</sup> Cifali, M. 2018, *S'engager pour accompagner, Valeurs des métiers de la formation*, Paris, PUF, p. 25-26.

<sup>2</sup> Freud, S. 1925, « Préface », Aïchhorn, A. *Jeunes en souffrance*, Nîmes, Champ social éditions, Nouvelle édition, février 2005, coll. Psychanalyse et éducation spécialisée.

Pourquoi des métiers 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. Impossibles aussi parce que ces métiers sont portés par des illusions, nécessaires, indispensables, mais par essence inatteignables. D'où des résultats 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.

### **S'inscrire dans une démarche clinique, qu'est-ce que cela implique ?**

Lorsqu'un professionnel s'inscrit dans une démarche clinique, sa posture implique un certain nombre de conditions. Nous en soulignerons quatre.

#### **1. Prendre en compte son implication subjective et son propre transfert dans la relation**

Lorsqu'il s'inscrit dans une démarche clinique, le professionnel reconnaît et prend en compte sa propre implication et la subjectivité présentes dans toute situation, dans toute rencontre et action professionnelles, mais aussi le fait que l'on parle aussi toujours de soi lorsqu'on parle de l'autre. S'impliquer, c'est aussi accepter de s'exposer face à l'autre et c'est aussi reconnaître que l'on se sent concerné par ce que vit cet autre ou par ce qu'il met en scène au cours de la rencontre.

La rencontre clinique opère quand le professionnel est inquiet, déstabilisé, agacé, impuissant. C'est alors qu'il se passe quelque chose.

Les propos de Mireille Cifali peuvent faire écho en tout professionnel et ce d'autant plus que la relation prend une place importante dans ses fonctions : « 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<sup>1</sup>. » Le risque en est la confusion, le collage avec les émotions de l'autre, et, à l'inverse, la tentation de se construire une armure et de se rendre inaccessible, afin de se protéger. Quelle est alors la posture professionnelle appropriée, « à juste distance », selon le terme employé dans la formation des éducateurs spécialisés ?

Ce que la théorie psychanalytique nomme le transfert est à l'œuvre dans toute 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**. Freud lui a donné le sens de déplacement de représentations inconscientes, 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 professionnel déplace ainsi, 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

---

<sup>1</sup> 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.

des mécanismes de défense qu'il a construits en lien avec sa propre histoire. Il en est de même pour celui qu'il accompagne. Ce déplacement peut avoir des effets moteurs, à condition d'être modéré, ou au contraire de freins, s'il est trop massif.

Il est important de toujours garder à l'esprit ce que rappelle Joseph Rouzel, ancien éducateur et psychanalyste : « Le transfert... englué la relation dans le registre de l'archaïque : le praticien est touché, non, comme on l'affirme souvent naïvement par ce que l'usager transfère sur lui, mais par ce qui se noue entre lui et l'usager du fait même de la relation engagée<sup>1</sup>. » Il affirmera ailleurs : « Le transfert c'est l'embrouille : on ne sait plus ce qui est de l'un et ce qui est de l'autre. Le dénouage exige un acte qui fasse coupure<sup>2</sup>. » Il s'agit alors, pour le professionnel, de : « délier, décalaminer, décoller, désempéguer<sup>3</sup>, dissoudre... les affres du transfert, afin de se désintoxiquer des affects extrêmes : soit l'onctuosité de l'amour, soit la férocité de la haine<sup>4</sup> ».

S'il faut que le professionnel soit touché pour rencontrer l'autre, pour entrer en relation, pour percevoir quelque peu ce qui anime un enfant ou un adolescent, un autre adulte, d'une manière positive ou négative, il faut tout autant qu'il parvienne à se protéger, à se « détoxiquer », à prendre quelque distance, afin de pouvoir conserver ou retrouver une position professionnelle. Seule celle-ci lui permettra de retrouver ses capacités créatives.

En tant que professionnel, tenter de repérer ses propres affects et émotions est fondamental pour trouver cette fameuse « bonne distance » avec l'autre, ni trop près, ni trop loin, mais aussi pour comprendre un peu mieux ce que l'autre est en train de mettre en scène au sein même de cette relation, ce qu'il projette, à quoi il réagit...

Le dispositif d'analyse clinique de la pratique propose de repérer le transfert présent dans toute relation, que celle-ci soit éducative, sociale, soignante ou enseignante, de repérer ce que l'autre transfère sur le professionnel mais aussi et en premier lieu ce que le professionnel lui-même projette, malgré lui, de sa propre histoire, de ses angoisses, de ses peurs, de ses fantasmes, (ce que certains nomment le contre-transfert), la question principale étant : « En quoi suis-je en partie pour quelque chose dans ce qui se passe ? ».

*Comment dénouer, décalaminer ce qui se joue au sein de la relation et qui parfois nous, encombre, voire, nous fait souffrir ?*

Dans son ouvrage *S'engager pour accompagner, Valeurs des métiers de la formation*, Mireille Cifali souligne l'importance d'une parole qui a une adresse : « Notre capacité à revenir sur l'expérience passée s'affine avec le concours de quelqu'un (nous dirons en ce qui concerne notre travail ici : de quelques-uns), qui aide(nt) à regarder ce que l'on refuse de voir, à comprendre comment – par exemple lorsqu'on a peur – beaucoup

<sup>1</sup> Rouzel, J. 2007, *La supervision d'équipe en travail social*, Paris, Dunod, p. 56.

<sup>2</sup> Rouzel, J. 2015, « Psychanalyse et écriture », *Rencontre avec Pascal Quignard*, Paris, L'Harmattan, p. 121.

<sup>3</sup> Mot d'origine occitane, encore bien présent dans le midi. Le verbe *pegar*, signifie : coller, poisser ; *empegar*, encoller ; *desempegar*, décoller...

<sup>4</sup> Rouzel, J. 2015, op. cit.

de signes nous échappent. On apprend ainsi à nommer, à mettre en mots, malgré l'incompréhension chronique à laquelle chacun est confronté. »

Lorsque Mireille Cifali évoque « l'expérience passée », il est évident que l'on parle toujours d'un autre, qui est absent au moment du récit. Cependant, il est important que la situation évoquée soit encore suffisamment actuelle pour que le professionnel ait une possibilité d'action. Cette mise en mots d'une situation vécue, qui interroge, voire qui met à mal un professionnel, qui l'empêche parfois de penser et donc de repérer ce qu'il pourrait faire pour que les choses évoluent, va être le point de départ du travail d'un groupe d'analyse clinique de la pratique.

Tout professionnel de l'aide est convaincu et a pu faire l'expérience de l'importance de la parole. Celle-ci aide celui qu'il accompagne à démêler et à dépasser ce qui l'encombre. En tant que professionnel, faire le récit à un autre ou à d'autres de ce que l'on a vécu, d'une part, l'authentifie, et d'autre part, permet de commencer à prendre de la distance par rapport à son propre émotionnel.

Sous le titre : *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Gérard Pommier démontre très précisément comment les dernières découvertes neurophysiologiques donnent une place importante aux processus inconscients, y compris dans le fonctionnement du corps et la formation de symptômes, mais aussi à la parole. Le lobe droit du cerveau est dévolu à ce qui est sensoriel : l'image, l'affectif, le pulsionnel. Le travail du lobe gauche prend en charge la parole, la capacité de compter, la symbolisation, l'abstraction en général. Le trajet de l'hémisphère cérébral droit vers l'hémisphère gauche correspond au refoulement du pulsionnel. La symbolisation des éprouvés et des affects s'effectue alors grâce à la parole. Ce qui fait affirmer par l'auteur que « la conscience humaine est toujours verbale<sup>1</sup>. »

Comme l'énonce encore Joseph Rouzel, la parole au sein d'un groupe de supervision va « dénouer » en « faisant acte » et en réalisant « une coupure » dans ce qui tournait en rond.

L'analyse de la pratique est un travail de parole en groupe.

La parole déposée dans un récit, l'écoute de la parole des autres participants est une aide précieuse pour aider le professionnel à repérer ses propres mouvements transférentiels comme ceux de celui dont il parle.

Lorsque le professionnel parvient à repérer ce qui lui appartient en propre, il est mieux armé pour entrevoir ce que cet autre met en scène au sein de la relation et des rencontres, et il peut donc mieux l'accompagner, l'aider.

Il nous faut souligner toutefois que l'analyse clinique de la pratique professionnelle est à différencier nettement de l'espace de la cure analytique ou d'une thérapie. Si le repérage du transfert du professionnel est une tâche importante de ce travail d'analyse, parce qu'il peut aider ce même professionnel à prendre de la distance avec ce qu'il vit, avec ce qui l'encombre, afin de pouvoir penser à nouveau, si chaque récit articule d'une manière permanente le personnel et le professionnel, on peut considérer que, dans un lien étroit et nécessaire avec la pratique professionnelle, des limites

<sup>1</sup> Pommier, G. 2018, *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Flammarion, Champs essais, p. 117.

structurelles et éthiques s'imposent. Ce que l'on nomme *la fonction signalétique du transfert* du professionnel - constitue déjà une avancée considérable, dans la droite ligne de ce que souhaitait Balint. Il appartient au professionnel lui-même de continuer à mettre au travail ailleurs, s'il en ressent la nécessité et le désir, ce qui ressort de sa propre histoire ou ce qui appartient à la sphère psycho-sexuelle.

## **2. Accepter ses propres limites**

Joseph Rouzel insiste sur ce qui fait résistance dans la rencontre avec l'autre : « 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 sujet' ». Rappelons que dans son acception psychanalytique, le sujet est un être de désir, il est mû par ses pulsions et par son inconscient.

Pour un professionnel, reconnaître les limites de son action, c'est tenir compte du désir de l'autre, de ses éventuels symptômes, résistances, mécanismes de défense et de sa parole. C'est aussi pouvoir repérer pour soi-même les fantasmes de réparation, le désir plus ou moins conscient d'être « une bonne mère », mais aussi les fantasmes de maîtrise qui nous habitent, le désir de réussir là où d'autre ont échoué, tous ces fantasmes qui ont présidé plus ou moins au choix du métier.

Personne n'a le pouvoir de changer l'autre. Il s'agit donc de tenter d'aider au changement de posture du côté du professionnel, en espérant qu'il y aura des effets de changement sur cet autre qu'il accompagne, que celui-ci soit un élève, un usager ou un professionnel. Et le plus « surprenant » ... C'est que cela marche souvent...

## **3. Connaître l'autre à partir de ce qu'il dit ou fait**

Que l'on soit par exemple enseignant, éducateur, directeur, chef de service, assistant social, formateur, psychologue, conseiller ou thérapeute, dans une démarche clinique, la connaissance de l'autre, élève, usager, autre professionnel, aidé, patient, est issue en priorité de ce que celui-ci fait et dit au cours des rencontres.

Cette approche se différencie de tout ce qui peut être rencontre « armée » de tests et autres outils qui visent à une scientificité dans la connaissance de l'autre. La posture clinique refuse toute catégorisation du sujet. « Nous devons nous méfier de nos certitudes » avançait Gaston Bachelard. Quand on comprend trop vite et trop bien, on est sûr de n'avoir rien compris. Nous sommes toujours trop rapides à dégainer nos théories, trop pressés de formuler un diagnostic.

Chaque situation est unique et complexe et noue la part personnelle, la part du contexte, la part du sociétal chez l'un et l'autre partenaire de la relation.

Une démarche clinique impose de prendre en compte chaque situation, chaque sujet *au cas par cas*. Elle rappelle la nécessité de s'interroger sans cesse : Que vit-il ? Quel est le sens de ses comportements ? Que cherche-t-il à nous dire ainsi ? Qu'est-ce qui tente de se signifier à travers les mises en scène des symptômes, qui sont les seules manifestations visibles de sa souffrance ? Que lui faisons-nous vivre nous même dans l'établissement et au sein de la relation ? Comment organiser les choses de façon à

pouvoir l'accompagner d'une manière singulière ? Comment l'aider à dépasser ses difficultés ? Sur quelles ressources en lui-même et ailleurs pourra-t-il prendre appui ?

Il semble que quelque chose est passé de l'importance d'adopter une démarche clinique dans la quotidienneté de la relation lorsqu'un professionnel déclare, comme le fit ce narrateur d'une situation en fin de séance : « J'ai compris qu'il nous faut apprendre de l'usager ».

**Une démarche clinique** se préoccupe du sujet, de son expérience, de son histoire toujours singulière et complexe insérée dans des contextes de vie spécifiques. Elle interroge ce que ce sujet a construit pour faire face aux obstacles et difficultés qu'il a rencontrés. Elle aide le sujet à repérer ses ressources singulières pour dépasser ses difficultés ou pour lutter contre la maladie par exemple.

#### **4. Accepter le doute épistémologique concernant ses hypothèses et ses propres actes**

Une démarche clinique intègre le doute : le doute sur ce que vit l'autre, sur ce qu'il pense, l'incertitude quant aux effets de l'intervention pour l'autre et une mise en question permanente concernant sa propre posture.

Pour que cette interrogation systématique ne se retourne pas en impuissance ou en disqualification, pour que le professionnel garantisse la sécurité indispensable à ceux qu'il a pour fonction d'éduquer, d'enseigner, d'accompagner, d'aider, il doit se sentir lui-même en sécurité. Il est nécessaire que les institutions prennent soin de leurs professionnels. La qualité d'une démarche clinique ne peut, de plus, se développer qu'en étayage avec les collègues et en fonction de la coopération au sein d'une équipe.

La mise en place de groupes d'analyse de la pratique constitue elle-même un étayage offert aux professionnels.

### **Présentation d'un dispositif clinique d'analyse de la pratique**

Dans le dispositif d'analyse clinique de la pratique que je propose, il s'agit d'analyser au sein d'un groupe de pairs les interrogations ou les difficultés rencontrées par un professionnel dans sa relation avec un autre singulier ou avec un groupe. Le point de départ sera une situation actuelle, concrète, précise, dont ce professionnel fait le récit. Il attend l'aide du groupe, en premier lieu pour mieux comprendre ce qui se passe, et, si possible, pour se voir proposer des pistes d'action.

Il est posé que chaque sujet est unique, que chaque histoire et que chaque relation sont toujours singulières, évolutives, que le contexte n'est jamais le même.

Tenter de comprendre la globalité de la situation exposée dans son contexte permet ensuite, si possible, de chercher ensemble, dans le groupe et avec le groupe, des réponses appropriées susceptibles de faire évoluer la situation.

Une approche clinique présuppose :

1. De reconnaître sa propre implication dans toute relation, son propre transfert, le fait que l'on éprouve des sentiments, que l'on est affecté par l'autre, le fait que l'on parle aussi de soi, lorsqu'on parle de l'autre.
2. De reconnaître sa part de responsabilité dans ce qui se joue au sein de la relation.
3. De reconnaître aussi sa propre subjectivité dans la lecture des événements, d'accepter le doute épistémologique, d'admettre que l'on ne possède pas La Vérité, et d'accepter l'imprévu, l'inconnu, tout en se situant dans une position de recherche.

## **Quelles sont les caractéristiques du dispositif proposé ?**

### **Ses modalités**

- Les analyses se font en groupe de pairs (De 8 à 12 professionnels).
- Un « en plus » (Intervenant, superviseur...) formé à cette pratique et extérieur à l'institution.
- Un lieu calme, à l'abri de toute intrusion.
- Un nombre suffisant de rencontres, leur régularité.
- Les situations sont apportées par les participants.
- Un engagement rigoureux de chaque participant (Implication personnelle, régularité de sa présence). L'analyse clinique de la pratique est un peu comme une auberge espagnole et ce que chacun va y trouver sera à la hauteur de son implication.
- L'écoute de l'autre, l'écoute de soi.
- Un cadre qui garantit la sécurité de la parole.
- Un dispositif structuré en des temps précis.

Parler à d'autres de ce qui encombre, de ce qui fait souffrir, de situations dans lesquelles on est empêtré, pour lesquelles on ne sait plus comment faire, est une prise de risque. Il y faut de la sécurité.

Deux règles visent particulièrement à garantir la sécurité de la parole au sein du groupe :

1. Le non jugement, le respect de l'autre et de sa parole.  
La confidentialité en ce qui concerne les propos personnels.

Le dispositif est structuré en des temps précis qui régulent la parole et le cheminement de la pensée.

### **Les différents temps du dispositif**

#### ***Temps 1 : Le temps du récit***

J'ai fait le choix de demander « *Qui nous fait travailler aujourd'hui ?* », et de laisser la

parole à la première personne qui la prend. L'hypothèse avancée est que seul ce professionnel connaît l'importance pour lui-même de parler d'une situation ou d'une autre.

L'un des participants fait donc le récit, sans préparation, d'une situation professionnelle qu'il est en train de vivre et pour laquelle il attend l'aide du groupe, au moins pour comprendre un peu mieux ce qui se passe. Il pose dans le groupe et partage ses questions, ses émotions et éventuels ressentis d'insatisfaction, d'impuissance ...mais ce peut être également une situation de réussite, de satisfaction, qu'il souhaite mieux comprendre !

Le groupe n'interrompt pas celui qui expose et assume à ce moment-là une première fonction de « *sein poubelle* » ou de « *sein toilettes* », selon l'expression de Donald Meltzer. Il s'agit bien pour chacun d'accueillir en premier lieu les ressentis du narrateur, ses affects (plaisir/déplaisir), d'exercer à leur égard ce que Winnicott a nommé la « *fonction contenant* », ou versant passif de l'accueil de l'angoisse (comme un récipient qui contient, sans déborder ou se briser...) ... ou rejeter....

L'écoute de chacun se centre d'abord et en priorité sur **le professionnel** qui raconte, sur **les mots** qu'il utilise, sur **les émotions** qu'il exprime, que l'on perçoit ou qui surgissent en chacun à l'écoute de ce récit.

Les « écoutants » peuvent prendre des notes pour retenir ce qui émerge en eux au moment même du récit...

*Que se passe-t-il pour le narrateur ?*

Par son récit adressé au groupe, le narrateur commence à mettre un peu d'ordre dans ce qui lui est arrivé. Il « ex-prime » des ressentis, des émotions, des peurs ou des désirs. Ce temps de parole peut lui permettre de prendre une première prise de distance par rapport à son vécu, en s'écoutant lui-même parler.

### ***Temps 2 : Le temps clinique des résonances...***

Par la question : « *Qu'est-ce que cela me fait d'entendre cela ?* », chaque participant est invité, sans échanges, à exprimer ce qu'il a perçu **des émotions, des ressentis** du narrateur, mais aussi ce qui a **résonné** en lui lors de son écoute du récit.

Le narrateur écoute sans intervenir.

Le superviseur n'intervient pas pendant ce temps sauf pour rappeler les règles si besoin est.

Chacun lance sa pierre dans l'eau et cela fait des ronds.

La consigne est relativement ouverte. Les paroles du narrateur ont résonné en chacun d'une manière éventuellement différente (c'est cela la richesse d'un groupe).

- Chacun est donc invité à exprimer ce qu'il a entendu des affects, des ressentis, des émotions du narrateur à partir des mots que celui-ci a utilisés, à partir de leur répétition par exemple ou ce que l'on a cru percevoir de ces affects même s'ils n'ont pas été exprimés explicitement.

- Cependant, nous savons tous que l'on entend l'autre à travers ce que l'on est soi-même et que pour pouvoir écouter l'autre, il faut savoir s'écouter soi-même. C'est la capacité que l'on a de ressentir ses sensations physiques et émotionnelles qui va nous permettre de les ressentir et de les reconnaître chez l'autre. Une deuxième dimension suggérée par cette expression « ce que cela me fait » renvoie donc aussi à ce qui a pu émerger en chacun, de ses propres ressentis, affects, émotions, lors de son écoute du récit, mais encore à ce qu'il a pu ou aurait pu éprouver dans une situation semblable.

Ce qui est au travail est bien ici **l'écoute de l'autre et l'écoute de soi**.

Ce temps clinique se centre donc sur **le registre émotionnel**.

Le groupe assume alors ce que Winnicott nomme « *la fonction conteneur* », ou versant actif de l'accueil de l'angoisse. Il s'agit d'une aide à élaborer les ressentis, les affects, les émotions qui peuvent submerger le narrateur, qui peuvent bloquer sa pensée, en proposant et en lui prêtant des mots, lorsque cela paraît nécessaire, afin transformer l'angoisse en sens. Comme l'énonce René Kaës : « La fonction conteneur correspond au rétablissement du processus psychique grâce au travail de transformation de contenus destructeurs par un contenant humain actif et apte à rendre possible cette métabolisation<sup>1</sup>. »

Le narrateur se reconnaît ou non dans ce qui est énoncé. Ces paroles peuvent l'aider à mettre des mots sur ce qui le touche, sur ce qu'il ressent lui-même, sur ses éventuels mécanismes de défense. Il peut repérer ses peurs, ses désirs, ses attentes envers l'autre, ses fantasmes plus ou moins conscients, ce qu'il met en jeu dans la relation et la situation qu'il a évoquée et ce que parfois lui-même répète au sein des relations professionnelles. Il peut ainsi « remonter le fleuve » de sa propre histoire, selon l'expression de Joseph Rouzel, repérer « ce qui l'a poussé à faire ou à dire cela... ».

En démêlant son propre transfert et celui de l'autre, il parvient à mieux saisir ce que cet autre transfère sur lui-même et ce que celui-ci est en train de rejouer de sa propre histoire au sein même de la relation.

Cependant, c'est lui seul qui fera le tri.

A la fin de ce temps 2 clinique, j'invite le narrateur à prendre la parole et à partager ses « résonances des résonances », en accord, en désaccord, ou en éventuel prolongement de ce que chaque-un a exprimé.

### ***Temps 3 : Le temps du tissage, des hypothèses et des propositions***

Lors du temps 3, la pensée rationnelle est sollicitée dans une recherche de compréhension de la situation évoquée dans ses différentes dimensions. Tout le groupe (y compris le narrateur), tente de comprendre ce qui s'est joué dans cette situation, dans cette relation, ce que cet autre ou ces autres dont il a été question tentent de dire par leurs paroles et leur comportement. Dans le dispositif que je propose, le superviseur se met au travail avec le groupe, en posant clairement qu'il ne détient ni le savoir, ni la vérité de la situation évoquée...

---

<sup>1</sup> R. Kaës et co. *Crise, rupture et dépassement*, Dunod, 1979, 291 p., p. 63

Chacun peut poser des questions au narrateur, lequel apporte des réponses s'il les connaît... Que sait-il de cet autre ? De son histoire familiale, scolaire, professionnelle ? De son contexte de vie ? etc.

Dans la même institution, chacun peut exprimer la manière dont il vit la relation avec l'utilisateur ou l'élève dont il est question, et l'on sait que, par l'effet de son transfert, cet autre met parfois en jeu des choses très différentes avec les différents professionnels.

Prendre le temps pour comprendre est important car nous avons tous tendance à apporter trop vite des réponses lorsqu'une question est posée... « Nous devons nous méfier de nos certitudes », avançait Gaston Bachelard. Quand on comprend trop vite et trop bien, on est sûr de n'avoir rien compris. Nous sommes toujours trop rapides à dégainer nos théories, trop pressés de formuler un diagnostic, à faire rentrer l'autre dans des grilles préconstruites.

Il s'agit de tenter de repérer les logiques en jeu (celle du professionnel-narrateur, celle de l'autre dont il parle, celle de la famille, celle de l'institution, celle du contexte, etc.). Chacun tisse des hypothèses de compréhension de ce qui s'est passé et joué dans la situation évoquée. En analyse clinique de la pratique, le principe de base est que ce sont les professionnels eux-mêmes qui connaissent le mieux la spécificité de leur métier et de leur contexte de travail, au plus près du terrain. Ils possèdent donc un « savoir » sur ce métier. Il s'agit de faire confiance dans les capacités créatives de chacun, et pour l'intervenant de **mettre en mouvement** et de **soutenir la parole** au sein d'un groupe **afin qu'il génère lui-même les réponses à ses propres questions**.

Ceci implique que chacun y aille de ses émotions, de ses inventions, de ses trouvailles, de ses bricolages, donc de sa parole...

Ces hypothèses ne peuvent prétendre à être la Vérité. Ce sont des « petits délires » comme disait Freud, ou « des petits mythes » selon l'expression de Lacan, parce que l'on n'est pas dans la tête de l'autre, mais ils permettent pourtant de continuer à travailler. Seule la suite des événements confirmera ou infirmera ce qui a été avancé.

Une petite histoire indienne des « Cinq aveugles et l'éléphant »<sup>1</sup> peut illustrer à quel point il est intéressant de s'autoriser à émettre des points de vue différents au sein d'un groupe.

« Cinq aveugles voulaient savoir à quoi ressemble un éléphant. Le cornac leur permit de toucher l'animal pour s'en faire une idée.

« L'éléphant ressemble à un gros serpent, je le sens gigoter dans mes mains », dit l'aveugle qui avait touché la trompe. « Non, il est semblable à un chasse-mouches » protesta celui qui tâta l'oreille. « Allons donc, c'est un baobab, et sous mes mains je sens l'écorce de l'arbre ! » déclara celui qui tâta la jambe. Celui qui tenait la queue affirma : « Pas du tout, c'est une corde ! » Et celui qui palpait une défense se mit à rire : « Etes-vous sots ! Un éléphant, cela ressemble à un os ! »...

Quelle est cette seule et même chose ? Il est bien évident que ce n'est pas l'addition des cinq perceptions. Il s'agit de quelque chose d'autre construit avec ces cinq paroles singulières.

---

<sup>1</sup> Conte indien. Luda Schitzer, *Ce que disent les contes*, Ed. Le Sorbier.

Il apparaît à l'évidence que le travail d'analyse repose sur la richesse apportée par chaque participant au sein du groupe. Dans ce travail de co-réflexion, co-construction, c'est le croisement et la confrontation de points de vue différents, voire contradictoires, au sein du groupe qui pourra faire ouverture. Il incombe à l'intervenant de soutenir une expérience de la conflictualité dans la sécurité, c'est-à-dire sans courir le risque de la destruction, une conflictualité qui est au contraire source de créativité...

Lorsque l'on pense avoir un peu compris la situation, **des pistes de travail, des propositions** pourront peut-être émerger dans le groupe, d'elles-mêmes, sans forçage et à leur heure, si toutefois la situation analysée s'y prête...

En conclusion de la séance, **le narrateur** est invité à dire où il en est, à énoncer peut-être ce qu'il estime possible de tenter si des propositions lui ont été faites, et encore une fois, lui seul peut en juger, lui seul sait ce qu'il veut et ce qu'il peut en faire dans son propre contexte et avec sa personnalité...

### **L'importance de l'après-coup**

Freud a mis l'accent sur l'importance de l'après-coup. En fin de séance, la situation reste en suspens, ouverte vers ce qui va survenir, et chacun peut prolonger son travail de pensée dans son propre après-coup... C'est ce à quoi est invité le narrateur, mais aussi chaque participant, car chacun peut faire des liens, associer avec d'autres situations qu'il rencontre.

Dans le dispositif que je propose, je prévois « un temps d'après-coup » au début de la séance suivante. Je me réserve de partager éventuellement avec le groupe un ou deux éclairages théorico-cliniques que j'ai pu faire dans mon propre après-coup, directement en lien avec la situation qui a été analysée, en posant l'hypothèse que cela pourra faire ouverture sur d'autres situations rencontrées par les participants. J'invite aussi le narrateur de la séance précédente à faire le point, s'il le souhaite, sur la situation évoquée (et sur son propre après-coup).

Ce temps permet de faire le lien entre les séances, de constater, souvent, que les choses ont évolué, et aussi de réintégrer dans le groupe un participant qui avait été absent à cette séance. Lors des points de fin d'année réalisés avec chaque groupe, les participants ont également apprécié ce temps de retour.