

## « On ne sait pas faire... » Des réponses en kit « prêt-à-appliquer »?<sup>1</sup>

Oui, je me suis trompée de salle, lors d'un Congrès en juin 2026. Ce dernier réunissait principalement des professionnels de l'aide relationnelle à l'enfant ou à l'adolescent. J'étais déjà assise lorsque l'intervenant s'est installé. Que faire ? Partir ? J'ai aussitôt pensé que ce n'aurait pas été correct. Et après tout, je verrai bien ! Une fois de plus, j'ai pu constater que l'on apprend aussi de ses erreurs (Je parle ici de mon erreur de salle !) ...

Lors de cette conférence ayant pour titre : « Sécuriser les peurs : contenir et réguler l'agressivité », à partir de ses fonctions actuelles en DITEP<sup>2</sup>, l'intervenant a partagé son mode d'accompagnement de jeunes âgés de 13 à 15 ans. Une question s'est posée à moi d'emblée face au titre : S'agit-il de contenir l'agressivité, de la réguler, ou s'agit-il plutôt de la transformer en interrogeant ce qui est en jeu ? Nous savons, entre autres dimensions, que l'agressivité renferme une part de satisfaction dans le fait de voir souffrir l'autre (sadisme) ou de retourner la violence contre soi (masochisme). Dans son introduction, le conférencier a rapporté les paroles de ses collègues : « On ne sait pas faire », et leur sentiment d'impuissance face à ces adolescents. De ma place de superviseure, j'accompagne des professionnels du médico-social travaillant en ITEP<sup>3</sup> et dans d'autres structures. J'ai pu, en effet, entendre à maintes reprises la souffrance et ce même ressenti d'impuissance face à des situations qui ressemblent à des impasses, alors que des jeunes mettent en scène des comportements allant par exemple de l'agressivité à la dépression, la fuite, la mise en échec systématique de ce qui leur est proposé... Ce que vivent ces professionnels et la complexité de chaque situation font ainsi l'objet de nos analyses.

Une catégorisation était soulignée ensuite entre des « comportements difficiles » et « des troubles du comportement » diagnostiqués par le DSM<sup>4</sup> (TDAH<sup>5</sup>, etc.). En tant qu'auditrice, je me suis posé une deuxième question : chaque situation étant complexe, singulière, dépendante du contexte, peut-on d'emblée diagnostiquer, « classer » un jeune dans telle ou telle « catégorie » en ne prenant en compte que le degré de son comportement, supportable ou non du point de vue des professionnels ? (Les critères rappelés par le conférencier étaient La fréquence des actes, leur intensité, leur durée, leur constance.).

La « théorie de l'attachement » conceptualisée par Bowlby, le besoin fondamental et incontestable de sécurité éprouvé par un bébé, un enfant ou un adolescent, et des apports en provenance de l'éthologie constituaient les références théoriques des actions à mettre en œuvre. L'intervenant soulignait l'inefficacité de la stratégie comportementale du « renforcement positif »<sup>6</sup>, en faisant l'amalgame et en rejetant le principe de plaisir avancé par Freud, car alors seule une « attente de récompense » serait l'unique motivation d'un jeune pour modifier son comportement. Une troisième référence, présentée sous la forme d'un schéma et désignée comme bio-psycho-sociale, mettait en évidence une articulation entre le biologique, le social et le psychologique. Il était avancé que, lorsque les plus jeunes enfants connaissent la peur, celle-ci se transformerait à partir de l'âge de sept ans en colère, en

<sup>1</sup> Ce texte est paru le 13/08/2026 sur le site de Psychasoc et de L'@psychanalyse.

<sup>2</sup> Dispositif d'institut thérapeutique éducatif et pédagogique.

<sup>3</sup> Institut thérapeutique éducatif et pédagogique.

<sup>4</sup> Diagnostic and statistical manual of mental disorders.

<sup>5</sup> Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

<sup>6</sup> Skinner a développé cette stratégie comportementale.

agressivité. Elle se manifesterait alors dans ce qui était nommé « une cascade de la colère », avec un passage par la crise. Peut-on vraiment affirmer toutefois qu'il existe une transformation systématique et liée à l'âge, de la peur en colère et en agressivité ? Des jeux divers qui pouvaient enrichir la panoplie de tout aidant, étaient présentés dans la dernière partie de cet exposé. Ils avaient comme objectif de « contenir et réguler », soit cette peur, soit cette colère, selon l'âge des sujets accompagnés.

Entre autres questionnements, j'ai vécu un clivage volontariste tout au long de cet exposé, et je me suis permis de le renvoyer au moment des échanges avec la salle. Lors du partage de ses références théoriques, le conférencier avait repoussé explicitement les concepts de la psychanalyse. Cependant, Bowlby n'était-il pas lui-même psychiatre et psychanalyste ? Pour quelle raison rejeter par exemple le concept de principe de plaisir, alors que l'espérance ou l'attente d'un plaisir à venir a toujours constitué un moteur de notre désir de grandir, de nouer des liens sociaux et d'apprendre ? Le psychanalyste Jacques Lévine soutenait qu'il s'agit avant tout, pour aider un sujet en difficulté, de repérer ses zones de réussite, et que c'est le seul levier de changement possible dans tout accompagnement éducatif d'un enfant ou d'un jeune en difficulté voire en souffrance. Il ne s'agit alors en aucune manière d'un « renforcement positif » ni d'un « conditionnement opérant » qui se donnerait comme objectif d'encourager la reproduction d'un comportement, mais de proposer et d'accompagner cet autre vers un objet de plaisir et de désir. Nous ne pouvons pas ignorer non plus que la confiance en nos capacités et notre estime de nous-même passe par le regard de l'autre et par la qualité de la relation établie avec le parent, avec les personnes appartenant à notre environnement, avec l'enseignant spécialisé ou non, l'éducateur, l'aidant, le soignant. Ainsi, lorsque les professionnels expriment leur impuissance, ils parviennent à dépasser cet éprouvé en acceptant à la fois leurs propres limites et les limites actuelles de cet autre qu'ils accompagnent, ce qui leur permet d'entrevoir ce qu'il serait possible de lui proposer ou de tenter pour faire ouverture et avancer.

Il avait été rappelé également lors de cette intervention que le principal rôle d'une hormone, le cortisol, est de nous donner de l'énergie en situation de pic de stress, afin de nous stimuler pour fuir, nous battre ou lutter. Une question s'impose toutefois : Quelle est, ou quelles sont les causes parfois multiples de ce stress ? De même, les avancées des neurosciences ont permis de mieux comprendre le fonctionnement du cerveau et du système nerveux, donc aussi leur impact sur les fonctions cognitives. Oui, le cerveau limbique peut garder les traces d'une expérience : avoir mis les mains trop près du poêle par exemple, nous mettra désormais en garde contre ce geste. Cependant, tout ne se passe pas dans la tête. Savons-nous toujours précisément nous-même ce qui nous fait peur ?

Mes références modestes à Jacques Lacan m'ont alors renvoyée à ce qui s'est inscrit dans le réel du corps depuis notre naissance et qui resurgit parfois malgré nous ? Les premières sensations de plaisir et de déplaisir, des paroles entendues en provenance de notre entourage, mais aussi des angoisses dites archaïques car très précoces : angoisse d'abandon, de rejet, de chute, de morcellement... Lorsque l'angoisse surgit, nous envahit, il n'y a pas de mots pour le dire. Elle nous prend au ventre, à l'estomac, à la gorge, nous sidère. Elle peut aussi nous traverser et nous conduire à des passages à l'acte, ou bien elle se retourne contre nous-même sous la forme de somatisation. Certains jeunes se scarifient ou tentent de se suicider. L'analyse de la situation dans sa complexité va déterminer la posture à adopter et les réponses possibles que l'on pourra tenter. Nous savons à quel point certains enfants et adolescents en souffrance ont pu vivre des événements douloureux. L'angoisse d'être rejeté, de ne plus exister, de ne

plus être aimé, peut survenir également lors de la séparation des parents ou encore lors de la naissance d'un petit frère ou d'une petite sœur ... Chaque sujet construit des symptômes et des mécanismes de défense au cours de son histoire. Des jeux ciblés sur le symptôme, sur la peur et sur la colère, comme il nous a été présenté, peuvent-ils suffire ?

L'objectif de l'aide relationnelle est de prévenir l'aggravation des difficultés de l'enfant. Le dispositif correspond à un détournement qui lui est offert par rapport à ses symptômes et par rapport aux apprentissages. Des supports sont proposés (jeux qui font appel au corps, le modelage, des histoires lues ou inventées, mises en scènes par le biais de marottes, de marionnettes ou d'objets divers, le dessin, l'écrit...). Dans un cadre sécurisant et contenant, grâce à la parole qui accompagne les différentes activités et en s'étayant sur la qualité de la relation qui s'est instaurée, l'enfant parvient ainsi à mettre des mots sur ce qui l'encombre, ce qui le questionne, ce qui le fait souffrir. Le professionnel qui l'accompagne occupe alors la place, soit d'un partenaire de son jeu (mais c'est l'enfant qui le dirige), soit comme adresse et témoin de son récit. L'articulation plus souple entre imaginaire et symbolique est la condition indispensable pour remettre du sens sur son vécu, pour se construire ou se re-construire, pour restaurer son désir d'apprendre et pour nouer des liens positifs avec les autres. Pour avoir également exercé des fonctions d'aide relationnelle – ou de psychopédagogue - en CMPP<sup>7</sup> auprès d'adolescents, je peux attester que ce dispositif est tout à fait transposable avec ceux-ci.

Le discours dominant aujourd'hui est le discours comportementaliste-cognitivistique, étroitement articulé au discours capitaliste. L'objectif est la normalisation, l'adaptation du sujet. Les mots d'ordre de l'accompagnement et du soin deviennent : efficacité, rentabilité, rapidité. Chaque intervention éducative devient une prestation, dans un évitement de la relation entre le thérapeute, le psychologue, l'aidant, et celui qui est accompagné. La Loi de 2002 a décrété la mise en œuvre d'une « démarche qualité » dans le médico-social, selon des référentiels de « bonne pratique ». Ce qui est nommé « la roue de Deming », décline par exemple cette démarche. Il s'agit d'identifier le problème à corriger, de planifier le travail à effectuer, de chercher des solutions efficaces, de préparer et de planifier les procédures à mettre en œuvre, puis, à la suite de l'action, de l'évaluer en rendant compte de son efficacité, de comprendre les éventuels dysfonctionnements et de modifier si nécessaire le processus, avec l'objectif de construire un nouveau standard. Il existe « une boîte noire » dont on ne veut rien savoir. Sont écartés le sens profond du symptôme, l'histoire et la singularité du sujet. On fait taire le désir inconscient qui pousse à la sublimation, à la créativité, et, en fin de compte, on fait taire le sujet.

Quelle posture adopter ? Dans le contexte sociétal actuel, peut-on ignorer les questions qui se posent aux professionnels : Comment faire face à l'énigme, à la singularité du sujet et quel est le sens de ses symptômes ? Qu'en est-il de sa parole et de son histoire ? Qu'en est-il de la relation entre le professionnel et celui qu'il accompagne, et des effets de cette relation ? J'ai constaté, par mon expérience de superviseuse, que les équipes auprès desquelles j'interviens n'appliquent pas cette « démarche qualité » et ces « bonnes pratiques » d'une manière aussi stricte. Elles se préservent une marge de liberté, prennent en compte l'importance de la relation, le fait que l'on ne sait jamais à la place de celui que l'on accompagne, et qu'il s'agit donc de l'écouter. Le praticien, le clinicien, tout aidant, ne peut que formuler des hypothèses. Freud les nommait « petits délires » et Lacan « petits mythes ». Elles ne prétendent pas à la Vérité, elles ne sont pas communiquées au sujet accompagné, mais elles permettent de

---

<sup>7</sup> Centre médico-psycho-pédagogique.

continuer à travailler, tout en veillant à laisser de l'ouverture. De plus, la théorie doit toujours être interrogée, complétée, le doute épistémologique est fondamental, et une articulation entre différents concepts, à condition qu'ils soient compatibles, le partage de l'expérience de chacun, sont une source de richesse. Il s'agit de mieux comprendre les situations toujours complexes que rencontre le professionnel dans les métiers de l'aide et de la relation. Cependant, on n'en sait jamais assez, du moins, en ce qui me concerne !

Et merci à cet intervenant de m'avoir mise au travail !

Jeannine Duval Héraudet

*Longue pratique de psychopédagogue (ou aide relationnelle), Docteur en Sciences de l'Éducation, Superviseure et formatrice de superviseurs à Psychasoc, (Psychanalyse et travail social), membre de l'ASIE (Association des superviseurs indépendants européens), Formatrice d'adultes dans l'Éducation nationale et le médico-social, Membre de l'@psychanalyse et du comité scientifique de la FNAREN (Fédération nationale des rééducateurs de l'éducation nationale).*