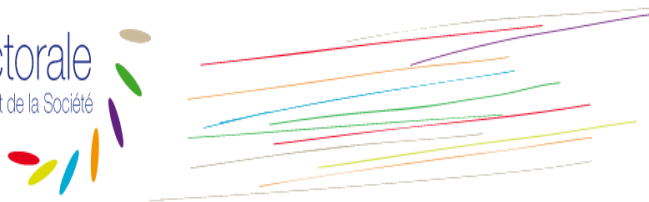




Ecole doctorale
Sciences de l'Homme et de la Société
Université Lille Nord de France



Université de Lille

École doctorale Sciences de l'Homme et de la société

Centre Interuniversitaire de Recherche en Éducation de Lille (CIREL)

THÈSE DE DOCTORAT

En sciences de l'éducation et de la formation

Clinique contemporaine de l'éducation spécialisée

Présentée et soutenue publiquement

Le 28 juin 2024

Par Fabien CLOUSE

Sous la direction de M. Christophe NIEWIADOMSKI & M. Sébastien PONNOU

JURY :

M. Christophe NIEWIADOMSKI, Professeur des Universités, Université de Lille
(Directeur)

M. Sébastien PONNOU, Professeur des Universités, Université de Paris 8 (Co-directeur)

Monsieur Michel CHAUVIERE, Directeur de recherche émérite, CNRS (Rapporteur)

Madame Ilaria PIRONE, Professeure des Universités, Université Paris 8 (Rapporteuse)

Madame Maria PAGONI -ANDREANI, Professeure des Universités, Université de Lille
(Examinatrice)

Madame Sylvie CONDETTE, Professeure des Universités, Université de Lille
(Présidente)

*Para mi abuelo Isidro Gutiérrez Pascual
Porque si un obrero puede convertirse en intelectual,
lo contrario probablemente no sea cierto.*

Remerciements

J'adresse toute ma gratitude à mes directeurs de thèse Christophe Niewiadomski et Sébastien Ponnou pour la qualité de leur accompagnement, leur disponibilité, leur complémentarité et leur bienveillance. Je souhaite à tout doctorant d'expérimenter un cheminement de thèse avec un tel compagnonnage.

J'ai une pensée affectueuse pour ma mère Roselyne Gutierrez pour son travail de relecture et de correction de mes écrits : toujours les mêmes fautes et les mêmes tournures de phrase alambiquées depuis l'époque de mon premier rapport de stage en formation d'éducateur. Toute mon affection également à mes trois frères Stéphane, Xavier et Maxime Clouse pour leur soutien et la relecture attentive de mon manuscrit. Peut-être croient-ils qu'après ce genre d'exercice, j'arrêterai de pérorer sur la marche du monde.

Ma profonde reconnaissance à mon ami Guillaume Daraignez sans qui, et je pèse mes mots, cette thèse n'aurait sûrement pas vu le bout. Son écoute, ses reformulations, son sens de la *punchline* et son cynisme ont permis des déclics à des moments-clé.

Mes remerciements à FASYA, à mes côtés depuis les débuts de l'IRTS et qui ont, grâce à leurs itinéraires respectifs, accompagné et nourri mon désir de reprise d'étude.

Une pensée toute particulière aux Douce Rien, par leur présence proche et lointaine de la première heure, ils ont rendu possible cet accomplissement.

Je remercie bien évidemment tous les professionnels qui ont contribué à cette recherche et plus particulièrement mes collègues qui ont participé à forger mon identité professionnelle, à affûter mon éthique, à polir ma clinique : Krystel Zagni, Danièle Sinatra et toutes celles et ceux qui voudront bien se reconnaître.

Impossible de ne pas citer ici « les graines de crapule » : nous avons partagé ensemble le lot quotidien de souffrances d'une existence meurtrie, de joie, de désespoir, de rires qui rythment la vie d'un internat : ma clinique est aussi la leur.

À tous mes amis, camarades, inconnus, étudiants et enseignants qui ne pourront s'identifier et qui, au détour d'une phrase, d'un silence, d'une pensée sont venus alimenter mes questionnements et offrir des éléments de réponse sans le savoir : moi, je vous reconnais.

Enfin, toute ma tendresse et mon amour à ma compagne Emmanuelle Blanc pour son soutien sans faille tout au long de ces années et à mon fils Antone, pour avoir essayé d'ajouter discrètement des mots inconnus dans cet écrit lorsque j'avais un moment d'inattention.

Table des matières

Introduction.....	1
PARTIE 1 : PHASE EXPLORATOIRE	9
Chapitre I. Récit d'expérience	10
I.1 Retour réflexif et question de départ	31
Chapitre II. Des IR aux DITEP : brève histoire d'une institution médico-sociale	33
II.1 Aux origines : les Instituts de Rééducation.....	33
II.2 Les Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (ITEP) : de la rééducation au processus handicapant	35
II.3 Le passage en Dispositif ITEP	38
II.4 Les DITEP et les nouveaux outils de gestion.....	40
II.5 Une population accueillie avec des problématiques multiples	44
II.5.1 Des déterminismes sociaux et des mécanismes de reproduction à prendre en compte.....	44
II.5.2 Des caractéristiques variées	47
II.5.3 Les DITEP et la population dite « incasable »	48
II.6 Conclusion du chapitre II : les DITEP comme analyseurs de l'évolution des pratiques.....	52
Chapitre III. Pré-enquête.....	52
III.1 L'histoire de la clinique en DITEP au prisme de leurs projets d'établissement.....	53
III.1.1 Première période : 1982-2005.....	54
III.2 Deuxième période : 2007-2019.....	56
III.2.1 Une mission première : le soin institutionnel	57
III.2.2 Une approche interdisciplinaire	58
III.2.3 La clinique : une notion polysémique.....	59
III.2.4 La définition du public accueilli : éléments cliniques <i>versus</i> catégories nosographiques	61
III.2.5 Une visée éthique dans l'accompagnement	62
III.2.6 La gestion des paradoxes comme quotidien	63
III.1.3 Synthèse de la revue de littérature des projets d'établissement.....	65
III.3 La clinique au prisme des directeurs d'établissement	65
III.3.1 Deux fondamentaux : la clinique et le soin.....	67
III.3.2 Approche institutionnelle versus dispositif.....	67
III.3.3 Le symptôme : manifestation d'une singularité ou item de catégorie diagnostique ?	68
III.3.4 L'accompagnement : sprint ou marathon ?.....	69
III.3.5 Indicateurs : observables, objectivables et... subjectivables ?	71
III.3.6 L'éthique comme boussole	73
III.3.7 Synthèse des entretiens avec les directeurs d'établissement	74
III.4 La clinique au prisme des éducateurs spécialisés	76
III.4.1 Clinicien ? Qui ? Moi ?.....	77
III.4.2 La relation comme finalité de l'action	78
III.4.3 Le recours à la médiation : rendre possible la relation	81
III.4.4 Le récit comme mise en commun des pratiques	82
III.4.5 La clinique comme éthique de la relation	84
III.4.6 Synthèse des entretiens des éducateurs spécialisés.....	86
III.5 Conclusion du chapitre III : une clinique métissée dans un contexte néolibéral ...	88
Chapitre IV. Le travail social en contexte néolibéral	90
IV.1 Aux origines du travail social	90
IV.2 La clinique : un pôle fondamental du travail social.....	96

IV.3 Des paradoxes aux antagonismes du travail social.....	100
IV.3.1 Le caractère insatiable et totalisant du capitalisme	102
IV.3.2 Le capitalisme : une hypertélie des rationalités sectorielles.....	104
IV.3.3 L'impact du néolibéralisme sur le travail social.....	107
IV.3.4 Entre idéologie gestionnaire et quantophrénie d'indicateurs	110
IV.3.5 Les Evidence based practice comme illusion d'évaluation du réel	113
IV.3.6 Une entreprise comme une autre : « new manager » le social	115
IV.3.7 Une lente mais sûre déprofessionnalisation et déqualification des métiers... 117	
IV.4 Conclusion du chapitre IV : la montée de l'insignifiance	118
Chapitre V. L'éducation spécialisée	121
V.1 Histoire de l'éducation spécialisée.....	121
V.2 La formation d'éducateur spécialisé de 1967 à nos jours	122
V.2.1 Les effets de la réingénierie des Diplômes d'État	123
V.2.2 La clinique : partie intégrante de la formation d'éducateur spécialisé	126
V.3 L'identité de l'éducateur spécialisé	128
V.4 Les approches d'orientation clinique au cœur des métiers de la relation	130
V.5 L'en souffrance : là où travaille l'éducateur	130
V.5.1 Faire hospitalité à la souffrance : ce plus petit dénominateur commun.....	131
V.5.2 La puissance de la souffrance : l'en souffrance comme entre-deux	134
V.5.3 Face au triomphe de la raison instrumentale, opposer une sagesse pratique .. 138	
Conclusion du chapitre V : La clinique, dimension fondamentale d'un métier en pleine mutation	139
Chapitre VI. Courte histoire de la clinique : d'Hippocrate à Foucault	141
VI.1 Retour aux origines : l'ère socratique.....	141
VI.2 La clinique psychanalytique	143
VI.2.1 Freud et la psychanalyse	144
VI.2.2 Lacan : « La clinique c'est le réel en tant qu'il est impossible à supporter » 149	
VI.2.2.1 La structure du langage.....	150
VI.2.2.2 L'inconscient : un savoir insu.....	152
VI.2.2.3 L'éthique, le fondement de la psychanalyse.....	153
VI.2.2.4 Lacan et l'éducation.....	154
VI.3 Un regard contemporain sur la clinique : Canguilhem.....	156
VI.3.1 Le normal et le pathologique : en toute distinction ?	156
VI.3.2 L'importance du vécu et de la singularité du sujet malade	157
VI.3.3 « Le premier et le dernier mot reviennent à la clinique »	159
VI.4 Foucault : « Toute vérité pour la clinique est vérité sensible »	160
VI.4.1 Les métamorphoses du regard médical	160
VI.4.2 Le symptôme comme forme discursive.....	161
Conclusion du chapitre VI.....	162
Chapitre VII. Les approches cliniques en sciences humaines et sociales.....	165
VII.1 Un nouveau rapport au travail : la clinique de l'activité.....	166
VII.2 La sociologie clinique : allier le psychisme au monde social	171
VII.3 Les approches biographiques : donner la parole au sujet.....	173
VII.3.1 Les récits de vie : donner du sens au vécu	173
VII.3.2 La clinique narrative : écouter le sujet contemporain	175
VII.4 Psychothérapie institutionnelle et clinique.....	176
VII.4.1 Une pratique institutionnelle	177
VII.4.2 Un travail hors les murs	178
Chapitre VIII. Les approches cliniques en sciences de l'éducation	180
VIII.1 Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP).....	180

VIII.2 Les entretiens cliniques.....	182
VIII.2.1 Dans la recherche en sciences de l'éducation.....	182
VIII.2.2 Dans la relation d'aide.....	184
VIII.3 Le rapport au savoir : entre désir, contraintes et déterminismes.....	187
VIII.4 Un courant de compréhension du rapport au savoir : la didactique clinique.....	188
VIII.5 Conclusion des chapitres VII et VIII : la clinique, par-delà les cloisonnements disciplinaires.....	190
Chapitre IX. Les approches cliniques en éducation spécialisée.....	192
IX.1 La rencontre.....	193
IX.2 La relation éducative.....	194
IX.3 Le quotidien.....	195
IX.4 Les médiations.....	196
IX.5 Le transfert et l'amour dans la relation éducative.....	198
IX.6 L'importance du travail en équipe.....	201
IX.7 L'institution.....	202
IX.8 L'acceptation de la prise de risque.....	203
IX.9 L'éthique.....	204
Chapitre IX.10 Deligny : l'éducation comme un art.....	205
IX.10.1 Court rappel historique.....	205
IX.10.2 La doctrine delignienne.....	208
IX.10.3 Un nouveau vocabulaire : entre traces, lignes d'erre et chevêtres.....	211
IX.10.4 La présence proche : éloge de la latéralité.....	212
IX.10.5 Existe-t-il une clinique delignienne ?.....	214
IX.11 Conclusion du chapitre IX.....	217
PARTIE 2 : ENCARD MÉTHODOLOGIQUE.....	219
Chapitre X. Démarche de problématisation.....	219
X.1 Problématique de recherche.....	219
X.2 Hypothèses de recherche.....	220
X.3 Spécificités, invariants, constantes ?.....	220
X.4 Entre concepts opératoires spécifiques et « théorisation bricolée ».....	221
Chapitre XI. Référents interprétatifs initiaux.....	223
XI.1 La posture de praticien chercheur.....	225
XI.2 Réseaux conceptuels.....	229
XI.2.1 Une approche multiréférentielle.....	229
XI.2.2 Le regard micrologique : l'attention au particulier.....	230
XI.3 Schéma théorique minimaliste des entretiens semi-directifs.....	231
XI.3.1 Construction de l'échantillon.....	234
XI.3.2 Protection des données et conditions du déroulement des entretiens.....	234
XI.4 Schéma théorique minimaliste des études de cas.....	235
XI.4.1 La monographie.....	236
XI.4.2 Les cas cliniques.....	239
XI.4.3 Le choix d'une approche personnelle et singulière du cas clinique.....	243
PARTIE 3 RÉSULTATS.....	252
Chapitre XII. Entretiens.....	252
XII.1 Présentation des professionnels interviewés.....	252
XII.2 Une première réponse significative ?.....	253
XII.3 Le maniement du transfert dans la relation éducative.....	255
XII.3.1 L'accueil.....	255
XII.3.2 La rencontre.....	257
XII.3.3 La relation éducative.....	259

XII.3.4 Une <i>praxis</i> clinique	261
XII.3.5 Une clinique instinctive.....	262
XII.4 Le quotidien.....	264
XII.5 Les médiations.....	269
XII.5.1 Un espace transitionnel	269
XII.5.2 L'art de l'embuscade	270
XII.5.3 Une esquisse de la posture éducative	274
XII.6 Quel savoir sur autrui ?	276
XII.6.1 Observer, écouter et connaître le public accompagné.....	276
XII.6.2 Un public DITEP en constante évolution ?.....	279
XII.6.3 Des profils hétérogènes	280
XII.7 L'institution : scène du symptôme	282
XII.8 Travail en équipe et pluriprofessionnalité.....	284
XII.9 Clinique de la crise	286
XII.9.1 Une définition commune	286
XII.9.2 Un contexte de violence	288
XII.9.3 Décaler l'enfant ou l'adolescent en crise	289
XII.9.4 Accepter la réalité violente du DITEP	291
XII.9.5 Les stigmates de la crise comme fonction mémorielle du groupe	293
XII.10 Et la clinique dans tout ça ?.....	294
XII.10.1 Un terme en voie de disparation.....	294
XII.10.2 Les écrits cliniques absents des entretiens	299
XII.10.3 Des instances cliniques omniprésentes	300
XII.11. Entre l'incertitude et le faillible : tenir une position subjective paradoxale. 300	
XII.11.1 Incertitude, tâtonnement et tentatives.....	301
XII.11.2 L'échec : le quotidien de l'éducation	303
XII.12 Faire face aux mutations du secteur-médico-social	304
XII.12.1 Les paradoxes du tout inclusif.....	304
XII.12.2 Les temporalités multiples de l'éducation spécialisée	306
XII.12.3 Évaluer et quantifier son travail	309
XII.13 L'éthique au quotidien ou le quotidien de l'éthique	310
Chapitre XIII. Récits de pratiques	313
XIII.1 Le quotidien	314
XIII.1.1 Le vivre ensemble : Julien-jamais-content	314
XIII.1.2 La prise de traitement : Jordan, « J'en veux pas de ton truc »	316
XIII.1.3 Le projet accompagné : Rémi le toiletteur canin	319
XIII.1.4 Soutenir le désir de l'autre : Youri ne craint plus personne en Harley Davidson	321
XIII.1.5 À l'heure du coucher : Cali et sa check-list	322
XIII.2 Le transfert dans la relation éducative	323
XIII.2.1 La rencontre : Lydia The Grudge.....	323
XIII.2.2 Une fonction à incarner, un rôle à jouer : Cynthia ou Christina Cordula.....	327
XIII.2.3 Les coulisses d'une relation : Sacha, l'éphémère roi du H.O.R.S.E.....	327
XIII.3 Une institution qui tient : Felicio le flamant rose	333
XIII.4 Travail en équipe et partenariat : Yacine en classe de neige	341
XIII.5 Le cahier de liaison(s)... dangereuse(s) ?.....	342
XIII.6 La médiation : « Attention/Concentration/Noir/Lumière ! »	345
XIII.7 Une politique du symptôme : Elodie et ses invités	352
XIII.8 La clinique éclair : Kévin, le faiseur de pluie	353
XIII.9 La clinique de l'invisible : Abdel alias The Sentinel.....	355

XIII.10 Le faillible et l'incertain.....	356
XIII.10.1 L'échec : Habib, celui qui ne parle pas.....	356
XIII.10.2 Le risque : Landry l'ultra bordelais	359
Chapitre XIV. Les grands témoins	364
XIV.1 Regards d'un demi-siècle au service de la clinique.....	364
XIV.2 Joseph Rouzel : Le travailleur soucieux	366
XIV.3 Philippe Chavaroche : Le bricoleur clinicien	381
XIV.4 Philippe Gaberan : L'arpenteur du travail social.....	395
PARTIE 4 : LES ENJEUX CONTEMPORAINS DE LA CLINIQUE DE	
L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE	410
Chapitre XV . Les concepts opératoires spécifiques de la clinique de l'éducation spécialisée	411
XV.1 Le maniement du transfert dans la relation éducative.....	411
XV.2 Clinique du quotidien.....	416
XV.3 L'incertitude : l'essence de l'éducation spécialisée	419
XV.4 Contre le projet.....	422
XV.5 L'institution et l'équipe.....	424
XV.6 Une politique du symptôme	428
XV.7 Une éthique diversifiée	433
Chapitre XVI. Les éducateurs spécialisés et la clinique : le choix des mots.....	439
XVI.1 Des cliniciens qui s'ignorent	439
XVI.2 Faire, et dire ce que l'on fait.....	440
XVI.3 Une clinique invisibilisée et clandestine.....	442
XVI.4 Une sémiologie au service de la clinique	443
Chapitre XVII. Choc des cultures : travail social réel et travail social prescrit.....	445
XVII.1 Mesurer le travail social : deux logiques antagonistes	446
XVII.2 Évaluer qui ? Pourquoi ? Comment ?.....	448
XVII.3 Plaidoyer pour une nouvelle évaluation subversive	450
XVII.4 Le sens perdu des métiers du travail social	452
Chapitre XVIII. La clinique dans le champ du travail social envers et contre tout..	455
XVIII.1 La clinique : une constante à toute épreuve	455
XVIII.2 Le travail social en contexte néolibéral : scénarios d'apocalypse	457
XVIII.3 Scénario 3 : « À la colère succède la révolte et la résistance ».....	459
Chapitre XIX. Quel futur pour la formation des travailleurs sociaux ?	
L'universitarisation en question(s)	466
XIX.1 Une universitarisation à l'œuvre depuis un quart de siècle	466
XIX.2 Un éloignement du terrain ?	467
XIX.3 Les EFTS au cœur d'une crise identitaire.....	468
XIX.4 L'exemple de la recherche en travail social comme limite des EFTS.....	472
XIX.5 Qui est le plus à même de résister contre l'idéologie dominante ?	473
XIX.6 Une dialectique nécessaire à la survie des métiers	475
Chapitre XX. La clinique de l'éducation spécialisée : épistémologie ou clinique spécifique ?	479
Conclusion	482
BIBLIOGRAPHIE.....	489
ANNEXES.....	527
Annexe 1 : Tableau récapitulatif des 20 projets d'établissements.....	527

Introduction

« C'est simple, alors pourquoi vouloir tout compliquer ? » lançait une éducatrice spécialisée à qui nous demandions avec insistance d'expliquer un acte éducatif. Cette réponse s'est répétée auprès d'autres professionnels, au détour de notre pratique d'éducateur spécialisé ou de chercheur. Comme si notre démarche de compréhension pouvait rendre moins intelligibles des paroles et des actes dont l'essence résidait justement dans leur simplicité. Or, notre impression allait précisément vers autre chose : ce n'était pas si simple que cela. Ou du moins pas si évident que ce que l'on pourrait s'imaginer. Chaque adulte en situation éducative, qu'il soit parent, éducateur, enseignant, ne réfléchit pas intensément des heures durant avant de dire ou faire quelque chose auprès de son enfant, d'une personne accompagnée ou d'un élève. Cela arrive parfois, mais la majeure partie du temps, c'est l'addition de nombreux facteurs et dispositions qui font faire ces choix, plus ou moins conscientisés. La littérature concernant l'éducation et plus récemment les sciences de l'éducation et de la formation fourmille d'ouvrages et de traités qui s'étalent sur plusieurs millénaires. Qu'il s'agisse d'élever le petit d'homme au rang de citoyen, d'humaniser un enfant sauvage ou d'accompagner le devenir adulte, les sociétés humaines ont toujours porté une attention particulière aux principes d'éducation. Bien que ceux-ci puissent apparaître comme différents voire parfois opposés selon les époques, les lieux, les traditions, la période contemporaine a vu ces dernières années la multiplication d'ouvrages éducatifs à destination des parents et des professionnels qui, pour la plupart, insistent sur une chose : parfois, une parole ou un geste qui s'apparente à un détail ou une énième répétition peuvent entraîner des répercussions importantes, qu'elles soient positives ou négatives.

L'éducateur spécialisé (ES) fait face chaque jour aux conséquences de ces moindres détails dans le cadre de son activité professionnelle. Autrement dit : éduquer, c'est son métier. Sans débattre pour l'instant de la nature de cette éducation - qui plus est lorsqu'elle concerne des personnes adultes -, nous pouvons nous arrêter un instant sur les particularités de ce métier qui, comme tout acte éducatif, n'a rien d'évident bien qu'il prenne sens dans la banalité du quotidien. Freud, en 1925, avait eu un bon mot, resté dans la postérité, en le qualifiant d'impossible : « Il y a très longtemps déjà, j'ai fait mien le mot plaisant qui veut qu'il y ait trois métiers impossibles : éduquer, guérir, gouverner ; j'avais déjà largement de quoi faire avec le second des trois. Mais je ne méconnais pas

pour autant la valeur sociale du travail de mes amis éducateurs »¹. Si l'interprétation de cette supposée boutade a été sujette à traduction et discussion², un horizon vers un échec assuré ou un succès insuffisant semble se profiler. Pour Mireille Cifali d'ailleurs, ce qui rapproche ces trois métiers est d'une part « leur nécessité commune de formuler une éthique »³ et d'autre part le fait qu'ils soient liés par une dimension clinique. La difficulté de ces « métier[s] de l'humain »⁴ tient à la singularité des cas rencontrés et pour lesquels il s'avère délicat de proposer des méthodes collectives infaillibles. D'autres, comme Jean Jacques Rousseau, bien avant Freud, qualifiaient l'éducation de « presque impossible » : « Sitôt donc que l'éducation est un art, il est presque impossible qu'elle réussisse, puisque le concours nécessaire à son succès ne dépend de personne »⁵. Emmanuel Kant le décrira lui comme l'un des plus difficiles : « il est deux découvertes humaines que l'on est en droit de considérer comme les plus difficiles : l'art de gouverner les hommes et celui de les éduquer »⁶. Tout en précisant son importance dans un autre ouvrage : « c'est d'une bonne éducation que naît tout le bien dans le monde »⁷.

C'est là un deuxième problème, lorsqu'il s'agit de définir ce que serait une bonne éducation. Il paraît de prime abord plus simple (!) de qualifier ce qu'est une mauvaise éducation : l'abandon, la maltraitance, la négligence, entre autres. Mais lorsque l'on essaie d'entrer dans le détail, dans l'acte quotidien, la vérité nous échappe, comme toute forme de certitude. Un troisième commentaire a trait à la temporalité et à la répétitivité des actions éducatives : sommes-nous toujours en train d'éduquer lorsque nous évoluons chaque jour auprès de son enfant, d'un élève, d'une personne accompagnée ? Et en corollaire, sommes-nous conscients à chaque instant d'avoir une portée éducative ?

Le travail social se retrouve à la confluence d'enjeux économiques, politiques, sociaux, culturels et philosophiques⁸. Dans un secteur de l'éducation spécialisée aux ramifications

¹ Freud, S. (2005). Préface à l'ouvrage de A. Aichhorn. *Jeunes à l'abandon. Psychanalyse et éducation spécialisée*. Nîmes, Champ social.

² Gori, R. (2016). « Gouverner, éduquer et analyser : trois métiers impossibles ? », *Cliniques méditerranéennes*, vol. 94, no. 2, pp. 159-176 ; Cifali, M. (1999). « Métier "impossible" ? une boutade inépuisable », *Le Portique*, 4, mis en ligne le 11 mars 2005, consulté le 26 mars 2021.

³ Cifali, M. (1999). « Métier "impossible" ? *Op. Cit.*

⁴ Cifali, M. (2005), *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris, Puf.

⁵ Rousseau J.-J. (1982). *Émile ou de l'éducation*. Paris, Garnier, p.248.

⁶ Kant, E. (1980). *Propos de pédagogie*. Paris, Vrin, p. 78.

⁷ Kant, E. in Tardivel, E. (2017). « Les conditions de la liberté - Kant contre Kant », *Communio*. Vol. 254, no. 6, pp. 77-85.

⁸ Pascal, H. (2014). *Histoire du travail social en France. De la fin du XIX^e siècle à nos jours*. Rennes, Presses de l'EHESP.

peu évidentes⁹, de nombreux corps de métiers œuvrent quotidiennement auprès d'une multiplicité de publics, de la petite enfance aux personnes âgées, des handicaps physiques et psychiques à la déficience intellectuelle, des troubles du comportement à la délinquance, de la santé mentale à l'autisme, etc.¹⁰. Cette hétérogénéité des profils, y compris dans les mêmes établissements, amène un répertoire d'interventions élargi et disparate. Celui-ci a pour visée d'accompagner la personne vers un mieux-être. L'intervention dans de nombreux établissements occupe les temps du quotidien tels que le lever, le coucher, les repas, les activités, les trajets... Il s'agit de trouver dans tous ces espaces de médiation, formels ou informels, des possibles dans la relation. Par exemple, si les temps du lever et du petit déjeuner sont des temps banals et courants, ils sont pour l'éducateur spécialisé source de la première interaction de la journée. Le moment de s'enquérir si la personne a bien dormi, de « prendre la température », de démarrer la journée de la manière la plus paisible possible. Or ce lever sera différent selon l'adolescent : un tel préférera un lever progressif avec la lumière du couloir qui s'allume, puis la porte qui s'ouvre et enfin le volet qui laisse passer la lumière du jour ; pour un autre, ce sera directement l'éducateur qui entre dans la chambre en disant « c'est l'heure ! » ; quand d'autres se lèveront tout seuls grâce à leur radio-réveil. Toutes ces façons de faire se font en co-construction avec la personne accueillie en vue de l'institution d'une routine matinale progressive. Ces pratiques varient au gré des jours, des professionnels ainsi que du temps qui passe. Aux premiers jours de l'accueil comme après deux ans passés sur une unité de jour, ces actes quotidiens apparaissent comme insignifiants et déterminants à la fois. Ils sont des paris sur l'avenir, des plongées dans l'inconnu dont les effets sont difficilement mesurables. Nous arguons en effet que le résultat d'un accompagnement humain est par essence indéfinissable, encore moins programmable en une suite rationnelle de faits et gestes. Pour autant, ces actes ne viennent pas de nulle part. Ils s'inscrivent tout d'abord dans une démarche d'accompagnement global, institutionnel, et d'un travail d'équipe. D'autre part, ces professionnels ont pour la plupart bénéficié d'une formation de trois ans conférant un diplôme d'état d'éducateur spécialisé (DEES). Enfin, chaque travailleur social a un parcours de vie et des expériences passées uniques. Ces trois dimensions convergent vers la pratique d'un métier dont le plus

⁹ Chauvière, M. (2009). *Enfance inadaptée : l'héritage de Vichy suivi de L'efficace des années quarante*. Paris, L'Harmattan.

¹⁰ Capul, M. et Lemay, M. (2019). *De l'éducation spécialisée. Ses enjeux, son actualité et sa place dans le travail social*. Toulouse, Érès.

petit dénominateur commun est de faire hospitalité à la souffrance des publics accueillis¹¹. Cet accueil – inconditionnel selon nous – invite à s’orienter vers des postulats éthiques, politiques, philosophiques et éducatifs qui prennent en compte la singularité de la personne, soutiennent la relation comme préalable à tout travail avec et sur autrui, visent une position d’écoute à ce qu’exprime l’autre et des échos qu’il entend en lui, appellent à l’humilité face aux détours de l’existence.

Nos expériences d’éducateur spécialisé dans le secteur de l’Aide Sociale à l’Enfance (ASE) et du médicosocial en Dispositif Intégré Thérapeutique Éducatif Pédagogique (DITEP) comme de formateur en Établissement de Formation en Travail Social (EFTS) nous ont permis de vivre cette réalité auprès des « exclus, des reclus, des perclus » pour reprendre l’expression de Gaston Pineau. Ces postulats, qui se sont vite transformés en posture, en agir réflexif, se sont consolidés chez nous au fil des années. Disons-le autrement, il nous a fallu vivre ce réel et les questionnements incessants qu’il provoquait à travers une expérience de chair, pour que nous puissions réellement nous saisir de ce qu’il engageait au niveau de notre corps et de notre psyché. Nous avons une idée de l’Homme, de ses fragilités et du pouvoir de l’État social avant, pendant et à l’obtention du diplôme. Concédonsons qu’elle avait déjà vacillé au gré des événements de la vie et particulièrement lors de nos stages. Avouons qu’elle s’est transformée après des années d’exercice. « On a conscience avant, on prend conscience après » dit le proverbe. Nous pouvons le dire en toute sérénité aujourd’hui, ces postulats et ce qu’ils induisent sur notre vision du soin, de l’éducation, de l’enseignement auprès des êtres humains se résument en une orientation fondamentale dans tous ces métiers : les pratiques d’orientation clinique. Nous aurons le temps, tout au long de cette recherche, de nous expliquer sur la conclusion à laquelle nous avons abouti : il n’y a pas d’autre alternative. Ce n’est pas dire qu’il n’y a que cela ou que tout autre méthode, posture, visée ou sensibilité n’ait pas voix au chapitre ni légitimité à exister dans des champs aussi complexes. Non, il s’agit juste de dire : voilà notre base de travail, nos fondamentaux. Ils résident dans cette idée que l’on se fait du sujet, de son désir, de sa souffrance, de sa réalité. Il n’est pas question non plus de recourir à un monothéisme dogmatique mais plutôt de faire droit à une manière d’appréhender l’existence. Nous aurons là aussi l’occasion d’en légitimer la radicalité lorsque nous évoquerons le rapport que nos sociétés entretiennent avec les plus faibles et sur les mutations qu’elles subissent de plein fouet, que ce soit sur la déconstruction du

¹¹ Clouse, F & Daraigne, G. (2022). L'en souffrance: clinique d'un entre-deux. *Psychasoc* : <http://www.psychasoc.com/Textes/L-en-SOUFFRANCE-clinique-d-un-entre-deux>

monde du travail¹², l'effritement de la société salariale¹³, la montée de la misère du monde¹⁴, ou la banalisation de la notion d'exclusion¹⁵.

Ces pratiques ne sont pas neuves, la philosophie dont elles s'inspirent non plus ; elles trouvent dans le travail social le lieu où elles s'expriment de façon plus ou moins visible, plus ou moins verbalisée, plus ou moins explicite. Nous nous attacherons à les rendre moins invisibles en mettant la lumière sur ce à quoi elles ressemblent dans le quotidien des établissements médicosociaux. Loin de nous considérer comme un Christophe Colomb qui ne découvrira rien de moins que des terres déjà existantes, nous aspirons à un travail de cartographe de terrain qui révèle, à partir d'observations et de récits, les bords de ces pratiques cliniques. Un travail de géomètre, géomètre arpenteur comme disent les québécois, en ce sens qu'il renvoie à un travail *in situ* et *in vivo*, afin de cerner un périmètre d'existence ; à la seule différence que nous chercherons non pas à poser des bornes mais plutôt des cairns qui auront pour fonction de repères plus que des délimitations. Nous envisageons en effet cette clinique dans toute sa complexité, c'est à dire « animée par une tension permanente entre l'aspiration à un savoir non parcellaire, non cloisonné, non réducteur, et la reconnaissance de l'inachèvement et de l'incomplétude de toute connaissance »¹⁶. Là réside toute la difficulté de la tâche, les pratiques éducatives étant composites, multi-dimensionnelles alors qu'un geste pris isolément se trouve le plus souvent être ordinaire et élémentaire. Le quotidien en établissement spécialisé apparaît de prime abord d'une rare simplicité, « sans ornement, sans faste, sans recherche, sans affectation »¹⁷, alors qu'il est aussi le résultat de longues réflexions où l'attention est parfois portée jusqu'au moindre détail - l'accueil DITEP s'inscrivant dans une volonté de reproduire un milieu naturel dont la caractéristique première est l'artificialité.

La question de cette éducatrice, rapportée en ouverture de notre propos, est légitime et en même temps empreinte d'inquiétude. Comme si cette démarche de mise en lumière des soutènements de la pensée venait provoquer un danger. Notre volonté se trouve à l'opposé. Il est possible que cette travailleuse sociale sous-entendît que sa façon de faire

¹² Boltanski, L., Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris, Gallimard.

¹³ Castel, R. (1995). *Les métaphores de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris, Fayard.

¹⁴ Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Paris, Seuil.

¹⁵ Paugam, S. (1996). *L'exclusion. L'état des savoirs*. Paris, La Découverte.

¹⁶ Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris, Seuil pp.10-11.

¹⁷ Dictionnaire du Centre National de Recherche Textuelle et Lexicale (CRNTL), en ligne.

était évidente et ne nécessitait pas de plus amples explications. Or, c'est bien cette supposée évidence qu'il s'agirait de mettre en exergue. Pour reprendre les mots d'Hannah Arendt : « Ce que je propose est donc très simple : rien de plus que de penser ce que nous faisons »¹⁸. Notre question de départ réside finalement là : existe-t-il des spécificités à la clinique en travail social ? À l'heure où le métier d'éducateur subit de profonds bouleversements, que ce soit en termes de problématiques de publics qu'il accueille, de formation, où l'on en est même à questionner sa survie¹⁹, il nous semble indispensable de venir en rappeler son essence. « Rien n'est plus important que d'"attaquer" le métier pour le défendre. Il ne peut vivre que si le dernier mot n'est jamais dit et le dernier geste jamais accompli »²⁰ dit Yves Clot. C'est donc conscient que nous ne pourrions pas tout dire, écrire ou décrire, que nous prenons le parti d'attaquer le métier d'éducateur par ses pratiques d'orientation clinique comme le marin attaque une île ou une terre, c'est-à-dire s'en approcher pour le reconnaître. Elles seront notre analyseur des dynamiques éducatives, relationnelles et soignantes dans ces établissements.

Il paraît pertinent de balayer le contexte social et économique qui influe forcément sur ces institutions spécialisées : ces dernières ne sauraient exister décontextualisées de leur environnement, encore moins du modèle capitaliste à l'œuvre dans notre pays. Nous aurons l'occasion de le prouver dans ce travail, des freins existent à l'exercice de cette clinique spécifique et résident, entre autres, dans la rationalisation des pratiques, la standardisation des approches éducatives, et la gestion néolibérale et managériale des établissements médico-sociaux.

Dans une première partie :

I. Nous proposerons dans un premier temps de répondre à « la question fondamentale à toujours se poser » chère à Jean Oury : « Qu'est-ce qu'on fout là »²¹ ? Pour ce faire, nous aborderons notre implication à travers un récit d'expériences qui permettra de proposer des éléments de compréhension sur notre parcours, nos questionnements et notre inscription en thèse.

II. Nous contextualiserons notre terrain en définissant les structures dans lesquelles nous avons été en recherche. Après une rapide présentation historique des DITEP, nous

¹⁸ Arendt, H. (2020). *Condition de l'homme moderne*. Paris, Poche, p.38.

¹⁹ https://www.lemediasocial.fr/le-metier-d-educateur-specialise-est-il-frappe-dobsolescence_g2mIA2

²⁰ Clot, Y. (2006). « Clinique du travail et clinique de l'activité », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 1, no. 1, pp. 165-177.

²¹ Oury, J. et Faugeras, P. (2016). *Préalable à toute clinique des psychoses*. Toulouse, Érès, p.8.

aborderons le devenir contemporain de ces institutions à l'heure de l'ultralibéralisme. Nous aborderons aussi le public qui est accueilli en spécifiant ses caractéristiques et les déterminismes auxquels il fait face dans son parcours de soin.

III. Nous présenterons ensuite les résultats d'une pré-enquête qui a consisté à délimiter les contours d'une clinique en DITEP à travers trois dimensions : une revue de littérature exhaustive des projets d'établissements, des entretiens avec des directeurs de DITEP et enfin, des entretiens avec des éducateurs spécialisés. Nous soulignerons un hiatus entre la perception forte de cette clinique chez ces acteurs et la minimisation de cette clinique en rapport avec les normes politiques et académiques usuelles.

IV. Nous poursuivrons par une contextualisation de notre terrain en démarrant par un point de vue macro : le travail social. Nous évoquerons succinctement ses origines, son histoire, ses raisons d'existence, jusqu'à la période récente. Nous mettrons en exergue son ancrage dans les pratiques cliniques, historiquement liées depuis la deuxième moitié du XXe siècle. Nous conflictualiserons ensuite deux dimensions de ce champ : ses paradoxes, consubstantiels à son histoire, et les antagonismes auxquels il fait face depuis que le modèle néolibéral s'est installé dans tous ses secteurs, rendant plus complexes, voire parfois impossibles, ses missions.

V. Puis, à travers une analyse du métier nous aborderons l'éducation spécialisée et plus précisément les éducateurs spécialisés à travers l'histoire du métier et de la formation. Nous montrerons comment, malgré les réformes successives des diplômes, la clinique reste encore privilégiée dans tous ces domaines. Nous démontrerons comment l'éducation spécialisée peut être définie par rapport à son plus petit dénominateur commun : l'hospitalité à la souffrance.

VI. Une approche historique de la clinique sera initiée ici, à travers ses pionniers et ses pères fondateurs, notamment à partir de la psychanalyse de Freud et Lacan, puis en mettant en exergue ses caractéristiques fondamentales avec Canguilhem et Foucault.

VII. Viendra alors un inventaire non exhaustif des approches d'orientation clinique en sciences humaines, nous ferons une focale sur la clinique du travail, la sociologie clinique, les approches biographiques et évoquerons le courant de la psychothérapie institutionnelle.

VIII. Nous nous concentrerons dans ce chapitre sur les différents courants cliniques en sciences de l'éducation. Nous insisterons sur l'importance de l'analyse de la pratique des situations éducatives ; la prégnance des entretiens cliniques, en recherche comme dans la relation d'aide ; le rapport au savoir et la didactique clinique.

X. Enfin, dans le dernier chapitre de cette phase exploratoire, nous proposerons une revue de littérature sur le thème de la clinique en éducation spécialisée afin d'en extraire certains fondamentaux.

La deuxième partie consiste en un encart méthodologique où nous aborderons notre démarche de problématisation et justifierons nos référents interprétatifs initiaux ainsi que nos réseaux contextuels.

La troisième partie sera centrée sur les résultats obtenus :

XII. Un chapitre sera consacré à la présentation de nos entretiens et les invariants qui s'en dégagent.

XIII. Le treizième chapitre mettra en lumière des récits de pratiques issus de notre expérience professionnelle qui viendront en écho aux concepts opératoires spécifiques relevés dans les entretiens.

XIV. Pour clôturer cette partie, nous ferons appel à des « grands témoins » de l'éducation spécialisée qui viendront compléter les résultats de nos entretiens et récits de pratiques.

Dans une quatrième partie, il s'agira d'analyser notre recueil de données et de discuter des enjeux contemporains de la clinique :

XV. Nous procéderons à une catégorisation des concepts opératoires spécifiques de la clinique de l'éducation spécialisée.

XVI. Ici, des éléments de réponses sur le manque de reconnaissance de la clinique par les cliniciens eux-mêmes seront apportés.

XVII. Un focus sur un possible « choc des cultures » sera initié, entre travail prescrit et travail réel et entre deux logiques antagonistes à l'œuvre dans le travail social.

XVIII. Nous nous arrêterons sur le caractère résistant de la clinique en contexte néolibéral et exposerons trois scénarios possibles de positionnement des cliniciens dans le monde actuel.

XIX. Sera abordé ici la question de la formation des travailleurs sociaux, de son universitarisation, à travers une présentation des initiatives à l'œuvre et de la place de la clinique en leur sein.

XX. Nous répondrons ici à notre problématique et apporterons des éléments sur l'épistémologie et la spécificité de la clinique de l'éducation spécialisée.

PARTIE 1 : PHASE EXPLORATOIRE

Afin de guider le lecteur dans une compréhension plus aisée du choix de cet objet de recherche, nous proposons de contextualiser ce travail à travers un récit d'expériences. Ce récit, ainsi que tous les cas cliniques qui parsèmeront cet écrit, sont le produit d'une habitude démarrée dès notre formation initiale d'éducateur spécialisé. Il était demandé à tous les étudiants durant leur période de stage, de tenir un carnet de bord où seraient inscrites les observations et les pensées du quotidien de cette alternance. Lors des modules de groupe d'analyse des pratiques professionnelles, chaque étudiant devait, tout au long des trois ans, extraire de son carnet de bord ces observations cliniques et les partager avec ses camarades. De là, une discussion et des échanges autour de l'expérience vécue advenaient dans le respect du cadre de cet espace. Nous considérons ces écrits comme des « arrêts sur image » qu'il était alors possible de décomposer, d'analyser et de se réapproprier. Cette habitude s'est poursuivie lors de notre reprise d'études en Master à l'Université Paris VIII où une place prépondérante était laissée à l'écriture dite diariste et plus particulièrement celle des journaux²² ; cet usage s'est prolongé jusqu'à notre pratique quotidienne d'éducateur spécialisé. Le passage à l'écrit de ces situations vécues apportait une véritable plus-value dans notre pratique tant du point de vue de l'expression de nos affects, où la frustration et la colère occupaient une place bien réelle, servant de soupape de sécurité, et d'outil d'interprétation car permettant une prise de distance sur notre implication²³.

Nous nous appuyerons donc tout au long de cet écrit sur un matériau clinique rédigé par nos soins pendant toute notre expérience d'éducateur spécialisé en DITEP. Nous précisons que dans un souci de respect de l'anonymat, tous les noms et lieux de ces observations et vignettes cliniques ont été modifiés. Dans cette forme d'écrit particulière, nous avons pris le parti de conserver le pronom « je » et non la première personne du pluriel. La forme et le style reflétant une clinique qui nous est propre, il nous a paru en effet plus judicieux de soutenir cette implication des plus personnelle et singulière en gardant l'aspect originel. De plus, nous ne nous dérobons pas de la dimension biographique de ces travaux : « la production scientifique a partie liée, de façon souvent intime, avec l'histoire personnelle du chercheur, qui est ainsi, de manière variable mais

²² Hess, R. (2010). *La pratique du journal : l'enquête au quotidien*. Paris, Tétraèdre.

²³ Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative. Entendre et écouter le Sujet contemporain*. Toulouse, Érès.

certaine, un “autobiographe malgré lui” »²⁴. Autrement dit, « écrire, c'est se situer dans un processus, un univers de décontextualisation ; c'est la capacité à produire un objet qui n'existe pas encore ; en écrivant, on existe et produit un objet qui nous fait exister, on fait sortir quelque chose de son contexte »²⁵. Gageure pourra-t-il sembler, puisque cet effort de décontextualisation visé à l'époque vient servir aujourd'hui son contraire afin d'articuler une nouvelle réflexion, insuffler une nouvelle vie à ces textes.

L'écriture de notre expérience vient reconstruire le sens de nos actions en les contextualisant *in situ*, afin de rendre plus palpable au lecteur ce qui se joue dans ses situations. D'autres avant nous se sont approprié ce genre de démarche qui n'a en rien vocation de céder « aux sirènes d'une fiction complaisante et à ce qui pourrait apparaître comme un inconvenant aparté égocentré »²⁶. Nous avons pris le parti de conserver une habitude méthodologique diariste en maintenant une entrée en guise de titre à chaque récit afin d'en structurer le recueil.

Chapitre I. Récit d'expérience

Être ou avoir

« Je veux savoir ce qu'il a mon gosse, je veux savoir de quoi il souffre ». Et elle attend là, les bras croisés, que je lui réponde. Derrière le bureau, mon regard alterne entre le regard fixe de cette mère, et le crâne de son enfant qui, la tête baissée, examine avec attention ses baskets. Je n'ai aucune idée de ce que je pourrais répondre. Pourtant, il y a urgence, elle veut savoir. Je ne sais pas comment qualifier ce supposé mal. Ce garçon souffre, c'est indéniable, et ses troubles du comportement en sont le meilleur symptôme. Son mal-être, son agitation, ses propos grossiers me viennent à l'esprit, comme son sens de l'humour, ses aptitudes au jeu d'échecs et son regard perdu dans le vide en fin de journée. L'étiologie semble un peu faiblarde pour s'aventurer à un quelconque diagnostic. Parcours de vie relativement ordinaire : cadet d'une fratrie de trois, mère divorcée vivant

²⁴ Bouilloud, J-P. (2009). *Devenir sociologue. Histoires de vie et choix théoriques*. Toulouse, Érès, p.179.

²⁵ Bauthier E. in Gilbert R. (2001). *À qui profite la médiation éducative? Étude d'une évaluation diagnostique au cycle 3 de l'école élémentaire*. Thèse de doctorat de Sciences de l'éducation, Université Lumière-Lyon 2, p.253.

²⁶ Niewiadomski, C. (2012). « 1. L'éclairage réflexif d'une trajectoire personnelle et intellectuelle », *Op. cit.* pp.17-48.

seule à la maison, scolarité qui tient en 5^e générale avec quelques aménagements, et une flopée de mots dans le carnet de correspondance pour bavardages, vulgarité, agitation et comportements inadaptés. Sur l'unité de jour, quelques incartades que l'on mettrait volontiers sur le dos d'une adolescence remuante. « *Rien de fou* » m'étais-je dit après quelques semaines, pour un ado de cet âge. Déjà la question du normal et du pathologique. Et plus que ses nombreux sprints entre la cuisine et le salon ou ses acrobaties quand il se perche sur les cages de football, c'est la profonde tristesse qu'il dégage quand il n'est plus en mouvement. C'est plutôt cela qui m'a interpellé sans que je ne sache trop comment l'aborder. Trop près, il m'échappe comme du sable entre les doigts, trop loin, le voilà qui fait des plongeurs sur le canapé en quête d'attention. Je préférerais demander à la mère ce qu'elle pense qu'il a, son fils. Mais ce n'est ni le lieu, ni le moment. Il est à côté : lui répondre à elle, c'est lui répondre à lui. Je ne suis même pas certain que sa demande soit là. Je reste silencieux. Le collègue voit mon embarras. « Madame, votre fils est hyperactif, ce n'est pas sa faute, c'est juste qu'il ne peut pas contrôler son comportement tout le temps ». On passe de ce qu'il a à ce qu'il est. Le voilà défini, catégorisé... rassemblé en un terme. La mère hoche la tête d'un air entendu. La voilà rassurée. Nommer le mal, c'est déjà le connaître ; et le connaître, c'est pouvoir agir sur lui. Le collègue pose la main sur mon épaule et sourit. Il a l'impression de m'avoir sorti d'un mauvais pas. Je n'ai pas l'impression d'être plus avancé.

Premiers jours

Cette scène marque un point de départ pour moi en tant que processus de réflexion et de formation qui se précisera au fil des années. Elle fait écho à la scène originale, ou du moins au premier acte de mes premiers jours à l'ITEP²⁷. Débarquant fraîchement de l'IRTS²⁸, un premier contrat de cinq jours me permet de découvrir le monde du médico-social. Las ! À la fin de cette première journée du lundi, je n'ai qu'une envie : ne pas revenir assurer le lever à 7h30 le lendemain. Crampes d'estomac, coup de fatigue, le rapport au réel est trop violent. Violent comme le climat qui règne là-bas. Un groupe accueil 11-14 ans où évoluent surtout des jeunes de 14-15 ans. Les profils sont hétérogènes et les gestes de bienvenue limités à des insultes et des menaces physiques.

²⁷ Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique.

²⁸ Institut Régional du Travail Social.

J'y retourne le lendemain, m'accrochant avec orgueil à une volonté de ne pas arrêter de contrat en cours, je n'ai que quatre jours à attendre avant de ne plus y revenir. La nouvelle journée est rude : première immobilisation d'un adolescent qui allait mettre un coup à une éducatrice qui avait le dos tourné. Qui allait. Simple supposition, mais je ne veux pas payer pour voir, j'agis à l'instinct. L'éducatrice n'a pas l'air plus étonnée que ça. Le jeudi, arrive la réunion interdisciplinaire. Je parle peu, les collègues évoquent les situations d'un ton tranquille, réfléchissant déjà au planning de la semaine d'après. La mairie a en effet décidé, après de nombreuses plaintes des voisins, d'expulser les garçons de la maison qui servait d'unité de jour : un retour sur le lieu d'internat est inéluctable. Je partage avec mes collègues mon impression que cette maison renvoie les mêmes stigmates que les ados qu'on accueille : ciblée, brisée, souillée, violentée. Ils hochent la tête, sans commenter. La fin de la réunion arrive, je prends mes affaires et m'appête à rentrer chez moi lorsque le chef de service me propose de prendre cinq minutes pour faire le bilan de ces quatre premiers jours. Je déballe tout : ma peur, mon incompréhension, ma colère face à ces actes sur lesquels je n'ai pas de contrôle, ma crainte enfin de répondre par la violence face aux coups des ados. Je n'ai plus de souvenir sur le contenu de sa réponse à l'exception d'une métaphore sportive où je comprends qu'à priori, il n'est pas correct d'abandonner ses coéquipiers avant la fin du match : cette première semaine était la première mi-temps, on a besoin de moi pour la deuxième. J'accepte. Et aussitôt sur le trajet retour, je me maudis d'avoir été berné par un stratagème aussi simple qui a touché dans le mille. Six mois plus tard, j'ouvre les locaux en étant l'un des plus anciens des collègues du groupe : les arrêts maladie ont eu raison de la plupart des professionnels. La situation se modifie un peu au fil des mois. Le temps, l'évolution des jeunes, les départs, les arrivées, les retours des collègues, entre autres, amènent une dynamique plus stimulante. Je me suis habitué à cette atmosphère, à cette vigilance constante, et à trouver de la satisfaction personnelle dans des actes infimes du quotidien.

Rencontres

La rencontre avec d'autres éducateurs, probablement aussi bienveillants que le premier évoqué, mais dans une autre démarche, un autre regard, en seront les sémaphores. « A priori, le TDAH ne s'attrape pas comme on attrape un mauvais rhume » ; il en est de même pour les autres difficultés que l'on rencontre dans un ITEP : psychose, perversion,

trauma, carences affectives, etc. Ce que l'on accueille sur le groupe, sur la scène institutionnelle, c'est du symptôme ; l'expression d'un mal-être, d'une souffrance qu'il est trop compliqué d'extérioriser autrement. À charge pour nous de le recevoir et garder en tête que ce mode d'expression est juste ce dont sont capables pour l'instant ces adolescents pour être entendus, visibles, écoutés : voilà le cadre de mon intervention telle que me l'avait définie une infirmière, « une vieille de la vieille » comme elle aimait à se présenter. À mes débuts, j'observe avec curiosité un collègue avec un ancrage certain dans la clinique psychanalytique ; sa posture au quotidien est pour le moins remarquable : il endure ce que je considère à l'époque comme insupportable : crachats, tentatives de coups, insultes à répétitions. Il supporte ça en soutenant un « non », un interdit, la Loi avec un grand L dirait-il. Le groupe est dur, les jeunes sont dans une grande détresse, et pourtant l'accueil se poursuit. Pas d'exclusion. Cet éducateur s'y refuse. Il m'invite à réfléchir, à discuter. Il oriente certaines de mes lectures. Il termine sa thèse en sciences de l'éducation à côté de son emploi à l'ITEP. « Impossible de faire les deux, me disais-je : éducatif, c'est un travail à plein temps ». L'avenir me prouvera que non.

D'autres figures importantes de cette période soutiennent cette même posture d'écoute, de réflexion sur le jeune comme sur soi-même, du dépassement de ces actes bruyants pour voir la fragilité de ces adolescents. Ce sera une maîtresse de maison, à quelques années de la retraite, stupéfiante de pertinence dans ses observations. Elle parle peu, mais quand elle parle en réunion, on se tait. Elle sait ouvrir des horizons. Et sa relation avec ces gaillards de 14-15 ans est un modèle : le bon mot au bon moment ; la main sur le bras d'un garçon prêt à exploser ; le sourcil qui se fronce et qui arrête sans parole le geste délictueux en pleine action. Je l'observe, j'essaie d'apprendre, de comprendre et quand je lui demande comment elle fait, comment elle sait, elle hausse les épaules : « Que veux-tu que je te dise ? J'en sais rien, j'essaie, c'est tout ». Peu de diplômes, de lectures, de grands discours. Et pourtant, j'ai en face de moi ce que je qualifie aujourd'hui de grande clinicienne.

Éthique

Ce sera aussi cette éducatrice, avec laquelle je travaille encore, qui n'a qu'un seul mantra : « OK, tout ça c'est bien, mais le gamin dans tout ça » ? Question simple qui amènera des réponses bien embrouillées. Elle ouvre une dimension de l'accompagnement

quotidien dont j'étais jusque-là bien éloigné : l'importance de l'entretien, du temps passé à deux sans autre médiation que la parole, qu'un bureau, qu'un silence. L'accueil, le recueil de la parole de l'adolescent en vue d'en faire une mise en récit pour soi, pour lui et pour l'équipe. Cette parole libre et libérée qui surgit auprès d'elle n'est jamais commandée, elle est seulement permise, autorisée, car le cadre qu'elle met en place est suffisamment sécurisé pour qu'elle advienne. Elle m'engage sans le savoir et sans (trop) le verbaliser vers les chemins tortueux des enjeux transférentiels et contre-transférentiels. À ses côtés, je dois mettre du sens sur mon discours et mes actes auprès des jeunes accueillis. Elle n'hésite pas à venir me chercher. Pour ce garçon qui gesticule, qui m'insulte et qui finit par terre avec moi en train de l'immobiliser, elle me posera deux questions : « Qu'est-ce qui justifiait que tu t'emploies physiquement ? Tu t'es senti en danger ? ». Pourquoi lui se retrouve au sol quand d'autres « me » font bien pire ? Qu'est ce qui m'autorise à exercer ce pouvoir et cette domination ? L'introspection donne parfois lieu à des pensées vertigineuses quand l'urgence supposée du quotidien laisse des temps plus calmes et plus propices à la réflexion. Les enjeux liés à la relation éducative que j'avais tendance à balayer d'un revers de la main se font plus insistants. J'oscille entre cette impression de faire du dressage 35 heures par semaine et celle de ne pas pouvoir répondre au désarroi de certains adolescents. Je les enjoins à refuser toute soumission envers l'adulte, prêche pour l'émancipation et pourtant, je me montre irrité quand ils refusent de m'obéir même quand je lève la voix. J'acquiesce quand une jeune fille m'engueule « Mais t'es qui toi pour me donner des ordres ? Tu te prends pour qui ? » et je suis insatisfait quand ils fichent en l'air l'activité à laquelle j'ai pensé pendant des heures. Ma collègue se marre quand elle me voit dépité durant l'atelier d'arts créatifs et le concours de pénis en argile initié par les joyeux drilles, trop heureux de s'étaler de la terre sur les tee-shirts. Elle me rappelle que notre fonction est de créer des conditions propices à ce qu'il puisse se passer quelque chose, que l'obligation concerne les moyens à mettre à œuvre, et qu'à la fin, ce sont bien les gamins qui décident de comment s'en saisir. Elle se permettra même une pédanterie, celle de citer Levinas : « Je suis responsable d'autrui sans attendre la réciproque. La réciproque, c'est son affaire ». Et je range le matériel en m'imaginant Levinas à qui ces gais lurons auraient demandé, comme à moi vingt minutes auparavant, de bien vouloir donner son avis sur « quelle bite était la plus réussie ».

Des dizaines de collègues se succèdent sur ce groupe réputé difficile. Tous apporteront une pierre à la construction d'une démarche clinique, réflexive, éthique. Tous n'ont pas

eu la même importance mais certaines scènes, certains actes, certaines phrases balisent un sentier qui se précise peu à peu. Un éducateur qui explique, lors de l'accueil d'une stagiaire : « Mon boulot à moi, c'est d'amener le gamin à ce qu'il tienne en milieu ordinaire. Et pour que ce soit possible, je dois gommer toutes ses étrangetés, ses bizarreries, tout ce qui pourrait compromettre son intégration au collège ou ailleurs ». Ce point de vue, il est possible de le décliner à l'envi. « Le monde, il est comme ça, on ne peut pas le changer. Alors c'est le jeune qu'on doit faire évoluer » ; « On peut m'accuser de formatage, mais en dernier lieu, c'est le gamin qui est victime du regard de l'autre : c'est le gamin qui est victime de stigmatisation. Parce qu'on lui aura dit "Oui, oui t'inquiète, tu es unique, il faut t'accepter comme tel, les gens doivent t'accepter avec tes singularités". Sauf qu'à l'arrivée, celui qui finit par être exclu de tout, c'est lui, c'est pas nous » ; « C'est inscrit dans la loi : notre mission c'est l'accompagnement vers le milieu ordinaire ». L'intérêt de ces adolescents semble être au cœur des préoccupations de tous ces professionnels et je me demande comment on peut y parvenir avec des chemins si différents et si éloignés.

Tenir

En 2012, nous accueillons Bruno, un adolescent en rupture totale : la famille est à bout de souffle ; son hôpital de jour n'accueille pas après douze ans, les autres, destinés au public adolescent, ont une liste d'attente de deux ans ; plus de scolarité depuis le CM1 ; un traitement des plus robustes ; aucun cercle social. En journée, ce garçon est en détresse constante : le cadre est insupportable et son mal-être est tel qu'il semble toujours en colère et s'en prend violemment au matériel comme aux personnes – adultes et jeunes compris-. Nous devons l'arrêter physiquement et l'immobiliser plusieurs fois par jour. Il hurle, il mord, il maudit. Ses camarades évoluent dans un environnement extrêmement anxiogène, attendant la prochaine crise de cet adolescent. Des choses arrivent pourtant à se mettre peu à peu en place. La relation duelle est possible, où il s'agit pour l'éducateur de marcher comme un funambule sur le fil d'un accompagnement qui tangue. Bruno bascule tantôt dans l'insupportable frustration, tantôt dans la satisfaction de voir de solides espaces aménagés pour lui qui le tiennent et le contiennent. Le jour de la réunion de synthèse arrive. Malgré les quelques lueurs de possibles entraperçues, l'équipe est incapable de formuler des propositions : l'urgence de la situation neutralise notre puissance de penser.

Des mots fusent entre professionnels, où le fossé supposé entre l'équipe psy et les éducateurs prend la forme d'un schisme irrémédiable. Les uns reprochant de manquer d'inventivité, les autres d'être en dehors des réalités. La médecin psychiatre propose d'augmenter encore les neuroleptiques. Un collègue estime que ce garçon (en) bave déjà assez. Le chef de service tranche : « Il faut tenir. Vous pouvez noter ça comme projet : il faut tenir ». Cette phrase m'est insupportable. Je ne vois pas ce métier comme cela, comme un corps à corps qui commence à 9h et finit à 17h quand il prend le taxi. Ce gamin n'est pas pour nous. Il ne peut pas se tenir dans ces murs, tout semble trop violent pour lui, sinon il ne réagirait pas avec autant de défenses agressives. Je me retrouve souvent seul avec lui, à l'écart, à éviter les morsures, à l'arrêter, à attendre qu'il finisse de pleurer. Je veux du soutien, et qu'il se matérialise autrement que par un regard compréhensif voire admiratif ou des remarques comme « T'as géré Bruno toute la journée ? Chauuuud ! ». Là où je lui demande de me soutenir, le chef de service me répond qu'il faut tenir. Je fais donc répéter le cadre de direction : « Tenir ? – Absolument. Tenir ». Je n'arrive pas à m'accrocher à cette injonction. Il le voit à mon regard consterné. « Vous avez une meilleure solution ? ». Silence.

L'accueil de Bruno se poursuit. Les passages à l'acte violents se succèdent tout au long de l'année scolaire, la police et les pompiers interviennent à plusieurs reprises. Quelques passages aux urgences psychiatriques adolescentes ont lieu, n'aboutissant pas à une hospitalisation au centre de crise déjà plein. Comment est-ce possible ? « Si vous voyiez nos gamins ici, vous conviendrez que votre jeune n'est pas une urgence vitale » me lancera, désabusé, un infirmier du centre de crise psychiatrique. Les demandes de prise en charge²⁹ modulées en hôpital de jour sont toujours refusées, faute de place ou de profil adaptés aux critères d'admission. On constate l'impossibilité de ce garçon à rester sur un groupe où les jeunes sont dans des temps imposés (scolarité, atelier, rdv psy, etc.) et dont il se sent exclu. Pourtant, l'unité de jour est un territoire qu'il défend face aux menaces extérieures : tout inconnu osant franchir les murs de l'unité est accueilli par des insultes, des menaces ou des grognements : livreur, éducateur d'un autre service, directeur venant demander du café. Toute intrusion d'un corps étranger est intolérable. Les nouveaux venus comme les stagiaires doivent eux aussi tenir bon dans les premiers moments face à

²⁹ Bien qu'il soit peu satisfaisant, le terme « prise en charge » apparaîtra dans cet écrit car il est utilisé par tous les acteurs du secteur. Pour une approche critique de la prise en charge, voir par exemple le chapitre « L'infâme "prise en charge" » de Depenne D. (2012). *Éthique et accompagnement en travail social*. Paris, ESF.

un Bruno qui exige du temps passé ensemble, de se rassurer avant qu'ils soient acceptés. Les autres jeunes du groupe comprennent peu à peu les spécificités liées à la présence de Bruno. Ses transgressions ne sont pas reprises comme les leurs, le cadre se veut plus plastique quand il s'agit de lui. Ils en font peu cas : la souffrance constante que cet ado exprime à travers ses hurlements gutturaux suffisent à faire émerger tolérance et parfois empathie. On découvre rapidement que la relation avec le chauffeur/homme d'entretien du service est empreinte de solidité et de complicité. Sans trop en discuter, on associe le collègue chauffeur aux temps d'accompagnement : je ramène mon vélo mal en point à l'établissement en faisant part de ma difficulté à le réparer. Bruno se propose de s'en occuper avec le chauffeur. Les deux m'initient au rafistolage à l'aide de rustines, à graisser la chaîne, changer la guidoline, serrer les câbles de freins. L'adolescent est calme, sérieux, pédagogue. Ensemble, ils iront aussi assurer en voiture la livraison des repas sur les autres sites. Bruno devient connu comme le loup blanc. Ce grand ado au crâne rasé et à la démarche dégingandée, capable de colères explosives, est aussi celui qui propose de rendre service : ici à aider la femme de ménage à laver les vitres, là l'agent technique à repeindre un bureau, les corvées de feuilles mortes... Il est le premier à accueillir la maîtresse de maison qui revient des courses : « Donne-moi les sacs, tu vas te faire mal au dos ». Je deviens moi aussi tour à tour agent technique, chauffeur, homme de ménage, jardinier. Mon quotidien s'imprègne au fil des semaines d'une relation duale et plus apaisée avec Bruno. Je change mes exigences quant à son accueil. Je réduis ma focale. J'organise, en lien avec les éducateurs spécialisés, des temps d'accueil destinés à lui seul où il pourrait bénéficier d'un cadre plus calme, plus *secure*, et restreint en termes de présence sur le groupe. Les collègues ont de fait plus de temps seuls face au groupe, avec toutes les difficultés que cela entraîne de part et d'autre. Je sollicite les personnes ressources qui, à ma grande surprise, se montrent totalement disponibles quand bien même elles auraient autre chose à faire. Tout le monde rivalise de créativité en inventant – ou non – des besoins auxquels seul Bruno pourrait répondre. Une chaise cassée qu'il faudrait réparer, des affiches à encadrer, les voitures du service à laver, des oignons à aller acheter pour la cuisinière. Bruno arrive à se stabiliser deux après-midis par semaine en compagnie de l'éducateur technique autour d'un atelier rafistolage. Des temps avec la médecin psychiatre sont possibles, mais elle doit mettre la main à la pâte et le rencontrer lors des moments où il est « au maille » comme il aime à le répéter : « Rends-toi utile et tiens-moi la bassine », et l'entretien peut démarrer pendant qu'il s'occupe de nettoyer les carreaux. Les mois passent, les crises sont toujours là, bien que moins fréquentes, de

même que les dégradations et les contentions, mais Bruno trouve une place reconnue au sein de l'institution. Le directeur d'établissement fait une proposition étonnante : que ce jeune pose sa candidature au poste de président du Conseil à la Vie Sociale (CVS), prenant à contrepied tout le monde. Ce sera un plébiscite : le voilà élu à une grande majorité. Sa première décision forte sera de formaliser la concoction de gâteaux pour chaque réunion du CVS « adultes comme enfants, y a pas de raison que ce soit nous qu'on s'y colle à chaque fois ». A la place impossible « d'incasable » sur un groupe d'ITEP, Bruno aura « mis le feu » à l'ITEP jusqu'à le faire entrer en éruption. Et de celle-ci naît une nouvelle place : celle d'ado-président-rafistoleur d'ITEP avec bien des problèmes mais un statut reconnu par tous.

Incasable

En 2013, mon employeur me propose de participer à une vaste recherche-action initiée par UNIFAF et le Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations d'Aquitaine (CREAI) sur les adolescents à difficultés multiples, appelés aussi incasables. Les souvenirs de cette recherche sont assez peu nombreux, sinon la richesse des témoignages croisés entre les professionnels issus d'établissements du médico-social et les nombreuses rencontres avec les interlocuteurs de l'éducation nationale, de la justice, de l'hôpital, du département. Total : le milieu ordinaire fait ce qu'il peut, mais avec peu de moyens et peu de professionnels formés aux publics spécifiques ; le sanitaire est en train d'être démantelé ; la justice n'a plus de financement pour ces enfants et adolescents ; les inspectrices du département ont à peu près 150 situations chacune. Du côté des collègues éducateurs et éducatrices spécialisés, même constat : ces jeunes les plus difficiles ne relèvent pas de nos établissements ou pas seulement, il y a un gros besoin de relais partenariaux... qui ne sont pas possibles pour les motifs énoncés précédemment. Ce dispositif de formation propose à ceux qui le souhaitent d'effectuer des stages d'une ou deux semaines dans les établissements partenaires. Je ne me fais pas prier. Je choisis deux lieux bien précis : un hôpital de jour de mon association et le Centre de Crise et de Soins Spécialisés pour Adolescents, unité psychiatrique d'accueil d'urgence pour adolescents. Ce choix n'est pas anodin. Je ne m'y rends initialement que dans un unique objectif: comprendre pourquoi ces deux établissements refusent quasiment systématiquement tous les jeunes que l'on veut y orienter. Deux mois plus tard, j'ai ma

réponse. L'un a effectivement des critères d'admission particulièrement stricts, mais accueille déjà au-delà de ses capacités et a une liste d'attente de plus de 80 adolescents. Quant à l'autre, je m'étais fait une idée de la crise et de l'urgence durant mes premières années à l'ITEP, et une semaine passée au centre de crise suffit à me faire relativiser : à l'époque 20 lits sont disponibles pour toute la Gironde (avec la « réorganisation des moyens hospitaliers », ce chiffre est passé à 10 aujourd'hui) et leur crédo est simple : accueillir uniquement l'urgence vitale. Au vu des adolescents qui ont été hospitalisés durant les quelques jours où j'étais présent, disons que mon rapport à l'urgence vitale a profondément été modifié. Cette formation se termine, je fais un retour en réunion de cette recherche-action en disant que l'incasable n'existe pas, mais avec un parti pris radicalement différent de mon positionnement précédent et qui s'axe sur deux éléments : 1) Tous ces établissements ont leurs incasables. 2) Il n'y a pas d'autre établissement susceptible d'accueillir ces jeunes. Ils sont chez nous, à nous de faire au mieux.

Moments

En 2014, poussé par un ancien collègue et ami, je décide de reprendre mes études à l'Université. Une licence en sciences de l'éducation obtenue à Toulouse II Jean Jaurès à distance, je m'inscris sur ses conseils à l'Université Paris VIII. Je suis totalement ignorant quant aux histoires des universités, leurs grandes figures, leurs courants politiques, leurs positionnements théoriques. Je choisis Paris VIII pour la qualité de leur Institut d'Études à Distance (IED) et l'importance donnée à l'écriture. Je découvre rapidement le courant institutionnaliste et le riche passé encore transmis par les professeurs en place. Les pensées de Rancière, Ardoino, Lourau toujours enseignées m'ouvrent de nouveaux horizons. Durant un cours sur la théorie des moments d'Henri Lefebvre, c'est la lecture de l'ouvrage de Janusz Korczak, *Les moments pédagogiques*³⁰ qui m'amène à une réflexion sur mon quotidien de professionnel et la possibilité de proposer un nouveau rapport au rythme de mes journées de travail et celles de mes collègues. Je n'y ai pas calqué la pratique diariste de l'écriture du journal structuré en moments, mais plutôt ouvert une dimension réflexive sur les moments, au sens anthropologique, pour tenter d'en proposer une lecture clinique. L'accueil en internat et

³⁰ Korczak, J. (2006). *Les moments pédagogiques*. Paris, Anthropos.

unité de jour est un continuum extrêmement ritualisé qui commence avec le lever et se termine à l'heure du coucher. Entre temps, les moments du petit déjeuner, du départ en scolarité, de telle ou telle activité, du repas, du temps libre, etc., vont avoir une structure à la fois autonome et interdépendante. Un lever grognon peut entraîner des répercussions sur l'humeur de toute la journée. Dans le même temps, l'équipe s'efforce, à chaque crise, d'en comprendre les origines, les signes annonciateurs, et pourquoi pas une architecture lorsqu'elle tend à se répéter. Ce jeune s'énerve chaque matin au moment de prendre le bus ; celui-là s'agite à chaque fin de dessert ; un autre se cache quand vient le temps de la douche ; celui-ci vient demander son « si besoin » à l'heure d'aller se coucher. L'idée est alors de proposer un travail de repérage de ces moments puis d'y porter un regard nouveau et plus attentif. Les éducateurs sont plutôt enthousiastes quand le reste de l'équipe reste dubitative. Les différents stagiaires sont eux aussi mis à contribution. Ce travail durera plusieurs semaines, sans que cela ne se formalise par des écrits autres que personnels. Néanmoins, des temps hebdomadaires sont fixés entre nous pour échanger sur nos observations. Ces rencontres sont propices à l'étonnement face à la différence des pratiques « Tu le réveillés comme ça ? Moi j'y vais beaucoup plus cool » ; « Quand il descend, je lui dis juste bonjour et j'attends qu'il me demande s'il veut quelque chose » ; « Moi tout est déjà prêt », etc. Premier constat : malgré ces positionnements pour le moins dissemblables, la vision est commune, c'est-à-dire faire au mieux avec ce qu'on est au profit du jeune. Deuxième constat, celui-ci ne semble pas plus préoccupé que ça si les adultes adoptent des manières différentes d'intervenir. Troisième constat : structurer ces moments permet aux professionnels de dresser des tableaux plus clairs des situations. En l'occurrence, sur les signes avant-coureurs des crises de certains adolescents. Chez l'un, on observera que lorsque l'agitation monte, il commence par ouvrir une fenêtre, puis une autre, puis toutes, et passe ensuite aux portes ; il a tendance à sortir sa boussole pendentif de sous son tee-shirt et à la serrer dans ses mains comme un talisman. Chez un autre, sa façon de s'habiller, de refuser la douche du matin pour la repousser au soir, de sauter le petit-déjeuner, laisse présager une journée compliquée. Ces moments cliniques peuvent se décliner à l'infini. La maîtresse de maison nous initiera à la clinique de la coiffure, en apprenant à décoder chez une jeune fille qui arrive de l'internat son humeur du matin : coiffée, décoiffée, les cheveux en pétard, mouillés, etc. Sans pouvoir prophétique et sans assurance de ne pas se tromper, ces observations cliniques proposent indications et pistes d'interprétation permettant d'affiner la connaissance des adolescents. Une des limites peut être de se retrouver dans des prophéties auto-réalisatrices et de se baser uniquement

sur ces éléments devenus alors indicateurs infaillibles : l'observation serait alors le seul critère pour proposer une action. Ces moments sont dynamiques et en constante évolution. Lorsqu'une éducatrice remplaçante de l'internat des filles décide que les jeunes filles « ne peuvent décemment pas sortir avec les cheveux en bataille » et propose chaque matin de brosser les crinières récalcitrantes, il faudra alors s'adapter et trouver des pistes ailleurs.

Étudiants

Après plusieurs années en tant que formateur vacataire à l'IRTS Nouvelle-Aquitaine, je fais des observations récurrentes chez les étudiants. La clinique ne leur est pas étrangère, et quand bien même ils auraient du mal à la définir, je remarque chez eux une sensibilité bien présente. L'an dernier, une étudiante en 3^e année, apprentie dans un ESAT, faisait part de ses difficultés face aux modalités d'évaluation des pratiques existantes dans son établissement. Elle accompagnait un jeune adulte sur un poste de travail et, dans le cadre d'un projet individualisé, elle s'attachait à rendre la prise de poste moins stressante pour le travailleur. En effet, ce dernier avait mis en place tout un rituel avant de démarrer : tourner plusieurs fois autour de son plan de travail, l'essuyer minutieusement avec un chiffon propre et répéter quinze fois la même phrase. L'étudiante avait proposé d'accueillir ce jeune homme à son arrivée avec un café, entamer une discussion informelle puis expliquer clairement le programme de la journée (qui était sensiblement le même chaque jour). Au bout de quelques mois, ses collègues se sont montrés très satisfaits de son projet et des progrès du travailleur : il ne répétait plus la phrase quinze fois, mais uniquement neuf ou dix fois. L'éducatrice spécialisée en formation avait effectivement repéré ce changement mais arguait qu'elle avait plutôt remarqué les progrès dans la relation qu'ils avaient tissée tous les deux, notamment autour du café du matin. Ses collègues avaient objecté que ces avancées-là étaient sûrement présentes aussi mais nullement mesurables ou objectivables et qu'elle devait de préférence se concentrer sur la diminution des gestes répétitifs. Cette étudiante avait, à plusieurs reprises en cours, fait part de son dépit devant l'insistance de l'ESAT de cibler des indicateurs visibles à la place d'autres moins perceptibles mais plus empreints d'interactions. Les exemples sont légion : ceux qui s'interrogent sur les traitements médicamenteux lourds qui rendent les enfants apathiques, sur les injonctions normatives préalables à un retour en milieu ordinaire, etc. Je décèle une démarche éthique et clinique

chez la plupart, pas forcément conscientisée, et qui pourrait être formulée aussi simplement que l'avait énoncé la stagiaire en ESAT : « À la fin, on bosse avec des humains, pas des robots programmables ».

À travers leurs récits de stage, je décèle des moments primordiaux pour eux, qu'ils soient en internat, en accueil de jour, ou en milieu ouvert. Le temps de la première rencontre, du premier contact avec la famille, de la première crise, des ateliers, des réunions, des rencontres avec les partenaires... Bien que ces moments soient innombrables, ils se centrent souvent sur des temps en rapport avec la proximité de la personne accompagnée, son intimité presque : le lever, le coucher, la douche, le domicile, le repas partagé, les pleurs, les rires ou la colère sont les plus souvent abordés. Ils donnent lieu à des discussions vivantes, où l'observation et l'interprétation de ce qu'il se joue dans ces situations reviennent particulièrement. Ils insistent souvent sur leur ressenti, expliquant qu'ils n'arrivent pas toujours à différencier qui de l'être humain ou de l'éducateur en formation a agi lors de ces temps. Comme s'il était possible de séparer la fonction qu'ils incarnent de leurs traits de caractère, de leur humeur, de leur histoire. D'autre part, des phrases comme « je l'ai pas senti », « j'ai vu que c'était le bon moment », sans forcément pouvoir expliquer avec clarté l'intuition qui leur a fait dire ou ne pas dire, préféré attendre ou se décaler, ponctuent fréquemment leurs discours. Ils parlent d'occasions manquées, de paris réussis. Je pense au *kairos*. Tous insistent sur l'importance du vécu commun avec la personne qu'ils accompagnent, de la connaissance de leurs parcours plus ou moins chaotiques, de leurs peurs et de leurs passions. À travers ce savoir coconstruit, ils prennent plus d'assurance dans leur choix, dans leur discours, sans savoir avec certitude si ce qu'ils font est la bonne chose à faire. Les pratiques des pairs, c'est à dire des autres étudiants du cours, rassure, éclaire, questionne et fait commun : chacun pourra dire au cours de l'année « je me suis retrouvé à peu près dans la même situation » : et en même temps qu'ils proposent une lecture personnelle de la situation, ils affirment une expérience commune.

Disqualification

Ces regards, ces postures, ces interventions ne peuvent être réduits à la simple expression d'une intuition ou du tout empirique. Ma reprise d'études fait aussi écho à un sentiment qui présuppose que le métier d'éducateur spécialisé se restreint au faire, à l'agir, à l'action. Au fil des années passées dans le travail social, l'impression qu'accompagner

au quotidien des publics en souffrance nécessite de la patience – ou de la tolérance -, un sens de l’adaptation, de l’imagination, bref des qualités et une boîte à outils issue des savoirs profanes, mais nullement en lien avec des savoirs académiques ou supposés « nobles ». Pour le dire autrement, le rapport de l’ES à la théorie serait né et mort en entrant et sortant de l’IRTS. Rares sont ceux qui poursuivent des études ou des formations approfondies une fois leur diplôme obtenu : ceux-là passent pour des originaux. Des regards dédaigneux, des soupirs, des moues d’incompréhension captés ici et là. Un sourcil levé quand un éducateur essaie de mobiliser des lectures ou des concepts. Des discours à la forme alambiquée et des termes abscons de la part de certains corps de métiers, et des petites phrases lâchées comme « je vais reformuler pour les éducateurs », « vous avez compris où je répète ? » ou bien encore « pour vulgariser parce que c’est un peu compliqué » avant que quiconque n’ait exprimé une quelconque incompréhension. Sans être une généralité, ces comportements ont été bien trop nombreux, quand bien même de nouveaux professionnels arrivaient³¹. Un sentiment d’exclusion et de disqualification s’est peu à peu consolidé sur des soubassements plus anciens liés sans doute à une origine sociale personnelle. Par ailleurs, d’autres hypothèses pouvaient confirmer ou tout simplement illustrer ces ressentis : la vie institutionnelle avec cette dialectique complexe entre l’instituant et l’institué, l’histoire du métier d’ES, les sociologies des acteurs professionnels, les enjeux relationnels, les représentations, les peurs et les angoisses. Le fait de ne pas faire le même métier, de ne pas avoir les mêmes responsabilités, ni même la même durée auprès du public étaient les explications les plus logiques. Pour ma part, j’y voyais autre chose. Plus qu’un rapport de places, je croyais déceler dans ces comportements un rapport de classes.

Théorie et pratique

Le retour sur les bancs – numériques - de l’université, la multiplication des lectures scientifiques, la proposition étonnante de participer à des travaux de recherche, alliés à de premières vacances en tant que formateur m’ont donné un second souffle et surtout ont élargi mon horizon. D’une part, cela m’a permis de toucher du doigt des

³¹ Jean-François Gaspar recueille de nombreux témoignages de situations similaires des relations éducateurs/psychologues : (2012). Chapitre 2 - Pratiques cliniques en travail social : parler, c’est réparer. *Les raisons d’être des travailleurs sociaux*. (pp. 51-68). Paris: La Découverte.

espaces que j'imaginai trop difficiles d'accès en raison de déterminismes sociaux et d'auto-persuasion disqualifiante. D'autre part, rendre vivante une conviction ancrée depuis longtemps, soulignée par nombres d'auteurs, professionnels, formateurs : théorie et pratique ne s'opposent pas, elles dialoguent. Nulle découverte fondamentale ici, mais pouvoir en faire l'expérience répétée dans des espaces distincts a permis de la valider. Je salue les deux ans passés en Master à Paris 8 pour leur parti pris en distancié simplement résumé par un des professeurs dès la rentrée en M1 : « Nous allons vous proposer des savoirs, des concepts, des auteurs, et ce sera à vous de vous les approprier, de les tordre au regard de vos pratiques professionnelles dans une démarche réflexive ». L'image de la théorie et de la pratique comme deux faces d'une même pièce ne pouvait plus tenir, car elles ne sont jamais présentes en même temps. Il faudrait choisir soit l'une soit l'autre. Encore border et étiqueter. En revanche, on pourrait proposer une comparaison à l'image de deux lianes tressées, où ces deux dimensions s'entremêlent dans un processus dialogique pour devenir une corde où il serait difficile de deviner qui est quoi. S'aventurer à catégoriser là où l'une commence et l'autre finit s'avèrerait des plus improductifs, mais plus encore, impossible à réaliser. D'ailleurs, où en serait le sens ?

Ce faisant, je crois percevoir aussi dans le choix de l'objet d'une possible spécificité de la clinique en travail social ma volonté de réfuter que ces savoirs chez les éducateurs spécialisés se trouvent réduits à un simple « bon sens pratique » de la vie en collectivité. J'y vois aussi une dimension de réappropriation des espaces de pensées où il s'agirait de faire entendre et comprendre qu'accompagner des personnes en souffrance, et parfois dans des événements majeurs de leur histoire, nécessite plus que cela : des convictions éthiques puissantes, une réflexivité sur les enjeux de la relation, des savoirs hybrides et une posture clinique qui fassent la part belle au sujet plutôt qu'à son étrangeté, son anormalité, ses déviances, symptômes séculaires d'un monde et de ses égarements. Encore faut-il rappeler à tous ces acteurs, et en premier lieu aux éducateurs spécialisés, que souvent, l'apparente simplicité d'une relation éducative est l'arbre qui cache la forêt de la complexité infinie des rapports humains.

Réunion

« J'aimerais qu'on parle de Cindy » dit en préambule de réunion ma collègue éducatrice. Nous hochons la tête. L'actualité a été brûlante cette semaine, encore. Commence le récit

des passages à l'acte de Cindy. La semaine en ITEP dure cinq jours ; à écouter la longueur du compte-rendu de l'éducatrice spécialisée, on pourrait presque croire qu'elle dure un mois. Il n'y a qu'un pas à franchir pour penser que, pour la jeune fille, les heures à l'ITEP paraissent des jours. La fin du monologue se clôt par un « y a des jours où je peux plus la voir, c'est dingue ». L'impression est partagée par tous, bien qu'elle fasse écho à d'autres jeunes. L'attitude défensive de Cindy qui s'exprime par de l'agressivité et de la violence déclenche chez les adultes des comportements eux-mêmes défensifs. La médecin-psychiatre rappelle l'importance d'accueillir toute la négativité que dégage cette adolescente sans forcément la réprimer. Ce qui peut paraître compliqué au vu de la gravité de certains actes : harcèlement contre l'une de ses camarades par laquelle elle se sent persécutée du fait de sa seule présence et qui entraîne des réactions comme des insultes ininterrompues ou des coups. Cindy vient nous reprocher de toujours se faire « engueuler, alors qu'à l'autre là, vous lui dites rien ». Force est de constater que nous n'avons pas encore réussi à créer un cadre suffisamment fiable et structurant pour qu'elle puisse évacuer toute cette colère et ce mal-être autrement que dans le réel du quotidien. Accueillie à temps plein depuis septembre, nous l'avions connue dès février par des temps modulés avec le SESSAD³². Depuis, une métamorphose physique comme psychique s'opère. Elle s'est amaigrie souligne la maîtresse de maison, elle a des cernes, elle est devenue toute blanche. « Quoi qu'on lui dise, elle le prend comme une attaque personnelle » renchérit un collègue. La directrice-adjointe liste l'emploi du temps étoffé de la jeune fille : scolarité en individuel tous les matins, atelier cuisine en individuel le lundi après-midi, skate-park le mardi, médiation animale en groupe restreint le mercredi, sport et temps de groupe avec un médecin psychiatre et une psychomotricienne le jeudi, puis retour au domicile le vendredi à 14h. Entre tous ces temps formels, une présence soutenue de tous les adultes, agent d'entretien, chauffeur, cuisinière et éducateurs. « On sent que quand elle n'est pas là, tout le groupe est beaucoup plus apaisé » relève le stagiaire. « Si on enlève tous ceux qui posent des problèmes, c'est sûr que tout sera plus calme, mais on est un ITEP, pas un centre de loisirs » lâche la cadre, agacée. De nouveau, chaque professionnel joue sa partition sans écouter son collègue. L'une insiste sur l'importance de tenir un cadre ferme et souple à la fois, le temps que Cindy se sente suffisamment en confiance pour y déposer sa souffrance. Un autre se dit être en accord avec cette observation mais pas au détriment de la santé physique ou mentale d'autres

³² Service d'éducation spéciale et de soins à domicile.

jeunes. Il est déjà 15h15, et cela fait plus d'une heure que l'on parle d'elle. Comme chaque jeudi, les pathologies des jeunes se répercutent jusqu'à notre réunion. La répétition, le manque de recul, l'impression de se confronter à un impossible sans possibilité de l'élaborer. Nous voulons des consignes claires face à ces actes répétés, presque des protocoles pour tel passage à l'acte, telle sanction. Cette mécanique aurait l'avantage de nous rassurer, de laisser de côté un cerveau bien trop sollicité, et de s'appuyer sur une grille de lecture simple et automatique. Finies les discussions sans fin pour essayer de comprendre ce qui se joue dans ces scènes de récidives. Cette adolescente doit se confronter à la réalité : dans la vie réelle, quand on tape, on est puni. Un silence fait suite à cette dernière phrase. L'éducateur se reprend : « désolé, c'est que là je suis vraiment à bout ». Hochements de tête compréhensifs de tous autour de la table. La directrice-adjointe finit par proposer d'envoyer la jeune fille quelques jours en famille relais « pour permettre à tout le monde de respirer : le groupe, Cindy, et nous. Mais lorsqu'elle revient, il faut qu'on ait des axes de travail pour poursuivre l'accompagnement ». Une collègue murmure « c'est toujours ça de pris ».

Le plot

« Et si on parlait un peu de Grégoire aujourd'hui en réunion ? ». Les collègues acquiescent : « c'est vrai qu'on n'en a pas parlé depuis un moment ». Mon collègue reprend « non et ça fait un bail qu'on ne l'a pas évoqué en réunion, j'ai son PPA dans un mois, et en tant que référent, je trouve qu'il est un peu mis de côté ». Le directeur-adjoint vérifie et effectivement, la dernière entrée de Grégoire dans les comptes-rendus de réunions remonte à septembre. Nous sommes en février. C'est un de ceux dont le prénom ressort peu, du fait d'une présence silencieuse sur l'unité de jour. Il est accueilli depuis deux ans, ses camarades l'ont surnommé « le plot ». Pour quelle raison ? « Ben, tu le poses à un endroit, tu reviens deux heures après, et il est toujours au même endroit ! » m'avait répondu l'un d'eux. Grégoire est un de ces adolescents que l'on retrouve parfois en ITEP : issu d'une famille monoparentale depuis la mort de sa mère quand il avait 6 ans, un père en dépression depuis. L'école alerte le CMP devant un garçon renfermé sur lui-même, silencieux, et chahuté par les autres élèves. Intelligence dite normale, voire avec une légère déficience, sa présence au collège n'était plus souhaitable car il restait des heures à fixer le vide, sans montrer d'intérêt au cours autrement que par un sourire

gêné quand la professeure lui demandait de se concentrer. Entré à l'ITEP à 12 ans ; le père a fait part de ses grandes difficultés à aider son fils à aller mieux. Il raconte les temps partagés avec son enfant : sur le canapé le plus souvent à regarder la télé en silence « ça évite de penser » concèdera-t-il.

La première indication est de stimuler cet adolescent physiquement, psychologiquement, socialement. On lui propose de partager des jeux de société, ses camarades abandonnent rapidement « vas-y, il met 3 plombs avant chaque coup ! c'est lourd ». Grégoire n'est pas un rapide, ça non. Les autres jeunes fournissent des efforts devant cet adolescent apathique, silencieux et jamais en train de courir. Ils lui ont proposé de jouer au foot, sans trop de succès, Grégoire ne court pas, tape le ballon quand il lui arrive dans les pieds, mais regarde toute cette animation d'un regard lointain avec un sourire gêné. Ils trouvent étrange qu'un jeune d'ITEP n'insulte pas, ne soit jamais puni. Il est malmené à ses débuts, renvoyant sans doute une apparente tranquillité et une activité motrice quasiment absente, trop insupportable pour des garçons dont le mouvement perpétuel est l'une des principales caractéristiques. Mais très rapidement, Grégoire n'est plus considéré comme un danger, c'est au contraire « un gars sûr... tu peux faire n'importe quelle connerie, il balancera jamais ». Et en effet, debout contre son radiateur fétiche, Grégoire ne loupe rien de ce qu'il se passe sur l'unité de jour : des petites bêtises aux violences les plus graves, il ne dit jamais rien. Se marrant carrément devant les premières et jetant des regards inquiets vers le bureau des éducateurs face aux secondes, il ne pipe mot. Les autres s'en rendent compte rapidement. On ne touche plus à Grégoire, il n'est pas dangereux. Placide, il regarde toute cette agitation avec grand intérêt. Le jeu est tout trouvé pour ses camarades, ses sourires sont épiés, scrutés, c'est au premier qui arrive à le faire rire en faisant le pitre ou en racontant une blague.

Derrière un tableau qui pourrait être presque réjouissant, l'accompagnement de cet adolescent pose question. Est-ce que ce qu'on lui propose est satisfaisant ? La réponse est négative pour les éducateurs spécialisés. Pas le temps de s'occuper de lui quand il faut gérer les transgressions quotidiennes, les symptomatologies les plus bruyantes, celles qui prennent tout l'espace, tant physique que psychique. Des temps individuels lui sont proposés, en entretien individuel notamment avec la psychologue, mais Grégoire fait rapidement la demande de revenir sur le groupe, là où il y a de l'animation. Il est difficile de converser avec lui, ses propos sont rares et nous ne savons pas s'il comprend tout ce que nous lui disons. Nous reformulons, simplifions, et quand il répond, c'est pour répéter notre dernière phrase à l'affirmative ou tout simplement nous sourire. Les avis des

éducateurs sont mitigés. La stimulation du groupe semble être effective et avoir des effets sur lui, mais nous refusons de croire que les actes de violences répétés dont il est témoin puissent être bénéfiques. Pris dans ce quotidien, nous avons l'impression de ne pas avoir assez de temps à lui consacrer : il faut gérer tel conflit, tel rendez-vous, tel trajet, telle crise. Les « ça va Grégoire ? » une fois la crise maîtrisée, ne nous semblent pas suffisants. Ceux qui ne font pas de vagues, ceux qui sourient à chaque fois qu'on leur demande si ça va, ceux qui obéissent quand on leur demande de s'asseoir, tout ceux-là passent en arrière-plan dans le quotidien institutionnel. Nous croyant trop occupés à éteindre les départs de feu, à contenir les agités, nous en laissons de côté les immobiles, les silencieux. À tel point qu'ils en deviennent invisibles. Ça questionne, forcément, et nous ne sommes pas satisfaits de notre accompagnement auprès d'eux. Alors on s'astreint à laisser le feu partir un peu, en prêtant plus d'attention et de temps à Grégoire en gardant un œil insistant sur les flammes qui gagnent en intensité. On se dit qu'on sera toujours à temps de les fixer, en reprenant le vocabulaire des pompiers : le feu ne progresse plus mais reste toujours vif. Alors vient le moment où l'on dit à Grégoire « bouge pas je reviens » - un comble pour un plot – et on s'occupe de maîtriser l'incendie. Si on revient, c'est longtemps après, on s'excuse auprès du garçon, qui ne montre aucun agacement, se contente de sourire ou de hausser les épaules. C'est son quotidien après tout, il a l'habitude. Je pense à cette collègue qui amène des adolescents au parc, qui doit gérer sur le court trajet le *Game of Thrones* du Trafic, autrement dit, qui passe devant, qui est déjà passé devant hier, qui va s'asseoir à côté de Jean qui ne s'est pas lavé depuis trois jours, qui ne veut pas entrer dans le minibus, qui veut bien rentrer mais à l'unique condition qu'il aille dans le coffre ; arrivée sur le parking elle prend à part deux camarades qui se bousculent pour des motifs obscurs et crie aux autres « tout le monde descend, vous me suivez maintenant ». Jusqu'à ce qu'un quart d'heure plus tard, quand tout s'est apaisé, un jeune dise « Mais il est où Grégoire ? ». « Tu te rends compte ? J'ai oublié Grégoire. J'ai. Oublié. Grégoire. Dans ce putain de Trafic ! » me confesse-t-elle le soir, horrifiée. Je lui rappelle toutes les fois où je suis passé à ça de partir sans lui, toutes les fois où il apparaissait dans une des pièces et où je me disais « Ah mais il est là aujourd'hui ». Elle me décrit comment sa seule réaction a été de le secouer en lui beuglant qu'il fallait qu'il parle, qu'il se montre, qu'il gueule, qu'il dise qu'il n'est pas content. Il lui a répondu « c'est pas grave » quand elle s'est confondue en excuses de l'avoir oublié. Alors on met en place des stratégies : on choisit Grégoire en premier dans les groupes d'activités, on le met sur le siège juste à côté de la porte, et surtout, on fait confiance à ses crapules de camarades pour nous faire payer

chaque départ d'un lieu : « Oubliez pas Grégoire les éducs ! ». Il y aurait une équation à inventer : un petit agité³³ compte plus aux yeux du groupe qu'un invisible (pa>i) mais un oublié compte plus qu'un petit agité (o>pa). Ne reste plus qu'à créer la formule qui rende l'invisible aussi perceptible et manifeste que le bruyant, l'omniprésent, le toujours-en-mouvement...

Clinicienne

Les collègues se sont montrés intéressés par le sujet de ma recherche. « La clinique c'est important » me dit l'une d'elles. Quand nous abordons la question de la méthodologie et que j'évoque mon idée d'aller interroger des éducateurs spécialisés sur leur définition de la clinique, elle écarquille les yeux « je ne pourrai pas être dans ta recherche alors ! Je ne saurais pas quoi dire ». Cette réaction a été relativement commune à nombre de collègues avec lesquels j'avais parlé, à l'exception d'une très petite minorité. Sur leur impossibilité de répondre, les motifs ont été plus variés. De « L'IRTS, c'est loin maintenant » à la peur de se tromper, de mal répondre, ces professionnels expérimentés s'accordent sur une observation commune « je ne suis pas un clinicien moi ». J'essaie alors de leur expliquer ce que j'entends par clinique, que ce terme n'est pas réduit au vocabulaire du psychologue, à un discours savant, mais bien qu'il puise sa force, dans notre cas, dans le sensible du quotidien. Que des notions comme l'éthique, le sujet, l'observation, l'institution, entrent en considération lorsque l'on parle de clinique, ils ne se montrent pas des plus convaincus. Après tout, je ne suis peut-être pas très convaincant. Je remarque cependant que c'est quand j'évoque des scènes bien précises que l'échange est plus riche. Mais là encore, je me heurte à des réticences à reconnaître leurs actes, leurs paroles et leurs gestes comme étant empreints d'un savoir réfléchi et réflexif.

À une collègue, je donne en exemple une situation du matin-même. Cindy est agitée sans que l'on comprenne quelles en sont les raisons. Maria, ma collègue ES présente sur le groupe, lui propose de faire un jeu, de sortir marcher ensemble, de s'isoler dans la salle calme, d'aller chercher le pain avec elle, mais la jeune fille refuse toutes ces sollicitations. Elle ouvre et ferme une fenêtre encore et encore en mugissant. Les autres adolescents regardent ce manège d'un air désintéressé et poursuivent ce qu'ils font : du dessin pour

³³ Bérurier Noir (1985). « Petit agité », *Concerto pour détraqués*. Paris, Bondage Records.

l'un d'entre eux, une bonne paye pour trois autres. Le stagiaire ES jette un regard interrogatif à Maria qui secoue la tête discrètement. Cindy continue de claquer la fenêtre de plus en plus fort. L'éducatrice dit d'une voix forte « bon, vu que personne ne veut le faire avec moi, je vais jouer seule ». Elle sort le rallye des odeurs - sorte de jeu de l'oie avec des petites boîtes aux senteurs différentes dont on doit deviner le nom - et s'installe à une table à côté de la grande où les jeunes sont occupés. Maria se parle à elle-même, se demandant si on est plutôt sur de la violette ou du bonbon, pendant que Cindy ouvre et ferme la fenêtre de moins en moins vivement. Quelques minutes passent. « Mer...heu... forêt ? Mince, je me trompe à chaque fois sur celle-là... » et elle renifle ostensiblement. « Fais-moi voir, t'es nulle à ça, à chaque fois je suis obligée de t'aider », et Cindy renifle à son tour la boîte. « C'est mer, tu vois bien que ça sent bizarre, pousse-toi, je vais te montrer. – OK, mais dans la salle calme, il y a trop de courant d'air ici et trop d'odeurs ». Maria prend le jeu et va s'isoler dans la petite salle en laissant la porte ouverte. Cindy la suit au bout de quelques secondes, ferme la porte, ressort un instant plus tard pour fermer la fenêtre du salon « ça sent la pluie sinon », et retourne dans la pièce avec Maria en fermant la porte délicatement.

Maria voit où je veux en venir, mais dit simplement que c'est du bon sens : Cindy ne voulait rien faire, tous les jeunes s'occupaient sauf elle, et en voyant qu'elle refusait toute proposition, elle a tenté de « la faire venir par elle-même ». Je lui fais remarquer qu'elle ne s'était pas saisie du relais proposé par le stagiaire, « non je voulais tenter ça avant, je ne pense pas qu'il s'agissait d'une impossibilité relationnelle avec moi à ce moment-là ». Quand je lui demande ce qui lui faisait penser cela, elle hausse les épaules en répondant juste qu'elle connaît bien la jeune fille et que cela lui semblait la bonne chose à faire. Elle répondra de la sorte à toutes mes observations (« tu parlais toute seule, ce que tu ne fais jamais...- Fallait bien la faire venir ! », etc.), en les évacuant d'un revers de la main. Elle pourra préciser qu'elle n'aurait pas agi de la même façon avec une autre adolescente ou même à un autre moment. L'accueil, après ces discussions, serait de voir de la clinique partout, même quand il n'y en a pas. Mais au quotidien, je vois mes collègues, je travaille avec eux, je discute, et force est de constater que le plus souvent, si on ne la nomme pas de la même manière, la posture qu'ils incarnent est bien une posture clinique. Accueillir, comprendre, observer, faire preuve de bon sens, agir à l'instinct, faire preuve d'intuition, c'est de tout cela dont il s'agit, parfois plus, parfois moins. Ce souci de l'autre que Maria accompagne, ses tentatives de diversion, de proposer une médiation qui empêcherait de sévir et de sanctionner un acte transgressif par une mise à l'écart forcée du groupe, entretient

bien dans une conception de la relation éducative à dimension clinique. « Un art de faire » dirait Certeau.

Ce refus de se voir comme clinicienne, comme détentrice d'un savoir construit est commun à nombre de ces ES. Comme si la simplicité de leurs actes quotidiens (au regard pourtant de situations bien complexes) interdisait la notion d'une quelconque connaissance sur les interrelations entre les êtres humains. La gestion de conflits, l'accueil de la souffrance, de la violence ou des angoisses, savoir transformer ces pulsions ou ces sentiments en une dynamique moins mortifère nécessite au minimum une sensibilité, je dirais un savoir, là où d'autres parleraient peut-être d'un talent ou d'un savoir-faire. L'image de l'artisan et d'un savoir-faire proche de l'art apparaît alors, largement répandue dans la littérature traitant des métiers de l'humain. Mais se pose toujours la question des origines de cette crainte de s'assumer en tant que détenteur de ces savoirs, ou tout simplement en tant que clinicien.

I.1 Retour réflexif et question de départ

Ce modeste recueil tente, à travers ces récits, de faire émerger les questionnements qui nous ont traversé durant cette décennie immergée dans le travail social à travers trois dimensions : la pratique, la formation, la recherche. C'est autour de ces trois pôles que ce travail de recherche s'articulera, concentré sur le premier niveau que sont les pratiques professionnelles, et nourri mutuellement par les deux autres éléments mentionnés. Le choix de s'intéresser à la clinique dans le champ du travail social n'est pas anodin. Qu'il s'agisse de maîtresse de maison, d'éducateur spécialisé, d'enseignant, de médecin-psychiatre ou d'infirmière - sans exhaustivité - nous avons pu observer chez eux une démarche particulière dans l'attention portée à l'autre et dans la volonté de donner du sens à leurs actions comme à celles des personnes accompagnées. Il semble important de rappeler que cette démarche n'a pas été remarquée auprès de toutes les personnes que nous avons interviewées avec la même intensité. Qui plus est, nous ne prétendons pas non plus pouvoir déceler chez chaque être humain dont nous avons côtoyé la présence - ou non - d'une appétence pour la clinique. De plus, la nature même des établissements où nous avons été en poste a une importance primordiale à la place laissée à cette notion, nous y reviendrons par la suite. Nous avons pris le parti de ne pas occulter ce qui avait

trait à nos implications individuelles, que ce soit en tant que praticien ou en tant que chercheur. Ce récit montre que la mise en lumière de ces implications ne saurait s'interpréter en dehors d'un monde social. Le jeu des interrelations, la dimension institutionnelle, la trajectoire de vie ont des incidences fortes sur nos choix de vie, sans oublier les déterminismes à l'œuvre dans notre existence comme les contingences. Notre cheminement réflexif s'origine dans ces histoires de vie et a produit de nombreux questionnements le plus souvent liés à notre quotidien d'éducateur spécialisé : comment accompagner au mieux ces adolescents ? Comment avoir la parole juste ? La bonne posture ? Comment comprendre ou interpréter leurs agirs ? Qui plus est dans des situations de crise et parfois d'urgence. Avec une conviction, la dimension clinique est à la confluence de ces interrogations. Mais pour pouvoir amener des éléments de réponse, il s'agirait de venir caractériser cette clinique, sa nature, d'où cette question de départ : Existe-t-il une spécificité de la clinique en travail social ?

Nous estimons évidemment que ces interrogations dépassent notre seule personne et sont les compagnes de route de tout professionnel de l'éducation, du soin, du travail à la personne. Plus encore, la plupart n'ont pour seule réponse que des horizons inatteignables dont l'essence réside plus dans une visée éthique que dans des actions normées, protocolisées, reproductibles à l'envi. Nous avons pu observer que les process comme les concepts pouvaient se dissoudre en action, de même que la définition règlementaire de nos interventions ou les dispositifs institutionnels qui en découlent : rien de tout cela ne vient résoudre la question de la rencontre. C'est d'ailleurs pour Maurice Capul et Michel Lemay la spécificité de ce métier et son originalité : « Ce qui fait que la psychoéducation est révolutionnaire c'est justement qu'elle a fait une science et un art du partage de la relation et de l'action éducative dans le quotidien qu'on considère souvent banal et insignifiant. Révolutionnaire elle l'est aussi en rappelant à tous que le sujet est au cœur de toute intervention, que tous ses gestes, ses paroles, ses silences constituent un langage et qu'écouter ce langage et lui permettre d'exister c'est favoriser la création d'une identité, l'émergence d'une autonomie. Permettre ce langage c'est partager la vie quotidienne du sujet et créer à longueur de journée les conditions d'actualisation du meilleur qui est en lui »³⁴. Là aussi, nous aurons le loisir de revenir sur cette dimension unique de la relation et par extension, de tout accompagnement auprès d'autrui. Cette impossibilité à produire des réponses satisfaisantes, que ce soit sur l'instant (« Il faut

³⁴ Capul M., Lemay, M. (2019). *Op. cit.* p.126.

tenir ») ou sur l'avenir (« Ils sont chez nous, à nous de faire au mieux »), n'a jamais empêché ces professionnels de poursuivre leur réflexion et leur travail de pensée sur ce qui peut et doit caractériser les relations humaines. En ce qui nous concerne, cette réflexion est quotidienne mais elle nous a amené à produire d'autres questionnements, plus décalés, une façon peut-être un peu naïve d'espérer atteindre ces horizons lointains par des chemins détournés. C'est pourquoi notre focale s'est fixée sur les éducateurs spécialisés plus que sur les publics dont les caractéristiques, les problématiques et les potentialités occupent une littérature abondante. En nous décalant du face à face éducatif, en laissant (un peu) de côté la personne accompagnée afin de proposer de nous concentrer sur les professionnels et leurs pratiques, nous estimons pouvoir investiguer un champ là aussi documenté, mais dont le volume de production n'est pas aussi fourni que celui que nous venons d'évoquer. En d'autres termes, à défaut de l'originalité de l'objet, nous nous proposons d'ouvrir une autre voie, parmi celles déjà existantes, afin d'y amener une lecture, un regard, une expertise et une articulation des savoirs que nous espérons, pour le coup, inédits. Nous nous proposons de poursuivre maintenant par une description de notre terrain, un établissement médico-social accueillant des enfants et des adolescents, afin de mieux contextualiser notre travail et terrain de recherche.

Chapitre II. Des IR aux DITEP : brève histoire d'une institution médico-sociale

II.1 Aux origines : les Instituts de Rééducation

Les Instituts de Rééducation (IR) sont créés au sortir de la guerre en 1946³⁵, mais c'est en 1956 avec les Annexes XXIV³⁶ qu'est réellement spécifiée la population accueillie. On parle d'enfants inadaptés dont les caractéristiques sont diverses : difficultés d'ordre psychique et psychologique, troubles du comportement, difficultés scolaires, difficultés de socialisation liées au milieu familial. L'énoncé des catégories rencontrées renvoie à des diagnostics qui nous semblent surgis d'un autre temps, pas si lointain pourtant (« arriérés profonds (imbéciles et idiots), débiles moyens, débiles légers », *etc.*). Il s'agit

³⁵ Décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

³⁶ Décret n° 56-284 du 9 mars 1956 déterminant les conditions techniques dont doivent justifier les établissements privés pour enfants inadaptés.

avant tout d'une prise en charge sur place, au sein des IR. Les Services d'Éducation et de Soins Spécialisés à Domicile (SESSAD) sont créés seulement en 1970.

L'Inspection Générale de l'Action Sociale (IGAS) initiera plusieurs rapports qui questionneront tant l'organisation de ces établissements - « la logique administrative et financière de l'établissement d'accueil tend à l'emporter sur la logique thérapeutique »³⁷ - que les catégories diagnostiques - le terme trouble du comportement leur semblera trop flou. Il sera reproché à ces rapports une orientation encore trop axée sur le déficit parental, justifiant la plupart du temps les troubles de l'enfant par des carences, maltraitements ou traumatismes survenus en milieu familial. Toujours est-il que ressort de ces rapports un constat manifeste : bien que s'inscrivant dans le champ du handicap, tous ces établissements, par leur histoire, leur contexte, leur ancrage territorial sont à la confluence des autres secteurs. Qu'il s'agisse d'une population d'enfants en danger, délinquants, caractériels, délaissés ou avec des troubles psychiatriques, les IR les accueillent non sans questionner les modalités d'accueil : internat obligatoire ? Modulé ? Ouverts 365 jours par an ? Avec un SESSAD inclus dans le dispositif institutionnel ou à une place à part ? Pour comprendre l'histoire des établissements médico-sociaux, il s'agit d'apprécier aussi l'influence des associations historiques sur le secteur et dans le dialogue avec l'État³⁸. En 1995, se crée l'AIRe (devenue l'Association des ITEP et de leurs réseaux) qui rassemble aujourd'hui plus de 350 ITEP. Elle fait suite à des groupes de directeurs qui se rencontraient pour réfléchir ensemble aux situations les plus complexes de leurs établissements respectifs. Ils étaient souvent face à des jeunes qui refusaient les accompagnements proposés et créaient des situations hautement problématiques ; l'idée que ces IR tels qu'ils existaient n'étaient plus adaptés aux profils des jeunes accueillis commençait à faire son chemin malgré le Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 qui avait déjà remplacé les annexes de 1956. Désormais, l'idée pour cette association est de formaliser une interface de réflexion, de force de propositions et de participation au débat avec les pouvoirs publics. Cette association a un réel poids dans le secteur, en témoignent ses productions et colloques annuels sur des thématiques diverses³⁹. Leurs journées

³⁷ Cité par Heuzé, S. (2016). - I - De l'Institut de Rééducation à l'Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique. *De nouvelles pratiques d'accompagnement : Le Dispositif ITEP, un concept d'intervention* (pp. 15-34). Nîmes : Champ social.

³⁸ Cottin-Marx et al. (2017). « Quand les associations remplacent l'État ? », *Revue française d'administration publique (RFAP)*. N° 163.

³⁹ http://www.champsocial.com/catalogue-actes_de_colloques_nationaux_aire,22.html

annuelles à la fin des années 1990 et au début des années 2000 produisent de véritables interrogations dont l'une d'elle cristallise les tensions : à savoir si le terme « rééducation » est encore adapté. Cette volonté de changer de terme dans l'acronyme n'est pas anodine, d'autant que chaque mot évoqué en remplacement crée le débat. Privilégier « scolaire » à « pédagogique », « thérapeutique » ne renverrait-il pas trop à l'hôpital ? Faut-il garder la dimension institutionnelle ? Le décret du 6 janvier 2005 vient mettre un point final à ces réflexions en métamorphosant les IR en Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques.

II.2 Les Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (ITEP) : de la rééducation au processus handicapant

Se créent la même année les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). La création des MDPH est une fusion entre la Commission Départementale d'Éducation Spéciale (CDES pour les enfants) et la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP pour les adultes), en vue de la mise en place d'un service de proximité, avec des structures sur l'ensemble du territoire. Elle a pour mission de s'occuper de tous les types de handicap, qu'ils soient psychiques ou physiques : « L'idée est d'éviter aux parents de personnes en situation de handicap, ou à ces dernières, ce que les députés appellent le "parcours du combattant", c'est-à-dire le fait de passer par différentes administrations qui s'occupent du dossier de la personne en situation de handicap [...]. Centralisé à la Maison départementale du handicap, le dossier est pris en charge par une équipe qui le gère et demeure en rapport avec la personne handicapée et sa famille »⁴⁰. Disons-le d'emblée, la création des MDPH n'a rien changé aux lourdeurs administratives ou au parcours du combattant des usagers⁴¹. La procédure d'orientation en IR est identique à celle de l'ITEP. L'orientation repose sur un travail préalable de prise de conscience des difficultés de l'enfant par la famille, initié le plus souvent par l'école et relayé par des établissements de type CMPP, CMPEA, CSMI. Nous

⁴⁰ Moreau de Bellaing, L. (2010). « La loi de 2005 sur les personnes en situation de handicap les débats à l'Assemblée nationale ». *Journal des anthropologues* [En ligne], 122-123 | mis en ligne le 01 décembre 2012, consulté le 2 février 2022.

⁴¹ Le terme « usager » n'est pas satisfaisant mais utilisé par l'ensemble des acteurs du secteur. Pour une approche critique, voir par exemple : « Merci de ne plus nous appeler usagers », rapport remis en 2015 à la Ministre Marisol Touraine par la Présidente du Conseil Supérieur du Travail Social (CSTS) : <http://www.travail-social.com/Merci-de-ne-plus-nous-appeler> consulté le 8 mars 2021.

aurons l'occasion d'y revenir par la suite, mais nous pouvons gager que certaines familles de ces jeunes ne disposent généralement pas du capital économique, culturel et social pour s'opposer au diagnostic des professionnels et résister à la prescription d'une nécessaire orientation⁴². Il va sans dire qu'il y a aussi de nombreuses familles qui attendent la notification en ITEP comme une délivrance, c'est-à-dire pour trouver des interlocuteurs à qui parler et avec qui réfléchir aux difficultés de leurs enfants. Les listes d'attente en ITEP comme en DITEP sont longues et il n'est pas rare qu'un enfant doive patienter plusieurs mois ou années hors de tout accueil, que cela soit dans un établissement de l'éducation nationale ou médico-social.

Avec cette évolution, l'idée de la loi est de passer d'une logique d'établissement à une approche axée sur les besoins des usagers – ce qu'apparemment la centralisation des interventions des IR empêchait. L'enfant devient la source principale de compréhension de ses difficultés – le lien à l'environnement est marginal ou considéré à travers ses conséquences⁴³ – et les institutions – comparées aux *total institution* de Goffman ou des établissements totaux de Foucault - disparaissent au profit de nouvelles notions telles que dispositifs ou parcours. Plus de rééducation ou de réadaptation, mais un accompagnement sensé proposer une adéquation entre l'offre et la demande en vue d'une inclusion la plus rapide en milieu ordinaire⁴⁴. Il s'agit désormais de coordonner voire piloter des parcours de vie, des parcours de soin, des projets de vie à partir de moyens innovants, de partenariats, et à l'intérieur de la cité. L'identité de l'ITEP se rapproche des établissements scolaires ordinaires qui deviennent leurs partenaires privilégiés. L'école, lieu de norme sociale par excellence, est un des endroits où se manifestent les troubles. À défaut de pouvoir qualifier précisément ces derniers sous forme d'une nomenclature objective, les jeunes sont définis à partir des conséquences de leurs actes qu'il convient de compenser. Le décret 2005-11 du 6 janvier 2005 est clair là-dessus : « Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus

⁴² Bourdieu, P., Passeron, J.-C. (1964). *Les Héritiers. Les étudiants et la culture*. Paris, Minuit.

⁴³ Gommant parfois les conditions de vie des jeunes d'ITEP et leurs familles comme étant des possibilités de production de situations handicapantes.

⁴⁴ La circulaire interministérielle du 14 mai 2007 donnera un caractère plus précis aux missions de l'ITEP en précisant les problématiques et les besoins des personnes concernées par ce dispositif.

handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé »⁴⁵. Nous insistons sur l'importance de cette dernière phrase : nous ne parlons plus désormais de troubles des conduites mais de troubles du comportement qui deviennent les symptômes de difficultés psychologiques qui entraînent un processus handicapant.

Avec le passage en ITEP, les parents des jeunes accueillis occupent une place singulière et paradoxale. À l'origine, les prises en charge en IR relevaient d'une suppléance parentale en raison de l'incapacité des parents à éduquer leur enfant. Désormais, la famille a une place prépondérante : « Les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale sont des acteurs à part entière du processus de développement de leur enfant. Ils sont associés aussi étroitement que possible à l'élaboration du projet personnalisé d'accompagnement (PPA) et à son évolution, jusqu'à la fin de la prise en charge, ainsi qu'à l'élaboration du projet de sortie. Leur participation doit être recherchée dès la phase d'admission et tout au long de la prise en charge »⁴⁶. Cependant, la situation est délicate : les parents se trouvent souvent dans le déni des difficultés de leurs enfants, et la mission première des ITEP est claire : « cet accompagnement amène ces personnes à prendre conscience de leurs ressources, de leurs difficultés et à se mobiliser pour aller vers leur autonomie ». Il s'agit donc de mettre au travail les raisons d'une orientation pour laquelle ils ont été réticents voire résistants et de les rendre interlocuteurs privilégiés et initiateurs du projet de leur enfant ; ce, alors même qu'ils ont été dépossédés de l'entrée de leur enfant dans l'établissement et qu'il est peu certain que ces parents possèdent les dispositions⁴⁷ pour se situer et être acteurs de ce projet.

Rappelons que l'ITEP, comme tout Établissement Médico-Social (ESMS), met en œuvre un PPA selon des objectifs légaux définis par la loi : « 1° Tient compte de la situation singulière des personnes [...] ; 2° Comporte une composante thérapeutique, éducative et pédagogique ; 3° Propose des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives. [...] Quand d'autres partenaires sont associés au suivi de la personne, une cohérence doit être recherchée entre leurs actions et l'accompagnement proposé ; 4° Détermine les étapes de la prise en charge, la périodicité des bilans et les modalités du

⁴⁵ Décret no 2005-11 du 6 janvier 2005.

⁴⁶ Art. D. 312-59-3 du 8 janvier 2005 du Code de l'action sociale et des familles.

⁴⁷ Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris, Les éditions de minuit.

suivi mis en place pour garantir une intervention évolutive et adaptable [...] »⁴⁸. Ces projets d'accompagnement existent depuis bien avant 2005 puisque les annexes 24 l'évoquaient déjà à peu près dans les mêmes termes : « Un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique d'établissement précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer cette prise en charge »⁴⁹.

II.3 Le passage en Dispositif ITEP

En 2017, le décret n° 2017-620 vient accélérer la mutation des ITEP en les transformant en dispositif. Chaque évolution de politique publique entraîne avec elle son lot de nouveaux vocables, avec de nouvelles appellations, voire l'apparition d'une novlangue. Le travail social⁵⁰ dans son ensemble, comme le médico-social ou le secteur sanitaire⁵¹ n'échappent pas à ces habitudes⁵². Nous ne nous aventurerons pas dans une étude de ces métamorphoses lexicales, d'autres que nous s'y sont employés brillamment⁵³ ; nous nous permettrons juste de citer là-dessus une phrase de Jean Jaurès restée dans la postérité : « Quand les hommes ne peuvent plus changer les choses, ils changent les mots »⁵⁴. Le passage ITEP/DITEP et l'apparition des termes « dispositif intégré » au profit d'institution entraîne son lot de questions⁵⁵ et une certaine méfiance. Chez nombre de professionnels, ces craintes sont liées à une possible disparition de l'entité institution ou

⁴⁸ Décret no 2005-11 du 6 janvier 2005

⁴⁹ Annexe XXIV au [décret n° 89-798 du 27 octobre 1989](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006067344/) Conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006067344/>

⁵⁰ Voir par exemple le numéro récent « Le social : entre mauvaises langues et langue de bois » du *Le Sociographe*, vol. 74, no. 2, 2021.

⁵¹ Gori, R. (2007). « La novlangue de la psychopathologie aujourd'hui ». *Figures de la psychanalyse*, vol. 15, no. 1, pp. 151-165.

⁵² Voir par exemple et sans exhaustivité : Hirlet, P., Benoit, D. (2021). « La novlangue de l'action sociale et médico-sociale : un vocabulaire adapté aux nouveaux choix de gouvernance et de restructuration de ce secteur ». *Le Sociographe*, vol. 74, no. 2, pp. XXXIII-XLIV et Chavaroche, P. (2021). « 4. De l'autonomie à l'inclusion : la novlangue du médico-social ». *Où va le médico-social ? Dans l'accompagnement des personnes les plus gravement handicapées mentales*, Toulouse, Érès, pp. 63-69.

⁵³ Notamment Vandeveldde-Rougale, A. (2017). *La novlangue managériale. Emprise et résistance*. Toulouse, Érès.

⁵⁴ Jaurès, J. (1980). « Discours des 23-27 septembre 1900 au Congrès socialiste international (Paris) ». *Congrès socialiste international : Paris, 23-27 septembre 1900*. Genève, Minkoff.

⁵⁵ Becquemin, M., Montandon, C. (2014). *Les institutions à l'épreuve des dispositifs. La recomposition de l'éducation et de l'intervention sociale*. Rennes, PUR ; AIRe et al. (2016). *Dispositif ITEP : métamorphoses institutionnelles : enjeux pour les différents acteurs, les organisations et l'environnement*. Nîmes, Champ social.

du moins à sa dissolution au profit d'autres formes telles que le dispositif. Nous ne pensons pas que l'évolution en dispositif signe l'arrêt de mort de l'institution au sens où nous l'avons évoqué ; cette évolution qui s'opère vient cependant questionner ce que cette mutation augure en termes d'enveloppe physique, psychique et symbolique. C'est d'ailleurs le propre de toute institution de suivre le processus : révolution / institutionnalisation / échec de la prophétie / autodissolution⁵⁶. Autrement dit, toute institution est vouée à disparaître ou à se transformer.

Ce décret vise à l'origine à faciliter les passages d'enfants en situation de handicap entre chaque modalité d'accompagnement proposée par les instituts thérapeutiques (ITEP → SESSAD et SESSAD → ITEP). Dans ce cadre, la MDPH oriente vers un « dispositif ITEP » et l'établissement - ou le service accueillant l'enfant ou le jeune - peut ensuite procéder à des changements de modalités d'accompagnement sans nouvelle notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), sous certaines conditions. L'enjeu étant « de fluidifier le parcours des usagers en proposant des solutions d'accompagnement modulaires, plus souples, notamment par la mise en place de véritables "plateformes" d'accompagnement au sein desquelles l'utilisateur est accompagné en fonction de ses besoins »⁵⁷. Cette loi étant la réponse à certains écueils repérés tels que « un fonctionnement en silo, des lourdeurs administratives et un système de financement inadaptés aux objectifs »⁵⁸. Nous avons brièvement évoqué ce fonctionnement en silo, notamment dans l'accueil des jeunes dits incasables. Ainsi, « le fonctionnement en dispositif intégré consiste en une organisation des établissements et des services destinés à favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qu'ils accueillent »⁵⁹.

⁵⁶ Lourau, R. (1970) *L'analyse institutionnelle*. Paris, Éditions de Minuit.

⁵⁷ Mettre en place des dispositifs intégrés pour accompagner des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qui présentent des troubles psychologiques de nature à perturber gravement la socialisation et l'accès à l'apprentissage (dispositif ITEP) : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_05.pdf

⁵⁸ IGAS. (2018). « Évaluation du fonctionnement en dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, et des perspectives d'extension », août 2018 : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-170R-D.pdf>

⁵⁹ Décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034485262#:~:text=L'article%2091%20de%20la%20loi%20de%20modernisation%20de%20notre,dispositif%20int%C3%A9gr%C3%A9%20%20%C3%A0%20compter%20de>

II.4 Les DITEP et les nouveaux outils de gestion

Le secteur médico-social et les DITEP ne sont pas exempts de l'influence des politiques publiques et du modèle néolibéral. L'utopie gestionnaire a dérivé jusqu'à ces établissements et oppose bien souvent les règles de conduite prescrites, les bonnes pratiques, les protocoles, à une liberté d'action dictée par l'éthique de son métier. Dans le même temps, elle insiste sur une rationalité pratique qui n'apprécie qu'une petite partie de la personne accompagnée et de son environnement accessible à l'évaluation. C'est ce qui est notamment reproché à la réforme SERAFIN-PH qui va profondément changer les pratiques gestionnaires dans le monde médico-social après celui de l'hôpital.

L'administration bureaucratique et gouvernementale produit des politiques sociales pour répondre aux besoins de ces publics en souffrance. Le projet SERAFIN-PH⁶⁰ (Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées) est de ceux-là, initié par Annick Deveau en 2015⁶¹, médecin généraliste, ancienne directrice-adjointe à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) qui vise à réformer le mode de tarification des établissements et services médico-sociaux intervenant auprès des personnes en situation de handicap. Cette réforme, qui a fait l'objet de critiques⁶² - dans la lignée des précédentes dans le sanitaire⁶³ - consiste d'abord dans l'élaboration de deux nomenclatures en trois domaines - santé, autonomie et participation sociale - portant pour l'une sur les besoins, pour l'autre sur les prestations⁶⁴. L'élaboration d'un vocabulaire partagé permettrait de disposer de points de repères susceptibles de faire disparaître les disparités liées aux territoires et à l'hétérogénéité des financeurs (État, conseils départementaux, ARS, etc.). L'outil SERAFIN-PH s'appuierait sur la singularité des besoins de chaque personne et permettrait d'identifier ce qui sera la base de la tarification. Pour les établissements médico-sociaux, la tarification ne reposerait plus sur la masse salariale ou sur les plateaux

⁶⁰ <https://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/reforme-de-la-tarification-des-etablissements-de-services-pour-personnes/article/serafin-ph>

⁶¹ Deveau, A. (2017). « Réformer la tarification des établissements et services médico-sociaux accompagnant les personnes handicapées et faciliter leur parcours », *Vie sociale*, vol. 18, no. 2, pp. 57-65.

⁶² Hardy, J-P. (2018). *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Malakoff, Dunod ; « SERAFIN-PH est-il soluble dans les organisations de travail et les projets ? » *Les cahiers de l'Actif* n°520-523, sept-déc. 2019 ; ainsi que de nombreuses associations d'éducateurs, psychologues, soignants en ligne.

⁶³ Juven, P-H., Pierru, F., et Vincent, F. (2019). *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*. Paris, Raisons d'agir éditions.

⁶⁴ https://www.cnsa.fr/documentation/nomenclatures_serafinph_detaillees_vf.pdf

techniques, mais sur l'identification des besoins, c'est à dire « l'objectivation et la liaison entre les besoins des personnes accompagnées et les réponses qui leur sont apportées »⁶⁵. Cette essentialisation de la personne accueillie à ses seuls besoins, en évacuant la dimension du sujet, de ses désirs, de son histoire, de ses contradictions et de sa singularité peut interroger.

Il s'agit dans cette réforme, selon Sophie Cluzel, la Secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées, de cibler prioritairement un « modèle tarifaire hybride, à 360 degrés, structuré à partir des choix de vie des personnes »⁶⁶. Ce modèle mixte devrait reposer à la fois sur la « solvabilisation »⁶⁷ des intéressés à travers un « droit personnalisé à prestations »⁶⁸ et sur le financement de l'ESMS, selon un socle négocié avec chaque opérateur sur la durée du CPOM. Les ESMS devraient donc valoriser « les missions de coopération, la fonction d'appui au droit commun, de coordination des parcours complexes, et le niveau de compétences et d'expertises rassemblées au sein du plateau technique »⁶⁹. Nous retrouvons là encore les archétypes de la novlangue en cours dans le secteur médico-social dont on devine une finalité plus ou moins avouée de transformer ces institutions spécialisées en plateformes de prestations et de services à partir de « leviers incitatifs »⁷⁰ (sic). L'idée est de traiter la demande des parents en les orientant dans le service approprié. Or la question d'un jeune en DITEP « demandeur » ou de parents « demandeurs » d'un accompagnement médicosocial est complexe : d'abord parce qu'il n'est pas certain que toutes ces personnes soient effectivement à l'initiative de ces prises en charge ; d'autre part, la problématique de ces publics est bien souvent de ne pas savoir ce dont ils ont besoin. Sans non plus évoquer la relation de domination qu'elle implique entre le demandeur et l'institution qui entend cette demande : « la demande parce qu'elle renvoie à une détresse possible ou avérée, met en situation de pouvoir, et devant l'horizon d'un pouvoir de l'autre toujours redoutable, quelquefois à juste raison, certains y rentrent avec confiance ou soumission, et d'autres le refusent avec force, même à leur détriment »⁷¹. Historiquement, c'est le travail

⁶⁵ https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_depliant_projet_serafin-ph_accessible.pdf

⁶⁶ <https://handicap.gouv.fr/presse-actualites/nos-publications/communiqués-de-presse/article/comite-strategique-serafin-ph-sophie-cluzel-precise-et-accelere-la-reforme-de>

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ Berton, J. (2007). « Démarche clinique et formation initiale des éducateurs », *Thèse de doctorat en sciences de l'éducation*. Université Paris VIII, p.132.

institutionnel qui permet de concevoir en équipe, avec un regard croisé, pluridisciplinaire - et parfois contradictoire -, les situations cliniques afin de proposer des espaces d'élaboration sur le sens de la prise en charge. Ce travail d'élaboration peut d'ailleurs s'initier dans des espaces pas nécessairement considérés de prime abord comme « productifs » (espaces interstitiels, salle du personnel, coin fumeur, machine à café, etc.) Philippe Chavaroche résume la situation ainsi : « Dans le dispositif SERAFIN-PH, le soin devient une prestation liée à une fonction défaillante qu'il appartient à un professionnel de santé de traiter, afin que les autres fonctions instrumentales et sociales, gênées ou empêchées par ces défaillances, puissent se développer et s'exprimer. Le schéma est imparable : comme tout un chacun, quand on est malade, on va voir un spécialiste qui nous soigne et parfois nous guérit, et l'on peut alors reprendre ses activités normales ! C'est ce modèle que l'on entend appliquer aux personnes handicapées. S'il est pertinent pour les affections somatiques, il n'est pas adapté à la souffrance psychique dans ses formes les plus graves et invalidantes, dont sont atteintes nombre d'entre elles. Cette approche ignore ce qui fait la spécificité des souffrances psychiques de type autistique, psychotique et anaclitique, qui envahissent toutes les dimensions de la vie de la personne sur les plans corporel, mental et social. Or, c'est bien dans cette globalité qu'elles doivent être soignées, et non dans le face-à-face avec un praticien dans l'isolement d'un cabinet »⁷². Le risque est là de solliciter de plus en plus un professionnel en libéral⁷³ avec les difficultés que cela entraîne en termes de travail de lien, de maillage et de dialogue entre intervenants.

Enfin, la finalité de cette réforme vise ni plus ni moins à transposer la tarification à l'acte / activité (T2A)⁷⁴ en vigueur dans le secteur hospitalier dans le champ du médico-social. La T2A reprend la logique des *diagnosis related group* (DRG) mis en place aux USA dès 1983. Des praticiens rencontrés au fil de nos années en tant qu'éducateur se demandent encore comment rendre soluble l'écoute d'un récit de vie d'un patient par un médecin dans la tarification à l'activité. Nous aurons ces mêmes questions avec l'exemple d'un chauffeur et la difficulté de coder son intervention⁷⁵. Ce sont de multiples dérives

⁷² Chavaroche, P. *Op. cit.* pp. 97-143.

⁷³ Dont le marché des éducateurs spécialisés, lieux de vie, etc. est en pleine expansion.

⁷⁴ La tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés. Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses.

⁷⁵ Cf. p.75.

lorsqu'un établissement doit être géré comme une entreprise où toute décision devient *in fine* administrative. Nous avons remarqué des inquiétudes et des critiques de cette réforme, déjà formulées au sein de l'hôpital public, celle d'une mise en concurrence des établissements au détriment du patient⁷⁶. En témoigne ainsi la synthèse documentaire de l'IDRES : « une véritable cogestion médecin-administration apparaît pour mieux gérer les hôpitaux, dont l'avenir semble très problématique face au secteur privé lucratif exploitant au mieux la T2A et pratiquant les dépassements sur les honoraires médicaux. Les établissements privés à but non lucratif sont les grands perdants de cette réforme, qui ne laisse pas beaucoup d'espace vital à ceux qui veulent pratiquer une médecine non mercantile »⁷⁷. La fermeture des internats en DITEP pour offrir plus de temps individualisés, en ambulatoire (avec les SESSAD notamment) est une des finalités du passage en dispositif intégré. En résumé : faire plus à moyens constants.

Certains directeurs nous parleront de militance, d'engagement, de résistance face à ce nouveau paradigme. Les éducateurs spécialisés, eux non plus ne sont pas en reste quand ils font face à ces injonctions paradoxales, aux lois impactant la qualité des accompagnements voire parfois l'intégrité physique et morale des personnes accueillies. Aussi ne pouvons-nous que souscrire à ce que soutient Christophe Dejours : « Pas de neutralité, donc, du travail vis-à-vis du politique : ou bien il joue en faveur de l'apprentissage de la démocratie, ou bien il joue en faveur de la collaboration et de la domination. Aussi le travail mérite-t-il d'être décrit comme un enjeu majeur, "central", de négociations : négociations entre domination et émancipation, entre contrainte et liberté, entre aliénation et réappropriation »⁷⁸. D'ailleurs, concernant les modalités de financement, nous pouvons noter la mobilisation de l'AIRe qui a permis de proposer un nouveau mode décompte de l'activité pour les DITEP. Ce dernier, validé par la Direction Générale De La Cohésion Sociale (DGCS) et mis en place par les ARS, est expérimenté dans plusieurs régions telle que la Nouvelle-Aquitaine où les 53 ITEP et DITEP doivent l'utiliser. Cette nouvelle mesure de l'activité propose des modalités plus simples et plus

⁷⁶ Voir par exemple Le Theule, M-A. & Lambert, C. « De l'invisibilité des tâches dans un service hospitalier. Écouter des voix dans la nuit » in Cléach, O. & Tiffon, G. (coord.) (2017). *Invisibilisations au travail. Des salariés en mal de reconnaissance*. Toulouse, Octarès, p.181-192.

⁷⁷ Safon, M-O (2021). « Les réformes hospitalières en France : Aspects historiques et réglementaires ». *Synthèse documentaire*, Centre de documentation de L'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), Juin. Précisons à ce sujet un boom des entreprises à but lucratif qui ont fait irruption dans le travail social en proposant des accueils d'« incasables », avec des prix de journée exorbitants que s'empressent de payer les différentes structures car se retrouvant sans solution.

⁷⁸ Dejours, C. (2000). « Travail, souffrance et subjectivité ». *Sociologie du travail*, N°2, Vol 42, p.331.

lisibles que la nomenclature des besoins SERAFIN et ses 142 pages⁷⁹. Rien ne dit que l'expérimentation sur la base des propositions de l'AIRE, qui prend en compte les remontées et les retours d'expérience des DITEP ayant utilisé la modalité SERAFIN, sera validée dans les années qui viennent ; cela montre cependant que des pas de côté sont possibles lorsque les acteurs de terrain se mobilisent, se concertent et proposent des alternatives.

II.5 Une population accueillie avec des problématiques multiples

Le DITEP accueille un public entre 5 et 21 ans. La fourchette d'âge paraît large mais diffère selon les établissements. Certains accueillent jusqu'à 12 ans en unité de jour d'autres à partir de 12 ans ; les SESSAD et autres services ambulatoires (comme les accueils familiaux spécialisés) sont ceux dont la population est la plus élastique en termes d'âge. Précisons aussi, comme son nom l'indique, que le service jeune majeur est spécialisé dans les 18-21 ans.

II.5.1 Des déterminismes sociaux et des mécanismes de reproduction à prendre en compte

Depuis le passage en ITEP, les études de cohorte sur la population ITEP par la MDPH ont quasiment disparu : les caractéristiques sociales et familiales ont laissé la place à une individualisation de la situation. Une recherche menée par Florence Brumaud avait montré qu'être handicapé psychique se pose en termes fort différents selon l'origine sociale des familles et éclaire une première forme d'assignation⁸⁰. Elle rappelle que de nombreuses enquêtes avaient été organisées pour procéder à une sorte de recensement de la population handicapée en France. Elle cite une étude réalisée en 2004, soit à la dernière année des IR, montrant que 60% des jeunes accueillis proviennent de familles populaires. L'autrice souligne « l'existence d'une interrelation entre les faits sociaux, les comportements réactionnels face aux difficultés sociales et notamment familiales, et les

⁷⁹ CNSA. (2018). « Guide descriptif des nomenclatures détaillées des besoins et des prestations ». https://www.cnsa.fr/documentation/nomenclatures_seraphinph_detaillees_vf.pdf

⁸⁰ Brumaud, F., (2017). « Étude des processus d'assignation des jeunes handicapés psychiques dans les ITEP de la Gironde : une contribution à la question de la construction sociale du handicap ». *Thèse de doctorat en sciences de l'éducation*, Université de Bordeaux.

troubles du comportement »⁸¹. Désormais, les données de la MDPH apparaissent sous forme de catégorie : demande, réponse, secteur géographique, etc., en vue de quantifier l'activité de la MDPH. Les DITEP, s'ils veulent obtenir ces renseignements, doivent mener eux-mêmes leurs propres enquêtes afin d'affiner les informations sur l'environnement familial. À quelle fin ? Rendre visible toute la part des déterminismes à l'œuvre et éviter la psychologisation des problématiques de ces enfants et adolescents⁸². Hugo Dupont, dans un ouvrage qui a souvent attiré les jeunes travailleurs sociaux par son titre – *Ni fou, ni gogol*⁸³ –, avait étudié les origines sociales d'une centaine de jeunes d'ITEP et avait constaté qu'ils étaient issus en grande majorité de classes populaires et dans un environnement économiquement précaire. Encore une fois, si ce constat fait consensus tant chez les professionnels que chez les chercheurs, il démontre que la focale posée sur les problèmes psychologiques de ces adolescents produit un effet occultant de la situation sociale. Or, il s'agit bien de problèmes structurels dont l'une des issues est forcément politique. Un nombre considérable de parents ont été eux-mêmes admis en ITEP ou accompagnés par un dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance ou présentent les mêmes difficultés que leurs enfants⁸⁴. Il n'est pas rare qu'un parent nous dise en entretien d'admission « Je connais bien les ITEP, j'ai fait moi-même de l'ITEP quand j'étais petite » ; nous avons nous-même fait l'expérience d'une mesure Aide Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) qui avait du mal à démarrer car l'éducatrice en charge de suivre un enfant avait déjà suivi le père ! Cette dimension sociale n'est pas un élément de décor, elle est un facteur déterminant dans le développement des difficultés de ces jeunes. Néanmoins, « tout converge pour que les investigations sociales soient déclarées obsolètes. De telles enquêtes contreviendraient à la fois à l'avènement de l'individu-sujet, rationnel et libre, prôné par un système néolibéral mondialisé, ainsi qu'à la place centralisée que les familles doivent dorénavant occuper dans l'accompagnement de leurs enfants »⁸⁵. Le poids de la détermination sociale telle que l'a développé Bourdieu⁸⁶ semble bien réel auprès de ces parents et enfants tant les capitaux économique, culturel et social apparaissent restreints. L'« habitus » des parents d'enfants accueillis en DITEP, à travers l'incorporation des

⁸¹ *Ibidem*. p.83.

⁸² Bourdieu, P., Passeron, J.-C. (1970). *La Reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris, Minuit.

⁸³ Dupont, H. (2016). « *Ni fou, ni gogol !* ». Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

⁸⁴ Sicot, F. (2005), « Le handicap socioculturel a-t-il disparu ? », *Revue Française des affaires sociales*, n°2, pp. 273-293.

⁸⁵ Brumaud, F. *Op. cit.* pp.83-84

⁸⁶ Bourdieu, P. (1979). *La distinction : critique sociale du jugement*. Paris, Éditions de Minuit.

manières d'agir et de penser propres au contexte dans lequel ils ont grandi et vécu - précarité, abandon, violences, etc. – oriente clairement leurs dispositions face aux établissements d'accueil. Bien que le champ médico-social leur soit familier, il n'en est rien de celui des instances décisionnelles relatives à l'avenir de leurs enfants, quand bien même ils y sont invités. « Les agents ont une appréhension active du monde, ils construisent leur vision du monde. Mais cette construction est opérée sous contraintes structurelles »⁸⁷ : la pression du milieu scolaire, des services sociaux et parfois même de leurs amis et de leur famille les amènent à accepter rapidement les prises en charge⁸⁸. Il y a là un réel effet de domination par rapport à des personnes et des institutions supposées savoir ce qu'il y a de mieux pour leur fils ou leur fille et compétentes pour leur prodiguer un soin, sans forcément se sentir légitimes pour exprimer un désaccord. En ce sens, « l'effet de la domination symbolique [...] s'exerce non dans la logique pure des consciences connaissances, mais dans l'obscurité des dispositions de l'*habitus* où sont inscrits les schèmes de perception, d'appréciation et d'action qui fondent, en deçà des décisions de la conscience et des contrôles de la volonté, une relation de connaissance et de reconnaissance pratiques profondément obscure à elle-même »⁸⁹. Le travail des éducateurs spécialisés et des psychologues du DITEP vise à dénouer les enjeux de la prise en charge, les causes, et rendre visibles aussi les déterminismes à l'œuvre dans les situations. Rapidement, le passé des parents, dont ils ne souhaitent pas qu'il se joue à l'identique pour leur enfant, s'immisce dans les entretiens. Leurs attentes sont relativement réduites vis-à-vis de l'institution, le plus souvent : « je veux juste que mon enfant puisse retourner à l'école ». Là aussi, nous constatons que « les pratiques populaires ont pour principe le choix du nécessaire ("ce n'est pas pour nous"), au sens à la fois de ce qui est techniquement nécessaire, "pratique" (ou, dans un autre langage, fonctionnel), [...] et de ce qui est imposé par une nécessité économique et sociale

⁸⁷ In Cabin, P. (2008). « La Distinction » : Critique sociale du jugement. *Pierre Bourdieu : Son œuvre, son héritage* (pp. 36-41). Auxerre : Éditions Sciences Humaines

⁸⁸ Sans entrer dans le débat – qui nous semble suranné, déterminismes *versus* libre arbitre, nous nous en remettons aux propos de Bernard Lahire qui précise que : « La sociologie ne dit pas que des choix ne sont pas faits, que des décisions ne sont pas prises ou que les intentions ou les volontés sont inexistantes. Elle dit seulement que les choix, les décisions et les intentions sont des réalités au croisement de contraintes multiples. Ces contraintes sont à la fois internes, faites de l'ensemble des dispositions incorporées à croire, voir, sentir, penser, agir forgées à travers les diverses expériences sociales passées, et externes, car les choix, les décisions et les intentions sont toujours ancrés dans des contextes sociaux et parfois formulés par rapport à des circonstances sociales » (2016). *Pour la sociologie. Et pour en finir avec une prétendue « culture de l'excuse »*. Paris, La Découverte, p.55).

⁸⁹ In Mauger, G. (2012). « Sur la domination ». *Savoir/Agir*, 19, 11-16.

condamnant les gens "simples" et "modestes" à des goûts "simples" et "modestes »⁹⁰. Il est rare que des parents, en début d'accompagnement, discutent en profondeur de la nature des ateliers où le jeune sera inscrit, de la fonction du professionnel qui assure le suivi, et des moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs des projets personnalisés d'accompagnement. Oscillant entre confiance aveugle au DITEP et méfiance caractérisée issues de mauvaises expériences passées, les parents font face à de nombreuses difficultés dont les représentations négatives des professionnels à leur rencontre sont la face visible de l'iceberg.

II.5.2 Des caractéristiques variées

Bien qu'il soit toujours complexe de dresser un tableau général et catégorisant d'une population, nous pouvons identifier certaines caractéristiques transversales. De surcroît au milieu social, il s'agit de troubles du lien et un rapport à l'autre difficile, un manque de contrôle des émotions, une faible estime de soi et des questionnements sur leurs origines. Ce qui rassemble ces enfants dans ces lieux de soin n'est pas tant ce qu'ils sont que l'effet qu'ils produisent à travers ces difficultés : destruction, pulsionnalité excessive, peur de l'échec, persécution, agressivité, etc., en bref, tout une symptomatologie de l'agir. Pour eux, tout se vit et se résume dans l'instant de la sensation et dans l'immédiateté de la situation, envahissant la scène quotidienne et handicapant les interactions avec autrui. La capacité d'élaboration est souvent réduite à la résurgence de mécanismes archaïques de type effondrement, fusion, rejet. Les troubles de l'attachement sont nombreux, comme les carences, qu'elles soient affectives ou éducatives. La capacité à être seul est profondément remise en question du fait d'un sentiment d'insécurité constant. La permanence d'un adulte fiable est à la fois recherchée et détestée, comme le rappel d'un manque auxquels certains font face depuis la petite enfance. Leur colonne vertébrale psychique étant touchée, nous assistons chez eux à un désinvestissement de la capacité de penser et une mise à distance par des passages à l'acte nombreux. En ce qui concerne les adolescents, il ne s'agit plus tant d'une expérimentation ordinaire des limites permettant leur construction identitaire mais bien dans des conduites à risques où l'exposition de soi entraîne des dommages physiques et psychiques. D'autre part, leurs

⁹⁰ Bourdieu, P. (1979). *Op. cit.* p.354.

parcours de vie sont souvent chaotiques et empreints de ruptures, et de traumatismes. Les décès d'un parent, d'un frère ou d'une sœur ne sont pas rares, l'abandon, les violences et les agressions à leur rencontre non plus.

Les troubles psychiatriques de type psychose, la déficience intellectuelle et les troubles du spectre autistiques (TSA) étaient des contre-indications à l'admission en ITEP jusqu'en 2005 ; la circulaire 2007 retoque un peu la formule en stipulant que ces établissements ne sont pas adaptés à ce genre de problématique. Précisons, s'il le fallait, que les DITEP accueillent des jeunes souffrant des troubles mentionnés, certains en ont même fait leur spécialité⁹¹.

II.5.3 Les DITEP et la population dite « incasable »

Le DITEP se trouve à la confluence des secteurs du sanitaire, de la protection de l'enfance et du social. De nombreux jeunes bénéficient de suivis multiples avec l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), l'hôpital (médecin psychiatre en charge du suivi du traitement, accueil séquentiel en hôpitaux de jour), les assistantes de service social de secteur, *etc.* Certains se retrouvent parfois en situation d'« incasabilité ». Au-delà des appellations plus ou moins discutables, voire contestables (« cas limite », « patate chaude », « adolescent à difficultés multiples », « enfant astructuré », « incasable »), ces adolescents sont reconnus non plus à travers leur parole mais plutôt à travers une souffrance qui s'exprimerait de façon trop bruyante. L'utilisation du mot « incasable » relève d'un choix. Celui de prendre en considération la perception des acteurs, c'est-à-dire des établissements spécialisés. S'il convient de réinterroger ce terme et ce qu'il implique, il demeure que son utilisation par les professionnels de l'action sociale est constante et ce, depuis les années 1980. L'« incasable », c'est celui dont personne ne veut, qui ne correspond pas tout à fait aux caractéristiques des structures du secteur ; il s'agit d'une réelle inadéquation entre les différentes offres de service d'autant plus criante quand les politiques publiques insistent sur une volonté d'inclure tous les publics vulnérables au sein d'un dispositif, qu'il soit de droit commun ou non.

En 2007, la défenseure des enfants, Dominique Versini, rendait un rapport sur les adolescents en souffrance et évoquait cette population à part : « Ces "incasables" apparaissent comme des jeunes en profonde souffrance ayant eu un parcours de vie

⁹¹ Il n'est pas rare, lors des discussions autour de futures orientations de préférer un DITEP qui aurait organisé un mode de fonctionnement spécialisé aux jeunes TSA.

précocement déstructurant, perturbés tant sur le plan de l'intégration sociale et scolaire que sur celui de la relation à l'autre. Ils présentent des troubles du comportement ainsi que des difficultés psychiatriques et mobilisent rudement l'énergie des personnes et institutions qui en reçoivent successivement la charge : éducateurs, juges, médecins, familles d'accueil, école... Ils manifestent généralement une forte agressivité retournée contre eux-mêmes ou extériorisée contre autrui (agressions des biens et des personnes, refus d'autorité...). Ces conduites répétées devenant intolérables, ils finissent par se trouver en rupture avec leur famille et avec les institutions qui les ont accueillis successivement et qui s'avouent épuisées et impuissantes»⁹². La tolérance institutionnelle relative à la manifestation de leurs symptômes devient alors le curseur déterminant à la poursuite ou non de leur accueil : l'urgence neutralisant la puissance de penser. Ils peuvent de ce fait se retrouver paradoxalement exclus par les structures censées justement favoriser leur intégration à la société. En d'autres termes, ces jeunes débordent des cases institutionnelles. Les secteurs de la pédopsychiatrie et de l'éducation spécialisée, bien que se défendant historiquement d'une catégorisation définitive des maladies de l'enfant et de l'adolescent, se réfèrent à des systèmes de classification. De fait, cela délimite leurs capacités d'intervention et provoque des « situations indisciplinables »⁹³ échappant aux catégorisations classiques.

De la sorte, chaque institution aura tendance, de façon consécutive, à considérer que les troubles observés ne relèvent pas de son champ de compétence. À l'admission, il n'est pas rare d'entendre des éducateurs spécialisés ou des psychologues questionner l'admission tel ou tel jeune et de préciser « qu'on n'est pas fait pour ce genre de difficultés »⁹⁴. Et de se demander si l'accueil ne causera pas trop de souffrance à ses camarades. Dans ces appréhensions, c'est aussi de la souffrance des professionnels dont il est aussi question. Pour Barreyre et *al.*, auteurs d'un rapport qui fait référence sur la question : « l'incasable est ici celui qui crée l'événement traumatique, traumatique semble-t-il dans les discours, moins pour lui que pour le milieu dans lequel se produit

⁹² « Adolescent en souffrance - Plaidoyer pour une véritable prise en charge » Rapport thématique 2007 - Défenseur des enfants, p.106 :

https://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/ddd_adolescents_souffrance.pdf

⁹³ Barreyre, J-Y. (2015). « Vers des dispositifs intégrés en réponse aux situations de jeunes à difficultés multiples ? », *Vie sociale*, vol. 12, no. 4, pp. 37-51.

⁹⁴Le rapport Piveteau observe que « par peur d'avoir à gérer seuls des situations difficiles, ou à la suite de telles expériences, de nombreux établissements adoptent des politiques d'admission excessivement prudentes », Piveteau, D. (2014). « Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », Ministère de la Santé, p.22.

l'événement »⁹⁵. Ces traumatismes justement sont une des caractéristiques principales de ces situations. Dans le cadre de leur étude, ces chercheurs ont constaté que les trois quarts de ces jeunes avaient subi un traumatisme sévère dans leur parcours de vie, et que peu de professionnels, dans les situations sociales auprès desquelles ils intervenaient, avaient connaissance de ce traumatisme, qui s'était perdu dans les méandres des parcours institutionnels. Les DITEP, comme de nombreuses autres structures, privilégient une approche transversale et mettent de côté une approche que l'on pourrait qualifier de généalogique des situations d'incapacité : « cette omission des facteurs déterminants dans le parcours de vie des jeunes accompagnés s'expliquait par le « syndrome d'Alzheimer » des institutions sociales qui, par leur construction même (spécialisation, logique de la mesure, etc.), évacuent souvent le passé de l'individu avant sa prise en charge par l'institution »⁹⁶. De nombreux chercheurs et professionnels plaident pour les histoires de vie et les chronologies d'existence comme travail initial à ces accueils. Ce constat révèle les incapacités des lois, des dispositifs et des institutions actuels à accueillir ces jeunes tels qu'ils sont. Nul doute qu'il s'agit de moyens, qu'ils soient financiers ou humains, les secteurs de la pédopsychiatrie et de la justice étant exsangues à force d'économie. Le rapport Piveteau l'aborde de façon inattendue ; dans les réunions inter secteurs, « il n'est pas souhaitable que viennent à ces réunions de synthèse autour d'une situation individuelle les autorités de tarification et de contrôle que sont l'ARS ou les services du département qui exercent la tutelle des établissements (...) afin d'éviter que face à une situation difficile prévale la pente de fausse facilité consistant à interpellier tout de suite l'autorité tarifaire pour ~~en~~ obtenir davantage de moyens (...) et ne pas déstructurer un paysage dans lequel les responsabilités ont déjà tendance à se superposer, au détriment des usagers »⁹⁷. Bien que balayant d'un revers de la main cette question cruciale du manque de moyens, il souligne à juste titre la dilution de responsabilité à l'œuvre dans nos secteurs. Les partenaires ont souvent tendance, dans ces situations d'incapacité, à se défausser sur « le camp de base »⁹⁸ qu'appelle Denis Piveteau avec ardeur, c'est-à-dire celui qui a reçu la notification initiale... en l'occurrence le DITEP. Mais ce dernier peut à son tour rappeler qu'il y a un placement ASE de longue

⁹⁵ Barreyre, Fiacre, Joseph, Makdessi, (2008). « Une souffrance maltraitée : Parcours et situations de vie des jeunes dits "incapables" », *Recherche réalisée pour l'ONED, Rapport final*, CEDIAS, p.11.

⁹⁶ Barreyre, J-Y. (2014). *Éloge de l'insuffisance. Les configurations sociales de la vulnérabilité*. Toulouse, Érès, pp. 71-100.

⁹⁷ Rapport Piveteau. *Op. cit.* p.35.

⁹⁸ *Ibid.* p.53.

date et que les comportements déviants d'un adolescent peuvent parfois amener à une exclusion⁹⁹ dans une sorte d'effet de boucle. Or, dans ces situations, l'absence, l'affaissement ou l'évitement d'un seul acteur suffit à mettre en difficulté l'efficacité de la prise en charge. D'où le vœu pieux de certains professionnels du secteur qui appellent à abandonner la sectorisation de la jeunesse.

Si nous avons évoqué cette notion d'incapacité, c'est qu'elle nous semble très caractéristique des enjeux du travail social. À une moindre échelle, chaque jeune accueilli relève peu ou prou de certaines caractéristiques de l'incapacité ; chaque jeune peut, un jour ou l'autre de sa prise en charge, basculer hors case et devenir à son tour incapable. Rappelons tout de même que ces jeunes sont bien plus que ces troubles et ces symptômes auxquels ils sont bien trop souvent aliénés. Ce sont avant tout des enfants et des adolescents avec des problèmes et des questionnements liés à leur âge, avec des potentialités et des désirs. Il est parfois difficile pour les équipes au quotidien de ne pas pathologiser telle parole ou tel comportement et de garder en tête le contexte - ordinaire - de l'adolescence et son influence sur les conduites, plutôt que l'aggravation en tant que tel d'un trouble. C'est dire avec Fernand Deligny : « N'oublie jamais de regarder si celui qui refuse de marcher n'a pas un clou dans sa chaussure »¹⁰⁰. Ce qui fait soin dans nos établissements, c'est la conjonction des approches et des partenaires pour répondre aux besoins du jeune, à commencer par un accueil dans un lieu disposé à l'accompagner, un apaisement de sa pulsionnalité, une pacification des rapports à l'autre et un lien significatif auprès des parents. Autrement dit, tout ce qui est ordinaire ailleurs est soignant à l'ITEP parce que le type de regard porté sur l'enfant intègre la notion de handicap, de souffrance, malgré son stigmatisme¹⁰¹, son caractère invisible ou le déni qui lui est souvent associé.

⁹⁹ Élément souligné par ce même rapport : « C'est le cas notamment des situations dans lesquelles certains salariés (...) rappellent au directeur d'établissement son obligation d'assurer la sécurité sur les lieux de travail. (...) et aussi, hélas, de situations dans lesquelles des conflits s'installent entre résidents ou entre les entourages familiaux des résidents », *Op. cit.* p.11.

¹⁰⁰ Deligny, F. (1998). *Graine de crapule*. Malakoff, Dunod, p.34.

¹⁰¹ Goffman, E. (1963). *Stigmatisme. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Éditions de Minuit.

II.6 Conclusion du chapitre II : les DITEP comme analyseurs de l'évolution des pratiques

Les DITEP sont à la croisée des évolutions contemporaines et des problématiques qui y sont liées. Que ce soit dans leurs modes d'organisation et de financement, leurs philosophies, leurs conceptions de l'accompagnement, l'évolution des publics, les répercussions des politiques sociales. Les perceptions du handicap se sont transformées au fil des décennies mais la mission de ces établissements médico-sociaux reste la même : accueillir une population d'enfants et d'adolescents en difficulté et que le milieu ordinaire ne (v)peut pas accueillir à partir d'un accompagnement multiple. Les partenariats avec les secteurs sanitaire, de l'ASE, du social et de l'éducation nationale sont légion, ces jeunes relevant de prises en charge diversifiées. Nous l'avons vu, le contexte néolibéral pèse sur les pratiques professionnelles en DITEP, venant impacter des dimensions fondamentales de ces structures : les modes de soin, le regard porté sur les difficultés de ces jeunes, les réponses devenues des solutions à apporter. Si l'influence de la psychanalyse - pas exempte de certaines dérives¹⁰²- dans le secteur médico-social diminue au fil des années, l'histoire de ces institutions est empreinte d'une façon d'apprécier la personne accompagnée, en tant que sujet capable, et lui faire hospitalité, à partir de pratiques d'orientation clinique¹⁰³. Le DITEP dans lequel nous avons travaillé pendant 12 ans revendique cet héritage. C'est pourquoi nous proposons dans la prochaine partie de dresser une sorte de cartographie de ce à quoi renvoie la notion de clinique dans ce genre de structure, ce qui donnera inmanquablement des indications sur le type d'accompagnement proposé auprès de ces enfants et adolescents en souffrance.

Chapitre III. Pré-enquête

En fin d'année 2020, notre employeur, au fait de la poursuite de nos études en doctorat, nous a invité à mener une mission de recherche sur les DITEP de deux associations girondines. Cette opportunité a fait sens pour nous dans la mesure où elle permettait d'initier un travail exploratoire en lien avec notre thèse tout en répondant à une

¹⁰² Wacjman, C. (2011). *Adolescence et troubles du comportement en institution*. Malakoff, Dunod.

¹⁰³ Gaberan, P. & Grimaud, L. (2015). *ITEP, repères et défis*. Toulouse, Érès.

commande, celle de faire un état des lieux des pratiques dans ces établissements. Nous nous sommes saisis de cette prescription pour axer ce travail sur les pratiques cliniques, thématique qui était déjà au centre de nos recherches jusqu'ici et qui est ancrée historiquement dans la philosophie de ces deux associations. Nous avons donc été détachés à mi-temps pendant plusieurs mois pour produire cette étude tout en gardant notre fonction d'éducateur spécialisé sur les temps d'internat. Les modalités, les choix méthodologiques ainsi que l'organisation de cette entreprise ont été totalement laissés à notre appréciation. Cette liberté de pensée est allée de pair avec une liberté de mouvement dans la mesure où nous avons eu accès à tous les lieux et professionnels que nous souhaitions. Toutes les personnes rencontrées nous ont accueillis avec bienveillance, parfois curiosité, et ont fait preuve d'une grande disponibilité, élément d'autant plus remarquable que le contexte de santé, lors de la pandémie de COVID-19, pesait fortement sur tous les établissements de soin. Nous proposons ici une synthèse de cet écrit (initialement de plus d'une centaine de pages) que nous avons considérablement repris en vue de l'inclure dans ce travail de thèse.

III.1 L'histoire de la clinique en DITEP au prisme de leurs projets d'établissement

« Pourquoi ça, plutôt que rien ? Pourquoi ça plutôt qu'une autre chose ? »¹⁰⁴

Nous avons recueilli 29 documents issus de 5 établissements incluant aussi des évaluations internes et externes ainsi que des rapports d'activités. Nous avons pris connaissance de tous ces fichiers et avons décidé de nous concentrer exclusivement sur les projets d'établissement (PE), soit 20 documents. À l'exception d'un seul ITEP qui a pu nous fournir tous les projets depuis 1982, tous les autres nous ont fait parvenir les 3 derniers projets. Nous en avons déduit que pour ces institutions, avant le passage IR/ITEP, soit les projets n'existaient pas, soit ils n'ont pas été archivés.

Le recueil de cette littérature grise nous a semblé indispensable dans le sens où ces PE sont la carte d'identité tout autant que la vitrine de ces établissements. Rendus obligatoires

¹⁰⁴ Oury, J. (2005). « - 17 octobre 1984 - », *Le Collectif. Le Séminaire de Sainte-Anne*. Nîmes, Champ social, pp.31-50.

depuis la loi du 2 janvier 2002¹⁰⁵, ils permettent une première entrée dans le cadre de pensée et de fonctionnement de ces institutions. Nous n'évoquerons pas les conditions d'écriture de ces projets, soulignons juste qu'ils se doivent d'associer les usagers et les salariés à son élaboration.

Les PE recueillis proposent une vue globale et historique des mouvements théoriques, politiques et philosophiques qui ont eu lieu ces quarante dernières années au sein des ITEP. Inscrits dans la lignée d'un projet associatif, nous verrons comment ils se sont peu à peu harmonisés à une commande publique à partir de la fin des années 2000. L'objectif de l'étude de ces documents est de voir la place qui a été donnée à la notion de clinique et aux concepts afférents et de voir leur évolution au fil des réécritures des PE. Notre méthodologie a été relativement simple : nous avons procédé à une revue systématique des termes « clinique », « psychodynamie », « psychanalyse », « transfert » dans ces fichiers. Nous avons évacué ces termes lorsqu'ils concernaient par exemple, pour « clinique » un établissement privé (« la clinique des Deux-Sèvres »), et pour « transfert » un séjour extérieur – généralement pendant les vacances. L'idée n'est pas d'avoir une approche comparative mais bien de viser à faire émerger, si elle existe, une vision commune de ces notions. Nous avons remarqué parfois une nette rupture entre un projet nouvellement écrit et son précédent, tant sur le fond que sur la forme, sans que nous puissions l'expliquer avec certitude. Notre hypothèse tendrait à privilégier un changement de directeur d'établissement, impliquant avec lui un nouveau regard sur le fonctionnement institutionnel. En effet, les auteurs des PE sont le plus souvent les directeurs bien qu'avec le temps et selon les établissements, les salariés y soient parfois associés. Ces documents comprennent entre 30 et 100 pages, annexes comprises, avec une moyenne de 65 pages. Nous proposons une lecture historique de cette revue de littérature divisée en deux périodes : l'une débutant en 1982 date du premier PE en notre possession, l'autre en 2007 (jusqu'en 2019, année de l'élaboration du dernier PE), et premier PE prenant en compte le décret 2005 du passage en ITEP.

III.1.1 Première période : 1982-2005

¹⁰⁵ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/> et confirmé par l'article L.311-8 dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038887735/

Comme nous l'avons dit, un seul établissement nous a communiqué ses projets au cours de cette période¹⁰⁶. La plongée dans ces documents relativement anciens a été d'une grande richesse. Ce sont des pans de l'histoire d'une institution auxquels nous avons eu accès, à travers des codes d'écritures, un style et des discours propres à un contexte temporel, social et politique. Certaines pensées ou propos surannés sur la vision de l'homme¹⁰⁷ et de la femme¹⁰⁸ propre à une époque - du moins nous l'espérons - ont été relevés en 1982 et supprimés dès 1984.

De 1982 à 2001, les cinq projets successifs proposent une partie nommée « le travail clinique » : « Il intervient tout d'abord dans l'étude des dossiers qui sont proposés à l'admission. Il s'agit de repérer les symptômes décrits, la pathologie évoquée, voire le diagnostic porté lors de placements ou de consultations antérieures [...]. Il s'agit de repérer les troubles au cours d'entretiens et de pouvoir mettre en place une prise en charge adaptée »¹⁰⁹. Ce travail clinique se constitue, par exemple, pour les médecins psychiatres à travers deux dimensions : « La fonction clinique se définit par une approche psychopathologique de la personnalité des adolescents » et « la fonction institutionnelle se définit comme une approche analytique des problèmes relationnels induits par les troubles psychopathologiques des garçons pris en charge »¹¹⁰. Nous voyons là deux approches différentes et complémentaires du travail clinique qui se poursuivront dans les projets successifs : d'une part, la psychopathologie des jeunes accueillis en termes de symptômes, d'observation et de description ; d'autre part une volonté d'analyse et de mise en sens des troubles, portée par une équipe pluridisciplinaire dans les temps de réunion.

La place donnée à la relation éducative comme outil principal de l'éducateur avec pour point de départ la rencontre est constante durant toute cette période, comme sa référence au transfert : « [...] [l'adolescent comme], sujet de ce qu'il donne à entendre. C'est le "désir" de l'éducateur à propos du jeune qui agit comme "amorce" relationnelle (dans le

¹⁰⁶ DITEP 1 : 1982-1984-1992-1999-2001-2005.

¹⁰⁷ « L'éducateur remplit une fonction identificatoire, il constitue une image paternelle, virile, donnant aux jeunes des possibilités d'identification » ; « L'éducateur doit pouvoir être assez fort pour supporter l'agressivité du garçon », 1982.

¹⁰⁸ « La fonction de l'éducatrice, si elle tend à être conforme à ce qui est écrit ci-dessus, varie cependant du fait de la présence d'une femme. En effet, l'éducatrice a une fonction maternante permettant aux jeunes de régresser contrairement à la fonction paternelle qui, elle, permet de "grandir". Il semble important que l'éducatrice offre une image féminine permettant ainsi aux garçons une réhabilitation de l'image de la femme qu'ils ont souvent dévaluée », 1982.

¹⁰⁹ *Ibid.*

¹¹⁰ *Ibid.*

sens de catalyseur) ». Et plus loin : « la fonction de référent consiste à tenir une position d'adulte éducateur référent, mobilisant et motivant l'expression des désirs et des transferts ». Avec une nuance entre 1982 et 1984, en passant de « l'objectif de mobiliser la relation, le transfert à l'éducateur, à un désir d'analyse de ce qui se joue dans cette relation affective éducateur/jeune »¹¹¹.

En 1992, un PE nous met en garde déjà contre le risque d'une classification précoce en y repérant la responsabilité des adultes et d'un possible contre-transfert : « Il est primordial de ne pas enfermer le jeune dans un diagnostic rigide, souvent le fruit d'un contre-transfert ou de la réassurance d'une étiquette, qui, en fait chronicise la pathologie ; mais de mettre l'accent sur le pronostic d'évolution »¹¹². Face à cela, « chaque membre du personnel est porteur d'une "éthique" de fonctionnement institutionnel dans le sens de soigner, d'être à l'écoute, tant de la problématique personnelle que familiale de chaque jeune »¹¹³. Nous remarquons durant cette même période que les jeunes sont appelés à plusieurs reprises « notre clientèle ».

L'institution apparaît à de nombreuses reprises, souvent avec I majuscule et est souvent définie comme une entité dont le cadre symbolique et physique est soignant par la globalité des actions conjuguées. À partir de 1999, cet ITEP fait le choix de citer les professionnels de son établissement dans son PE à travers des propos issus de temps de réflexion à l'écriture du projet. Enfin, 2001 marque une première rupture avec la disparition de la partie « conclusion » au profit d'une nouvelle nommée « évaluation ».

III.2 Deuxième période : 2007-2019

C'est durant cette période que les PE sont les plus nombreux¹¹⁴. Les établissements que nous avons étudiés montrent bien la rupture que crée la loi 2002-2 en termes de forme et avec l'apparition de nouveaux titres de chapitre : PPA, COPIL, cadre législatif, *etc.* Ils reprennent la plupart des mots-clés du texte de loi : évaluation interne, externe, financeurs ; utilisent aussi tout un vocabulaire issu du management d'entreprise : « prestations proposées à l'utilisateur » ; « qualité de services » ; « démarche qualité » ; « évaluation interne et externe » ; « plan directeur ».

¹¹¹ 1984.

¹¹² 1992.

¹¹³ 1984 à 2005.

¹¹⁴ 2007-2008-2010-2011-2012-2014-2016-2017-2019.

En introduction de tous les projets des établissements d'une des associations, il est fait mention des valeurs de cette même association. Nous les retrouverons citées dans leur intégralité, avec des mots parfois en gras (« 1. Nous privilégions le sujet... et notre perspective est l'avènement d'une personne libre et créatrice. 2. Nous cherchons à articuler le soin à la personne et au milieu social dans lequel elle vit »¹¹⁵ ; « Les orientations principales issues des réflexions associatives [...] relèvent d'une approche psycho-dynamique ouverte »¹¹⁶). Cette filiation semble importante dans la mesure où c'est l'identité de ces établissements qui est en jeu, de même que leurs principes philosophiques et éducatifs.

III.2.1 Une mission première : le soin institutionnel

Toutes ces structures, via leur PE, se revendiquent être des établissements de soin, ce qui est logique au vu du contenu du décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 rappelant que les ITEP « dispensent des soins et des rééducations »¹¹⁷ et soutenu par la circulaire du 14 mai 2017. Ces deux textes précisent la nature de ces soins en trois pôles : « La dimension institutionnelle du soin » ; « Les soins spécifiques » et « Les soins somatiques »¹¹⁸. Rien que l'appellation SESSAD est suffisamment évocatrice : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile¹¹⁹. Certains font appel à une référence théorique pour définir leur vision du soin : « [...] le "prendre soin" au sens de Winnicott »¹²⁰ ; « le "prendre soin" (au sens du CARE anglo-saxon) »¹²¹. Un PE propose comme titre commun aux approches éducative, thérapeutique et pédagogique « Le Projet de soin institutionnel » avec cet incipit : « Ce qui soigne n'est pas le seul acte de soin du médecin psychiatre, du psychologue mais l'action conjointe des professionnels appartenant à une équipe interdisciplinaire [...]. Il s'agit d'une manière collective de réfléchir à comment prendre

¹¹⁵ DITEP 3, 2017.

¹¹⁶ DITEP 4, 2012.

¹¹⁷ Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000260009>

¹¹⁸ « Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et la prise en charge des enfants accueillis », Circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C n° 2007-194 du 14 mai 2007 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-06/a0060152.htm>

¹¹⁹ Bien que la tendance soit à la disparition de cet acronyme au profit d'autres tels que « service ambulatoire » ou « service externalisé ».

¹²⁰ DITEP 2, 2008.

¹²¹ DITEP 5, 2019.

soin de l'adolescent dans tous les domaines qui le concernent, d'affiner et de réajuster nos interventions, de donner du sens et de la cohérence à nos actions. C'est cette dynamique, animée par les différentes compétences des membres de l'équipe, qui donne toute sa valeur à la notion soignante de l'institution »¹²².

D'autre part, la notion d'institution est omniprésente dans tous les PE. Apparaissant parfois avec un I majuscule, elle symbolise pour eux la dimension globale de l'accompagnement. Un établissement a d'ailleurs fait le choix de modifier les mots de l'acronyme DITEP, écrivant en page de garde du projet « dispositif institutionnel thérapeutique éducatif et pédagogique »¹²³ plutôt que l'habituel « dispositif intégré » du Décret n° 2017-620 du 24 avril 2017. Depuis 1982, chaque projet met en avant ce concept d'institution malgré un climat politique et juridique qui tendait à lui préférer d'autres dénominations¹²⁴.

III.2.2 Une approche interdisciplinaire

Dans ce qui fait institution, tous les établissements, sauf un – nous y reviendrons par la suite – insistent sur l'importance de l'interdisciplinarité. Terme mis au goût du jour par la loi 2005¹²⁵, tous les PE s'en prévalent. Entre autres : « Travail clinique en équipe interdisciplinaire »¹²⁶ ; « il met en œuvre des actions à visée thérapeutique, éducative et pédagogique ambulatoires et avec une approche interdisciplinaire »¹²⁷. Les années passant, ce mot devient de plus en plus récurrent dans les PE. Le terme pluridisciplinarité apparaît encore parfois au détour d'une phrase, y compris dans les projets les plus récents. Un PE promeut ce terme en disant d'emblée au sujet de son établissement : « Ses principes d'actions sont multiples : Pluridisciplinarité et inter-institutionnalité »¹²⁸.

¹²² DITEP 3, 2017.

¹²³ *Ibid.*

¹²⁴ Chambrier, G., Paturet, J-B. (2014). *Faut-il brûler les institutions ? Dangers et confusions de l'idéologie marchande dans le monde médico-social*, Rennes, Presses de l'EHESP.

¹²⁵ Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000260009>

¹²⁶ DITEP 1 2014, DITEP 2 2014, DITEP 5 2014, DITEP 4 2016, DITEP 5 2016.

¹²⁷ DITEP 4 2012, DITEP 4 2016, DITEP 5 2016.

¹²⁸ DITEP 5, 2008, 2014, 2019.

III.2.3 La clinique : une notion polysémique

Le terme clinique se multiplie lui aussi au fil des PE successifs. Nous remarquons une recrudescence entre le milieu des années 2000 et la fin des années 2010. Par exemple, pour un même établissement, nous relevons 3 récurrences du mot en 2008 puis 13 en 2016 ; pour un autre 7 en 2012, 14 en 2016 ; ou encore 1 en 2007 et 15 en 2017. Les acceptions sont nombreuses bien qu'à notre sens, elles puissent toutes regrouper des lignes de forces plurielles rattachées au concept de clinique :

- Une analyse des données sur le jeune et son histoire : « Ce travail s'ancre dans un repérage diagnostic rigoureux et s'alimente de la richesse des informations cliniques pluridisciplinaires »¹²⁹ ; « à partir d'une analyse clinique de la situation globale d'un enfant/adolescent en souffrance »¹³⁰ ; « Elles [les réunions] ont pour objectif l'analyse clinique des comportements des jeunes par l'apport théorique et clinique de la psychologue »¹³¹ ; « Ce sont les assistants familiaux qui vont être détenteurs de la plupart des éléments cliniques comme le sommeil, l'alimentation, l'hygiène, les troubles du comportement, les difficultés dans les relations sociales, *etc.* »¹³².

- Une qualité d'observation : « observation clinique »¹³³ ; « [...] y est sollicité au travers de son regard clinique sur les situations qui y sont évoquées »¹³⁴.

- Une dimension relationnelle : « La relation éducative est inscrite dans une régularité et une continuité, dans une permanence aménagée en fonction de la clinique de la pathologie du lien dont nous avons fait état précédemment »¹³⁵.

- Une réflexion théorique : « L'équipe médico-psychologique maintient de façon constante et dynamique, un point de vue clinique sur chaque situation »¹³⁶ ; « Cette fonction d'accueil [...] suppose un travail d'équipe qui ne fasse pas l'impasse sur une réflexion clinique » ; « Clinique du quotidien »¹³⁷ ; « Elle se construit sur le croisement des observations de l'éducatrice scolaire avec l'approche et la réflexion clinique partagées entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire »¹³⁸.

¹²⁹ DITEP 4, 2012, 2016.

¹³⁰ DITEP 2, 2008, 2014, 2019.

¹³¹ DITEP 3, 2017.

¹³² DITEP 3, 2017.

¹³³ DITEP 4, 2016.

¹³⁴ DITEP 2, 2008, 2014, 2019.

¹³⁵ DITEP 5, 2008, 2014, 2016.

¹³⁶ DITEP 4, 2012.

¹³⁷ DITEP 5, 2008, 2014, 2016.

¹³⁸ DITEP 3 2017.

- Une posture : « Il apparaît qu’au SESSAD nous sommes tenus d’avoir une position clinique vis-à-vis de ceux avec qui nous travaillons. Par position clinique, nous entendons là aussi une certaine bienveillance à l’égard des autres, une distance suffisamment bonne, c'est-à-dire ni trop près (qui se rapprocherait du "copinage") ni trop loin (qui serait celle d’une position de savoir) »¹³⁹.
- Une démarche : « Procédant d’une démarche clinique et éducative originale »¹⁴⁰.
- Une approche : « Approche clinique d’un accueil d’adolescents »¹⁴¹.

Nous observons bien le caractère fluent de ce concept de clinique qui, pour les auteurs de ces PE, ne saurait être réduit à un seul aspect mais bien à plusieurs. Nous avons aussi relevé un passage qui résume bien ce matériel clinique : « Produire l’apaisement requis, puisque tel est l’objectif, ne va pas de soi. Il s’agit d’un travail d’accueil, un travail difficile à définir autrement que par le négatif. En effet, il se remarque surtout lorsqu’il n’est pas fait. Parce que s’il n’est pas fait, cela se met à exploser. En revanche, quand cela fonctionne, le travail effectué ne se voit pas. C’est, pour le dire autrement, un travail invisible qui joue sur des niveaux logiques complexes en vue de produire un certain type de "portage psychique", une qualité d’ambiance. Cela suppose la mise en jeu de la subjectivité de chacun des professionnels. Il s’agit de nous laisser travailler par ce qui se passe, en permettant que cela se passe »¹⁴².

D’autre part, des PE évoquent aussi une approche psychodynamique en essayant de la définir elle aussi : « Une conception psycho-dynamique avec pour théorie que la psyché humaine est susceptible d’évolution tout au long de la vie et notamment au cours de l’enfance et de l’adolescence »¹⁴³. Plusieurs évoquent l’influence de la psychanalyse sans pour autant n’avoir qu’une lecture des problématiques auxquelles ils sont confrontés : « Nous avons grandi sous l’influence de la psychanalyse qui a confirmé notre attention pour le sujet dans ses aspects conscients et inconscients »¹⁴⁴. Les origines de cette sensibilité clinique puisent donc dans l’histoire de l’association mais semble aussi liées à « la patte » des auteurs des PE.

¹³⁹ DITEP 5, 2014.

¹⁴⁰ DITEP 2, 2008, 2014, 2019.

¹⁴¹ DITEP 3, 2017.

¹⁴² DITEP 5, 2016.

¹⁴³ DITEP 3, 2017.

¹⁴⁴ DITEP 5, 2016.

III.2.4 La définition du public accueilli : éléments cliniques *versus* catégories nosographiques

Un élément qui nous aide à apprécier cette sensibilité clinique à travers ces PE est la façon dont ils vont définir la population qu'ils accueillent. À ce titre, l'étude de trois PE successifs du DITEP 2 nous semble intéressante. En 2008, le PE aborde avant tout l'importance des déterminismes : « S'il est bien sûr question de tenir compte des conditions culturelles, économiques et sociales de l'environnement, il est également incontournable que cet enfant découvrira la vie à travers les perceptions et les réponses données par les personnes qui lui assureront les premiers soins. La notion de bonnes conditions devient alors beaucoup plus complexe. L'adéquation entre les besoins essentiels de tel enfant et la qualité des ressources de son environnement social et humain dépasse largement le cadre de la bonne volonté ou de la compétence des uns et des autres ». Il évoque aussi la difficulté d'inscrire ces jeunes dans un cadre nosographique rigide : « si l'on préfère rester prudent pour l'inscription de ces jeunes dans des cadres nosographiques structurels afin ne pas prendre le risque de figer l'idée d'une possible évolution psychodynamique, il nous paraît primordial cependant de tenir compte du registre organisationnel de leur construction psychique du moment ». Et un autre de préciser : « Si la prudence s'impose en ce qui concerne le cadre nosographique des jeunes adressés, pour autant la classification de leurs troubles est nécessaire tout au long de leur séjour. À l'expérience, pour cet âge (11-18 ans), s'il paraît illusoire de fixer des étiquettes de structures psychopathologiques, il s'avère primordial de préciser les cadres de référence et les espaces de négociations organisationnelles auxquels ils appartiennent »¹⁴⁵. S'ensuivront alors des tableaux de classification où l'on retrouve des catégories issues de la CIM10¹⁴⁶, des tableaux conséquents en annexe avec les fiches d'entrée infanto-juvénile, des cases sur les troubles des parents, des maladies ou traumas possibles ou suspectés, etc. Toutefois, nous relèverons aussi dans ce PE de longues pages de description clinique sur les différentes caractéristiques de ce public, ses besoins, la question de l'adolescence, de son rapport à la loi, à la sexualité, etc.

En 2014, ces pages s'étoffent encore quand est évoqué le type d'approche globale de l'établissement en s'arrêtant sur les différents temps de la prise en charge : « La

¹⁴⁵ 2014.

¹⁴⁶ Classification Internationale des Maladies, 10ème édition.

mobilisation : redécouverte et consolidation d'une capacité autonome » ; « le temps de l'accueil" », « La restauration : la mise en œuvre de l'alliance le "temps du séjour contractualisé" », L'expérience de séparation : « le temps de métabolisation l'accès au symbolique ». À cela s'ajoute - et c'est original - une longue vignette clinique décrivant l'histoire du jeune et son parcours au sein de l'établissement (préadmission, prise en charge, fin de prise en charge). Enfin, en annexe, s'il apparaît une page de description d'une échelle d'évaluation du DSM, les tableaux d'annexes du précédent PE ont disparu au profit de frises chronologiques retraçant les événements marquants de l'existence de ces jeunes.

En 2019, des changements majeurs interviennent : la charte associative, les fondamentaux théoriques et les pages sur la description clinique de la population accueillie sont mis en annexes. L'histoire clinique du jeune apparue en 2014 disparaît de même que les tableaux de classification. Apparaissent alors trois nouveaux axes dans les titres : l'accompagnement thérapeutique, éducatif, et pédagogique. Cet exemple nous semble éloquent quant aux évolutions que subissent ces PE au fil des ans. Cet établissement avait privilégié un focus sur la dimension clinique jusqu'à ce que le projet devienne à peu près identique aux autres établissements de son association.

Autre exemple cette fois, plus court, sur l'évolution successive des trois projets d'un même établissement sur les caractéristiques du public. Dans un projet de 2007, il n'y a aucune mention des caractéristiques de la population accueillie autre que l'origine géographique ; en 2011, apparaît une page de description des besoins et quelques phrases ici et là ; en 2017, outre les classiques tableaux des troubles donnés à l'ARS, les caractéristiques du public et leur description clinique apparaissent tout au long des pages de façon conséquente évoquant l'approche de soin globale et les particularités des services. Nous supposons qu'un changement de direction puisse être à l'origine de la refonte totale du PE.

III.2.5 Une visée éthique dans l'accompagnement

Un dernier élément qui nous a semblé pertinent dans notre revue systématique de cette littérature grise a été la place donnée à l'éthique dans ces projets. Nous avons constaté qu'elle est principalement abordée à travers deux axes : les valeurs de l'association et son

comité éthique, et la gestion des paradoxes – nous reviendrons plus longuement sur ce dernier point. La plupart des PE de la même association font mention de l'importance donnée à l'éthique dans la charte associative : « Chacun des actes posés par l'un des acteurs de l'Association doit être interrogé en permanence par rapport à ses finalités et ses valeurs afin de maintenir l'action de l'association dans sa dimension éthique »¹⁴⁷. À partir de 2014, ils évoquent tous l'existence d'un comité éthique, sa constitution, ses objectifs : « Au plan associatif, il s'agit d'une réflexion collective associant une pluralité de point de vue (usagers, proches, représentants d'usagers, professionnels, personnes ressources...) et déclenchée par des situations concrètes singulières où entrent en contradiction des valeurs ou des principes d'intervention. La réflexion éthique est un espace d'autorisation de la pensée où le professionnel peut se poser les questions : est-ce que je fais « bien » ? En quoi mon action contribue-t-elle à une création de valeur pour la personne accompagnée ? Qu'est-ce qui justifie telle règle ou telle procédure ? L'éthique interroge et resitue régulièrement la pratique professionnelle de chacun par rapport aux principes définis »¹⁴⁸. Un établissement ira même jusqu'à mettre en annexe la situation d'une jeune fille qu'il a pu soumettre à cette instance¹⁴⁹.

III.2.6 La gestion des paradoxes comme quotidien

En 2016, apparaît dans un PE le titre gestion de paradoxes. Ce titre sera repris par deux autres établissements de la même association. Cette thématique nous semble pertinente à investiguer dans le sens où nous trouvons des ressemblances avec les questionnements autour des dilemmes moraux, éducatifs et philosophiques rencontrés en situation éducative. Ces paradoxes, comme les dilemmes, sont le lot quotidien de tout salarié évoluant dans le secteur de l'éducation spécialisée, quelle que soit la fonction qu'il occupe dans son organisation. Il semble dès lors indispensable, comme l'ont fait ces directeurs, d'aborder cette thématique dans leur PE. Ainsi, dans quatre PE nous pouvons retrouver les questionnements et observations suivants : « Comment assurer la liberté d'agir pour l'enfant/l'adolescent accueilli et garantir sa sécurité et celle des autres usagers ? Comment concilier la qualité et la continuité de l'accompagnement avec le refus de soin ? Comment

¹⁴⁷ DITEP 5, 2008.

¹⁴⁸ DITEP 4, 2016.

¹⁴⁹ DITEP 2, 2019.

travailler l'équilibre entre marges d'autonomie et incertitude ? Comment assurer des prestations individualisées au sein d'une vie collective, et ce plus particulièrement dans les internats ? »¹⁵⁰ ; « Les établissements médico-sociaux se trouvent parfois pris en étau entre différentes injonctions semblant, à priori, contradictoires. [...] Pour l'établissement, un paradoxe autonomie/protection entre principalement en résonance et se heurte à la pratique professionnelle. Comment viser à développer les aptitudes des jeunes accompagnés, à vivre en société, à être en relation avec les autres et notamment leurs pairs, à s'insérer et à s'ouvrir vers l'extérieur sans qu'ils se mettent en danger, notamment psychique ? »¹⁵¹.

Un établissement aborde aussi la question des durées moyennes de prise en charge : « L'un des problèmes sous-jacent qui demeure sans solution pour le moment, est l'allongement de la durée de prise en charge à l'établissement. Comment pouvons-nous prévoir des projets de sortie pour ces adolescents présentant des troubles psychiatriques avec des ressources qui n'existent pas à ce jour ? »¹⁵².

Nous voyons bien là comment ces paradoxes sont légion à toutes les strates de responsabilité de ces institutions. Tous les établissements renvoient en tous les cas à la nécessité de se retrouver en équipe pour échanger sur les situations problématiques, et plus encore pour mener une réflexion sur la nature des interventions de chaque professionnel. Un PE trouve une belle formule: « Pour ce défi d'accompagnement, l'engagement et la compétence individuelle et collective de l'équipe sont requis et nous mobilise, nous et nos partenaires, aux confins de nos possibilités et de nos limites, pour tisser avec et pour les jeunes des projets de vie et d'intégration sociale [...]. Nous avons à « trouver ensemble une communauté de sens et d'expériences partagés »¹⁵³. Laissons le dernier mot au sujet de l'éthique à ce même projet qui propose en conclusion que « l'être humain a tendance, pour des raisons pratiques, à vouloir normaliser les réponses. C'est à ce principe que notre établissement tente de s'opposer en explorant des pistes stratégiques pour la fin de cette période expérimentale qui approche à grands pas. Le dispositif par la richesse de ses solutions plus ou moins atypiques ».

¹⁵⁰ DITEP 5 2016.

¹⁵¹ DITEP 2 2019.

¹⁵² *Ibid.*

¹⁵³ *Ibid.*

III.1.3 Synthèse de la revue de littérature des projets d'établissement

Les PE ont tendance à se ressembler, s'expliquant par une trame à peu près commune par association et par l'harmonisation observée sur le fond autant que sur la forme, conséquence directe des lois successives depuis le début des années 2000. Des termes et concepts relatifs au milieu de l'entreprise ont surgi et se sont consolidés au fil des années. Des axes communs ont émergé parmi lesquels la façon de voir le soin en ITEP, c'est-à-dire dans une approche globale, interdisciplinaire et au plus proche de la singularité des jeunes accueillis. La dimension institutionnelle est omniprésente et les directeurs restent attachés à cette entité, garante selon eux du bon fonctionnement de l'organisation. L'interdisciplinarité est une caractéristique de leur dispositif, permettant une pluralité de regards, d'analyses, d'interventions et de soins. La référence à la clinique se multiplie au fil des années. Le sens donné à ce concept englobe de multiples acceptions : une approche, une posture, une qualité d'observation, un renvoi à un corpus théorique, le tout dans une dimension relationnelle. L'ancrage à une filiation psychanalytique est rappelé sans détour dans la plupart des PE quand d'autres usent d'une dénomination supposée moins chargée d'enjeux telle que la psychodynamie. La manière dont est décrit le public accueilli donne aussi des indications, la plupart des PE utilisant une description clinique de ces enfants et adolescents qui tend à éviter l'effet de catégorisation induit par l'exigence de classification des organismes de contrôle et de tarification. À cela s'ajoute, plus qu'une éthique, un souci de l'éthique¹⁵⁴ observable dans tous les écrits : cette volonté de donner l'orientation la plus juste, voire parfois la moins pire possible, est inscrite dans les préoccupations institutionnelles, en quête de solutions face aux paradoxes rencontrés au quotidien tant au niveau micro (comment accompagner le jeune vers l'autonomie tout en réduisant l'incertitude) que macro (exigence d'une durée moyenne de séjour réduite face à un manque de place pour orienter).

III.3 La clinique au prisme des directeurs d'établissement

« La science n'a que faire de l'alternative entre la démesure totalisatrice d'un rationalisme dogmatique et la démission esthète d'un irrationalisme nihiliste ; elle se satisfait des

¹⁵⁴Didier, D., Aiguier, G., Melin, V. (2018). « (Se) former à l'éthique professionnelle : enjeux et perspectives. France », *Spirale - Revue de Recherches en Éducation*.

vérités partielles et provisoires qu'elle peut conquérir contre la vision commune et contre la doxa intellectuelle et qui sont en mesure de procurer les seuls moyens rationnels d'utiliser pleinement les marges de manœuvre laissées à la liberté, c'est-à-dire à l'action politique »¹⁵⁵ .

Nous avons interrogé 5 directeurs d'établissement et 1 directeurs associatifs à travers des entretiens non-directifs. Les entretiens se sont déroulés soit en présentiel, soit en visioconférence. Leur durée a été d'environ 45 minutes en moyenne. Nous avons pu interviewer trois directeurs et une directrice de DITEP, une directrice d'un établissement qui couple un Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) et un Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS) - ainsi qu'un directeur associatif. Nous avons bien évidemment assuré à l'ensemble des professionnels qui ont été interviewés l'anonymat de leur réponse.

Notre souhait initial est d'apprécier la vision qu'ont ces directeurs de la clinique au sein de leur établissement. Ils sont les garants des actions menées au sein de leur établissement et les principaux rédacteurs des projets d'établissements¹⁵⁶. Ils se trouvent être les interlocuteurs privilégiés pour discuter du cadre global d'intervention des DITEP puisqu'ils sont, de leur place de cadres, à la confluence des enjeux politiques, associatifs, philosophiques et de management. Nous avons donc recueilli leurs discours sur les pratiques d'orientation clinique. La question a donc été la même que pour les éducateurs spécialisés : « Pouvez-vous me parler de la clinique en DITEP » ?

Disons-le d'emblée, les directeurs ont eu moins de difficulté à évoquer d'entrée cette notion contrairement aux éducateurs spécialisés. Rompus à ce genre d'exercice, ils ont été plus à l'aise sur le terrain conceptuel, surtout à la place d'experts qu'ils occupent en tant qu'auteurs des projets d'établissement. Nous avons procédé à une retranscription exhaustive en *verbatim* de tous ces entretiens, fait émerger les principales thématiques, puis analysé leur contenu.

¹⁵⁵ Bourdieu, P. (1993). « Post-scriptum », *Op. cit.* p.944.

¹⁵⁶ Batifoulier, F. (2013). Le directeur et la clinique. Prendre soin de l'institution. Dans : Lin Grimaud éd. *Clinique et management : rupture ou transition* (pp. 159-176). Toulouse: Érès.

III.3.1 Deux fondamentaux : la clinique et le soin

Pour ces directeurs, tout d'abord, la clinique a à voir avec le soin et le prendre soin. C'est par cette idée qu'ils démarrent à peu près tous leurs propos : « pour moi, la clinique, ce que ça m'évoque, c'est d'être dans le prendre soin des enfants qui nous sont orientés » (D2) ; « Franchement, pour moi c'est la porte d'entrée. C'est ce qui fait soin » (D3). Cette entrée par le terme soin est classique dans le secteur médico-social : bien que n'étant pas des établissements de soin au sens médical, il est noté dans leur projet qu'ils prodiguent des soins éducatifs, thérapeutiques et pédagogiques. Pour un directeur : « la place de cette clinique au DITEP, pour moi elle est à la racine de la relation, clairement... c'est l'origine » (D1). Cette idée de la clinique comme primordiale, comme principe princeps à tout accompagnement apparaît clairement : « [la clinique], c'est le maître mot de l'accompagnement » (D2).

III.3.2 Approche institutionnelle *versus* dispositif

Nous l'avons évoqué, ces associations ont une filiation directe avec la psychanalyse qui offre les soubassements de la clinique dans ces établissements ; qu'elle soit inscrite dans les projets d'établissements ou évoquée par les directeurs, elle existe comme déjà-là, comme origine : « Moi, à l'embauche, je rappelle toujours, et c'est inscrit dans notre projet associatif : on privilégie le sujet ! On fait de la clinique ! Notre base, c'est la psychanalyse » (D1). Mais selon eux, toute approche qui se revendiquerait d'une filiation psychanalytique serait aussitôt réprouvée : « On n'écrit pas ça dans un projet qu'on donne à l'ARS¹⁵⁷ parce que pour eux c'est une théorie désuète. C'est une approche qui n'a plus de valeur et ce sont les théories cognitivo-comportementales qui sont mises en avant aujourd'hui parce que c'est le symptôme qui prime » (D2). Un autre ajoute à ce sujet : « [à l'ARS] Ils ne demandent pas des codifications qui ont à voir avec une approche psychanaléifique (sic)... psychanalytique » (D6). Nous apprécions à sa juste valeur le lapsus de ce directeur. Depuis Freud¹⁵⁸, nous savons que le lapsus n'est pas tant un défaut de fabrication du langage qu'une présence en excès dans la pensée. Dont acte. Un directeur DITEP a le même constat : « Moi j'ai d'autres systèmes que la psychanalyse...

¹⁵⁷ Agence Régionale de Santé.

¹⁵⁸ Freud, S. (2001). *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Paris, Payot.

parce que la psychanalyse, il faut éviter d'employer ce terme-là dans ces endroits » (D3). Prenant acte de cette difficulté, un directeur manœuvre comme il le peut : « La psychanalyse a été mise au déchet de la pensée dans certains espaces. Et du coup, dès qu'aujourd'hui on parle psychanalyse, même moi je sors de mon terme, je parle de psychodynamie parce que personne ne sait ce que c'est. [...] Et quand je mets sur le projet d'établissement qu'il y a une approche psychodynamique qui nous aide à penser, qui nous aide à soigner, que c'est ça notre projet de soin et qu'on l'affiche comme tel ... Ben je ne sais pas si le prochain projet d'établissement va être retoqué » (D1).

D'autre part, ils insistent tous sur l'importance de l'institution en tant que terme et en tant que symbole : « L'institution est vraiment importante même si c'est vrai qu'on en parle différemment depuis que nous sommes en Dispositif » (D4). Lorsqu'ils évoquent ce terme, plusieurs directeurs renvoient à la psychothérapie institutionnelle qui « même si elle n'est plus trop d'actualité dans nos établissements, a façonné notre façon de voir ce qu'était une institution » (D2). À l'origine, le I de l'acronyme ITEP signifiait « Institut » et renvoyait clairement à la notion d'institution. Depuis un décret de 2017¹⁵⁹ et le passage en dispositif, le I est devenu « Intégré ». Pour tous les directeurs interviewés, la notion d'institution disparaît peu à peu au gré des textes de lois successifs ; certains ont quand même décidé de jouer avec l'acronyme dans la présentation de leur projet d'établissement, donnant le nom de « Dispositif Institutionnel Thérapeutique Éducatif et Pédagogique ». Un directeur s'explique : « Le projet de soin, c'est la dimension institutionnelle. Quand nous sommes passés en DITEP, moi je me suis battu contre ce terme "intégré" du dispositif intégré. Parce qu'il n'avait pas de sens » (D1). Un autre se montre plus réactif, en opposition à certains discours politiques récents : « [...] Et quand Sophie Cluzel et la rapportrice de l'ONU disent qu'une institution bonne, ça n'existe pas : ben, elles nous dézinguent ! Elles dézinguent nos établissements ! » (D2).

III.3.3 Le symptôme : manifestation d'une singularité ou item de catégorie diagnostique ?

Pour ces directeurs, il s'agit avant tout de privilégier le jeune accueilli comme sujet puissant et capable malgré des symptômes qui peuvent s'exprimer violemment :

¹⁵⁹Décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034485262>

« L'enfant n'est pas que pathologie, il n'est pas que problème, il a plein de ressources et le plus gros du travail, c'est de dépasser parfois les symptômes qui peuvent être agaçants. Ils peuvent manifester plusieurs choses, mais c'est de toujours avoir en tête leur ressources et de mettre l'accent là-dessus » (D5). La façon de considérer l'enfant ou l'adolescent peut ressembler à un parti pris : « Le trouble du comportement qui est dit comme le handicap des personnes en DITEP, ce n'est que la symptomatologie de leur souffrance psychique. Donc si on les aide à mettre en pensée cette souffrance, à mettre en mots, à verbaliser, à y mettre du sens, potentiellement cela viendra apaiser le trouble » (D6). D'où une approche clinique qui vise à « vraiment comprendre la problématique du sujet et à dépasser la notion de symptômes [...]. Et ne pas s'arrêter simplement au symptôme qui est le sien. [...] Voilà, avec la clinique on va aller au-delà du visible » (D4). Par voie de conséquence, la place donnée au jeune reconnu comme sujet singulier et capable, au-delà de l'expression de ses symptômes, revient là aussi avec insistance. Dépassant une logique catégorielle ancrée dans une pathologie diagnostiquée, les manifestations bruyantes de leur mal-être sont accueillies comme mode d'expression qu'il importe de mettre au travail. Dans ces établissements qui se prévalent d'une approche globale de l'individu, l'idée de traiter exclusivement le symptôme et occulter toutes les autres dimensions (environnementale, sociale, politique), peut heurter certains dirigeants : « Un enfant, il fout le bazar en classe, ce qui compte ce n'est pas qu'il soit apaisé ou soigné, c'est qu'il ne foute plus le bazar en classe. Voilà. Et la cause, on s'en fout. Aujourd'hui, on traite les conséquences. [...]. À la MDPH aussi, on ne traite que des symptômes, on va pas chercher derrière le fond, la cause ou l'origine... Non. Le symptôme » (D6). Ils défendent unanimement l'accueil de ces symptômes à travers une sensibilité clinique qui s'inscrit dans la relation éducative qu'entretiennent les éducateurs spécialisés auprès de ces jeunes en souffrance : « Si on n'est pas dans cette relation, il n'y a pas d'accroche, pas de lien et du coup, le processus soignant ne peut pas prendre » (D5).

III.3.4 L'accompagnement : sprint ou marathon ?

Cette relation se développe dans un accueil, au jour le jour, à travers un bruit de fond qui va venir scander tous les moments du quotidien et faire repère pour ces jeunes souvent en manque de référence spatio-temporelle. Un ancrage dans un temps fiable leur fait en effet défaut, du fait d'un vécu du temps souvent marqué par l'angoisse de la béance temporelle.

Le quotidien justement, par sa répétitivité, sa ritualisation, vient étayer ce rapport au temps défaillant, et ce que l'on nomme péjorativement la routine, va constituer alors un cadre sécurisant pour penser un temps moins intoxiqué par l'imminence de la finitude ou du chaos.

Nos sociétés postmodernes¹⁶⁰, voire hypermodernes¹⁶¹, ont engendré concomitamment un processus d'accélération¹⁶² qui se répercute aussi dans les établissements de soin. L'approche clinique nécessite de prendre le temps de la rencontre, de la relation, de la reconnaissance, de la confiance afin d'initier un processus d'autonomisation et d'émancipation. Les jeunes accueillis souffrent de problématiques complexes nécessitant une approche diversifiée et patiente. Or, selon les personnes interviewées, ce temps long n'est pas en adéquation avec les injonctions des politiques sociales et économiques. Ces directeurs remettent en cause à ce titre certains indicateurs comme la durée moyenne de séjour (DMS)¹⁶³ qui ne leur semble pas d'une grande pertinence auprès des jeunes accueillis : « Il faut pouvoir prendre du temps, et ces accompagnements pour des jeunes avec des handicaps psychiques, le temps est important et la temporalité des accompagnements est parfois longue. Il faut accepter que parfois, ça demande du temps, même si les politiques publiques ont tendance à nous dire : diminuez le temps ! Il faudrait que les accompagnements soient de trois ans, puisque c'est une moyenne nationale » (D5). Un directeur décrit sa vision du temps au sein de son établissement : « Il faut penser le temps de l'institution. Donc offrir le temps de la rencontre, le temps de la pensée, le temps de l'interdisciplinarité. [...] Sur la durée où on nous demande de faire de plus en plus vite, c'est une injonction sociétale qui vient certainement endommager cette clinique. Parce qu'il y a le temps... le temps de la vie psychique qui se fait dans les murs de cette institution qui se veut ouverte et contenante » (D3). Ce directeur n'hésite pas à parler d'errance en sécurité, bordée par le cadre d'une institution. Pour beaucoup, ce sont des jeunes qui se cherchent, qui cherchent les limites, à comprendre leur histoire, ce qui nécessite du temps. Cette question d'indicateur s'avère primordiale et semble contradictoire avec les exigences des organismes de tarification et de contrôle. Pour D1, « la question du temps est fondamentale et d'ailleurs il y a une hypocrisie extraordinaire :

¹⁶⁰ Lyotard, J.-F. (1972). *La condition postmoderne*. Paris, Les éditions de minuit.

¹⁶¹ Aubert, N. (2004). *L'individu hypermoderne*. Toulouse, Érès.

¹⁶² Rosa, H. (2010). *Accélération : une critique sociale du temps*. Paris, La Découverte.

¹⁶³ Cette durée moyenne de prise en charge en DITEP tend à se réduire et se situe aujourd'hui autour de trois ans et demi (IGAS, 2018).

c'est la durée moyenne de prise en charge. C'est d'une hypocrisie, qu'a donnée l'ANAP¹⁶⁴ c'est à dire que sa durée moyenne de prise en charge est regardée à l'aune de l'établissement, mais pas à celle du parcours du jeune alors qu'on nous rebat les oreilles sur la notion de parcours ». Un directeur explique comme il est complexe de tenir compte uniquement des indicateurs imposés : « C'est difficile parce qu'on essaye, ouais ben on triche... enfin on fait comme si. On joue sur les indicateurs. On bricole, on se débrouille. C'est difficile parce qu'aujourd'hui, l'enjeu, c'est aussi un enjeu financier » (D3).

III.3.5 Indicateurs : observables, objectivables et... subjectivables ?

Cette dernière phrase nous renvoie aux enjeux financiers et aux critères d'évaluation de la qualité et de la performance des établissements. Les personnes interviewées relient directement ces éléments à l'irruption de la réforme SERAFIN-PH dans les établissements où ils sont en poste. Nous l'avons évoqué, cela entraînerait des répercussions sur tous les modes de gouvernance¹⁶⁵ de ces institutions, des finances de projets en passant par les indicateurs d'évaluation. Les directeurs évoquent tous cette réforme avec une certaine crainte – ou une crainte certaine : « Quand aujourd'hui au niveau de SERAFIN-PH, on limite les choses aux besoins... Il y a des besoins manifestes, certes, mais il y a aussi des besoins latents et c'est justement la clinique qui permet d'évaluer ces besoins latents » (D3). Cette réforme, en créant un vocabulaire partagé, permettrait de disposer de points de repères susceptibles de faire disparaître les disparités liées aux territoires et à l'hétérogénéité des financeurs (État, conseils départementaux, ARS, etc.). L'outil SERAFIN-PH s'appuierait sur la singularité des besoins de chaque personne et permettrait d'identifier ce qui sera la base de la tarification. Pour les ESMS, la tarification ne reposerait plus sur la masse salariale ou sur les plateaux techniques, mais sur l'identification des besoins. Autrement dit, sur une tarification à l'acte qui inquiète les directeurs, particulièrement lorsqu'il s'agit de quantifier les actions des professionnels de soin : « Mais le soin est porté par l'ensemble des professionnels ! Pour moi, un chauffeur-accompagnateur est aussi soignant qu'un thérapeute dans les interactions qu'il peut avoir

¹⁶⁴ Agence Nationale d'Appui à la Performance. Créé en 2009, c'est un groupement d'intérêt public chargé d'aider les établissements à améliorer leurs services par le biais d'outils et de recommandations.

¹⁶⁵ Ainsi sont appelés les nouveaux modes de gestion institutionnels. Le terme est loin d'être neutre : Spurk, J. (2016). *La gouvernance* ou le règne de la raison instrumentale. *L'Homme & la Société*, 199, 21-46.

avec les jeunes et les familles. Quand il va chercher le gamin le lundi matin après un week-end en famille, il ne fait pas que conduire. Il écoute, il prend le pouls, c'est le premier contact avec notre institution. Du coup, je marque quoi ? Qu'il a fait de la chauffe ? Qu'il a participé à un temps d'accueil ? Un temps d'écoute ? C'est pas sérieux... » (D2). Ces enjeux de quantification et de qualification des actes et des interventions apparaîtront dans une majorité d'entretiens. Le lecteur nous pardonnera la longue citation qui suit mais elle nous paraît particulièrement significative des préoccupations que nous venons d'évoquer : « [...] On a une société qui tend au formatage, et notamment celui du soin. Et s'il y a bien une chose qui m'inquiète, qui me ferait partir du secteur, c'est qu'on passe à la T2A¹⁶⁶. [...] Je ne veux pas tout politiser mais tout est politique. Surtout le soin. La dimension de la quantification, du temps, tout ça c'est une approche libérale. Point à la ligne. C'est une approche où on veut quantifier le soin, le transformer en entreprise. Mais on n'est pas dans une entreprise ! Moi je défends que tout ça, ce soit coûteux. Bien sûr que c'est coûteux le soin, mais c'est le prix de la vie peut être. [...] La réforme de la tarification, ça va jusque-là. Au lieu de donner 50 000€ à notre DITEP pour accompagner Zinedine, on va donner de l'argent à son père et il se débrouillera. Il ira voir les plateformes. Et ça c'est le summum de la libéralisation du secteur. [...] C'est tout ça qui m'inquiète réellement. C'est la réforme de la tarification, la libéralisation de la société » (D3). La question d'un jeune en DITEP demandeur ou de parents demandeurs d'un accompagnement médico-social est complexe. D'abord parce qu'il n'est pas certain que toutes ces personnes soient effectivement à l'initiative de ces prises en charge ; d'autre part, la problématique de ces publics, comme beaucoup d'entre nous, est bien souvent de ne pas savoir ce dont ils ont besoin¹⁶⁷.

Les directeurs évoquent aussi les appels à projets à traiter et les manières de satisfaire les préoccupations temporaires des politiques publiques. Un directeur rappelle comment les problématiques « avec le vent en poupe » produisent plus d'argent : « à titre d'exemple, il y a eu un appel à projets de l'ARS pour des places SESSAD : vous prenez des enfants normalement perturbés c'est 18 000€ le coût à la place. Et ceux qui ont pris des enfants TDAH, 25 000€ la place par enfant. Des fois on se dit qu'on aurait intérêt à mettre l'étiquette parce que ça nous donnerait des moyens [...] Si aujourd'hui vous ne faites pas

¹⁶⁶ La tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés

¹⁶⁷ Legendre, P. (1997). *La fabrique de l'homme occidental*. Paris, 1001 nuits.

la publicité de la symptomatologie complexe de certains jeunes, vous n'avez pas la reconnaissance des tutelles » (D5). Ni les financements qui vont avec, donc.

III.3.6 L'éthique comme boussole

D'éthique, il en est question dans tous les discours de ces directeurs. Bien que le mot ne soit jamais prononcé, nous décelons ses soubassements dans leurs propos. Nous nous référons à une première définition simple empruntée à Paul Ricœur : « la visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes »¹⁶⁸, l'éthique est indissociable du travail social. Le terme « visée » nous paraît essentiel car il ne s'agit pas d'un état, mais bien d'un processus, d'un horizon vers lequel cheminer, qui plus est dans les métiers de l'humain. Les directeurs n'en sont bien évidemment pas exempts¹⁶⁹. Cela s'observe tout d'abord dans le regard porté au public accueilli. Pour eux, ces adolescents sont des sujets désirants, capables, et à qui l'on doit reconnaître un pouvoir sur leur existence. On ne peut se substituer à eux, et il s'agit par conséquent d'accepter notre incapacité à aider, à faire, à convaincre : « pour moi, c'est de vraiment prendre le gamin dans sa globalité, c'est-à-dire qu'il a des difficultés mais pas que. Il a de la ressource. Il a des rêves parfois. Parfois pas. [...] Il faut se contenter de très très peu. [...] Pour moi, la clinique, c'est que même quand eux doutent, nous on garde espoir et on arrive à trouver chez les jeunes qui nous sont confiés, les ressources mobilisables qui sont encore en vie chez eux. Donc, pour moi la clinique, c'est vraiment ça. [...] Le projet, il est coconstruit, ce n'est pas le nôtre, c'est celui de l'enfant et de sa famille, c'est-à-dire que peu importe ce que nous on espère dans l'absolu ; on laisse ces enfants exprimer des choses, les parents aussi, et on essaie d'aller vérifier ce qui est possible » (D3). Cette posture ne manque pas d'intérêt quand on sait la place prépondérante donnée au projet du jeune - avec les difficultés que l'on connaît -, et la volonté de contrôle plus ou moins latente des professionnels sur leur avenir¹⁷⁰. Un directeur va même jusqu'à rappeler la mission originelle de l'ITEP selon lui, accompagner le sujet à mettre du sens sur sa propre vie afin qu'il puisse (re)trouver du bonheur dans son existence. Jusqu'à même soutenir un paradigme fort puissant, soutenu

¹⁶⁸ Ricœur, P. (1998). « Le soi et la visée éthique », *Soi-même comme un autre*. Paris, Seuil, pp.199-236.

¹⁶⁹ Batifoulier, F. (2014). « Chapitre 18. Le directeur et la question clinique : De la clinique institutionnelle à l'institution suffisamment bonne », *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*. Malakoff, Dunod, p. 377 à 398.

¹⁷⁰ Paturet, J-B. (1997). *De Magistro : Le discours du maître en question*. Toulouse, Érès.

par bien des penseurs avant lui : la possibilité de vivre heureux malgré une maladie, qu'elle soit physique ou psychique : « Mais après ce qui peut peut-être faire peur, c'est qu'on est dans une société où on va vers l'opérationnalité. Toujours. Et on se dit soignant. La société regarde le soin comme : diagnostic, traitement, guérison. Je pense que le soin psychique, c'est pas ça. Je pense qu'on peut rester malade et heureux. Et que notre boulot ce n'est pas tant de soigner, c'est d'aider le jeune à comprendre où il en est et à accepter ses failles » (D1). Ce sont des prises de position qui engagent chacun de ces cadres dans leur vision de la gestion de leur établissement, mais plus encore dans la vision qu'ils ont du monde et de chaque individu. Le champ lexical de l'engagement, de la militance, emprunté par certains est loin d'être anodin. À tel point que l'un d'entre eux dira au sujet de son combat pour préserver les valeurs cliniques auxquelles il croit : « Je n'ai pas envie de perdre mon âme » (D4). Car ces questions sont bien celles de notre monde contemporain : « les marginaux, y compris les fous, posent une question qu'il faudrait entendre. Cette question est celle de la différence. Comment leur donner les moyens de réussir une vie sociale sans exiger d'eux une réinsertion à tout prix ? Ce problème est un de ceux de notre époque »¹⁷¹.

III.3.7 Synthèse des entretiens avec les directeurs d'établissement

Ces entretiens ont permis d'avoir une lecture de ce qui pouvait faire commun dans le cadre de pensée de la totalité de ces établissements. Cette lecture est limitée dans la mesure où elle s'appuie sur les documents officiels qui ont vocation à être une « vitrine » pour ces structures mais il n'en demeure pas moins qu'il est possible, à partir de ce recueil de données, de dresser un tableau de l'état actuel des représentations de la clinique dans ces établissements.

Bien qu'à la lecture de leurs propos, il demeure complexe de s'arrêter sur une définition univoque de cette notion, plusieurs éléments émergent comme communs :

- 1) La clinique a à voir avec le soin ;
- 2) La clinique permet la mise en sens des pratiques professionnelles et une meilleure compréhension de l'agir des personnes rencontrées ;

¹⁷¹ Mannoni, M. in Avet, R. (2014). « Un lieu en marge des institutions », *La liberté de faire autrement. Un itinéraire singulier dans le travail social*. Nîmes, Champ social, pp. 53-60.

- 3) Il n'y a pas de clinique sans relation ;
- 4) La clinique permet de faire avec les incertitudes liées aux métiers de l'humain ;
- 5) La clinique se nourrit du travail en équipe ;
- 6) Clinique et éthique sont intimement liées.

Au sein de leur institution, ils disent avoir essayé de mettre en place des conditions de travail favorables à ce qu'une sensibilité clinique puisse exister parmi les salariés : les projets d'établissement, espaces de réunions, les groupes d'analyses des pratiques professionnelles (GAPP) – même si des services n'en bénéficient pas -, les formations institutionnelles, ainsi qu'une volonté de la part des directions à proposer cette lecture aux situations rencontrées. Néanmoins, des freins ont été relevés unanimement avec plus ou moins de vigueur et ont trait le plus souvent aux mutations du travail social à l'œuvre résultant d'une marchandisation du secteur, initiée depuis plusieurs décennies. Les politiques publiques convergent vers une vision néolibérale dans les métiers de l'humain, déjà visible dans ses dimensions économiques, sociales et philosophiques. Nous relevons aussi que certains courants théoriques tels que la neurobiologie ou les approches cognitivo-comportementales visent à installer une domination de certaines idéologies au détriment de certaines autres telles que la psychanalyse ou la sociologie clinique. Certains directeurs se montrent d'ailleurs particulièrement inquiets face à cette évolution contre laquelle ils essaient de lutter. Cette lutte se situe au niveau des négociations avec les organismes de contrôle et de tarification, des projets à mener et des valeurs portées par ces personnes dans tous les espaces publics ou privés. Nous relevons là une certaine crainte de l'avenir qui se profile, du destin des établissements médico-sociaux et, par extension, des personnes qu'ils accueillent. Un positionnement éthique leur semble dès lors indispensable pour faire face aux injonctions paradoxales liées aux spécificités de leur poste : intégrer ces politiques sociales et toutes les directives plus ou moins injonctives (recommandations, bonnes pratiques, etc.) à l'accompagnement de jeunes dont les situations complexes invitent à regarder du côté de la singularité, du cas par cas, plutôt qu'aux traitements globaux des populations. Il semble néanmoins que ces associations, en tant qu'entités juridiques, politiques et symboliques, avec leurs valeurs historiques, permettent encore à ces établissements d'avoir une marge de manœuvre et de décision quant à la philosophie de soin qu'ils comptent mettre en place.

III.4 La clinique au prisme des éducateurs spécialisés

« Quelles que soient les bonnes intentions de départ, la "part du flou" frappera à la porte, comme en écho à l'indicible des pratiques »¹⁷².

Les entretiens exploratoires ont été menés auprès de quatre éducatrices et un éducateur de trois établissements différents, âgés entre 25 et 60 ans. L'échantillon sans être représentatif, nous semble en revanche significatif du profil visé. Ces interviews non directives se sont déroulées en présentiel dans le bureau du chercheur ou dans une salle de réunion sur les services où sont en poste ces éducateurs spécialisés. Un entretien de groupe a été réalisé auprès de trois professionnels qui travaillent sur plusieurs services d'un ITEP. La question de départ était relativement simple et ouverte : « Pouvez-vous nous parler de la clinique en ITEP » ? Les résultats ont été plutôt étonnants car pour une grande majorité, ces professionnels se sont retrouvés en difficulté pour définir la notion de clinique. Pour eux, il y avait une dimension trop abstraite, presque « hors-sol », car trop peu contextualisée. Ce qui a été remarquable, c'est que tous et toutes ont choisi de nous raconter leur quotidien pour expliquer ce qu'ils faisaient et de là, sans forcément le vouloir, ont pu donner des éléments de réponse à cette question. Nous proposons de discuter les points saillants qui ont émergé de ces interviews à savoir : leur rapport à la clinique ; leur définition de la clinique ; l'importance du récit dans leur pratique ; le travail en équipe ; la notion de parcours ; leur positionnement éthique.

Nous avons privilégié l'entretien non-directif afin de rester le plus ouvert possible sur ce recueil de données¹⁷³. Dans ce cadre, l'entretien non directif vise à faire apparaître la logique ou la manière de construire une situation, une idée, une expérience passée des acteurs. Notre but étant d'inciter l'interviewé à approfondir et à préciser des points qu'il aurait peut-être abordé spontanément ; notre rôle est alors de soutenir l'effort d'exploration de la personne interviewée quand elle est seulement allusive, en relançant celle-ci par des reformulations, et l'aider à développer et préciser sa pensée. Il s'agit de comprendre quelles sont les évidences des interviewés en essayant d'appréhender la logique sous-jacente de leur discours. Notre ambition était d'interroger ces professionnels

¹⁷² Nègre, P. (1999). *La quête du sens en éducation spécialisée : De l'observation à l'accompagnement*. Paris, L'Harmattan, p.127.

¹⁷³ Blanchet, A. (1995). *L'entretien dans les sciences sociales*. Paris, Bordas.

afin qu'ils nous décrivent leur réalité des pratiques cliniques dans leur quotidien avec, à l'esprit, le constat d'une difficulté chez eux à caractériser et conceptualiser celles-ci. En effet, « si les sujets individuels sont les acteurs de la réalité sociale, s'ils la produisent autant qu'ils en sont le produit, la compréhension de cette réalité ne peut être mieux assurée que par ces mêmes acteurs et par ce qu'ils disent sur la manière dont ils perçoivent et définissent eux-mêmes la réalité de leur situation »¹⁷⁴. Nous proposons de discuter les points saillants qui ont émergé de ces interviews.

III.4.1 Clinicien ? Qui ? Moi ?

Il apparaît rapidement que la plupart de ces professionnels disent ne pas ou peu faire de la clinique. Trois observations. D'abord, il y a là un premier paradoxe : il est en effet notable que les éducateurs d'une part disent ne pas bien savoir ce qu'est la clinique, ne pas savoir la définir, voire en parler ; et d'autre part, qu'ils affirment ne pas faire de clinique. Nous aurons l'occasion d'investiguer cette question. La deuxième est qu'ils utilisent directement le terme « faire » de la clinique, terme qui sera donc repris par l'interviewer. Le troisième point, enfin, est ce sentiment de ne pas faire de la clinique au quotidien. Nous l'avons déjà observé dans nos expériences d'éducateur ou de formateur en travail social, dans une grande majorité, les éducateurs spécialisés, incontestablement, ne se considèrent ni manuels ni voués à la transmission de savoir-faire techniques ou de savoirs ; pourtant ils refusent obstinément de s'identifier à des travailleurs intellectuels qui servent pour eux de repoussoir¹⁷⁵. Pour l'un d'entre eux, c'est clair : « Ce n'est pas quelque chose que j'utilise dans mon travail avec les jeunes. Je vais être beaucoup plus dans quelque chose en fonction de la relation avec le jeune, sur un instant T, je vais essayer des choses mais je ne vais pas réfléchir en fonction de la clinique » (E3). Cette dernière phrase nous semble intéressante puisqu'à la fin il ne s'agit plus de faire de la clinique mais de réfléchir en fonction de la clinique. Pour une autre, la réponse est plus nuancée : « Vous considérez que vous faites de la clinique ? - Pas tout le temps (rires). Pas assez je trouve... » (E2). Ou encore, pour une autre « C'est prétentieux de dire

¹⁷⁴ Delory-Momberger, C. (2005). *Histoire de vie et Recherche biographique en éducation*. Paris, Anthropos, p.110.

¹⁷⁵ Berton J. (2007). « Démarche clinique et formation initiale des éducateurs », *Op. cit.* p.73.

ça...Ouais c'est prétentieux. On essaie de prendre soin de l'autre. Je préfère le voir comme ça [...] » (E4).

Nous remarquons qu'un seul éducateur, lorsqu'elle aura donné sa définition de la clinique - « Bah déjà quand tu prends soin de quelqu'un, est-ce que c'est pas un premier pas vers la clinique ? » (E5) -, assumera une posture de clinicien de manière logique : s'il prend soin des jeunes, alors il fait de la clinique. Ce parti pris est rarissime quand nous le comparons à ses collègues qui trouveraient prétentieux de soutenir cela, quand une autre comme E1 nous renverra à un manque de légitimité – ce qui nous amène un premier élément de réponse au sentiment de ne pas faire de clinique. Cette dernière d'ailleurs, quand on lui demande ce qu'il manque dans sa pratique pour que ce soit clinique répondra : « Que cela soit réfléchi, (*silence*) [...]. En fait, j'ai pas conscience que je vais faire la clinique quoi. Pour moi, j'ai pas encore assimilé ce truc, que ces petites choses du quotidien, ce sont des choses de la clinique ». En ajoutant un peu plus tard : « « Parce que je pense que je ne suis pas quelqu'un qui lit énormément et que pour moi dans ma tête, il faut que tu lises il faut que tu sois vraiment claire sur tout pour te permettre de dire que tu fais de la clinique » (E1). La clinique renverrait donc à un savoir théorique qui pourrait s'acquérir grâce à des lectures. Mais lorsque l'on pose la question à tous ces professionnels, les réponses diffèrent sensiblement.

III.4.2 La relation comme finalité de l'action

Pour chaque enfant ou adolescent arrivant en ITEP, un dossier justifiant les motifs de cette orientation a été constitué, le plus souvent par l'établissement précédent. Ces dossiers sont inégaux, souvent parcellaires, et réduits à la portion congrue. Bien que codifiés selon les exigences de la MDPH (histoire familiale, scolarité, bilan psychologique, diagnostic du médecin psychiatre), ces documents contiennent en réalité des informations générales, mais peu ou pas d'éléments cliniques. Pendant leur prise en charge et à leur départ, demeure une part d'inconnu, de méconnaissance sur ce qui a amené un enfant à l'ITEP, sur les raisons de sa souffrance, sur des parts de son histoire qui resteront parfois comme des pages blanches. Les habitudes divergent entre les professionnels : certains estiment que la lecture systématique des dossiers est un incontournable avant l'accueil du jeune quand d'autres prennent le parti de ne pas lire les dossiers des jeunes qui arrivent, préférant garder la surprise de la rencontre. Ils veulent se faire une idée eux-mêmes en essayant de

se prémunir de conceptions préconstruites, souvent négatives, sur le public accueilli : « Moi ça m'est arrivé de lire des dossiers des établissements d'où les gamins arrivaient et me dire "Ouah ! ça va être un sacré merdier" et de me rendre compte au bout de quelques semaines que le gamin n'avait rien à voir avec ce qui était marqué » (E4). Ces dossiers communiquent des informations précieuses sur l'histoire du jeune mais peuvent avoir tendance à mettre sur la défensive les professionnels, qui doivent être attentifs à ne pas produire des prophéties autoréalisatrices. Pour E5, c'est un apprentissage : « Avec le temps, j'ai appris à lire les dossiers en essayant de prendre de la hauteur. À ne plus être trop ferme comme au début quand je lisais qu'un cadre trop lâche pouvait rendre un jeune tout-puissant. J'essaie maintenant de faire la part des choses. On a besoin de ces informations, mais on n'a pas besoin de toutes les informations. Et c'est dur de faire du tri au début ». D'autres éducateurs préfèrent que le contexte de l'arrivée du jeune se déroule à partir du récit des collègues en réunion, en ayant ainsi accès aux informations prioritaires (décès d'un parent, vigilance médicale, etc.), et se laisser du temps pour toutes les autres données.

Après ce premier contact, la démarche clinique s'exerce avant tout à travers l'acceptation de la relation éducative et des enjeux afférents¹⁷⁶. Cela paraît aller de soi mais il semble important de rappeler que l'essence même du métier se trouve dans l'instauration de cette relation auprès d'un public en difficulté. Tous les référentiels de diplômes depuis 1967 jusqu'à 2018 insistent sur ce point : l'instauration d'une relation est la base de la profession. Ce temps partagé, initié par la rencontre entre deux êtres humains qui ne se connaissaient pas avant, permet de poser d'emblée un discours fort de l'établissement : tu as ta place ici, et nous sommes là pour t'accueillir. Cette hospitalité faite au sujet est indispensable, surtout pour des jeunes en rupture qui se retrouvent très souvent exclus du milieu ordinaire : école, collège, club de sport, etc.

Nous remarquons, au fil des entretiens, que l'important pour ces professionnels est d'avoir un tableau global de l'histoire de l'adolescent. Essayer de repérer ce qui a fait rupture, quel événement aurait pu avoir son importance dans un changement d'attitude, de comportement, afin de pouvoir créer des liens et affiner des propositions qui soient au plus proche des besoins. Mais le plus souvent, les éducateurs disent seulement faire des hypothèses et ne pas savoir ce qu'il se passe ou même ce qu'il s'est passé : « Quand Léandre envoi péter la table d'un coup d'un seul alors que deux minutes avant on se

¹⁷⁶ Roquefort, D. (1995). *Le rôle de l'éducateur*. Paris, L'Harmattan.

faisait une partie d'échecs tranquille, j'avoue que je sais pas d'où ça sort ou ce qui lui prend » (E3). C'est là où l'observation a son importance pour décoder, interpréter l'agir ou les dires de l'adolescent. Repérer ses réactions, son changement de comportement quand il y a du monde, des nouvelles personnes, pendant les temps des repas, repérer les signes avant-coureurs de la crise, tout ceci amène une meilleure compréhension des situations et des moyens d'anticiper et prévenir les crises. D'autre part, il s'agit aussi de pouvoir multiplier les regards sur les différents moments de la journée et de viser à les rendre plus intelligibles. L'observation ne prend du sens que lorsqu'elle est contextualisée : « Ça me fatigue moi quand j'entends un collègue dire "pendant les repas, untel il est comme ça". Je préfère entendre "aujourd'hui, au repas, il était comme-ci ou comme-ça", parce que d'un, ça nous permet de pas généraliser et de deux, ça nous oblige à contextualiser [...] » (E2).

Dire que ces professionnels ne savent pas forcément de quoi leur journée sera faite n'est pas un poncif : dans quel état arrive le jeune, son humeur, l'absence d'un collègue, un atelier annulé. Et dans ce quotidien, l'éducateur s'adapte, elle fait, elle improvise, elle bricole même. Elle remet parfois à demain et rage de ne pas aller au bout de tel projet ou telle activité. Peu importe dit le poète, car « l'inaccompli bourdonne d'essentiel »¹⁷⁷. Une éducatrice ira même jusqu'à déclarer qu'elle a parfois l'impression d'être dans un match d'impro. Cela rejoint la notion d'agir improvisationnel, selon la belle expression de François Tochon¹⁷⁸ : une aptitude à jongler avec la matière en épousant les événements, en s'appuyant sur la surgie inopinée d'une remarque, d'un geste pour y attacher une interprétation et un agir immédiat. Quand nous lui demandons comment elle se positionne dans la relation, une des éducatrices répond simplement : « En fonction du jeune, de son parcours, et en fonction de moi comment je me sens sur le moment » (E1). La posture clinique, dans cette optique, n'a donc rien à voir avec un programme mais se détermine plutôt en tenant compte de situations aléatoires, d'éléments perturbateurs, et s'ajuste en fonction des contextes.

¹⁷⁷ Char, R. (1978). *Le nu perdu et autres poèmes. 1964-1975*. Paris, Poésie/Gallimard, p.179.

¹⁷⁸ Tochon, F. (1993). « Le fonctionnement "improvisationnel" de l'enseignant expert ». *Revue des sciences de l'éducation*, 19(3), p.437-46. Pour une approche plus étayée, nous invitons le lecteur à se référer à la thèse de Laura Nicolas qui inclut le fonctionnement improvisationnel en situation d'enseignement plus largement dans un « agir collectif » : Nicolas, L. (2014), *La disposition enseignante à un "agir collectif" : Analyse de la réception enseignante des négociations apprenantes en classe de FLE*. Thèse de doctorat en didactique des langues et des cultures, Université Paris 3.

III.4.3 Le recours à la médiation : rendre possible la relation

À l'aube de la relation, se joue la rencontre entre un adolescent et un adulte. Les deux doivent apprendre à se connaître, à se reconnaître. Les éducateurs n'attendent pas d'emblée des parents et du jeune qu'ils mettent des mots sur des choses qui, si elles avaient pu être pensées et parlées au cours du temps au sein de la famille, à l'école ou au collège, auraient très probablement évité le recours au placement ou à une prise en charge en ITEP. Ils mettent donc en place des espaces où l'expression de chacun est possible. L'éducateur n'a en fait pas grand-chose d'autre à proposer que sa propre personne dans bien des cas, sa pratique s'exerçant à « mains nues » pourrions-nous dire, avec pour seul support la parole. Toutes les personnes interviewées mettent en avant le terme de médiation en y mettant une acception parfois différente mais nous verrons qu'elles se rejoignent. Pour certains, ce sont les activités, les ateliers qui sont pensés pour être en relation, créer du temps partagé propice à l'échange, à l'observation : tout ce qui va toucher aux activités sportives, créatrices, la médiation animale, les jeux de société, etc. Pour d'autres, c'est le quotidien qui est médiation : c'est-à-dire des espaces de possibles, ritualisés, qui amènent chacun à trouver une place et où la répétitivité des moments¹⁷⁹ va permettre de s'approprier son espace. L'adulte apparaît aussi comme médiation : tiers témoin, tiers séparateur, tiers hiérarchique, avec pour fonction de venir trianguler la relation. Pour une éducatrice : « c'est tout ce qui va permettre de penser la relation sans s'enfermer dans le binaire, dans ce qui ressemblerait à un duel éducateur/éduqué » (E2). La médiation reste une notion « basée sur l'idée de changement, instaurée par un processus qui vise à créer ou révéler les liens unissant deux objets, événements ou personnes, et à leur donner du sens, grâce à l'intermédiaire d'un tiers, qui peut être un objet, une pensée ou une personne »¹⁸⁰. Autrement dit, elle n'a rien à voir avec le « quoi », elle n'a rien à faire avec le contenu, elle ne représente que la qualité de l'interaction. Et tout objet médiateur ne présente aucune portée thérapeutique en lui-même indépendamment du cadre et du dispositif : « je peux faire n'importe quoi comme médiation, si je la fais toute seule dans mon coin sans rien en dire ou sans faire de lien avec le projet du gamin, ça ne va pas servir à grand-chose ! » (E4). Une autre éducatrice

¹⁷⁹ Korczak, J. (2006). *Les moments pédagogiques*. Paris, Anthropos.

¹⁸⁰ Cardinet, A. (1998). « La médiation en France, aujourd'hui, et ses applications dans le secteur scolaire : ses références, ses significations, ses pratiques », *Thèse de doctorat de Sciences de l'éducation*, Université Lumière-Lyon 2, p.172.

considère même la relation éducative en tant que médiation : « [...] c'est le lien que je vais créer... Un lien de confiance, de reconnaissance, qui va me permettre d'appivoiser le gamin sans que ce soit frontal. Apprendre à se connaître dans un premier temps, ce qu'il aime faire ou pas, pour m'appuyer sur ce qu'il dit et essayer de mieux comprendre ce qui ne va pas » (E1). De fait, en DITEP comme ailleurs, « le recours à ces médiations s'effectue souvent là où la parole s'avère insuffisamment disponible pour ces jeunes, et spécialement lorsque plusieurs modalités d'expression tels le corps, la sensorialité, le geste, sont mobilisables dans leurs rapports avec la parole, celle-ci restant la visée suprême de la médiation »¹⁸¹.

La valeur de l'intervention des professionnels dans ces établissements réside dans la compréhension et l'interprétation du langage symptomatique des personnes accueillies. Il n'est pas question, à notre sens, d'une compétence technique acquise en situation formelle mais bien d'une pratique et d'un savoir artisanaux, à visée éthique, où il est question de penser le rapport fragile et incertain qui nous engage à l'autre dans la relation¹⁸². Ces professionnels rusent au quotidien, prennent des chemins détournés, font diversion pour que les adolescents n'aient pas à vivre à chaque fois une interaction frontale qui pourrait leur paraître trop brutale. Les jeux sont considérés unanimement comme un outil ressource pour entrer en relation, puis au fil de la prise en charge, pour partager des moments ordinaires. Les éducateurs visent à produire, dans tous les dispositifs qu'ils mettent en place, les conditions propices à ce que la relation éducative puisse advenir.

III.4.4 Le récit comme mise en commun des pratiques

Nous avons pu faire le constat que le travail de la relation réclame des espaces de parole où s'élabore et s'interroge collectivement ce qui est vécu au sein de l'institution tant par les professionnels que par les publics accueillis. Ces pratiques se révèlent à l'aune du récit que peut faire le professionnel des moments partagés avec l'enfant et l'adolescent : en écoutant un collègue lui narrer son geste, décrire son expérience, l'éducateur incorpore des éléments de son faire, de son art. Cela implique un style de narration (oral ou écrit) et

¹⁸¹ Kaës, R. (2011). « Les médiations entre les espaces psychiques dans les groupes », *Les médiations thérapeutiques*. Toulouse, Érès, pp.35-38.

¹⁸² Rouzel, J. (1999). *Le travail d'éducateur spécialisé. Éthique et pratique*. Malakoff, Dunod.

des espaces pour que le récit puisse avoir lieu. De là, des apprentissages sont possibles à travers une expérience partagée, sortie de l'ombre du déjà vécu grâce à l'actualisation de la parole de l'autre, à travers le récit ainsi offert comme objet de connaissance.

Les éducateurs rendent intelligibles leurs pratiques quotidiennes à partir de récits qu'ils vont proposer aux collègues. La dimension pluridisciplinaire est présente dans le discours de tous ceux qui ont été interviewés : « On peut prendre du recul seule mais c'est quand même plus intéressant, en partageant ce qu'on a observé, ce qu'on a compris. Parce que cela oblige à dire à quelqu'un ce qu'il s'est passé, à ordonner ses observations, ou exprimer un ressenti et à ce que l'autre puisse nous renvoyer une autre vision de la même chose en étant extérieur » (E2). La réunion d'équipe permet d'offrir un autre regard clinique aux situations, aux besoins des jeunes, et offre une réflexion sur ce qui se joue dans la relation. Les espaces de discussions sont multiples : la réunion hebdomadaire donc, le groupe d'analyses de la pratique pour ceux qui en bénéficient, mais aussi tous les espaces interstitiels¹⁸³, c'est-à-dire ces zones de travail-non-travail indispensables au faire équipe. Nous avons toutefois remarqué une tendance parfois corporatiste : les éducateurs entre eux dans le bureau, les psychologues entre eux dans leur bureau avec une certaine imperméabilité des échanges. La dimension pluridisciplinaire est présente dans le discours de tous ceux qui ont été interviewés : « Ça peut être aussi l'équipe pluridisciplinaire...disciplinaire qui nous accompagne...enfin qui nous... donne des billes au niveau de l'accompagnement » (E1). Nous remarquons le lapsus et laissons le lecteur l'apprécier à sa juste valeur. Nous attirons également son attention sur le vocabulaire employé : ici le terme pluridisciplinaire est utilisé par les éducateurs quand tous les directeurs sans exception lui ont préféré le mot d'interdisciplinarité. À notre connaissance, la plupart des éducateurs spécialisés que nous connaissons ne font pas de distinction entre ces deux termes¹⁸⁴. Toujours est-il que toutes ces fonctions et disciplines sont à la base du fonctionnement du DITEP et d'une clinique partagée. Pour E5 : « Moi la clinique c'est surtout le triptyque quoi, de l'ITEP. C'est ça qui est clinique quoi, si tout le monde, éduc, psys, profs travaillent ensemble. Si chacun travaille de son côté, il n'y a pas de clinique à mon sens ». Pas de clinique solitaire nous dit cette professionnelle ! Le

¹⁸³ Fustier, P. (2012) « L'interstitiel et la fabrique de l'équipe », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 14, no. 2, pp. 85-96.

¹⁸⁴Rappelons à toutes fins utiles la définition du travail social selon le Code de l'action sociale et des familles : « À cette fin, le travail social regroupe un ensemble de pratiques professionnelles qui s'inscrit dans un champ pluridisciplinaire et interdisciplinaire », CASF, art. D. 142-1-1 créé par le décret n° 2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social)

maillage collectif est indispensable comme le travail du lien entre collègues : « Là aussi on est dans le travail en lien. Parce que ce lien-là peut aider parfois, à se nourrir de l'observation et l'expérience de l'autre... » (E3).

De même, la formalisation des espaces de réunion n'est pas synonyme de mise au travail, d'échanges sereins ou de recherche de compromis. Comme le signale E5: « Je pense que l'échange est beaucoup plus libre en informel. Parce qu'on est beaucoup moins nombreux. Donc ça permet, quand on n'est que deux ou trois, de réfléchir beaucoup plus que quand on est quinze ». La socialisation du récit d'expériences induit des effets d'exposition auprès de collègues à qui l'on accorde sa confiance car elle fait entrer en résonance des enjeux affectifs. C'est une prise de risque que de proposer à la réflexion ce que l'on a pensé, compris et agi puisque c'est partager avec l'autre sa subjectivité : « je ne sais pas, des fois je me freine, ou il y a des éléments que je ne donne pas. Je dois manquer de confiance par rapport à la personne qui va les recevoir. Et parce que j'ai un préjugé, comment ça va influencer son regard sur le gamin ou ce qu'il a pu se passer dans ma relation au gamin » (E2). La clinique éducative implique des mises à jour constantes sur ce qu'elle engage comme rapports de pouvoir, de domination et des affects dans la relation éducative.

III.4.5 La clinique comme éthique de la relation

Dans les entretiens, les éducateurs spécialisés disent voir l'adolescent comme sujet avant de le réduire à ses seuls symptômes. Ces professionnels considèrent pour la plupart le symptôme comme un moyen d'expression que la scène institutionnelle - et donc eux-mêmes -, doit être à même d'accueillir. Ils s'accrochent à leur mission première, accompagner des jeunes en souffrance et la promeuvent comme sens à donner dans les situations complexes : « Moi j'ai eu un jeune, vraiment ça m'était insupportable qu'on l'accueille, c'était un gamin qui avait violé les gamines dans un autre truc, je me dis je ne pourrai pas dépasser ça et en fait même ça tu peux le dépasser. De toute façon tu vas travailler avec le gamin et le gamin il a le droit d'être accompagné » (E4). Il est possible de dépasser cet insupportable quand la finalité de l'acte transcende ses représentations ; d'autant plus quand le jeune donne à voir une autre facette de lui-même que le récit de son dossier ou du jugement le laissait à penser.

Cette souffrance et cette pulsionnalité à fleur de peau font partie des caractéristiques de ce public. Comme le rappelait un éducateur : « on ne va pas reprocher à un gamin de souffrir et de pas savoir quoi faire de cette souffrance » (E5). Le jeune arrive tel qu'il est, avec ses possibilités du moment. Pourtant, il n'est pas rare de remarquer dans certaines structures, et cela dépasse les seuls ITEP, une tendance à poser des conditions à l'accueil d'un enfant ou d'un adolescent en exigeant de lui qu'il fasse presque la preuve de le mériter. En posant par exemple comme condition d'accueil la conformité probable ou avérée à un projet d'établissement ou à un comportement prédéterminé. On en arriverait presque à exiger de l'enfant ou l'adolescent qu'il manifeste sa souffrance selon des normes d'expression qui la rende professionnellement traitable, c'est-à-dire qui ne mettent pas en danger l'équilibre des professionnels.

Un deuxième élément apparaît dans cette thématique, celui de l'aporétique en éducation. La formule est empruntée à Jean-Bernard Paturet qui la définit « comme un ensemble d'apories résultant de la nature même de l'acte éducatif qui met en présence deux fonctions dont la contradiction paraît insurpassable, et, par conséquent, oblige à un dépassement sans cesse renouvelé sans que, pour autant, soient supprimées les apories »¹⁸⁵. Ces apories, entendues comme des dilemmes indépassables reviennent souvent dans le récit des éducateurs : une jeune fille enceinte qui ordonne à un veilleur de nuit d'ouvrir le portail pour qu'elle fugue, sinon elle l'escalade. Est-ce qu'il doit ouvrir le portail, est-ce qu'il doit le laisser fermé ? Quelles sont ses responsabilités ? Un adolescent qui dégrade régulièrement des voitures : est-ce que l'on fait jouer la responsabilité civile des parents, pour aller du côté du symbolique ? Bien que l'on sache que les parents sont dans une précarité financière... Un autre exemple, lui aussi fréquent : un jeune qui porte des coups à un camarade ou à un adulte, et pour lequel on interroge la pertinence d'une exclusion, même temporaire ? Est-ce là une façon de dire que sa place est à l'ITEP, mais pas à n'importe quel prix ? Mais finalement, peut-on exclure légitimement des jeunes pour les raisons qui les ont amenés à être accueillis dans notre établissement ? Ces situations amènent ces éducateurs à se questionner sur leur intention éthique¹⁸⁶ : Ils ne sont pas certains que leur action soit la meilleure tout en étant conscients d'être une forme agissante sur ces jeunes. Un éducateur concèdera : « j'ai l'impression que souvent, on en est à décider non pas ce qui est le mieux pour le gamin, mais ce qu'il

¹⁸⁵ Paturet, J-B. (2007). *De la responsabilité en éducation*. Toulouse, Érès, pp.67-93.

¹⁸⁶ Ricœur, P. (1984). « Fondements de l'éthique » *Autres Temps. Les cahiers du christianisme social*. N°3, pp. 61-71.

y a de moins pire » (E4). L'éthique ayant comme lieu propre la relation, ces questionnements passent par des situations concrètes où la réflexion en équipe élargie est pour eux fondamentale : « on n'a jamais trop de certitudes si ce qu'on dit ou fait est bien ou forcément la bonne chose à faire. [...] y a des fois où on ne sait pas, où on est coincé, où on a juste besoin de voir la psy ou un collègue pour lui dire comment on l'a senti, et s'il a une meilleure idée » (E2). Ce souci de l'éthique montre qu'en aval de l'action, une réflexion doit être menée. L'acte éthique s'apparente à une construction pragmatique en prise avec la réalité quotidienne qui s'élabore de façon évolutive et jamais définitive. C'est une recherche de compromis et un jugement prudentiel par lequel ils tentent d'appliquer avec discernement des valeurs et des règles dans une situation particulière, quitte à prendre parfois la liberté de corriger la règle si son application doit conduire à un résultat pas trop éloigné de la finalité qu'elle vise.

D'autre part, la clinique n'existe que par la prise en compte du cas individuel. Un éducateur affirme même que la clinique ne se déploie qu'avec du « sur mesure » : « Tu peux pas faire des copié/collé de ton accompagnement. Pour chaque gamin c'est du sur mesure [...]. Après, bien sûr qu'au fil du temps, tu sais que t'as des trucs qui fonctionnent souvent, mais à la fin, la vérité, c'est qu'il y a pas d'accompagnement type...*(rires)* Et puis ce serait trop simple ! » (E5). Il est intéressant de remarquer que dans la plupart des discours, ces professionnels insistent sur la dimension individuelle de la relation alors que la base du fonctionnement de leur établissement réside dans le travail de groupe. Pour eux, l'adolescent qu'ils accueillent est unique et nécessite à chaque fois de repartir d'une page vierge. Les personnes interviewées rappellent l'importance de ne pas « enfermer le jeune dans une case » (E4) et du danger d'un « accompagnement [...] qui serait le même pour tout le monde et pour tous les éducateurs » (E5). La posture clinique reconnaît qu'à chaque individu appartient une histoire qui lui est propre, limitant de fait tous cadres nosographiques rigides.

III.4.6 Synthèse des entretiens des éducateurs spécialisés

Ces entretiens exploratoires proposent une lecture des représentations de la clinique d'un certain nombre d'éducateurs. Bien conscient des limites de leur représentativité¹⁸⁷, nous

¹⁸⁷ Olivier de Sardan, J-P. (1996). « La violence faite aux données », *Enquête*, n°3, pp.31-59.

avons en revanche pu décrire le contenu de ces dernières à travers diverses logiques d'action dans un contexte donné.

À la lecture de ces tentatives de définitions, nous remarquons que les éducateurs évoquent de nombreuses caractéristiques de ce que peut être la clinique tout aussi bien que les conditions nécessaires à ce qu'elle puisse advenir. Ils ont en effet décrit aussi leur contexte de travail qui reprend, à peu de choses près, la définition du métier d'éducateur selon le référentiel du diplôme d'état : « L'éducateur spécialisé crée une relation de confiance avec les personnes à partir des situations du quotidien dans des espaces institutionnels formels et informels. Dans la rencontre, il adopte une posture d'accueil et d'écoute. Il facilite l'expression des personnes et de leur demande. Il analyse leur situation, repère leurs besoins et identifie leurs potentialités »¹⁸⁸. La relation éducative reste le maître mot de leurs accompagnements. Malgré toute la difficulté à rendre compte de la spécificité de leur démarche, à dire leur pratique, les savoirs de référence qu'évoquent ces éducateurs vont dans le sens d'une « métis clinique »¹⁸⁹ : des conceptions cliniques plurielles avec une intentionnalité précise¹⁹⁰. En somme, une clinique polysémique et polyphonique. La difficulté à définir avec exactitude la notion de la clinique nous semble dire quelque chose de la clinique elle-même. Dans le discours de ces professionnels, il n'y a pas de réponse absolue mais bien des tentatives à travers le récit : la pratique ainsi racontée produit l'objet clinique. Une des éducatrices dira même : « la clinique devient clinique lorsqu'elle est pensée ou nommée » (E2). Si nous arguons que l'action éducative est un art¹⁹¹, elle est avant tout une pratique, une notion « qui désigne de façon précise le lien existant entre un sujet humain et une transformation précise de son environnement physique, social ou mental. Une pratique peut être d'ailleurs définie comme un procès de transformation impliquant un ou plusieurs sujets humains »¹⁹².

Les situations auxquelles ils sont confrontés sont marquées par l'unicité (ce qui a marché n'est pas reproductible), le multidimensionnel (avec ses dimensions sociales, psychologiques, institutionnelles, pédagogiques, éthiques), la simultanéité (où ils doivent gérer l'ensemble sans négliger les besoins de chacun, notamment sur les accueils de

¹⁸⁸ Arrêté du 22 août 2018 relatif au diplôme d'État d'éducateur spécialisé, *Op. cit.*

¹⁸⁹ Jobert, G. (2006). « Entre savoirs et surprise, une analyse clinique du travail » in Cifali, M., Giust-Desprairies, S-F. *De la clinique*. Bruxelles, De Boeck, p.36.

¹⁹⁰ Niewiadomski, C. (2012). « 4. Des conceptions cliniques plurielles, une intentionnalité précise », *Op. cit.* pp. 113-131.

¹⁹¹ Lemay, M. (1999). *Les éducateurs aujourd'hui*. Malakoff, Dunod, p.102.

¹⁹² Barbier, J-M., et Galatanu, O. (2000). « I - La singularité des actions : quelques outils d'analyse », *L'Analyse de la singularité de l'action*. Presses Universitaires de France, pp. 13-52.

groupe), la crise, l'urgence, l'incertitude. Sur ce dernier point, Jacques Berton nous éclaire : « parce que la clinique, c'est le doute, c'est l'incertitude, c'est la confrontation à la souffrance, c'est entre-autres, l'idée que les choses se jouent presque toujours du côté de l'intersubjectivité, que, à cet endroit-là, on est dans quelque chose qui ressemble fortement à de l'incertitude »¹⁹³. Il s'agit donc de reconnaître cette dernière comme un paramètre de notre intervention en soulignant dès lors, par corrélation, que le risque est une donnée consubstantielle de l'éducation spécialisée. Nous évoquerons alors l'idée d'un « risque raisonnable »¹⁹⁴ et raisonné, serions-nous tentés d'ajouter.

Cette clinique, selon ces éducateurs, se fonde sur l'observation et permet d'élaborer des hypothèses ou des stratégies d'action à la fois par la réflexion individuelle ou collective, la mobilisation d'apports théoriques multiples, et des regards complémentaires. C'est un moyen de faire face à la complexité du métier en évitant le double écueil d'une pratique peu réfléchie ou d'une théorie déconnectée des réalités vécues. Pour ce faire, une mise en résonance des subjectivités est possible, en équipe, grâce à la discussion, au récit : celui-ci, quelle que soit sa forme et l'espace où il apparaît, devient le lieu de rencontre de ces résonances. Cette relation entre le disponible de l'adulte éducateur et le possible de la personne accompagnée devient alors soignante. Le sujet en devenir, qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adolescent - dont la trajectoire de vie a souvent été impactée par des événements de nature traumatique ou carencielle - n'a pas à être investi à partir de ses seuls manques - ce qu'il aurait à apprendre ou à réapprendre - mais aussi à partir de ses aspirations à faire et à être.

III.5 Conclusion du chapitre III : une clinique métissée dans un contexte néolibéral

Plusieurs éléments émergent de ce travail d'enquête et nous invitent à poursuivre nos investigations. Premièrement, la clinique, au-delà des personnes ou des époques, demeure une notion polysémique. Pour les personnes interviewées, il a été difficile de différencier le travail de la relation, de soin, d'accompagnement ; ils privilégient le mot de clinique qui rassemble ces termes sans pour autant parvenir à les définir. D'autre part, nous avons pu constater que cette notion avait aussi trait au flou, à l'invisible, à ce qui est complexe à évaluer, à reconnaître – plusieurs éducateurs ne se considérant pas comme des

¹⁹³ Extrait d'un entretien avec Jacques Berton dans le cadre de notre mission d'étude au DITEP.

¹⁹⁴ Dreano, G. (2001). Préface de Plantet, J. *Risque et pratiques éducatives*. Malakoff, Dunod

cliniciens. Il y a donc là un travail de lumière à faire sur ces pratiques qui restent diffuses dans les paroles comme dans les actes et qui demeurent pourtant omniprésentes au quotidien à qui sait prêter l'oreille sans s'arrêter à la dénomination. De métissage il en est question aussi car cette question de la clinique est au croisement des métiers (nous avons évoqué les éducateurs spécialisés, les chauffeurs, les maîtresses de maison, parmi tant d'autres) autant que des disciplines qui lui sont accolées. Jacques Ardoino, dans un avant-propos de son ouvrage *Éducation et politique* ne dit pas autre chose, en particulier lorsque cela a trait à la relation : « l'impureté, mais aussi la richesse de l'altération, du métissage, que constituent toujours la rencontre, la confrontation entre le sujet et ses autres (jusqu'à la découverte de l'autre en soi, tout à la fois étrange et étranger) dans l'aventure et l'advenir éducatifs restent ainsi au premier plan des pratiques éducatives comme des théories qui prétendent en rendre compte »¹⁹⁵.

Dernier élément qui a surgi avec vigueur pendant cette mission d'étude, celui de l'inquiétude des cadres de direction, à tout niveau, concernant l'impact du modèle néolibéral sur le secteur médico-social. Nos différentes fonctions nous ont amenés à l'observer dans d'autres secteurs et d'autres établissements, y compris dans le domaine de la formation, mais c'est la première fois que nous entendions avec autant de vigueur - hors EPHAD - ce cri d'alarme du médico-social. Il s'inscrit avec d'autant plus de force dans un contexte de crise dans ces établissements : crise de recrutement, crise de sens, pénurie de certains métiers, etc. Au moment où nous terminions cette mission d'étude, des dizaines de structures identiques à celles évoquées s'étaient organisées afin de porter des revendications portant sur tout le champ du travail social¹⁹⁶. Cela nous amène à considérer ce contexte politico-économique comme déterminant dans les pratiques de soin des éducateurs spécialisés, d'autant plus qu'il apparaît, selon notre enquête, comme un frein à celles orientées vers la clinique. Nous proposerons aussi d'aborder dans chacune de ces thématiques l'impact du modèle néolibéral et ses conséquences, afin de venir investiguer ces nouveaux questionnements qui restent en lien avec notre question de départ.

¹⁹⁵ Ardoino, J. (1999). *Éducation et politique*. Paris, Anthropos, Avant-propos XVIII.

¹⁹⁶ S'estimant être « les oubliés du SEGUR », le secteur médico-social avait demandé une revalorisation des salaires, une reconnaissance accrue de leurs métiers et des moyens supplémentaires : <https://www.sudouest.fr/gironde/bordeaux-les-invisibles-des-invisibles-du-social-et-du-medico-social-ont-manifeste-10015115.php>

Chapitre IV. Le travail social en contexte néolibéral

Nous proposons dans cette partie de revenir sur l'histoire et les différents courants du travail social en France. Ce terme de travail social demeure encore sujet à controverses tant dans ses définitions que ses finalités, que ce soit dans les domaines de la formation, de la recherche ou des terrains professionnels. Après un travail de « défrichage » socio-historique, nous envisagerons ce champ au regard de son rapport à la clinique, qui est historiquement ancrée depuis qu'il s'est institutionnalisé. En dernier lieu, nous proposerons une lecture originale du travail social, en prenant appui sur les travaux de Michel Autès¹⁹⁷ sur ses paradoxes et en les poursuivant vers un nouveau paradigme : le travail social en contexte néolibéral fait face désormais, plus qu'à des paradoxes, à des antagonismes notoires et persistants.

IV.1 Aux origines du travail social

Le travail social est un objet complexe, chevelu dirait Bruno Latour. Étymologiquement, social vient du latin *socius* et signifie associé, commun, compagnon et aussi allié. Imaginons un peu un travailleur social et un bénéficiaire : associés autour d'un but commun – un mieux-être par exemple -, ils compagnonnent, partagent le pain, *cum panis* en latin, et fondent une alliance dans un lien partagé. L'origine du mot travail est, elle, sujette à discussions. La filiation avec le mot latin *tripalium*, ce trépied qui immobilise une bête le temps de la ferrer ou de la soigner, reste contestée¹⁹⁸. Nous nous orientons plutôt vers les mots hispaniques médiévaux *trabajo/trabajar* qui renvoient à une « tension vers un but rencontrant une résistance »¹⁹⁹.

Nous retiendrons trois périodes historiques produisant trois modèles distincts analysés par Robert Lafore²⁰⁰ : la première renvoie aux prémices de l'action sociale professionnalisée avec les lois d'assistance votées à la fin du XIXe siècle. Il s'agissait, à travers un modèle tutélaire, de lutter contre le paupérisme, de venir en aide à partir

¹⁹⁷ Autès M. (2013). *Les paradoxes du travail social*. Malakoff, Dunod.

¹⁹⁸ Ce n'est plus le cas du sens de *tripalium* qui ne renvoie pas à un quelconque instrument de torture malgré l'idée répandue ; l'idée de souffrance se trouve en revanche bien présente dans le verbe *tripalier*.

¹⁹⁹ Delpont, M-F. (1984). « Trabajo-trabajar(se) » : étude lexico-syntaxique. In: *Cahiers de linguistique hispanique médiévale*. N°9, pp. 99-162.

²⁰⁰ Lafore, R. (2020). « Le travail social à l'épreuve des recompositions institutionnelles de l'action sociale », *Revue française des affaires sociales*, no. 2, pp. 29-49.

d'œuvres privées (don, bénévolat) et d'opérateurs publics assez peu organisés, aux plus pauvres et aux indigents. Le service social se trouve à cette époque-là à la jonction entre le christianisme social (catholique ou protestant) et le solidarisme (laïque).

La seconde période est liée au travail social tel que nous le connaissons est historiquement lié à l'État providence et à la création de la sécurité sociale. Ainsi, à la fin de la seconde guerre mondiale, un nouveau modèle, réparateur cette fois, émerge en vue de répondre à ce que l'on nomme à l'époque les inadaptés : « "le social" va être cet ensemble de dispositifs, assistanciers et assurantiels, constitués d'une manière volontariste, pour maintenir et surtout pour rétablir une certaine solidarité entre les différents membres et groupes au sein de la société moderne, principalement en direction des plus défavorisés d'entre eux, ceux qu'on appelle "les blessés de la civilisation" »²⁰¹ ; soit ceux qui sont ballottés dans les trois phases de la désaffiliation sociale : la déstabilisation, l'installation dans la précarité et l'incorporation de l'identité de surnuméraire²⁰². Pour préciser ces inadaptations, les sciences vont s'employer à produire des systèmes de compréhension et de rééducation ; la norme correspond à des standards d'écart : déficience, difficultés psychologiques, incapacités, déviances... Soit toute une nouvelle grammaire de l'inadaptation. Ce modèle sera critiqué dès les années 1970, quand le travail social s'institutionnalise, pour le motif qu'il viserait à soumettre les individus à une forme de discipline et de normalisation²⁰³. En d'autres termes : pourquoi vouloir adapter les personnes à un système qui produit de l'inadaptation et de l'exclusion ? Il nous semble que ces questionnements ont trouvé des éléments de réponse dans la nécessaire dialectisation de ces paradoxes²⁰⁴. Il y a, dans la dimension symbolique du travail social des effets de stigmatisation, de catégorisation, de contrôle et une logique dominante visant à l'imposition de normes. Nous ne pouvons dénier non plus une certaine violence institutionnelle à l'encontre des individus. C'est bien dans ce contexte paradoxal que les travailleurs sociaux tentent de soutenir les bénéficiaires dans leur identité, à travers leurs paroles, dans un souci de justice voire de dignité ; cela dans le but de leur faire connaître et de les aider à faire face aux déterminismes dont ils sont l'objet.

²⁰¹ Castel, R. in Boucher, M. (2020). « Chapitre 5. Sciences et pratiques de l'intervention sociale : les enjeux de la recherche sur et dans le travail social », *Le travail social en quête de légitimité*. Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 113-130.

²⁰² Castel, R. (1995). *Op. cit.*

²⁰³ Foucault, M. (1993). *Surveiller et punir*. Paris, Gallimard.

²⁰⁴ Autès, M. (2013). *Op. cit.*

Enfin, la troisième période marque la précipitation du travail social dans une crise d'identité, sociale et politique en lien avec les bouleversements socio-économiques tels que la précarisation de l'emploi, la montée du chômage, la diminution des politiques de solidarité finissent de précipiter le travail social dans une crise d'identité, sociale et politique. À la fin des années 1990, le modèle inclusif s'installe : on adapterait des dispositifs à des individus avec des besoins particuliers en vue de les (ré)inclure dans notre société – en valorisant au maximum leur présence dans le droit commun et en limitant les prises en charge en établissement spécialisé. Ce dernier modèle provoque une rupture nette avec la philosophie d'accompagnement privilégiée depuis les années 1950²⁰⁵.

Cette individualisation des politiques sociales peut être considérée comme un abandon de la solidarité nationale ou comme une entreprise permettant à l'individu contemporain de se libérer du collectif. Pour autant, si cela interroge le lien entre le citoyen et la société, cette individualisation reste un cap pour les réformes successives inspirées par le tournant néolibéral. Ces deux dimensions sont finalement liées par l'interprétation des problèmes sociaux. En effet, « d'après le modèle social français de solidarité, élaboré à partir de la fin du XIX^e siècle, puis consolidé et généralisé pendant les Trente Glorieuses (1945-1975), la responsabilité des problèmes sociaux est collective, le problème n'est pas la faute de l'individu, donc la société a une dette sociale envers les individus, dont elle s'acquitte par un système de droits sociaux »²⁰⁶.

A priori, la logique individualiste très prégnante dans l'idée « d'inclusion » surdétermine une vision de l'action sociale : accompagnement individuel, armement capacitaire de chaque personne prise dans sa singularité pour faciliter son positionnement positif dans une société d'individus, développement de dispositifs prestataires de services. Il s'agit d'une conception « individualisée » en prolongement de l'héritage réparateur, qui rabat les problèmes sociaux sur les personnes qui en portent les symptômes. Gageons qu'il soit fort probable que ce soit cette conception qui domine les évolutions du secteur, car en forte congruence avec la vision démocratique hypermoderne et l'héritage centré sur des approches médico-psychologiques²⁰⁷.

²⁰⁵ Pascal, H. (2014). *Op. cit.* p.105.

²⁰⁶ Bresson, M. (2012). « La psychologisation de l'intervention sociale : paradoxes et enjeux », *Informations sociales*, vol. 169, no. 1, pp. 68-75.

²⁰⁷ Lafore, R. (2020). *Op. cit.*

Cette visée se heurte et se heurtera cependant à des limites et des apories. Au titre des limites, elle ne peut qu'emprunter une pente inflationniste en ne s'attaquant pas aux racines des problèmes, ni dans le champ de l'exclusion sociale, ni dans celui du handicap et du vieillissement : il s'ensuit un accroissement structurel des dépenses lié à l'inéluctable croissance des besoins après lesquels courent sans espoir de les satisfaire des ressources nécessairement toujours trop réduites. Au titre des apories, il y a dans cette vision une contradiction qui tient au fait que plus sont valorisées la singularité de l'individu et ses attentes, plus les soutiens nécessaires pour tenter de les prendre en compte doivent croître et se sophistiquer. Cela sans parler des effets de segmentation et de fractionnement, assortis souvent d'insatisfaction et de ressentiment, que produit cette conception d'une action publique qui serait mise intégralement au service d'aspirations individuelles.²⁰⁸

Si l'on s'intéresse à l'aspect professionnel des métiers, nous remarquons trois secteurs principaux, créés pour la plupart entre 1960 et 1970 :

- L'assistance, avec les assistantes de service social ou ASS (1938) et les conseillers en économie sociale familiale ou CESF (1973).
- L'éducation spécialisée, avec les éducateurs spécialisés ES (1967), les moniteurs-éducateurs ME (1970), les aides médico-psychologiques AMP (1972), les éducateurs de jeunes enfants EJE (1973), les éducateurs techniques spécialisés ETS (1976).
- L'animation, avec le Diplôme d'État de conseiller d'éducation populaire (1964), le Diplôme État relatif aux Fonctions d'Animation (1979) – remplacé depuis par le Diplôme d'État Jeunesse Éducation Populaire et Sportive.

Le travail social n'est pas un objet immobile ou universel. Il varie, nous l'avons vu, au gré des époques, des contextes socio-économiques et politiques, ce que Robert Castel appelle les « métamorphoses de la question sociale »²⁰⁹. Pour lui, cette dernière « peut être caractérisée par une inquiétude sur la capacité de maintenir la cohésion d'une société. Cette menace de rupture est portée par des groupes dont l'existence ébranle la cohésion

²⁰⁸ *Ibid.*

²⁰⁹ Castel, R. (1995). *Op. cit.*

de l'ensemble »²¹⁰. Cette cohésion sociale est à la base des métiers du travail social : que cela soit pour éviter une révolution prolétarienne, des révoltes, des émeutes, ou plus simplement pour maintenir un calme ou une non-violence entre citoyens – sorte de *pax romana* contemporaine.

Ceci étant, nous pourrions dégager certains invariants quant aux missions des travailleurs sociaux, tels qu'accompagner, soutenir, aider les publics en difficulté. Dans le même temps, ce public, s'il a évolué au fil des siècles, a souvent à trait à ce qu'une société ne veut pas voir, ne veut pas entendre : « le travail social a affaire aux marges de la société, à tout ce qui n'a pas de nom, qui est indicible, inaudible ou innommable. Soit les figures qui hantent la nuit sociale et subjective, malheurs et fragilités de la condition humaine ou conséquences de l'injustice dans les rapports sociaux. Folie, handicap, pauvreté, exclusion, délinquance, inadaptation, etc., les mots ne manquent pas pour parler de ce "hors langage" »²¹¹. Ce « hors langage » s'avère d'ailleurs tout à fait assourdissant quand ces sans-voix expriment de façon bruyante - déviante dirons certains - avec leur propre langage, l'insupportable de leur vécu. Les professionnels du secteur se trouvent aux prises avec une grande diversité de problématiques qui leur font questionner les soubassements mêmes de leurs capacités et du contexte où ils sont en intervention : les adolescents souffrant de troubles psychiatriques qui posent une question insoluble au sujet du normal et du pathologique ; les déficients mentaux renvoyés au statut de sous-citoyens et privés de leurs libertés²¹² ; les jeunes délinquants et leurs déterminismes dans ces quartiers devenus soit disant des zones de non droit dont on assure la reconquête²¹³ ; tous les exclus, marginaux, déviants, dont la diversité des états interrogent même sur la définition de l'être humain et de ses limites. En somme, ils sont aux prises avec « ce qui se présente comme le "non-social" du social [...]. Cohorte hétérogène de disgraciés physiques, de révoltés, de déficients, de cœurs troublés ou d'exclus du jeu économique »²¹⁴.

²¹⁰ *Ibid.* p.29.

²¹¹ Alix, J-S., Autès, M., et Marlière, E. (dir.) (2020). « Introduction », *Le travail social en quête de légitimité*. Presses de l'EHESP, pp. 7-13.

²¹² Les questions de la liberté d'aller et venir, de la sexualité, de l'exercice de la citoyenneté sont des points de conflits en foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé, foyer de vie, etc.

²¹³ Ces fameux « quartiers de reconquête républicaine ». Pour rappel la *Reconquista* ou Reconquête est le terme utilisé par les historiens pour désigner la reconquête de l'Espagne par les chrétiens sur les musulmans au cours du Moyen Âge. Il désigne aussi le nom du parti d'extrême droite créé par Eric Zemmour et dont la vice-présidente est Marion Maréchal-Le Pen. Tout un programme.

²¹⁴ Nègre, P. (1998). *Op. cit.* p.12

Le travail social renvoie à ces difficultés de saisir et définir le réel d'une situation, d'un monde, d'un quotidien, que les travailleurs sociaux eux-mêmes peinent à verbaliser. De nombreuses recherches font émerger néanmoins des spécificités relevées par les acteurs du secteur : « une singularité du vécu des relations hiérarchiques (marqué par une proximité entre les niveaux hiérarchiques, parfois par un déni des différences, sans que les relations soient pour autant forcément sereines), une difficulté à décrire la spécificité du travail concret effectué (qui semble, une fois décrit, relever des occupations ordinaires et non professionnelles), une retenue et même une autocensure à exprimer la souffrance propre des travailleurs (la souffrance des usagers semblant la recouvrir), une mise à l'épreuve continuelle du sujet dans sa confrontation aux situations de travail fortement impliquantes et déstabilisantes. Par ailleurs, il existe un manque de clarté autour de ce qui est visé ultimement par ce travail, qu'il soit décliné en termes de missions générales (prévenir, aider, orienter...), en termes d'objectifs à atteindre ou encore en termes de procédures à suivre »²¹⁵.

Ce terme de travail social²¹⁶ ne fait d'ailleurs pas consensus quand il s'agit de poser une définition de référence et s'apparente parfois à une « énigme » selon les mots de Michel Chauvière²¹⁷. Pour lui, compte tenu du fait qu'il n'existe pas de définition satisfaisante de l'humain, il ne peut, dès lors, y en avoir une du travail social. L'État a décidé de couper court à toutes ces tergiversations en décidant lui-même de donner une définition juridique du travail social en 2017 :

« Le travail social vise à permettre l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté. Dans un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, de protection et de participation des personnes, le travail social contribue à promouvoir, par des approches individuelles et collectives, le changement social, le développement social et la cohésion de la société. Il

²¹⁵ Minary, J-P. (2006). « Collectifs et cadres de travail dans les impossibles métiers de la relation à l'autre », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 1, no. 1, pp. 87-101.

²¹⁶ Nous retrouvons aussi le recours croissant à l'expression intervention sociale, qui se veut plus large et plus englobante que le travail social en y adjuvant tous les acteurs – y compris non professionnels - évoluant de près ou de loin avec ces publics en difficultés (dont les pairs-aidants). Cette expression a déjà pris place dans la terminologie des diplômes : les travailleuses familiales (le certificat avait été créé en 1949) sont devenues des techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF) ; en 2002, le certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social (CAFDES) devient le certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ; en 2004, le certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS) pour être chef de service est créé.

²¹⁷ Chauvière et al. (2020). « L'énigme du travail social », *Les Cahiers Dynamiques*, vol. 78, no. 1, pp. 6-16.

participe au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement. À cette fin, le travail social regroupe un ensemble de pratiques professionnelles qui s'inscrit dans un champ pluridisciplinaire et interdisciplinaire. Il s'appuie sur des principes éthiques et déontologiques, sur des savoirs universitaires en sciences sociales et humaines, sur les savoirs pratiques et théoriques des professionnels du travail social et les savoirs issus de l'expérience des personnes bénéficiant d'un accompagnement social, celles-ci étant associées à la construction des réponses à leurs besoins. Il se fonde sur la relation entre le professionnel du travail social et la personne accompagnée, dans le respect de la dignité de cette dernière. Le travail social s'exerce dans le cadre des principes de solidarité, de justice sociale et prend en considération la diversité des personnes bénéficiant d'un accompagnement social »²¹⁸. Fin de la discussion, pourrions-nous dire. Pas tout à fait en réalité...

IV.2 La clinique : un pôle fondamental du travail social

Pour Michel Chauvière, quatre éléments constituent le travail social : le droit, les institutions, le savoir et la clinique. Le droit légifère, protège, crée des politiques publiques qui missionnent et financent des établissements spécialisés. L'institution, entendu au sens de Lapassade est ce qui fait tenir la société et les individus à partir d'une dialectique entre l'institué et l'instituant²¹⁹. Le savoir, qu'il soit académique ou profane produit des connaissances sur les publics, les pratiques, les problématiques, etc. Enfin, la clinique renvoie à une façon de considérer le sujet, dans toute sa singularité, et ce qui le met en rapport avec les autres. C'est sur ce dernier pôle fondamental et structurant du secteur que nous allons nous arrêter.

Au sortir de la seconde guerre mondiale, une certaine éthique de la relation avec les enfants et adolescents et des plus âgés s'est consolidée, selon des préceptes psychanalytiques, hors des asiles. De nombreux praticiens et penseurs vont la faire vivre dans leurs établissements. C'est l'âge d'or, bien qu'assez restreint sur le territoire mais puissant par la résonance de ses idées, de la psychothérapie institutionnelle avec comme référence Jean Oury et François Tosquelles, de la pédagogie institutionnelle avec son frère

²¹⁸ Décret n° 2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000034633910

²¹⁹ Lapassade, G. (2006). *Groupes, Organisations, Institutions*. Paris, Economica, p.172

Fernand Oury et des modèles libertaires avec Fernand Deligny. Les enseignements de Jacques Lacan influencent les médecins et médecins psychiatres qui occupent alors et pour de nombreuses décennies, une place centrale dans ce qui deviendra le secteur sanitaire et médico-social. Cette référence à la psychanalyse a fonctionné comme parole hégémonique pendant plusieurs dizaines d'années, dénoncée parfois comme dogmatique dans de nombreuses institutions du sanitaire et du médico-social. Elle a cependant permis de donner une place centrale à la subjectivité des personnes accompagnées et à la singularité de leurs problématiques et de leurs situations. Michel Chauvière estime qu'« entre ingénierie et services, demeure une importante sphère d'action sociale, tant en nombre d'agents qu'en institutions spécialisées, qu'on devrait sans hésiter, qualifier de clinique sociale. [...] Il s'agit là d'une intervention au plus près des gens, faite d'observations et de dialogues, et irréductible au simple accompagnement social. Elle implique légitimement des pratiques d'interprétation des événements et comportements »²²⁰. Il convient d'ajouter à ces éléments la notion de transfert, que Joseph Rouzel décrit de la sorte :

« La clinique sociale opère dans une rencontre singulière où le travailleur social est touché, affecté, travaillé par ce qui se joue et se noue en lui dans cette rencontre. Le sujet (dit usager !) transfère sur sa personne un certain nombre de représentations, de mots, de projections, de désirs, de motions, d'émotions, d'affects, qui se ramènent tous à une supposition : l'usager suppose au travailleur social un savoir, un pouvoir sur ce qui lui arrive, voire la possession d'un objet qui pourrait gommer sa souffrance, qu'il attribue au manque de cet objet. Dans le mouvement du transfert qui scelle toute rencontre humaine, l'usager attribue au travailleur social une toute puissance sur sa personne »²²¹. Ce supposé savoir et le pouvoir – symbolique ou non – conféré aux travailleurs sociaux entraînera de nombreuses interrogations et critiques sur la fonction même de ces professionnels. Dès sa genèse, l'identité professionnelle des travailleurs sociaux est décrite comme « en crise » ; pour preuve le numéro « Pourquoi le travail social » dans la revue *Esprit* de 1972. Le travail social y était défini comme « toute action organisée qui vise à réduire une inadaptation quelconque ou qui est (explicitement ou implicitement) préventive de l'inadaptation d'un individu ou d'un groupe »²²². Il renvoie aux questionnements évoqués

²²⁰ Chauvière, M. (1999). « La sphère clinique du social ». *Lien Social*, n°500, septembre.

²²¹ Rouzel, J. (2016). *La parole éducative*. Malakoff, Dunod, pp. 133-163.

²²² Cité par Blum, F. (2002). Regards sur les mutations du travail social au XXe siècle. *Le Mouvement Social*, no(sup199), 83-94; Domenach, J-M., Meyer, P. et Thibaud P. (dir.) (1972). « Pourquoi le travail social ? », *Esprit*, n° 4-5, p.547.

sur la normalisation et le prolongement du pouvoir étatique que produisent les acteurs du travail social. Si le débat semble avoir été dépassé aujourd'hui, la crise est toujours là, nous aurons l'occasion de l'aborder plus loin.

Toujours est-il que cette influence psychanalytique a modifié le rapport à la relation avec les personnes accompagnées. Cette sphère clinique subsiste à travers un travail social au singulier, si l'on reprend de façon plus positive l'expression de Jacques Ion²²³. Au-delà des besoins repérés et auxquels des dispositifs (sociaux, économiques, de soin) visent à répondre, il y a le désir et le manque du sujet à faire émerger de sa demande, que le professionnel essaie d'interpréter inlassablement. Si l'humain n'était que besoin, il serait ramené à sa simple condition animale.

Des ouvrages, peu nombreux, ont été écrits et évoquent la clinique dans le travail social²²⁴. Ils s'attachent pour la plupart à dépeindre une réalité quotidienne des professionnels plus que du champ dans lequel ils interviennent. À ce stade, nous nous rendons bien compte comme il est plus aisé de décrire le travailleur social plus que le travail social comme l'ont fait Jacques Ion et Bertrand Ravon²²⁵. Aussi diversifiés que soient leurs champs d'intervention, les travailleurs sociaux présentent des caractéristiques communes dont la littérature spécialisée s'est fait l'écho. Leur travail a à voir avec la parole, que ce soit écouter, parler, communiquer ou faire émerger le discours chez l'autre. Leur travail relève du domaine de l'action, de l'acte, de la pratique dans ce qu'il implique d'un point de vue corporel ou psychique ; cela engage une notion de responsabilité puisqu'il s'agit d'avoir une portée transformatrice ou au moins agissante chez la personne accompagnée ou dans son environnement. Il est rencontre et expérience(s) de cette rencontre, nous l'avons vu avec ce qu'engage la notion de transfert ; c'est lorsque la pratique est nommée et discutée, qu'elle peut alors devenir expérience. Le travailleur social est médiateur, il se tient au milieu, entre les marges, et fait tenir ensemble ce qui parfois s'oppose. Enfin, le travail social relève d'une dimension politique en direction des personnes accompagnées. Dès lors, pas de neutralité possible dans son engagement éthique quand il s'agit de viser la justice sociale dans un contexte qui la limite. Michel Chauvière ne dit pas autre chose

²²³ Ion, J. (1998). *Le Travail social au singulier*. Malakoff, Dunod.

²²⁴ Gárate-Martínez, I. (2003). *L'institution autrement : Pour une clinique du travail social*. Toulouse, Érès ; Gárate-Martínez, I. (2003). *L'institution autrement : Pour une clinique du travail social*. Toulouse, Érès ; Bouquet, B. (2017). *Éthique et travail social. Une recherche du sens*. Malakoff, Paris ; Chopart, J-N. (2000). *Les mutations du travail social : dynamiques d'un champ professionnel*. Malakoff, Dunod ; Avet, R. (2010). *Pourquoi défendre aujourd'hui la clinique dans le travail médico-social*. Nîmes, Champ social.

²²⁵ Ion, J. et Ravon, B. (2005). *Les travailleurs sociaux*. Paris, La Découverte.

dans l'introduction d'un de ses ouvrages : « L'exigence de politique est à ce prix. Il faut non seulement opposer aux politiques actuelles des perspectives alternatives, mais aussi faire comprendre que les dites politiques publiques contemporaines ne sont pas des politiques, mais avant tout de simples programmes. Autrement dit, elles ne s'inscrivent dans aucune anthropologie humaine ni aucune historicité des sociétés autres que la logique des intérêts individuels et le court terme des services dans une économie de marché hégémonique »²²⁶.

Les valeurs fondatrices du travail social s'ancrent ainsi non seulement dans un héritage judéo-chrétien mais aussi dans une morale sociétale qui évolue au fil du temps. Nous pouvons dire que ces valeurs, aujourd'hui, restent empreintes d'un humanisme contemporain. En d'autres termes, si le travail social a gardé sa filiation avec un humanisme lié au caritatif et à la charité, il s'est transformé au fil des siècles en un humanisme laïc puis social, sorte d'« humanisme non métaphysique »²²⁷ selon l'expression d'Alain Renaut qui fait écho aux recherches de Grace Davie²²⁸. Il s'agit, dans cette visée, d'aider la personne à se saisir de son espace psychique, physique et social à travers une lecture : l'unicité du sujet, sa reconnaissance, son émancipation. La clinique en travail social se reconnaît dans cette ambition.

Pour Michel Chauvière, le travail social repose sur une approche clinique « qui mobilise une forte capacité d'interprétation des événements et des comportements, non plus dans leur régularité mais dans leur singularité »²²⁹. C'est donc un travail de circonstances²³⁰ où il s'agit de prendre en compte la précarité structurelle du sujet à travers des tentatives d'étayage. L'interprétation des événements n'est pas infaillible, loin de là, tout comme les actions des travailleurs sociaux résistent à la reproductibilité. Il s'agit d'une « logique de coups »²³¹ qui ne sont pas programmables ou transférables, mais plutôt dans le registre de l'éphémère – qui qualifie le mieux leurs succès comme leurs échecs. La singularité de chaque rencontre les amène à accepter que ce savoir supposé ne soit qu'illusion face aux

²²⁶ Chauvière, M. (2011). *L'intelligence sociale en danger. Chemins de résistance et propositions*. Paris, La découverte.

²²⁷ Renaut A. (1989). *L'Ère de l'individu*. Paris, Gallimard.

²²⁸ Davie G. (1990). « Believing without Belonging: Is This the Future of Religion in Britain? », *Social compass*, 37(4), 455-469.

²²⁹ Chauvière, M. (2004). *Le travail social dans l'action publique*. Malakoff, Dunod, p.114.

²³⁰ Fustier, P. (2020) « Milieu de soin et travail des circonstances. Modes d'insertion professionnelle et relation de contiguïté en milieux institutionnels », *Rencontre avec Paul Fustier. L'institution au quotidien, une pensée clinique*. Toulouse, Érès, pp. 119-152.

²³¹ Autès M. *Op. cit.* p.250.

histoires de vie de ces personnes en souffrance. Il n'existe en effet pas de théorie propre au travail social, de référentiel sur lesquels construire des modèles d'action²³², les professionnels du champ sont retors à l'institutionnalisation et à toute hégémonie disciplinaire - comme la clinique - en s'orientant plutôt vers une intelligence et une sagesse pratique²³³.

Dans une société en pleine mutation, traversée par de profonds bouleversements, que cela soit l'effritement du salariat, l'accroissement de la précarité et de l'exclusion, l'urgence climatique et les conflits inter-étatiques, le travail social porte une lourde responsabilité : celle d'être une constante dans l'organisation sociale, à la confluence du sujet et de la société, pour éviter l'effondrement.

IV.3 Des paradoxes aux antagonismes du travail social

Nous avons cité à plusieurs reprises l'ouvrage de Michel Autès qui fait figure de référence sur le sujet et qui décline les nombreux paradoxes liés aux spécificités du secteur. Nous y retrouvons par exemple la logique de gestion (programme) et la logique de projet ; une logique d'assistance et une logique d'émancipation ; la posture de neutralité et de militance du travailleur social ; la question de la réparation des individus et la production de changement social²³⁴. Il évoque aussi le caractère double du travail social en citant entre autres, l'individuel et le collectif ou encore la théorie et la pratique. Il s'explique : « Nécessairement double, l'espace où se déploient les pratiques du travail social est traversé par un malentendu qui n'est pas son défaut, son incapacité à communiquer, mais un élément qui le caractérise comme pratique sociale, et le ressort même de son efficacité. Cette duplicité est structurelle. Elle vient de son rapport à son objet, et de l'injonction

²³² Marty, M., Ponnou, S. et Clouse, F. (2021). « L'évolution du Diplôme d'État d'Éducateur Spécialisé de 1967 à nos jours : un analyseur des enjeux d'universitarisation des formations en travail social » In Maillochon, I. & Medini, A. *Réingénierie des formations et qualification des intervenants sociaux*. Rouen : Presses Universitaires du Rouen et du Havre (PURH).

²³³ Nous reviendrons sur cette notion dans notre partie V.5.4 « À la tentation de la raison instrumentale, opposer la sagesse pratique ».

²³⁴ « Il [le travailleur social] ne peut pas complètement prendre le parti des personnes marginalisées par le fonctionnement de la machine sociale, au risque d'apparaître irresponsable et de se discréditer. Mais il ne peut pas non plus se ranger complètement du côté des mandataires de la société qui commanditent son action, au risque de la rendre inefficace auprès de ceux qui sont ses publics. Il est ainsi tenu d'osciller sans cesse entre les deux positions [...] C'est pourquoi, prendre à la lettre les énoncés émancipateurs du travail social, comme ceux qui le stigmatisent comme une entreprise de contrôle social sous couvert de service des biens, c'est manquer le fait que ces énoncés forment un tout, nécessaire au fonctionnement social », Autès, M. (2005). *Op. cit.* p.75.

paradoxe qui l'informe : dire ce que la société ne peut pas entendre, montrer ce qu'elle ne peut pas voir ; être à la fois le mandataire des institutions et le représentant des populations ; tenir ensemble des positions incompatibles et relier ce qui s'oppose et se rejette »²³⁵. Dès 1972, la perspective critique de la revue *Esprit* qui dénonçait l'entreprise de normalisation du travail social posait déjà les jalons de cette dimension paradoxale, celle de l'adaptation d'individus à un système inadapté. Autrement dit, un équilibre précaire et contradictoire qui produit consensus et dissensus. C'est pourquoi un auteur comme Pierre Nègre définit l'éducation spécialisée comme une « interface contradictionnelle »²³⁶ en rappelant la position de médiateur qu'occupe le travailleur social. Cette dimension paradoxale, elle est consubstantielle du métier, « on fait avec » pourraient-ils dirent puisque leur travail est de faire tenir ensemble ce qui ne tient pas, soit un travail de frontières, d'entre-deux. Ceci n'est pas chose aisée, d'autres diront même que c'est impossible, car ces paradoxes - à différencier des dilemmes et des apories qu'il est possible d'élaborer, individuellement et collectivement²³⁷ - mettent les acteurs dans des situations intenable, comme les écrits de Bateson l'ont démontré²³⁸. Or, il nous semble que ces dernières décennies ont mis au jour, en même temps que ces paradoxes, de réels antagonismes au sein même du travail social. Du grec *antagônistês* signifiant adversaire, se dit de ce(ux) qui lutte(nt) contre. En chimie, on retrouve le terme antagoniste pour qualifier ce qui possède des propriétés contraires et qui se neutralise en s'opposant²³⁹. Pour le Littré, on parle d'antagonisme quand il s'agit de résistance qu'opposent deux forces, deux puissances contraires et, au figuré, de l'opposition d'idées, de doctrines. Ce champ lexical guerrier nous semble à même de décrire ce qui se joue dans le travail social depuis un demi-siècle : une opposition entre deux idéaux que tout oppose. Cette nouvelle forme de conflit psychique a au moins le mérite de la facilité : dans les situations paradoxales, le choix est impossible ; or, il en est bien différemment vis-à-vis des antagonismes où la dimension du choix reste tout à fait possible, et plus encore, nécessaire.

Paul Fustier, en s'appuyant sur l'exemple de la vie quotidienne en institution parle de contradictions, c'est-à-dire quand le paradoxe « s'aplatit » : deux éléments incompatibles

²³⁵ *Op. cit.* p.240.

²³⁶ Nègre P. (1998). *Op. cit.* p.15.

²³⁷ Nous l'avons vu avec l'usage des apories en éducation, cf. Paturet, J. (2007). « D'une aporétique de la raison éducative », *op cit.* pp. 67-93.

²³⁸ Wittezaele, J. (2008). *La double contrainte: L'influence des paradoxes de Bateson en Sciences humaines.* De Boeck Supérieur.

²³⁹ Dictionnaire du Centre Nationale des Ressources Textuelles et Linguistiques (CNRTL) (en ligne).

peuvent coexister lorsqu'ils sont maintenus sur deux plans différents (formation paradoxale) ; ils ne sont plus « contenables » lorsqu'ils apparaissent au même niveau, tout en demeurant incompatibles (formation contradictoire qui résulte d'un paradoxe « aplati »)²⁴⁰. Pour y faire face, l'auteur évoque la nécessité d'« espaces de compatibilité », en parlant d'organisation « molle » qui permet de contenir des éléments antagonistes parce que justement, la question de leur antagonisme n'est pas interrogée. Il avance deux notions qui peuvent nous éclairer : « les situations limites sont apparemment "muettes", et ne posent pas de problèmes particuliers. Elles témoignent, à notre sens, d'un investissement transitionnel et d'une contenance suffisante du paradoxe famille non-famille. En revanche, nous appelons zones frontières ces mêmes situations limites quand elles font déchirure »²⁴¹. Pour lui, l'éducateur peut travailler dans des conditions relativement sereines lorsqu'il y a « banalité au quotidien », c'est-à-dire lorsque l'institution est capable de contenir des représentations normalement ou logiquement incompatibles – les situations sont limites, mais tenables. Mais lorsque ces représentations éclatent au grand jour, pour diverses raisons - répétition, usure, franchissement -, que le roseau qui plie finit par rompre ou qu'une goutte fait déborder le vase, l'ambiguïté des éléments contradictoires ne peut plus être maintenue ; dès lors, la possibilité de contenir ensemble des éléments antagonistes disparaît et s'impose alors aux acteurs de choisir et de trancher. Il nous semble que c'est ce à quoi nous sommes confrontés aujourd'hui dans l'évolution du travail social depuis plus d'un demi-siècle. Pour autant, la simplicité apparente de la situation dans laquelle se trouvent tous ces professionnels n'exclue pas la difficulté à faire les choix les plus justes, particulièrement quand ils entraînent des conséquences sur leur personne, les publics accompagnés et par extension la société. Autrement dit, si le contexte ressemble parfois à une vision binaire, prendre position n'en demeure pas moins un engagement parfois périlleux.

IV.3.1 Le caractère insatiable et totalisant du capitalisme

Avant toute chose, nous proposons, en guise de définition, ne nous référer à celle, minimale, de Boltanski et Chiapello, c'est-à-dire en tant qu'« exigence d'accumulation

²⁴⁰ Fustier, P. (2019). Chapitre 3. Accompagner au quotidien. Dans : P. Fustier, *Les corridors du quotidien: Clinique du quotidien et éducation spécialisée en institution* (pp. 49-63). Malakoff, Dunod.

²⁴¹ *Ibid.*

illimitée du capital par des moyens formellement pacifiques »²⁴². Pour Michel Beaud, il s'agit d'une logique sociale complexe dont l'une des spécificités est de « réaffecter le surplus acquis par la production et le commerce à l'élargissement des moyens de produire et de recommencer en vue de dégager un nouveau surplus : (...) en bref, la recherche du profit en vue d'élargir le champ des activités profitables »²⁴³. Ces auteurs convergent à souligner son caractère insatiable²⁴⁴ qui, à terme, renvoie à l'image du tonneau des Danaïdes de la mythologie grecque, où des sœurs furent condamnées à remplir éternellement un tonneau percé. De même, dans sa forme contemporaine, le capitalisme garde comme autre élément associé le salariat. En résumé, nous constatons « d'un côté la recherche de l'enrichissement et du profit, le pouvoir sur les hommes, la concentration du capital, les positions dominantes et les pouvoirs de monopoles ; de l'autre, la subsistance qui, pour des fractions de plus en plus larges des sociétés, passe par l'emploi dépendant, le salariat et l'achat de biens de consommation produits par la machinerie capitaliste »²⁴⁵. À notre sens, le capitalisme se révèle être bien plus qu'un système économique et nous rejoignons Fernand Braudel sur la nécessité de prendre en compte ses dimensions sociale, idéologique, philosophique, politique et éthique : « la pire des erreurs, c'est (...) de soutenir que le capitalisme est "un système économique", sans plus, alors qu'il vit de l'ordre social, qu'il est, adversaire ou complice, à égalité (ou presque) avec l'État, personnage encombrant s'il en est - et cela depuis toujours - ; qu'il profite aussi de tout l'appui que la culture apporte à la solidité de l'édifice social (...) ; qu'il tient les classes dominantes qui, en le défendant, se défendent elles-mêmes »²⁴⁶. Ainsi, plus qu'un mode de production, qu'un système, qu'un acteur capable de vouloir ou de planifier, il porte en lui une logique sociale complexe structurante/déstructurante²⁴⁷ qui « engendre une totalité productive, marchande et monétaire, à la fois territorialisée et mondiale, en incessante mutation, et qui manifeste de plus en plus nettement une autonomie relative par rapport aux sociétés où elle se forme : cette totalité, nous la nommons "capitalisme". Nous aurons l'occasion de revenir sur cette dimension totale, totalisante, attachée au capitalisme car

²⁴² Boltanski, L. & Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris, Gallimard, p.37.

²⁴³ Beaud, M. (2010). *L'histoire du capitalisme*. Paris, Points, p.405.

²⁴⁴ « Parce que le capital est constamment réinvesti et ne peut s'accroître qu'en circulant, la capacité pour le capitaliste de récupérer sa mise augmentée d'un profit est perpétuellement menacée (...). Cette dynamique crée une inquiétude permanente et offre au capitaliste un motif d'autopréservation très puissant pour continuer sans fin le processus d'accumulation », *Op. cit.* p.38.

²⁴⁵ Beaud, M. (2010). *Op. cit.* p.405.

²⁴⁶ Braudel F. (1979) in Beaud, M. (2010). *Op. cit.* p17.

²⁴⁷ Beaud, M. (2010). *Op. cit.* p.406.

elle résume à elle seule, et à tous ses avatars, l'un des principaux antagonismes à la pensée clinique.

IV.3.2 Le capitalisme : une hypertélie des rationalités sectorielles

Nous proposons d'aborder le modèle capitaliste à travers le concept biologique d'hypertélie issu des recherches de Charles Darwin, entendu comme le dépassement, par croissance exceptionnelle, d'un organe ou d'un caractère ; en d'autres termes, tout développement exagéré d'un organe susceptible de produire une gêne. Les travaux de Patrick Tort, épistémologue et historien des sciences permettent d'assurer une passerelle entre la théorie de l'évolution et ce système économique contemporain²⁴⁸. Il prend l'exemple du grand cerf des tourbières d'Irlande (*Megaloceros giganteus*) avec la disproportion entre le poids et le volume extraordinaires des bois du mâle - pouvant atteindre trois mètres - et les dimensions comparativement réduites de son crâne²⁴⁹. Cet excès de ramures rend les mouvements et la fuite face à d'éventuels prédateurs presque impossible dans un milieu forestier ; de même, lors des combats entre mâles, l'enchevêtrement des ramures peut bloquer les deux adversaires et entraîner la mort. Il sera aussi l'occasion, lors des rivalités pour l'accès aux femelles, de l'enchevêtrement mortel des coiffes complexes des cerfs actuels en situation de combat. Ce développement excessif semble en contradiction avec la théorie de l'évolution comme Darwin l'a développée dans *l'Origine des espèces* en 1859. Or, en 1871, dans son ouvrage *La filiation de l'Homme*, sa théorie sur la sélection sexuelle offre de nouveaux éléments de compréhension. Selon lui, si l'évolution avait pu sélectionner cette hypercroissance d'un organe, en l'occurrence les bois du cerf des tourbières, c'est parce que le handicap est surcompensé par l'avantage qu'en tire l'animal sur le plan d'une facilitation de l'union sexuelle et reproductive. Son effet de dissuasion vis-à-vis des rivaux en période d'accouplement et son charme auprès des femelles transforment ce handicap en avantage²⁵⁰. Dans ce cas-là, l'organe dépasse l'optimum adaptatif : tant que l'avantage l'emporte sur le dommage, la survie de l'espèce est maintenue si le milieu ne change pas. Nous reviendrons tout à l'heure sur l'importance de cette fin de phrase. Pour en terminer

²⁴⁸ Tort, P. (2019). *L'intelligence des limites. Essai sur le concept d'hypertélie*. Paris, Éditions Gruppén.

²⁴⁹ Nous pouvons aussi citer les tigres aux dents de sabres ou certains mammoths au défenses recourbées.

²⁵⁰ Le plumage magnifique de certains oiseaux du paradis présente le même problème : avantage en période nuptiale, handicap pour fuir face aux prédateurs.

avec cet exemple, disons que c'est dans l'élément de l'hypertélie que « s'enracine le pouvoir du symbolique, qui est pouvoir de séduction, au prix d'un mensonge sur le pouvoir réel »²⁵¹ puisque de toute évidence, l'efficacité a largement déserté l'ancienne fonction.

L'hypothèse de Patrick Tort est la suivante : la civilisation et l'histoire humaine²⁵² étant des hypertélies de l'évolution, le capitalisme - phénomène historique inclus en elles - est aussi hypertélique. Dès lors, il applique ce concept biologique d'hypertélie en visant « sa réinscription possible dans le champ économique-social, qui enracinerait en quelque sorte au cœur d'une matrice concrète l'idée d'une désadaptation par excès de croissance et perte d'utilité réelle, avec remplacement de l'utilité perdue par un symbolisme lui-même défini comme un excès de signes à fonction (sur)compensatoire »²⁵³. En effet, le système économique néolibéral « repose sur une inertie de croissance aux effets destructeurs, en dépit et à cause de son investissement indéfiniment augmenté dans une séduction hypercompensatoire et dans l'apparence d'une invulnérable vigueur »²⁵⁴. Tort rattache cette contradiction du capitalisme à ce qu'il nomme « la rationalité sectorielle », c'est-à-dire la « recette d'une certaine adéquation entre les moyens engagés et les fins poursuivies dans un secteur donné »²⁵⁵ à laquelle on peut reprocher d'être incapable d'anticiper les effets lointains et globaux de ses actions. L'auteur fait la critique de la multiplication anarchique et contiguë des rationalités sectorielles : chaque secteur de l'activité économique met en œuvre une application particulière de techniques issues de domaines variés de la connaissance scientifique au sein d'un rapport de concurrence généralisée qui exclut « la perspective inter-critique et l'examen prévisionnel des conséquences de cette application en dehors de son champ propre et de la réalisation de ses objectifs »²⁵⁶. Nous voyons bien les limites, ces rationalités sectorielles entrant dans un rapport d'antinomie entre elles et avec une rationalité critique globale qui, elle, demeure déficitaire bien qu'elle soit la seule à pouvoir anticiper les conséquences probables de cette prolifération. Un exemple parmi d'autres est celui d'une croissance infinie dans un monde fini.

D'autre part, sont soulignés dans l'ouvrage d'autres effets destructeurs des conséquences du capitalisme. L'hyper-valorisation symbolique de l'innovation, par exemple, qui

²⁵¹ Tort, P. (2019). *Op. cit.* p.43.

²⁵² Nous ne développerons pas cet aspect intéressant de l'approche phylogénétique, le lecteur pourra se référer au chapitre II « Hypertélie et civilisation » de l'ouvrage précité.

²⁵³ *Op. cit.* p.113.

²⁵⁴ *Op. cit.* p.32.

²⁵⁵ *Op. cit.* p.118.

²⁵⁶ *Op. cit.* pp.184-185.

correspond en réalité à la tendance foncière du capital à s'auto-valoriser au-delà de toute utilité réelle pour l'humanité²⁵⁷. L'hypertélie exige, pour qu'une croissance devenue inutile - voire désadaptée - se poursuive, le basculement dans le symbolique, mettant en œuvre ainsi le déploiement sans fin de l'innovation investie dans les moyens de séduire. Nous trouvons là écho chez Michel Clouscard, pour qui le capitalisme contemporain serait devenu, comme le nom de son ouvrage, un « capitalisme de séduction »²⁵⁸. Pour ce sociologue et philosophe, « la séduction, c'est le pouvoir du langage indépendamment du concept, indépendamment de la sagesse. À un moment donné, un discours peut apparaître ayant le pouvoir d'anéantir l'être : c'est le discours du paraître, le discours de la séduction. La vérité en tant que telle est alors recouverte »²⁵⁹. Notre croissance économique a démesurément investi la production de biens éphémères à connotation de prestige (le luxe), et ne perdure qu'à la faveur d'une emprise indéfiniment renforcée du symbolique. Rappelons-nous des ramures du cerf, dont le symbole devient du signe en excès²⁶⁰ et appartient au domaine de l'excès car, après tout, ce qui est destiné à impressionner ne peut être économe. Par conséquent, cette croissance se poursuit contre toute justification profonde issue de l'usage réel, jusqu'à produire un déséquilibre potentiellement mortel : « c'est ce déséquilibre que l'économie dissimule et que l'écologie révèle en évaluant les facteurs d'intoxication de la nature et d'impact climatique qui fabriquent le changement de milieu susceptible de rendre brusquement évident le caractère suicidaire de l'hypertélie générale du système »²⁶¹. C'est là où la question du changement du milieu est fondamentale. C'est ce qui a causé l'extinction des espèces citées, leur fonction hypertélique ne permettant plus de compenser le handicap lié à la modification des espèces qu'elles chassaient, à la mutation de la flore, etc. Le lien avec la problématique de l'urgence climatique se déroule logiquement : malgré toutes les alertes, à commencer par celle du rapport Meadows de 1972²⁶², jusqu'aux rapports du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC), qui en est à son sixième en avril 2022, et dont les prévisions sont de plus en plus effrayantes²⁶³, aucun changement significatif n'est réellement entrepris. C'est là un des effets pervers du système

²⁵⁷ *Op. cit.* p.108.

²⁵⁸ Clouscard, M. (2009). *Le capitalisme de la séduction : critique de la social-démocratie libertaire*. Paris, Delga.

²⁵⁹ Propos tenus dans l'émission « Apostrophes » en 1983.

²⁶⁰ « Le symbole est l'hypertélie du signe » nous dit Patrick Tort dans un autre ouvrage (2020). *Capitalisme ou Civilisation*. Paris, Éditions Gruppen, p.94.

²⁶¹ *Op. cit.* p.115

²⁶² <https://www.acfas.ca/publications/magazine/2022/04/premier-rapport-du-club-rome-50-ans-conclusion>

²⁶³ <https://www.ipcc.ch/languages-2/francais/>

capitaliste ; il ne se contente pas de « perpétuer les conditions infrastructurelles de l'exploitation économique du prolétariat par les détenteurs du capital, mais tisse un réseau cohérent de représentations et de stratégies idéologiques qui a pour ambition de l'éterniser comme seul système social légitimable au regard de la nature »²⁶⁴. Souvenons-nous de l'inénarrable slogan de Margareth Thatcher « *There is no alternative* »²⁶⁵.

Il va de soi que l'hypertélie est un concept originellement naturaliste, et que son application aux phénomènes de civilisation saisis dans leur évolution globale se doit d'être épistémologiquement prudente et nuancée. Mais force est de constater que l'hypothèse apparaît tout à la fois solide et particulièrement éloquente. Ce que le capitalisme arbore comme constituant sa force spécifique (la richesse, l'individualisme, la croissance, l'innovation) est en réalité ce qui aggrave sa faiblesse en masquant la ténuité de ses chances de survies. D'où l'appel de Patrick Tort à un devoir de l'intelligence des limites, « devoir d'anticipation des conséquences négatives (prévenir plutôt que guérir) de chacune de ses applications sectorielles et de résistance à l'optimisme ébloui qui sacrifie régulièrement ce pouvoir anticipateur à l'enthousiasme né de la contemplation narcissique de ses capacités "innovantes" »²⁶⁶.

IV.3.3 L'impact du néolibéralisme sur le travail social

Nous l'avons évoqué précédemment, le capitalisme et son économie de marché - ou néolibéralisme²⁶⁷ - ont précipité des bouleversements à tous les niveaux au sein du secteur. Partant du principe, avec Christophe Rameaux, que « le projet du néolibéralisme est de faire primer le marché sur l'État, les intérêts particuliers des nantis sur l'intérêt général »²⁶⁸, nous observons notre secteur par ce prisme-là. Le travail social est devenu une activité économique ordinaire, ouverte au marché, où la rationalité gestionnaire

²⁶⁴ Tort, P. (2019). *Op. cit.* p.118.

²⁶⁵ Repris depuis plusieurs années par les défenseurs d'un nouveau modèle, puisque « *There is no planet B* ».

²⁶⁶ *Op. cit.* p.77

²⁶⁷ Nous faisons référence au néolibéralisme en tant que modèle économique contemporain du capitalisme : Haber, S. (2012). « Analyser le néolibéralisme aujourd'hui », *La Revue des Livres*, n° 4, mars-avril, p. 60-67 ; Orléan, A. (2013). « Le néolibéralisme entre théorie et pratique. Entretien avec André Orléan », *Cahiers philosophiques*, vol. 133, no. 2, pp. 9-20 ; Piel, J. (2007) « Le virage néolibéral planétaire depuis 25 ans : la nouveauté proclamée ou le dernier avatar du capitalisme toujours tel qu'en lui-même ? », *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En ligne], Débats, consulté le 31 mars 2022.

²⁶⁸ Rameaux, J-C., interview à QGmedia : <https://qg.media/2022/03/31/les-cabinets-comme-mckinsey-sont-dans-une-logique-de-sabotage-methodique-du-service-public/>

évacue peu à peu les valeurs historiques. Un exemple récent et particulièrement frappant est celui du « système ORPEA »²⁶⁹ et sa gestion des maisons de retraites, orientée dans une logique d'un bénéfice immédiat au détriment des personnes âgées accueillies dans ces EPHAD. Pour Michel Autès, le travail social « sert exactement à faire ce pour quoi il est fait, c'est-à-dire assurer une gestion des individus asociaux/inadaptés/handicapés, au sein d'un mode de développement piloté par une économie triomphante et appuyé sur une croyance enracinée dans le progrès social comme résultante inéluctable de la croissance économique »²⁷⁰. Avec ce tournant gestionnaire, se sont créés de nombreux dispositifs : évaluation des performances, démarche qualité, standardisation de l'activité par *process*, précarisation de l'emploi par la mobilité et la flexibilité, etc. De nombreuses associations du secteur, souvent reconnues d'utilité publique, ont été peu à peu contraintes à se considérer comme des entreprises et à agir en conséquence. Résultat, les plus grosses ont absorbé les plus petites pour se consolider et se retrouver plus compétitives pour répondre aux appels à projet du marché social. La loi organique relative aux lois de finances (LOLF) du 1er août 2001²⁷¹ est souvent considérée comme pivot. Le site explicatif du gouvernement est on ne peut plus clair sur ses finalités : « Jusqu'alors, avec l'ordonnance du 2 janvier 1959 portant loi organique relative aux lois de finances, la procédure budgétaire était orientée vers les moyens plutôt que vers les résultats. Désormais, la LOLF institue une démarche de budgétisation orientée vers la performance »²⁷². Ce système de gestion de la performance s'inspire directement de la culture du management et plus particulièrement du *new public management*. Cette loi, fréquemment critiquée, dont la finalité est la réduction de coût, la recherche d'efficacité (entendons rentabilité) à partir de la création d'une multitude d'indicateurs d'efficacité observable a montré une relative inefficacité dans sa volonté de réorganiser l'organisation étatique²⁷³. Plus encore, « la rationalisation des choix budgétaires est apparue comme un outil technocratique ambitionnant d'enfermer la décision politique dans un arsenal complexe de critères rationnels de décision maîtrisés par ses seuls auteurs »²⁷⁴. La loi 2002-2 du 2 janvier 2002

²⁶⁹ Castanet, V. (2022). *Les fossoyeurs: Révélations sur le système qui maltraite nos aînés*. Paris, Fayard.

²⁷⁰ Autès M. (2004). *Op.cit.* p.72.

²⁷¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000394028>

²⁷² <https://www.economie.gouv.fr/lolf-20-ans>

²⁷³ Voir par exemple Ogien, A. (2010). La valeur sociale du chiffre: La quantification de l'action publique entre performance et démocratie. *Revue Française de Socio-Économie*, 5, 19-40 ; Calmette, J-. (2006). « La loi organique relative aux lois de finances (LOLF) : un texte, un esprit, une pratique », *Revue française d'administration publique*, vol. n°117, no. 1, pp. 43-55.

²⁷⁴ Abate B. in Calmette, J-F. (2006). *Op. cit.*

rénovant l'action sociale et médico-sociale ne sera d'ailleurs qu'une application de la loi LOLF.

Pour Boltanski et Chiapello, « le capitalisme est une forme ordonnatrice de pratiques collectives parfaitement détachées de la sphère morale au sens où elle trouve sa qualité en elle-même »²⁷⁵. Le capitalisme étant amoral, difficile de lui reprocher de ne pas œuvrer vers l'émancipation de l'individu ou l'explicitation des conduites humaines. Certains pourraient même penser légitime qu'en tant qu'activité économique, le travail social doit pouvoir fixer des objectifs, déterminer des stratégies pour les atteindre et organiser le travail en conséquence. En d'autres termes le travail social est invité à s'ouvrir à des procédures de management visant à la résolution de problèmes. Une condition serait toutefois essentielle : que la critique de ce modèle soit possible et que ces « sciences » du management puissent rester à leur place sans empiéter sur ce qui touche aux gestes quotidiens, au plus proche du public. Or, ce sont « leur omnipotence, leur prétention totalisante, voire totalitaire, à vouloir tout dire et tout faire, en lieu et place des savoirs et des pratiques professionnelles qui se sont historiquement constitués dans le secteur, qui aboutit à une dérive proprement mortifère. Ce d'autant que cette prétention se pare parfois d'une scientificité qui entend être l'égale de celle dont se réclament ces savoirs historiquement constitués »²⁷⁶. En faisant appel à l'évaluation, l'ingénierie, le management et les protocoles, en abandonnant parfois ce qui a trait à la relation clinique, on se réfère parfois plus au monde marchand ou à celui de l'industrie qu'aux métiers de l'humain. « L'investissement des procédures et des protocoles désubjectivants par les professionnels, alors même qu'ils en perçoivent plus ou moins clairement la destructivité et s'en plaignent, pose la question de leur possible fonctionnalité psychique pour les sujets et les équipes. Quel sens prennent, dans le contexte du libéral-totalitarisme, la conjonction paradoxale de la fétichisation d'un individualisme forcené et l'exigence d'une désubjectivation nécessaire à la généralisation de l'état agentique ? »²⁷⁷. Les travailleurs sociaux se retrouvent soumis à une régression vers un registre opératoire justifié par la rationalité instrumentale et les exigences de rentabilité. Or, si l'on peut globalement et rapidement résumer la rentabilité d'une entreprise privée en fonction des bénéfices rapportés à l'actionnaire, l'action des établissements du travail social est rarement

²⁷⁵ Boltanski, L., Chiapello, E. (1999). *Op. cit.* p.58.

²⁷⁶ Dartiguenave, J-Y. (2020). « Chapitre 1. Travail social : pour une recomposition des savoirs par l'insoumission et l'indiscipline », *Le travail social en quête de légitimité*, pp. 19-32.

²⁷⁷ Diet, E. (2010). « Équipes pluridisciplinaires, groupalité et conflits d'appartenance ». *Agir en clinique du travail*. Toulouse, Érès, pp. 237-249.

engagée pour le bénéfique qu'elle rapporte, mais plutôt pour les effets qu'elle produit sur la société et sur les individus. Autrement dit, toutes ces mutations du travail social visent à traiter l'immédiat, l'urgence, au détriment d'une visée éducative et clinique qui privilégie le long terme, et donc beaucoup moins aisée à évaluer. Dans une chasse permanente aux temps morts, on assiste alors à l'apparition d'un néo-stakhanovisme²⁷⁸ qui réduit *de facto* les possibles institutionnels.

IV.3.4 Entre idéologie gestionnaire et quantophrénie d'indicateurs

Vincent de Gaulejac décrit, dans un de ses ouvrages, comment la société devient malade de la gestion²⁷⁹. Pour lui, sous une apparence pragmatique, rationnelle, neutre pourrions-nous dire, la gestion sous-tend forcément une représentation du monde : « ils sont construits sur des présupposés rarement explicités, des logiques implicites qui s'imposent à travers des règles, des procédures, des ratios, des indicateurs qui s'appliquent sans qu'il n'y ait une possibilité de discuter leur pertinence. Les directions d'entreprises se réfèrent constamment à ces outils pour légitimer leurs décisions et les rendre indiscutables, comme si l'apparente rationalité dont ils sont porteurs occultait la décision elle-même »²⁸⁰. Cette interrogation est apparue d'ailleurs à l'identique s'agissant des algorithmes qui étaient supposés, eux, aussi neutres et équitables puisque non-humains²⁸¹ alors que nous savons, selon l'expression de Cathy O'Neil, que ce sont avant tout des « opinions intégrées aux programmes »²⁸². La dictature par les chiffres, ou ce que Supiot appelle la gouvernance par les nombres²⁸³, en se fondant sur une conception objectiviste de la science va occulter tous les problèmes rencontrés sous prétexte que les outils pour les mesurer ne sont pas fiables. Dans le même temps, la performance n'est plus mesurée à l'aune de la qualité de l'intervention mais en fonction de son coût et de ses résultats financiers. En somme, « le pouvoir gestionnaire neutralise la violence du capitalisme [...] »

²⁷⁸ Askenazy, P. (2002). *La croissance moderne : organisations innovantes du travail*. Paris, Economica.

²⁷⁹ De Gaulejac, V. (2009). *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris, Le Seuil.

²⁸⁰ De Gaulejac, V. (2009). *Op. cit.* p.104.

²⁸¹ De nombreuses études ont montré comment les algorithmes pouvaient faire preuve de discrimination, de racisme, de sexisme, etc. À ce sujet, le lecteur pourra lire l'article de Bertail *et al.* où la bibliographie fournit un regroupe les nombreuses études sur le sujet : « Algorithmes : biais, discrimination et équité ». Telecom ParisTech, Février 2019. En ligne : <https://www.telecom-paris.fr/algorithmes-biais-discrimination-et-equite> consulté le 8 mars 2021.

²⁸² O'Neil, C. (2018). *Algorithmes : la bombe à retardement*. Paris, Les Arènes.

²⁸³ Supiot, A. (2015). *La Gouvernance par les nombres*. Paris, Fayard.

puisqu'il aboutit à dépolitiser le pouvoir au sein des entreprises »²⁸⁴. Appliquer à l'être humain des outils conçus pour gérer les choses, n'est-ce pas là avoir une certaine idée du monde ?

Ce tournant néolibéral s'est accompagné d'un culte de l'évaluation et de ses cortèges d'indicateurs. Disons-le d'emblée, l'évaluation n'a jamais été absente des préoccupations des travailleurs sociaux : elle rend possible de faire un retour sur sa pratique, elle vise à améliorer les accompagnements et est gage d'une certaine qualité dans les prises en charge. Les effets pervers des nouvelles formes d'organisation du travail et de gestion ne sont pas dus exclusivement à l'évaluation mais plutôt à l'obsession d'une évaluation quantitative, objective, observable. Christophe Dejours affirme que « l'évaluation du travail, dans l'état actuel des connaissances, est suspendue aux moyens dont on dispose pour élucider le travail concret. Il n'y a pas à ce jour d'évaluation objective possible »²⁸⁵. Les moyens dont on dispose, particulièrement en termes d'indicateurs, pour objectiver l'évaluation du travail ne sont guère efficaces. Directeurs comme éducateurs montrent bien comment, dans leurs tâches quotidiennes, une des difficultés majeures est d'apprécier une supposée performance en s'appuyant sur un indicateur précis. Un même acte peut avoir plusieurs finalités : accompagner un adolescent pour la première fois dans un transport en commun permet sûrement de travailler une meilleure orientation et autonomie dans ses déplacements - objectif principal d'un PPA - mais relève en fait d'un soutien aux angoisses que pourrait créer cette première fois. En travaux publics, ce serait dire que l'on construit des routes autant pour favoriser les déplacements qu'aménager le territoire. De plus, ces indicateurs de qualité – souvent élaborés de manière subjective – renvoient parfois à des objectifs antinomiques. Les directeurs ont abordé la durée moyenne de prise en charge la plus réduite possible comme critère de performance et de qualité selon l'ARS ; l'allongement de la durée moyenne de prise en charge pour tel ou tel jeune est justement soucieux de qualité car ses besoins nécessitent une continuité. La relation éducative a comme principale médiation la parole, celle de la personne accueillie, le temps qu'il lui faut pour l'exprimer, et le temps pour les professionnels de l'entendre. Autrement dit, une temporalité aux antipodes de la vision court-termiste proposée. Trop lent, trop rapide, là encore la subjectivité est de mise : pour un parent, la fin de prise en

²⁸⁴ De Gaulejac, V. (2009). *Op. cit.* p.149

²⁸⁵ Dejours, C. (2003). « Critique et fondements de l'évaluation », *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*. Versailles, Éditions Quæ, pp. 9-56.

charge arrive trop rapidement quand pour son bénéficiaire, elle s'avère plutôt tardive. Tout acte correspond désormais à une agrégation d'informations quantitatives et qualitatives standardisées à des fins de gestion ; « Il devient une unité d'activité, une sorte d'atome, de particule ou, mieux, de séquence d'intervention ou d'éducation »²⁸⁶. Tout cela va à l'encontre de ce qui fait l'essence même du travail social : un cadre où une relation singulière s'établit et où un processus de soin, d'autonomisation, long, fragile, n'est ni mesurable ni évaluable. Toute tentative dans ce sens ne pourrait que réifier le moindre acte, la moindre parole.

Le rapport IGAS relevait déjà en 2005 : « [pour les éducateurs] s'y ajoute la crainte de ce qui est souvent perçu comme l'irruption dans le champ social d'une logique financière, productiviste et normalisatrice qui pour beaucoup d'intervenants sociaux constitue une menace essentielle pour la qualité du travail social. Le travail social et surtout ses résultats, sa "production", étant difficile à quantifier, l'évaluation risque de se focaliser sur les éléments mesurables de coût, de temps passé, sans pouvoir en appréhender les effets »²⁸⁷. Retenons aussi que ces indicateurs agissent sur le comportement des professionnels, et plus seulement en tant que simples signaux. Plus que des objets de régulation technique, ils en deviennent des objets de régulation sociale : « Ils agissent sur les acteurs parce qu'ils véhiculent une représentation de l'organisation, de ses activités et de ses acteurs. Ils donnent une définition de l'organisation, ils fournissent un cadre de perception des problèmes et de leur résolution. Ils sont donc à voir comme des normes, des conventions, des cadres, des schèmes cognitifs, plus que comme de simples chiffres, graphiques ou tableaux de bord. Ils expriment autant une règle concernant le fonctionnement social de l'organisation qu'une règle relative à sa modélisation technique »²⁸⁸. En cela, les indicateurs construisent la réalité puisqu'ils structurent la vie de l'organisation ainsi que les discours et les pratiques des travailleurs sociaux. D'où l'appellation « d'indicateur prégnant »²⁸⁹ pour insister sur le fait qu'ils imprègnent totalement les établissements dans lesquels ils sont utilisés.

²⁸⁶ Chauvière, M. (2010). *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*. Paris, La Découverte, pp. 41-63.

²⁸⁷ IGAS. (2005). « L'intervention sociale, un travail de proximité », Rapport, p.201 : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000126/index.shtml>

²⁸⁸ Chappe, V-A. Eberhard, M. (2021). Introduction : à quoi servent les chiffres de la discrimination ? *Les cahiers de la LCD*, N° 13.

²⁸⁹ *Ibid.*

Enfin, difficile de ne pas aborder toutes les dérives possibles quant à la manipulation des indicateurs d'évaluation. On se souvient de cet exemple fameux, où certains directeurs d'hôpitaux en Grande Bretagne faisaient enlever les roues des brancards pour comptabiliser ceux-ci en lits et améliorer ainsi leurs performances statistiques concernant les durées d'attente pour les admissions²⁹⁰. Les directeurs interviewés en montraient l'inanité quand ils évoquaient les critères d'inclusion : avoir 80% d'une classe de population incluse est très bien vu par les organismes de tarification et de contrôle, quand bien même sur ces 80%, 60% bénéficient d'une à deux heures de scolarité (en EPS ou arts plastiques pour la plupart) sans questionner le vécu scolaire²⁹¹.

IV.3.5 Les *Evidence based practice* comme illusion d'évaluation du réel

Produit du raz-de-marée évaluatif, la méthode EBP, bien ancrée dans les pays anglo-saxons, consiste à comprendre et prescrire l'action à partir de résultats scientifiques reposant sur des faits et sur les résultats les plus concluants de la recherche actuelle. L'idée est d'appliquer une opération estimée la plus fiable à toute situation rencontrée et, si possible, qu'elle soit reproductible. Pour le dire rapidement, les défenseurs de l'EBP voient en cette dernière l'affirmation d'une objectivité rigoureuse et tangible plus à même d'être efficace que la méthode clinique. Or, le débat entre ces deux approches a fait l'objet de nombreuses controverses arguant d'un côté un risque de standardisation des pratiques sociales réduites à une série de protocoles et de l'autre une méthode qui s'appuie sur des sources discutables telles que l'impression clinique ou l'expérience, c'est-à-dire la subjectivité du clinicien²⁹². Prenant appui sur une rigueur scientifique et une multiplicité d'études quantitatives à même de produire les résultats les plus précis à l'aide de preuves tangibles, ce rapport à la preuve ne peut exprimer ses potentialités lorsqu'il s'agit des sciences humaines et particulièrement au champ du travail social. Sa dimension prescriptive est une gageure, dès lors que ce qui s'éprouve dans la relation humaine ne relève pas d'une logique de preuve, l'action des professionnels se développe en situation de grande incertitude. Nous savons bien que quelles que soient les bonnes intentions de

²⁹⁰ « La LOLF, une plante fragile », *Les Échos*, 19 octobre 2005.

²⁹¹ Condette, S. (2016). L'élève et sa relation conflictuelle à l'école : entre épreuves subjectives et réponses institutionnelles. In Yves Reuter (dir.). *Vivre les disciplines scolaires. Vécu disciplinaire et décrochage scolaire*. ESF, pp.14-24.

²⁹² Ponnou, S. & Niewiadomski, C. (Dir.), (2020). *Op. cit.*

départ, « la "part du flou" frappera à la porte, comme en écho à l'indicible des pratiques »²⁹³. Nous constatons bien que l'essentiel des pratiques en travail social ne se voit pas et ne s'observe pas. Enfin, le traitement proposé par la méthode EBM est souvent médicamenteux et nous savons comme celui-ci a montré toutes ses limites dans les secteurs sanitaire et médico-social²⁹⁴. Marie-Jean Sauret n'hésite pas à parler de « pathologies de l'Autre et de la vérité » lorsque ce dernier, avatar du scientisme, promet de tout expliquer, tout comprendre, tout fabriquer et répondre par là même, scientifiquement à la question du sens de l'existence²⁹⁵. En cela la vérité devient impossible puisque réduite à un calcul juste ou faux.

En convenant que certains dispositifs sont nécessaires à l'efficacité d'une intervention sociale, que certaines procédures peuvent participer à une cohérence entre professionnels, s'ils ne s'appuient que sur du matériel uniquement observable, alors ils deviennent prescriptifs, normatifs, rigides et suppriment l'autonomie et le libre arbitre des travailleurs sociaux. Ceux-ci agissent souvent dans l'inconnu, avancent vers le flou au rythme des personnes qu'ils accompagnent sur une route balisée par une éthique, une institution, des missions plus que par des *process* et leurs indicateurs. Ils acceptent de pouvoir faire fausse route et de ne pas arriver à leurs fins malgré la dictature du résultat. Chaque action menée n'est jamais aboutie et les avancées de la science n'empêcheront jamais les zones grises, obscures, liées au travail de l'humain. Chercher à effacer toutes ces données serait une dangereuse entreprise : « le principe même de toute tyrannie est à rechercher dans le refus de la complexité »²⁹⁶. C'est pour cela que nous avons vu surgir une demande d'expertise et toute une ribambelle d'experts en tout genre dans le champ du social (conseil, qualité, performance, évaluation, réponses aux appels d'offres, optimisation juridique, etc.)²⁹⁷. Ces derniers ont eu pour mission de créer des nomenclatures, des grilles d'évaluation, des nouvelles fiches de postes à destination des décideurs et des financeurs. Donnant pour résultat des attentes « hors sol », déconnectées d'un terrain dont les travailleurs sociaux s'éloignent de plus en plus et où le contact avec les publics devient secondaire ; on

²⁹³ Nègre, P. (1999). *Op. cit.* p.127.

²⁹⁴ Ponnou, S. (2020). « Hyperactivité/TDAH : trouble scandale », *Le Sociographe*, vol. 72, no. 4, pp. 79-93.

²⁹⁵ Sauret, M-J., Askofaré, A. (2011).« Incidences du libéralisme sur l'évolution des métiers de la clinique », *Recherches en psychanalyse*, vol. 12, no. 2, pp. 114-123.

²⁹⁶ Burckhardt J. in Ardoino J. (1999). *Op. cit.* p.344.

²⁹⁷ Et pas seulement dans le travail social au vu du scandale des cabinets de conseil comme McKinsey installés de longue date au plus niveau de l'état : https://www.lemonde.fr/politique/article/2022/03/17/les-cabinets-de-conseil-une-machine-installee-au-c-ur-de-l-etat_6117909_823448.html

légitime alors leurs interventions par la mise en œuvre d'expertises que sont tenus de faire appliquer les nouveaux managers du social. En expliquant là-aussi qu'il n'y a pas d'autre alternative que celle du mesurable et observable, se produit une « harmonisation » des pratiques et des idées à travers une logique comptable. Grâce à - ou à cause de - cette dernière : « l'outil budgétaire homogénéise le réel. Il réduit la complexité d'une valeur monétaire, mais, ce faisant, il élimine toutes les autres dimensions »²⁹⁸. Soulignons tout de même qu'en France, une longue tradition psychanalytique permet encore de proposer des alternatives aux EBP.

IV.3.6 Une entreprise comme une autre : « new manager » le social

L'arrivée en fanfare du *New Public Management* est venu redessiner les contours de l'action publique²⁹⁹. Nous voyons arriver des personnes formées dans les écoles de commerce ou d'administration des entreprises à des postes stratégiques, qu'il s'agisse de direction d'association ou d'établissement, ou dans les institutions étatiques et décentralisées (ARS, MDPH, etc.). En soi ce n'est pas condamnable, mais sans culture du social et sans sensibilité à la relation d'aide, cela crée au mieux des décalages, au pire des orientations délétères. Avec cette révolution managériale libérale, nous assistons à un fonctionnement bureaucratique : aliénation du travailleur, anonymisation des prises de décisions, communication verticale en provoquant « une logique de bureau précautionneuse, assurancielles, soupçonneuse, formaliste et acéphale. Elle traque le sujet à qui elle rêve de substituer des conduites afin de les enserrer dans des protocoles, elle le surveille, elle le soupçonne alors même qu'elle ne cesse de parler de sa responsabilité »³⁰⁰. Et nous savons comment cette idéologie va produire de l'exclusion pour améliorer la productivité³⁰¹. Les fonctions d'exécution, sous la direction de hiérarchies, deviennent beaucoup plus intrusives et exigeantes. À mesure que le social devient un *business*, les établissements visent à augmenter les marges de prestations à des usagers devenus clients, où l'objectif se résume à proposer une offre de service à même de satisfaire des besoins côtés en amont par des nomenclatures. La course à l'innovation, qu'elle réside dans de

²⁹⁸ Peth et Zrihen in De Gaulejac, V. (2009). *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. p.139.

²⁹⁹ Savignat, P. (2012). *L'action sociale a-t-elle encore un avenir ?* Malakoff, Dunod.

³⁰⁰ Chaumont F. in Avet R. (2010), *Op. cit.* p.68.

³⁰¹ De Gaulejac V. (2012). *La recherche malade du management*. Versailles, Éditions Quæ.

nouveaux dispositifs, thérapeutiques ou concepts, apparentés à un supposé progrès, ne produit en réalité rien de bien neuf.

La phase extrême de ce modèle néolibéral se caractérise par une prolifération de dispositifs, mot valise à connotation technico-moderniste, à même de répondre à l'infinité de ces besoins. Patrick Tort nous rappelle à ce propos qu'« un phénomène majeur semble échapper au questionnement le plus répandu sur le progrès des sciences et des techniques : c'est le déséquilibre croissant entre une recherche fondamentale notoirement désertée et une technoscience triomphante inféodée aux lois du marché à et la multiplication de besoins factices induits par la contrainte commerciale de l'innovation »³⁰². Or, nous ne pouvons réduire des êtres humains à leurs modes d'expression et encore moins occulter tous les déterminismes auxquels ils se retrouvent attachés. Autrement dit, les problématiques des publics sont entremêlées dans des contextes sociaux, politiques, psychiques, qu'un acte seul ne peut résoudre. D'où l'importance des approches globales, institutionnelles, que les dispositifs, agences, plates-formes, et autres galimatias sémantiques ne peuvent assurer. Nous voyons apparaître de plus en plus d'établissements devenus spécialisés en un type de public – imaginons un peu les critères d'admission ! – alors même qu'ils se sont diversifiés au fil des décennies ; si chaque institution, par son histoire, a toujours eu des spécificités d'approches, de critiques, de socles de pensées, celles qui ont su se démarquer par les profils de professionnels recrutés deviendront les plus performantes. Si un DITEP a réussi à recruter une psychomotricienne ou une orthophoniste, s'il a la chance d'avoir des médecins psychiatres³⁰³, alors il sera gage de qualité. Les travailleurs sociaux doivent maintenant intégrer des programmes de rééducation, de soin, d'accompagnement à l'autonomie qui remplissent les cahiers des charges produits par les financeurs. Michel Chauvière constate que « cette évolution entraîne une nouvelle prolétarianisation des professionnels qui se voient, une fois encore, dépossédés de leurs "savoir s'y prendre" et "savoir y faire", dépossédés de leur art, créativité et métier au profit de systèmes de normes extérieures à leur expérience, condensées dans des programmes, des procédures, des indicateurs, des recommandations de bonnes pratiques »³⁰⁴.

³⁰² Tort, P. (2020). *Op. cit.* p.57.

³⁰³ Ce qui serait une aubaine dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux où les postes vacants se multiplient à vitesse exponentielle : <https://www.santementale.fr/2021/06/le-risque-deffondrement-de-la-psychiatrie-publique/>

³⁰⁴ Chauvière, M. (2014). « De quels usages sociocognitifs des institutions et des dispositifs, in Becquemin, M. & Montandon, C. (dir.), *Les institutions à l'épreuve des dispositifs. Les recompositions de l'éducation et de l'intervention sociale*, p.27.

IV.3.7 Une lente mais sûre déprofessionnalisation et déqualification des métiers

Cette prolétarianisation n'est pas nouvelle, de même que la déprofessionnalisation du secteur. Celle-ci avait déjà été observée dans le secteur hospitalier (de moins en moins de médecins et d'infirmières au profit d'aides-soignants) et dans celui de l'animation (de plus en plus de salariés titulaires d'un BAFA, une réduction de ceux qui étaient diplômés d'un DEFA³⁰⁵ ou d'un BPJEPS³⁰⁶). Outre une appétence moindre pour les métiers du social, visible par la réduction du nombre d'étudiants³⁰⁷, se sont multipliés de nombreux emplois moins qualifiés et plus flexibles : inclusion, médiation, coaching, animation, conseil, etc., hors des quatorze diplômes d'état. Il avait été relevé aussi une différenciation verticale plus forte entre conception et exécution : « D'un côté, progressent les fonctions de management, d'encadrement, d'ingénierie, de consulting, d'évaluation (avec le plus souvent des formations de niveau VI : masters universitaires pour les recrutements externes en concurrence avec les diplômes supérieurs du social pour les promotions internes). De l'autre, se multiplient des bas niveaux de qualification voués à des tâches d'exécution, sous contrôle hiérarchique renforcé, dans des domaines où l'exigence professionnelle est considérée comme moindre (auprès des personnes âgées, par exemple) »³⁰⁸. Nous pouvons nous demander si ces nouveaux salariés sont en mesure de s'opposer aux logiques antagonistes que nous avons évoquées. Les bases idéologiques du travail social ont été bouleversées pour laisser place à un univers compétitif, considéré *a priori* comme contraire à l'éthique revendiquée dans le secteur. Pour accompagner des personnes handicapées adultes, on estime que des AES font très bien l'affaire - et coûtent moins cher -, plutôt que des ES, reprenant un discours selon lequel, pour s'occuper d'autrui, il suffirait d'avoir la vocation ou le « feeling » plus qu'un niveau bac+3. Le débat a fait rage, pendant longtemps, de savoir si le DEES était bien d'un niveau licence. Certains pensaient que cette reconnaissance n'était pas incohérente : par exemple, la population rencontrée en ITEP nécessite de la part de l'éducateur spécialisé un haut

³⁰⁵ Diplôme d'État relatif aux Fonctions d'Animation

³⁰⁶ Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport

³⁰⁷ Yankan L. (DREES), (2020), « Le nombre d'étudiants se destinant à l'accompagnement éducatif et social diminue depuis 2010 », *Études et Résultats*, n°1145, Drees, février : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-nombre-detudiants-se-destinant-laccompagnement-educatif-et>

³⁰⁸ Chauvière, M. (2015). « Le travail social sur la sellette », *Revue Projet* n° 346, Mars, p. 27.

niveau de savoir(s) et de compétences pour pouvoir assurer son accompagnement. D'autres estimaient que ce nouveau nivellement allait éloigner les ES de leur proximité avec le public pour les renvoyer à des tâches de coordination³⁰⁹.

La suite semble avoir donné quelque validité aux arguments des derniers cités. Autrefois au cœur de l'activité, au sens de l'action (du latin *activitas*, actif), en premières lignes, le rôle de l'ES semble s'inscrire de plus en plus loin de la personne accueillie. Les relations duelles, la prise en charge individuelle et l'animation quotidienne deviennent manifestation des prérogatives affiliées à des formations de niveau III (AES) et niveau IV (moniteur-éducateur, technicien en intervention sociale et familiale). On note, si nous empruntons des termes de management, un glissement évident d'un passage lent mais certain d'une position de *front-office* à du *back-office*. En résulte forcément une déqualification générale du secteur. Nous l'avons abordé, les enjeux financiers sont bien réels. Les diplômes historiques sont protégés par des conventions collectives - durement attaquées ces dernières années -, des cadres et une doctrine. Confrontés à une concurrence devenue déloyale par des entreprises privées à but lucratif, parfois hors système d'habilitation, ces nouveaux métiers sous-qualifiés se trouvent être très précaires, puisque sous-payés. Nous assistons en prime à une vraie bipolarisation du travail social : des diplômés Niveau VI ou VII qui représentent 4% des salariés, des niveaux V représentant 19% et tendant vers le niveau IV, et enfin le reste, niveaux III II I qui eux représentent 77% des salariés³¹⁰. Une conclusion à ce stade : le travail social se prolétarise en même temps qu'il se paupérise³¹¹.

IV.4 Conclusion du chapitre IV : la montée de l'insignifiance

Le travail social aborde un sommet de ce que Cornelius Castoriadis appelait la montée de l'insignifiance³¹². Il est en pleine crise d'identité et si tous acteurs questionnent le sens de

³⁰⁹ C'était d'ailleurs la position de feu l'ONES (Organisation Nationale des Éducateurs Spécialisés) qui avait retiré de ses revendications le grade licence accolé au DEES en 2016.

³¹⁰ Chiffres avancés par Brigitte Bourguignon au colloque « L'éducation spécialisée : pourquoi faire ? De l'éducation spécialisée, 20 ans après », Toulouse, 25-26 novembre 2017.

³¹¹ Cf. Le numéro 64 de *Le Sociographe*. (2018), « L'arroseur arrosé: Quand le travail social souffre de précarité ».

³¹² Castoriadis, C. (2007). *La montée de la signifiance*. Paris, le Seuil.

leurs actions, de leurs missions, des politiques sociales, il semble qu'un tournant ait été engagé.

La consolidation du modèle néolibéral dans tous les secteurs renvoie les professionnels à l'exigence de faire face à des situations qui n'ont pas ou plus de sens. Le rapport Bourguignon l'avait déjà décelé en 2015 lorsqu'il invitait à « interroger la place à laquelle ont été mis les travailleurs sociaux dans ces dispositifs et les pratiques gestionnaires qui les ont accompagnés [...] Au niveau institutionnel et organisationnel, l'emprise des logiques de gestion est au cœur de la difficulté des travailleurs sociaux à donner du sens à leurs pratiques »³¹³. Ces derniers voient s'ajouter chaque jour, à la longue liste de nouvelles terminaisons, de nouveaux acronymes ou anglicismes. Ces discours insignifiants sont chargés de mots qui ne permettent ni de rendre compte l'activité concrète, ni de produire le sens de l'action, ou encore de comprendre la réalité du travail social. C'est un discours qui se ferme continuellement sur lui-même, chaque terme pouvant être remplacé par un autre dans un système de bouclage permanent. Cela renvoie à l'univers du discours clos qu'avait analysé Herbert Marcuse en 1972 « qui se ferme à tout autre discours qui n'emploie pas ses termes »³¹⁴, rappelant ainsi les propos de Michel Clouscard évoqués précédemment sur le discours de la séduction.

Autrement dit, pour Vincent de Gaulejac, « le langage de l'insignifiance déstructure les significations et le sens commun. Il évite de se confronter à l'épreuve du réel, comme il évite la contestation. Lorsqu'on dit tout et son contraire, alors la discussion n'est plus possible »³¹⁵. L'individu, et dans la thématique qui nous intéresse, le travailleur social, est abandonné à lui-même et doit choisir entre le non-sens ou l'insensé. L'insignifiance et la quantophrénie sont deux dimensions de la doxa ultralibérale : « l'une permet d'éviter la critique et la contestation puisqu'elle empêche de saisir le sens des enjeux qui sont à l'œuvre, l'autre permet de présenter comme neutre et objective une démarche qui conduit les agents à intérioriser l'idéologie gestionnaire »³¹⁶. En ce sens, la rationalité instrumentale est une négation de l'humain. Cependant, historiquement, le travail social

³¹³ Bourguignon, B. (2015). Reconnaître et valoriser le travail social, *Mission de concertation relative aux états généraux du travail social*, Rapport, p.8. En ligne, consulté le 10 mai 2017: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2015/09/rapport_brigitte_bourguignon.pdf

³¹⁴ Marcuse, H. (1968). *L'homme unidimensionnel. Essai sur l'idéologie de la société industrielle avancée*. Paris, Éditions de Minuit, p.115.

³¹⁵ De Gaulejac, V. (2009). *Op. cit.* p.95.

³¹⁶ De Gaulejac, V. (2009). *Op. cit.* pp.101-102.

a toujours fait preuve de résistance face aux nouveautés, au « progrès », à l'ordre établi, le conduisant parfois à prendre une position radicale en faveur des plus faibles. À notre sens, chaque professionnel peut et doit contribuer à la production du sens de l'action collective. Il faut reconnaître aux professionnels du champ une volonté à être considérés comme des sujets autonomes et capables face à cette tentation d'instrumentaliser et objectiver les personnes. Admettons cependant que cette quête de sens est consubstantielle à son existence, car impossible à achever. Pour Pierre Nègre, auteur d'un ouvrage sur la question, « le sens du travail social est indécidable. L'angoisse, bien sûr, est directement proportionnelle à la possibilité de choix qui lui est conjoint. Elle est à la mesure de la liberté possible. [...] C'est en faisant autre chose que ce qui lui est explicitement demandé que l'éducateur accomplit véritablement sa mission »³¹⁷. Cela veut dire qu'a existé, de tout temps, cette marge de manœuvre chère au professionnel pour naviguer en eaux troubles. Force est de constater que cette marge de manœuvre se réduit considérablement. Ce que nous tentons d'expliquer, c'est qu'à l'inverse des paradoxes, être aux prises avec des antagonismes permet un choix, aussi mince et difficile soit-il. Clairement, l'espace se rétrécit et la vision binaire de son métier, d'un champ, d'un monde tend à apparaître peu à peu, faute de pouvoir dialectiser deux forces contraires. Si nous considérons l'éducateur comme passeur de sens³¹⁸, c'est qu'il doit être suffisamment à l'aise avec le sens qu'il donne lui-même à son métier, peu importent les prescriptions ou les descriptions plus ou moins savantes qui lui sont rattachées. Pour ces professionnels, le contexte et le décor ont changé à travers un ultralibéralisme qui n'est pas encore développé comme nous pouvons l'observer aux États-Unis, où ces modes de gestion et de production d'insignifiance ont fait bien des dégâts. L'homme du capitalisme mondialisé est le contraire de ce à quoi prétend l'homme augmenté du mauvais rêve transhumaniste qui aurait assouvi tous ses besoins (y compris celui de vaincre la mort) : « il est un homme diminué, aveuglé et réduit à ses propres accessoires, condamné à être cause et instrument de sa propre exténuation à travers le consentement indéfiniment renforcé qu'il donne à une perte d'autonomie dont la conscience même lui est dissimulée sous l'affichage contraire de sa toute-puissance. Il est simplement l'*Homo hypertelicus*, agonisant sous la profusion dénaturante de ses symboles »³¹⁹. Nous proposons donc dans la prochaine partie d'aborder l'histoire du métier d'éducateur spécialisé et notre tentative

³¹⁷ Nègre, P. (1999). *Op. cit.* p.132.

³¹⁸ Nègre, P. (1999). *Op. cit.* p.17.

³¹⁹ Tort, P. (2019). *Op. cit.* p.176

d'y adjoindre un sens premier, immuable, en suggérant son plus petit dénominateur commun et la posture la plus à même de le soutenir.

Chapitre V. L'éducation spécialisée

V.1 Histoire de l'éducation spécialisée

L'éducation spécialisée se rapporte à l'éducation spéciale du XVIII^e siècle³²⁰ où l'on s'occupait d'un public dont la catégorisation était relativement compartimentée : abandonné, déficient, délinquant, débile, inassimilable, sourd et muet, idiot etc., à partir de critères juridiques, moraux, intellectuels ou physiques. L'éducation spécialisée se formalise durant le régime de Vichy qui, selon la thèse de Michel Chauvière³²¹ produit une rupture et un héritage qui se poursuit jusqu'à nos jours. En effet, le gouvernement de l'époque crée les premières écoles de cadres rééducateurs (les ARSEA), une nouvelle catégorisation des problématiques (les malades, les déficients, les caractériels) et un terme qui passera à la postérité, celui d'enfance inadaptée³²². Bien que ce mot constitue un réel progrès par rapport aux autres classifications, nous estimons que le terme d'inadaptation se révèle lui-même inadapté puisqu'il oriente les difficultés sur l'enfant et minimise celles du milieu sensé l'accueillir (la famille, l'école, la société) ; toute personne peut devenir, un jour ou l'autre, inadaptée à la norme, celle de la structure sociale de notre époque, il s'agirait de pouvoir questionner les responsabilités de l'environnement producteur de cette même norme. Précisons que l'éducation devient spécialisée en 1948, avec l'avènement de l'éducateur spécialisé dans un projet de loi établi par le Comité interministériel de coordination et organisant la formation du personnel chargé de l'encadrement éducatif des mineurs inadaptés³²³. Pour autant la loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées parle toujours de « l'éducation spéciale » des enfants handicapés dans ses articles. Outre le secteur de l'éducation surveillée (où le juge prononce les placements en maison d'enfants à caractère social (MECS)), celui de l'assistance éducative (avec l'ASE), l'État, à travers son arsenal législatif, organise,

³²⁰ Itard utilisait déjà cette expression lorsqu'il évoquait Victor de l'Aveyron.

³²¹ Chauvière, M. (2009), *Op. cit.*

³²² Pour une lecture historique de cette expression, le lecteur peut se référer à Capul, M. (dir.) (2010). *L'invention de l'enfance inadaptée. L'exemple de Toulouse Saint-Simon (1950-1975)*. Toulouse, Érès.

³²³ Capul, M. & Lemay, M. *Op cit.* pp. 31-48.

contrôle, coordonne nombre de ces institutions autour d'un champ commun qu'est le médico-social. Jusqu'à la fin des années 1960 et le premier diplôme d'état d'éducateur spécialisé, les éducateurs étaient pour beaucoup d'anciens scouts, des psychiatres, des étudiants et d'anciens professeurs qui, bien que sans reconnaissance officielle, avaient déjà des références politiques ou théoriques. Peu à peu, l'intervention de ces adultes s'est technicisée à partir de nombreuses expérimentations *in situ*, auprès de jeunes en difficulté, ces graines de crapule qu'évoque Fernand Deligny³²⁴. De nombreuses associations se montent un peu partout en France, souvent le fait de magistrats, de médecins, de prêtres, et existent encore de nos jours³²⁵. Au début des années 2000, de nombreuses lois viennent modifier les secteurs, les institutions, les accompagnements ; dans le même temps, la décentralisation va redéfinir les modes de financement et transformer le social en marché ouvert où les entreprises à but lucratif peuvent désormais créer établissements et services. Rappelons, à la suite de Michel Lemay et Philippe Gaberan³²⁶, l'importance de différencier le travail social de l'éducation spécialisée afin que ces deux champs conservent leurs spécificités³²⁷.

V.2 La formation d'éducateur spécialisé de 1967 à nos jours

À mesure qu'il se professionnalise, le travail social se dote d'établissements de formation qui se multiplient partout en France. De quatre écoles dans les années 1940 (Toulouse, Lyon, Montpellier et Montesson), on passe à plus de vingt au début des années 1960 pour atteindre, en 2021, 460 établissements qui dispensent des formations aux diplômes du travail social³²⁸. Selon les chiffres de la DREES, en 2020, 56500 étudiants, dont 84 % de femmes, étaient inscrits dans l'une des 1 094 formations aux professions sociales en France. Parmi eux, 13200 sont en formation d'éducateur spécialisé³²⁹.

³²⁴ Deligny F. (1998). *Op. cit.*

³²⁵ Pour une approche plus détaillée des grands courants contemporains de l'éducation spécialisée, le lecteur pourra se référer à Capul, M. & Lemay, M. (2019). Chapitre II. Les grands courants contemporains de l'éducation spécialisée. Dans : P. Gaberan, *De l'éducation spécialisée: Ses enjeux, son actualité et sa place dans le travail social* (pp. 67-92). Toulouse: Érès.

³²⁶ Capul, M. & Lemay, M. (2019). Avant-propos à la nouvelle édition. *Op. cit.* (pp. 7-29).

³²⁷ Le travail social désignant un ensemble de sous-ensemble (ES, ASS, etc.)

³²⁸ <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-du-travail-social/article/les-diplomes-et-formations-du-travail-social>

³²⁹ DREES. (2020). « Enquête Écoles : la formation aux professions sociales en 2020 », disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lenquete-annuelle-sur-les-ecoles-de-formation-aux-professions-sociales> , consulté le 17 mars 2021.

V.2.1 Les effets de la réingénierie des Diplômes d'État

Le DEES a subi quatre réformes depuis sa création en 1967 (1990, 2007, 2018). La formation n'échappe pas à l'un des paradoxes soulevés par Michel Autès, celui de la dualité entre théorie et pratique, le processus d'alternance du DE étant toujours à l'œuvre aujourd'hui³³⁰. Pour Perrier, « l'opposition de structure entre la théorie et la pratique reflète ainsi la contradiction entre un processus de socialisation pratique et un processus de pédagogisation des compétences. Le premier processus, étroitement lié à l'histoire des professions, repose sur une tradition orale de reproduction de l'idéologie professionnelle ; le deuxième processus, produit de l'intégration des formations dans une logique scolaire, est un mode de rationalisation des pratiques intervenant comme système de qualification des agents »³³¹. Cette dialectique entre théorie et pratique renvoie aussi à l'identité des futurs travailleurs sociaux : leurs qualités relationnelles, leur caractère, leur personnalité, leur histoire. Ce rapport conflictuel est réinterrogé lors de la réforme du DEES en 1990, les textes faisant alors moins référence à la promotion des caractéristiques personnelles. Les différentes disciplines des Sciences Humaines et Sociales (SHS) sont clairement identifiées au sein de huit Unités de Formation (UF). Cette réforme amène un rééquilibrage entre les différents paradigmes à l'origine du métier d'éducateur. L'articulation dialectique à l'œuvre entre théorie et pratique d'une part, connaissances et qualités personnelles d'autre part, structurent le déploiement d'un savoir-faire professionnel politiquement construit, qui s'invente, se renouvelle et s'évalue en situation. Elle ouvre sur une politisation de la formation où chaque étudiant est conduit à devenir l'artisan de son propre parcours - et non pas d'un cursus - et de son éthique professionnelle.

Dans la période récente (2007-2018), la mise en conformité universitaire des diplômes et des cursus de formation a engendré des réformes qui interrogent les spécificités et les valeurs fondatrices du travail social ainsi que leur mise en jeu dans des dispositifs renouvelés de formation³³². D'autre part, les dimensions économiques qui font suite à la décentralisation³³³ président à ces réformes au même titre que les dynamiques institutionnelles et pédagogiques, ouvrant sur des logiques de mise en concurrence des

³³⁰ 1450 heures d'enseignement théorique et 2100 heures de formation pratique, soit 60 semaines de stages.

³³¹ Perrier, M. (2006). *La construction des légitimités professionnelles dans la formation des travailleurs sociaux*. Logiques sociales, Paris, L'Harmattan, p.12.

³³² Marty, M., Ponnou, S. et Clouse, F. (2021). *Op. cit.*

³³³ Borgetto, M. (2010). La décentralisation du social en débats. *Informations Sociales*, (162), pp. 14-21.

instituts de formation. Traditionnellement fondée sur l'articulation entre savoirs académiques et cliniques, la formation des travailleurs sociaux a connu de vifs remaniements lors des réformes engagées en 2007, marquées par l'avènement des référentiels de compétences et de nouveaux modes de certification. D'autre part, après la mise en conformité avec le processus de Bologne³³⁴ avec l'octroi du grade licence et la création des BUT, la question de l'universitarisation de la formation des travailleurs sociaux soulève d'anciennes controverses³³⁵.

Nous retrouvons en effet avec insistance deux termes qui seront les piliers de la réforme 2007 : compétence et certification. L'hypothèse de Jean-Noël Chopart s'est révélée pertinente: « la confrontation entre qualification et compétence est sans doute l'un des problèmes majeurs auquel va se heurter l'intervention sociale »³³⁶. En effet, la formation ne se structure plus sur des savoirs disciplinaires mais sur un référentiel de compétences qui décline l'ensemble des activités professionnelles de l'ES pour les regrouper en 4 domaines de compétences (DC). Ce référentiel s'avère d'ailleurs assez peu détaillé, ce qui a été relevé par le rapport Bourguignon : « Sur la question des contenus des formations, la mission s'est étonnée de constater que la formulation des référentiels de formation manquait singulièrement de précision quant à la qualité des contenus. Tout laisse à penser que la déclinaison des différents items est laissée à la libre appréciation des formateurs dont la qualité d'anciens travailleurs sociaux ne les prédispose pas nécessairement et automatiquement à la maîtrise des connaissances composant le champ du travail social et à leur actualisation »³³⁷. Raisonner en termes de blocs de compétence est sujet à critique dans le sens où ils segmentent et rationalisent l'action sociale ; difficile de ne pas voir là aussi l'influence du modèle néolibéral et, selon Marlène Marty, d'un « écrasement des connaissances par les compétences »³³⁸. L'auteure ajoute : « le processus de formation qui s'appuie sur la déconstruction des représentations, le questionnement éclairé par les connaissances en sciences sociales, la problématisation d'une situation éducative ou sociale et la formulation d'hypothèses d'action dont la pertinence ne peut être déterminée à l'avance est percuté de plein fouet. Désormais la

³³⁴ Reconnaissant un grade licence et la mise en conformité des crédits ECTS.

³³⁵ *Forum*, 2021/3 n°164, « Quelles réformes de la formation dans les diplômes d'État en travail social ? ».

³³⁶ Chopart J.-N. *Op. cit.* p.50. Il précisait d'ailleurs un peu plus loin : « Les nouvelles formes de régulation professionnelle construites sur la compétence traduisent la recherche par les employeurs d'un idéal de parfaite adéquation entre les capacités individuelles des agents et les prérequis pour remplir une mission. En fait, il apparaît que cette recherche éperdue d'adéquation se révèle bien souvent un leurre », p.91.

³³⁷ Rapport Bourguignon, B. (2015), *Op. cit.* p.39.

³³⁸ Marty, M. (2021). « Évolution libérale du social et domination des compétences ». *Forum*, 164, 16-23.

formation consiste à apporter la preuve de l'acquisition de compétences préétablies. Cette démarche est antinomique à la précédente : si la première s'inscrit dans la fertilité du doute et du questionnement, la seconde repose sur la conviction et la certitude »³³⁹. Or, le doute et le questionnement sont le socle même de la relation éducative, cœur de métier d'éducateur spécialisé. Cette réforme 2007 avait déjà provoqué une levée de boucliers, tant dans son élaboration, qui s'est finalement faite sans les acteurs du champ malgré de nombreuses rencontres, que sur ses finalités. Cette grogne de nombreux professionnels et formateurs s'était d'ailleurs poursuivie au fil des années. Jean-Marie Vauchez, éducateur spécialisé, membre du Haut conseil du travail social (HCTS) et dernier président de l'Organisation Nationale des Éducateurs Spécialisés (ONES) n'avait pas hésité à affirmer que « les DC avaient tué l'essence du métier d'ES »³⁴⁰. Soulignons que cette approche par conséquence semble laisser de côté la complexité des dimensions sociales, institutionnelles et interindividuelles à l'œuvre dans l'éducation spécialisée ; de plus, elle provoquerait une approche normalisée, presque rationalisante, des pratiques en réduisant l'intervention de l'ES à des actes prédéfinis. Le rapport Geste et Dubouchet pointait dans le même temps la difficulté de dialectiser théorie et pratique à l'heure où cette réforme invite l'éducateur à s'éloigner du terrain³⁴¹ : « globalement, la réingénierie a augmenté la distinction entre les compétences de conception de l'intervention sociale et éducative attachées aux niveaux III et celles d'animation des activités et de gestion du quotidien imputées aux niveaux IV [...] L'affinement des expertises [...] semble avoir davantage conduit [les éducateurs] à piloter, coordonner les projets sociaux et éducatifs qu'à prendre en charge des problématiques (individuelles et collectives) devenues plus complexes. Ils sont bien préparés à être des organisateurs autant que des praticiens. Mais tendanciellement, les ES [...] mobilisent plus leurs compétences d'organisateur que celles de praticien »³⁴².

³³⁹ *Ibid.*

³⁴⁰ Lors de son intervention au colloque « L'éducation spécialisée : pourquoi faire ? De l'éducation spécialisée, 20 ans après », Théâtre des Mazades, Toulouse, 25 et 26 novembre 2016. C'était d'ailleurs un des slogans retrouvés sur les différentes pancartes, banderoles, et tracts des diverses organisations qui dénonçaient à l'époque cette refonte du diplôme d'éducateur spécialisé : « DC = décès du métier d'éducateur ».

³⁴¹ Élément déjà relevé dans le rapport IGAS de 2005 : « Cette tendance à la bureaucratisation du travail social est souvent dénoncée, qui conduirait les travailleurs sociaux à délaisser le terrain pour le bureau, à négliger le travail d'écoute pour se réfugier derrière un écran d'ordinateur, à renoncer à l'élaboration d'un projet personnalisé pour l'application de dispositifs standardisés », *Op. cit.* p.233.

³⁴² Geste, R. & Dubouchet, R. (2013). Évaluation de la réingénierie de 10 diplômes d'état de travail social (Niveau IV à I). *Rapport DGCS*, p.15. En ligne, consulté le 7 mars 2017 : http://www.unaforis.eu/sites/default/files/public/txt,%20pdf,%20doc,%20docx,%20ppt,%20pptx,%20xls,%20xlsx/synthese_transversale_rearchitecture.pdf

La réforme 2018, visant l'universitarisation³⁴³ des DE repose sur trois éléments : savoirs théoriques, méthodologies d'intervention et positionnement professionnel. Elle crée aussi une UF transversale d'initiation à la recherche ; le socle commun, serpent de mer de la formation des travailleurs sociaux évoqué dès la première réforme de 1967, se consolide marginalement à partir de « compétences communes ». Il y a finalement peu de changement. Les certifications à évaluer dans le référentiel augmentent, de même que les items rattachés aux DC. Les stages n'existent plus et deviennent des « périodes de formation pratique » qui doivent être encadrés obligatoirement par un référent professionnel éducateur spécialisé³⁴⁴. Le niveau licence est désormais reconnu pour le DEES - sans rétroactivité - sans qu'il ne donne le diplôme universitaire, un double cursus étant toujours obligatoire pour obtenir les deux. Cela pose la question de comment se situent les postes et les diplômes d'encadrement intermédiaires, notamment le CAFERUIS³⁴⁵, aujourd'hui au même niveau VI que le DEES.

V.2.2 La clinique : partie intégrante de la formation d'éducateur spécialisé

La relation entre clinique et formation des travailleurs sociaux est aussi vieille et conflictuelle que l'institutionnalisation des diplômes. Ancrée historiquement dans le métier d'éducateur spécialisé, elle a toujours fait partie des savoirs transmis dans les EFTS. La réforme 2007 a marqué une sorte de coup d'arrêt quand le référentiel, totalement restructuré, avait fait disparaître le terme clinique – comme celui de médiation, devenu marginal dans les textes. Est-ce pour autant dire qu'elle disparaissait totalement des enseignements ? Rien n'est moins sûr. Si l'on peut croire que la clinique passait ainsi « de l'ombre à la lumière »³⁴⁶, la réalité des EFTS invitait à plus de mesure. D'abord, chaque EFTS dispose d'une marge de manœuvre dans les contenus de formation, peu explicités comme nous l'avons vu, s'appuyant sur les seuls items ou domaines de

³⁴³ Question au cœur des débats de la réforme 2007 et ayant fait l'objet d'un rapport au Ministère des affaires sociales et de la santé par la DGCS en 2013, « La coopération entre les établissements de formation préparant aux diplômes de travail social et les universités » :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_cooperationentreetaeetdiplome-2.pdf

³⁴⁴ Notons aussi qu'un stage dans une structure avec hébergement n'est plus une obligation.

³⁴⁵ L'évolution des diplômes d'encadrant, CAFERUIS et CAFDES ont eux aussi évolué, avec une invasion des sciences de gestion et du management, générant par effet de capillarité, une transmission idéologique et technique avec les diplômes de niveau infra VI.

³⁴⁶ Berton J. (2022). « Clinique des réformes et réforme de la clinique », *Forum*, vol.164.

formation. Le DF relation éducative ne dit rien de la façon d'enseigner la relation - bien heureusement - ou de déterminer des disciplines ou des approches quant à la façon de l'apprécier : il est tout autant possible d'avoir un regard anthropologique, sociologique ou clinique. D'autre part, certains dispositifs de formation subsistent dans de nombreux EFTS. Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles, les observations cliniques, la pratique du journal³⁴⁷ ou des carnets de bord, les temps de médiation, sont autant d'espaces qui font vivre la clinique sans qu'elle ne soit forcément nommée en intitulé de cours. Ce n'est pas dire que la clinique a été soutenue quoiqu'il arrive dans ces établissements, mais que nombre de ses formateurs continuent de la transmettre de manière plus ou moins déterminée. Elle est de toute façon réapparue avec la réforme 2018, que ce soit dans l'item « relation éducative »³⁴⁸ ou celui de l'« accompagnement de la personne et du groupe »³⁴⁹.

Nous l'avons évoqué en début de travail, la clinique est l'un des pôles fondamentaux du secteur, elle se retrouve de fait dans les contenus de formation. Elle oriente les pratiques à partir des matériaux qui se font jour dans la rencontre et permet ainsi de structurer les interventions tant individuelles que collectives. Sa nécessité en EFTS n'est plus à prouver³⁵⁰. Il n'y a qu'à voir comment en sont particulièrement empreints les mémoires d'ES pour confirmer le caractère incontournable de ces approches³⁵¹.

Les étudiants sont amenés à voir l'autre à travers le défaut, la défaillance, le manque : « Des pas tout à fait sujets, des identités incertaines, des paroles inaudibles ou manquantes, un lien social en rupture. On pourrait reprendre une à une toutes les figures concrètes que rencontre le travailleur social. (...) Elles portent toutes la marque d'un ratage, d'un processus inachevé, bousculé d'événements inattendus, de quelque chose qui n'a pas pris, qui n'a pas sa place, et qui en souffre, mais en même temps dérange. C'est ce point-là, le point aveugle, mais qui est aussi le levier, le point d'Archimède du travail social. C'est là qu'il opère. Il rafistole, il bricole les sujets et le social, il transige, temporise, aménage des transitions impossibles. Art de faire, noblesse du métier, habileté

³⁴⁷ Dont la tenue fait partie d'un enseignement spécialisé à l'IRTS de Nancy par exemple.

³⁴⁸ « Les courants pédagogiques ; Éthique et fonction éducative ; La clinique dans la relation éducative ; Les médiations éducatives ; Le quotidien dans la relation éducative » : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dees_arrete_ssaa1812297a_annexes_i_et_ii.pdf consulté le 12 juillet 2022.

³⁴⁹ « Méthodes et outils d'observation de la situation, observation Clinique », *Ibid.*

³⁵⁰ Ponnou, S. (2022). « Chapitre 10. Nécessité de la clinique dans la formation des travailleurs sociaux : enjeux et perspectives contemporaines ».in P. Lechaux, *Les défis de la formation des travailleurs sociaux: Entre universités et écoles professionnelles* (pp. 295-310). Nîmes: Champ social.

³⁵¹ Ponnou S., Roebroek E. (2018). Les mémoires professionnels des éducateurs spécialisés : un analyseur des dispositifs de formation et de recherche en travail social. *La Recherche en Éducation, Association Francophone Internationale de Recherche Scientifique en Éducation*, pp.68-87.

de l'artisan mais aucun énoncé ne peut dire ce qui est en jeu »³⁵². Et tout cela à travers un triptyque plus ou moins défini associant observation, relation et accompagnement. Si de nombreux professionnels s'inquiètent que ces dernières tendent à s'effacer peu à peu face à d'autres approches jugées plus efficaces, avec le départ des plus anciens formateurs - vecteurs de transmission -, il paraît un peu prématuré aujourd'hui de déclarer les approches d'orientations cliniques absentes des formations en travail social. Cependant, la lente mais sûre évolution des diplômes invite à une attention particulière quant à son devenir.

Nous pouvons enfin évoquer sur cette question l'exemple des sélections d'entrée en EFTS qui ont profondément changé. Là où il y a encore quinze ans, plusieurs entretiens oraux et travaux écrits avaient lieu, depuis 2018 et la création de la plate-forme Parcoursup, les épreuves écrites ont disparu quand les épreuves orales se sont réduites à un entretien de 30 minutes, pour les écoles qui l'ont maintenu. Il y a aussi des enjeux gestionnaires dans ces processus de sélection et cet espace ne s'est pas tenu à l'écart des approches réductionnistes et libérales. Aujourd'hui, entre 10 et 15% des étudiants arrêtent leur formation en première année - ce chiffre a explosé depuis 2018 - alors même que les candidats à ces formations diminuent considérablement (en un an, -38% pour la formation d'éducateur spécialisé, -40% pour celle d'éducateur de jeunes enfants, -32% pour celle d'assistant de service social)³⁵³. C'est pourquoi nombre d'auteurs plaident pour le retour d'une clinique de la sélection qui restaure et questionne le sens de l'engagement des candidats et constitue de ce fait le meilleur point d'entrée dans la formation et dans le métier³⁵⁴.

V.3 L'identité de l'éducateur spécialisé³⁵⁵

Bien que de nombreux corps de métiers interviennent dans le champ de l'éducation spécialisée, l'éducateur spécialisé représente l'un des métiers historiques et fonctionnels

³⁵² Autès, M. (2013). *Op. cit.* p.74.

³⁵³ <https://www.lagazettedescommunes.com/816478/ecoles-de-formation-en-travail-social-cherchent-etudiants-desesperement/>

³⁵⁴ Clouse, F. & Ponnou, S. (2021). La sélection à l'entrée des formations en travail social : quelle place pour la clinique ? *Forum*, 164, 67-76.

³⁵⁵ Nous reprenons à dessein le titre de thèse de Paul Fustier qu'il publiera en un ouvrage en 1972 qui bénéficiera de plusieurs rééditions : Fustier, P. (2020). *L'identité de l'éducateur spécialisé*. Malakoff, Dunod. L'auteur, loin de constituer un corpus identitaire, s'est intéressé à l'idéologie qui préside à l'installation du métier d'éducateur.

du travail social, et regroupe de fait des enjeux transversaux à plusieurs professions du secteur (notamment Moniteur-Éducateur (ME) et Accompagnant Éducatif et Social (AES)). Historiquement, l'ES est le fruit de nombreuses approches pédagogiques, éducatives, thérapeutiques. Il est possible d'observer des caractéristiques générales au métier. Notons d'abord que ce n'est pas l'éducateur qui est spécialisé, mais bien l'éducation qu'il dispense. De nombreuses institutions présentent le métier ainsi : « L'éducateur spécialisé concourt à l'éducation d'enfants et d'adolescents ou au soutien d'adultes présentant des déficiences psychiques, physiques ou des troubles du comportement ou en difficulté d'insertion, en collaboration avec tous ceux qui participent à l'action éducative, thérapeutique et sociale ». Charles Gardou considère que l'ES prodigue éducation à partir des manques³⁵⁶. Manques de l'état providence, manques liés au développement psycho-affectif, manques des institutions sensées accueillir les personnes, etc. La définition ci-dessus n'évoque en rien les problèmes sociaux et structurels liées aux difficultés. L'ES propose donc de répondre, partiellement, à ces manques en en interprétant l'origine et la nature avant d'initier un accompagnement. D'autre part, l'ES fait partie de ces métiers « de la présence sociale »³⁵⁷, c'est-à-dire qu'ils sont là où la plupart des autres corps de métiers sont confrontés aux limites de leurs interventions. Plus qu'une présence, il s'agit d'assurer un lien social, une permanence, pour nombre de ces publics se retrouvant dans un processus de désaffiliation sociale, d'exclusion, d'invisibilité. Le cœur du métier, et ce malgré les réformes de diplôme successives, demeure la relation éducative. En tant que régulateurs d'inégalités et « réparateurs sociaux »³⁵⁸, les ES et leur qualité de présence auprès du sujet accompagné vont lui permettre de prendre le risque de se déplacer dans son rapport à lui-même et aux autres sans avoir pour autant le sentiment de se mettre en danger. Un de leurs objectifs fondamentaux n'est pas de coordonner des parcours ou des projets, mais de dire plutôt, avec Capul et Lemay : « dans le cadre d'une équipe plus ou moins élargie, il vise par sa manière d'être et sa manière de faire à constituer un lieu privilégié de création, d'expression, de réalisation, d'identification et de projections permettant, par sa présence effective, efficace, influente et significative, de proposer à un sujet en difficulté un champ

³⁵⁶ Gardou, C. & Pawloff, S. (2015). « Une anthropologie du mal : le manque, le mal et leurs déclinaisons. Le cas de l'éducation spécialisée ». *Empan*, 98, 139-146.

³⁵⁷ Maurel, E. (1998). « Observer les emplois et les qualifications de l'intervention sociale », *Recherches et Prévisions*, n°54, décembre 1998. Le service public CAF : du social au politique. pp. 35-49.

³⁵⁸ Gaspar, J-F. (2012). *Tenir! Les raisons d'être des travailleurs sociaux*. Paris, La Découverte.

d'expériences sociales l'invitant à se définir et à se redéfinir dans son identité personnelle vis-à-vis d'un groupe social donné »³⁵⁹.

V.4 Les approches d'orientation clinique au cœur des métiers de la relation

Dans les établissements, les approches d'orientation clinique apparaissent comme des démarches alliant un raisonnement avec des fondements techniques et une posture qui consistent à poser un diagnostic socio-éducatif de la situation d'une personne, ce qui équivaut donc à maîtriser certains repères reliant des symptômes à une interprétation et d'en inférer des conclusions. À la différence d'un travail de « cabinet », il s'agit d'interactions dans un cadre institutionnel qui n'est pas qu'un arrière-fond, mais l'objet même de la clinique. Dans cette optique, « il y a comme une méthodologie profane que les professionnels développent sans en avoir claire conscience ou sans l'afficher comme telle dans la mesure où c'est justement dans - et par - leur fondamentalisme déclaré à une théorie "importée" qu'ils entendent être reconnus, alors que c'est peut-être au cœur même de leurs pratiques "naturelles" que se situe leur véritable art de l'interprétation »³⁶⁰. C'est avec ces aptitudes, cette sensibilité et cette volonté que les ES visent à faire émerger les subjectivités des publics, et qui font que nos sociétés sont plus qu'une addition d'individus. Certains parlent même d'art, quand il s'agit de caractériser l'éducation où la personnalité du clinicien est un des éléments fondamentaux : on n'éduque pas avec ce que l'on sait ou ce que l'on croit savoir, on éduque avec ce que l'on est. D'autre part, nous pourrions finalement définir l'éducateur spécialisé à travers une professionnalité de position et non de statut en faisant émerger dès lors le plus petit dénominateur commun de son métier : l'hospitalité à la souffrance.

V.5 L'en souffrance : là où travaille l'éducateur

Notre postulat est le suivant : l'éducateur spécialisé, où qu'il pratique, quelles que soient les fins qui lui sont demandées de viser (inclure, protéger, soigner, etc.), affronte toujours et en tous lieux la souffrance d'individus et/ou de groupes qui, pour une raison ou pour

³⁵⁹ Lemay M. (1999). *Op. cit.* p.110.

³⁶⁰ Berton, J. (2007). « Démarche clinique et formation initiale des éducateurs », *Op. cit.* p.12.

d'autres, se trouvent exclus, reclus, perclus selon le triptyque de Gaston Pineau³⁶¹. En découle que sa tâche première, où qu'il exerce, consiste à faire hospitalité à cette souffrance. Qu'est-ce à dire dans un monde qui semble saisi de cette *furor sanandi* dont se méfiait Freud³⁶² ? Quand le désir de guérir de tout - et si possible de nous-même - devient l'horizon des événements humains, la souffrance tend désormais à disparaître. Elle est la marque d'une vulnérabilité, d'une fragilité, de la contre-performance dans un monde qui n'aime que performer. Nous pensons qu'au contraire, la souffrance est cette évidence minimale, ce commun que nous partageons tous, qui rend plus fort ceux qu'elle ne tue pas selon le bon mot du philosophe³⁶³ mais qui en terrasse d'autres, les relègue, les exile, les mutile de corps et d'esprit. Plutôt que de la négliger à tout prix, nous lui reconnaissons des valeurs et par le truchement du concept d'entre-deux³⁶⁴, à vitaliser la souffrance, à passer de l'idée de la souffrance létale à sa version vitale que nous nommons l'en souffrance. Notre hypothèse serait la suivante : l'en souffrance, c'est la souffrance et ce qu'elle contient en puissance. L'hospitalité à la souffrance ainsi définie préfigure une clinique spécifique que nous nommons clinique de l'en souffrance et dont nous traçons quelques repères. Peut-être que les travailleurs sociaux ont à résister à leur supposée obsolescence³⁶⁵ et à retrouver ce qui a toujours justifié leur irremplaçabilité³⁶⁶ : tenir une place auprès de ceux qui galèrent pour traverser l'épreuve.

V.5.1 Faire hospitalité à la souffrance : ce plus petit dénominateur commun

La souffrance que nous évoquons est celle dite psychique et dont l'humanité n'a de cesse d'interroger la condition. Salitaire, scandaleuse, absurde, fortifiante, les épithètes ne manquent pas pour essayer de donner un sens à ce qui n'en a peut-être pas : pourquoi souffrons-nous ? Telle est la question depuis des siècles. On cherche à expliquer théologiquement, philosophiquement et depuis plus récemment, on dresse des tableaux cliniques, syndromes, signes, symptômes... La science, toute à sa méthode, essaie d'arracher à l'obscurité les causes et lois de ce que nous vivons. Elle y parvient en de

³⁶¹ In Gomez, J-F. (2006). *Déficiences mentales : le devenir adulte. La personne en quête de sens*. Toulouse, Érès.

³⁶² Freud, S. (1985). *La question de l'analyse profane*. Paris, Gallimard, p.147.

³⁶³ Nietzsche, F. (1988). *Crépuscule des idoles*. Paris, Folio.

³⁶⁴ Sibony, D. (2016). *L'entre-deux. L'origine en partage*. Paris, Points.

³⁶⁵ https://www.lemediasocial.fr/le-metier-d-educateur-specialise-est-il-frappe-dobsolescence_g2mIA2

³⁶⁶ Fleury, C. (2018). *Les irremplaçables*. Paris, Folio.

nombreux domaines, progressant dans le doute vers toujours plus d'éclaircissements. Le domaine des souffrances psychiques n'échappe pas à son désir de savoir. À rebours d'un découpage cartésien, il s'agit de prendre la souffrance dans sa définition générique, suffisamment large pour inclure toutes ses manifestations. Partir de cet ontologique « fait de souffrir »³⁶⁷ permet de poser l'évidence d'une condition commune à tous : aucune vie ne passe entre les gouttes acérées de la souffrance. Dès lors, nous pouvons définir la souffrance psychique comme le fait de souffrir psychiquement. Si elle agite un éventail à mille plis d'afflictions ressenties corps et âme par les uns et les autres, dans des expressions qui, si elles peuvent s'entre-évoquer, sont à chaque fois relatives à l'individu souffrant. Il y a une histoire de la souffrance chez chacun d'entre nous puisque nous souffrons tous à notre manière. Pour distinguer les deux termes, « douleur » et « souffrance », nous nous en remettons à David Le Breton : « La douleur est propre à un organisme, à un processus neurophysiologique, la souffrance en est la résonance chez l'individu. Elle marque le niveau de pénibilité de la douleur pour l'individu à travers le prisme de son histoire personnelle et de la situation. Dans souffrance, il faut entendre sens. Si douleur est un concept médical, souffrance est le concept du sujet qui la ressent. C'est la dimension du sens qui donne à la douleur son intensité, sa souffrance, et non pas l'état réel de l'organisme puisqu'il n'existe pas en soi »³⁶⁸.

On essaie de subsumer les variations infinies des souffrances psychiques en catégories générales, mais force est de constater qu'à mesure qu'une certaine recherche en ce domaine avance, le nombre de catégories ne cesse cependant de croître. L'exemple du DSM³⁶⁹ est à cet égard tout à fait édifiant. La première mouture publiée en 1952 comptait 60 diagnostics. 16 ans plus tard, sa successeuse bien nommée DSM-II en recensait 145. Et encore 26 ans plus tard, dans le quatrième du nom, on en comptait 410. Si nous connaissions les mathématiques, nous pourrions, par l'équation, prédire le nombre de diagnostics que comptera le sixième DSM puisque depuis 2013 une cinquième édition est en vigueur³⁷⁰. Plus on cherche, plus on trouve et la variété des souffrances psychiques

³⁶⁷ Dictionnaire du Centre Nationale des Ressources Textuelles et Linguistiques (CNRTL) (en ligne).

³⁶⁸ Le Breton, D. (2015). « Douleur et souffrance : déclinaisons du sens », *Revue des sciences sociales*, 53, 76-81.

³⁶⁹ *Diagnostic and Statistical Manual*. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux qui classe les troubles mentaux.

³⁷⁰ Malgré un contenu et une méthodologie sujets à discussion. Sans exhaustivité : Minard M. (2013). *Le DSM-roi : la psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*. Toulouse, Érès ; Gonon, F. (2013) ; « Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes », *L'information psychiatrique*, vol. 89, no. 4, 2013, pp. 285-294 ; Schmit, G. (2007). Le trouble et le symptôme en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. In Lucette Khaïat éd. *Enfance dangereuse, enfance en danger* (pp.47-62). Toulouse, Érès.

semble infinie. On peut douter de parvenir un jour à toutes les faire tenir dans un annuaire. Et pour cause, le sujet est rétif à toute fixation catégorique et autre cadre nosographique rigide. Cette logique de catégorisation contient un risque. Celui de la réification et du « traitement diagnostic-marche à suivre », reléguant l'irréductibilité du sujet singulier aux oubliettes : « Tu as ceci, donc faisons cela », et le monde peut continuer de tourner. Si l'on veut noyer les singularités, l'océan des catégories est tout indiqué.

La souffrance psychique dérange et c'est peut-être pour ça qu'en langue proverbiale, celles et ceux qu'elle affecte sont considérés comme des « dérangés ». Parce qu'ils dérangent et qu'une société, toute démocratique qu'elle est, préfère ne pas voir ceux qu'elle n'embarque pas dans sa marche en avant. Ceux qui sont nés là où attendait déjà le malheur (depuis plusieurs générations parfois) ; ceux que des conditions socio-économiques rendent vulnérables et relèguent ; ceux que des traumatismes rendent fantomatiques ; ceux qu'un accident brise. La liste est longue et nul n'est à l'abri d'y ajouter son nom. Doit-on s'inquiéter alors qu'une recherche menée par Michel Brioul³⁷¹ sur les référentiels destinés à des personnes en situation de polyhandicap révèle que la souffrance psychique n'apparaît - très indirectement - qu'en cinq items sur les 679 dédiés à la démarche qualité ? Cette capacité de prendre en charge la souffrance psychique des personnes accompagnées ne serait-elle plus une exigence de qualité des pratiques ? La souffrance psychique n'a pourtant pas disparu de notre monde moderne. La crise sanitaire que nous avons vécue ne fait que confirmer, intensifier conjoncturellement, un phénomène qui ne l'avait pas attendue pour être préoccupant.

Un autre risque de cette tendance à la catégorisation des souffrances psychiques est ainsi résumé par Saül Karsz : « Il en découle une clinique paresseuse, moins soucieuse de comprendre la spécificité de chaque situation que de les faire rentrer dans des catégories nosographiques prédéterminées, au prix de contorsions plus ou moins sévères. Plus qu'à analyser, on s'emploie à la pratique régulière du forceps »³⁷². Quelle est l'alternative à cette clinique paresseuse qui, plutôt que d'avoir régulièrement recours au forceps, se soucierait de faire, comme il se doit d'être fait, humblement, hospitalité inconditionnelle à la souffrance psychique, à toutes les souffrances psychiques, non en essayant de les faire tenir dans l'étroitesse d'une catégorie, mais dans une histoire particulière, une généalogie singulière ? *Connaître, soigner, aimer*, c'est le titre donné à un recueil de textes présentés

³⁷¹ Brioul, M. (2006). « Évaluation : le défi clinique », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. n°92, no. 4, pp.53-59.

³⁷² Karsz, S. (2011). « Chapitre 3. Une clinique transdisciplinaire de l'intervention sociale », *Pourquoi le travail social ? Définition, figures, clinique*. Malakoff, Dunod, pp.167-241.

et annotés par Jean Salem³⁷³. Le texte inaugural du recueil est l'immémorial et toujours prêté serment d'Hippocrate. Les suivants sont attribués à d'autres médecins hippocratiques, engagés comme leur maître dans les balbutiements de la médecine occidentale. « Connaître, soigner, aimer », cela sonne presque désuet. En ces temps qui sont les nôtres, on est tenté d'en faire un triptyque d'impossibles, comme nous l'avons évoqué dans notre introduction. Est-il encore possible de placer une manière de pratiquer sous le patronage du *triumvirat* « connaître, soigner, aimer » ?

V.5.2 La puissance de la souffrance : l'en souffrance comme entre-deux

À notre sens, la réponse est oui et se trouve en partie dans la clinique que nous évoquons depuis le début de cet écrit. C'est avec la mémoire de sa propre souffrance que l'on peut approcher celle d'un autre et œuvrer à son dépassement. Cette souffrance existentielle dont nous brossions un rapide portrait plus haut est peut-être ce commun en partage, cet entre-deux qui permet de « dépasser le concept de différence »³⁷⁴ et d'envisager une clinique qui, l'assumant, reconnaît à cette souffrance la puissance créatrice qu'elle contient et qui fait d'elle, non un état à fuir, mais un fleuve agité où nous sommes ensemble embarqués, une épreuve, où l'un aide l'autre à traverser. Ce fleuve puissant, nous l'appelons l'en souffrance.

Cette souffrance, il n'est pas question de la faire taire dans les établissements de soin : il s'agit de la faire parler pour comprendre ce contre quoi le sujet combat avec les armes fourbies par sa douleur et formuler une question : le symptôme est-il langage ou simple processus déficitaire qu'il s'agirait de supprimer ? Comme l'angoisse, le symptôme signale³⁷⁵. Il indique la voie d'une compréhension, les premiers indices d'une demande qui, faute de mots, émet par le corps et les actes³⁷⁶. Trivialement, nous nous demandons pêle-mêle : pourquoi le symptôme ? À quoi sert-il au sujet d'en souffrir ? Un savoir est contenu dans le symptôme, cette manière d'être bien à lui, inventée par le sujet comme

³⁷³ Hippocrate. (1999). *Connaître, soigner, aimer. Le serment et autres textes*. Paris, Édition Jean Salem, Seuil.

³⁷⁴ Thouroude, L., Guirimand, N. (2018). « La posture de l'entre-deux des professionnels du secteur médico-social dans la rencontre avec les parents », *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social. Décloisonner & coordonner les parcours de vie et de soin*, Nîmes, Champ social, pp.141-151.

³⁷⁵ Pour Freud (1992), il signale « un processus morbide » : *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, p.205.

³⁷⁶ Et l'on sait comment les passages à l'acte sont légion en DITEP.

compromis tenable à ces conflits qui le tiraillent et dont il souffre³⁷⁷. C'est d'un véritable corps sismographe dont il est question. L'agir symptomatique s'interprète dès lors comme une tentative du sujet non d'attaquer le normal mais bien de se défendre du pathologique. Le sujet n'est ni à rapprocher du normal, ni à éloigner du pathologique. Il est à maintenir en vie, dans sa position responsable. Notre expérience auprès des enfants et adolescents accueillis en ITEP ne cesse de confirmer la pertinence d'une telle considération de la souffrance, tant ceux-ci piétinent constamment en funambules sur une ligne de crête difficile à supporter : ni complètement normaux, ni complètement fous. Dans un entre-deux en somme.

Selon Daniel Sibony l'entre-deux s'envisage « comme un espace dynamique et non comme un trait de différence entre bon ou mauvais côté »³⁷⁸. La souffrance comme entre-deux n'est plus un état mais devient passage. Elle n'exclut plus la puissance de vivre mais intègre au contraire en son sein les éléments de son dépassement. La souffrance est une question qui contient ses réponses. Sortir de l'état de souffrance pour entrer dans l'étant d'en souffrance, c'est en quelque sorte se situer dans une participation présente à sa propre souffrance. Disons pour résumer, la souffrance terrasse. Et entrer dans l'en souffrance, c'est considérer ce terrassement non comme ce qui écrase, mais ce à partir de quoi le sujet souffrant peut bâtir un nouvel abri, la possibilité de réhabiter le monde. La souffrance psychique est une narratrice omnisciente d'une version de l'histoire même si l'individu en souffrance fait aussi partie des narrateurs potentiels de sa propre histoire. Mais la souffrance est parfois ce monologue qui déroule son récit sur le dos de l'affligé et que celui-ci écoute parce que « nous préférons souvent à l'inconnu la connaissance de notre douleur »³⁷⁹. L'en souffrance, c'est le monologue de la souffrance interrompu par les répliques de celui ou celle qui souffre. Le sujet réplique à la souffrance dans le but de lui faire avouer ce qu'elle cache de sens et de vérité libérateurs. Le dialogue doit être équilibré pour aboutir à ses fins et c'est ainsi que le pari d'une clinique de l'en souffrance tient à ce dialogue équitable où la souffrance n'est pas systématiquement traquée par un

³⁷⁷ Marie-Jean Sauret dresse un portrait à ce sujet un portrait tout à fait éloquent : « chaque sujet ainsi assoiffé (sans être un capitaliste mais en tant que soumis à la même logique), est amené à se penser comme une auto-entreprise, voire une machine qui se doit d'être rentable, efficace, utile, durable, économique... Du coup, le symptôme est réinterprété dans les termes d'un accident de la machine ou de l'économie : les symptômes deviennent dysfonctionnements, troubles, handicaps, voire "écarts à la moyenne" et la soif elle-même est interprétée comme manque de carburant, d'énergie, de vitamines ou de tout autre élément que l'on peut trouver sur le marché » : (2011), *Op. cit.* p.114-123.

³⁷⁸ *Op. cit.* p.26

³⁷⁹ Dufourmantelle, A. (2014). *Éloge du risque*. Paris, Payot & Rivages, p.98.

« chut ! » mais écoutée dans tout ce qu'elle exprime. L'éducateur spécialisé, clinicien de l'en souffrance peut être ce médiateur qui rétablit le dialogue entre un sujet et sa souffrance. Mais il revient toujours au sujet la difficile et douloureuse responsabilité de l'entendre et de répondre par une narration à la première personne du singulier. Considérer la souffrance dans ses effets de douleur et les clés d'une délivrance qu'elle contient en puissance, c'est respecter l'être de la souffrance dans sa complexité : dangereuse et puissante.

La naissance insulaire de la clinique comme façon de connaître, soigner, aimer, n'est peut-être pas fortuite, les lieux, par un procédé encore à élucider, parlent. Une idée contient l'essence de la géographie qui l'a vue naître. L'en souffrance est ce fleuve périlleux entre deux rives : l'une de la souffrance qui dépasse le désir du sujet, l'autre de la souffrance dépassée par le désir du sujet. L'éducateur spécialisé, où qu'il exerce et en creux de toutes les finalités qui délimitent l'horizon de sa pratique, s'implique dans cet espace-temps de l'en souffrance. Il tente d'y faire passage d'une rive à l'autre pour cet autre avec qui il noue relation. La traversée est périlleuse et incertaine, c'est ici que l'on trouve l'éducateur spécialisé et sa clinique qui essaient de maintenir inséparées ces rives. L'hospitalité clinique à la souffrance humaine, c'est cette île flottante au secours d'une traversée longue et périlleuse, une sorte d'Ithaque provisoire pour Ulysses égarés. Sur une île, on peut trouver les promesses (si bienveillantes) d'oubli contenues dans le *Lotos*. L'île peut être cette utopie, cet ailleurs qui n'existe pas, semblable aux paradis artificiels baudelairiens. En un certain sens, les dealers sont des Lotophages : consommez ça, promettent-ils, et vous ne souffrirez plus de chercher qui vous êtes, ni d'où vous venez. Les expédients, ces avatars du *Lotos*, les *sorgenbrecher* – « briseurs de souci » – freudiens³⁸⁰, ne manquent pas : certains sont même légaux. Mais depuis une île flottante, on peut à la fois poursuivre la traversée et reconstituer les forces nécessaires à une navigation plus solitaire. Pourvu que cette île « laisse à désirer »³⁸¹, qu'elle ne soit jamais si bonne qu'on ne puisse la quitter. Le chemin vers l'enfer-mement est pavé de trop bonnes intentions. La finalité est de rendre chacun à ses propres trouvailles cliniques. La traversée, qu'on le veuille ou non, est longue pour certains et sa réussite incertaine. C'est pourquoi l'éducateur sait qu'à

³⁸⁰ Freud, S. (2010). *Le malaise dans la culture*. Paris, Flammarion, p.92.

³⁸¹ Rouzel, J. (2006). « Pratique éducative : comment ça s'écrit ? », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. n° 91, no. 3, pp.42-48.

minima, selon une éthique tenace, il a à garantir à l'autre qu'il accompagne la possibilité d'une île.

Tenir une présence réfléchie, c'est penser une relation d'accompagnement aux coordonnées préméditées mais sans préméditation des effets ni de la durée. Ce qui est réfléchi, ce ne sont pas les résultats de la pratique, son laps de déploiement, mais la pratique elle-même, en tant qu'elle, s'arrime à quelques principes : ceux d'une certaine clinique que nous avons évoquée plus haut. La relation est cet endroit où l'autre doit pouvoir prendre confiance pour qu'une parole affleure et avec elle balbutie un certain sens qui désertait jusque-là, laissant la parole aux symptômes, aux répétitions, aux astuces trouvées ou subies qui ont permis au sujet de continuer malgré tout. Ce sens, il est construit à travers ce qui va s'échanger, en parole manifeste et dans la dimension latente des résonances d'une relation où le clinicien s'implique corps et âme selon le vieil adage. Cela prend du temps. Il est des moments où l'interprétation doit être différée, une parole, un geste pressenti, ajournés parce que ce n'est pas le bon moment, ce *kairos* cher aux Grecs de l'Antiquité. Le temps n'est pas : il se prend. Suspendre un dire, c'est parfois permettre à l'autre d'approfondir l'exploration de ses pénombres. Tenir une présence réfléchie, c'est ne pas confondre la vitesse d'un soigner avec la précipitation d'un guérir. Cela consiste, si jugé nécessaire, à être en suspens pour favoriser l'apparition d'une autre chose qui prendra la place du silence et du vide entretenus. Dans le suspense d'une latence, une autre limite, une autre rive, peut finir par apparaître et faire horizon. « L'excès de chagrin rit, l'excès de joie pleure »³⁸², nous dit le poète. Puisque la souffrance est là et qu'il n'est pas question de la faire taire mais au contraire d'en retourner la négativité pour qu'elle rende gorge de la puissance qu'elle contient, la clinique de l'en souffrance vise un tenir bon, une présence tenace et la plus fidèle possible, dans cet entre-deux, ni tout à fait impasse, ni tout à fait passage. La matière clinique est là, dans l'observation et l'écoute de ce qui se passe dans la relation, où murmure ce commun qui permet à une relation d'éventuellement favoriser une guérison. La tâche revient au clinicien de l'en souffrance de fabriquer et garantir les qualités d'hospitalité d'un espace pour que ce qui est souffrance se substantifie peu à peu au contact d'une écoute et devienne en souffrance. Ce qui était latent peut alors se manifester, pour le meilleur ou pour le pire, et la puissance contenue dans la souffrance répondre aux pulsions de mort qui se repaissent de la douleur,

³⁸² Blake, W. (2011). *Le mariage du ciel et de l'enfer*. Paris, Allia. p.135.

par celles de vie. L'en souffrance est ce fleuve impétueux, tantôt faussement calme, souvent agité, qui par sa force paradoxale peut encaalminer le désir. C'est dans le présent perpétuel du fleuve que l'on nage toujours. L'éducateur spécialisé, comme un Sisyphe nageur, y tient une présence réfléchie.

V.5.3 Face au triomphe de la raison instrumentale, opposer une sagesse pratique

Les mutations conceptuelles récentes qui ont pénétré les métiers qui s'adressent à autrui tendent à placer les pratiques sous l'auspice de la raison instrumentale que Cynthia Fleury définit comme « une raison au seul service de la performance économique, de l'efficacité de la production, de la rentabilité, qui n'interroge plus la finalité des actes qu'elle commet. La raison est réduite au seul rang d'outil, de moyen, d'instrument, de calcul, et non plus de finalité, ou d'exigence critique »³⁸³. C'est privilégier l'intelligence commutative à une intelligence compréhensive. Or, lorsque le travailleur social est réduit à une ressource humaine, occultant son besoin de donner du sens à ses actions, sa nature d'être de langage et désir, la raison instrumentale réduit l'homme à un objet, restreignant de fait et en même temps sa part d'humanité. La pratique des éducateurs spécialisés continue, quoiqu'on raconte, de relever d'un agir plus que d'un faire, d'une *praxis* plus que d'une *poïesis*, selon la dichotomie aristotélicienne³⁸⁴. Il est d'autant plus nécessaire de revenir à la *praxis* que nous assistons au triomphe galopant des réponses utilitaristes dans le champ du travail social³⁸⁵. À la raison instrumentale, la clinique de l'en souffrance oppose une *phronesis*, une raison pratique qui contient la sagesse nécessaire pour ne pas céder à la tyrannie de l'inatteignable. Le risque sinon, c'est un sujet corseté dans ce que l'on attend de lui. Comme le désormais célèbre « En marche ! » il y aurait une convocation à « Guérir ! ». Guérir ne peut pas être une exigence adressée à l'autre ; c'est au mieux une promesse, celle que sera respectée l'obligation de moyens et la liberté de ceux et celles à qui elle est adressée.

³⁸³ Fleury, C. (2018). *Op. cit.* p.51.

³⁸⁴ Aristote (2004). *Éthique à Nicomaque*. Flammarion, Paris.

³⁸⁵ Alors que Michel Autès rappelait déjà en 1999 son ratage : « Car au fond, le social n'a affaire qu'avec les ratages de la raison instrumentale [...]. Le social c'est toujours la rupture quelles que soient les figures ou les métaphores dans lesquelles elle est énoncée [...] ces figures où s'expriment la souffrance du monde, la misère des vaincus, l'inutilité des perdants. Là se jouent les opérations symboliques du social. On ne peut le voir qu'à la lumière de la raison, une fois achevée la bataille qui fait tomber dans l'oubli tout ce qui n'a pas trouvé sa place dans l'ordre du discours qui dit le monde. La noblesse du travail social est de rester sur le champ de bataille, pendant que loin de là on célèbre la victoire », *Op. cit.* p.284.

La *phronesis*, notion grecque évoquant tout à la fois sagesse du discernement, prudence, sagacité, n'a peut-être pas dit son dernier mot. La clinique de l'en souffrance s'en revendique. Clinique radicale, dans le sens d'un retour au principe premier, aux fondamentaux de la pratique des éducateurs spécialisés, la clinique de l'en souffrance augure une voie nouvelle. Presque une résistance. Elle ne garantit rien d'autre qu'un être-là, un tenir-là, une présence réfléchie depuis laquelle l'autre en souffrance peut s'appuyer pour traverser l'épreuve. Il ne faut rien céder à l'illusion d'une réussite programmée, affirme-t-elle. C'est un travail permanent, celui de ne pas (trop) céder sur son désir d'aider. Dans nos sociétés du risque zéro où tout est prévu (et où rien n'arrive, donc), la clinique de l'en souffrance est un pari, en permanence aux aguets d'une surprise, prête à saisir dans l'immesurable ces secondes où, d'un geste ou d'un mot posé au bon moment, tout peut basculer. Elle oppose à l'*hubris* de la raison instrumentale, la sagesse d'une raison pratique. La clinique de l'en souffrance n'est pas science mais recherche d'une juste version de ce qui se passe dans une situation singulière. Elle vise la liberté dont elle a pour définition que chacun puisse habiter un monde commun à sa façon³⁸⁶.

Conclusion du chapitre V : La clinique, dimension fondamentale d'un métier en pleine mutation

À l'heure où une troisième réforme (2018) est venue modifier le diplôme et les contenus de formation, l'éducateur spécialisé se trouve lui aussi pris dans une crise de sens. Dans le contexte sociétal précédemment décrit, la finalité de ses missions et les moyens qu'il a à disposition l'interrogent. Selon Castoriadis, l'occident moderne est animé par deux significations imaginaires sociales opposées : « Le projet d'autonomie individuelle et collective, la lutte pour l'émancipation de l'être humain, aussi bien intellectuelle et spirituelle qu'effective dans la réalité sociale ; et le projet capitaliste démentiel, d'une expansion illimitée d'une (pseudo)-maîtrise (pseudo)-rationnelle qui a cessé de concerner seulement les forces productives et l'économie pour devenir un projet global (et pour autant encore plus monstrueux) d'une maîtrise totale des données physiques, biologiques,

³⁸⁶ Dubois, J-P. (2019). *Tous les hommes n'habitent pas le monde de la même façon*. Paris, Éditions de l'olivier.

psychiques, sociales, culturelles »³⁸⁷. Ces deux imaginaires viennent se confronter dans la pratique du métier autant que pour le public qu'il est censé accompagner. De nombreux problèmes modernes renvoient à la question des limites – Patrick Tort parle d' « intelligence des limites » - celles que nous impose la démesure autant que celles que nous devons définir face à la tentation de l'*hubris*. Michel de Certeau nous propose d'emprunter un chemin balisé par l'éthique et la foi absolue en la possibilité de l'Autre : « Je pense que l'éthique est aux pratiques sociales ce que le poétique est aux pratiques linguistiques : l'ouverture d'un espace qui n'est pas autorisé par l'ordre des faits.[...] Quel est le ressort en jeu dans cette poétique ? Le terme employé par ces mystiques, c'est "croire". C'est affirmer une irréductibilité de l'Autre, c'est supposer qu'il y a toujours de l'autre, qu'on n'en finit jamais avec l'autre, que de l'Autre ne cesse d'advenir. Sans doute, est-ce un principe poétique, un postulat d'ouverture à ce qu'on ne sait pas et à ce qu'on ne saura jamais [...] Le ressort est donc finalement de type déontique. On "veut croire" comme on proteste contre l'injustice ou contre la tyrannie. Cette éthique, cette croyance qui affirme la possibilité de l'impossible, donne lieu à des surprises éblouissantes, extases, grâces, blessures qui frappent le corps-esprit comme les trois coups au moment où le rideau se lève sur un autre espace »³⁸⁸. C'est ce que rappelait déjà Kant lorsqu'il déployait son impératif catégorique : l'éthique ne se mesure pas au possible. Dont acte dans notre philosophie d'accompagnement des publics en difficulté. Mais cet engagement ne va pas sans heurt, y compris et surtout dans le monde professionnel car, si nous suivons Christophe Dejours dans son argumentation, travailler c'est d'une part inévitablement souffrir, et d'autre part prendre des risques³⁸⁹. Ce risque et cette souffrance, c'est, pour reprendre une expression populaire dans notre champ, « ce qu'on se coltine tous les jours ».

Pour y faire face autant que pour l'accompagner, nous avons suggéré – au-delà de l'hospitalité à la souffrance comme plus petit dénominateur commun du travail social –, une clinique de l'entre-deux comme l'un des fondamentaux de notre métier. Cela implique, en temps de crise de la signifiante et lorsque les valeurs du secteur vacillent, de revenir à ce que les éducateurs savent faire le mieux : accueillir l'autre dans toute sa singularité. Dans cette période de mutations, nombreux sont ceux qui appellent à l'avènement d'un nouvel éducateur clinicien, plus rare sont ceux qui s'accordent sur sa

³⁸⁷ In De Gaulejac, V. (2009). *Op. cit.* p.159-160.

³⁸⁸ In Cifali, M. (1999). « Métier « impossible » ? une boutade inépuisable », *Op. cit.*

³⁸⁹ Dejours, C. (2003). « Critique et fondements de l'évaluation », *Op. cit.* pp. 9-56.

nouvelle nature : « Un clinicien *de l'adaptation*, afin que chacun souffre le moins possible de la protestation logique du sujet contre une logique délétère ; ou bien un clinicien *au service de cette protestation*, de l'objection du symptôme, pour nourrir le grain de sable qui grippe la logique d'ensemble plutôt que de tenter de l'éradiquer ? Soit un clinicien pour extraire de ce qui ne va pas ce que celui-ci inclut de solution ! »³⁹⁰. La clinique, qu'on la considère comme une approche, une démarche, une posture, une intelligence ou une éthique repose elle aussi sur des fondamentaux méthodologiques : « ce n'est pas un humanisme flou à l'écoute d'une vérité mais un dispositif construit sur des principes et avec des références théoriques »³⁹¹. Nous nous proposons dans ce prochain chapitre d'en exposer les spécificités dans les sciences de l'éducation.

Chapitre VI. Courte histoire de la clinique : d'Hippocrate à Foucault

VI.1 Retour aux origines : l'ère socratique

C'est sur une île parmi celles de l'archipel du Dodécanèse, l'île de Cos, qu'Hippocrate a probablement rédigé son serment et tout aussi probablement, avec ses disciples, formalisé pour la première fois cette attitude humaine dont on ne pourra jamais dater l'origine et qui consiste à se pencher sur les blessures d'un autre pour y remédier³⁹². À l'origine, on appelle clinique (en Grec, *klinomai*, être étendu), cette façon toute particulière d'être à fleur de lit, de se pencher au-dessus d'un congénère souffrant qui s'y trouve allongé. Pour les médecins hippocratiques, chaque malade avait une complexion différente qui le rendait unique et le clinicien devait à chaque fois recommencer, par une observation sensible aux moindres détails, aux plus ténus des phénomènes, la démarche d'un raisonnement visant à calibrer le traitement sur la particularité d'une maladie qui, bien qu'on pût en dégager quelques lignes générales, était toujours différemment vécue et exprimée par le patient. C'est à la fois ce sens de l'observation dans l'implication auprès du malade et cette manière de produire de la connaissance généralisable à partir du cas particulier qui définissent fondamentalement la démarche clinique. Cela reste valable

³⁹⁰ Sauret, M.-J., Askofaré, A. (2011), *Op. cit.* pp. 114-123. Souligné par l'auteur.

³⁹¹ Barus-Michel, J., Giust-Desprairies, F., Ridel, L. (1996). *Crises : approche psychosociale clinique*. Paris, Desclée de Brouwer, p.272.

³⁹² Hoerni, B. (2000). *L'examen clinique d'Hippocrate à nos jours*. Imothep/Maloine.

2400 ans plus tard. Cependant, la clinique s'est émancipée du champ de la médecine pour trouver dans les métiers de l'éducation et de l'enseignement un prolongement qui, sans renier les principes maîtres entérinés sur les terres de Cos, en propose d'autres applications³⁹³ : « La démarche clinique n'appartient donc pas à une seule discipline ni n'est un terrain spécifique, c'est une approche qui vise un changement, se tient dans la singularité, n'a pas peur du risque et de la complexité, et co-produit un sens de ce qui se passe »³⁹⁴.

La clinique apparaît d'emblée comme une certaine manière de produire de la connaissance, de faire science, qui, aux « argumentations dogmatiques et spéculatives »³⁹⁵, préfère le « passage constant du particulier au général »³⁹⁶. La clinique est épistémologie, manière d'accéder à la connaissance qui privilégie le chemin de la particularité au général. C'est dans la plus pleine attention aux signes émanant du cas particulier que peut - par le truchement de ce que nos ancêtres grecs appelaient « raisonnement » - jaillir une connaissance diagnostique d'où découleront les improvisations d'un agir clinique qui commence dès l'observation. En clinique, observer c'est déjà agir³⁹⁷. Ce « raisonnement » chez les médecins hippocratiques désignait « une sorte de mémoire synthétique de ce qui a été perçu par la sensibilité »³⁹⁸. L'observation clinique ne se réduit pas à la vue. Elle convoque tous les sens et la raison se « ressouvient » : une connaissance apparaît. Si l'on en croit Pascal, le cœur a ses raisons que la raison ignore : le raisonnement clinique n'oppose pas les perceptions sensibles aux travaux de la raison. Le « raisonnement », tel qu'on le pratiquait à Cos, était précisément ce canal qui relie les deux. « Connaître, soigner, aimer » sonnerait presque comme la Sainte-Trinité principielle d'une éthique : celle de la clinique. Cette manière d'accompagner la souffrance avec le souci de comprendre plutôt que d'expliquer, le souci d'un soigner comme éthique et non d'un guérir comme tyrannique objectif ; le courage d'aimer, c'est à dire reconnaître soi-même comme un autre et arrimer sa pratique à ce commun entre-nous-deux ; suivre la voie d'une relation envisagée comme une chambre

³⁹³ Un chef de service en DITEP nous confiait récemment intégrer bientôt une session de formation au management par la clinique ! Lire à ce sujet : Bouquet B. (2000), « Lier management et clinique ? Des paradoxes aux perspectives », *Empan*, n°78, pp.94-99.

³⁹⁴ Cifali, M. (1995). *Op. cit.*

³⁹⁵ Hippocrate, *Op. Cit.* p.126.

³⁹⁶ *Ibid.*

³⁹⁷ Ciccone, A. (1998). *Op. cit.*

³⁹⁸ Hippocrate. *Op. Cit.* p.127.

d'échos où il s'agit de bâtir un agir non à partir de ce qui sépare et différencie, mais de ce qui rapproche et résonne. Cela est proprement clinique.

Au fil de nos tentatives de définition, nous voyons comment cette clinique du travail social prend ses distances avec la clinique biomédicale et de sa méthode anatomoclinique : « celle-ci a pour objet d'identifier les modifications pathologiques de l'organisme à l'aide des symptômes observés sur le vivant alors que les objectifs poursuivis s'organisent classiquement autour des catégories du diagnostic, du pronostic et du traitement. Tel signe renvoyant à tel syndrome puis à tel traitement, le praticien, par souci d'efficacité, se préoccupe finalement assez peu de la subjectivité du patient, c'est-à-dire "du corps qu'il est", pour appliquer des procédures thérapeutiques supposées adaptées au traitement d'un objet partiel, c'est-à-dire du "corps qu'il a". Il s'agit alors d'une clinique de l'observation, d'une clinique du regard et de la "prise en charge" »³⁹⁹. Pourtant, le questionnement éthique concernant la relation médecin/malade et les finalités de l'action de celui qui soigne était contemporain de la tradition médicale à l'époque d'Hippocrate. Force est de constater que ces interrogations sont toujours vivaces de nos jours. Depuis la période hippocratique, plusieurs siècles se succèdent où la clinique, telle que nous l'avons évoquée jusqu'à présent, reste presque suspendue en, dans le temps en termes d'écrits, jusqu'à Freud et l'invention de la psychanalyse à la fin du XIX^e siècle⁴⁰⁰.

VI.2 La clinique psychanalytique

La clinique en travail social se revendique d'une droite lignée de la clinique socratique et surtout de la clinique psychanalytique. C'est cette dernière qui a créé le cadre de pensée dans lequel, nous le verrons, sont nées toutes les autres cliniques. L'objet n'est pas de proposer ici une approche exhaustive de la psychanalyse mais bien d'en montrer les points saillants, à travers deux de ses figures les plus emblématiques.

³⁹⁹ Niewiadomski, C. (2002). « Accompagnement, travail social, postures cliniques et enjeux éthiques », *Éducation permanente*, n° 153, pp.167-177.

⁴⁰⁰ Nous verrons avec Michel Foucault que l'évolution de la clinique médicale a, elle, démarré à la fin du XVIII^e siècle.

V1.2.1 Freud et la psychanalyse

Avec la création de la clinique psychanalytique est proposée une méthode du cas par cas qui, à partir du singulier, déduit l'universel⁴⁰¹. Freud propose alors de nombreuses études de cas issues de son expérience et fait émerger de nombreux concepts à travers une littérature fournie ainsi qu'une nouvelle organisation du développement de l'enfant. L'importance qu'il donne au désir, à tout âge et dans toutes les situations de l'existence, obligera peu à peu la pédagogie et l'éducation à le prendre en compte. Sa préface à Aichhorn est restée célèbre, nous l'avons abordée dans ce travail, mais d'autres textes ont aussi influencé ses disciples⁴⁰² du mouvement de la pédagogie psychanalytique⁴⁰³. Dans le même temps, la Revue de pédagogie psychanalytique (1926-1937), fondée par Heinrich Meng et Ernst Schneider, comptera près de 300 articles et abordera des thématiques telles que les troubles scolaires, la curiosité sexuelle, le comportement, la pédagogie curative, l'inconscient du pédagogue, le rapport maître/élève, etc.⁴⁰⁴. Après 1945, les orientations de ces courants inspirées du savoir psychanalytique tendent vers la psychopédagogie, la psychothérapie et une approche dite institutionnelle que nous aurons l'occasion d'aborder plus tard⁴⁰⁵.

VI.2.1.1 La vie quotidienne et l'importance donnée aux détails

Freud, en fondant la psychanalyse au crépuscule du XIXe siècle, fonde de nouvelles bases à la clinique. Cette clinique psychanalytique, destinée aux patientes névrosées de Vienne, offre à voir une plasticité des phénomènes de la vie psychique dite normale, et celle dite psychopathologique : « Mais nous avons encore un intérêt tout particulier à considérer les actes manqués, accidentels et symptomatiques, à la lumière de cette dernière analogie. En les mettant sur les mêmes rangs que les manifestations des psychonévroses, que les

⁴⁰¹ Nous pourrions même y trouver un soubassement éthique si l'on en croit Paul Ricoeur : « Aller jusqu'au bout de l'exigence de singularité, c'est donner sa plus grande chance à la plus grande universalité ; tel est le paradoxe qu'il faut soutenir ». Cité par Giust-Desprairies, F. (2013). *La clinique, une épistémologie pour les sciences de l'homme*. Dans : Vincent de Gaulejac éd. *La recherche clinique en sciences sociales* (pp. 15-29). Toulouse: Érès.

⁴⁰² Nous pensons notamment à sa correspondance avec Oskar Pfister dès 1909, « L'avenir d'une illusion » en 1927, la VIe conférence sur la psychanalyse en 1933.

⁴⁰³ Ponnou, S. (2016). *Le travail social à l'épreuve de la clinique psychanalytique*. Paris, L'Harmattan, pp.44-47.

⁴⁰⁴ Filloux, J-C. (1987). « Note de synthèse ». *Revue française de pédagogie*, volume 81, pp. 69-102.

⁴⁰⁵ *Ibid.*

symptômes névrotiques, nous donnons un sens et une base à deux affirmations qu'on entend souvent répéter, à savoir qu'entre l'état nerveux normal et le fonctionnement nerveux anormal il n'existe pas de limite nette et tranchée et que nous sommes tous plus ou moins névrosés »⁴⁰⁶. Freud a pu démontrer, avec l'importance donnée au moindre détail, « les curieuses opérations par lesquelles l'inessentiel – qu'était-ce avant lui qu'un lapsus ? – devenait porte d'accès au cœur du sujet, c'est-à-dire à son désir »⁴⁰⁷. Notre corps et notre esprit conversent continuellement tout au long de la journée – et de la nuit, comme en témoigne son étude sur les rêves⁴⁰⁸ - encore faut-il pouvoir les reconnaître et leur prêter attention. En rendant poreux l'évènement et le routinier, le normal et le pathologique, Freud propose une conception de la psyché fluide, évolutive plutôt que rigide. Nous verrons comme cette observation fondamentale aura son importance dans les travaux de George Canguilhem.

VI.2.1.2 Une clinique de l'écoute

D'autre part, Freud a l'intuition que les troubles des malades, qui ne présentent pas de lésions organiques visibles, proviennent de conflits psychologiques refoulés qui s'expriment au travers de ces symptômes somatiques. Ces malades ne relevant pas d'une approche anatomoclinique⁴⁰⁹, « Freud présuppose donc que les symptômes exhibés relèvent d'un défaut de parole adressée et que les manifestations cliniques qui se donnent à voir s'installent en lieu et place d'une parole qui échoue à se dire du fait du refoulement »⁴¹⁰. Le bouleversement est radical, passant d'une clinique du regard à une clinique de l'écoute dont l'enjeu vise désormais à favoriser l'émergence de ce qui ne pouvait jusqu'alors s'énoncer⁴¹¹. La clinique : centrer son attention sur ce que dit et manifeste le sujet, considérer tous ces éléments comme à chaque fois singuliers et porteurs de sens. Ce passage d'une clinique du regard où les symptômes font signe d'une

⁴⁰⁶ Freud, S. (2010). *Op cit.* p.347.

⁴⁰⁷ Chaumon, F. (2004). I. Inconscient et signifiant. *Lacan: La loi, le sujet et la jouissance* (pp. 13-39). Paris, Michalon.

⁴⁰⁸ Freud, S. (2013). *L'interprétation du rêve*. Paris, Points.

⁴⁰⁹ Nous aborderons cette approche notamment avec Michel Foucault dans le chapitre VI.4.

⁴¹⁰ Niewiadomski, C. (2020) « L'apport de la clinique narrative aux métiers de l'accompagnement » in Ponnou, S. & Niewiadomski C. (2020), *Op. cit.* p.106.

⁴¹¹ « Freud rompt alors avec la pratique du regard au profit de l'écoute clinique, considérant que l'invite faite à la parole subjective du malade, en tant que celui-ci détient à son insu le sens de son trouble, constitue la voie de compréhension de ce qui échappe justement à la rationalité de l'observation », *Ibid.*

pathologie, à une clinique de la parole qui représente un sujet, inaugura un renversement historique considérable. Pour le penseur viennois, la clinique est, tout simplement, « le contact intime avec le matériel analytique »⁴¹². Soit ce qui se joue au sein de l'analyse. Mais Freud va plus loin concernant la nature de ce matériel analytique : il a l'intuition à l'époque qu'un discours en dit toujours plus long qu'il n'escompte en dire, à commencer par le fait qu'il peut signifier tout autre chose que ce qui se trouve immédiatement énoncé.

VI.2.1.3 L'hypothèse de l'inconscient

Autre élément capital de la théorie psychanalytique, celle de l'hypothèse de l'inconscient, à travers les rêves, les lapsus et de la place donnée au symbolique. Notre esprit n'étant pas la mesure du réel, il s'agit justement d'initier un travail d'élucidation du réel selon cette orientation. En concevant des faits observables – ou non - en un système intelligible, Freud propose aux cliniciens de leur donner du sens à partir d'un système interprétatif : le sien et celui du patient. Le patient, devenu analysant est invité à dire tout ce qui lui vient à l'esprit, sans omettre les représentations jugées inconvenantes ou supposées hors de propos : il n'est donc plus « un objet d'observation soumis au regard inquisiteur et savant du praticien, mais bien un sujet qui tente de s'exprimer via la règle d'association libre »⁴¹³. C'est d'ailleurs là toute la valeur et la limite de la clinique psychanalytique – et par extension, de toute clinique : « elle interprète, ne se contentant pas d'un contenu manifeste, seul valable, valide et digne des sciences, mais cherchant le latent derrière le manifeste »⁴¹⁴. Pour Freud, la psychanalyse est la science de l'inconscient, c'est-à-dire de ce qui échappe à la science, au premier lieu l'homme. Qui échappe donc et qui nécessite l'attention de l'analyse à ce qui s'exprime derrière le discours puisque l'inconscient, en tant qu'il parle, est toujours équivoque.

VI.2.1.4 Les mécanismes du transfert

Freud théorise aussi le transfert – *übertragung* –, terme qui apparaît dès 1895 dans les *Études sur l'hystérie*, ouvrage co-écrit avec Josef Breuer. Pour Laplanche et Pontalis, le

⁴¹² Freud. S. in Ponnou, S. (2016). *Le travail social à l'épreuve de la clinique psychanalytique*. Paris, L'Harmattan, p.22.

⁴¹³ *Ibid.*

⁴¹⁴ Orgiazzi Billon-Galland, I. (2003). Singularités et paradoxes de la clinique psychanalytique : pertinence du singulier comme objet de connaissance. *Cliniques méditerranéennes*, n°68, pp.175-191.

transfert est un « processus par lequel les désirs inconscients s’actualisent sur certains objets dans le cadre d’un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s’agit [...] d’une répétition de prototypes infantiles avec un sentiment d’actualité marqué »⁴¹⁵. Freud expérimentera les enjeux liés aux affects de ses patients et les différentes manières d’y faire face et de s’en servir dans le cadre de la cure. Si le transfert est « [...] le terrain où se joue, dans une actualité irrécusable, la problématique singulière du patient, où celui-ci se trouve confronté à l’existence, à la permanence, à la force de ses désirs et fantasmes inconscients »⁴¹⁶, il revêt des atours distincts et pourtant complémentaires : garant de la réussite comme de la résistance en analyse, confusion des rôles, moteur et frein de la thérapie : « Le transfert destiné à être le plus grand obstacle à la psychanalyse, devient son plus puissant auxiliaire, si l’on réussit à le deviner à chaque fois et à en traduire le sens au malade »⁴¹⁷. Il s’agit tout simplement : « (...) d’amener le malade à faire se dérouler sous nos yeux un fragment important de son histoire. Sans le transfert, il ne nous aurait probablement fourni que des renseignements insuffisants. Tout se passe comme s’il agissait devant nous, au lieu de simplement nous informer »⁴¹⁸.

En encourageant l’implication du psychanalyste, Freud promeut une place nouvelle au clinicien et à ses affects. Ainsi, ce dernier devient dans la séance tout à la fois sujet, objet, observateur, observé. La question du regard et de l’importance de l’observation, qui n’ont pas disparu, oblige à prêter attention à la forme comme au fond, au contenant comme au contenu. En outre, à travers l’explicitation du référentiel de la psychanalyse (l’angoisse, les mécanismes de défense, etc.) et l’avènement du symptôme dans la compréhension des troubles psychiques, une nouvelle voie est offerte au rapport à la déviance. La psychanalyse propose une vision spécifique de la complexité des liens inter et intra-humains et du poids des histoires individuelles dans le développement de la psyché.

Dans la relation éducative, la personne accompagnée, notamment les enfants et les adolescents, réveillent en l’adulte les richesses et les aléas de sa propre enfance. L’attirance, l’amour, le désir de partage, le dégoût, le rejet sont sous-tendus, dynamisés,

⁴¹⁵ Laplanche & Pontalis in Ponnou, S. (2014). *Lacan et l’éducation : manifeste pour une clinique lacanienne de l’éducation*. Paris, L’Harmattan, pp.71-72.

⁴¹⁶ Laplanche & Pontalis in Ponnou, S. (2014). *Op. cit.*

⁴¹⁷ Rouzel, J. (2021). Chapitre 6. Le transfert dans la théorie et la pratique psychanalytiques : de Freud à Lacan. *Op. cit.* (pp. 67-83).

⁴¹⁸ *Ibid.*

freinés et déviés, par cette préhistoire sans laquelle il n'y aurait pas d'identité. Tel est l'un des messages de la psychanalyse et il n'est pas des plus simples à assimiler. Car derrière les implications émotives et les engagements de l'éducateur, ce transfert et ce contre-transfert sont à la fois sa force et sa faiblesse. Pour Capul & Lemay, « son désir [à l'éducateur] de modeler l'autre en fonction de ses manques et de ses acquisitions demeurera toujours très grand. Le nier et refuser d'utiliser cette joie de modeler aboutissent à une carence de soins, de limites et de désillusions qui empêchera autrui d'édifier son propre noyau identitaire. En faire un idéal revient à imposer indûment le poids de son affectivité et à transformer un sujet en devenir en outil de sa propre réalisation. Là encore seule une interrogation authentique sur ce pouvoir que la situation éducative confère permet de se situer vis-à-vis de son désir d'influencer ».⁴¹⁹

VI.2.1.5 Malaise dans la culture ou l'homme incurable ?

L'essai de Freud⁴²⁰ ressemble à un contrepoint de *L'avenir d'une illusion*⁴²¹, écrit en 1927, et qui affichait encore l'espérance du règne attendu de la raison scientifique. Il s'appuie sur le concept de pulsion développé dans ses écrits précédents, de l'allemand *trieb*, « qui désigne une poussée venue de l'intérieur de l'appareil psychique amenant le sujet à accomplir certaines actions pour se débarrasser de – "décharger" » - certains types d'excitation »⁴²². Cette pulsion « (...) nous apparaît comme un concept limite entre le psychique et le somatique, comme le représentant psychique des excitations, issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme une mesure de l'exigence de travail qui est imposée au psychique en conséquence de sa liaison au corporel »⁴²³. Pour Freud, il s'agit d'une pulsion en particulier, la pulsion de mort ou de destruction : « il ne s'agit pas [...] de faire porter à la culture elle-même la responsabilité du malheur humain, mais de saisir que l'agressivité pour ainsi dire native des humains induit nécessairement des caractères culturels répressifs que l'on ne peut espérer réformer »⁴²⁴. Le corps veut jouir, et « par suite de cette hostilité primaire des hommes les uns envers les autres, la

⁴¹⁹ Capul, M. & Lemay, M. (2019). Conclusion. *Op. cit.* (pp. 543-574).

⁴²⁰ Freud, S. (2010). *Op. cit.*

⁴²¹ Freud, S. (2011). *L'avenir d'une illusion*. Paris, Points.

⁴²² Pellegrin, P. in Freud (2011) *Op. cit.* p.37.

⁴²³ Freud, S. in Rouzel, J. (2021). Chapitre 4. De la pulsion au désir en passant par la loi. *Op. cit.* (pp. 45-55).

⁴²⁴ Freud S. (2010). *Le malaise dans la culture*, Paris, Flammarion. p.36.

société culturelle est sans cesse menacée de ruine »⁴²⁵. C'est ici qu'intervient la pulsion de vie, introduite par la culture et qui vient en antagonisme. Il fait appel à la mythologie où s'affrontent ces deux pulsions à travers les figures d'Éros et Thanatos. Ce dualisme pulsionnel est à la base des faits et gestes de l'individu qui fait comme il peut pour faire face à ses poussées dans un monde social. Si, pour l'auteur, « les passions de type pulsionnel sont plus fortes que les intérêts rationnels »⁴²⁶, nous pouvons penser différemment cette supposée impossibilité au métier d'éducateur. Bien souvent, ce dernier fait face à des déferlements de violence venant de la personne qu'il accompagne tout autant que des individus qui constituent la société et de l'État de droit lui-même.

Freud conteste « toute forme de naturalité et d'idéalisation du vivre ensemble, et [met] en permanence en avant les sacrifices que la vie civilisée impose à l'individu, le contraste permanent et nécessaire entre la "recherche du bonheur" et la "civilisation", permet de saisir le déplacement opéré par Freud : la fragilité (on dirait aujourd'hui la "vulnérabilité") chez l'homme n'est pas ontologique, mais éthique, elle se situe du côté de ce qui fait lien entre les sujets »⁴²⁷. De la sorte, l'éthique devient tout à la fois une nécessité pour faire civilisation et en même temps source de malaise. Il s'agit peut-être d'accepter, alors que notre monde et ses occupants se construisent bon gré mal gré sur la contrainte et le renoncement pulsionnel, l'*Unbehagen*, que l'on a traduit difficilement en français par malaise et qui signifie littéralement « absence de bien-être » ou « non bien-être ». La clinique a conduit Freud à considérer qu'il y a, en l'être humain, une faille que rien ne pourra jamais combler et dont il ne guérira pas ; autrement dit, d'une certaine façon l'homme pulsionnel est quasiment incompatible avec la société, ce que nous interprétons comme un homme destiné à être incurable de sa propre essence.

VI.2.2 Lacan : « La clinique c'est le réel en tant qu'il est impossible à supporter »

Durant la première moitié du XXe siècle, la pensée psychanalytique est foisonnante en Europe et c'est Jacques Lacan, en France au sortir de la guerre, qui donnera un tournant

⁴²⁵ Freud, S. (2010). *Op. cit.* p.133.

⁴²⁶ *Op. cit.* p.134.

⁴²⁷ Pirone, I. (2016). À la limite : malaise dans l'éthique. *Le Télémaque*, 49, 9-16.

à la psychanalyse. C'est à partir de son « retour à Freud » dans les années 1950 et notamment avec son « Discours de Rome » qu'il remet l'auteur viennois au premier plan : « Je crois que le retour aux textes freudiens qui ont fait l'objet de mon enseignement depuis deux ans, m'a [...] donné l'idée toujours plus certaine qu'il n'y a pas de prise plus totale de la réalité humaine que celle qui est faite par l'expérience freudienne »⁴²⁸.

Lacan propose une lecture de la clinique psychanalytique relativement proche de celle de Freud mais qu'il « augmentera » à partir de plusieurs concepts issus de ses propres travaux. Il fait un usage régulier du terme « clinique » dès sa thèse de psychiatrie au sens de l'observation des symptômes, des troubles et des manifestations du malade⁴²⁹, et s'apparente à une idée relativement simple : « La clinique psychanalytique consiste à réinterroger tout ce que Freud a dit. C'est comme ça que je l'entends, et que dans mon bla-bla à moi, je le mets en pratique »⁴³⁰. Pour lui, « la clinique c'est le réel en tant qu'il est impossible à supporter »⁴³¹ car elle échappe au pouvoir du symbolique et de l'imaginaire, c'est un réel qui se montre comme l'impossible à supporter, relatif à l'impossible insupportable auquel le clinicien a affaire. Nous remarquerons l'équivoque du verbe « supporter » - la clinique n'étant pas supportée par le signifiant : « elle est précisément ce qui échappe au pouvoir des mots, des représentations et des savoirs, elle se réfère à la douleur humaine... à l'insupportable. Une clinique de l'innommable, voire une clinique comme nom de ce qui n'a pas de nom »⁴³². Peu avare de bons mots, il propose une définition des plus simples : « Qu'est-ce que la clinique psychanalytique ? Ce n'est pas compliqué. Elle a une base – C'est ce qu'on dit dans une psychanalyse »⁴³³. Elle se doit donc d'interroger l'analyse tout autant que les analystes eux-mêmes, dont la pratique est empreinte d'incertitude.

VI.2.2.1 La structure du langage

Jacques Lacan s'appuiera sur les travaux de Saussure et Piaget afin de préciser sa conception du langage, et plus tard de l'inconscient. Ce qui circule, dans le cadre d'une

⁴²⁸ Lacan, J. in Dor, J. (2002). *Introduction à la lecture de Lacan*. Paris, Denoël, p.279.

⁴²⁹ Ponnou, S. (2016). *Le travail social à l'épreuve de la clinique psychanalytique*. Paris, L'Harmattan, p.24.

⁴³⁰ Lacan, J. in Bousseyroux, M. (2022). Que faut-il « cliniquer » ? *L'en-je lacanien*, 39, 59-69.

⁴³¹ Lacan, J. (1977). « Ouverture de la section clinique », *Ornicar ?* n° 9, pp.7-14.

⁴³² Ponnou, S. (2016). *Op. cit.* p.32.

⁴³³ Lacan, J. (1977). *Op. cit.*

analyse, ce sont des mots. Cette circulation de la parole produit des affects à celui qui s'entend les dire comme à celui qui les écoute et ne doit pas masquer ce qui est la matière même du travail, à savoir le langage. Selon Piaget : « une structure est un système de transformation qui comporte des lois en tant que système (par opposition aux propriétés des éléments) et qui conserve et s'enrichit par le jeu même de ses transformations, sans que celles-ci aboutissent en dehors de ses frontières ou fasse appel à des éléments extérieurs. Une structure comporte trois caractéristiques : de totalité, de transformation et d'autorégulation »⁴³⁴. À partir du moment où le langage n'est plus conçu comme véhicule, comme expression d'une réalité au-delà de lui-même, mais où il est abordé dans sa structure, un grand nombre de faits de l'expérience freudienne deviennent intelligibles et prennent une tout autre portée. Les mots doivent être considérés dans leur matière même c'est-à-dire dans leur distinction et dans leur organisation d'ensemble. La distinction entre le signifiant et le signifié est primordiale puisqu'il apparaît donc clairement que le destin du dernier est secondaire au regard du signifiant : « à la différence du signe [...] ce qui distingue le signifiant c'est seulement d'être ce que tous les autres ne sont pas ; ce qui, dans le signifiant implique cette fonction de l'unité c'est justement de n'être que différence. C'est en tant que différence que l'unité, dans sa fonction signifiante se structure, se constitue »⁴³⁵. Un signifiant peut renvoyer à un autre, qui renvoie lui-même à un autre, etc. et cela à l'infini, un peu à l'image de l'association libre ; ce qui importe en psychanalyse, c'est bien le lien différentiel d'un signifiant à un autre signifiant plus que celui d'un signifiant à un signifié. Et c'est souvent dans l'après-coup qu'il prend sens, le dernier signifiant exprimé délivrant rétrospectivement tout son sens. Lacan le résume de la sorte : « un signifiant c'est ce qui représente le sujet pour un autre signifiant »⁴³⁶.

Franck Chaumon articule les deux psychanalystes : « De la formule de Freud, remarquable par son tranchant, "l'inconscient, c'est le social" à celle de Lacan "l'inconscient, c'est le discours de l'Autre", se donne à lire l'effort d'une pensée qui soutient la même question. Là où la tentative freudienne s'est appuyée sur le mythe d'une *histoire* comme transmission d'un événement originaire, la percée lacanienne s'est engagée sur la voie de la *structure* »⁴³⁷. C'est l'acte du langage lui-même qui fait advenir l'inconscient et le lieu où il s'exprime puisque ce dernier est assujéti à l'ordre du

⁴³⁴ Piaget, J. in Dor, J. *Op. cit.* p.31.

⁴³⁵ Lacan, J. in Dor, J. *Op. cit.* p.442.

⁴³⁶ Lacan, J. in Dor, J. *Op. cit.* p.352.

⁴³⁷ Chaumon, F. (2004). I. Inconscient et signifiant. *Op. cit.* pp. 13-39.

signifiant. « Le langage est la condition de l'inconscient (...) L'inconscient est l'implication logique du langage : pas d'inconscient en effet sans langage »⁴³⁸, et il en va de même pour le symptôme qui se résoudra lui aussi dans une analyse du langage. Au final nous dit le psychanalyste parisien, « l'interprétation ne se fonde dans aucune assumption des archétypes divins mais dans le fait que l'inconscient ait la structure radicale d'un langage [...]. L'interprétation, pour déchiffrer la diachronie des répétitions inconscientes, doit introduire dans la synchronie des signifiants qui s'y composent, quelque chose qui soudain rend la traduction possible »⁴³⁹.

VI.2.2.2 L'inconscient : un savoir insu

« L'expérience de la cure analytique démontre que ce qui échappe, ce qui surprend le sujet en séance, ces mots qui à peine prononcés font événement pour lui, ces signifiants premiers qui le marquent dans sa plus radicale singularité sont nécessairement les mots de l'Autre. Mots prononcés ou tus, mots liés aux avatars de la transmission, mots qui font cortège aux trous de l'existence »⁴⁴⁰ : Cet Autre avec un A majuscule, c'est l'inconscient, c'est ce qu'on ne peut atteindre directement. S'il peut s'apparenter à un savoir, il s'agit d'un savoir insu. Le sujet avait ce savoir en lui-même mais il n'arrivait pas à s'en saisir, jusqu'à ce qu'il s'en rende compte dans l'après-coup. Ce non-savoir, à ce moment a trait tout autant à l'énonciation – « je ne savais pas ce que je disais ou voulais » qu'à la surprise de la découverte - « je ne savais pas que mon inconscient savait ». C'est une véritable gageure, à l'heure du tout évaluable et objectivable, d'affirmer que se trouve en nous un savoir qu'il nous est impossible d'identifier et dont les circonstances de son émergence n'ont rien à voir avec l'utilité ou l'efficacité⁴⁴¹. C'est la finalité de la clinique psychanalytique qui « [...] consiste dans le discernement de choses qui importent et qui seront massives dès qu'on en aura pris conscience »⁴⁴². C'est dans cette mesure que peut se déployer le transfert, dans le sens où celui qui parle ne se reconnaît pas dans ce qu'il agit à son insu, et impute à un autre sujet, l'analyste, un savoir supposé à ce sujet. Nous

⁴³⁸ Lacan, J. in Dor, J. *Op. cit.* p.133.

⁴³⁹ Lacan, J. in Dor, J. *Op. cit.* p.462.

⁴⁴⁰ Chaumon, F. (2004). *Op. cit.* pp. 13-39.

⁴⁴¹ Hormis, peut-être, ce que nous appelons l'instinct nous dit Franck Chaumont, (2004). *Op. cit.* p.13-39.

⁴⁴² Lacan, J. in Castanet, D. (2022). La clinique analytique : une pratique de bavardage. *L'en-je lacanien*, 39, 5-8.

avons déjà évoqué les dynamiques à l'œuvre dans la relation transférentielle et Franck Chaumont nous met en garde : « Il y a dans le prochain un noyau irréductible à toute reconnaissance qui s'appréhende non seulement comme étranger, mais aussi comme ennemi »⁴⁴³. L'identification du sujet, en se soutenant de son rapport au signifiant s'avère dangereusement et en dernière extrémité, exclusivement tributaire d'un assujettissement au champ de l'Autre. Et Lacan de résumer, plus optimiste : « nous retrouvons donc toujours notre double référence à la parole et au langage. Pour libérer la parole du sujet, nous l'introduisons au langage de son désir, c'est-à-dire au langage premier dans lequel, au-delà de ce qu'il nous dit de lui, déjà il nous parle à son insu, et dans les symboles du symptôme tout d'abord »⁴⁴⁴.

VI.2.2.3 L'éthique, le fondement de la psychanalyse

L'éthique de la psychanalyse a occupé une large place dans les travaux de Lacan. Une certaine idée de voir l'être humain et du dispositif pour accueillir sa parole est au fondement de la pensée psychanalytique, sa condition même. Cette dernière s'intéresse historiquement à ce qui ne marche pas chez l'homme et s'appuie sur les difficultés qu'il rencontre et sa façon de les exprimer. Elle a toujours considéré le symptôme, non comme une faiblesse mais comme la création d'un sujet pour faire face au réel. C'est là une rupture épistémologique majeure dans l'histoire de la médecine et des psychothérapies : ce point de butée, loin d'être vu comme un défaut, est le point de départ du travail d'analyse. L'analyste effectue alors un travail de mémoire et de recueil des symptômes afin d'en extraire une compréhension commune. Dans cette perspective, l'acte inaugural de Freud d'accueillir les hystériques qui étaient, au mieux exclues de la société, au pire enfermées, et de leur prêter attention en écoutant ce qu'elles avaient à dire, est proprement éthique. Pour Franck Chaumont, « c'est récuser tout savoir avant que le sujet ne profère quelque parole, ce qui implique que toute cure est une aventure singulière. La psychanalyse se distingue de la psychologie car elle ne fait pas d'un sujet l'objet de son

⁴⁴³ Chaumont, F. (2004). V. L'objet, la jouissance, le réel. *Op. cit.* pp. 71-85.

⁴⁴⁴ Lacan, J. in Dor, J. *Op. cit.* p.154.

savoir, elle se met à l'écoute d'un sujet qui désire advenir »⁴⁴⁵. Et Pierre Legendre d'ajouter : « Là où les humains ne supportent plus la parole, réapparaît le massacre »⁴⁴⁶. Mais accueillir cette parole n'est pas chose aisée, nous l'avons vu, parce qu'elle renvoie parfois à l'insupportable. Cette butée que l'individu rencontre dans l'acceptation du monde qui l'entoure, cet impossible à pouvoir le totaliser, c'est bien ce réel comme impossible qu'évoque Lacan. La prise du signifiant sur ce monde produit une part qui échappe forcément – nécessairement serions-nous tentés d'ajouter -, rendant l'impossible lui aussi structurel. Le travail de la psychanalyse étant de faire au mieux avec l'autre pour affronter ce réel. Peu étonnant, dès lors, que Lacan n'ait pas accordé grand crédit à l'idée d'une technique psychanalytique comme l'avait évoquée Freud. L'analyse se référant plus à une pratique, pratique de la vérité précise Joël Dor « [...] cette vérité dont il nous rappelle qu'elle parle d'elle-même et dont il appartient à l'analyste de "ponctuer la dialectique" dans le discours du patient »⁴⁴⁷.

VI.2.2.4 Lacan et l'éducation

Dans cette partie, nous proposons, à la suite de Sébastien Ponnou, de nous intéresser à la conception lacanienne de l'éducation⁴⁴⁸. De prime abord, Jacques Lacan était plutôt critique à l'égard des éducateurs dont il regrettait l'action répressive, mais l'étude de son corpus permet tout de même d'en faire émerger certaines idées. Rappelons que la relation éducative s'inscrit totalement dans le champ transférentiel : « Dans son essence, le transfert efficace dont il s'agit, c'est tout simplement l'acte de parole. Chaque fois qu'un homme parle à un autre d'une façon authentique et pleine, il y a, au sens propre, transfert symbolique, il se passe quelque chose qui change la nature des deux êtres en présence »⁴⁴⁹. Dès qu'un sujet s'adresse à un autre sujet, il y a nécessairement transfert. En son sein, l'éducation ne se soutient pas du savoir ou de la rationalisation mais bien du désir, celui de l'éducateur comme celui de la personne accompagnée. De là, « le maniement du transfert dans les pratiques éducatives et sociales autorise différentes nodalités discursives au regard des manifestations de la clinique (...). Tantôt l'éducateur

⁴⁴⁵ Chaumon, F. (2004). Conclusion. *Op. cit.* pp. 118-123.

⁴⁴⁶ Legendre, P. (2003). *Op. cit.* p.15.

⁴⁴⁷ Dor, J. *Op. cit.* p.461.

⁴⁴⁸ Ponnou, S. (2014). *Op. cit.*

⁴⁴⁹ Dor, J. *Op. cit.* p.16.

insiste-t-il sur la dimension de l'inter-dit, enchaînant le désir à sa cause – discours du maître. Ou bien préfère-t-il questionner, curieux, entêté, afin d'aider le sujet à produire un certain savoir sur son désir – discours de l'hystérique. Ou encore s'échine-t-il à la transmission de quelque savoir, savoir-faire, savoir-y-faire avec l'Autre, la jouissance, le lien social – discours de l'universitaire... Et parfois il se tait, par exemple lorsqu'un sujet s'interroge sur la nature de son désir – discours de l'analyste »⁴⁵⁰.

Tout adulte ayant travaillé auprès d'un groupe d'enfants, d'adolescents et même d'adultes s'est bien rendu compte comme il était complexe d'assurer un semblant de contrat social auprès de toutes ces individualités. Lacan ne dit pas autre chose : « Les éducateurs [...] considèrent même qu'il y a un minimum à donner pour que les hommes soient des hommes, et que cela passe par l'éducation. Ils n'ont pas tort du tout. Il faut en effet une certaine éducation pour que les hommes parviennent à se supporter entre eux »⁴⁵¹. En ce sens, l'acte d'éduquer « s'institue comme conversation au confluent de l'Autre et du sujet »⁴⁵². D'où les différentes nodalités évoquées ci-dessous qui sont à manier avec finesse, esthétique, dans un art qui invite à la *métis* éducative. Nous y reviendrons par la suite mais la maîtrise de l'équivoque, de l'humour plus qu'un savoir stabilisé auprès des adolescents, relève du funambulisme. À ce titre, « L'éducateur s'échine à trans-maître, mais sa fonction ne vaut qu'à s'enchaîner à un certain art de l'équivoque, c'est-à-dire à répondre dans la clinique des effets du discours qu'il supporte »⁴⁵³. Ce qu'il a à supporter également, c'est de frayer un espace de liberté auprès des personnes qu'il accompagne.

L'éducateur ne saurait – ni ne pourrait – être tout-puissant en comblant le vide – parfois l'abysse - auquel il fait face. Il y a toujours de l'inhabité, du vide, du « à pourvoir » pour que l'enfant ou l'adolescent puisse prendre place. Ainsi, « la relation éducative comme espace de parole et de transmission structure ainsi une place vide par laquelle peut construire et s'approprier son propre savoir »⁴⁵⁴. L'éducateur y transmet un savoir-faire – et un savoir-y-faire - relatif à la jouissance et au lien social. Il propose à l'autre comment faire avec la culture, ses normes, avec les relations sociales, y compris sur des modalités extrêmement simples : comment s'adresser à l'autre, comment s'exprimer, etc. Le jeune suppose que l'adulte possède ce savoir-là auquel il ne peut avoir totalement accès à cet

⁴⁵⁰ Ponnou, S. (2014). *Op. cit.* p.44.

⁴⁵¹ Lacan, J. in Ponnou, S. (2014), *Op. cit.* p.23-24.

⁴⁵² *Op. cit.* p.30.

⁴⁵³ Ponnou, S. (2014). *Op. cit.* p.27.

⁴⁵⁴ *Op. cit.* p.41.

instant. C'est pourquoi « l'éducateur se fait passeur et médiateur par le biais d'un creux, d'une supposition de savoir appelant une articulation signifiante susceptible de servir d'ancrage au sujet dans son rapport à l'Autre »⁴⁵⁵. Et c'est bien là peut-être l'apport principal de la conception lacanienne de l'éducation, celui de ramener l'éducateur à sa fonction d'ancrage. Fonction des plus humbles certes, mais d'une difficulté déroutante. Rien n'est simple en éducation et il devient rapidement vertigineux de penser cette posture qu'occupe l'éducateur tant sa visée paraît impossible et ses conséquences infinies. D'où cette remarque de Lacan qui invite à méditer là-dessus : « Les gens ne s'aperçoivent pas très bien de ce qu'ils veulent faire quand ils éduquent. Mais ils s'efforcent quand même d'en avoir une petite idée. Ils y réfléchissent rarement. Mais enfin le signe qu'il y a quand même quelque chose qui peut, tout au moins de temps en temps, les inquiéter, c'est que parfois, ils sont pris d'une chose qui est très particulière, qu'il n'y a que les analystes à connaître vraiment bien, ils sont saisis d'angoisse. Ils sont saisis d'angoisse quand ils y pensent, à ce que c'est qu'éduquer »⁴⁵⁶.

VI.3 Un regard contemporain sur la clinique : Canguilhem

VI.3.1 Le normal et le pathologique : en toute distinction ?

En France, c'est avec Georges Canguilhem et sa thèse de médecine, très orientée vers la philosophie, qu'un éclairage nouveau est porté sur la clinique. D'abord, le pathologique n'est pas le contraire de la norme, mais le contraire de la santé ; puis en insistant sur la compréhension de l'expérience subjective du sujet malade qui permet d'une part une individualisation de la thérapeutique et, d'autre part, l'importance de l'accompagnement du malade (dans une finalité de soin).

Pour cet auteur, la question du normal se pose car il y a de l'anormal qui résiste : s'il n'y avait pas d'anormal il n'y aurait que des lois et il n'y aurait pas de normes. Nous voyons bien le travail soutenu de définition : « Ainsi, en toute rigueur sémantique anomalie désigne un fait, c'est un terme descriptif, alors qu'anormal implique référence à une valeur, c'est un terme appréciatif, normatif ; mais l'échange de bons procédés

⁴⁵⁵ *Op. cit.* p.76.

⁴⁵⁶ Lacan, J. in Ponnou, S. (2014). *Op. cit.* p.136.

grammaticaux a entraîné une collusion des sens respectifs d'anomalie et d'anormal. Anormal est devenu un concept descriptif et anomalie est devenu un concept normatif »⁴⁵⁷. L'anomalie renverrait donc à un rapport à la moyenne, aux autres, tandis que la pathologie, à travers la maladie, se rapporterait aussi aux autres, mais surtout à soi-même – à la norme. D'où une citation de sa part d'un philosophe autrichien, Robert Reininger : « Notre image du monde est toujours aussi un tableau de valeur »⁴⁵⁸.

Canguilhem propose aussi de caractériser la santé de façon novatrice : « elle n'est pas autre chose que l'indétermination initiale de la capacité d'institution de nouvelles normes biologiques. [...] Ce qui caractérise la santé c'est la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles. [...] La santé c'est une marge de tolérance des infidélités du milieu. [...] Être en bonne santé c'est pouvoir tomber malade et s'en relever, c'est un luxe biologique. Inversement, le propre de la maladie c'est d'être une réduction de la marge de tolérance des infidélités du milieu »⁴⁵⁹. L'expression « infidélités du milieu », au-delà de son élégance, a trait à l'environnement bio-psycho-social de l'individu. En effet, il n'y a pas de mesure objective de la normalité ou du pathologique car on ne saurait occulter la dimension sociale dans l'appréhension du pathologique. Ces deux pôles que sont le normal et le pathologique ne sauraient être appréhendés par le clinicien que d'une manière globale à travers un regard sociétal. Il s'explique : « Ce n'est pas, par conséquent, une méthode objective qui fait qualifier de pathologique un phénomène biologique considéré. C'est toujours la relation à l'individu malade, par l'intermédiaire de la clinique, qui justifie la qualification de pathologique »⁴⁶⁰.

VI.3.2 L'importance du vécu et de la singularité du sujet malade

Pour Canguilhem, la maladie est vécue par l'individu comme une expérience d'un vécu subjectif, d'une expérimentation d'un nouvel état⁴⁶¹. Le travail du clinicien consiste à

⁴⁵⁷ Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique*. Paris, Puf, pp.101-126.

⁴⁵⁸ Reininger, R. in Canguilhem, G. *Op. cit.* pp. 127-154.

⁴⁵⁹ Canguilhem, G. *Op. cit.* pp. 155-176.

⁴⁶⁰ *Op. cit.* pp. 203-206.

⁴⁶¹ L'auteur parle même d'une autre vie : « Être malade c'est vraiment pour l'homme vivre d'une autre vie, même au sens biologique du mot », *Op. cit.* pp. 41-66.

interroger la singularité de l'individu malade, à rechercher le sens médical des symptômes, mais aussi à comprendre la valeur et le sens que le patient donne à ce qu'il vit. Cette tâche s'apparente ni plus ni moins qu'à de l'interprétation : « Mon médecin, c'est celui qui accepte de moi que je voie en lui un exégète avant de l'accepter comme réparateur »⁴⁶². Cela nécessite de l'attention pour la parole et le récit du sujet ; dans cette optique et pour Céline Lefève, directrice du Centre Georges Canguilhem à l'université Paris Diderot « l'écoute du malade est en effet le lieu de projections et d'interprétations plus ou moins maîtrisées. Le risque est de subsumer son individualité et sa subjectivité sous la généralité d'une catégorie non seulement nosologique mais aussi comportementale, sociologique, culturaliste, etc. »⁴⁶³. Cette sensibilité à ce que vit le malade, voire le patient⁴⁶⁴ présuppose que le médecin lui-même se conçoive comme « un malade potentiel qui n'est pas mieux assuré que ne le sont ses malades de réussir, le cas échéant, à substituer ses connaissances à son angoisse »⁴⁶⁵.

La maladie pourrait donc s'apparenter à un système de défense par rapport aux infidélités du milieu, et une volonté pour le malade de se remettre sur pieds quand son monde tangue : « La maladie n'est pas seulement déséquilibre ou dysharmonie, elle est aussi, et peut-être surtout, effort, de la nature en l'homme pour obtenir un nouvel équilibre. La maladie est réaction généralisée à intention de guérison. L'organisme fait une maladie pour se guérir. La thérapeutique doit d'abord tolérer et au besoin renforcer ces réactions hédoniques et thérapeutiques spontanées »⁴⁶⁶. Il est donc nécessaire pour le médecin de viser à comprendre ce qui se joue pour l'individu malade et ce contre quoi il se défend.

Nous assistons là à une rupture épistémologique dans le sens où c'est véritablement le malade qui possède un savoir et au médecin de se faire instruire par lui. Cela va à contre-courant de la vision scientiste de l'époque – et que nous pouvons aussi retrouver de nos jours – qui affirmait la supériorité de la connaissance du praticien expert sur le patient. De fait, dans sa plainte et son récit, le malade transmet un savoir subjectif unique de son histoire personnelle et des répercussions de la maladie sur son existence. Cela seul suffit à créer une nouveauté : « le rapport du médecin et du patient au savoir subjectif de

⁴⁶² Canguilhem, G. in Lefève, C. (2014). De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical. *Revue de métaphysique et de morale*, 82, 197-221.

⁴⁶³ Lefève, C. *Op. cit.* pp.197-221.

⁴⁶⁴ Pour une distinction patient/malade et une réflexion sur la clinique dans la médecine moderne, le lecteur pourra se référer à Weber, J. (2011). Traiter quoi, soigner qui ? *Cahiers philosophiques*, 125, 7-29.

⁴⁶⁵ Canguilhem G. in Lefève, C. *Op. cit.* pp.197-221.

⁴⁶⁶ Canguilhem, G. (2013). I. Introduction au problème. *Op. cit.* pp. 11-22.

l'expérience de la maladie est inégal, et défavorable au médecin. L'instruction du médecin par le patient consiste dans un mouvement d'égalisation, toujours inachevé, dans la relation médicale ; elle contribue elle aussi, si elle est suivie, à la reconnaissance réciproque des sujets »⁴⁶⁷. Il s'agit dans ce nouveau mode de relation d'en questionner les finalités. Pour Canguilhem, elle pourrait se limiter, d'abord et avant tout, à un être-là aux côtés du sujet qui souffre. Il s'explique : « Il y a quand même quelque chose de spécifique dans la relation médecin-malade, à savoir qu'elle est suscitée par la condition précaire de la vie. À substituer intégralement la médecine au médecin et la maladie au malade, on aboutirait à oublier que le malade est, en définitive, un pauvre homme qui, à un moment de son existence, se trouve très mal dans sa peau, physiologique ou psychologique, qui voit poindre à son horizon intérieur les figures de la déchéance et de la mort. Un diagnostic et un traitement par l'ordinateur répondront-ils à la totalité de ses besoins ? N'a-t-il pas aussi besoin de la présence, à son côté, d'un vivant, message de vie ? L'autorité du médecin n'est pas une imposture, alors même qu'elle s'accompagne de la conscience des limites de son pouvoir. Elle est l'expression d'une volonté de présence »⁴⁶⁸.

VI.3.3 « Le premier et le dernier mot reviennent à la clinique »

La question des besoins du sujet malade est sujette à débats. Pour cet auteur, la compréhension et le traitement de la maladie sont indissociables de la présence d'un autre sujet. D'autre part, il évoque les interrogations – toujours contemporaines - qui entourent le diagnostic et le traitement proposés au patient. Ses éléments de réponse semblent sans appel : « quand on parle de pathologie objective, quand on pense que l'observation anatomique et histologique, que le test physiologique, que l'examen bactériologique sont des méthodes qui permettent de porter scientifiquement, et certains pensent même en l'absence de tout interrogatoire et exploration clinique, le diagnostic de la maladie, on est victime selon nous de la confusion philosophiquement la plus grave, et thérapeutiquement parfois la plus dangereuse. Un microscope, un thermomètre, un bouillon de culture ne savent pas une médecine que le médecin ignorerait. Ils donnent un résultat. Ce résultat n'a en soi aucune valeur diagnostique. Pour porter un diagnostic, il faut observer le

⁴⁶⁷ Lefève, C. *Op. cit.* pp.197-221.

⁴⁶⁸ Canguilhem, G. in Lefève, C. (2014). *Op cit.* p.197-221.

comportement du malade »⁴⁶⁹. Ainsi donc, rien ne saurait exister dans la médecine, dans l'étude des maladies, qu'elles soient physiques ou mentales, sans une approche clinique principielle. L'auteur rappelle en début d'ouvrage la primauté historique de la clinique sur les sciences de la vie. Il soutient aussi qu'elle ne saurait être absente durant toutes les étapes d'investigation, de thérapeutique, d'accompagnement du patient. Il ne peut imaginer une médecine orpheline de sa principale source de savoir sur soi, sur autrui et par extension sur l'humain et la vie en général. Elle serait là au commencement mais aussi à l'aboutissement de toute existence, un *alpha* et *omega* de la relation de soin en somme. Cette source, Canguilhem la nomme : « En matière de pathologie, le premier mot, historiquement parlant, et le dernier mot, logiquement parlant, revient à la clinique. Or la clinique n'est pas une science et ne sera jamais une science, alors même qu'elle usera de moyens à efficacité toujours plus scientifiquement garantie. La clinique ne se sépare pas de la thérapeutique et la thérapeutique est une technique d'instauration ou de restauration du normal dont la fin, à savoir la satisfaction subjective qu'une norme est instaurée, échappe à la juridiction du savoir objectif. On ne dicte pas scientifiquement des normes à la vie »⁴⁷⁰.

VI.4 Foucault : « Toute vérité pour la clinique est vérité sensible »

VI.4.1 Les métamorphoses du regard médical

Michel Foucault, deux ans après la soutenance de sa thèse *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, dirigée par Georges Canguilhem, publie en 1963 un ouvrage maître sur l'épistémologie de la médecine : *Naissance de la clinique*. En partant des origines de la clinique et de son étymologie « au chevet du malade », il insiste, non pas sur cette dimension, demeurée présente au fil des siècles⁴⁷¹, mais sur la construction de savoir qu'on y associe dès la fin du XVIIIe siècle : « la clinique va être brusquement restructurée : détachée du contexte théorique où elle était née, elle va recevoir un champ

⁴⁶⁹ Canguilhem, G. (2013). V. Physiologie et pathologie. *Op. cit.* pp. 177-202.

⁴⁷⁰ *Ibid.*

⁴⁷¹ « Beaucoup, sinon toutes les révolutions de la médecine, ont été faites au nom de cette expérience posée comme source première et norme constante », Foucault, M. (2015). *Naissance de la clinique*. Paris, Puf, p.83.

d'application non plus limité à celui où *se dit* un savoir, mais coextensif à celui où il *naît*, s'éprouve et s'accomplit : elle fera corps avec le tout de l'expérience médicale. Encore faut-il qu'elle ait été pour cela armée de nouveaux pouvoirs, détachée du langage à partir duquel on la proférait comme leçon et libérée pour un mouvement de découverte »⁴⁷². Si l'approche hypothético-déductive et les théories de la médecine gardent une place prépondérante, on assiste peu à peu à un rapport au savoir moins catégorique : « c'est dans son rapport au langage que cette nouvelle clinique va réussir une articulation renouvelée du particulier à l'universel. La clinique se constitue désormais en grammaire de signes par rapport à des référents, le savoir de la sémiologie médicale et celui de la pathologie : ce qui permettra une déclinaison de chaque cas particulier rencontré dans la pratique. Mais cette production de sens opérera aussi au prix d'une réduction de l'information présente dans les phénomènes observables. Certains phénomènes pourront certes se constituer en signes par rapport à un référent purement sémiologique ; mais ils se feront résidus, par la suite, du procès de signification. Ils resteront fondamentalement polysémiques, au sens où ils ne pourront être lus par rapport à un référent pathologique stable, et à un seul de préférence »⁴⁷³.

VI.4.2 Le symptôme comme forme discursive

Pour Foucault, dans la clinique, la maladie ne correspond plus à une essence qu'il importe de découvrir, mais plutôt à une combinaison des symptômes : « par-delà les symptômes, il n'y a plus d'essence pathologique [...]. Leur collection forme ce qu'on appelle la maladie »⁴⁷⁴. Dès lors, c'est reconnaître le caractère variable de celle-ci et l'infinie diversité de ses manifestations : « à chaque cas nouveau, l'on croirait que ce sont des faits nouveaux ; mais ce ne sont que d'autres combinaisons, ce ne sont que d'autres nuances ; dans l'espace pathologique, il n'y a jamais qu'un petit nombre de faits principaux, tous les autres résultent de leur mélange et de leurs différents degrés d'intensité »⁴⁷⁵. Pour ce faire, il s'agit dès lors de distinguer le signe et le symptôme : « [ils] sont et disent la même

⁴⁷² *Op. cit.* p.62.

⁴⁷³ Arveiller, J. (2004). Le corps désesthétique de la clinique médicale. *Le Télémaque*, 25, 125-134.

⁴⁷⁴ Foucault, M. (2015). *Op. cit.* p.131.

⁴⁷⁵ Cabanis, J. in Foucault, M. (2015). *Op. cit.* p.142. Souligné par l'auteur

chose : à ceci près que le signe *dit* cette même chose qu'*est* précisément le symptôme »⁴⁷⁶. Près d'un siècle avant Freud, cette clinique reconnaît la forme discursive du symptôme qui joue un rôle de langage d'action. Plus que la conception de la maladie ou la façon de la reconnaître, mais le rapport du regard médical dans sa façon d'appréhender le patient, à partir de sa sensibilité : « Le regard médical n'est pas celui d'un œil intellectuel capable, sous les phénomènes, de percevoir la pureté non modifiable des essences. C'est un regard de la sensibilité concrète, un regard qui va de corps en corps, et dont tout le trajet se situe dans l'espace de la manifestation sensible. Toute vérité pour la clinique est vérité sensible »⁴⁷⁷. Le corps de la clinique se lira donc dans un cadre qui lui est spécifique, cadre qui permet que cette clinique ne soit pas simple contemplation. Et c'est à ce prix que le corps dont s'occupe la clinique peut devenir un corps qui s'enseigne⁴⁷⁸. L'on peut conclure par cette phrase, magistrale, de Foucault qui lie directement savoir et clinique : « Immobile, mais toujours proche des choses, la clinique donne à la médecine son véritable mouvement historique ; elle efface les systèmes, cependant que l'expérience qui les dément accumule sa vérité (...). Contre les systèmes, qui appartiennent au temps négateur, la clinique est le temps positif du savoir »⁴⁷⁹. À l'image de Canguilhem, l'auteur démontre bien comment une science peut être exacte sans être nécessairement vraie.

Conclusion du chapitre VI

Comme nous venons de le voir, historiquement, la psychanalyse exerce une influence significative dans le champ du travail social. La clinique psychanalytique, en mettant en lumière le transfert, la fonction du symptôme, le registre du réel et la question de l'éthique, a proposé une grille de lecture des situations d'existence qui perdure. Son héritage est sensible dans le travail de soin et à la quête de sens à travers les symptômes du sujet. Les effets contre-transférentiels des acteurs institutionnels appellent à être analysés à travers une attention quotidienne et une capacité à assumer la surprise comme le raté. À ce titre, elle a développé une position subversive au sein même des établissements, travaillant sans relâche contre toute volonté souhaitant effacer, normaliser

⁴⁷⁶ *Op. cit.* p.134.

⁴⁷⁷ *Op. cit.* p.171.

⁴⁷⁸ Arveiller, J. (2004). *Op. cit.*

⁴⁷⁹ Foucault, M. (2015). *Op. cit.* p.86.

ou réduire le sujet et sa pathologie. Il s'agit d'une clinique de l'écoute d'un sujet singulier désirant à travers son discours où le nœud du problème demeure d'apprécier ce qui touche à la demande, au besoin ou au désir, dusse-t-il être inconscient. Cette démarche s'oppose dès lors à toute démarche positiviste ou techniciste en privilégiant la compréhension des conduites humaines plus que l'explication causale tout en y adjuvant l'implication du clinicien comme autre donnée fondamentale⁴⁸⁰. En somme, un passage d'une prise en charge à une « prise en compte »⁴⁸¹ d'un individu qui n'est certainement pas réductible aux seules données d'observation⁴⁸² mais qui vise à favoriser la coproduction de la compréhension du sens des conduites en situation. Le point commun de tous ces apports, fondamental à la fois sur le plan psychanalytique mais aussi sur le plan humain, est la continuité entre le fonctionnement normal et le fonctionnement pathologique du psychisme et le constat qu'il n'y a pas de frontière étanche entre les sujets réputés malades et ceux qui se déclarent bien portants : toutes les conduites humaines, y compris les plus pathologiques peuvent être comprises si l'on prend en compte l'inconscient tel qu'il s'est constitué pendant l'histoire du sujet.

Si l'on devait résumer à ce stade, la psychanalyse a su faire hospitalité à la folie, offrant de façon inédite un espace où le médecin pour la première fois s'effaçait pour laisser le patient devenir à son tour son propre médecin. Le travail social, bien plus tard, apprendra, lui, à faire hospitalité à la souffrance. S'est longtemps posée la question de la légitimité des praticiens se revendiquant de ces approches d'orientation psychanalytique : faut-il faire ou avoir fait une analyse pour les mettre en exercice ? Blanchard-Laville et *al.* sont plus nuancés dans une note de synthèse qui fait référence sur le sujet : « il nous semble que le chercheur [ou le praticien] se doit de bénéficier *a minima* d'une expérience personnelle d'un travail d'élaboration psychique d'orientation psychanalytique, sans pour autant avoir nécessairement été engagé préalablement dans une cure psychanalytique »⁴⁸³. Le débat n'est pas clos, mais nous postulons que tout clinicien a un

⁴⁸⁰ « La démarche clinique est une position fragile qui souligne l'importance de la relation et prend en compte l'implication pour s'ajuster et connaître de l'intérieur », Danvers, F. (2010). « « Clinique » », *Recherche et formation*, 63.

⁴⁸¹ Niewiadomski, C. (2002). *Op. cit.* pp.167-177.

⁴⁸² Pour Jacqueline Barus-Michel en effet, « Le clinicien ne peut pas se contenter du regard et de l'observation qui, de fait, réduirait le sujet à l'état d'objet, de chose, il reçoit la demande, il écoute, et sa propre parole reprend la parole sollicitée et recueillie du demandeur, sujet individuel ou social, pour, avec son aide, restituer du sens, non pas plaquer des explications mais co-construire du sens se reprend dans les ajustements entre les évocations-associations du sujet et les propositions-interprétations du clinicien ». (2002) « Clinique et Sens », *Vocabulaire de psychosociologie*. Toulouse, Érès, pp. 313-323.

⁴⁸³ Blanchard-Laville, C. et *al.* (2005). « Recherches cliniques d'orientation psychanalytique dans le champ de l'éducation et de la formation ». *Revue française de pédagogie*, volume 151, pp.111-162.

travail à faire sur lui-même lorsqu'il s'agit d'accueillir la parole de l'Autre. Anne Dufourmentelle nous propose une autre piste : « Travailler, en ce sens, c'est aussi métaboliser, transformer, créer. Et pour nous, analystes, c'est croire en la capacité de retourner le passé érigé en fatalité en créativité, en acquiescement de la vie »⁴⁸⁴. Dans la deuxième moitié du XXe siècle, toutes les méthodes cliniques prendront en compte l'implication du chercheur et les données transférentielles et contre-transférentielles inhérentes à ce choix méthodologique. Dès 1989, avec Claude Revault d'Allones on préférera d'ailleurs parler de « démarche clinique » dans la recherche plutôt que de « méthode clinique »⁴⁸⁵ et en laissant des interrogations ouvertes : qu'en est-il des conceptions cliniques, des perspectives cliniques de la clinique d'orientation psychanalytique ?

À l'aube des années 1990, les neurosciences et les sciences cognitives viennent interroger la psychanalyse et, à travers elle, cette clinique psychanalytique. On annonce encore une fois cette dernière à bout de souffle voire en déclin face à la montée en puissance des forces de la modernité. Le débat n'est plus de savoir si elles sont compatibles ou si elles ont un champ préférentiel. À l'heure des *evidence based practice*, des indicateurs observables et évaluables, des *process*, la clinique psychanalytique pourrait faire pâle figure en proposant l'incertitude, la contingence, le cas par cas. Elle a dû faire face aussi, nous l'avons évoqué dans l'histoire des établissements médico-sociaux et de la psychiatrie, à une remise en cause de sa domination qui a été sans partage pendant plusieurs décennies. Cette remise en cause nous semble parfaitement justifiée et légitime dans le sens où, comme toute discipline, celle-ci a eu à faire avec ses démons de totalité. Au fil des décades, historiens, patients et cliniciens ont pu mettre à jour la critique à l'encontre de la pensée psychanalytique. Même les politiques s'y sont frottés avec plus ou moins de pertinence⁴⁸⁶. Nous estimons, pour notre part, qu'au vu de l'évolution de la psychanalyse dans le temps, ont émergé de nombreuses productions sur les nouvelles pratiques d'orientation psychanalytique en éducation et pédagogie à travers des modèles théoriques moins rigides.

⁴⁸⁴ Dufourmentelle, A. (2012). L'hospitalité, une valeur universelle ? *Insistance*, 8, 57-62.

⁴⁸⁵ Revault D'Allones, C. (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris, Bordas.

⁴⁸⁶ <https://www.humanite.fr/societe/une-dangereuse-croisade-contre-la-psychanalyse-490335>

Chapitre VII. Les approches cliniques en sciences humaines et sociales

La notion de clinique en Sciences Humaines et Sociales (SHS) a montré une transversalité certaine mais avec une grande diversité d'approches, qu'il s'agisse de psychologie, d'anthropologie, de sociologie ou des sciences de l'éducation. Centré sur l'individu, ce principe de base gouverne tous les temps d'une recherche ou d'une intervention : du recueil de données en passant par la problématique et les hypothèses de travail, jusqu'à la construction de l'outil et l'interprétation des résultats que l'on a obtenus. Cela se traduit par l'intérêt porté, surtout en recherche SHS, au processus de fonctionnement de l'individu en situation, c'est-à-dire en analysant l'activité de l'individu comme ses représentations. Mireille Cifali précise à ce sujet que « le terme processus est utilisé pour indiquer que l'analyse en question porte non seulement sur les éléments du comportement qui sont conscients pour le sujet et explicites dans son discours, mais aussi sur ceux qui sont en cours d'élaboration pour lui et qui peuvent donc rester inconscients et implicites⁴⁸⁷ ». L'approche clinique en SHS ne s'efforce donc pas de rendre compte des réalités des individus en termes de variables ou de facteurs mais vise plutôt à « à rendre compte de la diversité, de la richesse et de la complexité des réalités – sociales, institutionnelles ou psychiques – en termes de processus, de configurations ou d'agencements, de dynamiques, de conflits, de contradictions ou d'ambivalences »⁴⁸⁸. Dès lors, nous pouvons dire avec Revault d'Allonnes, qu'elle concerne toute personne « dès lors qu'ils se posent la question du sujet (histoire personnelle, expérience vécue, création continue de soi...) ou plus exactement celle de la subjectivité, de sa place dans le champ social, de ses rapports complexes avec le fonctionnement social ». La démarche clinique est une position fragile qui souligne l'importance de la relation et prend en compte l'implication pour s'ajuster et connaître de l'intérieur⁴⁸⁹. Nous retrouvons là, entre autres, sociologues, psychologues, formateurs, enseignants, travailleurs sociaux, qui étudient la relation éducative, le rapport au savoir, l'activité professionnelle, etc. Il nous est difficile de proposer une approche exhaustive de la clinique en sciences humaines au vu de la multitude d'approches et de dispositifs existants comme il nous est difficile de cloisonner la clinique à certaines disciplines. Force est de constater que la clinique

⁴⁸⁷ Cifali, M. (2002). « Une clinique en Sciences de l'éducation ? » Recueil des cahiers Les sciences de l'éducation en question, Cahier N° 40, 31-38.

⁴⁸⁸ Rochex J-Y. (2010). Approches cliniques et recherche en éducation, *Recherche et formation*, 65, 111-122.

⁴⁸⁹ Revault d'Allonnes C. et al. (1989). *Op. cit.* p.78.

transcende ces limites et ne saurait être bornée à la seule sociologie, psychologie ou aux sciences de l'éducation. Nous proposons ainsi de balayer certaines approches cliniques en matière de recherche et qui nous semblent notables dans le champ où nous nous situons, dans le sens où elles ont imprégné notre formation, notre quotidien, notre histoire. La recherche nous conduit forcément à faire des choix théoriques et méthodologiques, donc à mettre de côté des apports qui sont considérés par d'autres comme incontournables. Or, certains courants cliniques se trouvent dans des eaux relativement similaires et nous semblent à même de venir rendre plus intelligible la position où nous situons. C'est pourquoi nous avons fait le choix de mettre en exergue les approches qui suivent.

VII.1 Un nouveau rapport au travail : la clinique de l'activité

VII.1.1 Travail réel et réel du travail

À la fin du siècle dernier et au début du XXI^e siècle à rebours d'un courant gestionnaire des compétences, s'est développé un autre courant porté par la psychologie du travail, l'ergonomie, la sociologie, estimant qu'analyser le travail passait par une étude au plus près du réel à partir d'une clinique du travail et de l'activité⁴⁹⁰. Guy Jobert explique que « ces chercheurs et praticiens accordent une place importante à la cognition située et à l'intelligence pratique produite, et plus seulement utilisée, dans l'action. Sans l'importance des savoirs scientifiques ou technologiques formalisés et accumulés, l'étude de l'homme au travail montre que la réussite de n'importe quelle action exige des travailleurs davantage et autre chose que l'application de savoirs exogènes et antécédents. Les travailleurs engagés dans les situations de travail doivent produire des connaissances d'un type particulier »⁴⁹¹. Yves Clot parle de clinique du réel dans le sens où elle permet de faire émerger « l'extension du pouvoir d'agir des travailleurs sur le milieu et sur eux-mêmes, c'est-à-dire le développement du sens de leur expérience et celui de son efficience »⁴⁹². Pour lui, « l'activité réelle est certainement faite de tout ce que le

⁴⁹⁰ Le premier numéro de la *Nouvelle revue de psychosociologie* en fait son thème principal (2006)/1 n° 1.

⁴⁹¹ Jobert, G. (2000). « Dire, penser, faire. À propos de trois métaphores agissantes en formation des adultes » in *Revue Éducation permanente*, N° 143.

⁴⁹² Clot, Y. (2001). « Clinique du travail, clinique du réel », *Journal des psychologues*, 185, pp. 48-51.

travailleur opère, met effectivement en œuvre. Elle ne s'y réduit pas. Elle est aussi faite de tout ce qu'il n'a pas fait, tout ce qu'il a pu faire dans le passé, ou tout ce qu'il aurait pu faire et qu'il a choisi ou qu'il est contraint d'écarter au moment où il agit. Là encore, le réel de l'activité, c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne peut pas faire, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir - les échecs-, ce qu'on pense ou qu'on rêve de pouvoir faire ailleurs »⁴⁹³. Ces connaissances ont trait à l'expérience qui amène la construction de savoir et les effets qu'ils produisent sur la réalité et amènent les travailleurs à se réapproprier leur milieu quotidien et, par extension, leur pouvoir d'agir⁴⁹⁴. Ainsi toute volonté totalisante d'englober le travail se trouve limitée par l'inabouti, l'impensé, l'invisible, bref, tout ce qui n'a pas été fait. C'est l'essence même du concept d'activité : il suppose « un réajustement par rapport à la prescription donnée dans la tâche, comment caractériser l'intelligence convoquée face à l'expérience du réel, qui se fait connaître par l'échec de la prescriptibilité et de la conception, d'une part, par le caractère inédit de l'obstacle à franchir, d'autre part ? Comment caractériser ce qui dans l'intelligence échappe à la description par des lois du monde objectif, c'est-à-dire ce qui est "anormal" »⁴⁹⁵ ?

Ces auteurs insistent sur les nombreuses différences entre des mots trop souvent confondus. D'une part, l'activité qui serait par nature inachevable à la différence d'une action qui peut la réaliser. D'autre part, ils soulignent la distinction théorique entre la réalité de l'activité, c'est-à-dire sa visée, et le réel du travail qui renvoie aux limites du savoir, des connaissances et de la conception auxquels se heurtent les actes techniques et les activités de travail. Ils ajoutent à cela une distinction majeure entre la tâche prescrite et la tâche réalisée : « travailler, c'est combler l'écart entre le prescrit et l'effectif. Or, ce qu'il faut mettre en œuvre pour combler cet écart ne peut pas être prévu à l'avance. Le chemin à parcourir entre le prescrit et le réel doit être à chaque fois inventé ou découvert par le sujet qui travaille. Ainsi, pour le clinicien, le travail se définit-il comme ce que le sujet doit ajouter aux prescriptions pour pouvoir atteindre les objectifs qui lui sont assignés. Ou encore ce qu'il doit ajouter de lui-même pour faire face à ce qui ne fonctionne

⁴⁹³ Clot Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris, PUF, p.78.

⁴⁹⁴ Lhuilier, D. (2006). « Cliniques du travail ». *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 1, no. 1, pp. 179-193.

⁴⁹⁵ Dejours, C. (2018). « Chapitre II. De la technologie au concept de travail », *Le facteur humain*. Presses Universitaires de France, pp. 38-51.

pas lorsqu'il s'en tient scrupuleusement à l'exécution des prescriptions »⁴⁹⁶. Ce réajustement appelle un questionnement sur comment caractériser l'intelligence convoquée face à l'expérience du réel et le hiatus entre l'échec de la prescription et la nouveauté de l'obstacle à franchir. Ces prescriptions peuvent être déclinées à l'envi et à des niveaux multiples. Dans le travail social par exemple, il peut s'agir d'accueillir plus de public à moyens constants, assurer un travail thérapeutique quand les temps de présence des psychologues et médecins-psychiatres s'amenuisent, répondre à l'exigence d'inclusion sans prendre le temps d'un diagnostic socio-éducatif de l'adolescent, maintenir la prise en charge habituelle quand le *turnover* des professionnels en poste est fréquent, assurer le lien avec les familles sans les rencontrer, etc. Face à cela, l'établissement, à toutes les strates, se doit de faire preuve de créativité, de souplesse, d'adaptation. Et c'est par conséquent se heurter à l'échec de ne pouvoir mener à bien tout ce qui était prévu.

VII.1.2 Le facteur humain

Cette notion d'échec d'ailleurs est omniprésente dans toute activité professionnelle et d'autant plus dans les métiers de l'humain où la personne accompagnée demeure en dernier ressort celle qui pourra s'en saisir ou non. C'est dire que « l'activité, par nature inachevable à la différence des actions qui la réalisent, est mouvement d'appropriation d'un milieu de vie par le sujet, libre jeu de ce mouvement ou amputation de celui-ci. Autrement dit, développement réel ou sous-développement réel des rapports aux choses par la médiation d'autrui et inversement. C'est une triade vivante simultanément dirigée vers son objet et vers les autres activités portant sur cet objet, que ce soient celles d'autrui ou encore les autres activités du sujet »⁴⁹⁷. Puisqu'en matière d'éducation, toute action est par nature incomplète et inachevée, l'échec apparaît alors non comme un risque, mais plutôt comme une caractéristique de cette action qu'il s'agit alors de recommencer. Nous pouvons considérer cet état de fait comme un manque, un impossible, ou au contraire, avec Lev Vygotsky comme un élément vital, puisque pour lui « l'homme est plein à

⁴⁹⁶Dejours, C. (2003). « Critique et fondements de l'évaluation », *Op. cit.* pp. 9-56.

⁴⁹⁷ Clot, Y. (2011). *Op. cit.*

chaque minute de possibilités non réalisées »⁴⁹⁸. Le réel devient alors « ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne fait plus, mais aussi ce qu'on cherche à faire sans y parvenir – le drame des échecs – ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter – paradoxe supplémentaire – ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire. Autrement dit, contre toute naturalisation du réel, faire c'est tout autant refaire ou se défaire, comme dire, d'ailleurs, est tout autant redire que se dédire »⁴⁹⁹. D'où l'importance accordée au facteur humain et « faire place dans la théorie du travail aux concepts de [...] compensation partielle de l'échec par des processus impliquant la subjectivité, c'est-à-dire par des processus imprescriptibles, étrangers à l'ordre des mécanismes et relevant en propre d'une production psychique et culturelle procédant de l'expérience vécue et non de l'expérimentation réglée : l'ingéniosité »⁵⁰⁰. Cette ingéniosité a souvent trait avec d'autres termes comme nous les avons recueillis dans nos entretiens exploratoires : « bon sens », « intuition », « tentatives », « l'expérience », « inventer des nouvelles choses », etc. Ces termes se rapportent pleinement à la subjectivité et à la prise d'initiative qu'évoque Christophe Dejours : « le travail est fondamentalement pris dans la subjectivité, mais il ne faudrait pas en conclure qu'il est seulement empêtré dans la subjectivité. Il faut aussi reconnaître que le travail se nourrit de cette subjectivité et de l'engagement de la corporéité dans l'habileté technique, car c'est bien le corps et la subjectivité qui confèrent à l'intelligence au travail, sa génialité, c'est-à-dire son pouvoir de pressentir les solutions, de produire des trouvailles, d'inventer des ficelles, de mémoriser l'expérience et la virtuosité »⁵⁰¹.

Or ces capacités ne viennent pas de nulle part. Ces habiletés tacites – ou *tacit skills* – interviennent quand ce qui est mis en œuvre par les professionnels ne peut être obtenu par l'exécution stricte des consignes. Ces compétences ou savoirs reposent sur un fonctionnement de la pensée et du corps qui pourrait se rapprocher de ce que Lévi Strauss nomme « pensée sauvage »⁵⁰² et de ce que l'on a appelé bricolage ou *métis* précédemment. Le point d'intérêt commun à ces notions, c'est que ces dernières

⁴⁹⁸ Vygotski, L. in Bonnemain, A. et Clot, Y. (2017). « Chapitre 6. Clinique de l'activité : les affects dans l'autoconfrontation », Marie Santiago Delefosse éd. *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé*. Malakoff, Dunod, pp. 131-151.

⁴⁹⁹ *Ibid.*

⁵⁰⁰ Dejours, C. (2018). « Chapitre II. De la technologie au concept de travail », *Op. cit.* pp. 38-51.

⁵⁰¹ Dejours, C. (2003). « Critique et fondements de l'évaluation », *Op. cit.* pp. 9-56.

⁵⁰² Keck, F. (2004). « Individu et événement dans *la pensée sauvage* », *Les Temps Modernes*, vol. 628, no. 3, pp. 37-57.

échappent en partie à la conscience, tout en étant intentionnelles. En d'autres termes, elles ne sont pas toujours symbolisées, tout en étant régulées : « L'intelligence du corps et de la pensée engagée dans ces activités est souvent en avance sur la conscience et la symbolisation de ces actes pratiques. Ces derniers se traduisent donc non seulement par leur impact sur la matière ou les installations, mais en retour par une transformation ou une empreinte s'inscrivant dans le sujet lui-même. Cette dimension de transformation du sujet par l'activité de travail, sans laquelle aucune efficacité ne serait possible, conduit les auteurs à définir un concept d'"activité subjectivante", désignant les activités spécifiquement impliquées par les *tacit skills* qui passent par les transformations subjectives de l'opérateur »⁵⁰³.

VII.1.3 L'importance du collectif

Dans le même temps, la clinique de l'activité révèle toutes les interactions interpersonnelles à l'œuvre au travail. Ces auteurs font part de leur inquiétude quant à la tendance au cloisonnement des métiers, la compartimentation des tâches, l'érosion des espaces de vie collective. Le risque serait qu'« un métier, privé des ressources vitales du travail collectif interpersonnel, sans répondant *transpersonnel*, peut *dégénérer* en face à face ravageur entre un exercice *personnel* solitaire et des injonctions *impersonnelles* factices. En conséquence de quoi, se généralise souvent une vraie dépersonnalisation de l'activité »⁵⁰⁴. Cette dépersonnalisation peut aussi s'accompagner d'une perte de sens sans les possibilités de dialogue avec ses pairs. Ce qui se joue dans le travail, même pour les tâches les plus solitaires, renvoie à un collectif réel ou au moins présumé, qui viendra rendre l'activité lisible et sociale. Dans ce sens, la clinique de l'activité privilégie le réel de la coopération : « la dispute sur ce qu'on n'arrive pas encore à faire ou à dire, les désaccords à instruire pour ne pas tourner le dos aux inattendus que la réalité prépare toujours. De ce point de vue, la coopération n'est jamais si bonne que lorsqu'elle descend jusqu'aux dissensus alors qu'on la rêve souvent assagie dans les accords affichés, qu'ils portent sur ce qu'on a toujours fait ou, à l'inverse, qu'on ne pourra jamais faire »⁵⁰⁵. Cela est d'autant plus vrai dans les métiers de l'humain où l'importance du travail en équipe

⁵⁰³ Dejours, C. (2018). *Op. cit.* pp. 38-51.

⁵⁰⁴ Clot, Y. (2011). *Op. cit.*

⁵⁰⁵ Clot, Y. (2010). « Pourquoi l'activité dans la clinique du travail ? ». *Agir en clinique du travail*. Toulouse, Érès, pp. 11-25.

et du partenariat avec les multiples acteurs qui gravitent autour des situations s'avèrent indispensables. D'autant plus que les ratés sont nombreux en matière d'éducation, ce qui pourrait avoir tendance à aller à l'encontre des indicateurs et autres projets personnalisés préremplis. Pour Yves Clot, « sans doute le mot travail envahit-il aujourd'hui le champ social. Mais c'est le contraire pour l'activité. Mieux, le déni du réel de l'activité devient un principe du fonctionnement social. Le réel du travail compris (...) comme épreuve où l'on peut donner sa pleine mesure, ou encore comme plaisir du possible – sur le plan technique comme sur le plan social – fait l'objet d'un refoulement social. La fonctionnalité des choses dans le monde du travail s'accorde de plus en plus mal avec l'authenticité des relations [...]. La course à la performance est devenue une école du relativisme dans le champ des valeurs, et les actes professionnels sont toujours plus saturés d'intentions stratégiques »⁵⁰⁶. Il n'empêche que ces intentions stratégiques peuvent se retrouver muettes quand il s'agit de penser la subjectivité des acteurs ou les données transférentielles inhérentes à toute relation éducative. Nous remarquons bien comme les objectifs opérationnels et les concepts se dissolvent en intervention : « ils n'existent plus ou alors ils s'incarnent dans des outils forgés sur mesure, des dispositifs institutionnels précisément, un cadre d'intervention à établir à chaque fois, car la définition législative et réglementaire des missions ne suffit pas : elle ne résout pas la question de la rencontre »⁵⁰⁷.

VII.2 La sociologie clinique : allier le psychisme au monde social

Dans la même veine, un courant se développe dans les années 80 en France et en Europe avec Eugène Enriquez, Robert Sévigny, Gilles Houle ainsi que Vincent de Gaulejac⁵⁰⁸. Elle a pour objet « l'analyse des processus socio-psychiques qui caractérisent les relations complexes et intimes de l'être de l'homme et de l'être de la société, [...]. Elle aborde la dimension existentielle des rapports sociaux et étudie les phénomènes institutionnels et organisationnels dans leur dimension rationnelle mais également imaginaire, pulsionnelle et symbolique. Son objectif consiste à séparer et à expliciter ce qui relève des déterminismes sociaux et des déterminismes psychiques dans les conduites individuelles

⁵⁰⁶ Clot, Y. (2006). *Op cit.*

⁵⁰⁷ Cru, D. (2010). « L'écriture entre transformation et connaissance ». Yves Clot éd. *Op. cit.* pp.67-81.

⁵⁰⁸ Ce dernier a d'ailleurs intitulé la conclusion de sa thèse, dirigée par Max Pagès et soutenue en 1986 sur la névrose de classe : « Pour une sociologie clinique ».

et collectives »⁵⁰⁹. En observant les acteurs en situation, elle essaie de comprendre comment le sujet fait face à son histoire, ses désirs et son milieu social tout en étant attentive aux enjeux conscients, inconscients, individuels et collectifs. En rejetant les cloisonnements disciplinaires, ce courant de la sociologie vise à dialectiser processus psychiques et sociaux, tout particulièrement les interactions entre processus psychiques et processus sociaux, en cherchant à éviter les deux écueils que sont « psychologisme » et « sociologisme »⁵¹⁰. La sociologie clinique s'est construite dans les années 50 à la confluence de l'école française de la sociologie – sous l'influence notamment de l'École de Francfort, le freudo-marxisme et la psychologie sociale. Ainsi, psychanalyse, phénoménologie, sociologie se conjuguent à partir d'auteurs comme Durkheim, Freud, Mauss, Marx, Reich, Marcuse, Adorno, Horkheimer⁵¹¹, pour ne citer que les plus prestigieux d'entre eux.

L'héritage psychanalytique est d'autant plus clair quand la sociologie clinique vise à rompre avec la position d'expertise du chercheur et à laisser place nette aux dimensions transférentielles et contre-transférentielles. Elle s'inscrit « au cœur de ces tensions entre objectivité et subjectivité, entre structure et action, entre l'individu produit sociohistorique et l'individu créateur d'histoire, entre la reproduction et le changement, entre les dynamiques inconscientes et les dynamiques sociales »⁵¹². L'ouvrage de De Gaulejac et *al.* insiste particulièrement sur l'importance donnée à l'étude du singulier pour venir mettre en lumière les connaissances sur l'universel et sur l'attention prêtée à l'implication du chercheur⁵¹³. Deux éléments au cœur de toute méthode clinique et qui abordent la question de la souffrance subjective et sociale dont les racines sont liées aux mutations de nos sociétés hypermodernes. C'est une approche du singulier vers le collectif, en misant sur la compréhension et l'interprétation des faits humains et sociaux plutôt que sur leur explication à partir d'un modèle quantitatif.

Enfin, ajoutons, et notre transition est toute trouvée, que le récit de vie est une des méthodes privilégiées par la sociologie clinique. À partir de l'hypothèse selon laquelle

⁵⁰⁹ De Gaulejac, V. (2019). Sociologie clinique. Dans : Christine Delory-Momberger éd., *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 256-260). Toulouse: Érès

⁵¹⁰ Niewiadomski, C. (2006). « Mutations professionnelles, clinique psychosociale du travail éducatif et enjeux de formation », Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale. Mythes et réalité*, Paris, L'Harmattan, p. 227-240.

⁵¹¹ De Gaulejac, V. (2019). Histoire et enjeux contemporains de la sociologie clinique. *Op. cit.* pp. 15-30.

⁵¹² De Gaulejac, V., Roy E. (dir.) (1993). *Sociologies cliniques*. Paris, Desclée de Brouwer, p. 14.

⁵¹³ De Gaulejac, V., Roche, P. (2007). *La sociologie clinique : enjeux théoriques et méthodologiques*. Toulouse, Érès.

« l'individu est le produit d'une histoire dont il cherche à devenir le sujet »⁵¹⁴, une clinique de l'historicité⁵¹⁵ peut se mettre en place. Entendue comme « la capacité d'un individu ou d'un groupe d'intégrer son histoire dans l'Histoire. Le processus d'historicité est un élément fondamental de production de sens. Il fait le lien entre les générations, les cultures et les classes sociales parce qu'il transmet la façon dont les ascendants ont vécu ces rapports et ont contribué à les construire ou à les transformer. L'homme pense qu'il a une histoire alors qu'il *est* histoire. La méthode des récits de vie lui fait prendre conscience que c'est elle qui l'anime alors qu'il croit la posséder »⁵¹⁶.

VII.3 Les approches biographiques : donner la parole au sujet

VII.3.1 Les récits de vie : donner du sens au vécu

Les récits de vie et les histoires de vie sont des méthodes utilisées en sciences humaines depuis de longues décennies⁵¹⁷. Ces deux termes peuvent être distingués dans le sens où « histoire de vie », plus englobant, recouvre un usage du récit plurivoque, ouvrant parfois sur des modalités d'accompagnement visant à promouvoir un processus de changement et d'émancipation chez le narrateur⁵¹⁸. Le récit de vie se rapporte plus à une technique de recueil de données à un moment dans le processus d'une méthode biographique. Ainsi, selon Christophe Niewiadomski : « l'histoire de vie se constitue donc à partir d'un récit de vie dont la cohérence est assurée par le choix d'un ensemble de faits biographiques faisant sens pour le narrateur. Puis, dans un second temps, un travail d'analyse, de réflexion et d'échange, pouvant prendre de multiples formes selon les dispositifs mobilisés, aboutit à la construction d'une "totalité intelligible", l'histoire de vie proprement dite »⁵¹⁹. La mise en récit du biographique, entendu comme « une catégorie de l'expérience qui permet à l'individu, dans les conditions de son inscription socio-historique, d'intégrer, de structurer, d'interpréter les situations et les événements de son

⁵¹⁴ De Gaulejac, V. (2012). *L'histoire en héritage: roman familial et trajectoire sociale*, Payot, Paris.

⁵¹⁵ De Gaulejac, V. (2021). Pour une clinique de l'historicité. *Le sujet dans la cité*, 12, 141-148.

⁵¹⁶ De Gaulejac, V. (2019). *Op. cit.*

⁵¹⁷ Pineau, G. & Le Grand, J. (2019). *Les histoires de vie*. Paris : Presses Universitaires de France.

⁵¹⁸ Niewiadomski, C. (2019). Récit de vie. In Christine Delory-Momberger éd. *Op. cit.* pp. 136-139.

⁵¹⁹ *Ibid.*

vécu »⁵²⁰ est au centre du dispositif. Dès lors, la compétence biographique⁵²¹ devient un réel atout pour développer un sentiment d'autonomie, d'émancipation pour le biographe à travers le récit de vie⁵²². Ce dernier « désigne la production orale d'une personne [...] à partir d'une sélection d'évènements vécus au cours de son existence. Cette production langagière s'effectue à l'occasion d'un échange avec un ou plusieurs interlocuteurs (le ou les narrataires) dans une situation contextuelle donnée »⁵²³. Il s'agit, à travers lui, d'étudier tant les processus de subjectivation et d'individuation du sujet que les rapports qui se nouent entre ces mécanismes et le monde contemporain. La recherche biographique s'est développée autour du partenariat narrateur/chercheur, permettant à l'un comme à l'autre un retour réflexif sur son histoire et à produire du savoir⁵²⁴. L'objectif est de comprendre comment l'individu construit le sens de sa propre vie à travers la façon dont il relie les événements racontés et les logiques d'action qu'il exprime à leur propos. Le récit, en tant qu'interface, donne à voir l'appréhension qu'a le narrateur du réel, de lui-même, des autres, du monde.

Une approche par les récits de vie considère tout récit comme un processus discursif à l'œuvre tel qu'il se construit dans une adresse à un autre, à des autres. Elle pose ainsi comme objet cette coprésence où les contenus (ce dont on parle) sont parlés à l'intérieur d'une relation. Le clinicien se sait et se revendique impliqué par son acceptation d'accueillir la demande et par l'offre de son dispositif pour saisir l'expérience, l'histoire d'un ou plusieurs sujets, en centrant sa démarche sur la dynamique des processus à l'œuvre dans un récit subjectif⁵²⁵. Cette subjectivité se traduit aussi par la place faite aux affects dans la narration et la façon qu'ont le chercheur et le narrataire de les accueillir et de les mettre au travail. Pour le dire autrement, dans le récit de vie, « si la mémoire des faits constitue son architecture, les émotions font office de ciment qui donne à l'ensemble sa force et son allure »⁵²⁶. Mais ce « ciment » n'est pas si facile à mettre en forme, encore

⁵²⁰ Delory-Momberger, C. (2019). Biographie / biographique / biographisation. Dans : Christine Delory-Momberger, *Op. cit.* pp. 47-51.

⁵²¹ Niewiadomski, C. (2019). Compétence biographique. In Christine Delory-Momberger éd. *Op. cit.* pp.51-53.

⁵²² C'est, nous dit Christine Delory-Momberger, s'intéresser à ce qui « dans l'acte de se raconter, au sein de démarches construites de formation, ouvre à l'individu, dans des proportions variées et relatives, la capacité d'agir sur lui-même et sur les déterminations de son existence », (2005). *Op. cit.* pp. 49-50.

⁵²³ Niewiadomski, C. (2019). Récit de vie. Dans : Christine Delory-Momberger, *Op. cit.* pp. 136-139.

⁵²⁴ Legrand, M. (1993). *L'approche biographique*. Paris, Desclée De Brouwer.

⁵²⁵ Giust-Desprairies, F. (2019). Approche clinique. Dans : Christine Delory-Momberger éd. *Op. cit.* pp. 280-283.

⁵²⁶ Graitson, I. & Neuforge, E. (2008). *L'intervention narrative en travail social : essai méthodologique à partir des récits de vie*. Paris, L'Harmattan, p.75.

faut-il pouvoir reconnaître et nommer ces émotions. Exercice pour le moins compliqué et admirablement résumé par Victor Hugo : « Parfois, les mots manquent aux émotions »⁵²⁷.

VII.3.2 La clinique narrative : écouter le sujet contemporain

Christophe Niewiadomski a proposé d'articuler autour de cette méthodologie une clinique narrative, la plus à même, si nous reprenons le titre d'un de ses ouvrages, d'écouter le sujet contemporain⁵²⁸. Initialement appelée « clinique psychosociale » du travail éducatif, celle-ci privilégie l'écoute du sujet singulier désirant sans le réduire aux seules données d'observation tout en favorisant « l'incorporation des contraintes sociales lorsque celles-ci sont insuffisamment agissantes pour structurer et préserver l'utilisateur. Le travailleur social devra ainsi assumer l'accompagnement momentané de l'élucidation de la quête identitaire du sujet tout en contournant l'écueil de la "psychologisation" des problèmes sociaux rencontrés [...]. Enfin, une posture clinique éducative visant à l'accueil de la parole de l'autre ne saurait faire l'économie d'un travail sur soi-même pour les professionnels du travail social »⁵²⁹. L'auteur considère cette clinique psychosociale avant tout comme une posture épistémologique, éthique, physique – au sens de corporel - et nécessite, pour le narrataire, d'effectuer un travail sur soi pour réfléchir aux données transférentielles et contre-transférentielles présentes dans la relation. Cette clinique narrative, résolument pluridisciplinaire et qui donne la part belle à l'intelligibilité des pratiques professionnelles vise « moins le soin que le souci de compréhension, dans une conception clinique, de la complexité des interactions du sujet avec un environnement en perpétuelle mutation »⁵³⁰. Elle se donne pour objet d'étudier « les processus de construction du sujet au sein de l'espace social, c'est-à-dire de saisir les manières dont les individus donnent forme à leurs expériences, comment ils font signifier les situations et les événements de leur existence, comment ils agissent et se construisent dans leurs environnements historiques, sociaux, culturels et politiques»⁵³¹. La clinique narrative se caractérise aussi par la place qu'elle donne au discours du sujet sur lui-même en considérant l'attention portée à sa singularité, et s'appuie sur un référentiel théorique

⁵²⁷ Hugo, V. (2012). *Le Dernier Jour d'un condamné*. Paris, J'ai lu, p.77.

⁵²⁸ Niewiadomski, C. (2012). *Op. cit.*

⁵²⁹ Niewiadomski, C. (2006). *Op. cit.*

⁵³⁰ Niewiadomski, C. (2019). Clinique narrative. In : Christine Delory-Momberger, *Op. cit.* pp. 312-315.

⁵³¹ Niewiadomski, C. in Ponnou, S. & Niewiadomski, C. (dir.) (2020). *Op. cit.* p.109.

pluridisciplinaire alliant psychanalyse, sociologie, anthropologie sociale. Et comme toute méthode clinique, son praticien ne saurait pas être exempt d'un travail sur lui-même où il s'agirait de « sublimer sa pulsion d'emprise en évitant d'aliéner le désir d'autrui à ses propres perspectives éducatives, c'est-à-dire travailler sur son implication transférentielle et contre-transférentielle, et s'attacher à décoder le plus finement possible les phénomènes qui affectent ces personnes au travers d'une lecture plurielle, destinée à permettre le croisement de déterminants d'origines diverses »⁵³².

VII.4 Psychothérapie institutionnelle et clinique

Durant la deuxième moitié du XXe siècle, émerge une nouvelle façon d'accompagner les patients issus du secteur psychiatrique qui va se consolider durant les décennies suivantes : la psychothérapie institutionnelle⁵³³. Initié par Lucien Bonnafé (1912-2003) médecin psychiatre, François Tosquelles (1912-1994) psychiatre républicain espagnol qui avait fui le régime franquiste et Jean Oury (1924-2014) médecin psychiatre, psychanalyste, ce mouvement prend origine durant la seconde guerre mondiale. Alors que les Allemands sont aux portes de Paris, les hôpitaux psychiatriques sont évacués, de crainte que les malades ne soient exécutés. Et alors qu'ils se retrouvent sur les routes, les hôpitaux étant bombardés, les patients recouvrent de nombreuses fonctions (motrices, nutritionnelles, verbales, etc.) ; certains s'enfuient ; d'autres sont accueillis ici et là sans heurt. Lorsque le danger est passé, tous ceux qui étaient encore là retournent à l'hôpital et reprennent leur comportement initial : catatonie, mutisme, etc. Ces observations ne manquèrent pas d'interroger les cliniciens de l'époque sur le bien-fondé des hospitalisations et sur le rôle joué par le milieu social. La psychothérapie institutionnelle a de profondes racines avec l'état des hôpitaux de l'époque : concentrationnaires, ségrégatifs, maltraitants. Le terme apparaît pour la première fois en 1952 dans les *Annales portugaises de psychiatrie* sous la plume de Georges Daumezon et Philippe Kœchlin. On peut la résumer comme le projet d'utiliser le milieu hospitalier comme facteur thérapeutique⁵³⁴. Ce projet s'appuie sur deux jambes : Freud et Marx. Il s'agit d'utiliser

⁵³² Niewiadomski, C. in Ponnou, S. & Niewiadomski, C. (dir.) (2020). *Op. cit.* p.111.

⁵³³ Oury, J. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle: Traces et configurations précaires*. Nîmes, Champ social.

⁵³⁴ Mornet, J. (2007). Naissance et développement de la psychothérapie institutionnelle. *Psychothérapie institutionnelle: Histoire & actualité* (pp. 15-42). Nîmes: Champ social.

les concepts de la psychanalyse et de les associer à une dimension politique afin de repenser l'aliénation sociale. Il en ressortira par exemple la mise en place de la psychiatrie de secteur encore à l'œuvre de nos jours. La psychothérapie institutionnelle amène avec elle une nouvelle clinique et des principes inédits dans le secteur : la perméabilité des espaces, la liberté de circuler, la critique des rôles et des qualifications professionnelles, la plasticité des institutions, la nécessité d'un club thérapeutique⁵³⁵. Leurs applications, que ce soit à l'hôpital Saint Alban ou à la clinique de la Borde dès 1953, fourniront des modèles de pratique clinique bien au-delà de leur propre sphère⁵³⁶.

VII.4.1 Une pratique institutionnelle

Une place importante est donnée à l'institution dans la façon de penser le soin. Tosquelles distingue celle-ci de l'établissement, créé et missionné par l'État pour répondre à des problèmes sociétaux. Il s'agit donc de (re)penser entièrement la vie à l'hôpital, que ce soit en termes d'organisation, de statut, de nature des soins, d'économie, de philosophie. Conscients que l'accompagnement des patients non-névrosés ne peut se réduire à une cure classique, ils pensent l'ensemble des personnes en contact avec eux comme une constellation transférentielle⁵³⁷ ayant pour fonction la pare-excitation et la contenance. Cela veut donc dire que tout professionnel travaillant dans l'établissement a une place supposée décisive, faisant fonction de soignant s'il est sollicité par un malade. Ce cadre de pensée vient bouleverser les rapports hiérarchiques rigides à l'œuvre à l'hôpital depuis deux siècles. Ce sont les rapports soignant/patient, administratif/soignant, cadre/infirmier qui sont questionnés. La fonction médicale est de la responsabilité de tous et la visée première qui est l'accueil permettra de recevoir des sujets en déshérence tout en les respectant, quel que soit leur état pathologique⁵³⁸. Jean Mornet distingue à ce sujet la *hiérarchie statutaire* qui organise le fonctionnement « officiel » des équipes dans un établissement, d'une *hiérarchie subjectale*, issue de la prise en compte du transfert (souvent dissocié) dans la cure d'une personne en déshérence psychopathologique⁵³⁹. Pour lui, la notion d'ambiance défendue par Oury revêt ici une grande utilité pour

⁵³⁵ Oury, J. in Mornet, J. (2007). *Op. cit.*

⁵³⁶ Nous pensons notamment à Fernand Oury, frère de Jean, qui publiera en 1971 un ouvrage qui promeut ces principes dans la salle de classe : Oury, F. & Vasquez, A. (1991). *Vers une pédagogie institutionnelle?* Nîmes, Matrice.

⁵³⁷ Delion, P. (2022). *La constellation transférentielle*. Toulouse, Érès.

⁵³⁸ Oury, J. (2001). « Chapitre III. La participation de l'infirmier à la psychothérapie ». *Op. cit.* pp.43-50.

⁵³⁹ Mornet, J. (2007). *Op. cit.* Souligné par l'auteur.

« dessiner les contours "atmosphériques" dans lesquels doit "baigner" une équipe de professionnels susceptibles de se réunir en constellations transférentielles autant que de besoin, soutenus dans leurs désirs par une hiérarchie statutaire respectueuse des initiatives de chacun de ses membres »⁵⁴⁰. D'où la notion évoquée plus haut de constellation transférentielle qui vient accueillir et traiter le désir des patients.

D'autre part, en reprenant le concept de pathoplastie à la neurophysiologie, Oury montre comment le milieu influence le développement de pathologies chez les malades. Cela requiert une attention particulière sur les effets positifs comme négatifs créés par les dispositifs qui visent pourtant un mieux-être. Pour lui, en premier lieu, il est nécessaire de soigner les soignants eux-mêmes. Ceux-ci subissent les effets des conduites et des pathologies de ceux qu'ils soignent tout en faisant subir aux malades leurs pathologie propre. Des groupes d'analyse des pratiques professionnelles, anciennement groupes Balint, sont mis en place de même que de nombreuses réunions. C'est à ce prix que le lien soignant/patient se travaille sans que les répercussions de la souffrance ne se répercute trop violemment sur les groupes. Dans le même temps, l'organisation de la vie quotidienne devient partagée à travers la tenue de nombreux « clubs ». Club thérapeutique, club poulailler, club potager, club repas, club activités, la liste se décline à l'envi. Tous ces espaces confèrent aux patients de vraies responsabilités quant à la vie au sein de ces établissements et chaque participant – soignant comme patient - peut s'exprimer librement sans crainte d'être sanctionné par la hiérarchie⁵⁴¹. Finalement, « pour assurer une continuité à ces dispositifs précaires, les concepts constituent une relation clinique dans la durée, centrée sur le singulier, située dans un milieu assurant disponibilité et vigilance à la bonne distance, débusquant les résistances sans les traquer, et contribuant à fonder de nouvelles métapsychologies »⁵⁴².

VII.4.2 Un travail hors les murs

Enfin, nous l'avons évoqué en ouverture de cette partie, nous assistons à une volonté de déplacer les soins hors les murs des institutions. Déjà initiée à partir des activités dans et hors établissements (les différents clubs), cela veut aussi dire un suivi des patients y compris après leur hospitalisation grâce à la psychiatrie de secteur qui se met en place dès

⁵⁴⁰ *Ibid.*

⁵⁴¹ Oury, J. (2001). « Chapitre V. Les Clubs thérapeutiques ». *Op. cit.* pp. 61-98.

⁵⁴² Delion, P. (2022). Lire Oury. *Oury, donc: Questions de psychiatrie* (pp. 79-130). Toulouse: Érès.

les années 1970. Ces nouvelles modalités de prise en charge convergent vers la nécessité d'une psychiatrie centrée sur l'humain, s'écartant délibérément du modèle hospitalo-centré à partir d'une psychiatrie communautaire dans la cité. C'était le souhait du mouvement désaliéniste des années 60⁵⁴³ qui verra se développer en parallèle, et avec d'autres finalités, les courants antipsychiatriques. Ces derniers entretiendront un rapport ambigu avec le concept de psychothérapie institutionnelle « projetant sur ses acteurs des intentions hospitalocentristes en divergence avec ses pratiques et théories fondatrices. Comme si la nécessité de disposer de lits hospitaliers dans la palette des nombreuses solutions de soins venait indiquer pour les « antipsychiatres » la preuve d'un hospitalo-centrisme caché⁵⁴⁴. Jean Oury avait proposé le concept de double aliénation pour mieux penser la différence radicale entre les raisons pour qu'un patient ne reste pas hospitalisé toute sa vie comme malade et, une fois son aliénation psychopathologique suffisamment prise en compte, ne pas cesser de le suivre tout le temps qu'il en a besoin, car les raisons de son aliénation sociale continuent souvent de s'appliquer à son existence de citoyen marginalisé par son aliénation psychopathologique⁵⁴⁵.

Au final, cette clinique issue de la psychothérapie institutionnelle (re)met au goût du jour la vie quotidienne et son organisation, les espaces de réunion mixtes et non-mixtes, des tendances que l'on pourrait qualifier d'inclusives et démontre comment elle peut conjuguer psychanalyse et sociologie. Bien que la psychothérapie institutionnelle n'existe quasiment plus hormis dans des institutions historiques, de nombreux établissements et professionnels s'inspirent encore et toujours de ce courant clinique⁵⁴⁶ : « La pensée de Jean Oury est une pensée risquée qui invente et maintient, au-devant d'elle, l'inachèvement dont elle se constitue, et qui souvent, trop largement avancée, laisse en son ressac des linéaments de pensée, invisibles autrement que gardés ou retenus. Pourtant cela s'inscrit. Et comme si la théorie était chargée de préparer le terrain à l'exercice de la pensée, celle-ci, différemment du travail du concept, se produit, semble-t-il, d'un retrait ou d'une retenue ; un événement en creux en quelque sorte. Il n'est pas aisé d'imaginer que la pensée, par ses répétitions et ses reprises, œuvre ainsi au dépassement de ce qu'elle

⁵⁴³ Dont Lucien Bonnafé était un fervent défenseur d'ailleurs : Bonnafé, L. (1992). *Désaliéner ? Folie(s) et société(s)*. Toulouse, Presses universitaires du Mirail.

⁵⁴⁴ Delion, P. (2014). La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? *Empan*, 96, 104-112.

⁵⁴⁵ Oury, J. (2001). « Chapitre premier. La désaliénation en clinique psychiatrique », *Op. cit.* pp. 25-36.

⁵⁴⁶ Delion, P. (2014). La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? *Op. cit.* 104-112.

garde par devers elle et qui la meut. Comme si la pensée chargée de faire apparaître un monde qui ne serait encore qu'un rêve, "non expulsé du non-être...", devait aussi préserver, abriter ce qui est en attente d'exister »⁵⁴⁷.

Chapitre VIII. Les approches cliniques en sciences de l'éducation

Dans le même esprit que ce début de chapitre, nous proposons de nous arrêter un instant sur plusieurs dispositifs et points de réflexion existants en sciences de l'éducation mais, pour des raisons liées au format de la thèse, nous laisserons de côté certains courants qui auraient pu avoir leur place dans ce panorama des approches cliniques. Elles gardent évidemment une teinte psychanalytique⁵⁴⁸, mais ont su aussi s'étendre à d'autres disciplines, ce qui est une des caractéristiques des sciences de l'éducation : être à la confluence des disciplines des sciences humaines et sociales.

VIII.1 Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP)

Historiquement, les groupes d'analyses des pratiques professionnelles⁵⁴⁹ ont pour héritage les groupes Balint par Michael Balint, psychiatre psychanalyste. Formalisés à la fin des années 1950 à la *Tavistock Clinic* de Londres⁵⁵⁰, ils avaient pour but de proposer un espace de formation – et non de thérapie - animé par un psychanalyste, à destination d'un groupe d'une dizaine de médecins, pour réfléchir à la relation médecin/patient, au contre-transfert du médecin, à ses convictions, etc. Balint a développé dans cette instance un travail psychanalytique de groupe, ainsi qu'un véritable champ de recherche portant sur les représentations de la médecine clinique, et plus loin, sur les biopouvoirs en jeu

⁵⁴⁷ Faugeras, P. (2013). Introduction. Le précaire et l'aléatoire. Dans : J. Oury & P. Faugeras (Dir), *Préalables à toute clinique des psychoses: Dialogue avec Patrick Faugeras* (pp. 7-11). Toulouse, Érès.

⁵⁴⁸ Blanchard-Laville, C. (2007). « Pour une clinique d'orientation psychanalytique en sciences de l'éducation », *Chemins de formation*, n° 10-11 ; Blanchard-Laville, C et al. (2005). *Op. cit.*

⁵⁴⁹ Nous pouvons aussi retrouver groupe d'analyse de la pratique professionnelle au singulier, mais nous pensons que ces pratiques sont multiples, d'où l'accord au pluriel.

⁵⁵⁰ Qui deviendrait quelques années plus tard, sous l'impulsion de Laing et Cooper, un haut lieu de l'antipsychiatrie anglaise.

dans le soin⁵⁵¹. L'idée était de proposer des cas cliniques et de les présenter à ses collègues dans une dimension réflexive.

Dans le travail social, ces dispositifs cliniques axés sur la réflexivité existent aussi depuis longtemps, y compris dans les EFTS. Il s'agit, selon Jacques Berton, d'une « activité de groupe discursive engageant à des actions réflexives individuelles et collectives à propos des pratiques professionnelles dans un cadre et un espace-temps différents de celui de la pratique »⁵⁵². Il importe de voir le groupe comme un espace d'élaboration, entre pairs, autour des problématiques transférentielles, organisationnelles et émotionnelles. Loin de faire seulement caisse de résonance, c'est un lieu où l'on construit des savoirs à partir des expériences partagées. Pour Florence Giust-Desprairies, elle a traité à « une démarche de compréhension qui est une expérience plus transformatrice qu'explicative ou prédictive. La démarche est une sollicitation à entrer dans une parole qui n'est pas la production d'un discours de vérité mais l'émergence de significations dégagées d'une expérience partagée »⁵⁵³. Le postulat est simple dans cet espace : le sujet est lui-même son propre sujet d'étude.

Nous l'avons très brièvement évoqué lorsque nous avons abordé la psychothérapie institutionnelle, chaque « profession à fort investissement relationnel menace "l'intégrité psychique" de celui qui l'exerce »⁵⁵⁴. Il est dès lors nécessaire de proposer des temps qui permettent d'aborder ce qui menace cette intégrité psychique en questionnant leur pratique, sans chercher à vouloir forcément la corriger. C'est à travers le récit, oral ou écrit, permettant de faire un arrêt sur image d'une situation qu'il est possible de dénouer ce qui se joue pour le praticien. La consolidation du GAPP autour d'un groupe fixe permet de créer des conditions de confiance, de sécurité, de mémoire même, amenant les participants à proposer une scène de leur quotidien. C'est un travail de l'après-coup, sorte de dispositif d'arrêt de l'évidence et de l'urgence, où la prise de distance est de mise : « Ainsi, la demande d'aide réflexive ne tient pas dans la recherche d'une solution [...] mais dans la tenue d'un espace réflexif qui permette de continuer à faire tenir la possibilité d'une nouvelle issue. Dit autrement, l'exercice réflexif permet à l'action de continuer, malgré tout. La délibération entre pairs ne revient pas dans l'après-coup des situations

⁵⁵¹ Bacqué, M. (2013). Michaël Balint et les groupes Balint, « Le médecin, son malade et la maladie» (1975), in Balint M., Balint E., Gosling R., Hildebrand P., *Le médecin en formation*. Paris, Payot, 1979, pp.47-60. Dans : Didier Drieu éd. *46 commentaires de textes en clinique institutionnelle* (2013). Malakoff, Dunod. pp. 351-357.

⁵⁵² Berton, J. (2007). *Op. cit.* p.270.

⁵⁵³ Giust-Desprairies, F. in Berton, J. (2007). *Op. cit.* p.719.

⁵⁵⁴ Capul, M. & Lemay, M. (2019). Chapitre III. Personnes et groupes en difficulté. *Op. cit.* pp. 93-122.

problématiques sur ce qu'il aurait convenu de faire ; elle "réécrit" dans l'après-coup l'action en la prolongeant. En partageant l'épreuve de l'action, la délibération collective ne fait pas qu'en étendre sa compréhension. Elle transforme la pratique en expérience, en révélant à la fois ses limites et ses nouvelles potentialités »⁵⁵⁵. Pour animer des GAPP et pour y participer en tant qu'ES, nous pouvons observer comme ce qui transpire lors du récit de ces situations se rapporte aux questions d'organisation et de conditions de travail. Cela démarre souvent par une plainte vis-à-vis des logiques économiques à l'œuvre dans le secteur ou dans l'établissement, le management, les horaires, l'impossibilité de dialogue avec la direction. Des thématiques comme l'identité professionnelle, le travail en équipe, les rapports hiérarchiques, l'inadaptation des modalités d'accueil pour un public qui ne relèverait pas de ce type d'institution, les situations de violence ou de maltraitance – conscientes ou inconscientes – à l'encontre du public comme des salariés, le manque de reconnaissance des difficultés du métier. Tout animateur de ces espaces sait combien il est souvent nécessaire de laisser un temps pour accueillir ces discours avant de pouvoir plonger dans les méandres des données transférentielles et contre-transférentielles avec lesquelles l'éducateur spécialisé est aux prises⁵⁵⁶.

Le risque du GAPP, cependant, serait de rechercher à améliorer les performances des professionnels à partir de la modélisation de leurs actions. Nous connaissons ce que cela peut impliquer en termes d'uniformisation des pratiques, d'énonciation des supposées bonnes pratiques, de subvertir un dispositif clinique en outil d'évaluation ou encore de jugements moraux. Ces risques sont partagés tant par les directions d'établissement qui mettent en place ces espaces que par les participants eux-mêmes en quête d'amélioration ou de réponses « adéquates » à leurs interventions. D'où l'importance de prêter attention à distinguer l'intentionnalité praxéologique (optimisation de l'action, aide à la décision) et la production de connaissances dans ces lieux.

VIII.2 Les entretiens cliniques

VIII.2.1 Dans la recherche en sciences de l'éducation

Maria Pagoni a travaillé sur les dispositifs de recherche par entretiens. Elle rappelle l'importance de rester centré sur l'individu afin d'étudier son processus de

⁵⁵⁵ Ponnou, S., & Niewiadomski, C. (Dir.) (2020). *Op. cit.* p.85.

⁵⁵⁶ Blanchard-Laville, C. & Fablet, D. (2000). *L'analyse des pratiques professionnelles*. Paris, L'Harmattan.

fonctionnement en situation⁵⁵⁷. Elle propose plusieurs outils méthodologiques tels que l'entretien clinique-critique de Piaget, l'entretien d'explicitation de Vermersch⁵⁵⁸, ou bien la méthodologie des récits de vie que nous venons d'aborder précédemment. Jean Piaget a utilisé l'entretien clinique-critique pour comprendre les processus de construction de la pensée chez les enfants et les adolescents. L'entretien porte sur le « pourquoi » de l'action qui est plutôt lié aux informations satellites de l'action tandis que l'entretien d'explicitation porte sur le « comment ». Les questions du « pourquoi » sont même à éviter car relatives à ce qui est conscient et explicite pour le sujet tandis que ce qui intéresse le chercheur ce sont les savoir-faire qui sont mis en œuvre dans l'action et dont le sujet n'est souvent pas conscient. Elle va jusqu'à parler d'art dans la pratique de ces entretiens : l'art d'écouter et d'être à l'écoute – qui sont à notre sens inséparables de toute pratique de soin – comme l'art de guider⁵⁵⁹. L'entretien d'explicitation est en droite lignée des récits biographiques puisqu'il vise à produire une description détaillée du vécu mais à une exception près, et pas des moindres : « la dimension descriptive est importante, parce que cette technique vise à ne pas encourager les métaverbalisations – comme les commentaires, les opinions, les jugements, les représentations – pour privilégier la dimension factuelle de ce qui a été vécu : les événements intimes, les actes matériels et mentaux, les états. Ce faisant, l'entretien d'explicitation ne confond pas non plus la description du contexte ou des circonstances avec le vécu. La verbalisation du contexte, par exemple, apporte des informations pour rendre intelligible le vécu, mais ne décrit pas le vécu lui-même ; or il est spontanément bien plus facile de mettre en mots le contexte, les circonstances, les autres, que soi-même. Pour ce faire, il faut être aidé »⁵⁶⁰. La verbalisation du vécu singulier et l'attention prêtée à « la subjectivité agissante »⁵⁶¹ sont au cœur de ce type d'entretien utilisé à la base auprès des enseignants et formateurs avant de s'étendre à tous types de professionnels.

⁵⁵⁷ Pagoni, M. (2010). « *Approches cliniques des apprentissages* », *Recherche & Formation* n° 63, pp.17-22.

⁵⁵⁸ Vermersch, P. (2019). *L'entretien d'explicitation*. ESF Sciences humaines, Paris.

⁵⁵⁹ Pagoni M. (2000). « La méthode clinique en sciences de l'éducation. 1^{re} partie : objectifs et mode de questionnement », in *Les Cahiers Théodile*, n°1, p. 189-213 et (2002), « La méthode clinique en sciences de l'éducation. 2^e partie : analyse de corpus », *Les Cahiers Théodile*, n° 2, pp. 67-86.

⁵⁶⁰ Vermersch, P. (2019). Entretien d'explicitation. In Christine Delory-Momberger, *Op. cit.* pp. 340-342.

⁵⁶¹ Vermersch, P. (2015). « Subjectivité agissante et entretien d'explicitation », *Recherche et formation*, 80, 121-130.

VIII.2.2 Dans la relation d'aide

L'entretien clinique est aussi un des outils privilégiés dans les métiers de la relation d'aide. Nous pensons en particulier aux psychologues, psychiatres et éducateurs. Une littérature abondante a pu montrer son importance quel que soit le secteur (sanitaire, social, médico-social) et le public (de l'entretien péri-natal à celui avec des personnes âgées, en passant par l'enfant, l'adolescent, individuel ou groupal)⁵⁶². Il repose sur des caractéristiques que nous avons déjà évoquées pour les autres disciplines.

L'apport de Carl Rogers dans la relation d'aide en travail social est loin d'être négligeable, particulièrement dans les années 60-70. Sa méthode non-directive (*Person-centered Approach*) a vivement influencé le monde éducatif et psychologique, particulièrement l'attitude de considération positive conditionnelle à l'égard du client/patient, grâce en particulier à Max Pagès⁵⁶³. Le client vient parler de ses problèmes au thérapeute dont le rôle est de l'inviter à développer, de sorte que le succès des séances dépend autant du client que du thérapeute. Pas de consignes particulières, pas de prescription médicamenteuse ou interprétation, l'élément central est le suivant : plus le patient parle de ses problèmes mieux il pourra les cerner. La compréhension implique généralement le choix entre des objectifs qui garantissent une satisfaction temporaire et immédiate, et d'autres qui promettent une satisfaction plus tardive mais plus permanente. La posture du thérapeute est, selon Roger, déterminante ; à la discordance intérieure du patient, du fait de sa souffrance, répond l'authenticité et l'empathie du praticien, une congruence entre ses contenus internes et ce qu'il exprime. Cette empathie, il la définit de la manière suivante : « l'empathie ou la compréhension empathique consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui "comme si" on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, "comme si". (...) on éprouve la peine ou le plaisir d'autrui comme il l'éprouve, et qu'on en perçoit la cause comme il la perçoit (c'est-à-dire qu'on explique ses sentiments ou ses perceptions comme il se les explique),

⁵⁶² Sans exhaustivité : Chouvier, B. & Attigui, P. (2016). *L'entretien clinique*. Paris, Armand Colin ; Bouvet, C. (2022). *Les 18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique*. Malakoff, Dunod ; Chiland, C. (2013). *L'entretien clinique*. Paris, Presses Universitaires de France.

⁵⁶³ Pagès, M. (1986). *L'Orientation non directive en psychothérapie et en psychologie sociale*. Malakoff, Dunod. Première édition en 1965.

sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. Si cette dernière condition est absente, ou cesse de jouer, il ne s'agit plus d'empathie mais d'identification »⁵⁶⁴. Capul et Lemay estiment que Carl Rogers dégage plusieurs questions qui doivent hanter tout intervenant de la relation d'aide :

- Puis-je arriver à être d'une façon qui puisse être perçue par autrui comme digne de confiance, comme sûre et conséquente ?
- Puis-je communiquer sans ambiguïté l'image de la personne que je suis ?
- Suis-je capable d'éprouver des attitudes positives envers l'autre : chaleur, attention, affection, intérêt, respect ?
- Ma sécurité interne est-elle assez forte pour permettre à l'autre d'être indépendant ?
- Puis-je me permettre d'entrer complètement dans l'univers des sentiments d'autrui et de ses conceptions personnelles ?
- Suis-je capable d'agir avec assez de sensibilité dans ma relation d'aide pour que mon comportement ne soit pas perçu comme une menace ?
- Suis-je capable de voir cet autre individu comme une personne qui est en devenir ou vais-je être ligoté par son passé et par le mien ?⁵⁶⁵

Que cela soit dans l'accompagnement verbal au cours de la vie éducative quotidienne ou dans les entretiens plus formels, le thérapeute, le soignant, l'éducateur doivent garder ces questions à l'esprit et faire un pari : toutes les personnes ont une orientation positive. La consolidation de cette posture comme la qualité des relances s'acquièrent au fil du temps grâce à l'expérience et au travail sur soi-même et son authenticité. Ainsi, « il est en effet paradoxal de constater que dans la mesure où chacun de nous accepte d'être lui-même, il découvre non seulement qu'il change, mais que d'autres personnes avec lesquelles il est en rapport, changent aussi »⁵⁶⁶. Il faut pouvoir être convaincu de la capacité de l'individu à se comprendre lui-même et être en mesure de renvoyer cette conviction au patient, y compris dans le langage non-verbal. Ce dernier a une importance capitale : le ton, les mimiques, les haussements de sourcils sont autant d'éléments à prendre en compte.

Si cette nouvelle approche, cette troisième voie – entre la psychanalyse et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) – a été critiquée du fait d'un supposé angélisme (il

⁵⁶⁴ Rogers C. in Bioy, A. (2014). *Op. cit.* p.144.

⁵⁶⁵ Capul, M. & Lemay, M. (2019). Chapitre V. La relation éducative. *Op. cit.* pp. 165-201.

⁵⁶⁶ Rogers, C. in Berton, J. (2007). *Op. cit.* p.137.

serait naïf d'imaginer un homme dans une constante évolution positive), de sa mise de côté des troubles de la personnalité structureaux, et plus généralement d'une œuvre relativement baroque : « son message théorique et opératoire est largement passé dans l'usage courant ou scientifique, mais par oblitération soigneuse de sa référence »⁵⁶⁷. Aujourd'hui, il n'est pas possible de nier l'impact politique de l'approche centrée sur la personne : bien qu'il s'agisse d'une révolution tranquille foncièrement axée vers l'optimisme et qui sape, à tous les niveaux, les conceptions autoritaires et dominatrices, bureaucratiques, négatives ou hyperdéfensives, elle a participé à faire advenir « un avenir d'une nature toute différente, construit autour d'une personne d'un type nouveau, dotée de pouvoir sur elle-même »⁵⁶⁸.

Nous pouvons retenir plusieurs caractéristiques des entretiens dans la relation d'aide à partir de l'héritage rogerien et de la clinique psychanalytique. L'importance de l'écoute, pas tant comme l'absence de réaction mais bien comme réaction qui laisse s'exprimer ce qui, dans l'autre, est susceptible de nous atteindre. L'empathie, qui est ce mouvement entre la différence et la similitude que nous renvoie le dialogue avec autrui. Le cadre, qui correspond à une nécessité pratique et constitue la toile de fond sur laquelle les entretiens peuvent prendre sens (fréquence, lieu, régularité, etc.). Les objectifs de l'entretien clinique : entre compréhension de la souffrance de l'autre et apaisement de la santé psychique. Une volonté de créer une alliance thérapeutique entre le patient et le clinicien. Le langage, qui offre à voir le symbolique et qui constitue le sujet, lieu-même de la subjectivité. La pluralité des modes d'expression, que ce soit avec l'enfant ou l'adolescent, à travers le jeu, le dessin, le groupe de pairs. La malléabilité du clinicien due à la pluralité des établissements, des publics, et au besoin de s'adapter aux exigences institutionnelles. Enfin, et c'est un élément dont nous avons déjà beaucoup parlé, celui de l'impuissance du professionnel à soigner, agir, comprendre. Dans notre carrière, nombreuses ont été les fois où nous avons dû faire le deuil du sens dans le discours de l'autre que ce soit en termes de paroles, d'idées, d'objet de pensée. La phrase arrivait parfois après un long silence : « Non mais cherche pas à comprendre », et nous prenions l'injonction au pied de la lettre. Notre expérience de clinicien montre aussi que notre

⁵⁶⁷ de Peretti, A. (2016). Rogers Carl (1902-1987). Dans : Jacqueline Barus-Michel éd. *Vocabulaire de psychosociologie: Références et positions*. Toulouse, Érès. pp. 589-600.

⁵⁶⁸ Rogers, C. in de Peretti, A. (2016). *Op. cit.*

connaissance de l'autre est moins dans ce que nous savons de lui que dans le peu que nous savons de nous-même.

VIII.3 Le rapport au savoir : entre désir, contraintes et déterminismes

En matière de pédagogie et de didactique, nous retrouvons un ouvrage de référence qui est venu questionner le rapport au savoir des individus. En le situant dans une double origine, la psychanalyse et la sociologie critique de la formation, Beillerot *et al.* plaident pour « "une clinique du rapport au savoir" dans le sens d'une approche qui s'intéresse au sujet singulier en situation dans sa dynamique à la fois psychique et sociale. À la source de la connaissance, il y a une *libido sciendi*, un désir de savoir qui trouve ses racines dans les relations de l'individu avec ses parents et, plus généralement, dans la constellation des relations familiales »⁵⁶⁹. Lacan ne disait pas autre chose : « Tout le savoir humain est médiatisé par le désir de l'autre »⁵⁷⁰. Une des voies possibles pour analyser le rapport au savoir d'individus peut être l'étude du rapport aux objets savants, comme les livres, les outils et les objets institutionnels qui véhiculent les normes de la sélection sociale. Dans cette optique, se pose la question de savoir si les pédagogies, et plus particulièrement les pédagogies dites "actives" ou "alternatives", peuvent intervenir dans la construction du rapport au savoir, au temps, à l'école et au métier de l'élève. Il s'agit de s'intéresser aux dimensions socio-historiques des savoirs et sur les multiples manières dont un sujet psychique singulier peut se les approprier en situation. Le rapport au savoir se constitue tôt, dans les rapports complexes que l'enfant entretient avec les figures importantes qui l'entourent (en lien avec le désir et l'interdit de savoir), puis il se transforme peu à peu à travers les milieux sociaux, les institutions, que le sujet rencontre tout au long de sa vie⁵⁷¹. Bourdieu et Passeron ont pu démontrer que la réussite scolaire était liée à l'origine sociale et à la dimension culturelle des différences de classe. L'environnement compte dans la constitution de ces savoirs, l'élève valorise ce qui fait sens pour lui et, à l'inverse, donne du sens à ce qui pour lui présente une valeur. Dans cette visée, le rapport au savoir comprend une dimension épistémique qui renvoie à la nature même de l'acte d'apprendre, une dimension identitaire « en référence à l'histoire du sujet, à ses attentes, à ses repères,

⁵⁶⁹ Beillerot, J. (1996). Les savoirs, leurs conceptions et leur nature. in J. Beillerot, C. Blanchard-Laville, & N. Mosconi. *Pour une clinique du rapport au savoir*. Paris : L'Harmattan, pp. 119-143.

⁵⁷⁰ Lacan, J. in Ponnou, S. (2014). *Op. cit.* p.93.

⁵⁷¹ Imbert, F. (1992). *Vers une clinique du pédagogique*. Vigneux, Matrice.

à sa conception de la vie, à ses rapports aux autres, à l'image qu'il a de lui-même et à celle qu'il veut donner aux autres »⁵⁷². Cette mise en perspective est aussi un moyen de dégager l'acte d'apprendre des seuls mécanismes cognitifs. Il s'agit ici de prendre le sujet dans sa globalité et dans sa dialectique avec son milieu de vie : « la signification du savoir par le sujet réside dans les relations qu'il établit entre les informations. Or, ces relations n'existent que dans la mesure où le sujet les construit. Autrement dit, il n'y a pas de savoir en soi, de savoir-objet [...] le savoir est personnel ou n'est pas. Il est le savoir que l'on a soi-même construit »⁵⁷³. Jacky Beillerot dit à peu près la même chose lorsqu'il évoque : « le processus créateur de savoir pour un sujet-auteur, nécessaire pour agir et pour penser »⁵⁷⁴ et met l'enseignant face à une responsabilité ; il a une compétence, le savoir, mais il doit aussi s'astreindre à créer un espace qui donne forme au savoir de l'élève. La « tête bien faite »⁵⁷⁵ de l'élève devient alors une tête apte à organiser les connaissances, à éviter leur accumulation stérile et vise à contextualiser et globaliser les savoirs en situation. Cette tête bien faite garde aussi à l'esprit que savoir et non-savoir sont les faces d'une même pièce.

VIII.4 Un courant de compréhension du rapport au savoir : la didactique clinique

Ce postulat a nourri intensément le courant de la didactique clinique porté principalement par André Terrisse. Nous savons que pour être transmis, les savoirs s'inscrivent inévitablement dans une temporalité, marquée de plusieurs étapes, comme les phases d'institutionnalisation, et dans un jeu de responsabilités entre enseignant et apprenants nécessaire à leur émergence. Mais, selon cet auteur, « le système didactique, s'il est créateur de contraintes et que son analyse permet de décrire des phénomènes intrinsèques au processus de transmission, ne sature pas pour autant les interprétations des phénomènes didactiques. Si ces phénomènes n'existent que parce qu'il y a du didactique, ils n'en sont pas moins co-déterminés socialement, culturellement ou psychiquement. Les aspects subjectifs de ce jeu de codéterminations sont ainsi au cœur de la posture

⁵⁷² Charlot, B. in Laterrasse, C. Brossais, E. (2014). « 32 Le rapport au savoir », in Jacky Beillerot et *al. Traité des sciences et des pratiques de l'éducation*. Malakoff, Dunod, pp. 381-393.

⁵⁷³ Legroux, J. in Niewiadomski, C. (2012). *Op. cit.* pp. 17-48.

⁵⁷⁴ Beillerot, J. (1996). Notes sur le modus operandi du rapport au savoir, in J. Beillerot, C. Blanchard-Laville & N. Mosconi. *Op. cit.* pp. 145-158.

⁵⁷⁵ Morin, E. (1999). *La tête bien faite*. Paris, Le Seuil.

didactique clinique »⁵⁷⁶. Ces contraintes dépassent l'espace didactique et trouvent une de leur source dans la subjectivité, le « déjà-là » de l'enseignant. C'est l'objet de la didactique clinique de mettre à jour ces enjeux subjectifs c'est-à-dire « les contraintes que le sujet-professeur s'impose à lui-même, ou plutôt que sa part inconsciente lui impose, à son insu même »⁵⁷⁷.

Pour ce faire, l'auteur a monté un dispositif de recherche auprès d'enseignant d'EPS autour de trois étapes : le déjà-là, la mise à l'épreuve et l'après-coup. Pour investiguer la première, des entretiens ont été menés autour de la conception qu'ils se font de l'activité à enseigner et celle qu'ils se font de sa transmission⁵⁷⁸. La mise à l'épreuve du savoir, lors de cours de lutte ou de karaté par exemple, se recueille à partir d'enregistrements audio et vidéo. Puis viennent les entretiens d'après-coup qui se déroulent en fin de séance mais aussi plus tard afin d'évaluer la séance autrement qu'à chaud, afin de laisser la place à la réflexivité. Ce dispositif est exigeant pour le chercheur dans la mesure où il doit interpréter et produire de la signification à ce qu'il observe, laissant libre cours à ses propres projections. Le recueil de toutes ces données et leur analyse permet « de rendre compte des transformations d'un savoir, de sa source, choisie et traitée par un enseignant nécessairement singulier, à son exploitation au sein de la classe pour transformer la motricité des élèves dans un sens défini »⁵⁷⁹. Et ce, en mettant la focale sur l'énigme didactique, c'est-à-dire sur « ce qui ne marche pas » (pourquoi un élève réussit-il un combat de lutte alors qu'il n'a pas suivi les consignes du professeur ? Pourquoi, au contraire, un élève suit tous les conseils de l'enseignant mais ne réussit pas ?). De là, André Terrisse déduit deux axes de compréhension : la loi générale, l'élève réussit s'il utilise le savoir transmis par l'enseignant (continuité avec le savoir transmis qui permet une adéquation à la situation d'opposition et donc une réussite) ; le cas inverse où le savoir de l'enseignant n'est pas utilisé et produit un échec (rupture avec le savoir enseigné qui

⁵⁷⁶ Buznic-Bourgeacq, P. (2009). Chapitre 6. Le sujet enseignant et la gestion du contrat didactique. Un regard en didactique clinique de l'EPS. Dans : André Terrisse éd. *Didactique clinique de l'éducation physique et sportive (EPS): Quels enjeux de savoirs ?* (pp. 101-113). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

⁵⁷⁷ Blanchard-Laville, C. In Buznic-Bourgeacq, P., Terrisse, A. & Lestel, G. (2008). Expérience personnelle et expérience professionnelle dans l'enseignement de l'EPS : deux études de cas contrastées en didactique clinique. *Éducation & didactique*, 2, 77-95.

⁵⁷⁸ Notons que les entretiens qui viendront dans l'après-coup donnent eux aussi des indications sur le déjà-là.

⁵⁷⁹ Terrisse, A. (2009). Chapitre 1. La didactique clinique en EPS. Origine, cadre théorique et recherches empiriques. *Didactique clinique de l'éducation physique et sportive (EPS): Quels enjeux de savoirs ?* (pp. 13-31). Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur.

entraîne une inadéquation avec la situation d'opposition et donc un possible échec). Le deuxième axe est « la loi du un par un », qui correspond à la prise en compte de la contingence de la transmission du savoir. Nous revenons aux deux questionnements précités de l'énigme didactique.⁵⁸⁰

C'est ce deuxième axe qui vient valider la nécessité d'une didactique clinique, étudier ce qui ne marche pas et déterminer la différence entre la loi générale « didactique » et le « un par un » clinique. D'ailleurs, le chercheur précise que si le premier est « [...] valable pour tous, et correspond à la catégorie du symbolique, [le deuxième] se caractérise par la singularité, rend compte du contingent et correspond à la catégorie du réel »⁵⁸¹, en faisant référence à Jacques Lacan. Il s'agit en résumé de prendre en compte la contingence de toute situation de transmission d'un savoir – et de toute situation éducative serions-nous tentés d'ajouter – qui ne suit pas toujours les intentions de l'enseignant et interroger la loi générale par la mise en évidence d'une part d'impossible dans l'enseignement – ce fameux « un pour un ».

VIII.5 Conclusion des chapitres VII et VIII : la clinique, par-delà les cloisonnements disciplinaires

La clinique recouvre les pratiques d'intervenants et de chercheurs qui s'affrontent à la complexité des interactions entre le sujet et un environnement en perpétuelle mutation. La définition que nous en donne Jacques Ardoino nous semble être un résumé satisfaisant : « Est proprement clinique aujourd'hui, ce qui veut appréhender le sujet (individuel et/ou collectif) à travers un système de relations (constitué en dispositif, c'est-à-dire au sein duquel le praticien, ou le chercheur, comme leurs partenaires, se reconnaissent effectivement impliqués), qu'il s'agisse de viser l'évolution, le développement, la transformation d'un tel sujet ou la production de connaissance »⁵⁸². La clinique dépasse toute discipline organisée autour de ses propres méthodes, champs et corpus, pour se constituer en un mode de connaissance adaptable à un champ de pratiques et de recherches différents. Elle se focalise sur l'histoire du sujet et de son groupe

⁵⁸⁰ L'auteur donne l'exemple d'une élève studieuse et bien notée en EPS, dont les chercheurs ont la preuve de ses acquisitions, mais qui utilise les « prises » enseignées de façon automatisée, comme elle les a apprises, sans les adapter au contexte toujours fluctuant d'une situation d'opposition.

⁵⁸¹ *Ibid.*

⁵⁸² Ardoino, J. & Berger, G. (1989). *D'une évaluation en miette à une évaluation en acte*. Paris, éd. Matrice-ANDSHA, p.164.

d'appartenance, les contextes psychiques et sociaux, les négociations qui s'effectuent entre les normes et les contraintes sociales. Être dans la clinique nous dit Mireille Cifali, « c'est côtoyer des êtres vivants et essayer de comprendre certains processus, parmi lesquels ceux qui sont porteurs de destruction. Avec comme impératif : que le savoir construit ait des effets de transformation et pour le clinicien et pour ceux avec qui il travaille.

La visée n'est donc pas prioritairement les connaissances en elles-mêmes et leur transmission après-coup, mais les sujets dans leur construction d'une connaissance qui peut avoir des effets susceptibles d'être constructeurs. De cette rencontre, il en résulte alors une modestie »⁵⁸³. Cette modestie, nous la touchons du doigt dans ce qui fait la complexité des métiers de l'humain : les paris, les énigmes, les impossibles, « ce qui ne marche pas ». En ce sens, notre conviction est que la démarche clinique ne s'apprend pas, elle peut se transmettre, certes, mais il s'agit plutôt d'un espace dans lequel nous nous aventurons, *in vivo*, sur le terrain. Cela revient à dire que l'implication du clinicien est tout à la fois donnée, résultat, force et limite⁵⁸⁴. C'est être à la jonction du psychique et du social, sans les cliver ni les opposer, et en se montrant attentif au contre-transfert dans ces situations de recherche, d'enseignement, de formation, d'éducation, de soin. Plus qu'une méthode (entretien, observation, étude de cas), elle renverrait presque à une philosophie, une éthique, et comme nous le laissons entendre dans notre chapitre IV, une posture idéologique. Cela laisse entendre *mutatis mutandis*, une posture de résistance face à d'autres idéologies que nous avons déjà évoquées : « l'enjeu clinique se double aujourd'hui d'un enjeu politique au sens où il s'agit d'interpeller l'efficacité positiviste en se faisant attentifs à la domination de la rationalité instrumentale et à ses effets sur la formation du lien social. La tâche, qui se fait plus impérieuse qu'en d'autres temps, est de restaurer des dispositifs de pensée en œuvrant à conserver une place à la subjectivité, condition pour permettre aux individus et aux groupes de s'inscrire dans une histoire qui fasse sens pour eux et de vivifier ainsi la consistance culturelle. C'est là l'engagement d'une perspective de recherche qui se veut clinique et critique, s'inscrivant dans une épistémologie qui vient lester le rationalisme »⁵⁸⁵. La filiation voire la dette de la clinique en SHS auprès de la psychanalyse n'est plus à démontrer mais plutôt à valoriser dans nos sociétés contemporaines où cette approche relèverait tout autant du passé que du passif.

⁵⁸³ Cifali, M. (2002). *Op. cit.* p.91.

⁵⁸⁴ Pagès, M. (2006). *L'implication dans les sciences humaines. Une clinique de la complexité*. Paris, L'Harmattan.

⁵⁸⁵ Giust-Desprairies, F. (2013). *Op. cit.* pp. 15-29.

Nul ne remet en cause les dérives d'une certaine lecture de la psychanalyse dans les pratiques éducatives, pédagogiques et de soin. Encore moins pour les acteurs du médico-social dont nous faisons partie et qui ont pu constater, dans les histoires des institutions et le quotidien de certains établissements, la toute-puissance du médecin psychiatre et du tout-interprétatif et autres relents de psychologisme pseudo freudo-lacanian. Mais l'héritage de la clinique psychanalytique a cette puissance de première nécessité : rappeler l'impératif du sujet singulier désirant sur toute forme de réductionnisme. Et ce n'est pas être psychanalyste que de soutenir ce postulat. D'ailleurs, nous rejoignons Christine Delory-Momberger qui défend l'idée que la clinique, soit-elle d'orientation psychanalytique, n'est pas la propriété du psychologue clinicien ou du psychanalyste, dès lors, bien évidemment, que le clinicien s'engage à acquérir une certaine expérience du travail psychique⁵⁸⁶. Pour elle, la perspective clinique questionne les rapports et les clivages institués entre extériorité et intériorité, objectivité et subjectivité, réalité et imaginaire, explication et compréhension, recherche et action. Elle pose que les objets ou les situations qu'elle se donne à étudier sont investis par des sujets, et cherche, dans ce qui se raconte, non pas tant l'établissement d'une histoire que son mouvement⁵⁸⁷. La clinique en sciences humaines promeut l'unicité du sujet, quelles que soient les disciplines utilisées ou leurs champs d'applications.

Chapitre IX. Les approches cliniques en éducation spécialisée

Dans ce chapitre, nous nous proposons de faire un tour d'horizon de la clinique en éducation spécialisée par les auteurs historiques du champ. Le choix des lectures s'est imposé à nous dans la mesure où nous nous sommes orientés vers des auteurs qui étaient eux-mêmes éducateurs spécialisés et/ou praticiens en institution. De plus nos années en tant que formateur et plusieurs études sur les mémoires professionnels des ES⁵⁸⁸ nous ont

⁵⁸⁶ Delory-Momberger, C.(2019). Le pari de la clinique d'orientation psychanalytique en sciences de l'éducation. *À quoi servent les sciences de l'éducation ?* Mabillon-Bonfils, B. et Delory-Momberger, C. (dir.), ESF, Paris, pp.95-105.

⁵⁸⁷ Giust-Desprairies, F. (2019). *Op. cit.*

⁵⁸⁸ Voir par exemple : Ponnou, S. & Fricard, B. (2015). L'autisme dans la presse spécialisée destinée aux travailleurs sociaux : évolution des discours, enjeux de pratique, de recherche et de formation. *Phronesis*, 4, 22-35 et nos travaux en cours : Clouse, F. (en cours). Les maîtres à penser de l'éducation spécialisée : analyse des mémoires de fin de formation des éducateurs spécialisés.

permis de valider les incontournables⁵⁸⁹. Indéniablement, l'éducation spécialisée « a pu conceptualiser une partie de ses interventions avec une littérature qui est devenue importante, internationale et reconnue comme spécifique par les autres professionnels »⁵⁹⁰. À travers ces ouvrages, il nous est possible de faire émerger des fondamentaux de la clinique en éducation spécialisée.

IX.1 La rencontre

Dans la clinique, la rencontre est première. Joseph Rouzel insiste sur cette dimension comme étant princeps à tout travail éducatif⁵⁹¹. Sans que la première rencontre soit absolument déterminante dans la suite de l'accompagnement, il rappelle comment l'enfant ou l'adolescent doit se sentir accueilli dans un lieu où on lui fera place. Cela nécessite une posture particulière de l'adulte, celle du non-jugement ainsi qu'une ouverture d'esprit à ce que va lui proposer la personne qui l'accueille. En d'autres termes, accepter qu'elle se montre à lui sous un certain jour là où son dossier et les projections du professionnel la définissaient autrement : « rien ne peut naître à l'humain sans la rencontre avec des personnes qui, non seulement accompagnent dans une atmosphère de respect et d'amour, mais se révèlent capables de "dire" ce qu'elles sont, non par un discours verbal mais par le fait d'oser témoigner de ce qu'elles sont au fil des actes apparemment insignifiants du quotidien. Cet échange relationnel suppose [...] une durée, une authenticité, un engagement »⁵⁹².

Nous remarquons aussi comme la mise en place de médiations, qu'elles soient artistiques, culturelles, sportives, ou même du quotidien prend son importance pour apprivoiser l'autre dans des premiers temps souvent difficiles. Nous l'évoquerons plus précisément ci-après mais retenons que se saisir de ce que laisse à voir le jeune accompagné, en termes de centres d'intérêt, de passions, permet de nouer ce qui deviendra les prémisses de la relation éducative.

⁵⁸⁹ Clouse, F. (2024). Le travail de la relation en DITEP : entre clinique, éthique et pratique. *Questions vives*, n°38.

⁵⁹⁰ Capul, M. & Lemay, M. (2019). Avant-propos à la nouvelle édition. *Op. cit.* (pp. 7-29).

⁵⁹¹ Rouzel, J. (2020). *La relation d'aide en éducation spécialisée*. Malakoff, Dunod.

⁵⁹² Capul, M. & Lemay, M. (2019). Chapitre V. La relation éducative. *Op. cit.* (pp. 165-201).

IX.2 La relation éducative

Celle-ci est au cœur de nombre d'ouvrages de toute personne qui a écrit sur le métier d'éducateur, et notamment chez Philippe Gaberan. Pour lui, « la relation éducative n'est pas un processus de réparation ou de normalisation de l'individu mais un temps et un espace, à la fois instables et sécurisés, au sein desquels une personne requise pour ses compétences en aide une autre à passer du vivre à l'exister. C'est-à-dire à passer d'une manière d'être là au monde sans que la personne concernée l'ait ni voulu ni accepté, et sans qu'elle ait les moyens de faire autrement que de subir les événements et le temps qui passe, à une manière d'être au monde par laquelle elle apprend d'abord à s'accepter telle qu'elle est afin d'advenir à ce qu'elle veut être, au lieu de se conformer à ce que d'autres, les parents, les institutions ou la société, voudraient qu'elle soit »⁵⁹³. Cette longue citation nous semble intéressante dans la mesure où l'expression « le passage du vivre à l'exister », formule choc, qui sonne comme une *punchline*, fleurit inlassablement nombre de mémoires de fin de formation quand bien même elle se révèle souvent incomprise⁵⁹⁴. Il s'agit dans un premier temps de faire un travail d'historicisation avec le jeune accueilli dans la mesure où revient souvent la même question : « Je ne sais pas pourquoi je suis ici ». Terreau du travail éducatif, elle prend source dans le quotidien bien qu'elle se noue évidemment aussi dans des modalités ambulatoires, nécessitant alors une durée plus longue pour que ses bases puissent se consolider.

En somme, elle est là où s'articule tout ce qui va venir structurer l'accompagnement. Son efficacité ne dépend pas d'une stratégie d'action. Elle n'appartient pas au registre d'un lien contractualisé ; tout juste peut-elle s'essayer au projet, à la seule condition que celui-ci tolère l'écart entre le prévu et l'obtenu. De tous les arts, nous rappelle Gaberan, « le travail éducatif est le seul dont le matériau mis en œuvre, la relation, n'a pas de substance, de corporéité, d'élément palpable »⁵⁹⁵.

⁵⁹³ Gaberan, P. (2007). Introduction. *La relation éducative: Un outil professionnel pour un projet humaniste*. Toulouse, Érès, p.9-17.

⁵⁹⁴ « "Vivre", c'est être là sans l'avoir voulu, c'est subir le temps qui passe ou bien encore ne pas parvenir à donner un sens à sa vie de sorte à la maintenir dans l'absurde ou à la laisser dériver vers la folie. En revanche, "exister", c'est accéder à la possibilité de faire des choix, c'est se construire une histoire, c'est appartenir à soi-même et au monde », Gaberan, P. (2007). Conclusion. *Op. cit.* pp.137-141.

⁵⁹⁵ Gaberan, P. (2016). De l'éducation spécialisée. Dans : *Oser le verbe aimer en éducation spécialisée: La relation éducative 2* (pp. 117-148). Toulouse, Érès.

IX.3 Le quotidien

Michel Lemay nous avertit d'emblée, « en éducation, il n'y a pas de faits anodins, insignifiants et des processus psychiques grandioses. Il y a une tentative pour constituer une approche significative où chacun à la fois compose, interprète et écoute »⁵⁹⁶. Tout éducateur comprend combien les insignifiants apparentes de la vie quotidienne sont les médiateurs de toute relation éducative. On ne transmet pas le respect de l'autre et son acceptation par de grandes déclarations verbales, on l'exprime par la manière d'accompagner le jeune être humain dans tous les détails d'une existence ponctuée par les problèmes ingrats des petits conflits journaliers : « la disponibilité se traduit davantage dans la façon d'aider un enfant à se laver les dents ou à choisir un vêtement que dans l'écoute contrôlée d'un entretien individuel »⁵⁹⁷. Les éducateurs interviewés avaient pu dire comme la routine et la répétition permettaient d'ancrer ces adolescents très souvent en manque d'ancrage spatio-temporels. Dans ce quotidien, outre les activités, les ateliers, les temps de classe dans ou hors institution, les moments d'arrivées et de départs, existe toute une frise temporelle balisée plus par la présence et la parole des professionnels que par un emploi du temps. Qu'il s'agisse des temps calmes après les repas, du temps d'accueil, des douches, etc., s'ils sont inscrits dans l'emploi du temps, leur contenu est finalement assez peu codifié et laisse aux adultes comme aux jeunes une véritable marge de manœuvre. Ce sont des temps où l'on bricole, c'est-à-dire que l'éducateur peut proposer un jeu, un entretien, ou rien du tout et s'appuie sur l'humeur et le désir des adolescents présents. En ce sens, « bricoler, en matière socio-éducative, c'est adopter une démarche créative, inventive face à une réalité où la contingence domine. Il faut sans cesse corriger, adapter, ajuster, combiner ou disjoindre ses démarches de manière à coller à la turbulence du moment »⁵⁹⁸. Telle est la réalité du quotidien ou de ce que Paul Fustier appelle « la clinique de la banalité »⁵⁹⁹ où il met l'accent, dès sa thèse en 1972 et qui deviendra un ouvrage de référence⁶⁰⁰, sur les tâches domestiques, et notamment ménagères, comme moment essentiel de régulation institutionnelle. Il utilise notamment

⁵⁹⁶ Lemay, M. (2012). Le musicien. Dans : Jean Briciaux éd. *L'éducateur d'une métaphore à l'autre: Parler autrement de l'éducateur...* (pp. 149-156). Toulouse, Érès.

⁵⁹⁷ Capul, M. & Lemay, M. (2019). Conclusion. *Op. cit.* pp.543-574.

⁵⁹⁸ Briciaux, J. (2012). Stratège et tacticien. *Op. cit.* pp.49-57.

⁵⁹⁹ Borie-Bonnet, H. (2020). Interstices et ricochets. *Entretien avec Paul Fustier*. Dans : Georges Gaillard éd. *Rencontre avec Paul Fustier: L'institution au quotidien, une pensée clinique* (pp. 25-102). Toulouse, Érès.

⁶⁰⁰ Fustier, P. (2020). *L'identité de l'éducateur spécialisé*. Malakoff, Dunod.

la métaphore du corridor pour désigner ces espace-temps ambigus au sein desquels se déploient, sous une apparente banalité, des échanges complexes qui permettent une reconstruction du lien social⁶⁰¹.

IX.4 Les médiations

Indubitablement, les références aux médiations sont elles aussi nombreuses. Qu'il s'agisse d'en rappeler la valeur primordiale, proposer à l'autre un espace de langage et d'expression⁶⁰², ses fonctions symboliques et son ancrage dans la vie quotidienne⁶⁰³ ou bien encore l'importance du jeu et de l'animation⁶⁰⁴, les médiations sont au fondement de la relation éducative. Le champ des médiations est trop souvent réduit à l'activité éducative bien que celle-ci soit le lieu privilégié de l'intervention de l'éducateur. Il nous a paru en effet intéressant, ce focus fait sur la valeur de l'activité, souvent dépréciée en formation comme en établissement « on fait de l'occupationnel », « on a pas écrit de projet pour cette activité », « je suis éducateur, pas animateur ». Il n'est pas inutile d'évoquer ici l'étymologie du mot animer. Du latin *anima* signifiant âme, il a pour définition « donner la vie », « mettre en mouvement ». Il nous semble qu'il s'agit exactement de cela en éducation spécialisée où pendant longtemps en EFTS, un projet d'animation devait être mené à bien en stage. De plus, rappelons que l'animation de la vie quotidienne a fait partie du domaine de compétence 1 (DC1) « La relation éducative » du référentiel du diplôme d'éducateur spécialisé. Remarquons que depuis la réforme 2018, « animer le quotidien » s'est déplacé dans le DC2 « Conception et conduite de projets éducatifs spécialisés », comme si l'animation de la vie quotidienne relevait exclusivement de conduites de projets et non de la base de la relation éducative. Encore faut-il que toutes les médiations et les dispositifs mis en place puissent s'articuler les uns les autres afin de créer continuité et résonance dans la vie de ces adolescents.

En revanche, nous nous montrons plus nuancé vis-à-vis des activités éducatives dites à médiation qui sont menées par l'éducateur parce qu'il aime tel sport ou qu'il est passionné

⁶⁰¹ Fustier, P. (2014). *Les corridors du quotidien: Clinique du quotidien et éducation spécialisée en institution*. Malakoff, Dunod.

⁶⁰² Gaberan, P. (2007). *Op. cit.*

⁶⁰³ Lemay, M. (2001). Médiations et vie quotidienne. Dans : Rémy Puyuelo éd. *Penser les pratiques sociales* (pp. 107-121). Toulouse, Érès.

⁶⁰⁴ Rouzel, J. (2021). Chapitre 12. Les médiations : le transfert du transfert dans les activités éducatives. *Le transfert dans la relation éducative: Psychanalyse et travail social*. Malakoff, Dunod. pp. 175-184.

de couture ou de bricolage : « en la matière il n’y a rien à jeter et que chaque éducateur apporte dans le métier son savoir-faire, ses passions, ses goûts, ses hobbies, son style et apprend finalement à faire flèche de tout bois. Atelier de bricolage ou escalade en montagne, tricot ou scooter, rugby ou pêche à la ligne, marionnettes ou expédition pour creuser un puits en Afrique, mais aussi (nous l’avons vu) entretien éducatif ou groupe de parole, quotidien et extra-quotidien... tout est bon pour ouvrir un espace de rencontre humaine qui fonde le cœur de la relation d’aide et ouvre aux processus de symbolisation »⁶⁰⁵. Bien que nous soyons d’accord avec les finalités de la médiation, nous avons été témoin trop souvent du choix d’une activité par confort « c’est quelque chose que je connais », par passion « j’ai proposé une activité cheval parce que j’adore le cheval » ou par supposées compétences « j’ai un bon niveau de foot alors je l’ai proposé en atelier ». Ces phrases, entendues en EFTS ou à l’ITEP sont légion et ne sont pas sans poser problème. L’excellence dans la pratique d’une activité n’a jamais été synonyme de compétences à transmettre un savoir-faire. La question est de savoir quelles finalités sont accolées à la médiation : transmettre des compétences ou ouvrir un espace de rencontre. L’un et l’autre sont possibles mais il nous semble que pour un éducateur, la priorité est donnée à favoriser des espace-temps qui permettent l’expression des personnes accueillies. Nous avons remarqué au cours de notre carrière des collègues qui, par confort, préféreraient rester cantonnés à des activités qu’ils maîtrisaient et où ils se sentaient bien sans trop se poser la question de savoir si elles étaient adaptées et pertinentes pour le public. Rouzel de nouveau : « l’éducateur y engage son savoir et son savoir-faire, ses compétences techniques, mais aussi sa personne, sa passion, son intérêt. En proposant à un enfant, un adolescent, un adulte, de partager une activité, qu’elle soit manuelle comme la poterie ou le travail du bois, ou plus intellectuelle, comme une conversation, l’éducateur induit un espace de rencontre où il est de fait profondément impliqué dans son désir »⁶⁰⁶. Certes, mais ce désir existe en dehors du savoir-faire, de la passion, des compétences, quand l’intérêt prioritaire est de proposer un atelier en lien avec les besoins de ces adolescents. Le seul désir devrait être de l’ordre d’un moment partagé qui préfigurerait un travail – ou pas – à partir du média choisi. Insistons là-dessus : la médiation n’est pas un but mais un moyen.

⁶⁰⁵ Rouzel, J. (2020). 7. Les médiations éducatives : un espace du dire dans la relation d’aide. *Op. cit.* pp. 155-180.

⁶⁰⁶ Rouzel, J. (2018). Chapitre 3. Les médiations éducatives. *Le travail d’éducateur spécialisé: Éthique et pratique*. Malakoff, Dunod. pp. 57-89.

Ce point de vue tranche d'une certaine manière, nous le verrons plus tard, à la pratique par ricochet de Fustier ou la présence proche de Deligny. Retenons pour l'instant que Fustier parle de « faux cadre », du « faire semblant » de l'artifice, dans une pratique qui ne se définit pas par sa propre production mais comme le moyen d'une autre chose. Ainsi, on propose à l'enfant de réaliser quelque chose, et dans le même temps l'importance de celle-ci est niée puisqu'elle est seulement prétexte à une relation adulte-enfant qui, elle, est directement visée et considérée comme fondamentale. Ce qui pose une question : « soit l'objet créé ou produit par l'enfant a valeur en tant que tel et tient une place véritable dans un milieu de vie comportant des adultes et des enfants, soit elle a allure dérisoire et on ne peut pas en attendre d'effets structurants. Tout se passe, dans ce dernier cas, comme si on opposait implicitement le noble domaine du "psychologique relationnel" qui est de l'ordre du sérieux, donc de l'adulte, au domaine des "activités d'atelier", qui est de l'ordre du jeu, donc de l'enfant, seulement caractérisé par une identité négative, celle que lui donne sa position de non-adulte »⁶⁰⁷.

IX.5 Le transfert et l'amour dans la relation éducative

La relation éducative est un lien d'attachement. De là découlent de nombreuses conséquences quant à la nature de ce lien et de ce qu'il convoque tant chez le professionnel que chez la personne accompagnée. Paul Fustier évoque cette relation comme une énigme⁶⁰⁸ dans le sens où l'éducateur accepte d'être dans une situation énigmatique : il ne nie pas qu'il y ait de l'amour dans ce qu'il fait, mais en même temps, il est professionnel et est payé pour effectuer son travail. Cet indécidable fait énigme pour la personne accompagnée, elle se retrouve dans l'impossibilité d'utiliser l'éducateur de façon univoque. Nous avons évoqué le transfert chez Freud, la plupart des auteurs le prenant comme point de départ pour développer ce qui se joue dans la fonction d'éducateur. Pour Capul et Lemay, « si une éthique de l'éducation spécialisée signifie en effet qu'il faut oser regarder et remettre en cause son pouvoir, elle veut aussi dire qu'il ne peut pas y avoir d'éducation sans ferveur, sans amour et sans points de repère »⁶⁰⁹. En

⁶⁰⁷ Fustier, P. (2013). Le risque du faux cadre. *Éducation spécialisée : repères pour des pratiques*. Malakoff, Dunod, pp. 7-10.

⁶⁰⁸ Fustier, P. (2000). *Le lien d'accompagnement. Entre don et contrat social*. Malakoff, Dunod.

⁶⁰⁹ Capul, M. & Lemay, M. (2019). Conclusion. *Op. cit.* pp.543-574.

publiant un ouvrage *Oser le verbe aimer en éducation spécialisée*⁶¹⁰, Philippe Gaberan sait pertinemment que son titre va, sinon choquer, au moins attirer l'attention des professionnels du champ. Il réfute le terme de transfert dans la relation éducative car pour lui, la relation transférentielle est une notion psychanalytique qui ne s'applique que dans le cadre de la cure analytique. Selon notre conception du transfert appliqué à l'éducation et notre interprétation de son ouvrage, il n'y a pas de réelle tension lorsqu'on le rapporte à relation éducative. Dont acte. Pour lui, l'accompagnement doit pouvoir conduire le jeune de la confiance en soi à l'estime de soi, de l'estime de soi à l'amour de soi. Ainsi, « l'adulte éducateur aime l'enfant ou le gamin qu'il accompagne dans la trajectoire du grandir lorsque le devenir de celui-ci l'engage autant, voire plus, que son propre devenir. Le verbe "aimer" signifie alors la construction psychique et affective par laquelle l'enfant ou le gamin cesse d'être de passage, littéralement un étranger »⁶¹¹.

En s'appuyant sur la polysémie du verbe « aimer », Gaberan estime que son usage ne vient pas invalider sa place dans le champ de l'éducation spécialisée. D'ailleurs, il a toujours été critique sur la notion dite de bonne ou de juste distance. Il estime en effet qu'aucune éducation ne peut être distanciée : les professionnels qui travaillent avec des adolescents au comportement déviant sur le plan de l'échange seront assaillis par des symptômes qui les forceront à agir sur le champ dans un ici et maintenant où émerge un matériel individuel et groupal fort difficile à contrôler. Capul et Lemay vont dans le même sens : « cette absence de distanciation peut être le point de départ d'attitudes oppressives qu'il faut dénoncer, mais elle est aussi une force puisqu'elle permet d'intervenir au moment même où le problème surgit sans que des phénomènes adaptatifs secondaires aient brouillé les cartes. Si nous admettons que tout symptôme est un langage où le jeune nous dit et se dit quelque chose, nous pouvons intervenir en fonction du décodage de ce langage »⁶¹². Dominique Depenne avait consacré en 2013 un ouvrage à ce sujet en proposant une alternative à la bonne distance – la juste proximité - et en posant une question double : si l'on veut se prémunir du risque de la relation, comment s'engager dans un métier de l'humain ? Comment accompagner sans proximité⁶¹³ ? Cela fait écho

⁶¹⁰ Gaberan, P. (2016). *Oser le verbe aimer en éducation spécialisée: La relation éducative 2*. Toulouse, Érès.

⁶¹¹ Gaberan, P. (2016). Ouverture. *Op. cit.* pp.189-199.

⁶¹² Capul, M. & Lemay, M. (2019). Chapitre V. La relation éducative. *Op. cit.* pp.165-201.

⁶¹³ Depenne D. (2013). *Distance et proximité en travail social. Les enjeux de la relation d'accompagnement*. Paris, ESF.

aux propos de Paul Fustier, lorsqu'il évoque les externalisations de l'utilisateur, c'est-à-dire « ce qu'il dépose dans le travailleur social (une figure maternelle idéalisée, par exemple), [et qui] doivent être tolérées. Accepter d'être partiellement "reconstitué" par l'imaginaire de l'utilisateur fait partie de la professionnalité du travailleur social »⁶¹⁴.

Il est rejoint par Joseph Rouzel, auteur d'un ouvrage au titre évocateur⁶¹⁵ qui insiste lui, outre ce qui se joue dans ces données transférentielles et contre-transférentielles, sur l'importance de ne pas y faire face seul. La mise à distance de l'autre vide la relation éducative de sa substance dès lors qu'elle prétend la purger de toute dimension affective. S'il y a prise de distance, elle réside dans notre vision du rapport à l'autre non pas par l'évacuation de l'affect mais par sa transformation. Le maniement du transfert met en jeu une éthique, une conception de l'humain, des valeurs, des principes, une forme d'accordage avec soi-même et le groupe professionnel dans lequel on exerce. D'où l'importance des instances cliniques telles que les groupes d'analyses de la pratique, qui servent de garde-fou à la relation éducative⁶¹⁶. L'institution doit soutenir des espaces d'élaboration afin d'étayer les mouvements transférentiels sans laisser aux salariés la seule responsabilité de s'en sortir seuls, que ce soit à partir d'analyse personnelle ou de temps de supervision qu'ils organiseraient de leur propre chef. Faire face au transfert et à ses risques est de la responsabilité de tous : « La prise en compte de cette réalité relationnelle très impliquante, est la condition pour que s'institue dans un collectif humain une dynamique de création, c'est-à-dire de responsabilité »⁶¹⁷. Il raconte cette anecdote de Jean Oury. Celui-ci disait qu'il existait une sorte de compteur Geiger à amener quand on entrait dans une institution. Cet appareil tient en une seule question : dans cette institution, prend-on au sérieux la question du transfert ? Si la réponse est négative, mieux vaut fuir à toutes jambes⁶¹⁸ ! Laissons le mot de la fin à Michel Lemay qui parle de la relation comme d'un savoir : « Ce savoir, il porte d'abord sur soi. La rencontre avec l'autre, quel que soit son âge et quelles que soient ses difficultés, nous renvoie

⁶¹⁴ Fustier, P. (2020). La relation d'aide et la question du don. *Op. cit.* pp.169-190.

⁶¹⁵ Rouzel, J. (2021). *Le transfert dans la relation éducative: Psychanalyse et travail social*. Malakoff, Dunod.

⁶¹⁶ Rouzel, J. (2014). Les trois temps de l'instance clinique. *Travail éducatif et psychanalyse*. Malakoff, Dunod. pp.101-116.

⁶¹⁷ Rouzel, J. (2016). Chapitre 5. Usager, usagé ? *Op. cit.* pp.65-72.

⁶¹⁸ Rouzel, J. (2014). Trans-faire.... *Op. cit.* pp.85-100.

inexorablement à ce que nous avons été puis à ce que nous sommes devenus. Celui qui nous parle fait vibrer les cordes de notre langage intérieur. Celui qui agit remue toutes les actions qui ont fondé peu à peu notre manière d'être »⁶¹⁹.

IX.6 L'importance du travail en équipe

L'éducateur est engagé dans une relation où il vise à prendre de la distance, puis construire des repères à ce qu'il fait et enfin, les confronter avec ses collègues. Dans de nombreux établissements, les professionnels ont à faire face à des phénomènes de violences auxquels ils doivent répondre dans l'urgence. Dans une telle ambiance, l'équipe s'en trouve forcément perturbée et il arrive parfois qu'elle transforme sa mission d'accompagnement en ne pas déclencher cette violence. Il nous est arrivé de travailler auprès de certaines institutions où les professionnels parlent de leur mission comme étant axée autour de la sécurité voire de la survie des professionnels. C'est dans ces moments-là que les différences et les discordances qui peuvent régner au sein d'une même équipe peuvent venir exacerber la puissance de pensée. Paul Fustier s'est attaché à analyser ces mécanismes dans l'un de ses ouvrages⁶²⁰ en mettant en exergue les aléas de l'intervention de l'individu et la nécessité d'une élaboration de la complexité institutionnelle. Il a pu lui aussi observer que dans certaines situations de violence, « une équipe n'est pas là pour aider à comprendre, elle est là pour faire corps, elle doit avant tout être "incassable" »⁶²¹. Le travail d'équipe réside en l'acceptation des normes et valeurs en relation avec la mission que le groupe s'est fixée ; ces situations d'écart qui sont souvent discutées en réunion d'équipe où l'on essaie d'inscrire le désir et le ressenti de chacun dans une démarche et un objectif professionnel. Fréquemment, une critique peut être prise au premier degré comme une sentence invalidant la personne, au lieu d'un apport d'un collègue susceptible d'améliorer la relation. Aussi, l'essentiel n'est pas tant dans la narration de ce qui est vécu mais plutôt de s'interroger : comment prendre suffisamment de distance avec ce vécu pour pouvoir le travailler en équipe et se l'approprier autrement que par le biais de l'affect ? Paul Fustier plaide pour une clinique de l'institution où s'accueillent aussi bien les voix discordantes que les transformations nécessaires à la

⁶¹⁹ Lemay, M. (2012). Le musicien. Dans : Jean Briciaux éd. *Op. cit.* pp.149-156.

⁶²⁰ Fustier, P. (2021). *Le travail d'équipe en institution: Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique.* Malakoff, Dunod.

⁶²¹ Fustier, P. (2021). 7. La violence et l'institution. *Op. cit.* pp.101-114.

poursuite de l'accompagnement de ces publics en détresse. Et de remarquer : « il y a une intention meurtrière dans une approbation constante et non critique, qui nie que le travail de l'autre ait une importance suffisante pour être garantie par une instance se prononçant sur son intérêt »⁶²².

IX.7 L'institution

Là aussi, c'est une notion redondante dans le texte de nombre de ces auteurs. Se fait la distinction classique entre l'organisation, l'établissement et l'institution⁶²³. Pour Paul Fustier, elle se structure ainsi : la superstructure, l'infrastructure imaginaire, et la zone intermédiaire. Sous le terme de superstructure il désigne l'ensemble des caractéristiques formelles, ce qui est donné à voir de l'institution. L'infrastructure imaginaire est, elle, composée des organisateurs psychiques. Il postule que ce sont les productions inconscientes (imagos, fantasmes) qui agissent la vie institutionnelle, en ce qu'elles sont la matrice inconsciente à partir de laquelle la scène institutionnelle se constitue, et ce, en deçà de toute rationalité. Entre ces deux registres, infrastructure et superstructure, l'auteur postule une zone intermédiaire idéologico-théorique, qui apparaît comme le lieu articulaire entre la vie fantasmatique et la mise en forme institutionnelle : « Ce sas permet de voiler le niveau fantasmatique à partir d'une rationalisation théorisante, dont il nous dit qu'elle est en prise directe avec les idéologies qui colorent une époque, et les théories disponibles dans un contexte donné. Il s'agit en effet de produire un discours socialement acceptable qui serve de voile aux visées que chaque professionnel, individuellement, et les professionnels au niveau de leur groupalité, poursuivent au titre de leur économie psychique »⁶²⁴.

Pour Rouzel, penser l'institution, c'est instituer la pensée, et s'interroger sur les questions fondamentales : qu'en est-il dans les institutions de notre secteur du respect accordé à la parole de chacun, usager ou professionnel de l'accompagnement ? Comment est instituée la circulation de la parole qui elle-même institue le lien social ⁶²⁵? L'institution se

⁶²² Fustier, P. (2021). Conclusion : pour une clinique de l'institution. *Op. cit.* pp. 183-205.

⁶²³ Rouzel, J. (2014). Pouvoir, autorité et décision dans l'institution. *Op. cit.* pp. 133-150.

⁶²⁴ Gaillard, G. (2013). Paul Fustier «L'infrastructure imaginaire des institutions. À propos de l'enfance inadaptée», in R. Kaës et al. *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*. Malakoff, Dunod, 1987, pp.131-156 . Dans : Didier Drieu éd. *46 commentaires de textes en clinique institutionnelle* pp. 119-125.

⁶²⁵ Rouzel, J. (2021). Chapitre 14. L'institution : soutien du transfert. *Op. cit.* pp.195-215.

caractérisé par la façon dont chacun va occuper sa place et faire entendre sa voix dans les espaces formels et informels. Jean Oury aimait parler d'ambiance lorsqu'il était à la clinique de La Borde : plus que l'organisation, il s'agit d'une alchimie entre l'institué – l'organisation - et l'instituant – le style du professionnel. L'institution organise la circulation entre des espaces : « L'espace est avant tout un espace de projection. Chacun y joue son manque et ses représentants symboliques pour dire son manque. L'organisation des espaces, la différenciation entre les bâtiments, l'administration, la direction, les lieux thérapeutiques, scolaires, éducatifs, la cuisine, les lieux des repas, du sommeil... sont autant d'éléments qui permettent à un enfant, un adolescent ou un adulte d'organiser son monde ». Encore faut-il qu'on les laisse un minimum circuler et investir ces différents lieux en insistant sur leur différence.

IX.8 L'acceptation de la prise de risque

Parfois, l'ordre institutionnel veut que l'absence d'agir soit meilleure qu'un agir, quelque part toujours ressenti comme dangereux. Nous pensons aux situations de violences évoquées un peu plus haut où la prise de risque et le risque de penser prend tout son sens. Joseph Rouzel y consacre un chapitre⁶²⁶ où il rappelle que la prise de risque n'est pensable que bordée et balisée par la réflexion en équipe. Il peut s'agir d'initiatives individuelles, bien sûr, mais qui doivent pouvoir être parlées dans un collectif. Lorsqu'il évoque la figure de l'éducateur tantôt bricoleur, tantôt passeur⁶²⁷, il met en valeur cette notion en y opposant une critique de notre société contemporaine qu'il estime être celle du risque zéro et du protocole à outrance. Dans un de ses ouvrages, Philippe Gaberan affirme que la prise de risque est constituante du métier de l'éducateur. En effet, « parfois contre l'institution, qui aime l'ordre des procédures établies, il prend le risque de l'inconnu et de l'imprévu par une réorganisation renouvelée des espaces et du temps. Il ne devrait jamais avoir peur d'initier du changement. Prenant appui sur son expérience et sur les outils professionnels dont ils disposent, l'éducateur fait le pari du nouveau, de l'insu et du non déjà vu. Souvent les résultats ne sont pas à la mesure des efforts produits. Mais peu importe. Il n'y a pas d'éducation sans cette acceptation renouvelée du risque propre à

⁶²⁶ Rouzel, J. (2018). Chapitre 6. Prise de risque et responsabilité dans le travail éducatif. *Op. cit.* pp.133-141.

⁶²⁷ Rouzel, J. (2012)« Du bricoleur au passeur », In Jean Brichaux éd. *Op. cit.*,pp.197-207.

toute relation humaine »⁶²⁸. Cette dernière phrase est d'une importance primordiale car elle rappelle la dimension impossible du métier.

À cela, l'auteur ajoute une nouvelle notion en lien avec cette prise de risque, celle du point d'inflexion. En mathématiques, il représente le point à partir duquel une courbe change de direction sous l'effet combiné de ses variables. Ainsi, il émet l'hypothèse selon laquelle « est éducateur tout professionnel qui, parvenant à voir et à entendre au-delà de ce que le gamin donne à voir et à entendre (symptôme), entraperçoit en celui-ci une autre valeur que celle montrée jusque-là, et qui, ne la lâchant plus, permet à la trajectoire de vie du gamin d'amorcer une nouvelle direction »⁶²⁹. Cette inflexion d'une trajectoire de vie s'avère très incertaine, l'éducateur aura à prendre des risques pour la viser car jusqu'à présent, le jeune mettait régulièrement en échec la plupart des tentatives de l'extérieur de lui venir en aide. Cela oblige l'éducateur à faire preuve d'innovation, de patience, d'opiniâtreté et tenter des choses qui flirtent parfois avec les limites du mandat d'accompagnement. En cela, la relation éducative est le théâtre des actes manqués⁶³⁰.

IX.9 L'éthique

Autre élément saillant dans la littérature de l'éducation spécialisée, l'éthique, indissociable du métier d'éducateur. Souvent rattachée à une éthique de circonstance, nous pouvons dire, avec Joseph Rouzel, que sa première marche vise à « s'acheminer vers l'autre en toute humilité, sans projeter sur lui un savoir prêt-à-penser, ni des grilles d'observation aliénantes, pour s'ouvrir à la compréhension de ce qu'il fabrique de sa propre vie. Il s'agit de frapper à la porte de sa demeure intérieure pour qu'il réponde, même si cela lui échappe, de ce qu'il fait de ce qu'on a fait de lui »⁶³¹. C'est donc se poser une première question, chère à Oury comme à Tosquelles : « qu'est-ce que je fous là ? ». Cela permet de se situer dans l'association dans laquelle on est employé, et d'interroger nos missions afin de pouvoir prendre position. L'éthique commencerait donc par un questionnement sur soi-même et la place que l'on occupe. En cela, l'éducation est la science des limites⁶³² car elle invite l'éducateur à renoncer à l'illusion de la toute-

⁶²⁸ Gaberan, P. (2009). Du côté de chez Soi. *Cent mots pour être éducateur: Dictionnaire pratique du quotidien*. Toulouse: Érès, pp.83-134.

⁶²⁹ Gaberan, P. (2016). Le point d'inflexion. *Op. cit.* pp.175-188.

⁶³⁰ Gaberan, P. (2007). Maintenir le jeu entre l'être et le paraître. *Op. cit.* pp.63-76.

⁶³¹ Rouzel, J. (2021). Chapitre 16. L'éthique du transfert dans les pratiques sociales. *Op. cit.* pp.233-255.

⁶³² Gaberan, P. (2007). Savoir renoncer à l'illusion de la toute-puissance. *Op. cit.* pp.117-135.

puissance. Il s'agit, dans cette optique, d'accepter la personne accompagnée dans ses richesses et ses limites ; pour autant, « le respect de la personne ne signifie pas une acceptation béate de ses actes mais elle veut dire une croyance enracinée au plus profond de soi que tout être humain possède, de par son statut même d'homme, une valeur intrinsèque, quelle que soit l'inadéquacité (*sic*) de certains de ses comportements »⁶³³. La visée éthique demeure un travail de tous les instants et qui ne s'achèvera jamais, dans le sens où l'éthique elle-même doit laisser à désirer⁶³⁴.

Chapitre IX.10 Deligny : l'éducation comme un art

Il nous tenait à cœur de laisser une place à la figure de Fernand Deligny dans ce travail de thèse. D'abord parce que ses ouvrages nous ont accompagné durant notre formation d'éducateur spécialisé et surtout parce qu'il demeure, dans le champ de l'éducation spécialisée, un penseur tout à la fois reconnu et à part. Nous pensons qu'à sa façon, Fernand Deligny a développé une clinique qui n'est pas si différente sur la plupart des points que nous avons évoqués précédemment. Là où il se distingue clairement, c'est dans ses prises de position successives qui l'ont amené finalement jusqu'à Monoblet et à son travail auprès de personnes autistes.

IX.10.1 Court rappel historique

Fernand Deligny, pupille de la nation et brillant élève boursier, abandonne rapidement ses études universitaires et devient instituteur dans les classes de perfectionnement dans le 12^e arrondissement de Paris et à Nogent-sur-Marne en 1938-1939, sans être diplômé du certificat d'aptitude à l'enseignement des arriérés (CAEA) qu'il obtiendra en mars 1942. Désarmé devant les difficultés à faire classe, il prend très tôt l'habitude de sortir de l'école et de se balader au bois de Vincennes : « Quinze gosses difficiles qui, chaque année, attendaient le suppléant de service. Je crois qu'en quelques jours, j'ai épuisé la gamme des erreurs pédagogiques, de la séduction aux hurlements. Et puis, j'ai eu comme

⁶³³ Capul, M. & Lemay, M. (2019). Chapitre V. La relation éducative. *Op. cit.* pp.165-201.

⁶³⁴ Rouzel reprenant ainsi Lacan : (2021). Chapitre 16. L'éthique du transfert dans les pratiques sociales. *Op. cit.* pp.233-255.

une lueur : le Bois de Vincennes n'était pas loin. J'ai attendu que les autres classes soient rentrées et j'ai redescendu l'escalier avec ma quinzaine d'anormaux sélectionnés derrière. Pas une marche ne craquait. Dans la rue, je marchais devant. Je n'osais pas me retourner. J'entendais que ça chuchotait. D'un coup d'œil, je les ai vus, en rang par deux. Ils se donnaient la main, grands et petits, comme des mouflets de la maternelle. À l'école, dans la cour, deux ou trois d'entre eux étaient les caïds »⁶³⁵.

Au retour de sa mobilisation, il retourne au sein de l'Institut médico-pédagogique d'Armentières où il est nommé éducateur principal du pavillon 3, chargé des enfants « arriérés profonds inéducables ». Un éducateur d'internat en somme. Très rapidement, il aménage les modalités d'accueil de l'internat pour le rendre plus ouvert sur l'extérieur, moins carcéral, et même à œuvrer à un objectif de réadaptation sociale. De nombreux ateliers voient le jour (cordonnerie, matelasserie, menuiserie, forge, plomberie, horticulture, maraîchage, etc.) ainsi que des temps de colonies de vacances – qui deviendront plus tard des transferts. Il reprend alors à son compte l'objectif de réadaptation sociale, somme toute assez normatif, qui devient peu à peu l'enjeu dominant le champ de la gestion de la déviance juvénile. Cela peut paraître étonnant si l'on connaît les prises de position postérieures de Deligny au sujet des institutions, desquelles il se fera de plus en plus distant tout au long des années : « Ses expérimentations radicales au contact d'enfants autistes à partir de la fin des années 1960 abandonnent par exemple toute visée éducative pour mener une recherche sur la vie commune entre des enfants mutiques, et une communauté de "présences proches" qui vivent à leur contact immédiat. Le projet de village, centre d'adaptation sociale, semble être en contradiction flagrante avec les tentatives ultérieures de Deligny, contradiction qui signale un moment de rupture entre l'adéquation des positions de Deligny aux normes du cadre institutionnel et son progressif éloignement »⁶³⁶.

La publication de son livre en 1945, *Graine de crapules*⁶³⁷, qu'il écrira en 1943 et qui deviendra un ouvrage phare pour des générations d'éducateurs spécialisés, lui ouvre les portes d'un poste de direction au Centre d'observation et de triage (COT) à Lille en 1946

⁶³⁵ Interview donné à l'Express-Méditerranée : Fichet, M. (2016). *Fernand Deligny, un innovateur social aux prises avec les circonstances (1938-fin des années 1950)*. Master Histoire des Sociétés occidentales contemporaines, Université Paris 1, p.25.

⁶³⁶ Fichet, M. (2016). *Op. cit.* p.67.

⁶³⁷ Deligny, F. (1998). *Op. cit.* Si ses aphorismes parsèment encore les mémoires des étudiants ES, c'est son seul ouvrage dans ce style-là. Deligny s'éloignera par la suite de ce texte pour d'autres livres portant la marque d'un travail de plus en plus singulier et marginal qui rendra leur lecture plus ardue.

grâce à sa nouvelle notoriété. Il travaille à la conception d'un plan de prévention de la délinquance juvénile lilloise dont on trouvera le bilan dans l'ouvrage *Les vagabonds efficaces*⁶³⁸. Aux enquêtes sociales des nouvelles admissions se succèdent là-aussi de nombreuses activités physiques, sportives et culturelles. Mais, comme dans chaque établissement où il sera employé, il quittera de lui-même ses fonctions, en désaccord avec les financeurs sur les objectifs et les missions, et développera au fil du temps une conviction : le travail éducatif ne peut se mener que hors institution. En 1948, en lien avec les rencontres faites au COT et dans son cercle de militants de l'éducation populaire, Fernand Deligny crée La Grande Cordée, une association loi 1901, présidée par le psychologue Henri Wallon qui vise à une réadaptation sociale d'adolescents entre 14 et 18 ans. Cette tentative pédagogique s'appuie sur les réseaux des auberges de jeunesse et de l'éducation populaire à travers toute la France en proposant des séjours d'accueil et de travail : « cette organisation a pour but de mettre à la disposition, à la portée d'un garçon, tout ce qui, dans la localité où il vit, peut permettre à un adolescent d'élaborer des intentions nouvelles »⁶³⁹. Selon Deligny et Guilbert, « tout délit d'enfant pose un problème dont la donnée est triple : individuelle, familiale, sociale »⁶⁴⁰ ; c'est pourquoi l'envoi en internat n'est pas satisfaisant puisqu'il met de côté les facteurs familial et social pour travailler uniquement sur le comportement individuel du jeune délinquant. Pour les militants de la Grande Cordée, il s'agit de faire face à « une étonnante docilité aux injonctions d'ordre pratique ou administratif [qui] amène invariablement les organismes dits d'observation ou d'éducation d'enfants et d'adolescents réputés difficiles, dans une impasse où ils finissent tous par se retrouver quelle que soit, par ailleurs, leur situation géographique »⁶⁴¹. Le départ de Fernand Deligny de Paris en 1954 et les difficultés financières liées au manque de financement auront raison de cette association dont l'aventure se termine en 1960⁶⁴².

Deligny, en 1960, travaille à la clinique de La Borde où il a été invité par Jean Oury. Il rencontre Deleuze et Guattari ainsi que la psychothérapie institutionnelle. Bien qu'il reste en marge des clubs et des analyses, on lui confie les patients les plus « incurables ». D'un point de vue pécunier, il vit très chichement durant ces années dans les Cévennes et finit

⁶³⁸ *Ibid.*

⁶³⁹ Deligny, F. (1955). « Ce qu'est la "Grande Cordée" », *Cahiers de l'enfance*, n°18, août-sept, p.47-51.

⁶⁴⁰ Fernand Deligny et Guilbert, Dr. « Tapisserie de Pénélope ». In : Fichet, M. (2016). *Op. cit.* p.68.

⁶⁴¹ Deligny, F. (1949). La grande cordée. *Enfance*, tome 2, n°1, pp.72-76.

⁶⁴² Un bilan de la Grande cordée a été réalisé par Deligny, (1998). *Op. cit.*

par se fixer à Monoblet, en 1967, dans une grande bâtisse prêtée par Félix Guattari. C'est là sa dernière grande tentative, l'accueil d'enfants et adolescents autistes sur une base anti-thérapeutique et un travail de réseau qui récuse toute médicalisation et toute psychiatrisation ou psychanalytique de l'autisme. En effet, il gardera jusqu'à la fin de sa vie une profonde méfiance vis-à-vis de la pensée psychanalytique bien que certains auteurs trouvent des ressemblances avec l'éthique qu'il vise dans ce lieu⁶⁴³. Il accueillera d'ailleurs de nombreux enfants orientés par des psychanalystes de renom de l'époque telles que Maud Mannoni ou Françoise Dolto. Il crée un réseau d'enfants autistes et de « présences proches » - nous y reviendrons – en partenariat avec les habitants du territoire. Pour lui, tentative et institution étaient inconciliables, la première n'ayant pas la prétention de devenir un modèle reproductible. Cette aire d'accueil n'est donc pas un lieu de vie au sens commun mais un réseau de lieux (fermes, maisons, ateliers, etc.) où vivent de petits groupes d'individus, où la démarche n'est pas tant fondée sur la libération d'une parole que sur le respect de ces enfants autistes. En d'autres termes, « l'évolution de la pensée de Fernand Deligny reprend cette critique de la modernité en partant de la remise en cause de l'usage invétéré de la parole, pour appeler à trouver un mode d'être assumant la contingence du langage dans le quotidien, qu'il tentera lui-même d'atteindre au contact d'enfants mutiques dans les Cévennes. Les conclusions théoriques de cette position s'illustrent d'un côté par son écriture valorisant le dérisoire et le burlesque, de l'autre par l'importance qu'il accorde à l'avènement du n'importe quoi dans toute pédagogie »⁶⁴⁴. Cette aventure dans les Cévennes connaîtra aussi des difficultés financières, puisque dépendante des dons et de ce que le réseau produit de façon autonome ; l'anecdote est peu banale, Deligny raconte dans un interview avec Jacques Chancel dans l'émission « Radioscopie » qu'il reçut un chèque de dix millions de francs envoyé par le groupe Pink Floyd⁶⁴⁵. C'est à Monoblet que Deligny finira sa vie en 1996.

IX.10.2 La doctrine delignienne

⁶⁴³ Alexandra de Séguin, A. (2018). Donner lieu à « ce qui ne se voit pas ». *Cuadernos Deligny*, volume I / numéro 1.

⁶⁴⁴ Fichet, M. (2016). *Op. cit.* p.38

⁶⁴⁵ Archive INA du 17 décembre 1980 : <https://madelen.ina.fr/programme/fernand-deligny>

La question se pose de la nature de l'héritage de Deligny dans le champ de l'éducation spécialisée. Pour amener des éléments de réponse, nous proposons de nous arrêter un instant sur la doctrine qu'il a défendue au cours de ses tentatives et plus particulièrement à Monoblet. D'abord, Deligny ne parlait pas de projet mais de tentative : « je crois qu'une tentative ne se mène pas deux fois. Tout au moins pas la même. D'où mon refus obstiné de parler de méthode et même de principe : tout dépend du moment. S'il fallait que j'exprime une doctrine, ça serait ça : admettre le moment »⁶⁴⁶. Et d'ajouter que la tentative « concerne ce nous que nous sommes. (...) Nous sommes là et eux aussi, à la recherche d'une cause commune, et à eux et à nous »⁶⁴⁷. De là, sa méfiance envers des éducateurs formés et diplômés comme le corps psy, s'appuyant plutôt sur des adultes issus du même milieu que ces enfants et pratiquant déjà au quotidien un métier ou un art : auprès de ces jeunes, il est question d'un « "métier" (≠ psychologue, ≠ soignant, ≠ éducateur, ≠ psychiatre) qui consiste à créer un "milieu proche" perceptible par des enfants jusqu'alors "à part", métier qui met en cause la notion même d'institution et la parole en tant que clé de l'institué »⁶⁴⁸. Fernand Deligny prêtait à la distinction à opérer entre le « faire professionnel » et l'« agir éducatif » ; Philippe Gaberan, par la suite, à celle à faire entre « faire éducatif » et « être éducatif »⁶⁴⁹, pour incarner finalement une posture qui ne soit pas une imposture. Jean Houssaye résume ainsi : « La doctrine delignienne n'institue pas le savoir-faire des praticiens du réseau ; ils le détiennent de l'enseignement tiré de leur propre pratique quotidienne au sein d'un espace d'activités qui est un dispositif de réduction de la complexité des manifestations comportementales autistiques auxquelles ils sont susceptibles d'avoir à faire face. Il n'y a donc pas rapport de subordination du savoir-faire au savoir formel au niveau de l'accomplissement des tâches quotidiennes »⁶⁵⁰.

Un des paris de Deligny, c'est que ces enfants « peuvent échapper aux symptômes qu'ils présentent comme on échappe à des gardiens dont il faut surprendre la vigilance et qu'il faut sans cesse dérouter »⁶⁵¹. À Monoblet, il n'existe pas de projets thérapeutiques ou de visées éducatives. L'enfant accueilli ne doit pas être guéri ou changé : « Si un changement

⁶⁴⁶ Deligny, F. in Fichet, M. (2016). *Op. cit.* p.55.

⁶⁴⁷ « Fernand Deligny : une vie en marge. 30 ans de dialogue avec les irrécupérables » *L'Express-Méditerranée*, mars 1972, p.60-80.

⁶⁴⁸ Deligny, F. in de Séguin, A. (2019). Lainé, Deligny et Nous. *Essaim*, 43, 151-160.

⁶⁴⁹ Gaberan, P. (2022). Ce que « être éducatif » veut dire. *Croiser les aspérités du terrain aux défis de la pensée: Un laboratoire de la clinique de l'ordinaire et de l'extraordinaire* (pp. 55-71). Nîmes: Champ social.

⁶⁵⁰ Houssaye, J. (1998). Traces de réflexion. *Deligny, éducateur de l'extrême*. Toulouse, Érès, pp.69-95.

⁶⁵¹ Deligny, F. (2003). "Les neumes". *VST - Vie sociale et traitements*, (n° 78), p.46-48.

se produit chez lui, c'est par "inadvertance", c'est-à-dire à l'insu de toutes les intentions ou projets conscients tant du permanent que de l'enfant. Les adultes sont là pour eux-mêmes »⁶⁵². Les adultes témoignent à la fois d'une attitude de non-intervention et d'une conception de présence proche auprès des enfants. Respect et cause commune, comme nous l'avons dit, sans intention autre que de déjouer les intentions d'éduquer l'autre. Ainsi, « loin d'avoir un savoir sur l'enfant, Deligny attend de ces enfants qu'ils lui apprennent l'humain, sans rien leur demander, juste en les côtoyant et en traçant des cartes à propos des errances de chacun et de tous »⁶⁵³. C'est tout simplement une histoire du moindre geste⁶⁵⁴. Se décrivant, non comme éducateur, mais comme « créateur de circonstances »⁶⁵⁵, son but est de proposer la plus grande variété de chemins possibles aux enfants qu'il accueille. Chose ardue avec ces jeunes dont le langage semble être absent. Deligny s'interroge d'ailleurs, « est-il la condition de toute expérience possible ou n'est-il qu'un événement aléatoire, plus ou moins probable, qui ne conditionne qu'un type particulier d'expérience »⁶⁵⁶ ? C'est une question-clé pour lui qui se confronte à des cas d'autisme très sévères, nécessitant de refondre la catégorie de « l'humain » pour l'étendre aux quasi-sujets mutiques. Une question apparemment inaudible à la fois pour les philosophes qui font du langage le propre de l'homme et les cliniciens qui font de la parole le principe du soin⁶⁵⁷. Aux yeux de Deligny, l'enfant mutique n'est pas un sujet au sens habituel du terme puisqu'il n'a ni langage ni conscience de lui-même. C'est en cela que consiste son irréductible marginalité. Privé d'intériorité, il est privé de réflexivité. Finalement, « ce qui fonde ses conduites – mais on ne doit pas dire "ses" conduites – ce n'est jamais un projet, un concept, mais une sensibilité énigmatique, un système de sensations et de mouvements qui le traversent et le mettent en prise avec le monde, d'une façon qui ne peut qu'apparaître anormale mais qui, pourtant – et c'est cela que Deligny veut donner à voir – finit par constituer une configuration stable qui, n'étant ni le produit d'un mouvement purement mécanique ou instinctif ni le résultat d'un choix rationnel, peut être interprétée comme la trace d'une subjectivation minimaliste »⁶⁵⁸.

⁶⁵² Françoise Ribordy-Tschopp in Houssaye, J. (1998). Traces de réflexion. *Op. cit.* pp.69-95.

⁶⁵³ Houssaye, J. (1998). Traces de réflexion. *Op. cit.* (pp. 69-95).

⁶⁵⁴ Nom qu'il donnera au film sorti en 1971 sur l'accueil des jeunes dans les Cévennes durant le début des années 1960.

⁶⁵⁵ Deligny, F. (1998). *Op. cit.*

⁶⁵⁶ Panero, A. (2021). Fernand Deligny, précurseur d'une inclusion sans condition. *Chimères*, 99, 65-94.

⁶⁵⁷ *Ibid.*

⁶⁵⁸ Houssaye, J. (1998). Traces de réflexion. *Op. cit.* pp.69-95.

IX.10.3 Un nouveau vocabulaire : entre traces, lignes d'erre et chevêtres

Ces traces, il en est question quand Deligny invente le terme de lignes d'erre⁶⁵⁹, ces tracés d'errance, libres, des enfants dont il gardait trace dans des schémas qui inspireraient plus tard Deleuze et Guattari pour créer leur concept de rhizomes. Les lignes d'erre des différents enfants avaient des coïncidences repérables immédiatement sur les cartes. Ils repèrent on ne sait trop quoi dans ces trajets et c'est ce qui va leur permettre d'agir, d'intervenir, de reproduire ce que Deligny appelle des « chevêtres » - pour enchevêtrement ? -, soit des points communs qui attirent, qui aimantent les enfants (le feu, l'eau, les pierres, les croisements des trajets habituels), soit encore des choses communes qui permettent des agir inachevés (comme un coffre en bois qui sera ouvert et refermé, rempli et vidé indéfiniment).

Les lieux-chevêtres structurent l'espace à notre insu⁶⁶⁰. Ils ne sont pas « des moyens de communication ou des appels à communication avec les autres ; il reste qu'ils indiquent que les lignes d'erre sont bien des traces de relation, ne serait-ce qu'avec l'eau et les chemins effacés. Non seulement elles ne nous disent rien ; qui plus est, elles ne nous disent plus rien »⁶⁶¹. Les traces deviennent ainsi des promesses d'un possible ou d'un rien, seul le temps donnera des indications. C'est à cette époque-là que Deligny déploie un travail incessant pour faire exister ce qui se passe au sein des aires de séjour au dehors, en mâtinant son écriture même d'ombre et d'équivoque et en récusant toute intention d'établir l'illusion d'une communication intersubjective claire, de personne à personne qui partageraient prétendument le même objet. Son écriture se départit d'une modalité de discours universitaire, d'un exposé méthodique ou technique de la tentative qui s'élabore à Monoblet. Deligny persévère dans la tentative en évitant en permanence de se placer là où il serait attendu. Les mots sortent de leurs emplois usuels, suivent un dédale inédit, donnant à entendre, penser ou voir une dimension jusque-là éclipsée⁶⁶². De l'intuition plastique de Deligny naît une intuition clinique. Cet enfant qui tourne en rond, interminablement, ne tourne pas sur un lui-même absent et qu'il s'agirait de retrouver, éveiller, compenser. Il cherche, dit Deligny dans la bande son du film *Ce gamin-là*. Il nous cherche, sans nous voir : « le tourner sur soi, le balancer ne sont pas les symptômes

⁶⁵⁹ Cahiers de l'immuable (1975-1976) p.797-867 (consulté le 14-11-22).

<https://deligny.jur.puc-rio.br/wp-content/uploads/2017/09/4.-Cahiers-1.pdf>

⁶⁶⁰ Deligny, F (1997). Ce gamin-là. In: *Chimères. Revue des schizoanalyses*, N°30, Devenir imperceptible. pp. 93-98.

⁶⁶¹ Houssaye, J. (1998). De l'autisme à l'humain. *Op. cit.* pp.37-68.

⁶⁶² de Séguin, A. (2019). *Op. cit.*

d'une action avortée, d'une identité défaillante, d'une capacité relationnelle moindre. Ces comportements sont à prendre très littéralement pour ce qu'ils font et non pour ce qu'ils représentent à nos yeux (des ronds). Cet enfant qui tourne fait traces. Il "trace" au sens où il piste. Tournant et traçant, l'enfant part sur nos traces »⁶⁶³.

IX.10.4 La présence proche : éloge de la latéralité

Dans la perspective éducative classique, la chose, l'objet manipulé, ce qui sert à l'activité n'a pas en soi d'importance, ce n'est que le moyen pour un projet plus noble : communiquer avec un enfant. C'est, comme nous l'avons dit, le principe même de la médiation. Pour Deligny, il s'agit avant tout d'une « présence proche ». Ce terme désigne tout à la fois l'attitude spécifique des adultes chargés de vivre quotidiennement aux côtés des enfants, et les adultes eux-mêmes, paysans et éducateurs non spécialisés. Dans cette optique, l'objet utilisé est en même temps le projet : lorsqu'un adulte cuisine, le garçon autiste pourra s'y associer à sa façon certes, mais l'important reste que la cuisine se fasse. Généralement, cuisiner est un moyen relationnel, une activité non nécessaire, puisque de toute façon elle sera faite ailleurs. On attend de cette activité qu'elle permette à l'enfant de s'ouvrir à l'autrui, qu'elle serve un projet qui est tout autre. Paul Fustier raconte un exemple fameux : « Deligny raconte comment, autrefois, s'occupant d'adolescents, il jouait aux dés au café, et ce qu'il advenait lorsqu'un jeune se présentait à lui. Il était fort mal reçu, raconte Deligny, et devait bien comprendre que l'important ce n'était pas lui, mais la partie de 421... "il n'y avait qu'une chose à faire, jouer au 421, tout bravement. Pas avec le patient, avec qui alors ? Tout seul pourquoi pas. De quoi se faire la main et devenir un professionnel du 421" »⁶⁶⁴.

La présence proche vaque à des travaux qui sont ceux du réseau, qui assurent le quotidien de la vie, s'occupe du territoire, que ce soit une ferme, un élevage de chèvres ou un four pour produire du pain. Et ces tâches ne sont pas outils thérapeutiques, elles existent simplement parce qu'il faut bien vivre et se nourrir – rappelons les difficultés financières. Dans cette perspective, on ne « s'occupe » pas de l'autiste, on ne cherche pas à le guérir ou à le faire évoluer. Plutôt que de prendre soin des enfants eux-mêmes, elles prennent soin de l'espace et c'est donc à travers l'espace qu'elles les suivent. La présence proche,

⁶⁶³ Perret, C. (2016). La vie fossile: Hommage à Fernand Deligny. *Po&sie*, 156, 100-109.

⁶⁶⁴ Fustier, P. (2013). Pratiques en ricochets. *Op. cit.* pp.11-16.

c'est un côte-à-côte de voisinage, c'est de la contiguïté, c'est seulement être là, se prêter à ce qui fera qu'éventuellement l'autiste aura la possibilité de s'introduire dans un événement du quotidien⁶⁶⁵. Mais ce n'est jamais l'y attirer, ni lui en désigner le sens. Il n'y a qu'à écouter Deligny : « J'avais pensé en lisant le rapport d'Itard (concernant Victor, l'enfant sauvage de l'Aveyron) : pouvait pas lui foutre la paix à c't'enfant-là »⁶⁶⁶.

Si la relation éducative s'instaure généralement par le côté, évitant tout rapport de force frontal, nous observons dans ces présences proches l'absence explicite d'un projet thérapeutique concernant le jeune autiste ; on laisse l'agir exister sans chercher à la domestiquer. Ce genre de tentative est loin d'être aisée ailleurs qu'à Monoblet mais pour Paul Fustier, « l'éducateur manque son objectif lorsqu'il méconnaît ou lorsqu'il oublie que la finalité de l'activité n'est pas dans la réalisation d'un objet mais dans la possibilité offerte à une personne de se saisir d'un sens à être là. C'est cela la médiation éducative à l'œuvre dans la relation »⁶⁶⁷. D'ailleurs, nous pensons qu'un lien avec la pratique en ricochets de cet auteur est pertinent. Paul Fustier avait effectué une recherche autour des pratiques éducatives expérimentales de Fernand Deligny, déployées « hors les murs » de l'institution⁶⁶⁸. Il raconte également l'exemple d'une AS qui intervient en hôpital psychiatrique : « Lorsque Josiane, par générosité, remplace les intervenants du front, tout se gâte. Elle n'arrive pas à contenir sa "pulsion de dévoration", son intrusion affective, tout le contraire de ce que Deligny nomme la "présence proche", où il n'y a pas de "prise directe". Parallèlement, elle n'arrive pas à rendre "naturelles" les activités qu'elle met en place (comme cuisiner), car, en bonne aristocrate, elle en fait un outil relationnel, une médiation, alors que chez Deligny, c'est la cuisine qui compte pour elle-même, qui peut ouvrir, ou non, à la présence proche »⁶⁶⁹. Fustier parle de « position de voisinage » où les enfants peuvent trouver leur compte par un effet ricochet, c'est-à-dire, « ce qui se produit chez l'enfant dans l'ordre d'un changement personnel, lorsqu'interviennent des agents qui ne sont apparemment pas explicitement chargés de promouvoir ce changement, mais seulement des gens occupés à autre chose, à des activités différentes qui sont conçues comme des objectifs et non comme des médiations relationnelles mises en place pour

⁶⁶⁵ Elles ont une tâche importante parmi d'autres, celle d'enregistrer les traces des enfants.

⁶⁶⁶ Deligny, F. (1974). *Le Droit au Silence. Libération*, édition du 10 mai 1974.

⁶⁶⁷ Fustier, P. (2020). Milieu de soin et travail des circonstances: Modes d'insertion professionnelle et relation de contiguïté en milieux institutionnels. *Op. cit.* pp.119-152.

⁶⁶⁸ Ravon, B. (2020). De la latéralité dans la relation d'accompagnement: À propos d'une recherche méconnue de Paul Fustier sur la « tentative Deligny ». *Op. cit.* pp.103-118.

⁶⁶⁹ Ravon, B. (2020). *Op. cit.* pp.103-118.

obtenir un résultat dans les domaines du soin et de l'éducation »⁶⁷⁰. Autrement dit, une pratique qui ne vise pas l'enfant⁶⁷¹ mais qui reste ouverte s'il souhaite s'y engager.

IX.10.5 Existe-t-il une clinique delignienne ?

Nous pouvons légitimement nous poser la question quand on voit la défiance de Deligny vis-à-vis de la pensée psychanalytique et sa façon d'aborder l'enfant autiste comme non-sujet. Nous l'avons dit, pour lui, l'autiste relève de l'agir et non du faire. Il s'explique : « Je déploie quelque peu, peut-être beaucoup trop, ce qui alors s'évoque d'un geste où l'*agir* l'emporte sur le *faire* où prédomine l'intention, qu'elle soit consciente, ou, comme on dit, inconsciente. Que l'agir soit dépourvu d'intention, c'est bien ce que je veux dire. Et pourtant, l'*agir* existe bel et bien, humain à n'en pas douter, et non pas résidu de quelque inaptitude, mais ébauche liminaire de ce que l'image héritée que chacun se fait de l'homme élude depuis toujours »⁶⁷². Jean Houssaye propose cette lecture : « Pas de sujet, pas de soi, pas d'intention, pas de volonté de faire chez les autistes, juste de l'agir. Pas de jeu non plus, mais un agir qui advient et qui est commun à la plupart d'entre eux. Le sujet ne se dérobe pas, il n'est pas limité, il n'est pas, voilà tout. L'agir est contraire à la nature du faire, car il est pour rien. Janmari [un des autistes accueillis à Monoblet] trace les mêmes cercles depuis des années et personne ne prétend lui faire acquérir un "mieux faire". Ces cercles rudimentaires ne sont pas une ébauche d'un plus élaboré, c'est un reste de l'humain. L'agir ne connaît ni savoir, ni vouloir, ni falloir »⁶⁷³.

Pourtant, il pourrait sembler qu'au-delà de la singularité radicale de sa démarche, Deligny s'attache – chemin faisant – selon une éthique proche de celle de la psychanalyse, à agencer les conditions d'émergence d'événements imprévus, à dessiner les contours de la part inassimilable du réel, irréductible à la saisie par le sens⁶⁷⁴. Pour Alexandra de Séguin,

⁶⁷⁰Fustier, P. (2013). Pratiques en ricochets. *Op. cit.* pp.11-16.

⁶⁷¹« Peut-être alors, à un moment de son histoire, l'éducateur s'est-il d'autant plus intéressé à l'acquisition d'une compétence technique, que celle-ci pouvait, pensait-il, lui donner les « atouts » relationnels qu'il relevait ou que l'on relevait chez d'autres professionnels ayant une tâche précise et facile à définir. Les pratiques de médiation élaborées alors par l'éducateur lui ont fait courir le risque d'ignorer que la première caractéristique d'un jardinier c'est de s'occuper du jardin et non pas d'être « jardinothérapeute », et que s'il a une efficacité thérapeutique c'est qu'il ne la vise pas ; ainsi, en est-il aussi de la cuisinière, de l'homme d'entretien... ». *Ibid.*

⁶⁷²Deligny, F. in Houssaye, J. (1998). De l'autisme à l'humain. *Op. cit.* pp.37-68. Souligné par l'auteur

⁶⁷³ Houssaye, J. (1998). De l'autisme à l'humain. *Op. cit.* pp.37-68.

⁶⁷⁴ de Séguin, A. (2018). *Op. cit.*

« la dimension clinique des pratiques de Deligny me semble indubitable même si elle n'est pas univoque : son enchevêtrement avec les perspectives anthropologiques, artistiques et politiques participe certainement à l'allègement des symptômes des enfants autistes. En effet, les enfants en viennent parfois à participer aux gestes du quotidien et à cesser de se mutiler. Et surtout ils vivent dans un milieu ouvert qui est incomparable avec l'asile où certains auraient pu rester enfermés, s'ils n'avaient pas été adressés puis accueillis dans le réseau des Cévennes »⁶⁷⁵. Une chose est certaine, la tentative chez Deligny n'est pas fondée sur une visée thérapeutique ni sur une conception du transfert : « elle se déploie à partir du lieu de la différence de l'autre, en essayant de faire part à la perspective des individus qui s'inscrivent en rupture avec l'ordre habituel établi, à partir de ce qui échappe à la raison commune et de ce que nous ne savons pas de nous-mêmes.

De manière plus générale pour Deligny, la question qui prévaut n'est pas celle du soin, mais d'intervenir sur les circonstances, de transformer l'agencement des espaces de façon à créer un écart propre à accueillir les initiatives des enfants »⁶⁷⁶. Il s'est toujours méfié de l'affection, de la pitié et autre charité et puritanisme de l'accueil des enfants en souffrance. L'éducation doit être en premier lieu négative, en ce sens qu'elle se définit par ce qu'il faut éviter : pas de volontarisme, pas de séduction, pas de punition, pas d'amour, pas d'affection. Il ne s'agit pas pour autant d'une défense précise Jean Houssaye, au contraire, même : « permettre à l'autre d'être lui-même suppose que l'on se tienne auprès de lui, sans armes et sans cuirasse, sans punition et sans récompense. Une telle présence non-défensive ne peut pas être compensée par l'affection car cette dernière se retourne contre l'intention ». Peut-être est-ce à cause de cette tentative (!) de voir contrôler ce qui a trait à l'affectivité que Deligny préfère parler de réseau où des humains s'entrecroisent à partir d'un projet commun plutôt que d'une communauté ; « sans oublier qu'un réseau reste un tant soit peu un moyen de résistance (...). Le coutumier tient lieu de mode de relations. Exclut-il toute affectivité ? Non, mais certaines de ses formes. Il supporte la solidarité, mais non la charité ; la distance, mais non la promiscuité ; le dispersement, mais non la communauté »⁶⁷⁷. D'autre part, il refuse la dimension institutionnelle de sa tentative, car sa visée idéologique ne pourrait tolérer un refus du soin comme objectif premier ni l'espace nécessaire aux initiatives des présences proches.

⁶⁷⁵ *Ibid.*

⁶⁷⁶ *Ibid.*

⁶⁷⁷ Deligny, F. in Houssaye, J. (1998). Des crapules aux vagabonds. *Op. cit.* pp.13-36.

C'est à ce titre là seulement que Deligny souhaite, au fil du temps, blesser l'institution : « Je me dis que la tâche d'une tentative est d'échapper le ON de l'institution ; échapper n'a jamais voulu dire vider des chopes, mais érafler, une tentative étant pour ce que j'en pense, une éraflure - cicatrice serait trop dire - dans la couenne de l'inéluctable monstre qui peut se dire état des choses. Et une éraflure, c'est déjà mieux que rien ou qu'un projet qui reste à l'état de projet »⁶⁷⁸. La démarche de Deligny, comme celle de la psychanalyse en des coordonnées autres, appelle à faire place à une forme de suspens dans notre écoute et notre regard, mais aussi à supporter ce qui ne s'explique pas et échappe à notre entendement.

Sa pensée n'a pas fait école mais inspire encore aujourd'hui nombre de pratiques tentant d'exister au bord des normes, jouant sur la porosité de leurs frontières, conscientes des limites de l'organisation institutionnelle. À notre sens, Deligny propose ce qui a trait à une clinique radicale, celle de l'impossible émergence d'un sujet tout à fait conscient de lui-même, et ce, malgré toute la disponibilité de l'environnement, adultes, locaux, territoires. Défenseur d'une approche au cas par cas, sa clinique défend, coûte que coûte, la possibilité pour l'enfant accueilli de laisser le symptôme s'exprimer sur la scène quotidienne. Précisons que cet auteur n'a pas toujours été en dissidence contre son temps comme le laisse à penser la construction du mythe autour de son personnage ; « Elle ne soutient pourtant pas la comparaison avec des textes écrits sur le vif, qui signalent un engagement beaucoup plus conformiste, malgré les critiques qu'il peut proférer à l'égard des orientations dominantes prises par le champ de la gestion de la déviance juvénile »⁶⁷⁹. Pour autant, s'il a été rapproché à d'autres fameux pédagogues écrivains tels que Pestalozzi ou Makarenko, sa position relative de franc-tireur - y compris au sein du Parti Communiste où il a adhéré pendant de longues années -, l'a définitivement éloigné d'un modèle étalon qui ne verra probablement jamais le jour. Assumer que l'agir des enfants, s'ils font signe, ne sont ni à déchiffrer, ni à interpréter mais seulement à accueillir dans les configurations que nous avons précisées tout au long de ces dernières pages pourrait s'apparenter à une gageure dans le champ de l'éducation spécialisée contemporaine. Refusant le terme éducateur ou pédagogue, se prévalant plus de l'artiste, que ses nombreux dessins, ouvrages et films confirment, Deligny laisse apparaître une clinique de l'observation, du laisser apparaître, de l'accueil inconditionnel et où le désir de l'adulte

⁶⁷⁸ Deligny, F. in de Séguin, A. (2018). *Op. cit.*

⁶⁷⁹ Fichet, M. (2016). *Op. cit.* p.58.

reste immensément humble : « Un maître mot, je le dis depuis que j’essaie de dire en écrivant : un éducateur c’est-y celui qui s’occupe des autres ? Pour moi, non. C’est celui qui, avec les autres, crée des circonstances grâce aux autres qui sont là. Il s’agit de réaliser quelque chose qui n’existe pas encore, pour parler comme le dictionnaire, quelque chose, en l’occurrence, où les enfants seraient utiles, nécessaires, indispensables, en tant que chercheurs »⁶⁸⁰ .

IX.11 Conclusion du chapitre IX

À travers cette revue de littérature, nous constatons que la clinique de l’éducation spécialisée s’apparente à une « métis clinique »⁶⁸¹ dont nous pouvons mettre en valeur ses fondamentaux. Nombre de ces fondamentaux renvoient à ce qui avait déjà émergé de nos entretiens exploratoires menés auprès d’éducateurs spécialisés. La perspective clinique est centrée sur ce qui fait événement pour le sujet et interprété comme tel par le professionnel. La personne accompagnée est considérée comme sujet d’énonciation, d’intention, de désir, aux prises avec des situations qu’elle met en partage avec l’adulte. Cette clinique « consiste à construire un savoir propre à chaque situation »⁶⁸² quand bien même « elle repose sur un impossible : celui de recouvrir la singularité du cas par un modèle théorique donné, fût-il hérité de la psychanalyse »⁶⁸³. Loin de se réduire à une clinique des surfaces, comme pourrait le laisser imaginer l’apparent aspect routinier du quotidien, elle vise à repérer en profondeur les enchaînements significatifs qui se forment dans le rapport que le sujet entretient à lui-même et aux autres et à venir les interroger. Dans cette optique, aucune recommandation de bonnes pratiques ne peut venir affranchir l’éducateur des encombrements du transfert et du contre-transfert. Il est avant tout question d’un rapport éthique à ce que l’on dit et agit au quotidien. Si l’institution instaure un cadre dont elle est la garante, la dynamique d’équipe participe tout autant à venir border les professionnels dans ce travail de la pensée. Forcément, puisqu’ils ont à leurs côtés « un sujet qui cherche à construire une histoire mais qui rencontre toujours les limites de l’inconnu, du non-pensé, du non-pensable des déterminations et des contraintes psychiques, sociales, culturelles, diverses et hétérogènes, qui trament ses

⁶⁸⁰ Jouvenet, L. P. et al. (1988). *Fernand Deligny, 50 ans d’asile*. Toulouse, Privat. p.48.

⁶⁸¹ Berton, J. (2007). *Op. cit.*

⁶⁸² Ponnou, S., & Niewiadomski, C. (Dir.) (2020). *Op. cit.* p.139.

⁶⁸³ *Ibid.*

investissements »⁶⁸⁴. L'accueil et la place donnée au symptôme et à ses expressions est dès lors fondamentale car il est bien souvent le seul moyen pour ces enfants et adolescents d'initier le dialogue avec l'autre sur ce que provoque sa souffrance. Pour Freud, « Le symptôme se forme à titre de substitution à la place de quelque chose qui n'a pas réussi à se manifester au dehors »⁶⁸⁵ ; l'intervention de l'adulte réside dans sa volonté d'accompagner le sujet à exprimer par la parole cette momentanée impossibilité à manifester ses sentiments autrement.

Si les façons d'y parvenir sont nombreuses et pour le moins incertaines, nous avons pu voir comme elles pouvaient différer les unes des autres selon le courant de pensée, l'époque, et la nature même des établissements. À ce titre, l'exemple de la tentative delignienne nous semble tout à fait remarquable. Radicale dans son expression, elle ne propose finalement rien d'autre que laisser une place visible et reconnue à ceux qui se retrouvent trop souvent exclus ; ce n'est pas pour autant désirer que l'autre soit redressé, rééduqué, normalisé. Ce n'est pas non plus vouloir absolument pour ces adolescents ce que nous avons décidé comme étant le plus approprié. Nous nous souvenons d'une collègue qui réprimandait un garçon et qui alors qu'elle disait « Moi à ta place » avait vu un de ses camarades répondre au tac au tac « Oui mais si tu te mets à la place de Simon, Simon il se met où » ? Cette scène avait marqué notre esprit de jeune professionnel par la justesse et la profondeur de cette courte parole lancée avec morgue entre deux bouchées de pain. Tous les auteurs que nous avons évoqués dans ce chapitre, comme beaucoup d'autres dans les précédents, s'accordent sur le fait qu'une des tâches difficiles de la clinique en éducation spécialisée est de créer un espace où l'autre peut trouver place et pourquoi pas s'en émanciper. Quand bien même il refuserait de s'y rendre ou de la prendre. La fonction éducative étant d'élaborer dans la mémoire collective qu'en tous lieux et tout temps, existe un lieu où l'individu peut être accueilli, en dépit de ses symptômes. À ce titre, l'éducateur spécialisé, « impertinent et habile, poète, mémoire, offre au sujet d'habiter l'absence, d'apprendre à faire avec le vide et de saisir sa chance créative. Sa technique relève d'abord d'une esthétique à travers laquelle l'enfant se trouve conduit sur son propre chemin d'avenir, à l'appui des signifiants et des savoirs qui jalonnent sa traversée »⁶⁸⁶.

⁶⁸⁴ Giust-Desprairies, F. (2019). *Approche clinique*. *Op. cit.* pp.280-283.

⁶⁸⁵ Freud, S. (2015). *Introduction à la psychanalyse*. Paris, Payot, p. 251.

⁶⁸⁶ Ponnou, S. (2014). *Op. cit.* p.93.

PARTIE 2 : ENCART MÉTHODOLOGIQUE

Chapitre X. Démarche de problématisation

X.1 Problématique de recherche

Notre travail de recherche, dans cette phase exploratoire, a conjugué un récit d'expérience, une pré-enquête en DITEP et un état de l'art des différents concepts et notions que nous avons mobilisés en vue de mieux circonscrire notre objet de recherche. Pour rappel, nous avons comme point de départ la question suivante : Existe-il une spécificité de la clinique en travail social ? Nous avons pu montrer comme cette clinique différerait d'autres cliniques – médicale, psychanalytique, etc. - par sa dimension transdisciplinaire, par la nature de la relation éducative, les publics accompagnés et par bien des aspects qui viennent caractériser le travail social tels que la médiation, le travail d'équipe, la crise, le quotidien, l'institution. Mais pour autant cela la rendrait-elle spécifique par rapport aux autres cliniques ? Serait-ce le contexte et les pratiques d'accompagnement qui sont spécifiques plus que l'approche d'orientation clinique ? Ou s'agirait-il finalement d'une épistémologie de la clinique en travail social qui serait, elle-même, particulière ?

Dans le même temps, en nous attachant à préciser les contours du travail social, nous pensons pertinent désormais de parler de clinique éducative ou de clinique de l'éducation spécialisée, ce champ étant plus précis et mieux défini. Nous avons aussi mis à jour l'impact du modèle néolibéral sur les pratiques professionnelles et ses effets sur les approches cliniques. Ces dernières demeurent présentes face à la vague de fond gestionnaire, managériale et rationaliste qui balaie le secteur. Nous pourrions dire, à la suite des entretiens passés avec les directeurs d'établissement, que défendre la clinique aujourd'hui est synonyme de résistance, principalement auprès des organismes de tarification et de tutelle qui favorisent d'autres approches. D'autre part, la revue de littérature sur les approches d'orientation clinique en sciences humaines nous a permis de faire émerger des invariants : le cas par cas, la construction de savoirs et l'implication du clinicien. Un autre invariant à la clinique en travail social renvoie à l'hospitalité à la souffrance. Nous pourrions dire que ces quatre éléments forment le socle de cette clinique.

Pour autant, notre conviction est qu'à une autre strate, à un autre niveau, celui de l'éducation spécialisée, les pratiques d'orientation clinique possèdent d'autres constantes, d'autres régularités que nous avons brièvement évoquées ; c'est ce vers quoi les différentes étapes de notre phase exploratoire nous invitent à investiguer.

En quoi caractériser les concepts opératoires de la clinique de l'éducation spécialisée permet d'en faire émerger sa spécificité ?

X.2 Hypothèses de recherche

1. L'accompagnement des jeunes en DITEP obéit moins à la mise en œuvre d'un ensemble de savoirs stabilisés qu'à la mise en œuvre d'une clinique spécifique qui se déploie au quotidien.
2. Le travail clinique reste invisibilisé et mal reconnu par les éducateurs spécialisés eux-mêmes comme par les organismes de tarification et de contrôle.
3. Des invariants existent dans les pratiques d'orientation clinique en éducation spécialisée, quel que soit l'établissement où l'on exerce.

X.3 Spécificités, invariants, constantes ?

Durant notre recherche, nous hésitions sur le terme à employer pour qualifier les éléments constitutifs d'une clinique de l'éducation spécialisée. Nous avons débuté ce travail par une interrogation autour de possibles spécificités de cette clinique, c'est-à-dire « qui présente une caractéristique originale et exclusive »⁶⁸⁷ en nous efforçant de la différencier des autres cliniques évoquées précédemment. Cependant, il nous semblait manquer une propriété, celle de faire émerger des attributs qui se retrouveraient en tous lieux, auprès de tous publics, dans n'importe quelle situation. Au fil de nos réflexions, nous étions en quête de nommer ce qui, en finalité, ne bouge pas ; autrement dit, ce qu'est, au moins, la clinique de l'éducation spécialisée. Le terme d'invariant nous est apparu simplement, au sens de « ce qui ne varie pas, qui est constant, fixe, stable »⁶⁸⁸. Puis, par le hasard d'une

⁶⁸⁷ Dictionnaire du CNRTL en ligne.

⁶⁸⁸ Dictionnaire du CNRTL en ligne.

discussion avec notre médecin à la clinique du sport - cela ne s'invente pas !- où nous nous efforcions de rendre intelligible notre sujet de thèse à travers une explication plus ou moins alambiquée, celle-ci nous lâcha tranquillement « Oui, vous cherchez les constantes quoi ». Cela sonna comme une illumination. En investiguant le « ce qu'est au moins la clinique », cette idée de constantes en médecine, c'est ce que l'on va chercher en priorité chez le patient et qui définit l'état de santé. En d'autres termes, on vérifie si les constantes sont bonnes et après on voit. L'étymologie du terme n'a fait que confirmer cette orientation : du latin *constans* « ferme, qui ne se laisse pas ébranler ; inaltérable (d'une pers. ou d'une chose) »⁶⁸⁹, elle se définit d'une part par « qui présente un caractère de permanence, de continuité ou de stabilité » ; et dans le domaine des sciences humaines, elle se rapporte à un « élément invariable, utilisé le plus souvent comme point de repère ». Invariant et invariable. Ajoutons, pour la coquetterie qui n'en est pas vraiment une, son sens vieilli, proposé toujours par le CNRTL : « qui demeure ferme, inébranlable au milieu des épreuves »⁶⁹⁰. Inébranlables dans les épreuves, ce sont clairement les constantes que nous aspirions à mettre en lumière, c'est-à-dire, au risque de le répéter : peu important les modalités d'intervention (public, établissement, mission, cadre public ou privé, salarié ou libéral, etc.), viser à définir l'essence de la clinique en éducation spécialisée. Conscients de flirter d'une part avec l'*hubris* du chercheur, et d'autre part avec le démon de la totalité – en désirant circonscrire la clinique qui échappe aux définitions et par extension à l'humain dont elle est l'objet (ou le sujet ?) -, nous nous sommes efforcé de rester humble et fidèle à ce que notre clinique nous proposait. Si nous avions à imaginer notre démarche scientifique, nous dirions que nous avons proposé à la clinique de s'allonger, non pas sur un divan mais sur une table d'observation, afin que nous puissions lui prendre les constantes. Comble de l'ironie ou véritable mise en abîme, nous nous tenions nous-même au chevet de la clinique afin de s'enquérir de son état.

X.4 Entre concepts opératoires spécifiques et « théorisation bricolée »

Ces constantes, dans notre démarche scientifique, nous les qualifions de concepts opératoires. En cherchant quels sont les attributs de cette clinique de l'éducation spécialisée, nous visons à mieux la décrire, la caractériser en nous appuyant sur des micro-

⁶⁸⁹ Dictionnaire Le Gaffiot en ligne

⁶⁹⁰ Dictionnaire du CNRTL en ligne.

concepts, les seuls à être au plus près des situations rencontrées. Ces concepts opératoires, ou concepts opératoires isolés, sont conçus empiriquement à partir de revues de littératures, d'entretiens, d'observations, d'expériences... autant d'indicateurs que nous avons étudiés. À la différence d'un concept systémique développé par des auteurs reconnus qui désigne une catégorie mentale à laquelle pourrait correspondre un fait, le concept opératoire isolé se construit avant tout empiriquement. Il se situe donc à mi-chemin entre le concept systémique et les prénotions. Nous n'avons pas pu relever dans la littérature scientifique de concepts systémiques caractérisant la clinique de l'éducation spécialisée. Ainsi, avant de regarder vers ces derniers, nous empruntons une étape intermédiaire qu'est la construction de ses concepts opératoires.

Fidèle à cette image de l'artisan, nous nous employons, dans une démarche inductive, à bricoler nos propres concepts. Quivy et Van Campenhoudt parlent de « théorisation bricolée » : « Dans la réalité d'une recherche concrète, où il s'agit de conjuguer l'exigence de cohérence théorique et celle de souplesse et d'inventivité dans un contexte chaque fois singulier, le chercheur combine souvent les deux formes de théorisation : il construit sa propre voie tout en empruntant des éléments à des théories existantes ou à des recherches antérieures de qualité portant sur le même ordre de phénomènes »⁶⁹¹. L'impression qu'un biais de confirmation puisse exister tout au long de ce travail de recherche n'est pas étranger à cette notion de théorisation bricolée dans la mesure où nous nous sommes appuyé d'abord sur l'existant pour pouvoir monter conceptuellement en abstraction. Tout bricoleur produit à partir de matériau, déjà-là, qu'il recycle et qu'il transforme pour s'adapter à l'environnement. D'autre part, en assumant notre subjectivité, nous sommes conscient de la tendance naturelle à privilégier des données qui peuvent conforter notre clinique : c'est là toute l'importance du travail d'élucidation de notre implication dans la recherche que nous aborderons ci-après. C'est donc au gré de nos avancées et de nos observations que nous avons élaboré, développé et peu à peu affiné ces concepts opératoires isolés. Nous mesurons la limite de ces derniers : « L'intérêt d'une construction bricolée est qu'elle permet d'éviter de s'enfermer trop vite dans un modèle théorique "clé sur porte"⁶⁹², mais le risque est de procéder à une construction à partir soit d'observations partielles et d'informations souvent tronquées ou

⁶⁹¹ Van Campenhoudt, L., Marquet, J. & Quivy, R. (2017). Quatrième étape – La construction du modèle d'analyse. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Malakoff, Dunod, pp. 151-197

⁶⁹² Ou encore inexistant, pourrions-nous ajouter.

biaisées qui se présentent à nous, soit d'idées préconçues où le monde est conçu à partir de ce que l'on perçoit [...] »⁶⁹³. Ce fort ancrage dans le terrain et cette place faite à l'étude des pratiques d'orientation clinique en éducation nous invitent à repenser la mise en tension théories et pratiques. De quoi ces dernières sont-elles composées ? Comment et pourquoi fonctionnent-elles ? Le tout avec une ambition, celle de comprendre quelle est leur nature, et une grande humilité, puisque ce travail vise à poser les premières pierres d'un chantier plus vaste. Ceci étant dit, nous ne sommes pas entièrement satisfait par l'adjectif « isolé » dans la mesure où notre volonté prétend justement de produire un ensemble solidaire. C'est pour cette raison que nous avons privilégié l'épithète « spécifique », notre hypothèse principale s'orientant clairement dans cette direction. C'est pourquoi nous parlons dans cette recherche des concepts opératoires spécifiques de la clinique de l'éducation spécialisée.

Chapitre XI. Référents interprétatifs initiaux

Les sciences humaines visent d'emblée quelque chose qui leur échappe : une forme de vérité inhérente à l'existence en tant qu'humain. Ce qu'elles étudient, elles ne peuvent tout à fait l'objectiver, au risque de le dissoudre⁶⁹⁴. Pour autant, toute démarche scientifique opère une réduction de son objet d'étude, c'est ce à quoi nous nous sommes employé vis-à-vis de l'objet « clinique ». Notre implication dans cette recherche a été abordée, y compris par rapport à notre terrain. Ce dernier, « au sens que lui donnent les ethnologues et les ethnographes, a de la profondeur, justement parce qu'il se donne à voir en termes d'opacité, parce que tout ce qu'il comportait d'intéressant ne se réduit pas à l'observable. [...] L'implication ne peut être appréhendée, ni comprise, que par une démarche clinique. Elle s'écoute finalement plus qu'elle ne s'observe »⁶⁹⁵. Le travail d'élucidation de nos implications est une tâche quotidienne, tant pour ce qui concerne les aspects interpsychiques que pour ce qui renvoie au contexte et de la position sociale que nous occupons en tant que praticien-chercheur⁶⁹⁶. Cette implication n'est cependant pas

⁶⁹³ Van Campenhoudt, L., Marquet, J. & Quivy, R. (2017). Quatrième étape – La construction du modèle d'analyse. *Op. cit.*

⁶⁹⁴ Buznic-Bourgeacq, P. (2021). *Prendre en compte le sujet: Enjeux épistémologiques et défis méthodologiques pour les sciences humaines*. Nîmes, Champ social.

⁶⁹⁵ Ardoino, J. (2000). L'implication. *Les Avatars de l'éducation: Problématiques et notions en devenir*. Paris, Presses Universitaires de France, pp.205-215.

⁶⁹⁶ Devereux G. (2012). *De l'anxiété à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris, Flammarion.

un « bruit parasite », bien que nous la reconnaissons comme un facteur de distorsion. À notre sens, elle constitue au contraire une source et un moyen de connaissance.

Dans sa visée clinique, notre choix méthodologique est éminemment qualitatif. Aussi, avons-nous fait le choix d'une méthodologie allant dans ce sens, c'est-à-dire avoir recours à des études de cas et à un échantillon restreint lors des entretiens. Deux méthodes différentes au service d'une même finalité : cartographier les concepts opératoires de la clinique de l'éducation spécialisée. Dans un premier temps, nous irons recueillir les invariants de la clinique à partir d'entretiens auprès d'éducateurs spécialisés. L'idée est de recueillir leur vision des fondamentaux à l'œuvre cette clinique, ce qui permettra de confirmer celles qui ont émergé lors de la revue de littérature et en ajouter d'autres à celles déjà mentionnées. Nous pourrons vérifier aussi comment ces pratiques cliniques sont perçues par les principaux acteurs des terrains investigués. Dans un deuxième temps, nous présenterons des cas cliniques en écho aux résultats des interviews. Il nous aurait paru incongru, voire irrespectueux, dans une recherche clinique, de ne pas faire état de « notre » clinique. Nous proposerons donc une lecture personnelle de chaque constante précédemment identifiée dans l'enquête.

Nos référents interprétatifs initiaux visent donc, dans une optique compréhensive, à recueillir des données sur le phénomène de cette clinique de l'éducation spécialisée. C'est-à-dire porter attention au fragment, au particulier, à travers un regard micrologique qui suppose d'accorder une réelle considération aux acteurs qui nous entourent, qu'ils soient adultes ou adolescents, à leurs souffrances comme à leurs espoirs. Nous allons ainsi sélectionner des faits, choisir des concepts et interpréter des résultats sans chercher à tendre à l'exhaustivité : le tableau final que nous dépeindrons ne correspondra certainement pas à la réalité dans son ensemble. Nous proposerons une certaine lecture de ce dernier en assumant sa part d'approximation, nécessaire dans toute recherche scientifique. Bien évidemment, les données, au sens où nous l'entendons ici, ne sont pas des « morceaux de réel » au sens d'Olivier de Sardan, cueillis et conservés tels quels, pas plus qu'elles ne sont de pures constructions de notre esprit ou de notre sensibilité : « Les données sont la transformation en traces objectivées de "morceaux de réel" tels qu'ils ont été sélectionnés et perçus par le chercheur »⁶⁹⁷. Par ailleurs, nous n'entrerons pas dans la vaine et éculée controverse qui oppose approches quantitative et qualitative. Faire

⁶⁹⁷ Olivier de Sardan J-P. (1995). « La politique du terrain », *Enquête*, 1, 71-109.

s'affronter « les lettres et les chiffres »⁶⁹⁸, pour reprendre la belle expression de La Houle, ne nous semble absolument pas pertinent dans la mesure où cette opposition nous paraît plus idéologique et politique que véritablement méthodologique. Nous savons trop bien quelles avancées fondamentales et différenciées ces deux méthodes ont apporté aux sciences humaines et sociales. Notre choix s'est porté naturellement vers une méthodologie qualitative privilégiant la prise en compte des dimensions subjectives dans la mesure où nous n'imaginions pas pouvoir traiter sérieusement de la clinique et de la singularité de la relation éducative autrement. D'autant plus, à propos de problématiques où la compréhension et l'interprétation de la réalité par les acteurs sociaux s'avérait aussi prégnante. Nous ne proposerons donc pas dans cette partie d'évoquer les caractéristiques de ces deux grands courants.

XI.1 La posture de praticien chercheur

Il nous paraît néanmoins incontournable de rappeler de quels attributs se pare notre position de chercheur au sein de cette recherche. Une première étape dans nos travaux a été d'accepter notre implication dans cette recherche en tant que praticien chercheur d'une part, et acteur-spectateur de l'environnement dans lequel nous évoluons d'autre part. Nous nous retrouvons clairement au service de notre pratique professionnelle : « Dans la démarche d'un praticien-chercheur il arrive que le chercheur prenne le pas sur le praticien, en particulier dans son rapport à l'université et que parfois le praticien l'emporte sur le chercheur. L'enrichissement dialectique des deux fonctions se construit au quotidien dans un glissement constant du praticien qui s'interroge, qui cherche à comprendre la réalité qui l'entoure et à laquelle il participe, à un praticien qui, voulant accéder à la recherche, est amené à fréquenter des notions »⁶⁹⁹. D'une certaine façon, nous nous sentions déjà chercheur en tant que praticien, sans que cela ne revête le sens académique et universitaire généralement usité⁷⁰⁰. Initier une recherche portant sur les éducateurs spécialisés, dans leur pratique quotidienne de la clinique et dans un DITEP, paraît un cheminement logique

⁶⁹⁸ La Houle, G. in Pires, A. (1997). « De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales ». in Poupard et al. (dir.) *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, pp. 3-54.

⁶⁹⁹ Perraut Soliveres A. (2001). « Praticien-chercheur, un nouvel espace de connaissance », *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris, Puf, pp.193-286.

⁷⁰⁰ Bonny, Y. (2020). « Chapitre 2. Les formes sociales de recherche. Recherche académique classique et recherche praxéologique dans le champ de l'intervention sociale », in Alix éd. *Le travail social en quête de légitimité*. Paris, Presses de l'EHESP, pp.33-49.

au vu de notre propre parcours. Nous pouvons dire avec Jacques Ardoino que « l'implication du chercheur n'est plus seulement la scorie, la tare héritée de la subjectivité, c'est, aussi bien et tout à la fois, la richesse propre d'une approche clinique du sujet irremplaçable et, peut-être, une modalité spécifique de la connaissance »⁷⁰¹. Autrement dit, il s'agit pour nous d'assumer cette implication, en prenant en compte ses limites et les biais qui pourraient en découler – nous y reviendrons par la suite - et en soulignant ce qu'elle permet : un savoir empirique que nous revendiquons, tant dans notre expérience d'éducateur spécialisé depuis plus d'une décennie, qu'en tant que formateur en travail social qui avons accompagné les réformes récentes de cette profession. Nous nous reconnaissons ainsi dans les propos de Lev Vygotski : « La pratique s'insinue dans les fondations les plus profondes de la démarche scientifique et la transforme du début à la fin ; la pratique propose les tâches et sert de juge suprême de la théorie, de critère de vérité ; elle dicte la manière de construire les concepts et de formuler les lois »⁷⁰². En tant que « chercheur de l'intérieur », nous postulons que ces connaissances expérientielles et universitaires d'un champ, d'une profession et de ses pratiques professionnelles contribuent à un meilleur accès et à une meilleure compréhension de l'objet de recherche. Nous étions à la fois suffisamment proche et familier de cet univers (connaissance de la région, du travail social, de ses abréviations, des principales législations, etc.) pour ne pas être considéré comme ignorant et suffisamment éloigné pour ne pas être impliqué dans les enjeux sociaux locaux. Anne Perraut Soliveres voit ici une concordance plus qu'une contradiction entre l'objectivité et la subjectivité : « cette contradiction offre une possibilité. Elles ne sont pas orientées dans la même direction. Mais, justement, en "s'objectivant", la subjectivité peut se réorganiser. Et, inversement, en se "subjectivant", l'objectivité peut se métamorphoser. Toutes deux en tirent une histoire possible ou impossible. Ce qui les unit, c'est le développement de leurs rapports sans garantie préalable au cœur de l'activité du sujet »⁷⁰³.

Dans cette optique, Gaston Bachelard nous invite à l'humilité quand il déclare que « par notre premier choix, l'objet nous désigne plus que nous ne le désignons »⁷⁰⁴, tant cette

⁷⁰¹ Ardoino, J. (2000). « Les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant », *Les Avatars de l'éducation. Problématiques et notions en devenir*. Paris, Puf, p.70-91.

⁷⁰² Vygotsky, L. in Santiago Delefosse, M. (2006). Chapitre 9. La tension entre théorie et terrain. Dans : Pierre Paillé éd. *La méthodologie qualitative: Postures de recherche et travail de terrain* (pp. 201-223). Paris: Armand Colin.

⁷⁰³ Perraut Soliveres A. (2001). *Op. cit.* p.193-286.

⁷⁰⁴ Bachelard, G. (1985). « Avant-propos », *La psychanalyse du feu*. Paris, Gallimard.

dimension de choix paraît en même temps proche et lointaine de notre volonté. Les déterminismes à l'œuvre dans une existence et les données relatives à la singularité d'un parcours de vie mettent en exergue des processus conscients et inconscients qu'il s'agirait pour le chercheur d'investiguer : « Lorsqu'on désigne un objet de recherche, il y a une illusion à penser que le fait de le désigner comme tel lui donne une pureté d'inscription. La désignation des objets de recherche est inscrite dans l'imaginaire social et rencontre l'intérêt du chercheur dans sa problématique personnelle et ses appartenances sociales. L'exigence de l'approche clinique est de tenter de ne pas opérer un refoulement de ces inscriptions, en mettant au cœur de la réflexion sur le processus de recherche l'inclusion même du chercheur dans le processus »⁷⁰⁵. Nous pourrions ajouter que la problématique de ces implications n'est pas réservée aux sciences sociales et humaines et concerne tout autant les sciences dites dures⁷⁰⁶. Dit autrement, ce serait le « Qu'est-ce que je fous là ? »⁷⁰⁷ cher à Jean Oury, question existentielle quasiment ontologique, qui n'appellerait ni réponse circonstancielle, ni réponse unique, mais un processus de pensée de la part du sujet qui se la pose.

Cette question n'est pas l'objet de cette thèse – bien que le récit d'expériences puisse amener des éléments de compréhension -, mais nous tenions à préciser qu'elle se trouvait présente dans notre esprit, encore aujourd'hui, et participait au cadre épistémologique que nous avons entrepris d'explicitier dans ces pages. Nous ne pouvons pas considérer notre histoire tant personnelle que professionnelle sans écho ou répercussion forte sur le choix d'entreprendre une thèse, qui plus est sur ces objets. Nous ne nous revendiquons pas de l'intelligence aveugle⁷⁰⁸ à propos de laquelle Edgar Morin nous met en garde. Celle-ci se veut en effet mutilatrice en laissant de côté tout liens intersubjectifs. Tout travail scientifique rigoureux devrait donc commencer par cette élucidation de la subjectivité et des dispositifs mis en place. Éluclation qui permet de savoir où se situent le chercheur et ses orientations, comment il a défini le cadre de recherche pertinent, et cela, quel que soit le type de recherche. C'est ce à quoi nous nous sommes essayé dans notre récit d'expérience initial, afin d'aborder le contexte et les origines de cette volonté d'initier ce

⁷⁰⁵ Giust-Desprairies, F. (2004). *Le désir de penser. Construction d'un savoir clinique*. Paris, Téraèdre, p.129.

⁷⁰⁶ Devereux, G. (1985). *Op. cit.* p.30.

⁷⁰⁷ Oury J. & Faugeras P. (2012). *Préalable à toute clinique des psychoses*. Toulouse, Érès.

⁷⁰⁸ « Ainsi, on arrive à l'intelligence aveugle. L'intelligence aveugle détruit les ensembles et les totalités, elle isole tous ses objets de leur environnement. Elle ne peut concevoir le lien inséparable entre l'observateur et l'observé. Les réalités clés sont désintégrées » : Morin E. (2005). *Op. cit.* p.19.

travail de recherche. Bourdieu résume ce processus ainsi : « Le premier travail du chercheur est d'essayer de prendre conscience de ces catégories de perception du monde social et d'essayer de produire une connaissance des instruments de connaissance à travers lesquels nous connaissons le monde social. Cela peut se faire de façon très concrète. Chacun peut faire concrètement ce travail. Qui suis-je, socialement, moi qui dis ce que je dis ? Étant donné ce que je suis, c'est-à-dire les variables qui me caractérisent (mon âge, mon sexe, ma profession, mon rapport avec le système scolaire, mon rapport avec le milieu du travail, le nombre d'années durant lesquelles j'ai été au chômage, etc.) étant donné ces variables, quelles sont les catégories de perception que j'ai toutes les chances d'appliquer à la personne que je regarde ? »⁷⁰⁹.

Nous sommes tout à fait conscient du fait que notre position de « praticien chercheur impliqué » nous expose à la suspicion de production de savoirs militants ou de savoirs en lutte.⁷¹⁰ Sans nous dérober à cette critique, voire à cette possibilité, nous assumons la responsabilité de considérer que notre subjectivité n'est pas un obstacle à la connaissance dans la mesure où elle se trouve mise au travail dans cette recherche. En ce sens, nous considérons qu'aucune quête de supposée neutralité nous a conduit à éliminer nos affects, nos émotions, nos jugements de valeur, considérés par certains comme contraires à la rationalité scientifique⁷¹¹. D'une autre manière, la démarche clinique défend une position impliquée et néanmoins complexe : « La véritable objectivité consiste à analyser en quoi la subjectivité du chercheur intervient dans le processus de production de la connaissance. La neutralité est un leurre, le rapport au savoir est inscrit dans des rapports de pouvoir, réel et symbolique, que la recherche doit expliciter au lieu de penser qu'elle peut les neutraliser »⁷¹². L'élucidation de notre implication comprend l'analyse du contre-transfert ainsi que l'a proposé Devereux dans son chapitre « l'enracinement social du savant »⁷¹³, sans se réduire aux seuls aspects interpsychiques : elle s'étend aux effets liés

⁷⁰⁹ Bourdieu, P. in Hamel, J. (2006). Chapitre 4. Réflexions sur l'objectivation du sujet et de l'objet. Dans : Pierre Paillé éd. *La méthodologie qualitative: Postures de recherche et travail de terrain* (pp. 85-98). Paris: Armand Colin.

⁷¹⁰ Lamy, J. (2018). « Savoirs militants », *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*. 138, 15-39.

⁷¹¹ « On voit donc combien la posture grâce à laquelle se forme l'objectivation ne peut raisonnablement se fonder sur le corps et les émotions qui, de quelque façon, ont part à l'objet qu'on cherche à représenter sous peine de le dissoudre dans une représentation dont seule la personnalité du chercheur peut témoigner », Hamel, J. (2006). « Chapitre 4. Réflexions sur l'objectivation du sujet et de l'objet ». *Op. cit.* (pp. 85-98).

⁷¹² de Gaulejac, V. (2013). Conclusion. Le choix de la clinique. *La recherche clinique en sciences sociales* (pp. 313-317). Toulouse: Érès.

⁷¹³ Il y souligne l'importance de la prise en compte « de l'idéologie, du statut ethnique et culturel, de l'appartenance de classe et de la position professionnelle du savant qui œuvre dans le cadre de certaines tendances historico-culturelles et de certaines modes scientifiques ». *Op. cit.* p.193.

à la position que nous occupons comme praticien-chercheur et ce d'autant que le champ que nous étudions est celui où nous exerçons en tant qu'éducateur. Nous le verrons par la suite, notre position n'est pas celle de l'observation participante.

XI.2 Réseaux conceptuels

Nous allons désormais aborder les différentes sources interprétatives et théoriques qui constituent notre recueil de données. En toute humilité, nous rejoignons la volonté de Freud de faire jaillir l'universel à partir du singulier, ce dernier s'apparentant autant aux sujets qui prendront la parole lors des entretiens, qu'à ceux que nous faisons apparaître dans nos récits cliniques. Tout recueil de données nécessite un cadre épistémologique rigoureux et un appel au respect de ces données à partir d'une posture que nous qualifierions d'éthique. Aussi, après avoir contextualisé notre travail de recherche, nous nous proposons d'évoquer désormais plus précisément le contexte de la méthodologie abordée : les entretiens et récits cliniques.

XI.2.1 Une approche multiréférentielle

Comme le laisse à penser notre phase exploratoire, et cela sera confirmé dans les pages qui suivront, ce travail s'inscrit dans une approche multiréférentielle⁷¹⁴. Celle-ci est définie à partir de Jacques Ardoïno comme une « démarche qui se propose de faire appel à des lectures plurielles d'un même objet, regardé sous différentes perspectives explicitement reconnues comme hétérogènes entre elles et non réductibles les unes aux autres »⁷¹⁵. Elle est de l'ordre de la complexité⁷¹⁶, ainsi « reconnue, au moins au niveau des regards portés sur les objets (il n'y a pas d'objets complexes ou simples par nature, il y a seulement la complexité qu'on leur prête), requiert pour leur intelligibilité une articulation multiréférentielle d'optiques le plus souvent hétérogènes entre elles, voire contradictoires les unes par rapport aux autres »⁷¹⁷. Elle s'appuie sur des approches

⁷¹⁴ Ardoïno, J. (2000). Approche multiréférentielle. *Les Avatars de l'éducation: Problématiques et notions en devenir* (pp. 254-260). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

⁷¹⁵ Ardoïno, J. (2002). « L'autorité », *Vocabulaire de psychosociologie*. Toulouse, Érès, p.61-64.

⁷¹⁶ Morin, E. (2005). *Op. cit.*

⁷¹⁷ Ardoïno, J. (1999). « Préface » in Patrick Boumard, *L'École, les jeunes, la déviance. Enfants et adolescents en difficulté*. Paris, PUF, pp.1-8.

interdisciplinaires, au cœur des sciences humaines et de leurs richesses, plus particulièrement à la confluence des sciences de l'éducation, des sciences sociales et politiques, de la sociologie, de la philosophie et de la psychologie. Nous avons pu constater combien les objets évoqués ici, tels la clinique, le soin ou l'éducation, entrent dans cette approche par leurs bords poreux, polysémiques et transdisciplinaires. Tablant sur l'insuffisance qu'une discipline, prise isolément, puisse rendre intelligible la complexité des questions traitant de l'humain, un auteur comme Ardoino estime que « cette diversité d'angles, d'optiques, de perspectives, va entraîner à son tour une pluralité de langages descriptifs propres à permettre de rendre compte de ces différentes lectures »⁷¹⁸. Celle-ci ne veut, dès lors, « nullement apporter une "réponse" à la complexité constatée, à laquelle elle demeure intimement liée, devenir sa lecture guidée, en quelque sorte, mais constitue bien plutôt le rappel délibéré, à travers la pluralité de regards et de langages, reconnus nécessaires à l'intelligence de cette complexité supposée (prêtée à l'objet), d'un questionnement épistémologique, dont on ne saurait plus désormais se passer en ces domaines, préalable à toute mise en œuvre de méthodes et de dispositifs »⁷¹⁹. En cela, il s'agit de viser à conjuguer toutes ces langues sans les confondre. L'idée n'en demeure pas moins d'inscrire dans ce travail la dimension de la relativité, et non pas celle du relativisme.

XI.2.2 Le regard micrologique : l'attention au particulier

Theodor W. Adorno, un des théoriciens de la théorie critique de l'école de Francfort, propose un mode de perception de la souffrance et du monde social à partir d'un « regard micrologique ». Ce n'est pas une théorie en tant que telle, précise Estelle Ferrarese, « ce n'est qu'une expression utilisée à plusieurs reprises par Adorno qui désigne le souci du singulier, du détail et du quotidien qui informe une pensée. Il forge l'expression pour caractériser celle de Walter Benjamin, " fidèle au principe selon lequel la plus petite parcelle de vérité vaut le reste du monde" »⁷²⁰. Plus qu'une théorie, il s'agit d'une posture philosophique refusant le primat de l'universel ; postulant que le particulier ne saurait être

⁷¹⁸ Ardoino, J. (1993). « L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives », *Pratiques de Formation-Analyses*, Université Paris 8, Formation Permanente, N° 25-26, janvier-décembre.

⁷¹⁹ *Ibid.*

⁷²⁰ Ferrarese, E. (2002). Le regard micrologique. L'héritage de la réflexion de la Théorie Critique sur la souffrance. *Revue internationale de psychosociologie*, VIII, 77-86.

lu qu'à la lumière d'une dialectique entre l'universel et le particulier – le système et le fragment -, pour Adorno, la totalité mutile le singulier. Ce « choix du petit »⁷²¹ n'est pas sans rappeler l'École de Chicago dont le recours aux récits de vie, aux monographies, débouche sur une perspective proche de celle des travailleurs sociaux : remédier à la désorganisation sociale, dont l'idée même renvoie au discours normatif des classes moyennes. Le regard micrologique d'Adorno - nous rappelle Ferrarese - « signifie une attention à la souffrance, à ses expressions subtiles, aux cris de douleur qui restent imperceptibles aux systèmes idéalistes. L'insistance sur le petit en effet est insistance sur ce qui relève du détail par comparaison à la marche de la totalité sociale, mais aussi, comme cela apparaît avec le plus d'évidence chez Benjamin, sur ce qui est vaincu ou le sera, de ce qui est destiné à chuter "dans le silence de par l'histoire" sur les humiliés de la faim et de la misère, sur ce qui ne reviendra pas, les promesses oubliées, les espérances brisées »⁷²². Mais plus qu'une simple attention au particulier ou à la souffrance, pour Adorno, « le besoin de faire s'exprimer la souffrance est condition de toute vérité ; car la souffrance est une objectivité qui pèse sur le sujet ; ce qu'il éprouve comme ce qui lui est le plus subjectif, son expression, est médiatisée objectivement »⁷²³. Nous nous revendiquons, dans une certaine mesure, de ce regard micrologique, tant dans notre pratique professionnelle que dans le schéma théorique qui encadre ce travail de recherche.

XI.3 Schéma théorique minimaliste des entretiens semi-directifs

Nous nous sommes intéressé aux entretiens cliniques dans notre troisième partie. Aussi, nous ne reviendrons pas sur la nature même de ces entretiens, souscrivant pleinement au cadre épistémologique évoqué.

L'idée n'est pas d'utiliser ces entretiens dans une « démarche illustrative puisant dans les paroles transcrites comme dans un réservoir d'exemples à l'appui de ses propres croyances ni la démarche restitutive consistant à livrer des entretiens comme des matériaux parlant d'eux-mêmes »⁷²⁴. Au contraire, nous considérons cette démarche comme « permettant de mettre à jour le processus interactif d'appropriation de formes

⁷²¹ Adorno in Ferrarese, E. *Op. cit.*

⁷²² *Ibid.*

⁷²³ Adorno in Ferrarese, T. *Op. cit.*

⁷²⁴ Demazière, D., Dubar, C. (2004). *Analyser les entretiens biographiques : l'exemple des récits d'insertion*, Presses Universitaires de Laval, p.39.

sociales et son caractère toujours provisoire et inachevé »⁷²⁵. Questionner des éducateurs spécialisés quant à leur vision des invariants de leur clinique quotidienne revient à interroger leur rapport à leurs pratiques, aux adolescents accompagnés et, *in fine*, à eux-mêmes. Comme l'avaient déjà laissé penser les entretiens exploratoires, parler de la clinique c'est aussi parler de soi. Mais pas uniquement... Pour Christine Delory-Momberger, « le biographique ne peut devenir un espace de recherche pour les sciences sociales que si on cesse de le cantonner dans la seule sphère d'une subjectivité inatteignable, que si on le soustrait à l'illusion de l'intimité, et qu'on le rende à ce qui le constitue prioritairement : une activité de l'individu-en-société, usant de langages partagés pour se dire à lui-même et aux autres, autrement dit pour énoncer, affirmer, constituer son état d'individu-en-société »⁷²⁶. D'autre part, une autre des indications issues des interviews précédentes, c'est que l'expérience vécue par ces professionnels n'est pas directement accessible sans l'aide de traces que nous aurions à construire ensemble.

Vaine serait toute tentative d'approcher directement le réel de leur activité, c'est pourquoi nous avons accordé une attention minutieuse à la manière d'y parvenir par des moyens détournés. Plutôt que leur demander directement quels seraient les invariants de la clinique en éducation spécialisée, nous avons pris le parti de faire un pas de côté en les interrogeant sur les fondamentaux de leurs pratiques. C'est donc plus un « comment » qu'un « pourquoi » que nous avons interrogé. En d'autres termes, porter intérêt à leur travail effectif, en passant aussi par ce qui n'est pas directement observable, c'est-à-dire la subjectivité de ces professionnels. Ce détour est évidemment lourd de conséquences méthodologiques : « De ce qui n'appartient pas au monde visible, on peut avoir une connaissance incomplète, certes, mais enfin une connaissance tout de même, à condition d'en passer par la seule médiation que nous connaissions pour accéder à la subjectivité, à savoir la parole »⁷²⁷. Il s'agit, dans la veine du courant de la clinique de l'activité, d'amener nos interlocuteurs à produire un effort de déphasage entre ce qu'ils estiment être attendu de notre part et celle de leur employeur. Ou, pour citer Yves Clot, les inviter « à séparer le discours convenu du déjà dit et du prêt-à-penser – centripète et monologique – de ce qui, dans le réel, est difficile à dire et à penser. Ce travail de séparation est au

⁷²⁵ *Ibid.*

⁷²⁶ Delory-Momberger, C. (2005). *Op. cit.* p.95.

⁷²⁷ Dejours, C. (2003) « Critique et fondements de l'évaluation », *Op. cit.* pp. 9-56.

principe d'une clinique de l'activité qui cherche à restaurer la capacité commune de création en organisant l'insistance de l'activité ordinaire dans le dialogue après-coup »⁷²⁸. Mais rendre visible ces données relève d'un risque subjectif pour la personne que nous interviewons. Ce risque ne pourrait être assumé que dans un contexte intersubjectif de confiance. D'où notre tâche de produire des conditions d'entretien qui viendraient nourrir cette confiance et cette propension à parler librement. Parler de sa pratique, c'est se mettre en jeu, dans un rapport d'ego, et reconnaître aussi les construits de son identité, de son appartenance et des rapports de domination au sein de l'espace de travail.

Enfin, nous avons gardé à l'esprit les nombreux biais à l'œuvre dans toute pratique de recherche et principalement lors des entretiens. Nous ne comptons pas faire l'inventaire de ces nombreux biais, la littérature étant particulièrement fournie à ce sujet⁷²⁹. Nous tenons à préciser que nous nous sommes montré aussi prudent que possible tant dans la conception que l'analyse des entretiens. Le biais de confirmation qui surestimerait la valeur de certains faits pour confirmer nos croyances fait partie de ceux-là. De là, « Le biais de confirmation, qu'il soit envisagé effectivement comme un biais ou, au contraire, comme une solution adaptative, consiste à tester une hypothèse en cherchant des informations qui vont la confirmer. Plus précisément, confirmer c'est rechercher la présence de ce qui est attendu (exemples) opposé à rechercher la présence de ce qui n'est pas attendu (contre exemples), mais confirmer c'est aussi une tendance à retenir, ou à ne pas abandonner, une hypothèse courante favorite »⁷³⁰. De même, nous considérons notre appartenance au terrain de recherche - nous l'avons là-aussi longuement abordé -, comme une force qu'il s'agirait de nuancer. À ce sujet, nous nous référons à Jacques Ardoino dans un - long - passage d'un chapitre au nom évocateur, « Les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant » : « Le repérage des états et des mouvements, des liens, des intentions, des effets de sens, au sein des données brutes, qu'il s'agit, pour l'investigateur, d'effectuer, déborde toujours très largement les dimensions concrètes de l'expérimentation, du « cas » ou de la situation qui lui servent de « point de départ » ou de « pierre de touche » pour sa recherche. En effet, cette production de

⁷²⁸ Clot, Y. (2006). *Op. cit.*

⁷²⁹ Notamment Poupart J. (1997), « L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques », in Poupart J. et al. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin, 173-209.

⁷³⁰ Proïa, N. (2005). Analyse d'une hypothèse dans un entretien psychothérapeutique : perspective pragmatique et socio-cognitive. *Bulletin de psychologie*, 1(1), 157-166.

connaissances consiste toujours à relier explicitement, et d'une façon qui puisse être ensuite partagée, du « jusque-là inconnu » (insu, impensé, apparaissant donc comme nouveau), à du « déjà connu ». Quels que soient sa discipline, son champ, ses méthodes, le paradigme auquel il se réfère, le chercheur ne peut donc faire l'économie des connaissances antérieurement acquises, même quand celles-ci auront été, par la suite, remises en question. Sur ce point, l'appartenance du chercheur au terrain de la recherche est appréciable. Il a l'avantage d'une familiarité de sens commun que le chercheur importé devra progressivement acquérir. Mais celle-ci devra, à son tour, être remise en question pour pouvoir se libérer des pesanteurs des allant-de-soi »⁷³¹.

XI.3.1 Construction de l'échantillon

L'échantillon sans être représentatif, nous semble en revanche significatif du profil visé. Il s'agit de 7 éducateurs spécialisés issus de 7 DITEP différents du département de la Gironde. Le plus jeune a 28 ans, le plus âgé 50 ans. Ajoutés au 5 éducateurs spécialisés de 3 DITEP de la phase exploratoire, cela nous permet de considérer l'appréciation des pratiques cliniques en DITEP auprès de 12 professionnels de 10 établissements distincts (sur les 24 que compte la Gironde). Ces rencontres se sont faites sur la base du volontariat, par bouche à oreille avec des collègues en poste ou lors de nos visites de stage. Nous avons laissé autant que possible le lieu et l'heure à l'appréciation des personnes interviewées.

XI.3.2 Protection des données et conditions du déroulement des entretiens

Dans le cadre de ces entretiens, nous nous sommes engagé à rendre anonymes tous les témoignages à travers un contrat d'entretien signé par la personne interviewée et nous-même. Nous avons aussi proposé à celles et ceux qui le souhaitent d'accéder aux résultats de notre recherche à laquelle ils avaient contribué. Ces précautions prises, nous

⁷³¹ Ardoino, J. (2000). « Les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant ». *Op. cit.* pp.70-91.

nous sommes attaché à faire passer ces entretiens dans des conditions qui nous semblaient les plus adaptées à un échange fluide et sans interférences extérieures qui viendraient nous parasiter. Une pièce à l'écart et au calme prêtée pour cette occasion par l'établissement a permis aux interviews de se dérouler de façon satisfaisante, généralement durant 45 minutes.

Le choix de l'entretien semi-directif, parce qu'il laissait plus de liberté au discours de nos interlocuteurs, nous a invité à réaliser un réel travail de relance sans chercher forcément à orienter les réponses autrement que par nos questions thématiques originelles. Notre volonté, de la même façon que nous avons mené nos entretiens exploratoires, a été de laisser à chaque fois l'occasion aux pensées de flotter à l'intérieur comme aux marges de nos questions. De la sorte, se sont instaurés à chaque fois un dialogue, une discussion, une fois balayées les premières appréhensions quant au dispositif très formel d'un entretien de recherche. Nous nous sommes présenté auprès de ces professionnels comme un doctorant menant un travail de thèse, mais aussi comme éducateur spécialisé de formation initiale ayant exercé plus d'une dizaine d'années dans un DITEP. Cette « étiquette » de pair, de personne auprès de laquelle il n'était pas nécessaire de définir les acronymes – ô combien nombreux dans le secteur –, le fonctionnement de ce genre d'établissement ou les finalités du métier, nous a aidé à créer un sentiment de proximité avec eux. Nous étions conscient aussi de la tendance des ES à développer un certain complexe d'infériorité sur leurs pratiques face à des interlocuteurs très diplômés et supposés fins connaisseurs des théories de l'éducation. Néanmoins, ce présupposé de connivence a créé des difficultés, notamment quand ils ne voulaient pas développer tel ou tel aspect de leur profession (« Ça vous connaissez, je ne vais pas vous expliquer ! ») alors que là résidaient justement nos attentes. Enfin, toujours dans ce moment de présentation, nous avons décrit notre recherche comme relevant d'une étude sur les pratiques cliniques et les fondamentaux du travail des éducateurs spécialisés en DITEP. Intitulé suffisamment large pour laisser de l'espace à la parole de l'autre mais avec des mots-clés raisonnablement signifiants pour donner des indications sur la thématique de notre recherche.

XI.4 Schéma théorique minimaliste des études de cas

La littérature concernant l'épistémologie et la méthodologie des entretiens est plutôt foisonnante à l'inverse de celle consacrée à l'étude des cas dits cliniques. Bien que de nombreuses disciplines empruntent cette méthode, très peu d'auteurs se sont arrêtés pour formaliser avec précision comment écrire un cas clinique. Sur la dimension de l'observation, les ouvrages sont nombreux, - nous en avons cités plusieurs dans cet écrit - qu'il s'agisse de sociologie, de sciences de l'éducation ou de psychologie ; mais quand vient le moment de mettre par écrit le résultat de ces observations, aucun consensus, ni du point de vue du style, ni du point de vue de la forme, ne semble émerger. C'est en nous inspirant des travaux en ethnologie, dans la théorie ancrée de la sociologie, et dans les ouvrages consacrés à l'éducation spécialisée (souvent transdisciplinaires, mais avec de fortes influences issues de la psychanalyse et des sciences de l'éducation) qui fourmillent d'observations cliniques, que nous avons créé notre propre cadre d'écriture de ces cas. Après avoir balayé rapidement les approches monographiques, nous expliciterons comment nous avons réalisé la rédaction de nos cas cliniques.

XI.4.1 La monographie

XI.4.1.1 Aux origines de la monographie

La démarche monographique est l'étude compréhensive d'une réalité sociale appuyée sur la mise en récit d'un groupe ou d'un lieu spécifique. Le chercheur en produit une analyse qui lui permet d'en tirer des principes globaux qui pourront par la suite venir alimenter une théorie sociologique à visée générale. Pour Tiphaine Barthelemy, il s'agit de : « l'étude exhaustive, à une échelle généralement microscopique, d'un groupe social ou culturel dans sa globalité. Elle consiste aussi en un mode de présentation des données qui, associant étroitement description des faits particuliers recueillis sur le terrain et démonstration d'hypothèses plus générales, vise à restituer la cohérence de l'ensemble »⁷³². Ce mode d'étude s'inscrit dans une longue tradition en Europe⁷³³ et en Amérique du Nord. Frédéric Le Play (1806-1882), avec son étude sur la cellule familiale

⁷³² Barthelemy, T. (1998). « Notes sur l'écriture monographique », *Journal des anthropologues*, 75, 31-43.

⁷³³ Zonabend, F. (1985). Du texte au prétexte. La monographie dans le domaine européen. *Études rurales*, n°97-98, pp. 33-38.

ouvrière et paysanne, Léon Gérin (1863-1951) sur la famille rurale du Canada français ont formalisé très tôt cette modalité de recherche. C'est au sein de l'École de Chicago qu'elle connaît un véritable essor - la *grounded theory* ou théorie ancrée - à partir du postulat que la vie sociale est un processus, un mouvement qui ne peut être saisi qu'à condition de s'y insérer et d'en saisir les significations qui lui sont attribuées par ses propres acteurs. Ainsi, l'objet étudié, dans une approche inductive, est « d'emblée une expérience recelant des significations et des symboles intervenant dans les interactions des acteurs sociaux et définissant leur point de vue sur celles-ci »⁷³⁴. Erving Goffman, dans ses recherches sur l'asile et les hôpitaux a usé de la même méthode, mais dépassant l'observation participante puisque lors de son immersion, il s'était fait passer – avec l'accord de la direction de l'hôpital- pour un infirmier.

XI.4.1.2 Une méthode ancrée dans le paysage de la pédagogie institutionnelle

Au sein du courant de la pédagogie institutionnelle, la pratique de la monographie est omniprésente, prenant appui non seulement sur une pratique antérieure dans le mouvement Freinet, mais aussi dans des pratiques largement répandues dans les milieux éducatifs⁷³⁵. Comme l'affirmera Jean Oury, « une des choses les plus importantes de tout le mouvement de Fernand, c'est peut-être les monographies »⁷³⁶. Dans le champ de la pédagogie institutionnelle, une monographie est un récit écrit par un professionnel de l'éducation et qui a fait l'objet d'un travail d'élaboration en groupe. Arnaud Dubois relève un écueil sur son utilisation dans le milieu scolaire, l'auteur de la monographie étant aussi un acteur pris dans la relation pédagogique étudiée, cela relève d'un obstacle majeur à une pratique de recherche. Pour lui, la question de savoir si la monographie ne produit que des savoirs militants est légitime. En effet, ce type de recouvrement « peut-être un atout dans une démarche formative, mais devient un obstacle à la recherche »⁷³⁷. À cet égard, Arnaud Dubois compare le récit de cas en psychanalyse et la monographie de la pédagogie institutionnelle, pour lesquelles « la subjectivité de l'auteur détermine le texte

⁷³⁴ Dufour, S. et al. (1991). *L'enquête de terrain en sciences sociales. L'approche monographique et les méthodes qualitatives*. Montréal, les éditions St-Martin, p.43.

⁷³⁵ Dubois, A. (2019). Chapitre V. Les origines de l'écriture monographique en pédagogie. *Histoires de la pédagogie institutionnelle: Les monographies* (pp. 163-192). Nîmes: Champ social.

⁷³⁶ Oury, J. in Dubois, A. (2019). *Op. cit.*

⁷³⁷ Dubois, A. (2019). *Op. cit.*

produit (...) qui risque d'être happé par les mêmes pièges inconscients »⁷³⁸. Pour autant, la monographie semble être la voie idéale de reconnaissance et d'élucidation des pensées nouvelles naissant à l'occasion des événements imprévisibles qui surviennent à tout moment dans la relation pédagogique, et comme nous l'avons vu, dans la relation éducative. Car le travail de la monographie, particulièrement dans la pédagogie institutionnelle est un travail de groupe, puisqu'elle est partagée avec ses pairs, et de l'après coup. À ce titre, « c'est le propre du travail d'élaboration et de mise au point des monographies que de se soumettre d'avance aux aléas de cette zone d'où peut surgir le sens : le détour et l'après- coup »⁷³⁹

XI.4.1.3 Les limites de la méthode monographique

D'autre part, cette démarche a été aussi vivement critiquée à l'intérieur même de la sociologie. En effet pour Barbusse et Glaymann, même si « extrapoler à partir d'un échantillon réduit est une démarche sociologique traditionnelle qu'acceptent et pratiquent de très nombreux chercheurs (...) la réduction, à un seul ou très peu de cas que supposent la monographie (...) constitue une méthode plus discutable et plus controversée »⁷⁴⁰. Démarche traditionnelle et pourtant indispensable, selon Alain Coulon, puisqu'une « connaissance sociologique adéquate ne saurait être élaborée par l'observation des principes méthodologiques qui cherchent à extraire les données de leur contexte afin de les rendre objectives. Il s'agira au contraire d'étudier l'acteur en relation avec la réalité sociale naturelle dans laquelle il vit. La recherche en sciences sociales doit s'efforcer de ne pas dénaturer le monde social ni d'escamoter les interactions sur lesquelles repose toute vie sociale. Il faut préserver l'intégrité du monde social afin de pouvoir l'étudier et prendre en compte le point de vue des acteurs sociaux puisque c'est à travers le sens qu'ils assignent aux objets, aux individus, aux symboles qui les entourent, qu'ils fabriquent leur monde social »⁷⁴¹. Ce monde social est investigué à travers l'attention portée aux faits les plus ténus comme à la découverte des lois plus générales. Pour Dufour, Fortin et Hamel, l'étude monographique est une « démarche inductive où les faits empiriques constituant

⁷³⁸ *Ibid.*

⁷³⁹ Laffitte R. in Geffard, P. (2018). Chapitre IV. Monographies, vignettes cliniques et récits de cas. Dans P. Geffard, *Expériences de groupes en pédagogie institutionnelle* (pp. 95-124). Paris: L'Harmattan.

⁷⁴⁰ Barbusse, B., Glaymann, D. (2005). *La sociologie en fiches*. Paris, Ellipses, p. 242

⁷⁴¹ Coulon, A. (1992). *L'École de Chicago*. Paris, PUF, p. 16.

l'objet étudié sont mis en lumière par les propos des acteurs alimentant et donnant relief à l'explication sociologique définie par cette étude (...) l'objet étudié n'est pas de pur fait, des choses, mais d'emblée une expérience recelant des significations ou des symboles intervenant dans les interactions des acteurs sociaux. »⁷⁴² C'est bien cette charge de signification et de symbole qui fait passer du singulier à l'universel, du local au global.

Il s'agit en tous les cas d'une restitution empirique que nous pourrions qualifier de « première main » où le chercheur s'inscrit dans un contact immédiat et de longue durée avec le terrain où se déroule l'étude. Ainsi, la monographie s'inscrit dans « la démarche d'étude d'un phénomène ou d'une situation relatifs à une société déterminée (et qui) implique une enquête de terrain et l'observation directe (*in situ*) propice à reconstituer ce phénomène ou cette situation dans sa totalité »⁷⁴³. Toute la difficulté demeure finalement à faire surgir l'inédit du quotidien vécu et par là même initier un processus de « transformation du regard en langage »⁷⁴⁴.

XI.4.2 Les cas cliniques

XI.4.2.1 L'observation clinique comme socle

L'observation est à la base de tout cas clinique. Avant de l'écrire, il faut pouvoir le penser et avant cela, l'observer. L'observation est au fondement de l'éducation spécialisée dans le sens où c'est l'un des outils principaux – dans la plupart des cas, le professionnel l'a toujours sur lui – qui lui sert dans sa pratique quotidienne. L'éducateur voit certes, mais il s'attache aussi à observer ; c'est-à-dire qu'il circonscrit son champ d'observation vers une quête de données bien définie. Pour un premier accueil, il prêtera attention à la façon d'entrer en relation avec le jeune qui arrive, à son aisance ou non à créer du lien, etc., à travers un prisme collectif et individuel. Toute observation est avant tout construction. Ce que l'on perçoit n'est pas le réel, dans la mesure où nos sens et notre psyché transforment la réalité. Par là même, nous l'aborderons ci-après, l'écriture d'une observation clinique est toujours une interprétation. Le professionnel opère toujours une sélection, bien conscient que l'expérience réelle déborde de ce que l'observation en retient. Ainsi, la

⁷⁴² Dufour S. et al. *Op. cit.* . p.43.

⁷⁴³ *Op. cit.* p 22

⁷⁴⁴ Laplantine, F. in Barthelemy, T. *Op. cit.*

situation observée dont on cherche à rendre compte n'est jamais la situation vécue. Des enregistrements ne repousseraient pas cette limite : ils sélectionnent aussi (tout ne peut jamais être filmé sous tous les angles), ils sont eux-mêmes interprétés. Nos déterminismes, notre rapport au monde, notre subjectivité produisent les éléments que nous allons récolter. Albert Ciccone s'interroge sur les conséquences qui en découlent : « L'observation clinique rencontre les questions posées par les épistémologies scientifiques constructivistes : le monde est-il observé ou construit ? Y a-t-il découverte ou invention du monde ? Les faits sont-ils accessibles en tant que tels, ou bien n'y trouve-t-on jamais que la confirmation d'une construction déjà là, toujours provisoire et à reformuler ? Ces questions renvoient à celles relatives à l'objectivité, et donc à la subjectivité, qui intéresse particulièrement l'observation clinique. Y a-t-il une objectivité en soi, un réel en soi ? Comment se distinguent le subjectif et l'objectif ? »⁷⁴⁵.

L'implication du clinicien dans la mise en forme des situations observées refuse toute prétention à l'objectivité, sans qu'il doive faire l'économie de viser une objectivation qui fonde la lisibilité et la légitimation de ses interprétations. Georges Devereux définit de la sorte l'observation clinique: « Puisque l'existence de l'observateur, son activité d'observation et ses angoisses (même dans l'auto-observation) produisent des déformations qui sont non seulement techniquement mais aussi logiquement, impossibles à éliminer, toute méthodologie efficace en sciences du comportement doit traiter ces perturbations comme en étant les données les plus significatives et les plus caractéristiques de la recherche. Elle doit expliciter la subjectivité inhérente à toute observation en la considérant comme la voie royale vers une objectivité authentique plutôt que fictive »⁷⁴⁶. Pour lui, il est nécessaire d'accepter cet état de fait, non comme un parasitage, mais bien comme un élément de compréhension des situations observées.

XI.4.2.2 Penser par cas : penser la singularité

Nous l'avons vu, c'est à partir d'une observation clinique attentive qu'il est possible de faire émerger un cas. Pour Passeron et Revel, dans un ouvrage éponyme : « Faire cas, c'est prendre en compte une situation, en reconstruire les circonstances – les contextes –

⁷⁴⁵ Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Malakoff, Dunod, p.18.

⁷⁴⁶ Devereux G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris, Flammarion, p.19.

et les réinsérer ainsi dans une histoire, celle qui est appelée à rendre raison de l'agencement particulier qui d'une singularité fait un cas »⁷⁴⁷. Il s'agit pour eux d'essayer d'atteindre une singularité afin de l'historiciser et la faire advenir cas⁷⁴⁸. Cette initiative s'inscrit dans une volonté qui ne désire pas totaliser les données recueillies scientifiquement : « Si la pensée par cas a longtemps été sous-estimée, c'est parce qu'elle dérogeait à l'exigence majeure d'unification, d'homogénéisation et de formalisation de l'argumentation, qui semblaient les canons de toute science véritable »⁷⁴⁹. Dans cette optique, il est question de penser par cas – et non le cas- afin de raisonner à partir de singularités et pas seulement à propos de singularité⁷⁵⁰. Autrement dit, le postulat n'est pas sans rappeler l'objectif freudien qui est de faire jaillir l'universel à partir du singulier. Chaque cas parle pour lui-même et pour autrui à travers des traits caractéristiques : une singularité et l'utilisation du récit pour la décrire afin de préciser son contexte d'apparition. En somme, la volonté du clinicien est de raconter quelque chose « d'un sujet et qui fait sujet »⁷⁵¹ pour lui comme pour l'observateur dans un but précis : non de permettre l'affirmation de telle ou telle règle, mais de donner plutôt « l'occasion de mettre en relation les éléments disjoints d'une configuration qui est au départ indéchiffrable et même impossible à repérer, et qui pour cela fait problème »⁷⁵².

Un article de Guy Le Gaufet⁷⁵³ a particulièrement attiré notre attention quand nous réfléchissions aux finalités de nos cas cliniques. Devaient-ils avoir seulement une valeur illustrative ? Devaient-ils être le point de départ de nos réflexions ? Était-il honnête de produire – et sélectionner - des cas pour venir seulement confirmer notre argumentation ? Dans son texte, l'auteur, dans un style rafraichissant et caustique, émet une critique – à notre sens pertinente - de l'utilisation faite des cas cliniques : « [...] la plupart des vignettes cliniques, dans leur valeur illustrative, loin d'être pragmatiques et naïves du fait de s'offrir en langue naturelle, s'avèrent être le plus souvent des hymnes, des salutations, des révérences à des professeurs, des auteurs, des autorités quelconques. Elles sont bien

⁷⁴⁷ Passeron, J-C. & Revel, J. (2005). « Introduction ». *Penser par cas*. Paris, EHESS, p. 9-44.

⁷⁴⁸ Précisons que notre utilisation du terme « cas » ne relève en rien de celle, péjorative, entendue souvent dans le secteur : « C'est un cassos' » ; « C'est vraiment un cas lui », etc.

⁷⁴⁹ Passeron et Revel in Schauder, S. (2012). Introduction. *L'étude de cas en psychologie clinique: 4 approches théoriques*. Malakoff, Dunod, pp.1-10.

⁷⁵⁰ Revault d'Allonnes, C. (2014). 6 L'étude de cas : de l'illustration à la conviction. Dans : Olivier Douville éd. *Les méthodes cliniques en psychologie*. Malakoff, Dunod, p.101-115.

⁷⁵¹ Vincent, H. (2007). Ne pas céder sur le cas clinique: Cas et savoir. *Journal français de psychiatrie*, 30, 16-21.

⁷⁵² Passeron, J-C. & Revel, J. (2005). *Op. cit.*

⁷⁵³ Le Gaufey, G. (2017). À qui profitent les vignettes cliniques ? *Psychologie Clinique*, 44, 124-132.

souvent l'expression de transferts massifs et fort peu questionnés. Elles manquent cruellement et pour la plupart de sens critique, et tentent de se présenter comme la chose la plus naturelle du monde, des témoignages naïfs, alors qu'elles sont des combles d'artifice qu'on a tout intérêt à tenir pour tels »⁷⁵⁴. Dans de nombreux travaux, la clinique est effectivement pour beaucoup illustrative ; la théorie ne partant pas d'une expérience, d'une pratique, cette première ne peut pas s'inscrire dans la pratique : la clinique illustre alors une théorie déjà là. Autre écueil que nous avons rencontré bien trop souvent, que cela soit en EFTS ou au sein des établissements spécialisés : « la clinique est parfois surchargée de projections, d'interprétations. On ne la laisse pas "parler". Là aussi, il n'y a pas de réfutation possible. La clinique n'a pas l'espace pour contredire la théorie. Et la modélisation ne peut pas être discutée non plus »⁷⁵⁵. Ce défaut n'est pas la chasse gardée, comme nous l'entendons trop souvent, des psychologues et de leurs interprétations sauvages, les ES sont les premiers à ne pas accepter la contradiction, après tout, comme nous l'avons déjà entendu : « Moi j'y étais, vous non, donc vous ne pouvez pas savoir ce que cela voulait vraiment dire ».

Dans ce rapport incertain et heurté à la pratique que propose le récit du cas clinique, la prudence et l'humilité s'imposent. Le langage, qu'il soit oral ou écrit, est une limite à la transmission à autrui. Lacan a assez insisté là-dessus, de même que Victor Hugo dont nous répétons avec plaisir une de ses conclusions : « Parfois, les mots manquent aux émotions »⁷⁵⁶. Notre langage est fatalement limité pour rendre compte de nos expériences : « Il n'y a pas de langage qui puisse saisir parfaitement la signification des pensées naissantes qu'il cherche à capturer »⁷⁵⁷. Cela n'empêche personne de s'y essayer, bien heureusement, mais chacun doit garder à l'esprit que le langage étant réducteur dans son essence, il condense une situation subjective souvent complexe en une forme verbale, produisant par conséquent un appauvrissement. Il y aura toujours une aire d'intimité émotionnelle, pour reprendre Hugo, que rien ni aucun mot ne saurait communiquer. Comme tout travailleur social, tout psychanalyste, nous nous sommes rendu compte que la communication entre nous qui écrivons et le collègue qui lit perd en efficacité par rapport à ce que nous avons vécu avec les acteurs de notre récit. Nous avons cette

⁷⁵⁴ *Ibid.*

⁷⁵⁵ *Ibid.*

⁷⁵⁶ Hugo, V. (2012). *Op. cit.*

⁷⁵⁷ Meltzer, D. in Ciccone, A. (2014). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 63, 65-78.

frustration de vouloir expliquer avec maints détails une situation vécue qui, dès que nous l'avons mise en mots, avait perdu et sa force et sa conviction.

Il n'en demeure pas moins que l'étude de la singularité ne nous empêche pas d'extraire des caractéristiques qu'il nous a été possible d'exporter dans d'autres espaces et qui se sont avérées utiles pour nos collègues. D'un point de vue épistémologique, le cas clinique vise à une compréhension du général à partir d'une de ses variations : le singulier. Canguilhem le précisait à partir de la science biologique: « Le singulier joue son rôle épistémologique non pas en se proposant lui-même pour être généralisé, mais en obligeant à la critique de la généralité antérieure par rapport à quoi il se singularise. Le singulier acquiert une valeur scientifique quand il cesse d'être tenu pour une variété spectaculaire et qu'il accède au statut de variation exemplaire »⁷⁵⁸. Nous faisons nôtre cette citation en disant qu'en somme, ces cas cliniques ont valeur d'exemple dont on peut s'inspirer et non de modèle que l'on voudrait reproduire.

XI.4.3 Le choix d'une approche personnelle et singulière du cas clinique

Un passage extrait d'un article de Mireille Cifali a retenu notre attention : « Dans une telle démarche que peut bien être la méthode ? »⁷⁵⁹ se demande-t-elle avant de laisser la parole à deux auteurs, le premier historien de l'art et le second sinologue : « André Corboz répond : "c'est ce que le problème exige du chercheur pour être résolu" [...]. Marcel Granet le dit autrement : la méthode, "c'est le chemin quand on l'a parcouru" »⁷⁶⁰. Dans le cadre des cas cliniques que nous présentons ici, la méthode n'a pas été première mais s'est fabriquée de façon peu ou prou autonome au fil de nos années passées en tant qu'éducateur spécialisé. Il s'est agi pour nous d'écrire l'histoire d'une pratique sociale à travers une pratique d'écriture, la nôtre. Il n'est pas question ici de statuer sur un cas unique ou de prétendre à une modélisation généralisante mais plutôt de montrer, à travers ces situations, l'espace relationnel dans lequel nous sommes impliqué ; pour le dire autrement, nous voulons donner à voir là où nous étions à travers une « pensée par cas ». Notre volonté est de soutenir la singularité de ces situations tout en précisant leur contexte

⁷⁵⁸ Canguilhem, G. in Ciccone, A. (2014). *Op. cit.* p.65-78.

⁷⁵⁹ Cifali, M. (2001). Clinique et écriture : une influence de la psychanalyse dans les sciences de l'éducation. Dans : Rita Hofstetter éd. *Le pari des sciences de l'éducation* (pp. 293-313). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

⁷⁶⁰ *Ibid.*

d'apparition afin d'en faire émerger un savoir, une compréhension. Ce passage à l'écrit, comme nous avons déjà pu l'aborder, participe à l'élucidation de notre implication dans ces scènes et nous souhaitons aussi, plus simplement, raconter quelque chose « d'un sujet et qui fait sujet »⁷⁶¹. Si la question de la représentativité⁷⁶² des cas se pose comme dans toute recherche scientifique, nous arguons qu'ils nous semblent tout à fait significatifs de ce qu'il se vit chaque jour dans les DITEP.

Le choix des scènes que nous offrons à lire a été relativement facile dans le sens où elles se sont plus ou moins imposées à nous quand nous avons réfléchi aux associations avec les « constants » qui avaient émergé de notre travail de pré-enquête. Autrement dit, c'est ce à quoi nous avons pensé immédiatement lorsque les concepts opératoires sont apparus dans les interviews. Certains cas cliniques avaient déjà été écrits avant ce travail de recherche, d'autres avaient été résumés en quelques phrases pour « mémoire » dans l'un de nos documents numériques, et seulement deux d'entre eux ont été rédigés à partir de nos souvenirs lors de cette thèse. Ce choix est personnel, puisqu'il reflète ce à quoi peuvent se rapporter ces concepts dans notre vécu de travailleur social ; nul doute qu'il y a quelques années ou dans un futur plus ou moins proche, cette sélection s'en trouverait modifiée. Ce sont aussi nos représentations du sens que nous mettons derrière ces mots et de la manière dont elles se diffusent dans notre appréhension du monde social. Par ailleurs, l'usage de ces vignettes cliniques ne se limite pas à la simple illustration des divers invariants qui ont émergés. Existe ici encore une véritable tension entre entendre et observer à partir de ce que le chercheur pense savoir et la position de chercher à penser avec ce qu'il entend et observe. Nous l'avons dit précédemment et nous ne saurions que trop insister là-dessus : c'est avant tout à partir de notre positionnement que résultent les capacités heuristiques de nos cas cliniques, surtout dans cette volonté de tester la solidité de nos concepts opératoires. Nous nous risquons à être auteur - avec toutes les incertitudes que cela suppose – dans une volonté de mettre au jour le potentiel créatif de ces récits⁷⁶³ et non avec le désir que ce dispositif ne serve exclusivement de caution légitimatrice. En

⁷⁶¹ Vincent, H. (2007). Ne pas céder sur le cas clinique: Cas et savoir. *Journal français de psychiatrie*, 30, 16-21.

⁷⁶² Hamel, J. (1989). Pour la méthode de cas. Considérations méthodologiques et perspectives générales. *Anthropologie et Sociétés*, 13 (3), 59-72.

⁷⁶³ Geffard, P. (2018). *Op. cit.*

somme, ces études de cas ne sont pas le coloriage d'un dessin préalablement tracé : c'est l'épreuve du réel auquel une forme de notre curiosité préprogrammée a été soumise⁷⁶⁴.

XI.4.3.1 Pour une *praxis* du cas clinique

Il n'existe donc pas à proprement parler de méthode universelle pour écrire un cas clinique. Il existe bien, en revanche, de nombreux exemples, de nombreux modèles sans que cela ne puisse se rapprocher à une grille d'écriture d'un cas. Ce à quoi nous nous référons finalement peut s'apparenter à une *praxis*.

Pour Kant, la théorie est une pure construction intellectuelle et finalement séparée de la réalité empirique à laquelle cette théorie est supposée se rapporter⁷⁶⁵. La pratique quant à elle est le rapport concret à l'expérience, en ce sens qu'il y produit des effets. Cette opposition a été discutée par le penseur prussien et brillamment résumée par une expression célèbre devenue courante : « il se peut que ce soit juste en théorie, mais en pratique cela ne vaut rien »⁷⁶⁶. L'auteur insiste sur la double acception du terme de « pratique » : son acception « technique » et son acception « morale » - ou, pourrait-on ajouter, éthique. De fait, la philosophie pratique concerne spécifiquement cette dimension éthique et Kant ne manque pas de souligner le danger qu'il y aurait à n'entendre la pratique qu'en son acception technique, car cela impliquerait que toutes les actions humaines relèveraient de la seule nécessité mécanique. Il faut donc aussi penser la dimension éthique de l'activité pratique des hommes en tant qu'ils sont capables de liberté. C'est dire que l'éthique vient ici comme supplément du binôme théorie et pratique ; l'éthique vient déborder la distinction habituelle du théorique et du pratique⁷⁶⁷. Pour lui, il est nécessaire d'avoir un intermédiaire entre l'acte et un savoir formalisé, une sorte de troisième voie(x) : la *praxis*. Avant lui, Aristote distinguait la *theoria* (la connaissance) qui a comme critère la vérité ; la *poïesis* qui relève (la fabrication), dont le critère est l'efficacité ; la *praxis*, qui a trait aux actions dans lesquelles un homme se

⁷⁶⁴ Olivier de Sardan, J-P. (1995). « La politique du terrain », *Enquête*, 1, 71-109.

⁷⁶⁵ Rozier, E. (2014). *La praxis, une théorie de la pratique. La clinique de La Borde ou les relations qui soignent: Outils philosophiques pour comprendre le collectif* (pp. 237-255). Toulouse: Érès.

⁷⁶⁶ Voir à ce sujet : Raullet, G. (1996). Chapitre IV - Sur le lieu commun : il se peut que ce soit juste en théorie, mais en pratique cela ne vaut rien. Dans : G. Raullet, *Kant. Histoire et citoyenneté* (pp. 135-192). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

⁷⁶⁷ Baas, B. (2018). « Les mécanismes psychiques et l'inconscient. Praxis de la théorie ». Séminaire FEDEPSY-ASSERC, en ligne: <http://fedepsy.org/wp-content/uploads/2019/03/JRF-2018-11-Baas-B-FEDEPSY-s%C3%A9ance-conclusive2-gk.pdf> consulté le 6 janvier 2023.

soucie d'éviter le déshonneur, son critère est la dignité. La *praxis*, pour le penseur antique « désigne l'action qui a sa fin en elle-même (c'est-à-dire qui est entreprise pour ce qu'elle est et non pour ses conséquences), contrairement à la *poïesis*, qui vise une fin extérieure à son acte, c'est-à-dire un certain résultat qui ne se confond pas avec l'acte de production »⁷⁶⁸. Ce bref rappel nous montre que le double sens du terme de « pratique » fait que, sur son versant éthique, la pratique est doublée par la *praxis* et que, sur son versant technique, elle est doublée par la *poïesis*. Autrement dit : le binôme habituel « théorie et pratique » doit être complété non seulement par la notion de *praxis*, mais aussi par celle de *poïesis*. À ce sujet, Bernard Baas précise qu'il faut donc « entendre *poïesis* à la fois comme production (c'est-à-dire comme pouvoir d'engendrement) et comme une certaine forme de mise en œuvre de la langue (c'est-à-dire comme art du langage). Je dirais que la *poïesis* se partage en une acception poïétique (c'est la dimension de la fabrication) et une acception poématique (c'est la dimension du poème) »⁷⁶⁹. Dans la production des observations cliniques, cette vision de la *poïesis* aristotélicienne nous parle d'autant plus que la dimension poétique alimente parfois ce genre d'écrit. Y compris dans sa forme, nous assumons une certaine touche humoristique – et parfois de cynisme – comme dans les affects qu'elle peut provoquer. Nous avons le souvenir de lecture d'observations cliniques d'étudiants et de collègues dont la qualité n'avait d'égale que la beauté poétique de leur texte.

Jacques Lacan propose lui aussi une lecture de ce nouage : « Qu'est-ce qu'une *praxis* ? C'est le terme le plus large pour désigner une action concertée par l'homme, quelle qu'elle soit, qui le met en mesure de traiter le réel par le symbolique »⁷⁷⁰. Notre écriture des cas cliniques peut se traduire, dans une certaine mesure, par cette volonté de garder trace de ce qui a été signifiant pour nous, dans une situation qui, souvent, a échappé à notre entendement. Il est arrivé aussi qu'une scène soit si cocasse ou insensée que nous avons tenu absolument à en garder le souvenir lisible. Enfin, ces situations ont été plus rares, certaines scènes que nous avons vécues nous sont apparues comme insupportables, car marquées par une grande violence.⁷⁷¹ Nous les avons écrites, généralement après quelques jours, sans autre but que d'en garder une mémoire accessible. Nous disons seulement accessible, car nous n'avons pas pour objectif de venir interroger leur contenu

⁷⁶⁸ *Ibid.*

⁷⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁷⁰ Lacan J. in Rozier, E. (2014). *Op. cit.*

⁷⁷¹ Et nous ne parlons pas seulement là de violence physique.

dans un futur proche ou lointain : il nous est arrivé occasionnellement d'y revenir, d'autres fois non. En somme, généralement, nous avons agi pour agir, notre volonté n'allant pas au-delà de l'acte d'écrire notre vécu.

XI.4.3.2 Écrire un cas clinique : entre style et démarche scientifique

Pour notre part, la difficulté du cas clinique réside sans doute autant dans son analyse que dans son écriture. Cette observation a trait à notre façon de rédiger ces cas cliniques et a suscité de nombreux questionnements tant avec nos collègues, nos confrères qu'avec les cliniciens que nous avons rencontrés. Notre style, si nous pouvons nous exprimer ainsi, fait que nous écrivons les situations rencontrées sans y produire, à l'intérieur, une analyse « en temps réel ». Nous produisons « seulement » des récits, cliniques certes, mais sans y accoler une analyse immédiate. Pendant longtemps, nous avons pensé que le récit clinique parlait de lui-même et n'avait pas besoin d'un porte-parole, d'un guide qui viendrait expliquer au lecteur quoi et où regarder. Nous estimions que le récit perdrait là et son sens et sa puissance évocatrice en fixant l'attention de notre interlocuteur. Aujourd'hui encore, nous ne savons pas comment définir cette posture, nous balançons encore entre une certaine naïveté, une fidélité au vécu et une quête impossible de pureté du sens. Nous avons pensé trop longtemps que nos écrits, même habités par un souci de qualité, permettraient de refléter avec justesse la vérité du moment vécu. À quoi bon, dès lors, expliquer si nous vivions et ressentions la même chose ? De plus, il nous a fallu accepter notre incapacité à arriver à écrire des cas cliniques qui alliaient dans les mêmes paragraphes, observation et analyse⁷⁷². D'autre part, il est possible que consciemment ou inconsciemment, nous nous soyons refusé à en produire une analyse - nous pensons là aux moments des GAPP -, préférant laisser cette responsabilité aux autres participants avec lesquels nous avons partagé nos récits. Avec le temps et l'utilisation de ces récits cliniques dans une visée de recherche, cette position est apparue rapidement intenable. Des amis proches nous avaient pourtant prévenu : « Arrivera un moment où tu ne pourras plus t'échapper sur l'analyse ! ». La double lecture « analyse des cas » et « aller en analyse » nous apparaît encore aujourd'hui des plus savoureuses...

⁷⁷² Notre respect et parfois même notre admiration va aux auteurs qui arrivent à manier avec brio ce qui ressemble pour nous à une « double plume ».

Nous avons donc pris le parti de proposer des récits cliniques - un confrère nous avait soufflé le mot de « clignette » - tels que dans le récit d'expérience de ce début de thèse, et de procéder autrement dans le cadre du recueil de données. Nous proposerons donc à la lecture des cas cliniques construits en deux temps : un premier temps consacré au récit, un second consacré à l'analyse de celui-ci. Sous cette modalité, il nous a paru ainsi plus aisé de proposer au lecteur une interprétation et, plus encore, une indication de ce que nous voulions lui faire observer à travers ce que nous racontions. Exercice intimiste et périlleux dans la mesure où nous nous aventurons à partager une part de nous-même dans le vécu quotidien que nous relatons, comme dans l'analyse que nous en proposons.

XI.4.3.3 L'interprétation : une appropriation singulière de la situation

La force et la limite de nos cas cliniques comme de nos entretiens résident dans l'interprétation que nous en avons fait, au sens que nous avons attribué aux situations rencontrées. Construction symbolique, la compréhension de ce que nous avons observé et vécu répond à certains critères de ce que nous considérons comme vérité. La rigueur et la fiabilité d'une recherche scientifique a trait en partie à la transparence des chercheurs quant à leur posture, leurs méthodes et leurs contextes de travail.

Dans un chapitre d'un des ouvrages qu'il a dirigé au nom provocateur, Pierre Paillé interroge : *Qui suis-je pour interpréter*⁷⁷³ ? Il y distingue six formes du soi comme autant d'arrière-plans de l'interprétation : le soi du Monde, le soi Culturel, le soi Social, le soi Institutionnel, le soi Économique et le soi Personnel. Il rappelle que l'interprète n'est isolé qu'en apparence du fait du poids du monde, de la culture, la société, des institutions, ou même de l'économie. Toutes ces strates participent à notre interprétation de façon consciente ou inconsciente, qu'il s'agisse de notre cursus universitaire, notre éducation ou le pays dans lequel nous vivons. Tout cet « univers interprétatif »⁷⁷⁴ participe à construire du sens, notre sens. L'interprétation s'avère alors tout autant un processus qu'un résultat. Pour cet auteur, l'interprétation est toujours en partie déjà là. Cela peut se vérifier dans le choix des situations à observer, dans l'élaboration de notre grille de questions pour les entretiens ou dans la confection des guides d'entretien. Ainsi, « il est

⁷⁷³ Paillé, P. (2006). Chapitre 5. Qui suis-je pour interpréter? *La méthodologie qualitative: Postures de recherche et travail de terrain* (pp. 99-123). Paris: Armand Colin.

⁷⁷⁴ *Ibid.*

clair que l'analyse interprétative n'est pas confinée à la phase finale ou hors terrain de l'enquête, ensuite, à la question "Qui suis-je pour interpréter ? ", on peut certainement répondre, pour bien des cas : "Je suis celui qui a planifié et mené l'enquête" »⁷⁷⁵. À la manière d'un artisan – vu que notre recherche ne relève pas forcément d'une logique confirmatoire –, nous construisons, bricolons, improvisons avec les données que nous recueillons, y compris lorsqu'il s'agit d'écrire un cas clinique et de l'interpréter. Nous l'avons déjà abordé plus haut dans cet encart méthodologique, notre expérience du terrain est passée avant tout par notre corps et nos sens : dans cette mesure, nous nous sommes refusé à dénier – nous les avons même érigés comme partie prenante de notre démarche scientifique – notre ressenti en temps réel et le caractère multidimensionnel de nos observations, de l'accumulation d'indices, de nos intuitions, voire de nos convictions. Jean-Pierre Olivier de Sardan ne dit pas autre chose : « On peut considérer le “cerveau” du chercheur comme une “boîte noire”, et faire l'impasse sur son fonctionnement. Mais ce qu'il observe, voit, entend, durant un séjour sur le terrain, comme ses propres expériences dans les rapports avec autrui, tout cela va “entrer” dans cette boîte noire, produire des effets au sein de sa machine à conceptualiser, analyser, intuire, interpréter, et donc pour une part va ensuite “sortir” de ladite boîte noire pour structurer en partie ses interprétations, à une étape ou l'autre du processus de recherche, que ce soit pendant le travail de terrain, lors du dépouillement des corpus ou quand vient l'heure de rédiger »⁷⁷⁶.

De là, il s'agit pour le chercheur d'accepter que l'interprétation soit forcément une approximation, « un essai de sens »⁷⁷⁷. Ce à quoi nous nous astreignons, c'est à nous approcher d'une certaine vérité, d'une meilleure compréhension du monde. De notre monde, certes, mais aussi du monde d'autrui, puisque dans les entretiens, mais plus particulièrement dans nos cas cliniques, il est question de sujets, de leurs expériences, de leurs affects : l'acte d'interpréter nous engage intellectuellement comme éthiquement. Insistons sur ce point : l'interprétation n'est pas un problème mais bien une nécessité scientifique car : « l'observation scientifique consiste en un dépassement des limites du visible et dans la recherche d'une signification qui, justement, dépasse le seul donné observable »⁷⁷⁸. Dans cette veine, le sujet de la méthode qualitative et de l'interprétation est « [...] celui soumis à la plasticité adaptative du vivant et non celui réduit aux invariants

⁷⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁷⁶ Olivier de Sardan, J-P. in Paillé, P. (2006). Chapitre 5. Qui suis-je pour interpréter? *Op. cit.* pp.99-123.

⁷⁷⁷ Paillé, P. (2006). *Op. cit.*

⁷⁷⁸ *Ibid.*

mesurables, lesquels donnent une uniformité fallacieuse aux comportements par la suppression des variables singulières et de l'ingéniosité quotidienne »⁷⁷⁹. D'autre part, la temporalité de notre interprétation a son importance. Elle a été engagée dans l'expérience immédiate – le vécu de la situation - puis entre quelques heures et quelques jours dans la rédaction de nos pense-bêtes et enfin entre quelques semaines et plusieurs années lorsque nous les avons écrits et analysés entièrement. Nous connaissons les distorsions inhérentes à l'observation, que ce soit par le biais des erreurs perceptives comme par celui des erreurs perceptives inhérentes aux désirs humains, et avons pris en compte les facteurs liés au « sur le moment », à « l'après-coup », au « souvenir lointain ».

XI.4.3.4 Préservation de l'anonymat et intelligibilité des cas cliniques

Enfin, la préservation de l'anonymat des protagonistes de ces cas cliniques a été pour nous une priorité. Les situations dont nous faisons le récit datent, pour la plus ancienne d'une dizaine d'années, pour la plus récente de trois ans. Les pense-bêtes qui nous servaient de traces de ces situations n'avaient pas été écrits dans un autre but qu'une utilisation individuelle ou dans le cadre des réunions d'analyse des pratiques professionnelles de notre établissement. Nous n'avions pas prévenu les adolescents que nous accompagnions à l'époque que nous utiliserions les moments passés ensemble pour d'autres usages que nos réunions, tout simplement parce que nous n'y croyions pas. Outre l'apparition récente du règlement général sur la protection des données (RGPD)⁷⁸⁰ et son omniprésence – bienvenue- dans certains secteurs (médicaux, informatiques, etc.), tout clinicien qui a partagé les fruits de sa pratique a dû faire avec une certaine éthique – et la loi - quant à la divulgation ou la non-divulgation de certaines données. Nous avons fait le choix de restreindre autant que possible tous les éléments qui pourraient indiquer avec précision l'identité des personnes que nous faisons apparaître et des établissements où ils étaient pris en charge. Mais soyons lucides : tout professionnel ou adolescent qui a travaillé ou vécu un certain laps de temps à nos côtés a la capacité d'identifier les acteurs de ces cas cliniques. À commencer par ceux-là mêmes qui sont au centre de nos récits. Nous en avons décidé ainsi dans la mesure où, lorsque nous avons ôté toutes les

⁷⁷⁹ Santiago Delefosse, M. (2006). Chapitre 9. La tension entre théorie et terrain. In Paillé, P. *Op. cit.* pp.201-223.

⁷⁸⁰ Première apparition en 2016 : <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>

informations relatives à une possible reconnaissance des personnes que nous décrivons, les cas cliniques perdaient en puissance, intelligibilité, certains n'ayant même plus aucun sens. Cela semble logique, lorsque nous retirons à un récit son essence, ses détails, son contexte, il n'en reste plus qu'une coquille vide, sans processus de vie. Ce choix, nous l'assumons en tant que chercheur et nous le revendiquons en tant que clinicien.

PARTIE 3 RÉSULTATS

Chapitre XII. Entretiens

Dans la présentation des résultats d'entretiens, nous proposons une lecture thématique du contenu. Nous avons longtemps réfléchi sur l'ordre de succession des différents items et nous avons opté finalement pour une présentation sommairement chronologique : c'est-à-dire, lorsqu'un éducateur spécialisé travaille avec un sujet, à quel invariant va-t-il se confronter en premier ? À notre sens, et à ce stade de la recherche, nous ne proposons pas de hiérarchie entre les différents concepts opératoires spécifiques mais pouvons les catégoriser par méta-concepts ou famille de concepts. Ainsi, au fil de ces derniers, se dessinera une première cartographie de ce à quoi peut faire référence une clinique de l'éducation spécialisée chez les principaux concernés.

XII.1 Présentation des professionnels interviewés

Aurélié a 47 ans, elle est diplômée depuis 2004 et travaille au sein du DITEP depuis la même année. Elle a travaillé en unité de jour et en internat, a été sur le groupe ados (13-17) durant une dizaine d'années, et évolue au sein du groupe des moyens (10-13) depuis dix ans.

Nicolas a 28 ans, il est diplômé depuis 2021 et travaille au sein du DITEP depuis 2019, lorsqu'il était en formation d'apprenti. Il travaille en unité de jour et internat sur le groupe 11-14 ans.

Marc a 49 ans, il est diplômé éducateur spécialisé depuis 2000 et travaille au sein du DITEP depuis 2000 lorsqu'il était en formation. Il a travaillé en unité de jour et internat sur une unité adolescents pendant quinze ans et évolue au sein d'une unité 16-21 ans depuis quatre ans.

Pénélope a 34 ans, elle est diplômée depuis 2010. Elle a travaillé neuf ans en MECS avec des 8-12 ans puis avec des filles de 14 à 18 ans. Elle est au DITEP depuis 2020 où elle évolue sur une unité de jour et internat auprès d'enfants de 8 à 12 ans.

Francis a 50 ans, il est diplômé en 1999 et est au DITEP depuis 2005. Il a travaillé en unité de jour et internat avec des 12-15 ans, puis en SESSAD et, depuis deux ans, sur le groupe des 6-12 ans en unité de jour et internat.

Cathy a 39 ans, elle a d'abord été monitrice éducatrice à l'âge de 20 ans puis éducatrice spécialisée diplômée en 2006. Elle a travaillé en foyer occupationnel, douze ans en prévention spécialisée, dans un jardin d'enfants (3-5ans) et elle est au sein du DITEP depuis neuf ans où elle évolue sur le SESSAD.

Asma a 37 ans, elle a été animatrice et diplômée éducatrice spécialisée depuis 2011. Elle a travaillé cinq ans en MECS avant d'arriver au DITEP en 2016 sur le groupe spécifique d'accueil temporaire des ados.

Sandrine a 36 ans, elle est diplômée depuis 2007. Elle a travaillé un an en MECS à Paris puis a fait des remplacements, toujours en MECS, à Bordeaux. Elle travaille dans la même association depuis douze ans, d'abord dans un DITEP accueillant des 6-14 ans, puis, depuis trois ans dans son DITEP actuel sur un service 16-25 ans.

XII.2 Une première réponse significative ?

Nous retranscrivons les réponses que les interviewés ont faites immédiatement après notre question sur les fondamentaux. À notre sens, elles sont des plus intéressantes car nos interlocuteurs n'ont pas eu le temps de réfléchir à notre interrogation, le fil de la discussion étant à peine déroulé :

« Alors là comme ça je mettrai deux choses, je sais pas, je scinderai en deux. Je dirais qu'il y a des fondamentaux vis-à-vis de l'accompagnement, ceux que je vais pouvoir avoir auprès du public accueilli. Et d'autres plutôt avec mes collègues en ce qui concerne la vie institutionnelle puisque je suis dans une institution [...] Et je dirais qu'effectivement, dans le cadre des missions, ça va être de pouvoir offrir un espace le plus sécurisant possible, le plus sécurisé possible, afin que ces jeunes qui ont déjà beaucoup de difficultés, qui sont exclus de nombreux espaces, puissent trouver un lieu dans lequel ils peuvent être eux-mêmes, malgré leurs difficultés. Tout en pouvant travailler à devenir des jeunes hommes meilleurs ». (Nicolas)

« Alors sur ce service, on a la chance d'avoir un psychologue d'obédience psychanalytique et donc, c'est l'accueil qu'on travaille beaucoup ». (Asma)

« Les fondamentaux...l'empathie, la bienveillance (*silence*). Même si c'est peut-être un petit peu bateau... oui c'est se mettre parfois à leur place et les tenir par la main. Pour moi, c'est ça l'accompagnement, c'est être au plus près. Voilà. Être à l'écoute des besoins. » (Cathy)

« Qu'est-ce qui base mon éthique en fait ? Alors j'aime beaucoup me mettre un peu en retrait. On est dans un ITEP avec des enfants qui ont des troubles de la relation. Du coup, j'aime bien lancer un jeu et ensuite leur dire " j'ai autre chose à faire", mais juste pour les laisser jouer ensemble et observer. Ce qui marche, ce qui marche moins bien, et essayer au maximum de leur permettre d'avoir des expériences positives entre eux. Ça c'est hyper important pour moi. Ouais. L'écoute, l'observation et du coup, évidemment, la relation. [...]. Et je pense que c'est uniquement la relation que j'ai avec eux qui me permet d'avoir ce respect-là et de pouvoir avoir des relations vraiment sereines et saines». (Pénélope)

« Aujourd'hui, ce qui m'importe le plus pour les jeunes dont je vais m'occuper - en tout cas avec qui je vais faire un petit bout de chemin - c'est qu'ils puissent se persuader eux-mêmes qu'ils ont, malgré tout ce qu'on leur a dit, malgré ce qu'ils pensent d'eux-mêmes, malgré tout un tas de pressions autour d'eux, surtout depuis quelques années, la possibilité d'être heureux ». (Marc)

« Ouais, alors moi du coup, j'allais dire la discussion. [...] Mais moi, c'est mon outil principal. Ce que j'utilise avec les enfants, ce sont des entretiens, des discussions informelles, des entretiens un peu plus formels, des entretiens à plusieurs. » (Aurélié)

« C'est hyper large ta question. Bah le fondamental quand même, c'est la relation, tu ne peux pas passer à côté de ça dans l'accompagnement. Après... capacité d'écoute, d'accueil, bienveillance, une disponibilité... mais j'ai l'impression que ça fait partie des compétences inhérentes au métier d'éducateur. Pas en termes de savoirs acquis, mais en termes de savoir-être, quoi. En termes de savoir, je pense qu'il y a quand même des connaissances à avoir sur la psychopathologie ». (Sandrine)

« La relation éducative déjà. C'est-à-dire que j'ai même un petit fascicule qu'on file aux stagiaires [...] : c'est comment, à travers la rencontre avec l'enfant...(*silence*) moi je crois que c'est un prérequis, un préambule à tout, quoi. C'est à dire à pouvoir poser une autorité, pouvoir être en confiance avec un gamin, pouvoir travailler un projet. Pour moi, ce fondamental-là, il est obligatoire ». (Francis)

Plusieurs observations s'imposent à nous sur ces premières paroles. La première relève de la diversité des réponses. Certaines ont trait à des compétences – qu'elles aient trait à un savoir-être ou un savoir théorique – ou à une posture – accueil, écoute, observation –, quand d'autres relèvent d'une finalité : que les jeunes puissent se persuader qu'ils ont la possibilité d'être heureux, offrir un espace le plus sécurisant possible, le plus sécurisé possible. D'autres mettent au centre la dimension relationnelle de la pratique éducative. Une autre observation concerne la difficulté à répondre pour certains ES, qu'il s'agisse de demander à préciser ou reformuler la question, voire du temps de latence avant de répondre. Dernière observation : à eux huit, ces extraits compilent déjà la majorité des concepts opératoires qui vont être déroulés dans la suite des entretiens.

XII.3 Le maniement du transfert dans la relation éducative

XII.3.1 L'accueil

La fonction d'accueil est primordiale pour les ES interrogés. Certains insistent sur cet élément plus que d'autres, notamment Asma qui est en poste sur un service d'accueil temporaire, qui a pour mission d'accueillir des jeunes dont les services qui l'accompagnent sont à bout. Par exemple : « C'est l'accueil qu'on travaille beaucoup. Pour savoir qui est le jeune. On essaie de toujours s'adapter, en fait : est-ce que c'est un jeune qui a besoin de surprises et dans ce cas-là, on fait dans l'inattendu et on va se dire bah il va arriver comme ça sans visiter le service au préalable au préalable, pour nous rencontrer etc. Et parfois ça va être des jeunes avec plus des rituels, de besoins, de constance, donc lui on va lui proposer de venir visiter le service, d'une rencontre, qu'on fasse un repas en amont » (Asma). L'idée est donc de mettre le jeune dans les meilleures dispositions, ce qui nécessite en amont une prise d'information sur ses habitudes ou sur ce qui peut le mettre en difficulté. Il s'agit de lui montrer qu'il est attendu et que l'équipe a pensé à lui. De même, lors d'un deuxième séjour, les professionnels ont déjà en mémoire l'adolescent qui est pris en charge par leur service et peuvent alors plus facilement créer l'environnement idoine : « Et puis quand on connaît déjà le jeune, parce qu'y a des jeunes qui viennent plusieurs fois dans l'année, ben on essaie de se rappeler du petit truc qui fait que. Par exemple, y a un jeune il a besoin de boire, il boit pas d'eau, il boit que du Perrier. Donc avant qu'il arrive, ben on va acheter du Perrier. Se rappeler d'un plat préféré. Si y

en a un qui aime bien les trucs créatifs, en amont, on va aller à Gifi, puis on va aller acheter quelques trucs créatifs afin de toujours optimiser, de telle sorte que l'accueil, en fait, soit chaleureux et qu'ils se sentent accueillis, quoi. Qu'on est contents de les voir et qu'on est contents qu'ils soient là, et de passer du bon temps » (Asma). Cette dernière phrase nous semble d'une importance capitale : le jeune doit ressentir que les adultes sont contents de l'accueillir. Le terme « chaleureux » n'est pas non plus galvaudé, surtout lorsque l'on sait que les jeunes accueillis au SAT se retrouvent souvent en situation d'exclusion de leur groupe de DITEP.

Dans la même veine, pour Nicolas, c'est très simple : « On les accueille parce qu'ils sont exclus ». Et il considère que cette fonction d'accueil n'a de sens que si elle est temporaire : « (...) ce qui va relever d'un fondamental, c'est qu'ici c'est une étape... ce n'est qu'une étape dans la vie [...] Mais cet accueil-là vient soulager un échec, parce que pour beaucoup, c'est vécu comme un échec de ne pas avoir réussi à rester au collège, d'avoir déçu les parents, de s'être déçu soi-même, d'avoir déçu les professeurs, les frères et les sœurs ». Il s'agit donc, pour ces professionnels, de venir prendre le contrepied de ces exclusions, vécues comme autant d'échecs par ces jeunes, en leur faisant une place là où ils sont bien les bienvenus. Cet accueil est d'ailleurs réalisé dans deux de ces établissements par les jeunes eux-mêmes déjà présents dans le service, afin de proposer dès l'origine de la prise en charge, un contexte familial et moins intrusif que serait celui conduit par un adulte. Pénélope propose ainsi un premier temps en douceur où elle se situe en arrière-plan et laisse un pair guider les premiers pas du nouveau venu : « (...) j'aime bien les mettre rapidement en lien avec les autres enfants pour qu'ils se sentent plus à l'aise pour que ce ne soit pas l'adulte qui les refroidisse. Par exemple, quand on a un nouveau qui arrive, on lui fait faire visiter le groupe par les jeunes et moi j'aime bien rester derrière, je fais faire le tour par les enfants. Je reste pas loin quand même (*rires*) ! Des fois, ça va dans tous les sens ! Et après je les laisse s'installer sur le groupe et je suis plus présente sur le quotidien : si tu veux, je vais déballer ta valise avec toi, je vais faire ton lit avec toi, c'est plus sur des choses comme ça en fait, l'entrée en relation. Je préfère le faire plus en douceur, un peu comme du soutien [...] ». Cela permet en plus, comme en rigole Francis, de se rendre compte que les enfants de son groupe sont non seulement tout à fait capables d'assurer un accueil de présentation, mais en plus, ils connaissent parfaitement le fonctionnement du service d'un point de vue règlementaire comme symbolique : « on fait souvent ça avec un tuteur, c'est à dire un des gamins du groupe. On va au restaurant

avec lui et c'est le gamin qui va expliquer ce qui se passe... Alors, on choisit forcément (*rires*). Mais au-delà de la blague, certains gamins qui peuvent se montrer retors et attaquer le cadre, se sont montrés accueillants, et puis surtout très au courant des règles, quoi. Très très au courant des règles, de ce qui se fait à l'ITEP. Je me souviens d'un gamin, il expliquait le rôle de l'ITEP, le décalage qu'il pouvait y avoir entre les pédagoges et le milieu ordinaire, l'intervention des éducateurs. J'étais bleu quand même. Et de façon très claire en plus ! Donc c'est ça l'accueil ».

XII.3.2 La rencontre

Difficile de séparer l'accueil de la première rencontre avec la personne accueillie. Ce qui ressort des extraits suivants, c'est la focale mise sur la (re)connaissance réciproque entre deux individus :« [...] c'est l'histoire d'une rencontre et ça passe par les premiers instants, au premier regard. Le premier accueil, ça va être : comment on se situe par rapport à lui ? Comment on apprend à se connaître ? Ça va être tout ça : la connaissance de ce qu'il nous amène, de ce qu'on sait de par les éléments qu'on a sur l'enfant » (Cathy). Et parfois même aux dépens des informations recueillies en amont, que ce soit dans le dossier ou dans les échanges avec l'établissement qui oriente : « Bien que parfois les éléments qu'on a dans la réalité... ça y est, je vais m'embarquer dans un truc (*rires*). Parfois, les éléments qu'on a, on va nous dire "là il est ceci", "il est cela", ou ce qu'un parent va nous raconter. Alors que nous on le voit pas comme ça ». Le changement d'environnement joue pour beaucoup, comme la posture des éducateurs à accueillir le jeune et à permettre qu'une rencontre puisse advenir. Pour cela, le regard des professionnels doit être le plus ouvert possible, surtout dans les cas où la description faite est extrêmement négative :

« Sur l'accueil de jour, ouais le premier qui me vient en tête, c'est un jeune qui arrive du Sessad, qui nous est présenté comme un enfant terrible. Impossible pour lui de rester au collège, toujours exclu. Jamais au bon endroit, au bon moment » (Nicolas)

« À chaque fois, on a un tableau assez...des fois même qui fait mal au cœur. Tu vois, je pense à un jeune qui est arrivé il y a pas très longtemps, où il était décrit comme ayant des mensonges monstrueux. Enfin, la phrase, elle m'a marquée : "il demande à venir mais dans tous les cas ça ne servira à rien". Voilà. Et je me dis le jeune, j'ai un autre regard, j'ai un autre vécu, j'ai pas le même passé avec lui, j'ai pas les mêmes attentes parce qu'on est

sur un truc où j'ai pas l'école, j'ai pas de sonnerie, j'ai pas d'atelier à prévoir. Du coup je peux, je peux prendre le temps et partir de ce que le jeune me propose... ou pas, d'ailleurs » (Asma).

Les contraintes moindres entrent évidemment en jeu mais il semble certain que le tableau dressé avant l'arrivée du jeune engendre des enjeux d'influences et autres phénomènes de prophétie autoréalisatrice.

D'autre part, apprendre à connaître un enfant ou un adolescent nécessite du temps partagé où le repérage des rôles de chacun est primordial. Nicolas parlera d'apprivoisement⁷⁸¹ : ce qui n'était peut-être pas sans lien avec ce qu'il lisait : « Une sorte de rencontre pour parler de façon bateau. Mais voilà, c'est deux personnes qui s'apprivoisent l'une et l'autre et partagent du temps, des moments agréables, des moments moins agréables ». Tout en précisant que ce temps partagé n'est possible qu'à travers un équilibre précaire « accueillir sans s'accaparer » ; nous lui avons demandé si la frontière était mince et il a répondu : « Ouais, elle est mince, elle est délicate. Parfois, on s'en rend pas compte. Parfois, ça peut être soit trop, soit pas assez et mettre les choses peut-être trop à distance. Et du coup, cette rencontre ne se fait jamais » (Nicolas). Cette quête d'une supposée juste distance, que nous avons déjà évoquée précédemment⁷⁸², Pénélope la vit à travers une position qui alterne le proche et lointain : « [...] j'essaie de faire en sorte que la relation se fasse d'abord entre les enfants. Et ensuite, je viens s'il y a besoin d'un peu médiatiser ou de soutien, je propose des activités, des ateliers. Je leur demande surtout ce qu'ils aiment, comment ça se passe à la maison, d'où ils viennent, ce qu'ils avaient fait avant. Voilà. Mais ça, je le fais dans un deuxième temps. Je préfère pas faire comme un interrogatoire quand ils arrivent. Je les laisse s'installer dans un premier temps ». Comme nous pouvons le remarquer, la rencontre s'amorce d'abord dans le jeu et les activités, souvent entre pairs, et c'est dans un premier temps l'observation qui produit de la connaissance là où un « interrogatoire » pour reprendre les propos de l'éducatrice ne serait pas propice à l'ancrage de l'enfant au sein de l'établissement. Nous pourrions qualifier cette phase comme suit « installe-toi tranquillement, joue avec tes camarades, on parle après ».

⁷⁸¹ Nous ne pouvons pas nous empêcher de faire le lien avec l'ouvrage *Le petit prince* qu'il était en train de lire lorsque nous sommes arrivé au rendez-vous pour l'entretien. Il nous expliquera qu'il préparait un atelier lecture et qu'il lui semblait que c'était le livre idéal pour démarrer.

⁷⁸² Cf. chap. IX.5 de notre deuxième partie.

XII.3.3 La relation éducative

L'invariant « relation » est l'un des plus complexes à définir dans la mesure où il regroupe de nombreuses caractéristiques transversales aux autres invariants (la rencontre, l'accueil, les affects) et qu'il est relativement complexe de pouvoir en saisir le début et la fin. Cathy, toujours dans sa crainte de ne pas répondre correctement aux questions, hésite puis produit une réponse qui nous semble aborder tous les points fondamentaux inhérents à la relation, en abordant la bienveillance : « Ben ça va être un regard quand la personne arrive, c'est-à-dire... c'est un tout. En fait, c'est au fur et à mesure, on la connaît. On voit tout de suite si ça va, si ça va pas dans les attitudes. À force d'acquérir de l'expérience et toutes sortes d'expériences, on arrive à mesurer quand la confiance est là. Effectivement ça va être l'accueil, pour moi, qui est très important. C'est ça la bienveillance. Voilà. Et puis effectivement, la posture, le regard, le prendre soin. Ça peut être une petite tape sur l'épaule, ça peut être... *(Elle me refait signe qu'elle ne sait pas quoi dire d'autre)* » (Cathy). « C'est un tout » est peut-être l'expression qui résume le mieux la relation, d'autant plus si on y ajoute la question de la confiance, la plus difficile à mettre en place avec ces sujets en souffrance. Francis propose lui aussi un pot-pourri de cette notion : « Moi, un des fondamentaux, je vous dis : la relation éducative, le quotidien en tout cas au sein de l'ITEP, même en journée, c'est à dire l'accueil, le matin, les repas, les relations, être vigilant et avoir une écoute bienveillante ».

Cette relation se met en place selon le cadre d'intervention (ambulatoire ou unité de jour), qui a des conséquences sur le temps que cela prend à tisser du lien : « c'est beaucoup plus long [en ambulatoire] » (Sandrine) ; « Celui qui n'est là que la journée, on le voit moins, et la relation met plus de temps à se créer. Avec un jeune qu'on accueille qu'en journée, ben il a fallu qu'on parte en séjour avec lui pour avoir vraiment un lien » (Pénélope). Un travail au temps long donc, indispensable à la construction d'un vécu commun, à des expériences partagées, qui forment moments et souvenirs, érigeant ainsi une base solide pour la poursuite de l'accompagnement :

« Après, je pense qu'il en faut des activités éducatives, où ça va être plus un moment partagé, et on en revient toujours aux fondamentaux, à un vécu commun qui peut permettre une relation qui légitime une intervention et qui permet de pouvoir gagner la confiance » (Francis).

« [...] je trouve qu'il y a des jeunes qui s'investissent bien parce qu'on va vivre une sortie, parce qu'on va les accompagner sur un projet... » (Sandrine).

Ce vécu commun se joue différemment selon le caractère des professionnels dont deux (Pénélope et Nicolas) nous ont précisé préférer la relation duelle pour tisser du lien, parfois même à l'abri du reste du groupe : « Moi, là où je me sens plus à l'aise, c'est dans la relation duelle. Et donc ça va être très souvent, pour la rencontre en tout cas, sur les temps duels. J'ai l'impression que les moments d'authenticité qu'on va avoir avec eux, ils sont plutôt sur ces temps-là où ils sont coupés du groupe et à l'abri de toutes les représentations qu'ils ont à donner. Pour beaucoup de ces jeunes très angoissés, il vaut mieux paraître méchant et mordre le premier pour éviter justement de se faire croquer » (Nicolas).

La plupart des éducateurs interrogés évoquent la question des affects au sein de la relation éducative sans occulter les enjeux transférentiels et contre-transférentiels à l'œuvre :

« Des fois, même sur le service, il y a un truc qui va marcher avec moi pour un jeune, avec le transfert, le contre-transfert, et puis avec mon collègue pas du tout : le jeune, il ne veut pas le voir. Et à l'inverse, le jeune, il ne veut pas me voir et il ne veut rester qu'avec mon collègue, ça arrive aussi » (Asma).

« Et des fois, déjà, on sent des espèces de *feeling*, la relation c'est pas nous, c'est un va-et-vient, donc c'est la personne en face, avec soi. Et du coup y a des fois, on sent qu'on est investi de quelque chose qu'on nous projette, dans une place... ou alors pas du tout, on nous met à distance et on se dit OK. Mais s'ils veulent, s'il y a eu une accroche, s'il y a eu une envie de travailler plutôt avec tel professionnel, ils peuvent aussi le souligner et dire "bah moi dans un premier temps, je préfère travailler avec telle personne" » (Sandrine).

« Mais finalement, je vous dis la relation éducative, mais la relation éducative, c'est ça aussi. Je vous parle de ça parce que j'ai dû tâtonner : comment à travers un média, comment à travers un moment de vie, je rencontre ce gamin, j'accepte ce qu'il me donne, j'accepte de travailler avec ce qui me renvoie. Enfin un transfert contre-transfert, hein » Francis.

Ces professionnels prennent en compte, quand c'est possible, les préférences et les projections des enfants dans leurs choix d'accompagnement. C'est parfois plus facile en service ambulatoire – sur prise de rendez-vous, un ES peut plus facilement se rendre disponible- qu'en unité de jour où les emplois du temps et les présences sont plus difficiles

à modifier. L'utilisation de médiations, au sens large comme nous l'avons présenté en ce début de travail, favorise l'instauration et la consolidation de la relation éducative.

XII.3.4 Une *praxis* clinique

Les ES interviewés abordent, non sans difficulté, les émotions et les affects dans la relation éducative. Cathy parle de sensibilité « C'est un peu ce que je disais : se mettre à la place d'eux. Ben moi par exemple, j'ai tendance à vraiment ressentir... [...] Je ne sais pas comment dire. La sensibilité c'est important. Je peux percevoir des choses dans le regard, dans l'intonation de la voix, parce que ça vient faire écho chez moi, à mes perceptions, mes émotions ». Cette ES s'est toujours montrée hésitante voire inquiète de trouver les bons mots pour exprimer en quoi son ressenti était important pour accompagner les jeunes enfants de son service. Déjà observateur de cet embarras chez nos interlocuteurs à pouvoir exprimer avec précision ce qu'ils avaient en tête à ce sujet, nous avons insisté, avec nos interrogations, pour en savoir plus. Jusqu'à ce que Cathy nous coupe et énonce avec une clarté jusque-là un peu absente les mots qui suivent : «(Elle coupe) Ben moi, c'est mon art en fait. Voilà. Y en a, ils sont bons en dessin. Bah voilà, moi j'arrive à me dire, à regarder et à comprendre, à sentir ce que l'autre peut éprouver en fait. Voilà. Et ça ne veut pas dire que je suis dans le vrai, le réel, mais en tout cas, à travers ça, je fais passer des choses ». Cette professionnelle élève au rang d'art la capacité à avoir de l'empathie avec le public accompagné et à pouvoir s'en servir pour mieux le comprendre et mieux le soutenir. Plutôt emballé par ces déclarations, nous l'avons invitée à poursuivre :

« FC : Vous dites "moi, c'est mon art" et j'entends tout à fait l'image. Vous considérez-vous, en tant qu'éducatrice spécialisée, dans une dimension artistique ?

Cathy : Ah oui, oui, oui. Alors pour l'expliquer... ben je ne sais pas. Mais parce que l'artiste, il va quand il va peindre un tableau, il va se lancer sur quelque chose, j'imagine, et puis il va choisir des couleurs, il va choisir tel pinceau, il va... Mais pourquoi, à ce moment-là, il fait ça ? Pourquoi il choisit tel pinceau et pas un autre ? Ben parce que. Ben parce que... parce que... il va se dire là : voilà ce que je veux dire, voilà ce que je veux faire, voilà vers où je veux aller, voilà vers quoi je veux aller, et voilà ce que ça peut produire, ce que ça pourra peut-être produire chez l'autre. Parce que finalement, on a une

ligne de conduite dans la tête quand on accompagne quelqu'un et on veut aller vers quelque chose et l'emmener à réfléchir sur soi. En tout cas on veut l'aider, on veut l'accompagner. On veut qu'il puisse trouver son propre chemin. Faire un bout de chemin ensemble. [...] Donc ben l'artiste, c'est un peu, ça et après ça provoque des choses, son œuvre, chez les autres ». Pour cette éducatrice, il est tout à fait possible d'assurer une fonction d'autorité et partager avec le public – enfants comme parents - des émotions telles que la tristesse ou la colère sans que cela ne remette en cause leur professionnalisme. Il s'agit d'une posture sur laquelle nous reviendrons un peu plus loin dans ce chapitre, assumée par une adulte qui accepte ces enjeux affectifs : « En fait, on vient, border, porter...Mais après on peut vivre des choses très fortes et ressentir des émotions fortes et... et pleurer avec la personne tout en est restant professionnelle. Dans la façon de porter le discours, de porter son attitude et de porter sa tristesse par rapport à ce dont on est témoin ou ce qu'on partage » (Cathy).

XII.3.5 Une clinique instinctive

Nous nous sommes intéressé à l'origine des actions des éducateurs spécialisés. Comment choisissaient-ils de dire telle ou telle phrase ou de faire telle ou telle action à un moment donné de leur accompagnement ? Il arrive que dans des situations qui nécessitent une intervention rapide, il y ait des actes que les interviewés ont du mal à historiciser. Ils évoquent une démarche instinctive, à la confluence des affects, des émotions, de l'intuition, qui conduisent à une prise de décision.

Suivons par exemple Sandrine dans ses explications : « Je pense quand même que la dimension de l'instinct, elle est quand même importante dans notre métier, sur comment on ressent la situation et la personne en face de soi. Même si ça, c'est difficile à calibrer, à apprendre, c'est inhérent aussi à chacun... ». Cette singularité de chacun sur le ressenti instinctif d'une situation nous invite, là-aussi, à en savoir plus et nous proposons l'échange dans son entièreté :

« Sandrine : Comment j'aiguise mon instinct, ce que j'imagine... ben on l'aiguise de son expérience, son instinct. Il y a des choses, on sait que ça nous est arrivé, on sait qu'on l'a vu, on sait que... Après, c'est drôle parce que des fois on déconstruit l'instinct aussi. Il y a des jeunes qui ont des angoisses tellement massives sur des trucs... On essaie de

décortiquer un peu celui des autres, mais...je sais pas trop comment expliquer, comment on aiguise son instinct (*silence*). »

FC : Est-ce que tu as des exemples où tu as fait parler ton instinct ? Plutôt qu'une impression de déjà vu ou d'un savoir ou je ne sais quoi ? Je me dis qu'il y a une dimension spontanée, automatique parfois...

Sandrine : Ah non, je me dis pas ça. Il y a une dimension spontanée, mais il y a aussi une dimension... quand tu dis par habitude, par déjà vu, pour moi le déjà vu, il rentre... Tu t'appropries ces expériences, elles font partie de toi. Tu vas avoir cette espèce d'œil un peu aiguisé ou aguerris, à te dire "OK, dans cette situation-là". Et pour moi, ça fait partie... mais pas dans le côté réaction de survie ou instinct de survie ! Instinctivement j'aurais envie d'aller vers, ou de faire ça, ou de répondre comme ceci ou comme cela. Moi, j'ai l'impression qu'on fait des métiers très très instinctifs. Mais je me suis toujours dit ça en fait, dans ces réponses parentales, dans ce cadre qu'on porte, il y a vraiment quelque chose de nos valeurs profondes. Et ce sont ces valeurs profondes-là que j'appelle instinct aussi. Mais il y a quelque chose qui est inhérent à nous et une espèce de vision de la vie aussi qui est transmise ou en tout cas qui transparaît dans notre accompagnement ».

Cet extrait rejoint finalement les pensées de Cathy : l'envie d'aller quelque part, d'avoir une idée d'un chemin et d'être porté par des expériences, une empathie, des valeurs, qui vont spontanément amener les professionnels vers tel ou tel choix. Cette impression de faire des métiers « très très instinctifs » n'a rien de farfelu dans la mesure où chaque éducateur va intervenir d'une façon particulière à un moment donné, et d'une autre dans un contexte différent. Sans initier forcément une démarche réflexive. Parfois, ça vient comme ça, entendons-nous dire parfois pour justifier tel ou tel geste ou tel ou tel silence. Un savoir n'est jamais trop loin : « Et peut-être qu'on connaît les enfants, qu'on sait, que sûrement ça, à ce moment-là, ça va lui faire du bien » (Aurélie). Parfois même, cet instinct invite parfois à ne rien dire ou à ne pas faire. Sandrine toujours : « Comment on évalue, comment on... ouais, comment on ressent une situation, comment on ressent une agressivité, comment on se dit, bah je vais pas mettre les pieds dans le plat ou comment, là, on sent une disponibilité, on se dit bon bah là j'ai peut-être un peu insisté parce que je sens qu'elle pourrait être encline à me dire quelque chose ». Le ressenti est le curseur principal pour savoir si on met les pieds dans le plat ou non mais il se nourrit aussi, nous l'avons dit, d'une approche un peu plus globale liée à la connaissance que le professionnel a de la personne accompagnée et de ce genre de situation. L'éducatrice parlera même de « bon sens », notion qui était déjà apparue dans nos entretiens exploratoires.

Francis, dans sa verve habituelle nous présente une vignette clinique tendre, drôle et éloquente à la fois au sujet du jeune Lucas : « moi je viens des Landes. À un moment donné, je ne sais pas pourquoi, j'étais tellement dans la mouise que je lui ai fait... ma grand-mère me faisait un truc : c'était "ven aqui" (*il fait marcher ses doigts vers l'avant sur la table*), "aresteteu" (*il stoppe sa main*) et "batailloun" (*il fait repartir ses doigts en arrière*). Je saurais même pas vous dire... Et il arrive en orthophonie, et l'autre elle s'escrime à le faire parler en français et : "Ben aqui aresteteu batailloun". Elle vient me voir, je lui ai dit "oui c'est moi", donc il parle patois en fait ».

XII.4 Le quotidien

Autre élément fondamental de cette clinique de l'éducation spécialisée : le quotidien. Ce quotidien se veut « sécurisé et sécurisant » comme l'a dit très tôt Nicolas, et dans cette optique créer « un environnement familial au sens familial où on a l'habitude de » (Nicolas). Cette dimension est d'autant plus importante chez les enfants les moins âgés qui vivent souvent leur première séparation d'avec le milieu familial. La chambre occupe dès lors un espace privilégié d'une importance capitale : « Bah déjà c'est un lieu à eux. Ils ont leur lit avec leurs draps, donc ça c'est quand même vachement important, c'est une petite part de chez eux qui est ici. Et je pense que ça, tout simplement, c'est rassurant. Ils ont leur doudou, ils ont plein de choses dans leur chambre tu vois, leurs petits trucs à eux. [...] en début d'année, on leur fait choisir un élément de décoration qu'on va acheter avec eux pour habiller un peu leur chambre, et c'est à eux. Après ils partent avec à la fin de l'année. On essaie de faire en sorte qu'ils s'approprient les lieux et je pense que ça permet qu'ils se recentrent sur eux, qu'ils s'apaisent, que l'extérieur ne soit plus violent » (Pénélope). Cette appropriation d'un espace originellement extérieur à leur quotidien nécessite du temps, de la confiance et la possibilité d'une intimité. Là encore, la différenciation entre internat et ambulatoire est nette, y compris, et c'est une information qui n'est pas négligeable à l'heure du tout inclusif, entre unité de jour et internat : « Ils arrivent à 17h pour le goûter, ils sortent de classe et on sait qu'on a de 17h à 20h30 pour tout faire. Pour faire des activités ou rester tranquille, la douche, le repas... ensuite voilà, on s'adapte en fonction. Tu vois, on n'est pas là à dire "Oh merde ! c'est l'heure de manger" et tout. Des fois, on reçoit les containers de la cuisine, ils arrivent et ils restent là pendant

3/4 d'heure parce qu'on a pas fini notre activité et qu'on se dit que ça se passe trop bien. Donc, on va pousser un peu plus et ça c'est trop cool, on ne peut pas le faire la journée ».

Comme précédemment, le temps long est au cœur des espaces de possibles permis par l'élaboration d'un quotidien familial. La connaissance des jeunes qu'ils accompagnent et la possibilité de se familiariser avec leurs habitudes, leurs symptômes, leurs routines, se développent au fil du quotidien qui n'est pas à comprendre uniquement autour de ce que l'éducation populaire appelle « la vie quot' » (pour vie quotidienne) mais bien à apprécier dans sa globalité : du lever au coucher en passant par les temps de repas, les activités, l'école, etc. Prenons l'exemple du service d'Asma où l'adolescent est accueilli dans un groupe de 3 maximum : « c'est quand même une relation particulière d'être avec un jeune toute une semaine, même si y a pas la nuit ; mais seule avec un ou deux jeunes, voilà, ils se livrent beaucoup les gamins mine de rien. Il y a beaucoup de choses de l'ordre de l'intime sur ce qu'ils peuvent dire de ce qu'ils vivent au quotidien : sur les pôles, à l'école, en famille » (Asma). C'est aussi vivre ce quotidien sans trop exprimer de désir par rapport à ce qui pourrait s'y passer. En d'autres termes c'est, pour reprendre une expression souvent galvaudée, l'apprentissage du vivre ensemble dans un espace qui permet les pas de côté : « On va choper les mots, on va se saisir des moments où on peut se rencontrer calmement, posément, sur des banalités. Parler ne serait-ce que du beau temps ou des chèvres qui passent. Pour ces jeunes qui sont souvent inquiets de l'autre, où l'autre est souvent soit un agresseur, soit une personne à agresser, pouvoir inventer un nouvel espace. Où cette dynamique-là, elle est pas prégnante et où on est juste sur une cohabitation, une coexistence. Et ne serait-ce que parfois parler du beau temps, c'est déjà s'entraîner à pouvoir le faire pour des jeunes qui n'ont jamais pu le faire, qui ont jamais pu entretenir une relation ne serait-ce que pour se dire des banalités où soit tout est grave, soit rien n'a d'importance et ce, en permanence. C'est plus facile de commencer par des choses qui ont peu d'importance pour commencer à se faire confiance, au moins sur ça, et ensuite aller plus loin dans les choses et les laisser eux aussi venir nous déposer les choses s'ils le souhaitent et s'ils se sentent en sécurité » (Nicolas). Nous le constatons, il s'agit d'un quotidien manifestement humble où se passe ce qu'il peut se passer, et tant pis aussi si cela ne se passe pas. L'infrastructure, la spatialisation et la géographie de ces établissements influencent grandement les mouvements des personnes qui y vivent : y a-t-il des endroits où se cacher du regard des adultes ? Un endroit où je peux aller me poser tranquillement quand le groupe se fait trop oppressant ? Un terrain de sport propice à des

jeux collectifs spontanés ? Y a-t-il un seul et unique bâtiment où sont regroupés les parties administratives et l'internat ?

Revenons à la situation de « l'enfant terrible » qu'évoquait Nicolas, dont la citation exhaustive nous paraît retracer le mieux le processus :

« C'est regarder comment il s'approprie l'espace, voir quels sont les lieux où il va se sentir le mieux. Quels sont ses rituels s'il en a. C'est de voir que, par exemple, dans les moments de stress, il va aller aux toilettes. Vraiment. Sur le plan physiologique. Et où il arrive, avec le temps, en explorant l'espace, dans ces moments de stress, à plutôt aller sur le ponton qu'on a juste à côté. Et où là, il arrive à se détendre et à être dans une autre énergie plutôt que dans l'angoisse où il se renfermait sur lui-même. Il va plutôt être dans l'exploration et à mon sens, c'est ce vers quoi il est plus intéressant de le laisser aller. On va avoir la règle : il est interdit d'aller dans le ruisseau. Mais là, on va pouvoir aller dans le ruisseau, mais avec des bottes et puis on peut adapter les choses comme ça. C'est un jeune qu'on croise sur des temps courts mais il faut arriver à choper ces moments où ils arrivent à nous dire, sans le dire avec des mots, ce qui peut leur faire du bien. Qu'est-ce qui leur permet de tenir tout au long de la journée... ? parce qu'on leur en demande beaucoup... Un jeune qui arrive jamais à être au bon endroit au bon moment, il le fait pas pour le plaisir et donc c'est plutôt arriver à s'adapter, à faire un compromis. On est toujours dans ça, dans le compromis de ce qui est entendable, de ce qui est faisable et de ce qui va apporter, on y revient, cet espace sécurisé et sécurisant ».

Un passage retient notre attention : « arriver à choper ces moments où ils arrivent à nous dire, sans le dire avec des mots, ce qui peut leur faire du bien ». Ici se trouve la quintessence et la finalité du métier d'éducateur spécialisé. Encore faut-il pouvoir créer ces moments et avoir la disponibilité tant physique que psychique pour pouvoir s'en saisir. Francis est le plus prolixe sur cette thématique, principalement autour de l'accompagnement d'un jeune autiste qui a créé une réelle rupture dans sa façon de voir le métier et l'accompagnement : il a changé ses petits gestes du quotidien, retourné en formation, découvert une nouvelle tranche d'âge, etc. : « Ça, ça paraît tout con comme ça mais ça va pas de soi quand on n'est pas forcément habitué. Prendre les photos de chaque acte pour l'associer à lui [...] je l'ai fait et y a tout un rituel qui s'est mis en place. Il va chercher les pictos, pareil pour les emplois du temps pour les gamins qui n'ont pas accès à la parole, qui n'ont pas accès à la lecture, qui n'ont pas le vocabulaire. Ça aussi, ça paraît tout con. Mais il a fallu qu'on s'y adapte. On était avec des ados et moi, me retrouver

à jouer avec un autiste au dinosaure parce que c'est son seul centre d'intérêt, je vous avoue que j'étais dans une situation un peu... Mais c'était bien aussi, hein ? Ça m'a forcé à changer de métier. J'ai changé de métier... ». « C'est tout con », Francis le répètera à plusieurs reprises dans la conversation et la teneur de ses propos comme ceux de ses collègues tendent à montrer que ce n'est pas si « con » que ça, dans le sens où tous interrogent quotidiennement leur pratique pour faire au mieux avec les jeunes qu'ils accompagnent. Autre élément à retenir : la mise en place de rituels qui, au regard des problématiques des jeunes – *a fortiori* des plus jeunes -, permet d'ancrer le quotidien dans une atmosphère *secure*. La répétition des temps, des paroles et des actes, que cela soit en DITEP ou en IME est un prérequis pour ces populations en manque de repères et en situation d'insécurité.

Pour autant, il arrive parfois que pour changer certaines habitudes ou rompre avec certains fonctionnements, certains des ES interviewés jouent justement sur la nouveauté et la surprise :

« On sort, on va faire un tour, on va s'aérer dans un espace calme ou et puis ça sort aussi un peu du rythme. On sort de ses habitudes, on sort de ce rituel, et parfois de créer une petite fête, presque dans le quotidien, ça permet de... ça met un petit coup de fouet. C'est créer des petits instants d'inattendus parfois. Euh alors d'inattendu, pas de de réveil à 5h du matin hein, mais voilà, sortir un peu du rituel parfois, ça permet de trouver du confort quand on retrouve ce rituel justement. Là en fait, trop de rituels tue le rituel » (Nicolas).

« C'est un jeune, ça fait 13 ans maintenant qu'il est là-bas et il ne connaît rien d'autre que sa famille d'accueil, donc on essaie par le biais du DITEP, par notre service, avec la relation qu'on a tissée avec lui et qu'on a créée, d'essayer de décaler les choses. On essaie d'amorcer quelques petites choses inattendues dans sa journée, des surprises, des moments de lien qu'il a pas forcément l'habitude de vivre dans un mode collectif [...] » (Asma).

Cette nécessité de créer parfois des ruptures, au sens de rompre avec un comportement ou des agissements répétitifs, passe par le décalage, c'est-à-dire toutes ces petites nouveautés qui vont permettre de s'extraire momentanément d'une routine parfois trop pesante. Si « trop de rituels tue le rituel », ces professionnels n'en oublient pas leur rôle premier : créer un environnement régulier, stable, répétitif, afin de permettre aux enfants de se structurer autour d'une ligne de vie – le fonctionnement ritualisé - auquel on peut se raccrocher lorsque l'on se sent tomber. Ces habitudes prises au DITEP ne sont pas pour

autant les mêmes que celles du milieu scolaire ou familial. Par la diversité des espaces, le jeune accueilli peut jouer la partition qu'il souhaite – ou qu'il peut - auprès de figures adultes relativement variées. Nous l'avons vu précédemment avec Aurélie, ces personnes extérieures ont une connaissance plus ou moins précise de ces publics à besoins dits « spécifiques » et leur posture s'en ressent, ce qui a ses avantages et ses inconvénients.

Un exemple de cette disparité : « En ULIS, ils nous ont dit "on met le casque antibruit". Nous on leur a dit "ben nous on met pas le casque pour l'isoler". Quand il y a trop de bruit, il y a une salle de repos où on essaie de l'amener. Si c'est trop dur à un moment donné, tu y vas, donc il y va. Et il claque la porte pour bien nous préciser qu'il a les boules, il va pleurer un peu » (Francis). Chaque protagoniste sur sa scène joue son rôle avec le décor dont il bénéficie : l'enseignant au collège et l'éducateur au DITEP n'ont pas le même statut ni les mêmes locaux à leur disposition. Il n'est pas rare qu'un adolescent souligne dans l'un de ces deux endroits qu'il a le droit de faire telle ou telle chose là-bas et qu'on lui interdit ici. Chacun apprend à connaître ces jeunes dans l'environnement où ils évoluent. Et Francis de poursuivre : « C'est pareil, on nous disait "il a besoin de câlins". Non. On a pu échanger, moi j'ai eu des lectures, il y a des gens qui sont venus intervenir. On a eu un GAPP où une psychologue extérieure a pu nous parler des autistes qui viennent chercher la limite quand ça déborde trop. Donc il vient, ils se colle et du coup c'est devenu un geste, une pratique. Ouais, et il se pose. (*Il mime la scène en ouvrant un bras, comme pour accueillir quelqu'un contre sa hanche*). C'est-à-dire qu'il vient, on peut le prendre, il se calme. On ne sait pas vraiment ce qu'il a eu mais en tout cas il se pose et on peut passer à autre chose ». De fait, les pratiques diffèrent selon la réalité quotidienne qui s'offre à eux.

Enfin, ce quotidien peut être partagé lorsque les professionnels d'établissements différents se rencontrent et décident de lier leurs interventions. Francis de nouveau nous raconte comment, en collaboration avec l'enseignant et le père d'un enfant, ils ont pu travailler autour d'un objectif commun : « Il a dit "Je veux être un vrai élève et un élève comme les autres : je veux participer à la classe de neige". Donc on est parti sur cet objectif-là. Que cette année en septembre, il participe à la classe de neige. Le travail s'est concentré sur ça. Moi j'ai fait une sortie VTT en fin d'année dernière pour voir comment il pouvait être dans un groupe toute une journée. Alors y avait un filet, ma présence, mais du coup j'ai encore gagné en relation avec les instits, j'ai pu voir l'instit de cette année puisqu'il changeait de classe. On a travaillé cette histoire de de classe de neige ici : on a

travaillé la lecture au travers de la montagne, là où il allait. Et il est allé en classe de neige 12 jours. On a associé le père pour qu'il se débrouille, qu'il puisse aller le chercher pour le rapatrier. Il est allé à la classe de neige, ça s'est bien passé, les autres l'ont intégré puisqu'il y a eu des liens, un vécu commun ». Nous voyons bien comment l'objet « classe de neige » a été pendant un temps un fil rouge partagé dans divers espaces et comment le script a été écrit pour tendre vers le souhait originel d'un enfant : être comme les autres dans un moment convivial.

XII.5 Les médiations

XII.5.1 Un espace transitionnel

Les médiations vont permettre d'entrer en relation et affiner la connaissance que ces professionnels auront du jeune accompagné : ses peurs, ses activités favorites, ses jeux préférés, les signes avant-coureurs d'une crise : « [...] on s'en rend compte à travers des objets de médiation, des jeux, des choses... je sais pas hein, faire un collier de perles, ça peut être un jouet, un jeu » (Cathy). Sauf que pour certains, et principalement les plus jeunes, verbaliser ses préférences et faire des choix relèvent d'un effort parfois impossible à produire, surtout en début de prise en charge : « Je vais essayer de les aborder par des choses qu'ils aiment faire. Ou de leur proposer s'ils ne savent pas du tout parce que parfois, les jeunes qu'on accueille quand même, ils sont un peu perdus, ils sont pas très curieux et ils ne savent pas ce qu'ils aiment » (Pénélope). C'est cette dernière qui évoquera le plus la question de la médiation qui est au cœur de ses interventions. Les activités et les médias utilisés sont extrêmement divers, comme le puzzle : « Alors nous on a un médiateur, le puzzle sur le groupe, ça c'est vachement bien [...] parce que du coup y en a 2-3 qui viennent aider généralement, donc c'est pas mal, et sans forcément parler ». La pâtisserie : « On fait pâtisserie, chaque enfant a sa table, chaque enfant fait sa recette, donc déjà le cadre c'est chacun son truc. Et à la fin, on fait un petit goûter où chacun goûte la recette des autres ». Et le cheval, son activité favorite : « Sur le cheval je vise surtout l'apaisement, je mets des enfants qui sont très agités et pour lesquels la relation est très très très difficile avec les autres. Et ce sont des enfants qui vont être apaisés par

l'animal. Et le but après, c'est qu'effectivement ils s'entraident mais plus pour se rappeler les règles, tu vois : dans quel ordre on brosse déjà ? Et cette brosse, on l'utilise comment ? Voilà, ils se soutiennent plus comme ça mais y a pas de résultat à la fin pour dire "Ah bah toi t'as bien fait ça ou toi t'as bien fait ça". Il n'y a pas ce truc-là en fait, il n'y a pas de production ». Cette activité cheval semble relever d'une certaine appétence et maîtrise de l'activité, comme nous pouvons le voir aussi pour Aurélie qui vise, elle, un travail autour de la gestion des émotions : « [...] on travaille tout ce qui est autour de l'animal. C'est vraiment de l'hyper personnalisé pour le coup parce que selon les enfants, ils travaillent pas du tout les mêmes choses. Enfin, ils travaillent toujours un peu autour de leurs émotions quand même. Et c'est important pour moi, ça revient beaucoup ça, les émotions, je parle beaucoup de ça, le travail autour du corps. Pour certains, c'est très compliqué, d'autres, c'est plus simple ».

Nous voyons bien comme certaines activités sont très cadrées (fréquence, régularité, horaire, lieu précis) quand d'autres apparaissent de façon plus ou moins informelle. Les médiations qui ont lieu à l'extérieur semblent réservées à des « élus » dont le comportement permet de se tenir « correctement » : « Moi, j'essaie de travailler ce côté extérieur où on attend quelque chose d'eux, ils sont capables d'y aller. Souvent, ça les porte vers le haut [...] Et puis moi je joue vraiment le truc de l'extérieur, de la monitrice extérieure... Faut se tenir quoi ! Et puis t'es choisi pour aller à l'extérieur quand même, c'est pas tout le monde » (Aurélie). Très clairement, puisque se confronter au monde extérieur, c'est se confronter aussi à d'autres personnes pas forcément au fait des problématiques du public ou qui ne veulent pas traiter justement ces jeunes différemment de ceux qu'ils accueillent habituellement : « Et puis la monitrice aussi, qui amène un regard très extérieur même si elle a fait de l'équithérapie. Mais sinon, des fois, on a eu des monitrices qui étaient très... elles y allaient fort, souvent les phrases qu'elles lâchent ! et tout je me disais souvent "Oh lalala, elles savent pas à qui elles s'attaquent, elles ! Elle va nous péter un câble..." Et en fait, ça passe (*rires*) » (Aurélie).

XII.5.2 L'art de l'embuscade

Pénélope et Asma ont une pratique un peu similaire de ces activités à médiation. La première lance un jeu ou un puzzle avec les enfants pour mieux s'en écarter ensuite quand

l'autre, travaillant avec des adolescents, démarre une activité seule ou avec un adulte pour mieux attirer le chaland : « Genre, ils se posent, ils ne font rien. Et du coup nous on va se lancer sur un jeu de société entre nous, mais juste à côté d'eux, exprès. On va aller dans le jardin en face de la baie vitrée où ils sont et puis on va commencer à planter, à s'occuper du jardin ou on va aller dans la salle d'activités, on va récupérer des trucs et les ramener dans la pièce à vivre s'ils y sont. On va dire "Ah bah tiens, j'aimerais bien faire ça". Et du coup, des jeunes, des fois ça fonctionne, des fois ça ne fonctionne pas, mais ils viennent regarder et puis ils viennent quoi. "Ah bah tiens, qu'est-ce que tu fais" ? Et ça marche hyper bien » (Asma). Nous faisant penser à une technique courante en éducation que nous utilisons en tant qu'ES, nous lui avons proposé le terme d'embuscade auquel elle a immédiatement adhéré en riant. Il s'agit ni plus ni moins que de susciter le désir chez l'autre. La part belle est faite aux professionnelles dotées de compétences en activités manuelles (origamis, dessins, construction, etc.) : « [...] notre collègue maîtresse de maison, elle est hyper créative, elle a des mains en or, elle est hyper magique et elle fait des trucs sublimes avec trois fois rien. À la période du COVID, elle avait fait des masques avec trois fois rien ; avec un jeune dernièrement, elle a fait des tableaux en ardoise à mettre dans le jardin pour décorer les massifs. Ce sont des super trucs » (Asma).

C'est un poncif de rappeler que tous les professionnels accueillant des publics jeunes, avec ou sans trouble, doivent développer des trésors de créativité pour occuper, décaler, intéresser – la liste est longue. Nous proposons d'exposer en suivant deux ateliers de deux DITEP différents en citant longuement les ES :

« Aurélie : Là je fais un atelier peinture. C'est un atelier d'expression, avec une méthode, la méthode Stern, je ne sais pas si vous connaissez.

FC : Non

Aurélie : Il y a tout un dispositif autour de cette méthode. On est dans une pièce bien particulière où il fait toujours à peu près la même la même clarté. Ils peignent debout sur les murs sur des feuilles accrochées au mur. D'ailleurs du coup, après, les murs sont marqués, il y a des traces... de tout ce qui a pu se passer dans cet atelier. Et au milieu, il y a une table palette avec 18 couleurs. L'idée, c'est que les enfants fassent des va-et-vient entre leur feuille et leur... j'allais dire leur monde interne, mais peut-être que je m'enflamme un peu là, en tout cas, leur feuille et eux tous seuls. Et la table palette avec le groupe, dans le groupe, c'est à dire dans la réalité, dans la société, vous voyez. Et puis il faut que je partage, parce qu'il y a 2 pinceaux par couleur donc bah si les 2 pinceaux

sont pris, faut partager, faut attendre, faut pas passer devant. Il y a 2 animatrices d'ateliers et on est vraiment à leur disposition, c'est à dire qu'on enlève les punaises, on remet les punaises, s'il y a de la peinture qui a coulé sur le pinceau, on nettoie les pinceaux pour qu'ils soient vraiment dans leur production. Voilà. Et l'idée, c'est évidemment pas d'apprendre à peindre, ça on leur présente au début, c'est de laisser-aller quoi. Il n'y a pas de réussite et à la fin, après une demi-heure de peinture, il y a un temps de discussion autour de leur peinture ».

Mais l'embuscade a un prix : celui de l'engagement du professionnel dans l'activité à laquelle participent les enfants et les adolescents. Francis nous propose une description d'un atelier, l'atelier rythme, qui nous semble particulièrement éloquent pour représenter ce à quoi cela ressemble, depuis l'intérieur :

« On a un atelier rythme qui a été créé en partenariat avec l'orthophoniste pour des gamins qui ont une mauvaise élocution et qui sont des pré-lecteurs : Comment décoder à travers un rythme, une séquence (*il frappe dans ses mains*) ? C'est déjà un premier pas où je décède des sons, des signaux, des signes et on fait évoluer tout ça. Au départ, y a un tambourin, deux bâtons, des maracas et ça va être au départ, avec des petits, de rester assis. On arrive dans le l'atelier, on s'assoit sur des coussins, déjà, ça...(rires) on met les instruments au milieu, on se présente : "je m'appelle Francis bouh !" je fais un bruit. Au début de l'année, c'était "je m'appelle Corentin arrrggghh (*il crie*)" et je braille et je reste pas assis et je prends différents instruments. C'est accepter ça aussi. Vous parlez de changement, avant, l'atelier c'était (*tape du poing sur la table*) : "faut que je fasse mon dessin, faut que je fasse mes fraises, qu'on pêche des poissons". On était limite - alors pas des animateurs parce qu'on restait des éduc - , mais là ça va être accepter la temporalité. C'est-à-dire que pendant 3 mois ça avance pas quoi. Et à un moment donné, ils disent bonjour et ils ne crient pas. Ils vont accepter de prendre à tour de rôle un instrument, parce que l'objectif c'est (*tape dans ses main*) je fais un rythme, je donne l'instruction à l'autre et l'autre doit refaire. Après, on prend des instruments et petit à petit on augmente la séquence et ça devient une phrase. Après on rajoute des gros pictos avec un gros point c'est fort (*tape fort dans ses mains*), un petit point c'est doucement (*tape doucement dans ses mains*). Puis on va faire rentrer le champ lexical : à quoi correspond le mot fort ? le geste fort ? Doucement, vite, rapide, et ça sur le tambourin, c'est quel bruit ? Et je ferme les yeux. Est-ce que je peux refaire une phrase qu'un copain a fait en fermant les yeux sans me servir des pictos ? Ou alors je suis obligé de regarder ? Et c'est tout ça et jusqu'à

ce qu'un moment donné, il y ait une phrase avec différents instruments ». Cet éducateur dit comment il a dû (ré)apprendre à jouer, à proposer des activités, des jeux, avec un public très jeune tout en acceptant que l'enfant fasse le choix de s'en saisir ou non. D'ailleurs, il ne voit pas d'inconvénient à ce que l'objectif premier d'une activité à médiation puisse être subvertie en autre chose, tant que cela fait sens pour le jeune comme pour l'adulte. Il raconte un temps d'atelier où une intervenante extérieure amène de la littérature : « Il y a des valises énormes, pleines de livres et Lucas il adore les livres ! On va faire des châteaux avec les livres, il peut lire les livres mais il préfère en faire des châteaux, des murailles, c'est pas grave quoi. Et un jour il m'amène un livre, je lis et il lit. J'étais là « putain, mais tu lis en fait » ! Et l'orthophoniste l'a eu avec lui et ouais, il s'est mis à lire en fait. Il lit. Alors on sait pas trop comment mais il lit, quoi ».

Retenons aussi que certains établissements affichent historiquement certaines spécialisations en termes d'activités et de médiations. Dans la région bordelaise par exemple, un ITEP était reconnu pour faire tout un travail autour de la pratique de la pala. Il y avait un fronton au sein de l'établissement et chaque enfant se voyait offrir une pala dès son arrivée, des temps de pala étaient prévus de manière formelle et informelle et lorsqu'il quittait l'établissement, il pouvait partir avec son équipement. D'autres étaient réputés pour la qualité de leurs ateliers techniques (menuiserie, mécanique, cuisine), nécessitant souvent la présence d'un éducateur technique spécialisé (ETS). D'autres encore sur le cadre de réalisation des ateliers, par exemple un DITEP accueillant de très jeunes enfants et d'obédience psychanalytique, dont les rôles étaient extrêmement précis durant ces moments (un adulte qui fait avec les enfants, un autre qui mène l'atelier, un autre qui observe et prend des notes). Le recours à des intervenants extérieurs est monnaie courante pour des médiations spécifiques dont les compétences ou les structures n'existent pas au sein de l'établissement (théâtre, escalade, graffitis, sculptures, etc.). Aurélie décrit par exemple comment la formation à certaines activités est un passage obligé et une spécificité de son DITEP : « Et après, ici, on a un peu tous fait la même formation [sur l'art créatif]. Et ces formations aussi sont exceptionnelles. Et donc là c'est une formation où il y a peinture, écriture, argile... mais moi je l'ai pas faite celle-là. Mais j'avais fait peinture par contre durant 5 jours. Donc on l'a tous un peu fait, on est passé entre ses mains.

FC : Et il y a cette demande de la direction de travailler autour des arts créatifs et expressifs ?

Aurélié : Exactement, les chevaux, les ateliers d'expression, c'est vraiment une spécificité d'ici ».

XII.5.3 Une esquisse de la posture éducative

L'éducateur spécialisé représente une fonction – symbolique, réelle – à travers la posture qu'elle incarne sur la scène quotidienne. Cette ligne de conduite apparaît, dans les mots des ES interviewés, comme des attitudes et des qualités, toujours en direction de l'enfant ou l'adolescent : authenticité, créativité, attention portée à l'autre, sourire, etc. :

« Alors moi, déjà, j'essaie d'être le plus naturel possible » (Marc)

« Ça dépend de l'attitude qu'on a. Si on accueille avec un sourire déjà et qu'on demande "Comment ça va ?", si on a remarqué qu'il a changé de coupe de cheveux ou qu'elle a des nouveaux vêtements » (Asma)

« [Sur la posture de la maîtresse de maison] Bah c'est le petit truc... quand elle va faire un truc créatif, elle va jamais diriger le jeune sur ce qu'il doit faire, pas faire, elle s'adapte à ce qu'il est, ce dont il a envie. Quand elle voit qu'il galère, ben elle va l'aider, mais sans lui faire remarquer. Enfin, il y a une attitude en fait, hyper bienveillante, à l'écoute, elle l'observe vachement. En réunion, elle va nous apporter des observations et elle passe, elle passe du temps avec les jeunes en fait, elle s'intéresse à eux » (Asma).

« Dans les valeurs, je pense dans les valeurs fondamentales du métier d'éduc, il y a la souplesse, la flexibilité, l'adaptabilité » (Sandrine).

Ces valeurs, et nous aurons l'occasion de le voir par la suite, parlent des professionnels eux-mêmes, de leur vision de l'éducation et de ce qu'ils souhaitent pour ces jeunes. Chaque ES a repéré des besoins spécifiques chez eux, quand bien même leur âge, leur parcours institutionnel, leur situation familiale donnent des indications précises. Pour Pénélope, qui travaille auprès d'un public de 8-12 ans, c'est dans une posture rassurante qu'elle s'érige avant tout : « je pense qu'on ne peut pas démarrer notre travail avec des gamins qui ont des troubles du comportement sans réassurance d'abord ». Auprès des enfants donc, mais aussi auprès des familles qui peuvent se retrouver perdues lors d'une première prise en charge et devoir supporter un lourd poids de culpabilité : « Et donc ils arrivent ici, on sent que c'est le dernier recours. "Est-ce que vous allez vous en sortir ?" »

Et souvent, les parents nous disent alors "il est comme ça, comme ça, comme ça : Attention (*rires*) !" "Oui bah vous inquiétez pas, on en a 10 comme ça (*rires*) !" Souvent, on leur dit ça ; on leur dit "rassurez-vous, en fait ici c'est justement pour les enfants qui n'y arrivent pas à l'école. Mais le fait de ne pas y arriver, ce n'est pas du tout la même chose que "JE fais des bêtises, JE suis un cas désespéré, JE suis nul" ». Pour cette éducatrice, tous ses actes seront tendus vers des tentatives à faire renouer ces enfants avec une certaine estime de soi, avant de s'attarder sur des projets plus précis autour de la scolarité, etc. Elle distingue bien cette hiérarchie : « J'essaie de trouver ce qui les accroche, ce qui les fait sourire, ce qui leur fait du bien. Et ensuite en deuxième étape, je vais chercher vraiment sur leurs besoins et comment je peux orienter les choses un peu plus précisément sur la problématique. Mais au début, je suis positive ». Positive, dans le sens de mettre ces enfants dans les meilleures conditions possibles, comme nous l'avons vu pour Marc mais aussi dans les priorités données à l'accompagnement : ils ont avant tout besoin d'une accroche et de lien avant d'aborder les raisons de leur présence au DITEP ou la – longue – liste des difficultés qui les ont menés jusqu'ici. L'unique projet qui fait sens est de les accueillir et de les rassurer sur leur condition d'enfant et d'élève : « ce que je leur explique, c'est qu'à chaque fois que je démarre quelque chose en fait, je n'y arrive pas. C'est normal [...], je ne sais pas faire et voilà, ben toi t'as besoin de plus de temps, tu ne sais pas être à l'école avec 30 élèves dans la même classe avec une seule professeure ? Bah c'est comme ça, c'est pas grave, on va faire autrement. On va te montrer comment c'est ici, avec seulement 5 enfants par classe maximum. Et peut-être que ce sera ce qui te correspond plus en fait » (Pénélope).

La posture rejoint, dans une certaine mesure, les attentes qu'a l'éducateur spécialisé – et par extension l'établissement – vis-à-vis des jeunes qu'il accueille. Nous l'avons déjà compris, elles sont loin d'être démesurées et sont plutôt relatives à un travail de « petits pas », avec des personnes à qui les institutions en général ont déjà beaucoup demandé. Ainsi, si Pénélope n'est pas trop exigeante au début avec des 8-12 ans, c'est aussi le cas du service où travaille Sandrine avec des 18-25 ans : « Ici, j'ai l'impression qu'on leur demande pas grand-chose. [...] C'est à dire qu'effectivement, quand on est en institution, il y a un rythme institutionnel, il y a des codes et ça peut structurer, rassurer certains et on voit bien que pour d'autres, c'est compliqué. Ici on leur dit que leur projet, si c'est d'aller à la piscine, bah on va le mettre en place. Enfin, on a pas d'exigence par rapport à ça ». L'humilité est donc ici aussi de mise, comme l'écoute et le soutien portés aux désirs de

jeunes adultes qui ont longtemps été dans une logique par projets (projets éducatif, scolaire, de soin, préprofessionnel, etc. qui produisent le PPA). Il leur est donc proposé, à une période de la vie pourtant capitale en termes d'orientation et de choix futurs, de prendre le temps et de monter des projets élémentaires et assez loin des standards habituels. Cette posture n'est pas facile à assumer pour les professionnelles comme Sandrine qui trouvent que parfois, ça ne va pas assez vite (tant pour les jeunes que pour ses collègues)⁷⁸³ ; mais elle reste guidée par un horizon à la fois simple et presque impossible : « L'idée, c'est de les aider à se réaliser, à réaliser leurs rêves, leur permettre de mieux se connaître, de sentir les vents favorables et les vents contraires dans leur fonctionnement » (Sandrine).

XII.6 Quel savoir sur autrui ?

XII.6.1 Observer, écouter et connaître le public accompagné

À travers ce quotidien et ces médiations partagés, ces professionnels affinent leur regard et les connaissances sur les sujets qu'ils accompagnent. La plupart des éducateurs et éducatrices parlent de l'importance d'observer et c'est Asma qui semble résumer le mieux une posture commune : « [Observer] Bah c'est pas être assis derrière un bureau et de regarder de loin. Je pense qu'il faut observer en étant avec l'autre quand même. C'est être attentif ». Observer en étant avec l'autre renvoie à la notion de relation que nous avons évoquée et une participation, voire une implication auprès des jeunes. « C'est être attentif » sans savoir ce que l'on regarde. Marc nous propose une courte situation à ce sujet :

⁷⁸³ « Mais du coup, le pendant de ça, c'est presque qu'on les force pas assez, mais dans le sens où la vie est aussi faite de contraintes et le fait de pas trop les contraindre... À la fois, on a une adhésion et en même temps, on a peu d'énergie engagée pour les choses. Enfin voilà, on a l'impression qu'il y a une espèce de latence... alors peut-être parce qu'ils ont été dans un cadre beaucoup plus rigide avant et où ici c'est plus relâché mais c'est aussi dans la contrainte qu'on se dépasse, et peut être que des fois, il y a trop peu de contraintes ici » ; « Je pense que j'agace beaucoup mes collègues, tu vois, parce que j'ai l'impression que tout rentre dans une journée. Tu vois (*elle montre un post-it avec une liste posé sur la table*), j'ai mes petites listes de choses à faire en permanence. Je trouve que ce qui est compliqué, en tout cas dans notre fonctionnement en binôme, c'est d'accepter le rythme de l'autre. Du coup, on n'accepte pas beaucoup mon rythme, peut être que j'accepte pas beaucoup quand y a trop de lenteur » (Sandrine).

« Parce qu'on on a du mal, des fois dans le travail de tous les jours, quand on voit les jeunes, de pouvoir y être attentif. J'ai un jeune qui s'appelle Wilfried que j'ai découvert vraiment depuis qu'il est ici alors que j'avais travaillé 2 ans et demi avec lui sur le groupe éducatif. Avec des idées un peu préconçues : il est feignant, il a pas envie de bosser, c'est ceci, c'est cela, des trucs un peu bourrinos et finalement, quand il m'a expliqué, c'étaient des choses évidentes. Il habitait au fin fond du Médoc, 2h de trajet le matin. Il arrivait pile à l'heure et on lui demandait instantanément de rentrer dans un atelier et d'être efficient dans cet atelier ; et toute la journée se découpait comme ça, avec des rythmes hyper rigides. Et après, il reprenait le taxi pour rentrer dans le Médoc et se retaper le trajet de 2h. On s'en est rendu compte, quand même, on a réussi à négocier avec la direction qu'il puisse ne pas venir le mercredi [...] ; Alors, c'est vrai, ça fait un gamin de moins le mercredi dans le rapport d'activité. Mais quand même ! On a adapté : quand il arrive ici, il a entre 10 et 20 minutes de moment où il peut ne rien faire et c'est très ritualisé. Quand on le voit arriver, on a l'impression qu'il porte tout le malheur du monde et au fur et à mesure, il pose ses affaires, il pose sa casquette, il pose son casque, il s'ouvre et on peut entrer en communication. Mais si d'emblée je lui dis : "Tac ! T'as pas fait ça, t'as pas pensé à ci, etc.", ben c'est terminé, sa journée est foutue. Voilà, et ces éléments d'observation là, quand on a un groupe de 12 ou 13 jeunes qui arrivent à 9h et qu'à 9h15, qu'il faut qu'ils aillent en atelier, si on n'a pas la possibilité de les observer, c'est compliqué ».

Marc connaissait Wilfried sans vraiment le connaître et c'est lorsqu'ils se sont mis à se voir régulièrement qu'ils se sont vraiment découverts. Outre l'avis que l'on pourrait se faire sur le côté évident ou pas des trajets trop longs, ce qui nous intéresse, c'est comment la qualité de l'observation du professionnel a pu influencer sur la qualité de l'accueil de l'adolescent. Avec le temps, l'éducateur s'est rendu compte que les horaires de l'emploi du temps ne pouvaient pas convenir aux besoins de Wilfried. C'est en se montrant attentif aux habitudes de ce dernier qu'il a pu initier un nouveau rituel de début de journée. Dans un autre style Francis évoque un petit garçon chez qui il a décelé très rapidement de grandes difficultés, à l'opposé selon lui de la population « d'avant ». Sans trop savoir comment l'expliquer, en partageant son ressenti et ses observations, il sent bien qu'il y a quelque chose « qui ne va pas » : « Y en a un, il est arrivé, il a pas fait beaucoup de bruit... Alors on m'a dit "Mais sur quoi vous vous basez ? - Ben il est branque quoi". On voit bien que le regard l'agresse, qu'une personne même à l'opposé peut être quelque chose qui le

persécute, un bruit. Il a une espèce de rumination - c'est un gamin qui a 6 ans - il est dans une rumination, il bloque sur des trucs... ». Cela ne l'empêche pas de travailler mais cela ajoute automatiquement une prudence et une attention portée à l'attitude de l'adulte.

Dans la même veine, les connaissances en psychopathologie de l'adolescent permettent à Sandrine de mieux comprendre les jeunes avec lesquels elle travaille :

« Je pense que c'est pas indispensable pour accueillir, être bienveillant et tout ça, mais pour en comprendre quelque chose. Pour pas se retrouver toujours dans les mêmes schémas. On voit bien qu'il y a des jeunes qui, malgré eux, se mettent toujours dans les mêmes situations et qui te mettent toujours à une place.... On a une jeune, on dit qu'elle nous pêche. Elle nous envoie des messages... on l'a pointé plein de fois, hein ? Du genre : "je peux dire quelque chose, ça va pas du tout". Alors qu'on l'a eu en rendez-vous l'après-midi même quoi ! On a eu rendez-vous pendant 1h, et elle a rien dit. Elle ne dit que des choses standard et juste après t'as les petits messages "oui, mais j'ai recroisé untel qui m'a fait ceci". Et voilà. Et ça en permanence. Je pense qu'elle veut qu'on s'inquiète pour elle et j'imagine pas ce qui se passe avec sa belle-mère. Je trouve que c'est intéressant d'avoir quand même des éclairages sur des fonctionnements, notamment sur un diagnostic aussi. Enfin voilà, pour comprendre et pour lui renvoyer ce qu'elle fait, la position dans laquelle ça nous met, ce qu'on en comprend. Oui, ça me paraît important ». Ainsi, pour cette jeune femme qui les « pêche » à coups de SMS de désarroi encore et encore, c'est à travers l'éclairage de la psychologue que les professionnels permettent de mettre à jour des schémas répétitifs et de les mettre au travail dans leur pratique quotidienne.

Les entretiens exploratoires auprès des éducateurs et éducatrices nous avaient déjà donné des indications sur les qualités d'observation indispensables en DITEP et en se focalisant particulièrement sur le corps, le ton, le regard des jeunes accompagnés. Tout peut être un signal ou un élément qui pourrait mettre la puce à l'oreille et qui varie bien évidemment d'un observateur à un autre, d'un adolescent à un autre : « Ça peut être un sourire un peu crispé, ça va être le corps qui s'agite. Tout de suite, on peut voir. [...]. Et je vais tout de suite savoir, par son attitude et sa posture, comment elle est : s'il y a un rire nerveux, s'il y a.... Enfin on le sent. En fait, c'est intuitif presque, c'est à force de...c'est à force d'expérience » (Cathy). Cathy a du mal à exprimer d'où viennent ces capacités, entre expérience(s), intuition, ressenti, mais toujours est-il que très vite, des petites choses vont retenir son attention et vont l'amener à modifier son intervention. Pour Pénélope, il s'agit avant tout d'écoute : « En fait, dans l'ordre, je mettrai mon écoute d'abord. Ensuite

l'observation parce que du coup l'observation ce n'est pas que l'écoute, c'est tout le reste tu vois. La relation découle de ça. En fait, pour moi, je commence par écouter » ; et elle explique : « (...) quand j'embauche, j'ai toujours le sourire et tout. J'essaie au maximum de les écouter et si j'en vois un qui s'intéresse à la cuisine, ben je vais lui proposer de faire des gâteaux par exemple. Je vais essayer de les aborder par des choses qu'ils aiment faire ». Ainsi, une posture d'accueil, à travers le sourire puis une écoute attentive qui lui permet de proposer par la suite des idées d'activités qu'elle a pu recueillir à travers les paroles des enfants. Cela dit, et *a fortiori* avec un public jeune voire très jeune, il n'est pas juste question d'écouter ou d'entendre des mots et des phrases mais bien de prêter l'oreille au bruit :

« J'écoute ce qu'ils disent, j'écoute les bruits qu'ils font. Ils font beaucoup de bruitages. Les enfants qu'on accueille font beaucoup de bruitages, beaucoup, beaucoup. Ils s'entourent de bruits. Ouais, tu sens que le silence, c'est la panique. [...] J'en fais pas grand-chose, j'essaie surtout d'écouter et de me rendre compte quand ça diminue. Où les moments où ça reprend. Pour voir à quel moment ils sont plus angoissés pour essayer, après, de trouver des parades à ça » (Pénélope).

XII.6.2 Un public DITEP en constante évolution ?

Certains ES s'arrêtent longuement sur le public qu'ils accueillent, qu'il s'agisse d'aborder son évolution ou ses caractéristiques. L'évolution de la population des jeunes accueillis en DITEP est un véritable « serpent de mer ». Si les études ont montré qu'il existait une aggravation de la précarité socio-économique, à ce jour, la littérature spécialisée n'a pas pu prouver une évolution significative du public. Pourtant, le ressenti de nombreux acteurs du secteur tend vers un changement dans les profils de jeunes. C'est le cas pour Aurélie : « Il y a aussi de plus en plus d'enfants qui ont des troubles autistiques qu'on n'avait jamais vus avant. Quand j'ai commencé, moi, il y avait peut-être 1 ou 2 jeunes sur des groupes de 15-16 [...] il y avait 2-3 enfants avec des psychoses. Là maintenant, on a un groupe de 13 ou 14 cette année, il n'y a que des enfants qui ont des troubles psychotiques. Il n'y a plus beaucoup d'enfants qui n'ont pas de gros troubles ». Elle évoque une aggravation des troubles psychiques par rapport à une population dite classique qui avait tendance à attaquer le cadre, la fonction, le mobilier. Pour elle, très

clairement : « c'était moins fou ». Et cela même si elle a appris à faire front différemment au fil du temps : « Moi, la folie, ça me décale. En fait, je me décale parce qu'il y a de la folie » (Aurélié). De notre expérience, en Gironde, de nombreux professionnels ont relevé une augmentation des profils TSA et déficience, avec un suivi dans un service sanitaire là où les prises en charge ASE sont en légère régression. Francis observe la même chose, surtout sur un versant de déficience et reprenant le discours d'Aurélié : « On avait quand même des gamins qui étaient plus dans l'attaque du cadre, on avait des troubles du comportement, alors que là on a quand même pas mal de troubles de la personnalité quoi ». Pour les autres personnes interviewées, le sujet n'a pas été abordé ; peut-être n'ont-ils pas observé cette évolution, peut-être n'ont-ils pas un recul suffisant. Pour Marc par exemple, la situation est différente, son DITEP est spécialisé historiquement sur l'accueil d'un public TSA – le DITEP est sur le même site que l'hôpital de jour de son association – et c'est lorsqu'ils accueillent des « profils type ITEP » que cela devient compliqué : « On a beaucoup de jeunes autistes, avec des troubles du neurodéveloppement comme on dit. On a assez peu de jeunes avec des troubles du comportement purs et durs comme on l'entend en ITEP. Il y en a, mais c'est une minorité et on sait pas trop faire. En fait, l'équipe est beaucoup plus spécialisée, on va dire... beaucoup plus encline à accueillir des jeunes avec des anxiétés sociales sévères, beaucoup d'inhibition, des TSA, même si ça entraîne des troubles du comportement » (Marc). Une recherche sur la réalité de l'évolution de la population pourrait s'avérer pertinente pour objectiver ou non la réalité de ces ressentis et transformer l'offre de soin⁷⁸⁴.

XII.6.3 Des profils hétérogènes

Dès lors, c'est la multiplication des profils différents, parfois même opposés, qui créent des situations parfois compliquées à vivre autant pour les professionnels que pour les jeunes eux-mêmes : « En plus, on a des groupes hétérogènes. Tu vas avoir un TSA, ce qu'on appelait un carac', un inhibé, un anxieux et, tous mélangés, ils mangent tous

⁷⁸⁴Une étude menée en région Auvergne Rhône Alpes auprès de 56 ITEP sur le passage en DITEP relève : « Certains directeurs ITEP du territoire, bien que minoritaires, soulignent accueillir de plus en plus de jeunes ayant des troubles plus sévères, voire même qui ne seraient pas conformes aux missions du DITEP ». ARS (2022). « Analyse de la mise en œuvre du DITEP en région Auvergne Rhône Alpes », Rapport final : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/90959/download?inline>

ensemble à la même table...*(silence)*. C'est dur d'être à l'écoute de leur désir quand c'est comme ça » (Marc). Francis, comme de nombreux ES, accueille des enfants dont les médecins psychiatres soulignent l'intolérance, voire la contre-indication au groupe. C'est le cas sur son groupe des « zéro sans solution »⁷⁸⁵ où se côtoient enfant TSA, enfant déficient, enfant avec de gros troubles psychiatriques, enfant avec profil MECS, enfant avec profil IME, etc. Ce qui fait rire jaune ce même Francis : « Ah oui on parle d'un spectre, donc ici on a un groupe spectral (*rires*). Et finalement dans le groupe, sur les 10, on en a un qui arrive qui est... fou comme un lapin...il est...ouais...pfff...c'est celui qui est contre-indiqué mais qu'on doit recevoir. Donc, pour l'année prochaine, on va avoir un groupe... les 4 grands qu'on avait, si on va vite, ce sont de bons itépiens, avec des bons troubles du comportement qui viennent attaquer le cadre, mais avec des capacités cognitives préservées quand même - ce qui est un peu la présentation d'un groupe en ITEP quoi. [...] et là on a 4 mômes qui arrivent, 4 mômes pour qui le groupe c'est contre-indiqué ». Il semble presque certain que le profil du « bon itépien » n'est clairement pas le même selon les DITEP. Deux points communs tout de même - en plus de la souffrance qu'ils ressentent - émergent néanmoins de cette population DITEP : ils sont en situation d'exclusion (ou même victimes d'exclusion) : « La plupart, ils arrivent, ils se sont fait rejeter par le milieu ordinaire. Vraiment. Ils sont exclus et ils ont une relation à l'échec qui est terrible » (Pénélope) ; et se retrouvent à la marge : « On accompagne une partie de la population qui est quand même à la marge, qui est très marginalisée... » (Asma). Toutes ces caractéristiques ajoutées font que les ES peuvent se retrouver un peu perdus devant l'immensité de la tâche, en premier lieu accueillir et rassurer l'enfant ou l'adolescent : « [...] Il y a tellement, tellement de difficultés qu'on sait pas trop par quel bout y arriver » (Asma). Mais, malgré l'immensité de la tâche, les professionnels ne s'échappent pas. Mieux, même avec les jeunes les plus difficiles, il se joue quelque chose dans la relation qui ne laisse jamais l'adulte indifférent ; comme le dit Francis au sujet de Lucas avec lequel il « galère » : « il nous anime ce gosse ». Rappelons, et ce n'est pas de la coquetterie, qu'étymologiquement, animer recouvre deux sens. Du latin *anima* : « âme » et « donner la vie ».

⁷⁸⁵ En écho au rapport de Denis Piveteau « Zéro sans solution ».

XII.7 L'institution : scène du symptôme

Connaître le public qu'ils accompagnent tous les jours signifie aussi connaître ses problématiques, ses besoins, ses symptômes. Le rapport de ces professionnels aux symptômes rencontrés diffère relativement même si la plupart considèrent qu'ils font partie intégrante des personnes accueillies. Pour orienter vers le service d'Asma d'ailleurs, « c'est plutôt quand le symptôme devient un peu trop bruyant généralement qu'on y pense ». Bruyant est le terme que l'on accole le plus à la symptomatologie des jeunes de DITEP. C'est ce qui les empêche de poursuivre une scolarité ordinaire, ce qui met à bout leur famille, ce qui use leurs pairs. Rappelons Pénélope et les enfants qui n'arrêtent pas de crier et de se comporter bruyamment. De nombreux professionnels diront que dans le cas d'une inclusion qui se passe relativement bien, le jeune se relâche plus facilement au DITEP et laisse ses symptômes s'exprimer plus librement. Sauf dans le cas d'Asma : « Alors ça dépend, la plupart du temps, non. Le symptôme s'arrête. Nous, ce qu'on renvoie aux équipes, c'est qu'il y a quelque chose dans l'environnement. Alors : est-ce que c'est le groupe ? Est-ce que c'est la pression qu'on lui met au quotidien ? Parce que ce sont quand même des gamins qui ont des plannings de dingue. Est-ce que c'est un truc en famille ? Mais bien souvent, ça s'estompe ».

Francis propose une lecture historique : « [...] je me rappelle quand je suis arrivé, c'était le gamin qui allait gueuler, qui allait se confronter au cadre. L'objectif, c'était qu'il se taise et qu'il fasse pas trop de bruit quoi. Là, un gamin qui va être dans une compulsion de répétitions, c'est l'accompagner à essayer de lui faire verbaliser pourquoi il est dans cette répétition. Par exemple, on a un gamin, il arrête pas de faire des avions en papier, il peut en faire 72 - et encore, ça, ça va, c'est pas gênant – c'est essayer de l'arrêter, de voir comment on peut jouer avec ça, l'accompagner là-dedans. Je me rappelle il y a 15-20 ans, c'était : c'est bon, maintenant ça suffit, t'arrête. T'arrête de jouer, t'en as beaucoup »⁷⁸⁶. Nous le voyons, si l'objectif est le même entre ces deux époques pas si lointaines, le chemin emprunté diffère radicalement : là où un ES aurait cherché à arrêter cette

⁷⁸⁶ Avec des effets délétères sur les jeunes accompagnés : « Ouais, c'était la baffothérapie quoi. Il y a 23 ans de ça, Institut de rééducation, 12 gamins ici, 12 gamins là-bas, on ne faisait que de l'internat. La différence avec les MECS et les internats de protection (*hausse les épaules*) ...le côté thérapeutique de l'accueil de nuit... (*hausse de nouveau les épaules*), je pense qu'il y a pas mal de gamins qui ont été maltraités ici. Sans parler d'être frappés, mais le groupe du lundi au vendredi, à l'internat, les fondamentaux, c'étaient que le symptôme ne doive pas trop s'exprimer. Ouais de la rééducation quoi » (Francis).

compulsion d'avions en papier de façon brusque, Francis va s'appuyer d'abord sur cet élément pour espérer en faire un moyen d'expression. Mais il nuance tout de même sa réflexion : « On est arrivé, à un moment donné, dans un truc à accueillir le symptôme, où le symptôme pardonne tout. Et par rapport au trouble, on ne peut pas poser de cadre ; on ne peut pas lever le ton parce que ça vient inhiber l'enfant et on n'est plus soignant. Je trouve qu'on est allé dans un excès inverse. Là, on est en train de revenir à des choses où effectivement le symptôme a le droit de de s'exprimer, heureusement, on est dans un établissement soignant, on est là pour soigner. On est aussi dans une recherche, malgré le symptôme, de faire de ces enfants - parce que ça reste des enfants et pas que des symptômes - des citoyens ». Refusant d'aliéner l'enfant à ses symptômes, Francis estime pour sa part que ces derniers ne sauraient être un élément de justification à tout comportement ni un élément limitant son intervention. Comme nous allons le voir à propos de Lucas, l'enfant TSA, la posture éducative est un véritable chemin de crêtes : « des fois il vient autour de nous, il vient là, il fait le tour du bureau ; je ne le sollicite pas, je sais qu'il veut du coloriage. Donc il vient carrément là (*montre là où il est assis*) - en plus ça fait des règles différentes parce que les autres savent qu'on a pas le droit d'aller derrière le bureau. Donc j'attends et là (*en prenant une voix un peu rauque et en fuyant le regard*) "grmlgrml coloriage" ! Pardon ? je lui fais en général. (*En reprenant le même ton*) "je peux avoir un coloriage" ? Et après, on est même parti au-delà, je te raconte pas la psychiatre, "Comment on dit ? – S'il te plaît" (*d'une voix rauque qui marmonne*). Vers une autonomie d'enfer ! Mais il est chaud quoi, parce que je lui dis "je sais pas ce que tu veux" et il est là (*avec la même voix rauque*) : "si tu sais" ! » (Francis). Cet éducateur doit faire avec les difficultés de l'adolescent, ses symptômes, l'avis de ses collègues – en l'occurrence ici la médecin psychiatre – et sa clinique dans la façon d'interagir avec Lucas. Il vise des objectifs (expression, autonomie, codes sociaux) qui, à l'entendre, ne lui paraissent pas contradictoires avec les symptômes de l'enfant.

Enfin, Francis estime que les symptômes du sujet n'ont rien à voir avec des caprices ou de la mauvaise volonté : « Il ne va pas refuser de manger parce qu'il est dans une confrontation frontale quoi. La nouveauté pour lui, même ingérer la nourriture, ça va pas de soi » ; d'où l'importance de multiplier les médiations et les espaces d'expérimentation pour découvrir des possibles, mêmes minimes, potentiellement reproductibles dans les espaces de la vie quotidienne : « Aller se laver l'intérieur des mains et que l'intérieur des mains parce que bon, l'extérieur des mains, pour lui ça veut pas dire grand-chose. Et petit

à petit, il a fallu qu'on fasse, à travers des ateliers, je fais un atelier cuisine – enfin, on faisait des pâtes - et on s'aperçoit que les pâtes, elles étaient sur le dessus de sa main et ce n'est que comme ça que l'on a pu aborder le dessus de la main » (Francis).

XII.8 Travail en équipe et pluriprofessionnalité

Tout ce travail ne saurait exister sans la dimension du travail d'équipe qui est aux yeux des éducateurs un élément fondamental et indispensable de leur travail. Plusieurs d'entre eux prennent d'ailleurs en point de comparaison opposé le métier d'éducateur en ambulatoire type AEMO ou SESSAD⁷⁸⁷ : « je pourrais pas bosser en AED ou AEMO. Je ne pourrais pas bosser toute seule » (Asma) ; « [...] moi je conçois pas le travail d'éduc spé sans équipe. Je ne pourrais pas être éduc d'AEMO ou SESSAD ou des choses comme ça... Il y a une équipe hein ! Mais beaucoup plus large et beaucoup moins au quotidien quoi, beaucoup moins soutenante au quotidien » (Pénélope). Bien que l'équipe en tant que telle ne soit pas la panacée, comme Sandrine qui raconte comment les membres de son équipe ne sont pas soutenant voire pire : « Quand je suis arrivée ici, j'ai cru que j'allais mourir. Vraiment. Je pense que j'ai déprimé pendant deux ans. Il y a des professionnels qui sont très malveillants envers les collègues, qui les mettent à l'épreuve, qui ont des petites phrases, des phrases pas sympas ». Il n'empêche, l'équipe peut remplir plusieurs fonctions dans leur quotidien.

Assurer un regard multiple et différent sur les situations rencontrées : « Ah, moi, l'équipe pour moi c'est hyper important parce que oui, c'est ça, ça permet de croiser » (Aurélié) ; « [Avec l'équipe] j'aime bien le regard croisé » (Asma) ; « [...] le collègue peut poser des questions, puis du coup, ça va affiner les choses, nous aider à réfléchir sur ce qu'on a observé. Des fois y a des croisements de lecture aussi qui nous aident par rapport à différentes approches professionnelles, entre l'orthophoniste, la psychologue, la médecin pédopsychiatre, un collègue éduc » (Cathy) ; « C'est aussi assez stimulant dans les rendez-vous et la multi-référence permet aussi une espèce de répartition aussi dans les regards croisés qu'on peut porter sur le jeune, comment ils peuvent investir... » (Sandrine). Ces professionnels font feu de tout bois, c'est-à-dire qu'ils profitent des temps formels comme

⁷⁸⁷Bien que Cathy apporte une lecture intéressante à la dimension institutionnelle et du travail d'équipe en SESSAD : « mais on porte l'équipe, on porte l'équipe avec nous, et l'institution avec nous quand on travaille comme ça, à l'extérieur. [...] Donc on est hors murs, mais on porte les murs finalement ».

informels auprès de tous leurs collègues – quelles que soient leur fonction – afin de discuter, réfléchir et commenter ce qu'ils vivent chaque jour. Cela passe aussi par un regard jeté sur un écrit professionnel : « je vais commencer l'écrit, je vais dire à mon collègue que j'ai commencé l'écrit sur tel jeune "si tu veux jeter un œil", donc il va jeter un œil, il va modifier les trucs, il va me dire : "Bah là je me suis permis de faire ça ; qu'est-ce t'en penses ?" et puis on échange parce parfois, on n'est pas d'accord aussi » (Asma).

Autre fonction tout aussi essentielle, celle de garde-fou et de regard extérieur porté sur ce qui se passe pour le professionnel, pris dans les enjeux transférentiels et contre-transférentiels inhérents à la relation éducative. Cathy estime pour sa part que le collectif amène une certaine neutralité qui permet par la suite pour l'adulte de prendre du recul : « [...] mais à travers ce qu'on se raconte en réunion parfois, la neutralité permet d'avoir ce recul. Ou d'autres intuitions ou d'autres façons de voir les choses qui peuvent aussi participer à une meilleure compréhension de comment va être la personne, de ce qu'elle me renvoie » (Cathy). La présence d'un ou d'une psychologue dans l'élaboration des enjeux affectifs est souvent visée, son rôle étant de mettre au jour ce qui peut se passer lorsqu'un éducateur se retrouve englué dans une situation : « Et puis, le psychologue qui est là tous les jeudis, pareil, on dit : "on a avancé tel écrit, est-ce que tu peux jeter un coup d'œil ?". Et ça nous permet aussi de débattre, d'en parler et lui va être plus pointu sur "qu'est-ce que t'as voulu dire là, ça veut dire quoi ça" ? Donc il vient chercher un peu la petite bête » (Asma). Pénélope considère ses collègues comme un moyen de se protéger, y compris d'elle-même : « Moi, ce sont mes garde-fous. Ce sont vraiment mes garde-fous parce que bon, on a tous des défauts, mais moi je sais que des fois je suis un peu trop justement dans : il faut foncer, il faut y arriver. [...] Et voilà, mes collègues, je sais que je m'appuie beaucoup sur eux pour leur demander quand je vais un peu trop loin, et ils n'hésitent pas à me dire "Oh Oh" (*rires*) ».

D'autre part, face à un public difficile, il est important pour eux de compter sur les collègues, surtout en situation de crise, pour apaiser et décaler le conflit en cours. L'adolescent peut ainsi rebondir de professionnels en professionnels, de bords à bords du cadre institutionnel, à travers une constellation transférentielle propice à l'accueillir, quand bien même il devient insupportable pour lui comme pour les autres : « ce qui est important, c'est le travail à plusieurs. Là, c'est vraiment un cas hyper pratique dans tout ce que je dis parce que cette jeune, on l'a vu d'abord les 2 éducés et la jeune et dans un

premier temps, c'était compliqué. Dans un second temps, ça l'était un peu moins, mais toujours dans la discussion. Encore après, on vient la voir avec la psychologue et là, on redécale à mon autre collègue qui est pas du tout dans l'histoire et qui va prendre la suite pour justement tout décaler. Décaler, faire à plusieurs, discuter tout en essayant de prendre du recul et de pas y aller trop frontalement avec les enfants » (Aurélié). L'équipe fait tiers pour éviter la relation duelle qui peut se transformer parfois en opposition frontale : « Tous les rendez-vous sont en binôme, donc ça apaise aussi les tensions, c'est-à-dire qu'il peut pas y avoir non plus de montée, comme tu peux vivre dans un lieu de vie où tu gères 8 gamins. Là, t'es en binôme tout le temps avec un jeune, ce sont des conditions de travail qui sont assez agréables, ça permet aussi de jouer des fois des rôles dans les rendez-vous, de faire ping-pong aussi » (Sandrine). Le quotidien en DITEP n'est pas réduit à la gestion de crise et, dans les interactions quotidiennes comme dans la mise en place de la relation éducative, l'équipe a toute sa place dans la mesure où chaque adulte a une approche personnelle de la rencontre et du maintien du lien : « [...] c'est pas mal parce que ça permet aux enfants de voir que les adultes sont différents. On n'a pas tous la même parole, on n'est pas complètement figés dans une pratique et en même temps, ils peuvent venir piocher dans chacun de nous ce qu'ils veulent » (Pénélope). Nicolas, qui se montre critique vis-à-vis de l'institution, en reconnaît aussi les bienfaits, dans la même veine que sa collègue : « C'est justement là où l'institution a ses travers mais aussi ses forces. Ça va être la multiplicité des intervenants qui font partie de l'institution [...]. C'est sécurisant par rapport aux différentes personnes qui interviennent dans l'établissement et qui sont des personnes assez diverses, qui ont des avis différents et permettent de ne pas avoir une seule vision simpliste trop normée sur l'accompagnement ». Au final, Pénélope ajoute un dernier avantage à une équipe soudée : « je pense que les enfants, ils le sentent, et que s'ils sentent qu'il y a une cohérence et une cohésion, ça roule, c'est facile ».

XII.9 Clinique de la crise

XII.9.1 Une définition commune

Le DITEP met en place un cadre sécurisant pour accueillir des enfants qui se sentent généralement insécurisés. Le conflit existe dans tout groupe humain et il est d'autant

moins rare lorsque ceux qui le constituent sont d'un jeune âge ou adolescents. Nombre d'entre eux ont des troubles du lien et vivent très mal ces situations qui sont souvent ressenties comme des agressions. Nous aborderons plus tard la nuance entre la crise et l'urgence dans ces établissements, mais toujours est-il que ce sont des moments qui sont fréquents en institution, bien que d'une intensité variable.

Plusieurs éducateurs ont une définition relativement commune de la crise : celle d'une impossibilité de s'exprimer autrement que par le corps : « il y a quand même de la violence dans une crise. Et puis une espèce d'impossibilité... ouais, je dirais peut-être une impossibilité à mettre des mots dans la crise » (Aurélië) ; « un moment où l'enfant, il veut tout casser, tout taper. Il n'y a plus de contrôle apparent, où les mots suffisent pas à venir apaiser. Ça pouvait être un gamin qui défonce des tables, qui retourne des chaises, qui balance des chaises sur d'autres gamins ou sur des professionnels » ; « Une crise c'est quand, par la parole, on n'arrive plus à avoir accès à l'enfant. Parce qu'ils peuvent s'agiter, ils peuvent s'énerver, ils tapent souvent dans les murs, etc. Mais quand je dis "tu vas dans ta chambre te calmer" en insistant un petit peu. Il y va, il tape dans tout, mais il est pas en crise. Dans sa chambre, il tape dans tout ce qu'il a besoin de taper (*rires*), et ensuite, il revient : "c'est bon, je suis calmé". Voilà. Et pour moi, c'est pas une crise. Une crise, c'est quand on sent que l'enfant déborde, qu'il nous attaque, qu'il attaque plus que le mobilier : il commence à attaquer les humains, que ce soient les enfants ou les adultes. Et qu'on ne peut pas le stopper par la parole » (Pénélope). Le mot crise est omniprésent en DITEP, à entendre certaines équipes, la crise est tout le temps, partout. Asma estime pour sa part que ce sont les jeunes qui utilisent souvent ce terme parfois même quand cela ne semble pas pertinent : « Après ce sont les gamins qui emploient vachement ce mot : "J'ai encore fait une crise aujourd'hui". Mais c'est quoi une crise ? En pause parce qu'ils avaient tapé un copain, c'est une crise quoi. On emploie ce mot un peu trop galvaudé dans les établissements, on l'emploie pour tout et pour rien [...] ». Cette même éducatrice a d'ailleurs une définition d'une simplicité admirable : « Des fois, moi, les crises, je me dis que c'est ce que je n'arrive pas à gérer » (Asma). En renversant le point de vue, et dans une certaine mesure la responsabilité, il s'agit pour elle de considérer ce moment, cet évènement, comme ce que peut ou ne peut pas faire l'adulte et non plus l'enfant.

XII.9.2 Un contexte de violence

Nous remarquons que la crise va souvent de pair avec la violence, souvent à l'encontre de l'autre ou du mobilier. Cette question de la violence est essentielle à résoudre dans ces établissements où elle peut prendre les habits les plus divers : paroles ou gestes, conscients ou inconscients, symboliques ou physiques, etc. Pour Sandrine, la gestion de la violence en unité de jour par les adultes lui a semblé relever aussi de la violence, et c'est la raison pour laquelle elle a préféré s'orienter vers un autre service et une autre population d'âge : « Je trouve qu'avec les enfants, des fois, la parole ne suffit pas, malheureusement, et ça m'était douloureux. J'avais l'impression que c'était violent, même s'il y avait pas d'intention d'être violent. Parce que y a des fois où on contient un enfant parce qu'il est en crise, et très vite il se relâche, et ça se transformait en moment... un peu en une espèce de câlin, un moment un peu réconfortant. Mais y a des gamins pour qui ça pouvait durer longtemps et là on sait pas si on fait bien de le tenir, on sait pas... ». Nous voyons bien à travers ces paroles comme ces corps à corps peuvent être des moments confus et comme la détresse de ces enfants est telle qu'elle ne peut se stopper qu'à partir d'une intervention physique. Néanmoins, tout éducateur doit être en mesure de juger à partir de quel moment il peut avoir recours à la force physique : « Moi j'ai pu passer par des situations où, avec certains jeunes, c'était contention tous les jours. Il a fallu à un moment donné que je me pose la question de l'intérêt. Pourquoi faire ? Quelles étaient les portes de sortie ? Qu'est-ce qu'on pouvait essayer ? » (Nicolas).

À ce sujet, l'entretien de Nicolas a été très riche. Il a abordé longuement cette notion de crise et nous proposons de nous arrêter plus particulièrement sur plusieurs extraits issus de l'interview.

« Je pense que j'aurais pu faire autrement. Je pense aussi qu'il y a pas de petite violence et qu'une contention, elle l'est forcément, comme son nom l'indique hein, c'est forcément, à un moment donné, un tant soit peu violent et je pense que dans plusieurs situations, j'aurais pu m'en passer. Et si moi j'aurais pu m'en passer, je pense que la personne qui se retrouve en situation d'être contenue aussi, parce que... je pense qu'on ne se met pas souvent à sa place... moi mon but, c'est de pouvoir transformer cette communication physique en communication verbale. Effectivement, parfois on n'a pas le choix. Je pense que parfois on l'a, et il faut arriver à avoir assez de recul pour savoir que quand on peut faire ce pas de recul, il faut le faire. Et. Mais moi j'ai travaillé avec des éducateurs avec

lesquels un regard de travers, et c'était une contention ». Initier une contention, ce n'est pas rien effectivement et cela oblige à un travail d'introspection sur les événements qui ont amené l'adulte à cette dernière alternative. Ce jeune éducateur semble confiant quant à ses capacités à gérer une crise, à en déceler les signes avant-coureurs et à la transformer : « J'ai l'impression que je suis bon dans ça... Pour avoir ce recul-là, ou en tout cas, j'ai l'impression que l'expérience que j'ai pu emmagasiner, et mon caractère, font que de plus en plus j'arrive à faire ce pas de côté. Il y a eu une période où il y a eu des jeunes qui venaient chercher la confrontation physique et dans ces moments-là, on est devant le fait accompli. Quand la sécurité d'un autre jeune est mise en danger, est mise à mal, quelque part, on va au plus urgent. Effectivement, le recul, là, il est difficile à avoir. Mais justement, j'essaye de favoriser d'autres situations et de minimiser les situations dans lesquelles on se retrouve dans ces situations-là. La contention, il s'est passé plein de choses avant. Peut-être que ça a été que 10 minutes avant mais parfois ça a été 3 semaines avant et cette contention, elle arrive que 3 semaines après. J'essaye au maximum et aussi par le lieu où on évolue, de pouvoir limiter ces situations ».

XII.9.3 Décaler l'enfant ou l'adolescent en crise

Lorsque l'intégrité physique d'un jeune ou d'un de ses camarades est mise à mal, Nicolas va au plus pressé, il arrête ce mouvement de violence. Mais l'arrêt à lui seul ne suffit pas à contenir la colère ni la souffrance de l'adolescent qui les exprime ; de fait, ce professionnel, comme la plupart, fait appel à des médiations pour décaler ce contexte anxiogène vers un ailleurs plus apaisé :

« On va pouvoir se retrouver dans ces situations et on va essayer de couper court : aller faire un tour, prendre la voiture et aller rouler et on coupe tout en fait. On coupe cette colère, cette incompréhension, on la médiatise, on la discute. Et parfois, c'est jouer cartes sur table en fait et expliquer que ce chemin qu'ils empruntent... ce vers quoi il va les mener. Et là aussi, j'y reviens, sur la prise de responsabilité. Avec certains jeunes qui peuvent être dans cette recherche de confrontation, c'est leur dire : "c'est le chemin que tu souhaites emprunter ? Eh bien voilà ce que ça me renvoie". Très souvent, ça permet de couper court et de pas vouloir l'expérimenter puisqu'on a réussi à le discuter avant. [...] On va faire un tour et on va discuter. On va discuter des nuages et ne serait-ce que ça, ça

permet de penser à autre chose. On fait ce recul, on sort de l'instant. On peut revenir sur ce qu'il vient de se passer et on peut *process* un peu, mettre un peu du sens ou repérer ce qu'il s'est passé. Ça marche plutôt bien parce qu'ils sont plutôt fins. On rediscute de comment ILS se sont retrouvés dans cette situation-là, ou comment ON s'est retrouvé dans cette situation-là. Euh... typiquement, je pense à un jeune qui a beaucoup de conflits avec les autres jeunes et où il vient asseoir une certaine violence sur les autres, mais qui est insidieuse, entre deux et tout ça, et où on sent dès qu'on l'a au téléphone ou il dit "de toute façon, je vais arriver et puis le premier qui bouge, ça va partir". Et c'est de dire "bon ben avant d'arriver je te récupère à l'endroit où je suis censé te récupérer, mais avant d'arriver sur le lieu, on va aller faire un tour. Tant pis si tu rates 1h de d'atelier, tant pis... Mais on va aller réfléchir un peu sur ça et on va discuter d'autres choses et on va voir du coup pourquoi t'arrives dans cet état d'esprit là". Et souvent... je ne pense pas qu'on se dise grand-chose, mais ça va plutôt être sur le temps pris, sur le recul, sur mettre les choses en mots. Réfléchir, ça permet de sortir de cette impulsivité parce que ce sont des jeunes qui savent réfléchir, donc c'est bien, avec eux, de pouvoir prendre ce temps-là. On sort, on va faire un tour, on va s'aérer dans un espace calme ou et puis ça sort aussi un peu du rythme ».

Le lecteur nous pardonnera la longueur de cette citation mais elle nous semble fondamentale pour apprécier le raisonnement et la posture de Nicolas. Ce dernier est prêt à « sacrifier » des moments importants de la prise en charge – les ateliers – afin que l'adolescent en crise ou en phase d'y entrer puisse passer à autre chose, avant que justement cela n'explose. Sortir un peu du rythme, amener l'autre à lui faire entendre et comprendre ce que l'adulte ressent lorsqu'il est spectateur de la crise, c'est le ramener à une place de sujet, où ce qu'il produit influe sur l'environnement. Autrement dit, c'est le reconnaître dans ses potentialités, qu'elles soient positives ou négatives.

Pour Asma, c'est dans la vie commune et dans l'apprentissage du mode de fonctionnement de l'adolescent que réside la possibilité de prévenir la crise : « [...] le jeune, il était pas content parce qu'il voulait un truc tout de suite et donc il s'est mis à se rouler par terre, à gueuler, à pleurer, à taper des pieds, à crier. Et au final, il s'est arrêté tout seul. Il l'a fait plusieurs fois dans la semaine, mais par exemple, on s'est rendu compte que, avant de faire quelque chose, il fallait en amont lui dire que à quel point ça allait certainement pas lui plaire, que ce serait pas assez bien... Par exemple, on allait dans un skate-park, je disais "y a pas assez de rampes pour toi, je suis vraiment désolée, faudra

qu'on voie comment on peut mieux faire" et donc le fait de dénigrer un peu l'endroit que j'allais lui proposer au final, quand on est arrivés, il avait les yeux écarquillés : "Non mais c'est génial, c'est vraiment formidable" et ça atténue un peu le truc ». Ce procédé peut prêter à sourire mais certains de ces jeunes sont tellement sur le fil, pris dans des affects et une pulsionnalité qui les débordent, que les adultes marchent sur des œufs constamment . Mais même avec tout cela – l'institution, l'équipe, l'expérience, les aménagements adaptés -, la crise est une réalité, et vécue très souvent comme un échec douloureux : « Depuis que je suis à l'ITEP, la seule crise où j'ai pas géré, c'est quand j'ai appelé les pompiers et la police. Là, il est trop mal, je peux rien faire, genre j'arrivais pas à trouver des trucs pour apaiser, pour décaler. On avait essayé plein de plein de trucs et ça fonctionnait pas. Et quand le jeune commence à se faire du mal et à vouloir vraiment faire du mal aux autres, aller trop loin, on peut plus rien faire. Là, je me dis mince. Là, malheureusement, je ne peux plus... ouais, c'est de l'impuissance » (Asma). Impuissance. Le mot est lâché et n'est pas anodin, puisque nous verrons très bientôt que c'est là une donnée avec laquelle ces professionnels doivent faire dans leurs pratiques quotidiennes. Même si le salut, comme l'évoque Aurélie, peut résider dans le fait de prendre ces moments d'impuissance comme une expérience qui sera utile(isable) pour plus tard : « ce matin, j'ai un collègue qui s'est remis en question tout de suite sur un truc. Moi, je me remets beaucoup en question aussi, mais je pense qu'il y a des moments aussi, il faut... On se remet beaucoup, beaucoup, beaucoup en question, mais voilà, ce que renvoient les enfants, bah parfois on agit au moment quoi. Et ouais, c'est bien de le questionner, il faut se remettre en question, mais faut aussi prendre ce qui s'est passé comme de l'expérience, quoi. C'est pas non plus un raté... ». Terminons sur ce fondamental en soulignant comme ces crises peuvent être extrêmement pesantes sur ces ES et diminuer leur disponibilité physique et psychique. Aurélie pourra dire comme une crise qui s'est déroulée le matin même de notre entretien qui a débuté en début d'après-midi, a pollué ou au moins influé sur ses réponses et sur sa compréhension des questions.

XII.9.4 Accepter la réalité violente du DITEP

Dire que la violence est un élément constitutif d'un établissement de type DITEP⁷⁸⁸ n'est pas sans risque, de nombreux acteurs du secteur pourraient s'en trouver horrifiés, à l'heure

⁷⁸⁸ Nous pourrions ajouter à la liste les MECS, IME et autres prises en charge de type AEMO ou PEAD.

du tout pour la bienveillance, de la communication non-violente et de la participation des usagers. Nous observons, de notre place d'éducateur, de formateur et de chercheur que la violence, dans son acception la plus large (physique, psychique, verbale, symbolique) occupe une place prépondérante dans le quotidien des jeunes comme des adultes⁷⁸⁹. Les personnes interviewées l'évoquent plus ou moins directement et insistent principalement sur la dimension physique, c'est-à-dire des atteintes aux personnes à travers des coups, ou aux biens à travers des dégradations.

Le mode d'accueil et l'âge influent sur la fréquence et l'intensité des phénomènes violents, comme peut le dire Sandrine qui a quitté la MECS puis l'unité de jour des jeunes ados, pour s'orienter vers un service ambulatoire avec des jeunes majeurs : « Et c'est plus facile avec des adultes, avec des grands ados, parce que la dimension, elle se joue pas sur le rapport physique en fait. Et encore moins sur de l'ambulatoire où les jeunes on les voit en rendez-vous ». Parfois, c'est aussi l'histoire de l'établissement et ses « critères »⁷⁹⁰ qui peuvent peser : Marc nous explique que le profil des jeunes accueillis – type hôpital de jour – fait que ce genre d'évènements est rare dans son DITEP. D'ailleurs, ajoute-t-il : « la violence, par exemple, c'est très compliqué. Ici, la gestion de la violence c'est très, et ça a toujours été très compliqué ». Sandrine parle aussi de ces difficultés lorsqu'elle était sur l'unité de jour : « [...] je sais qu'à [nom du DITEP] il y avait des moments qui étaient difficiles pour moi, les gamins étaient assez violents. Quand ils étaient en crise, ça se manifestait par : je jette des tables, je casse ; donc des fois on se retrouve à devoir les contenir, les tenir et les attraper. Il y avait quelque chose qui était difficile pour moi, dans ma violence. Même si c'était pour protéger le jeune, j'avais l'impression d'être violente avec eux et ça c'était compliqué ». Encore une fois, sont évoquées les frontières : leur violence, ma violence, notre violence. Mais cette éducatrice en est sûre : « Mais la question de la non-violence, je pense qu'elle doit faire partie un peu des principes de l'éducateur et c'est pas toujours facile » (Sandrine). Pas toujours facile dans le sens où parfois, les professionnels ressentent chez l'enfant ou l'adolescent le besoin de « péter », « d'exploser », de « faire sortir » pour que l'accompagnement ou le reste de la journée puisse se dérouler. Aurélie est la seule à l'avoir évoqué pendant l'entretien quand d'autres

⁷⁸⁹ À ce sujet, les paroles de Nicolas nous semblent particulièrement éloquentes : « Ce qui est de l'ordre de la violence verbale et physique n'est pas...heu (*silence*)... ne s'entend pas. Au sens où elle n'a pas lieu d'être. Néanmoins, elle existe et il faut savoir composer avec ».

⁷⁹⁰ Là aussi, parler de critères d'accueil pour un DITEP relève de lèse-majesté, une notification MDPH suffit *a priori* pour être accueilli. La réalité en est toute autre, tous les acteurs du secteur, sans hypocrisie, peuvent en témoigner.

ont abordé le sujet hors micro : « J'allais dire que j'essaie de ne pas aller jusqu'à l'explosion de violence et tout ça, et à la fois j'allais me contredire tout de suite en disant que ça peut m'arriver de déclencher un peu une crise pour qu'il craque aussi. Mais c'est pas... c'est pas pareil, peut-être parce que c'est moi qui gère le truc, je sais pas ». Pénélope a raconté une scène où elle prend « un pain » comme elle dit, comme ses collègues d'ailleurs. « Il faut savoir composer avec » nous dit Nicolas, et « avec beaucoup de recul ». Cet éducateur a été très prolix sur la question de la crise, il en a été de même pour la violence, qui sont pour lui concomitantes. Son postulat est puissant : « je ne pense pas avoir rencontré de jeunes avec le gène de la violence ou des jeunes qui soient juste violents. Il y a de la colère, de l'incompréhension qui se manifestent en violence [...] ». Mais toujours est-il qu'il faut, en plus de pouvoir accueillir cette violence, viser à la transformer voire à la faire diminuer : « [...] c'est comment on peut essayer de trouver, à un moment donné, une porte de sortie, un refuge qui permet de passer à autre chose ou de de surpasser cette épreuve. Après, la violence, elle existe avec les adultes, elle existe aussi entre les jeunes. Je dirais même surtout entre les jeunes. C'est beaucoup de médiations. Si on passe d'une violence physique à une violence verbale, on a peut-être déjà un peu gagné » (Nicolas). Cette dernière phrase nous semble capitale dans la mesure où ce professionnel fait le choix d'une violence qu'il estime plus acceptable qu'une autre, c'est-à-dire le passage d'une « communication physique en communication verbale » (Nicolas). Cela ne se fait pas sans un certain engagement de ces adultes, qui mettent en jeu leur corps comme leurs affects, parfois en une fraction de seconde.

XII.9.5 Les stigmates de la crise comme fonction mémorielle du groupe

Parfois, les crises laissent des traces visibles sur l'environnement, comme autant de stigmates d'épisodes de souffrance que ces enfants et adolescents n'ont pas pu contenir : Des coups sur les murs, des vitres cassées sécurisées par du scotch – de l'aveu même d'un agent technique un peu dépité qui passait lors d'une de nos visites : « Au moins je me dis qu'on mettra jamais le vitrier du coin au chômage » -, de l'enduit qui a servi à reboucher des trous dans un salon, un meuble télé sans télé (elle avait été brisée 15 jours avant et l'équipe avait décidé de patienter avant de la remplacer), etc. Les anecdotes de telle ou telle crise peuvent venir agrémenter les visites aux nouveaux venus lorsque ce sont les

jeunes accueillis qui en ont la responsabilité. À ce sujet, Pénélope nous raconte un épisode avec un puzzle :

« L'année dernière, il y a un enfant qui en a détruit un. Et alors là ça a été le drame, on a perdu une pièce qu'on a jamais retrouvée. On a quand même pris le parti de dire on l'encadre quand même, le puzzle, parce que c'est un travail de groupe et tant pis, c'est pas grave, ça arrive. Et on se souviendra qu'il y en a un qui a... qui a tout cassé (*rires*) et du coup il manque une pièce du puzzle. C'est la girafe que je te montrerai après si tu veux.
FC : Vous avez affiché un puzzle marqué d'un trou, d'une béance...

Pénélope : Exactement. D'un trou. En disant bah ça arrive et c'est pas grave. En fait c'est pas grave, ça enlève quoi ? Enfin c'est pas la pièce maîtresse du puzzle (*rires*) ! J'ai envie de te dire, c'est un bout du ciel donc tant pis. On sait qu'il y a le ciel là et on a perdu cette pièce. On l'a perdue et certains se rappellent que c'est parce qu'Aubin a fait une crise, mais d'autres disent juste "Bah on l'a perdue". Mais comme on trouvait joli le puzzle, on voulait le garder et l'afficher. Voilà en fait, chacun fait son histoire avec ce médiateur ». De la sorte, ces cicatrices dont les plaies se sont refermées depuis mais demeurent visibles au yeux de tous, ont une fonction mémorielle pour le groupe, sorte de témoignages dont tout le monde a un souvenir différent. Ce choix nous a surpris, d'où notre question étonnée, et nous nous rappelons avoir pensé, quand Pénélope nous l'a montré en fin d'entretien, que ce puzzle avait lui aussi la gueule cassée, comme les enfants qui l'avaient fait⁷⁹¹.

XII.10 Et la clinique dans tout ça ?

XII.10.1 Un terme en voie de disparation

Le terme « clinique » apparaît 8 fois et seulement dans 2 entretiens. Avec Asma particulièrement (6 occurrences) ainsi qu'avec Francis, qui aura cette phrase « Vous parliez de clinique ? » alors que je n'avais pas prononcé ce mot jusque-là – il apparaissait

⁷⁹¹ Cela nous rappelle une scène de l'entretien avec Cathy qui évoquait le rendez-vous de fin de prise en charge d'un enfant : « Et puis lui, il a offert un joli... ce joli cadre (*elle le montre, c'est une lettre qu'il a encadrée*)... il peut avoir l'air bizarre, il peut être biscornu... il est un peu rempli et ça peut dépasser, mais c'est pas grave... ».

seulement dans le titre « De la clinique en éducation spécialisée » dans les formulaires de consentement de recueil de données. Nous avons aussi suggéré, dans nos échanges avec Cathy, l'expression « sensibilité clinique » qui avait reçu son assentiment, mais sans qu'elle n'en dise trop :

« FC : Ce que vous appelez la sensibilité justement, est-ce que pour vous le terme de sensibilité clinique ça prend sens ?

Cathy : Oui. Oui, parce qu'il faut savoir, quand on accompagne, décoder un petit peu, ou dans tous les cas, faire des suppositions... qu'on vient vérifier bien sûr, mais ça aide à décoder oui ».

Cette idée de décodage nous semble juste dans la mesure où nous la retrouvons dans d'autres entretiens mais c'est en amont de notre échange que Cathy propose - sans le savoir, supposons-nous - une définition littéralement exacte de la clinique :

« Cathy : Oui, parce qu'on on sait où on se situe. Les affects et la neutralité. Oui, c'est compatible. Mais on sait où on se situe, la limite dans laquelle on est... on peut tenir la main de quelqu'un à son chevet, si je puis dire, même si on n'est pas de la famille, je sais pas comment dire. On peut être... à tenir la main de l'autre et...

FC : Vous dites à son chevet ?

Cathy : Ouais. Ouais. Mais comme pour quelqu'un qui a besoin d'aide, d'être accompagné, soutenu... voilà, c'est ça, c'est être à son chevet : de quoi il a besoin ? De médicaments ? Qu'on lui remonte les couvertures ? (*Rires*) J'ai l'image comme ça qui me vient, qui m'est venue comme ça (...] Voilà... juste de toucher les cheveux... peut-être pas de tenir la main, mais être là, à côté du lit. Et on s'éloigne un peu de la chambre. Venir... partir, c'est ça pour moi, être au chevet de ».

Le lecteur aura décelé sans grand effort l'enthousiasme de l'interrogateur quand il a entendu « à son chevet », d'où l'envie de rebondir immédiatement. Les éducateurs spécialisés parlent de clinique sans savoir que c'est de la clinique, c'est une conviction que nous avons depuis le début de cette recherche que ces entretiens ne contredisent pas. Ce court passage nous semble extraire la substantifique moelle de la clinique : être au chevet de quelqu'un qui a besoin d'aide, être là à côté, pourquoi pas lui toucher les cheveux et aller et revenir en essayant de comprendre ce dont il a besoin. Nous avons été très étonné de ce court passage, pendant et après l'entretien avec Cathy, car elle s'était montrée très inquiète à l'idée de mal répondre, de chercher ses mots, de s'embrouiller. Et pourtant.

Asma reviendra à plusieurs reprises sur le terme clinique, sur lequel nous avons rebondi pour lui demander de préciser ce qu'elle entendait par « regard clinique » : « Le regard clinique, je dirais que c'est être auprès des jeunes, de relater ce qu'on observe et d'essayer, avec ce qu'on observe, d'émettre des hypothèses et des pistes de travail. Tout simplement ». Nous retrouvons l'élément recueil de données à travers l'observation et l'invitation à interpréter et produire des hypothèses. Elle va même jusqu'à faire le lien avec la poésie lorsqu'elle nous parle des écrits qu'elle produit sur le séjour du jeune dans son service ; ici aussi nous retranscrivons l'extrait en entier pour une meilleure compréhension :

« [...] l'écrit clinique c'est un peu poétique quand même. Une clinique, c'est un instant de vie, on a une photographie d'un moment, d'une personne et je trouve que ça manque pour repérer les choses quand même, en tous les cas, moi ça me manque.

FC : Tu disais poétique.

Asma : Ouais, de rendre les choses un peu poétiques dans le monde du social je trouve...

FC : Tu penses à quoi ?

Asma : Hé bé poétique c'est à dire que quand on va décrire ce qu'on a vécu avec un jeune sur la semaine, rendre les choses poétiques. C'est ne pas s'attarder sur tout ce qui est mal parce que finalement, quand le jeune il vient au SAT, c'est que y a plein de trucs qui vont pas quand même (*ironique*). À chaque fois, on a un tableau assez...des fois même qui fait mal au cœur. Tu vois, je pense, un jeune qui est arrivé il y a pas très longtemps, où il était décrit comme ayant des mensonges monstrueux. Enfin la phrase elle m'a marqué : "il demande à venir mais dans tous les cas ça ne servira à rien". Voilà. Et je me dis le jeune, j'ai un autre regard, j'ai un autre vécu, j'ai pas le même passé avec lui, j'ai pas les mêmes attentes parce qu'on est sur un truc où j'ai pas l'école, j'ai pas de sonnerie, j'ai pas d'atelier à prévoir. Du coup je peux, je peux prendre le temps et partir de ce que le jeune me propose, ou pas, d'ailleurs. Et je trouve que ça rend les choses, ouais, plus poétiques parce qu'on va le voir autrement ».

La dimension artistique revient d'une certaine manière, et le contenu de ses paroles est assez dense pour que nous nous y arrêtions un peu. Asma parle « d'un instant de vie, d'une photographie d'un moment », rejoignant bien une des acceptions de la clinique, celle des moments, des pathologies, des individus. Elle insiste bien sur la dimension singulière, pourquoi pas éphémère de cette clinique, en tant que manière qu'a le sujet à se proposer à nous : il est comme ça ici, comme ça là-bas, il n'a pas le même

comportement...Et nous relevons bien combien il est important pour cette éducatrice de pouvoir prendre la photo elle-même et de s'en faire une idée autre que la « légende »⁷⁹² qui lui est accolée. Il est monstrueux puis, à travers la clinique d'Asma, il est devenu autre chose. Beau. C'est comme cela que nous l'avions associé durant notre entretien, ce que la retranscription n'a pas pu valider. Mais nous l'entendons ainsi : la clinique est poétique parce qu'elle peut rendre moins monstrueux, elle peut même rendre beau. Retenons aussi que la clinique exige dans une certaine mesure de s'associer au désir et à la temporalité du jeune, produisant ainsi moins de contraintes que les environnements précédents où il était immergé.

Cathy nous parlait de décodage, que nous associons à l'idée d'interprétation telle qu'elle apparaît dans les entretiens de ses collègues. Le lapsus est la ficelle la plus facile à tirer, pas forcément à interpréter, excepté quand il est vraiment énorme, comme paraît le supposer Asma : « [...] j'avais un jeune qui faisait beaucoup de lapsus sur la mort : j'ai pas été voir un concert mais j'ai le cancer. Enfin des trucs comme ça. Et c'est d'essayer d'attraper ses mots et d'essayer d'en comprendre quelque chose. Et on se rend compte que sa mère est gravement malade et qu'en fait ça apparaissait dans toutes ses pensées. Ça lui occupait tellement l'esprit que quand il parle y a plein de mots qui sont écorchés de cette manière-là. On va avoir des jeunes qui ont plein de néologismes, des mots qui n'existent pas, ou des constructions... ». Il ne s'agit pas d'autre chose que « d'essayer d'attraper ses mots et d'essayer d'en comprendre quelque chose » afin de pouvoir, pourquoi pas, proposer un retour au sujet. Aurélie vit la même situation dans un atelier peinture, mais dont la particularité du cadre réside dans le fait de ne pas se laisser aller à l'interprétation comme quand elle nous décrit le moment d'expression à la fin de l'atelier :

« Soit ils racontent leur peinture, même si ça, c'est un peu compliqué, le temps de parole avec des enfants. Et puis ça, c'est un truc que moi j'ai encore besoin de travailler. Parce que c'est compliqué, des fois, de savoir où est-ce qu'on les emmène, où est-ce qu'on a envie de les emmener, qu'est-ce qu'on travaille avec eux ? Parce que c'est dur pour eux de mettre des mots, alors que nous, des fois, on voit des évidences, on arrive à faire des parallèles, des liens. Des fois je me disais : « est-ce que ça on peut se permettre de le dire »? Bon, on a de la régulation d'ateliers, on arrive à se permettre de dire des choses et après ça résonne ou pas chez les enfants mais des fois je me dis peut-être qu'on... En tout

⁷⁹² Cf. Partie 4 : I.1.2 La « légende » p.418.

cas pour moi, peut-être que je suis trop... Comme moi, j'ai fait cette formation, je sais ce qui s'est passé dans moi et... sauf que je suis adulte et tout ça, et je me dis que des fois peut-être que c'est un peu trop difficile pour les enfants.

FC : Vous vous laissez aller à leur faire part de vos interprétations quand même ?

Aurélie : On n'interprète pas. On essaie de pas interpréter mais moi j'essaie de faire un...

FC : Mais vous dites : moi je repère des choses, je vois des choses...

Aurélie : Par exemple, une jeune qui peignait tout le temps, sa mère et (*rires*) bon ça après, c'était moi : elle parlait pas de sa mère mais elle peint une île déserte avec la mère autour, puis elle nomme "mer, mer, mer", et ça, je lui ai juste fait remarquer comme ça "Ben tiens, y a encore la mer". Bon, des petites choses comme ça voilà, mais je vais pas aller trop loin non plus parce que c'est mon interprétation, vous voyez ? Et j'essaie de voir si ça résonne chez l'enfant ».

Un vrai travail de funambule car Aurélie est inquiète de trop projeter ses interprétations sur les enfants alors qu'elle voit des choses qui lui semblent « évidentes » et « c'est même compliqué des fois pour nous, parce qu'on voit bien que les enfants, ils rejouent des choses de leur histoire » (Aurélie).

Dans cet entretien aussi, l'interviewer que nous sommes a entendu ou associé un mot qui n'était pas le bon mais qui nous semblait pourtant faire sens. Dans le dialogue qui suit, qui a soulevé notre intérêt par la fonction même de l'atelier, « l'idée c'est de pouvoir sortir ce qu'ils veulent puisque ça reste », notre écoute inconsciente a fait le reste :

« FC : Qu'est-ce qu'ils font de leur production ?

Aurélie : On les garde. Et ça, ça revient souvent : "est-ce qu'on peut les ramener chez nous pour les offrir ?". Ben non justement, c'est l'idée, c'est pas de faire pour que ça sorte. L'idée c'est de pouvoir sortir ce qu'ils veulent puisque ça reste.

FC : OK.

Aurélie : On peut tout peindre. Ils peuvent tout peindre.

FC : C'est-à-dire ?

Aurélie : Ils peuvent tout peindre, il n'y a pas d'interdit.

FC : Et vous voulez dire que vous avez dans une salle, des centaines et des centaines de de de dessins ?

Aurélie : Bon après on les détruit.

(*Rires partagés*)

FC : Oh le destin terrible ! (*Rires*) Vous disiez "On peut tout peindre", moi j'avais entendu "on peut tout perdre" !

Aurélié : (*Rires*) Ah ben ça arrive aussi ! »

Ainsi en est-il de cet atelier où tout peut être peint puisque la destinée de toutes ces œuvres est de rester dans une pièce, éphémèrement proposées au regard des participants, puis de finir détruites lorsque la place commence à manquer. Il n'en est pas de même des observations et des données recueillies durant ce moment.

XII.10.2 Les écrits cliniques absents des entretiens

Le passage à l'écrit est aussi un incontournable du métier d'éducateur spécialisé : écrit professionnel, rapport aux magistrats, compte-rendu de réunion, projet, etc. Les cahiers de liaison⁷⁹³ sont un support indispensable au bon déroulement des accompagnements, de la coordination et de la communication intra-équipe. Une belle recherche sur les cahiers de bord d'un établissement de protection de mineurs en Suisse avait d'ailleurs été menée par Jean Christophe Contini⁷⁹⁴ en 2017, rappelant la richesse et le caractère fondamental de ces écrits – qui sont très développés dans le champ de l'éducation spécialisée quoiqu'en disent les a priori. Dans les entretiens que nous avons conduits, cet aspect a été très peu abordé – hormis sur les dossiers des nouveaux arrivants-, sauf par Asma qui regrette la nouvelle organisation de travail limitant les possibilités d'écriture : « Alors, cette année on n'y arrive pas du point de vue des heures simplement. Mais avant, on écrivait, on faisait un écrit clinique. Le premier, c'était une note d'élaboration, et assez complète, de ce qu'on avait fait, de ce qu'on avait repéré, etc. Et à partir des deuxièmes séjours des jeunes, on mettait ce qu'on a fait, des paragraphes un peu plus synthétiques de ce qu'on avait repéré, ce qui avait changé en fait, en relisant nos précédents écrits. On faisait des non-conclusions à la fin. J'ai jamais aimé conclure donc on appelait ça une non-conclusion. On relisait ça et on parlait de la non-conclusion pour essayer de repérer ce qui avait changé ». Nous voyons bien là la finalité de ce genre d'écrit : recueillir ses observations, les partager en vue de saisir s'il y a des changements afin de mieux

⁷⁹³ Appelés aussi cahiers de bord, cahiers du quotidien, carnets de bord.

⁷⁹⁴ Contini, J-C. (2017). *L'agir éducatif spécialisé : le quotidien professionnel en éducation spécialisée : étude d'un cahier de bord indigène*. Thèse de doctorat, Université de Fribourg.

comprendre les jeunes accueillis. La posture clinique est bien perceptible, d'autant plus dans cette volonté de non-conclure, de s'arrêter à un inachèvement afin de ne pas figer le sujet. Autre aspect de l'acte d'écrire : mieux apprécier l'acte éducatif : « Mais moi, le fait d'écrire, ça me manque énormément parce que je me rends compte que c'est au moment où j'écris que j'élabore ma pensée et que j'arrive le plus à faire des liens sur ce que j'ai vu...c'est là où ça se structure ».

XII.10.3 Des instances cliniques omniprésentes

Les professionnels bénéficient tous de temps d'analyse des pratiques, de supervision, de régulation, parfois même des trois. Ce sont des temps indispensables pour réfléchir sur leurs pratiques et la qualité de leurs accompagnements. Pour Asma, « quand ça reste de l'entre-soi, pour moi, c'est pas du travail, c'est plus du travail clinique. C'est pas du bon boulot en tous les cas ». D'où l'importance de pouvoir partager ses réflexions, ses pensées, ses observations avec des membres de l'équipe et, le plus souvent, avec un psychologue clinicien extérieur à l'établissement.

Dans le cas d'Aurélie, la même intervenante assure à la fois la supervision de l'atelier peinture 6 fois par an, ainsi qu'une régulation d'équipe : « je trouve que c'est hyper enrichissant à chaque fois. J'adore parce que c'est [...] c'est un livre ouvert : elle y va vraiment profond et elle nous éclaire très vite ». Pour d'autres, l'expérience est moins concluante, ce qui se joue dans ces espaces peut être vécu plus ou moins difficilement par les participants, comme en témoigne Sandrine : « On avait l'analyse de la pratique avant, c'était pas la régulation, elle refusait de parler de la dynamique d'équipe, elle voulait qu'on parle des situations. Pour moi c'était très difficile parce que c'était presque une thérapie individuelle, mais devant tes collègues... Elle questionnait... mais des fois, elle allait un peu loin [...] Il y a 2-3 fois où je me suis exposée à parler de situations et où j'ai eu l'impression d'être très attaquée. Même si j'essaie de me remettre en question, c'était dur quoi. Dans la façon dont ça se faisait, j'avais l'impression de ne pas toujours avoir le soutien des collègues [...] ».

XII.11. Entre l'incertitude et le faillible : tenir une position subjective paradoxale

XII.11.1 Incertitude, tâtonnement et tentatives

Ces instances cliniques sont mises en place pour soutenir ces professionnels dans leurs actes quotidiens et les aider à faire face à l'une des plus grosses difficultés de leur métier : l'incertitude. Nous avons déjà évoqué cet aspect-là dans la littérature et il est transversal aux entretiens que nous avons menés. Si le terme « incertitude » peut déranger dans nos sociétés actuelles, il est plutôt bien accueilli par les ES interviewés à l'exception d'Aurélie – bien qu'elle l'ait elle-même utilisé :

« FC : Et vous disiez que vous ne savez pas de façon certaine ce que vous faites au final, et est-ce que c'est quotidien, cette incertitude-là ?

Aurélie : On sait pas de façon certaine... J'ai dit ça moi ?⁷⁹⁵

FC : Oui, quand je vous disais "Comment vous savez, quand il faut déclencher et tout ça" et vous m'avez dit "Moi je ne sais pas de façon certaine".

Aurélie : Ouais... alors j'aime pas trop comment ça ressort... j'aime pas ça... (*rires*) ».

Nous avons bien senti la gêne de notre interlocutrice et avons reformulé en pensant à Fernand Deligny : « FC : [...] plus que de l'incertitude, est-ce que ce ne sont pas des tentatives ? - Aurélie : Ouais voilà ! C'est ça ce que je voulais dire. C'est qu'évidemment, on n'a pas de recette, on ne sait pas à l'avance, mais on n'y va pas non plus n'importe comment, quoi ! Ça me renvoyait ça là, ce truc d'incertain ».

Cette précision nous semble d'une extrême justesse : les ES ne se rendent pas travailler auprès de publics en grande difficulté la fleur au fusil, au hasard : « En fait, c'est ce qui me motive aussi dans le boulot que je fais, au-delà des évolutions et des changements qu'il y a pu avoir tout au long de ma carrière - c'est d'ailleurs pour cette raison que je suis resté là parce que j'ai eu la possibilité de faire des choses différentes -, c'est de ne pas savoir ce que je vais faire chaque jour. Voilà, et d'être obligé de m'adapter à ce que je vais faire. Alors j'ai une idée quand même, je viens pas tous les jours la fleur au fusil ». (Marc). L'acte éducatif relève finalement du tâtonnement :

« Je vois le petit garçon qui est autiste, alors là on a tâtonné quand même [...] Et moi l'autisme, non, je ne sais pas faire... Donc heureusement qu'on avait une orthophoniste qui a été formée, qui a pu nous filer des billes [...] Ce petit garçon au début, il s'est retrouvé en pleurs au début... Pourquoi ? On n'en sait rien. [...] Voilà, pour certains, le travail ça va être par rapport à la nourriture, le travail de groupe, le fondamental de la relation

⁷⁹⁵Aurélie : « Comment je le sais ? Ben, je le sais pas toujours de manière certaine, hein ! Pas souvent. Ce sont un peu des tests ».

éducative, comment on les confronte des fois à une contrainte... Ah mais là, l'autre, il arrive, il a tout fait voler en éclat » (Francis).

Telle est là aussi une des caractéristiques de l'éducation spécialisée : faire voler en éclat les certitudes. Il en va de même avec les objectifs des ateliers et le comportement des jeunes qui y participent : « On fait pâtisserie, chaque enfant a sa table, chaque enfant fait sa recette, donc déjà, le cadre, c'est chacun son truc. Et à la fin, on fait un petit goûter où chacun goûte la recette des autres. Et à chaque fois, sans que j'aie eu besoin de..., parce que c'est l'objectif que je voulais remplir et que je pensais devoir l'amener moi-même... et en fait non : les enfants goûtent systématiquement les recettes des autres et ils complimentent avant de goûter leur propre recette. Et ça c'est génial, tu vois [...] cette valorisation, qui n'est pas forcément amenée par l'adulte ». Ce contexte d'incertitude les amène à une certaine disposition à accueillir la nouveauté et la surprise ; le cadre quotidien organisé par leurs soins peut permettre de faire émerger des habitudes, des attitudes, mais à chaque fois : sans certitude.

C'est ce sur quoi insiste Cathy et nous permet d'assurer une transition vers un autre thème, proche du précédent : celui de l'échec et de la – forte – probabilité de se tromper :

« FC : Vous dites que vous hésitez et que quand vous faites un choix, vous faites un pari finalement, de rentrer ou non dans ce qu'elle [une adolescente] vous propose. Vous dites qu'il y avait de la place pour y entrer, c'est ça ? Mais sans certitude.

Cathy : Sans certitude, jamais. Il y en a jamais et c'est pas grave si on se trompe.

FC : Et justement, vous l'évoquez plusieurs fois, la possibilité de se tromper. En quoi c'est une possibilité que vous vous donnez ?

Cathy : Bah déjà, parce que la personne qui est en face de nous peut-être qu'elle aussi, elle se trompe, et peut-être qu'elle aussi, a peur de se tromper ; et de lui dire qu'on peut se tromper et que les autres peuvent se tromper, c'est quelque part lui dire qu'elle a le droit à l'erreur, elle a le droit de réparer, le droit de pouvoir reprendre ça plus tard. Au contraire, ça fait partie du travail de lui dire que nous aussi, on est humain finalement, que nous aussi on peut être en difficulté, que nous aussi on n'a pas la vérité, c'est aussi être, quelque part, sur un même pied d'égalité, même si on est le soignant, face à la personne, ou l'enfant ou l'utilisateur ». En somme, l'incertitude et la possibilité de l'échec comme vecteur d'égalité dans une relation asymétrique soignant/soigné : « C'est ça qui est intéressant de décortiquer, c'est d'aller vraiment proposer des choses et des fois, donc, se tromper avec beaucoup de conviction. Et comprendre qu'on se trompe. Et quand on a

compris qu'on se trompe, qu'on lui dit qu'on a compris qu'on se trompe, lui, à ce moment-là, il se rend compte que... ben, il a une petite influence sur la relation qu'il a avec toi. Et peut-être qu'il avait raison. Et c'est pas parce que t'es l'éduc' référent adulte qui a 50 ans, 25 ans d'expérience professionnelle, que t'as toujours raison et que t'es omnipotent » (Marc).

XII.11.2 L'échec : le quotidien de l'éducation

L'échec est lui aussi un mot assez peu apprécié dans l'éducation spécialisée, que ce soit en formation ou sur le terrain. Dans ce secteur où l'obligation de réussite n'est pas encore devenue un impératif, il peut renvoyer à une responsabilité totale du professionnel alors que sa marge de manœuvre demeure somme toute limitée. Nous entendions déjà une phrase devenue depuis célèbre « je ne dirais pas que c'est un échec, c'est juste que ça n'a pas marché »⁷⁹⁶ lorsque nous étions en stage de formation d'éducateur spécialisé il y a de cela presque 20 ans. Pour autant, les professionnels interrogés ne semblent pas s'en offusquer et reconnaissent aisément cette dimension dans leur travail. Marc reconnaît que « [...] tous les jours, j'apprends des trucs et tous les ans je me plante sur certains trucs ». Il évoquera longuement d'ailleurs une mise en stage d'un adolescent dans une entreprise de toilettage canin qu'ils auront préparée ensemble longuement avant de se rendre compte que ce n'était pas du tout le désir du jeune. Cathy appelle à l'humilité lorsqu'il est question d'essayer de décoder ce que les enfants agissent et disent dans le cadre des accompagnements SESSAD. La plupart des ES donnent aussi des exemples de « raté », de « loupé » dans le choix des participations aux ateliers, aux groupes thérapeutiques, comme Pénélope : « Par exemple cette année, je me suis plantée, tu vois. [...] J'ai essayé d'adapter l'atelier, de réadapter le truc et là je me suis vraiment dit ben ouais, en fait, j'aurais dû observer plus longtemps, j'ai voulu aller trop vite, j'ai essayé de me baser juste sur ce qu'il me disait et en fait ça lui correspond pas du tout ».

Évidemment, tous ces échecs sont à relativiser, d'autant plus qu'ils apparaissent dans un contexte plus global d'une prise en charge étoffée. C'est ce à quoi servent les périodes dites « d'observation » voire « d'essai », c'est-à-dire essayer d'apprécier au mieux les envies et les caractéristiques des jeunes en leur faisant expérimenter de nombreux

⁷⁹⁶Macron, E. (2020). « Interview sur TF1 et France 2 ». 14 octobre.

espaces. Même s'il arrive parfois, à la fin d'un long passage en DITEP, que les équipes actent leur propre échec en même temps que les limites de leur intervention : Nicolas, qui nous faisait visiter les locaux, restera un moment silencieux devant une fresque de street art d'un des bâtiments avant de dire « Elle a été faite par un gamin qu'on a accompagné pendant 10 ans ici. On s'y est tous cassé les dents. Il a été incarcéré trois mois après sa sortie d'ITEP. Une sombre histoire. On n'a jamais trouvé les leviers avec lui ».

XII.12 Faire face aux mutations du secteur-médico-social

XII.12.1 Les paradoxes du tout inclusif

Le champ de l'éducation spécialisée a évolué en même temps que le travail social. Pour certains de ces ES, en même temps que le public, c'est le cadre politique, théorique et éthique qui a bougé. Depuis quelques années, les lois promouvant les dynamiques inclusives ont particulièrement impacté le travail des professionnels du médico-social comme ceux de l'Éducation Nationale. L'inclusion est devenue une obligation légale et un curseur fondamental des prises en charge. Certains « vieux de la vieille » comme se qualifie Francis ont observé ces mutations – Marc par exemple – mais aussi des professionnels moins âgés : « quand je suis arrivée il y a trois ans sur le groupe, sur les 10 enfants, il y en avait aucun de scolarisé à l'extérieur, ils étaient à plein temps ITEP. Et là, on en a 8 sur 10 qui sont scolarisés à l'extérieur. Même quand on se dit "Oh là là c'est pas possible" ! Donc, soit c'est du mi-temps, soit c'est du une demi-journée par semaine pour dire qu'on a un pied à l'extérieur. Du coup, ça a vraiment évolué ce truc-là. On a vraiment un niveau politique » (Pénélope). Celle-ci constate que cette commande publique a des répercussions plutôt positives sur les pratiques des professionnels « [...] du coup on essaie d'être plus réactif, plus rapide et plus efficace donc c'est pas forcément mal » mais témoigne malgré tout de l'inadaptation des dispositifs inclusifs qu'elle a expérimentés : « Par contre, effectivement, l'école ordinaire, même les enseignants du milieu ordinaire que je côtoie le disent : c'est pas adapté pour tous les enfants. Et eux ont besoin d'un peu plus d'attention, d'un peu plus de temps » (Pénélope).

Francis partage la même analyse, sur une période plus longue, de l'augmentation de la population incluse : « [...] moi quand je travaillais avec les ados, l'inclusion c'était quelque

chose de très marginal quand même. Ne serait-ce qu'il y a 4-5 ans, sur 13 gamins, y en avait quoi, 2-3 ? Et encore, l'inclusion, ils vont faire du sport, du dessin, de la musique mais tout ce qui est matière où on est confronté à des difficultés, y en a pas trop quoi » mais avec une lecture nettement plus critique : « Quand ils étaient en ITEP, on pouvait avoir comme levier la SEGPA, là, maintenant quand ils sont en ITEP, pour avoir une place en SEGPA, c'est plus trop possible quoi. Là par exemple, ils étaient pas mal en ULIS, mais c'est dramatique, hein ! ». Cet éducateur expérimenté estime que les lois n'ont pas été accompagnées des moyens suffisants au sein des établissements de l'Éducation Nationale. Ce que confirme Marc : « L'inclusion, j'en suis revenu. [...] Depuis le début de l'inclusion, mettre des jeunes d'ITEP dans une classe de CE2, CM1, avec une AESH mutualisée - c'est même plus individuel, c'est mutualisé -, c'est une hérésie. C'est une hérésie pour le jeune, c'est une hérésie pour l'instit' qui n'est pas formé pour les accueillir. C'est une hérésie pour l'AESH qui n'est pas formée pour les accueillir et pour les parents à qui on donne un espoir qui n'est pas toujours déçu, mais en tout cas qui risque de l'être. Donc ça va amplifier le symptôme. Pour moi, ça, ce sont des générations qu'on est en train de sacrifier. Et avec lesquelles il faudra travailler différemment parce que ce sont des générations qui vont revenir vers le circuit spécialisé plus tard. Et on est en déjà en train de le voir ». Ces constatations sont partagées par l'ensemble des acteurs du secteur et il n'est pas rare de voir dans les journaux ou sur les sites d'associations de parents d'élèves des plaintes à ce sujet⁷⁹⁷ : en plus du manque de place en DITEP et en IME (avec des listes d'attente de deux à trois ans malgré la notification MDPH), les places en ULIS manquent aussi. Cette orientation est validée elle aussi par la MDPH selon des conditions bien précises (pas plus de 12 enfants en classe ULIS dans le premier degré, 10 maximum dans le second degré - bien que la réalité soit toute autre dans certains établissements)⁷⁹⁸.

⁷⁹⁷ L'État a d'ailleurs été condamné à plusieurs reprises en raison de l'absence de place en ULIS pour des collégiens. Cf. par exemple la décision de La Cour Administrative d'Appel de Douai en novembre 2022 : <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/CETATEXT000046671714>. Et voir par ailleurs : <https://23.fcpe-asso.fr/campagne/recours-relatif-une-decision-de-leducation-nationale> ; <https://www.francebleu.fr/infos/education/on-a-peur-qu-il-regresse-vinciane-se-bat-pour-que-son-fils-handicape-ait-une-place-ulis-au-college-4327885> ; <https://www.letelegramme.fr/finistere/concarneau-29900/linclusion-en-college-souffre-dun-manque-de-places-3810196.php>

⁷⁹⁸ Bulletin officiel l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, (2015). « Unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis), dispositifs pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le premier et le second degrés ». Circulaire n° 2015-129 du 21-8-2015 : <https://www.education.gouv.fr/bo/15/Hebdo31/MENE1504950C.htm>

Asma pose elle aussi un regard nuancé, surtout lorsque cela concerne les jeunes orientés par les DITEP : « Dans la tête des gens, l'inclusion, ça va concerner des jeunes qui vont être malvoyants, qui sont en fauteuil roulant. Dans la tête des gens... bon ça va l'autisme est un peu rentré, mais que certains types d'autisme hein [...] La trisomie aussi, les gens connaissent. Mais alors les enfants avec des troubles du développement, alors là, ils ne savent pas. Et puis quand on voit comment c'est fait, c'est du grand n'importe quoi. C'est beaucoup de poudre aux yeux en fait (*rires*). Il n'y a rien de fabuleux dans les dernières avancées ». La question du handicap invisible – jusqu'à ce qu'un enfant ou adolescent avec des troubles du comportement commence à le rendre visible et surtout audible – demeure entière selon Asma qui n'est pas convaincue par ce qu'elle observe de sa place. D'autant plus quand l'inclusion a impacté considérablement les temps de transports et limité les moments où elle trouvait du temps pour écrire : « Alors avant, on avait des chauffeurs qui étaient un peu plus dispos pour nous faire les accompagnements sur le service et maintenant on les fait tous les accompagnements, les allers-retours. Et ça nous fait facile au minimum 2h par jour, et ce temps-là, on l'a plus pour écrire »⁷⁹⁹ (Asma).

XII.12.2 Les temporalités multiples de l'éducation spécialisée

En parallèle de cette évolution, d'autres éléments viennent percuter les pratiques des éducateurs spécialisés. Par exemple, les temporalités parfois antagonistes entre les organismes de tarification et de tutelle et les DITEP : « Pénélope : Sauf que là, les nouvelles notifications qu'on a, ce sont des notifications MDPH pour 2 ans en précisant qu'elles ne seront pas renouvelées. Donc on a 2 ans pour rassurer l'enfant et le remettre dans le milieu ordinaire.

« FC : La MDPH peut envoyer une notif' en disant : "c'est sûr, elle sera pas renouvelée" ?

Pénélope : Voilà. Cette année, ça a commencé. On en a eu 3.

FC : Comment c'est possible ?

Pénélope : Je ne sais pas ».

⁷⁹⁹ Avec des conséquences visibles sur les accueils des jeunes : « [...] déjà ça manque de traçabilité. Savoir quel jeune est venu quand, sur quelles périodes, on retraçait tout dans l'écrit : le temps que le jeune avait passé et puis après, sur ce qu'on a repéré d'un séjour sur l'autre. On a beau avoir nos souvenirs, mais nos souvenirs, ils ne sont pas forcément fiables, donc d'un séjour sur l'autre, des fois, bah tu te tu te rappelles moins, c'est de l'approximatif » (Asma).

Cette information a de quoi surprendre tant il paraît compliqué de prévoir à l'avance de combien de temps auront besoin un enfant et sa famille pour ne plus avoir besoin du soutien d'un DITEP. D'autant plus avec un public peu âgé (8-12 ans pour Pénélope).

Dans le DITEP où travaille Francis, qui a une population un peu plus jeune (6-10 ans), ces notifications bridées n'existent pas – pour le moment du moins – et les professionnels savent qu'ils vont avoir plusieurs années pour assoir leur travail. Il a d'ailleurs une explication simple : public à difficultés multiples dans un établissement extrêmement flexible, manque de place dans les autres établissements : « Je crois qu'on a réussi à faire ici... c'est très prétentieux, mais on est un hôpital de jour, un IME, un SESSAD, un ITEP... Et je pense que c'est l'avenir des établissements médico-sociaux. [...] On nous dit "vous accueillez ces gamins, mais ils vont être orientés, les déficients, les autistes" et on voit bien que non et qu'ils vont rester ici 3 à 4 ans voire 5 ans pour certains ».

I.12.2.1 Le moment de la fin de prise en charge

Le renouvellement et la fin de prise en charge peut être déterminant pour les sortants, d'autant plus pour ceux qui arrivent à la majorité ou à la fin d'un contrat jeune majeur⁸⁰⁰. Sandrine, dans son service 16-25 ans observe cette difficulté parfois à nouer le dialogue avec des jeunes adultes qui ne veulent plus avoir de lien avec les éducateurs spécialisés. Pour certains, il n'y a plus aucune nouvelle, pour d'autres, elles arrivent après plusieurs mois. Elle évoque cette temporalité longue et la complexité de faire avec : « Souvent, oui, ça amène à des fins d'accompagnement et des fois on voit même pas les jeunes et on peut même pas leur dire qu'on a pas renouvelé : le jeune il casse deux fois son téléphone, on a plus son numéro... il y en a un qui a été incarcéré, ben on l'a su parce qu'on a lu les journaux et qu'on a reconnu dans la description de Sud-ouest que c'était lui. Mais son téléphone répond toujours aux abonnés absents. Après y a des jeunes qui sont aussi hyper mobiles sur le territoire : il y en a un qui est parti s'installer chez sa copine dans le Jura et

⁸⁰⁰ La Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants dite Loi Taquet avait l'ambition d'éviter les sorties sèches pour les jeunes sortants de dispositifs d'aide sociale à l'enfance : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045133771>
Des dispositifs expérimentaux dans les secteurs social et médico-social permettent d'allonger les prises en charge jusqu'à 25 ans (dérogations ARS et inspecteurs ASE). Le collectif Cause Majeur rappelle d'ailleurs que « Un quart des personnes sans-abri nées en France sont d'ancien·ne·s enfants accueilli·e·s par l'ASE ; un chiffre qui atteint 40% s'agissant des jeunes de moins de 25 ans » : <https://www.enfancejeunesseinfos.fr/le-collectif-cause-majeur-reclame-un-droit-opposable-a-l-accompagnement-des-jeunes-majeurs-sortant-de-lase/>

qui est finalement revenu. [...] On suit un peu ces mouvements et des fois on est juste en soutien. Et puis des fois on est rejeté, on est mis à distance » (Sandrine).

Mais il y a aussi, fort heureusement, des exemples de fin de prise en charge qui se déroulent bien et laissent aux professionnels des souvenirs extrêmement positifs. Cathy nous racontait comment un livre, *La petite poule rousse*, dont elle se sert dans un atelier qu'elle mène avec la psychologue, avait pris toute sa place lors d'un rendez-vous de fin de prise en charge : « Et puis après, hier, la petite poule rousse, elle est réapparue parce qu'il a dit "ça fait longtemps qu'on s'est pas raconté la petite poule rousse". Parce que la petite poule rousse, elle est jamais loin, elle était dans un coin, et ça a fait sens pour lui parce que finalement, il a demandé à sa maman de lui lire la petite poule rousse quand on s'est dit au revoir hier. Et du coup, c'est elle qui a raconté l'histoire et j'ai trouvé ça chouette parce que c'était lui qui amène le truc pour dire : C'est bon, c'est bon, je pense que c'est bon, on peut se quitter. Voilà, c'est ce que je me suis dit. Parce qu'il a demandé à sa maman de le lire et que ça venait raconter... comme s'il voulait lui raconter le vécu... et en même temps, c'est maman qui lit l'histoire, c'est pas moi. Donc j'ai trouvé ça chouette comme au revoir » (Cathy). La transmission et le relais sont effectifs et la séparation peut avoir lieu sans rupture.

I.12.2.2 Voir les fruits de son travail : oui, mais où et quand ?

Les éducateurs spécialisés ne sont pas sûrs en plus de voir les effets de leur accompagnement à moyen terme ; tant pis, semble nous dire Asma, l'essentiel étant peut-être ailleurs :

« Moi, je me dis souvent : ce jeune par exemple, il ne va pas bien en ce moment et ce qu'on essaie de faire bah ça fonctionne pas [...] mais dans deux ans, dans trois ans, peut-être que ça aura laissé une trace. On essaie de semer des petites graines, en fait. Et peut-être que plus tard, ça fera quelque chose ». Même si cette même éducatrice concède que cela fait tout de même du bien de pouvoir être témoin des suites de son propre travail : « Y a des moments compliqués. Y a des moments où on rentre et où on se dit franchement, j'ai servi à quoi aujourd'hui ? Où on se dit ça va être encore une journée pourrie [...]. Et si c'était ça en continu, ce serait lourd, heureusement qu'il y a des petites choses qui nous

font dire : Ah ben ça, ça a fonctionné, ça c'était bien »⁸⁰¹. Pénélope nous dit aussi comme c'est important pour elle de sentir que ce qu'elle fait ne sert pas à rien : « J'ai besoin de voir que je ne sers pas à rien et que c'est utile, qu'il y a des résultats entre guillemets, même si c'est pas trop quantifiable ».

XII.12.3 Évaluer et quantifier son travail

Un quantifiable qui pourtant devient le lot commun des indicateurs d'évaluation de ces établissements : « Très récemment, ma directrice m'a dit qu'il fallait qu'on se voie pour qu'elle nous explique comment on allait évaluer notre propre travail. Depuis 4 ans, on me demande de faire des rapports d'activité annuels, c'est-à-dire que je suis éducateur spécialisé et on me demande le nombre de jeunes que je suis, le nombre de semaines de stage qu'ils ont fait dans l'année, le nombre de semaines total de stages que je propose, les secteurs d'activité dans lesquels je prends ces stages, les formations qu'ils suivent... Tout un tas de trucs qui comptabilisent l'activité et qui justifient, entre guillemets, financièrement l'activité parce que je pense que c'est le but, alors ça c'est juste mon avis, parce que ces chiffres ont peu d'intérêt en fait si ce n'est se gargariser » (Marc). Et se défaire de ces habitudes d'évaluation vérifiable, objectivable et efficace n'est pas chose aisée quand on arrive dans un service relativement protégé de ces injonctions après avoir travaillé longtemps sur d'autres modalités : « Il faut avoir des résultats, là où nos jeunes peuvent souvent se rater. Y en a qui nous disent "bah en fait je prends une année sabbatique. - D'accord, bon bah comment tu veux l'occuper cette année " ? Donc des fois, ça nous oblige à faire un peu des grands écarts dans nos pratiques » (Sandrine).

Francis observe tout cela avec ses dizaines d'années d'expériences, de l'inquiétude et une quasi-certitude : « [...] moi je me dis que je ne serai pas éducateur jusqu'à la fin hein ». Il s'explique : « Ben non parce qu'on frise la connerie quoi. Là on a fait une formation de référence de parcours sur 6 mois. Soit on est devenu des vieux cons d'éducateurs hyper

⁸⁰¹ Elle confirmera ce point de vue en racontant une rencontre fortuite avec un ancien jeune qu'elle accompagnait en ITEP : « Et on se rend pas compte à quel point ce qu'ils vivent avec nous, ben en fait ce sont des souvenirs qu'ils ont pour la vie. Ça les marque les relations qu'ils ont pu avoir avec les professionnels, parce qu'en fait, on est un pan de leur vie. Et nous, ben voilà, on a des jeunes, il y en a beaucoup, ça entre, ça sort etc. Mais en fait, ce qu'ils vivent avec nous, c'est hyper important, d'où l'importance de les considérer, et ce qu'on vit avec eux... ouais bah les considérer tout simplement » (Asma).

acariâtres, aigris, mais y a des moments... ils craquent quoi. Une nana, alors sûrement hein... éducatrice libérale qui parle justement des autistes, elle a un curriculum vitae long comme le bras, avec la méthode, le machin. Elle nous expliquait qu'elle faisait de l'orthophonie, de la psychomotricité, qu'il y avait un psychomotricien qui venait toutes les 3 semaines pour superviser qui faisait quoi. Donc elle nous dit : "Il arrivait pas à dévisser là (*mime quelqu'un qui dévisse*) mais en le mettant comme ça, il arrive à dévisser". Je dis "bon, très bien, il arrive à dévisser. Mais on a réfléchi à pourquoi" ? [...] Vous parliez de clinique ? La clinique, elle est où là ? Qu'il sache bien mettre les vis ? Et puis elle nous dit que c'est en 12 semaines, que ça fonctionne, machin. Mais putain, alors je vais rentrer à l'ITEP et on va se dire qu'on déconne quoi (*rires*) ! Nous ça fait 3 ans qu'on bataille et j'ai vu une nana, en 12 semaines, c'était plié l'histoire ».

XII.13 L'éthique au quotidien ou le quotidien de l'éthique

Pour faire face à tous ces événements, à la dure réalité de leur tâche quotidienne, et aussi, parfois, pour résister aux directives avec lesquelles ils sont en désaccord, les éducateurs spécialisés s'appuient sur leur sens éthique.

Pour Marc, il s'agit presque d'un credo : « [...] j'essaie de les amener à trouver ce qu'eux ont vraiment envie. Pas ce que les parents veulent, pas ce que la pression sociale - l'inclusion à tout va dont je parlais tout à l'heure - essaie de mettre en place. Pas ce que même moi je peux dire, parce que j'ai mes propres principes [...] Voilà, essayer de trouver une espèce d'équilibre qui n'est pas forcément celui qui est attendu ». Il précise ses pensées en insistant sur l'importance de laisser la place aux désirs de ces adolescents : « [...] ce que j'essaie de faire passer, c'est que mes convictions à moi, c'est pas forcément les bonnes, et c'est qu'on puisse donner le choix à ces jeunes-là. Dès le plus jeune âge. [...] pour revenir sur le désir, quand j'ai fait ma formation à [nom de la ville], mon mémoire - entre guillemets, parce que Moniteur-éducateur, c'était pas un mémoire mais ça s'appelait un mémoire -, ça s'intitulait "Désire, et tu seras" en fait. Mon idée, c'était de créer, d'être par le désir. Voilà, c'était pas bien passé à l'époque (*rires*) ». Asma estime que les professionnels du médico-social ont parfois tendance à être trop exigeants avec des enfants et des adolescents abîmés par la vie, d'où la nécessité de partir de ce qu'ils sont lorsqu'ils sont accueillis : « on essaie de faire un pas de côté, de créer une relation plus horizontale, de partir d'eux, de ce qu'ils sont. On attend trop d'eux en fait ». D'où un

renversement de paradigme : il s'agirait plutôt à l'institution de s'adapter et non le contraire : « On attend souvent que ce soit le gamin qui se décale et qui change d'attitude et au final, il faudrait que ce soient les équipes qui arrivent à moduler et essayer de comprendre ce qui se passe pour essayer de décaler la relation » (Asma).

Dans une certaine mesure, Cathy suit la même voie(x) en y ajoutant une attention portée vers l'autre, sans qui il est difficile d'exister : « C'est ça, de l'amener à réfléchir sur lui en lien avec ce qui fait frein pour lui. Et du coup, ce qui peut faire frein chez les autres en lien avec lui parce que quand même, il y a la question de la société, de ses pairs, des adultes, de l'environnement. L'idée est pas de transformer, de modifier la personne, mais qu'elle suive son propre chemin, d'aller vers là où il y a des blessures et des freins pour l'aider à en faire quelque chose ». Le discours est quasiment le même chez Nicolas qui ne dénie aucunement cette dimension normative, tant que, dans un premier temps, il est possible d'accueillir l'adolescent dans toute sa singularité : « Et c'est recréer un espace où on les accueille comme ils sont, où on essaie, où on a plus de souplesse sur l'accueil des troubles qu'ils vont avoir. Et on va pouvoir prendre peut-être plus de temps pour les accueillir dans un premier temps et pouvoir, comme je disais, les guider vers quelque chose d'un peu plus normatif si c'est ça qu'ils recherchent. [...] C'est cette quête de... ouais, de trouver un espace dans lequel on s'épanouit, dans lequel on peut être accepté tel qu'on est, comme tout un chacun ». Une vraie société inclusive comme la définit Charles Gardou⁸⁰², toujours en prenant en compte les désirs et les capacités momentanées des jeunes comme des adultes : « Qu'est-ce qu'on veut justement ? C'est ça la question. Est-ce qu'on compte sur eux pour faire ce que nous on souhaite d'eux ? Ou c'est les amener à prendre leurs responsabilités et à penser par eux-mêmes pour qu'ils puissent choisir la vie qu'ils veulent ? [...] Est-ce que pour certains jeunes, leur but dans la vie, c'est de ne jamais travailler et d'être au RSA ? Ça, et de vivre comme ça parce que ce n'est que ça qu'ils ont connu ? Pour certains, c'est le cas. Est-ce que c'est mieux ou moins bien ? À mon sens, c'est pas à moi d'en juger. Mais en tout cas, c'est de les amener vers ce à quoi ils aspirent. Et ce vers quoi on est aussi en mesure de les accompagner » (Nicolas). Cette posture éthique est exigeante car elle engage finalement l'éducateur spécialisé à répondre à la question fondamentale de son métier : que voulons-nous pour ces enfants ? Francis fait écho à l'histoire du dévissage de bouchon avec un jeune de son groupe : « À l'arrivée, on

⁸⁰² Gardou, C. (2012). *La société inclusive, parlons-en : Il n'y a pas de vie minuscule*. Toulouse, Érès.

parlait de cadre, machin la psy nous avait dit "la technique du CRA⁸⁰³, la méthode ABA⁸⁰⁴" ... on avait eu cette grande discussion : est-ce qu'on les humanise ou est-ce qu'on en fait des singes savants ? Alors, pour les parents, c'est toujours plus réconfortant qu'ils arrivent à accéder à un savoir, à des gestes, [...] mais finalement je suis assez fier de ça, nous sommes assez fiers de ça : je ne crois pas qu'on ait fait de [prénom du jeune] un singe savant. Il saurait peut-être faire plus de choses opérationnelles, mais en tout cas, nous on peut discuter avec lui ».

Asma évoque ce qui ressemble à une éthique de la finitude comme responsabilité éducative telle que l'a définie Jean Bernard Paturet⁸⁰⁵ : « De tout façon on est là... c'est un moment de leur vie. Moi à chaque fois je leur dis, je vous souhaite à tous de pas avoir besoin d'éducateurs plus tard de toute façon. Le but, c'est qu'ils essaient de se passer de nous, de vivre leur vie et d'atteindre leurs rêves et ce qu'ils désirent ». Émerge alors tout un questionnement autour de la notion d'autorité et de pouvoir dans la relation éducative, aux risques des abus : « Souvent, ce qu'on peut entendre sur les gamins, c'est...euh... l'omnipotence. Faut casser le fait de tout leur donner : "Regarde, là, il a insulté machin, alors pourquoi on lui ferait plaisir" ? Ce sont des phrases comme ça qu'on peut entendre et qui me choquent à chaque fois. Les punitions : "On va le mettre à manger seul dans le couloir pour qu'il comprenne". Je me dis ça c'est l'omnipotence des enfants ? C'est plutôt l'omnipotence des adultes. Quand on est en ITEP on se doit d'ailleurs, oui, d'accueillir les troubles » (Asma). Cela passe aussi par la manière d'aborder les problématiques auprès des parents, tant dans le contenu que dans la forme du discours que tiennent les professionnels : « Et ensuite on leur dit tiens, on va t'amener un endroit mieux, plus adapté. On peut avoir tout le langage qu'on veut dans l'éducation spécialisée : quand c'est le milieu ordinaire qui débarque, aux parents et à l'enfant, ils disent bon ben voilà, c'est une école pour les enfants comme toi. Et comme toi, ça veut dire quoi ? Bah ça veut dire les enfants pas norm...c'est ce qu'ils nous disent, eux, quand ils arrivent, hein, je te répète les paroles là ! Ils disent pour les enfants pas normaux. Moi, souvent, je leur dis que juste c'est trop difficile pour toi. Et ça ce sont des choses qu'ils ne disent pas du tout quand ils

⁸⁰³ Centre de Ressource Autisme

⁸⁰⁴ *Applied Behaviour Analysis* ou analyse comportementale appliquée aux enfants autistes. Cette approche vise la modification du comportement via le renforcement, avec l'utilisation de procédures (guidances, chainages, incitations, etc.).

⁸⁰⁵ Paturet, J. (2007). 4. « Des fondements d'une éthique de la responsabilité éducative ». *Op. cit.* pp.127-152.

arrivent » (Pénélope). Cela signifie qu'en amont, à travers des paroles d'enseignants, de psychologues, de camarades, de parents même, ils ont assimilé qu'ils n'étaient pas assez normaux pour le milieu ordinaire. C'est pourquoi Pénélope s'empresse de les rassurer – nous l'avons vu c'est son objectif premier – en nuancant les termes et les responsabilités : « Parce que forcément : milieu spécialisé veut quand même dire pas comme tout le monde, pas comme la majorité de ce que la société a décidé qu'il fallait être. Donc ça, ce sont des choses que je leur dis facilement ».

Chapitre XIII. Récits de pratiques

Nous proposons dans ce chapitre une lecture des concepts opératoires spécifiques de la clinique en éducation spécialisée à partir de récits issus de notre pratique professionnelle. Après réflexion, nous avons aussi pris le parti d'en proposer cinq issus des entretiens passés auprès d'éducateurs spécialisés. Leur qualité et leur capacité à aborder avec clarté l'un des concepts évoqués dans le chapitre précédent nous ont amené à les inclure parmi les nôtres⁸⁰⁶. Au risque de nous répéter, nous considérons que les ES ont un réel talent lorsqu'il s'agit de raconter leur quotidien, souvent avec humour, parfois avec une certaine amertume, mais toujours avec ce qui nous semble être une sincérité née dans le réel de la relation. Les professionnels interviewés confirment cette conviction d'autant plus que nous ne leur avons pas demandé expressément de s'exprimer sur leur pratique à partir d'exemples issus de leur vie de tous les jours. Nous avons aussi fait le choix de laisser ces récits bruts – « purs », serions-nous tenté d'ajouter - c'est-à-dire sans commentaire de notre part. Ils sont reconnaissables par leur liberté de ton, de langage, de vocabulaire et leurs thématiques souvent en lien avec des micro-activités. Situé dans la tradition des groupes d'analyse des pratiques professionnelles et autres espaces de présentations de cas cliniques ; nous laissons au lecteur la primauté de l'interprétation de l'histoire qui lui est offerte. C'est uniquement dans un second temps, dans la partie discussion, que nous aurons l'occasion de revenir sur ces textes. Nous sommes par ailleurs convaincu que la clinique, dans son récit, est toujours une fiction dans le sens où « L'auteur n'écrit pas sur la vérité en soi mais sa vérité sur les situations qu'il traverse »⁸⁰⁷. Dans un souci de lisibilité, nous avons classé ces récits par concepts opératoires généralistes mais sommes

⁸⁰⁶ Nous spécifions bien évidemment en début de texte lorsque nous ne sommes par l'auteur du récit.

⁸⁰⁷ Cifali, M. & André, A. (2007). *Op. cit.* p.221.

conscient que, comme tout matériau clinique, les frontières des concepts sont poreuses et que chaque extrait pourrait potentiellement entrer dans une catégorie différente. Enfin, nous avons gardé le format d'énonciation à la première personne du singulier, comme nous l'avons fait dans notre précédent récit d'expériences.

XIII.1 Le quotidien

XIII.1.1 Le vivre ensemble : Julien-jamais-content

Lundi après-midi de vacances sur l'unité de jour. La plupart des adolescents partent au cinéma, sauf trois qui ont demandé finalement à ne pas y aller. Une fois le groupe parti, je rassemble ceux qui restent et leur demande s'ils ont des envies concernant le déroulement de l'après-midi. Comme d'habitude, une fois évacuées les demandes inadéquates, farfelues ou irréalisables (karting, Walibi, jouer sur son téléphone, rentrer à la maison, jouer à la PS5, etc.), les « je sais pas » ou « y a rien à faire », les propositions restent classiques : faire un foot, aller au parc, dessiner. Aussitôt, chacun invective l'autre pour des raisons plus ou moins valables « on y va toujours au parc », « tes dessins ils sont pourris, arrête de forcer », « y en a marre du foot », « tu sers à rien ». Je leur demande d'essayer de trouver ensemble un compromis en les laissant seuls quelques minutes, m'imaginant déjà amener de quoi dessiner et un ballon jusqu'au parc. Je reviens peu de temps après voyant que les tractations sont au point mort. Je leur demande comment on fait dans la vie quand on n'est pas d'accord. La réponse de Julien fuse : « ben on manifeste ». Imparable. Le droit de manifester est en effet un droit important dans notre société et que ça peut-être une façon républicaine d'exprimer son mécontentement au gouvernement mais cela me semble aller un peu vite en besogne dans le cas qui nous occupe. Après quelques paroles relativement peu respectueuses de leur part au sujet de nos gouvernants, je tente de leur expliquer la définition de compromis, ouvre le dictionnaire et m'insatisfait de la première acception « Contrat par lequel deux personnes se rapportent au jugement d'un arbitre pour régler leur différend » : « On va essayer de faire ça sans que ce soit moi qui arbitre cette fois ». J'apprécie cependant la seconde acception « Dans une affaire difficile ou délicate, dans un litige, accord obtenu par les concessions mutuelles des parties en présence ». Je tente d'expliquer les différents termes

en espérant que l'après-midi ne bascule pas sur un cours d'étymologie. Après avoir fait étalage de mon savoir latiniste *compromitto, misi, missum* – après tout, on n'a jamais assez d'occasion de rappeler ses cours de latin de collègue – je résume : « l'idée c'est que vous puissiez y trouver à peu près tous votre compte et dans une certaine mesure lâcher un peu votre envie du moment, qu'on favorisera une prochaine fois ». Je reste cette fois à écouter leurs arguments, sans donner mon avis quand on m'y invite : « vous décidez ». Julien remarque « en fait c'est chaud de se mettre d'accord, en plus on est que trois » ; « Imagine les autres bouffons ! Mon père, il les regarde le mercredi, il dit que c'est le cirque Pinder, ils font que s'insulter, il dit que même chez eux, personne se met jamais d'accord ». Claire acquiesce. J'imagine qu'ils font référence aux questions au gouvernements du mercredi après-midi. Les négociations se poursuivent jusqu'à ce que Marc cède et se résigne « ok pour un foot mais ici, comme ça Claire, elle a qu'à dessiner à côté ». Je les félicite pour ce bel exemple de démocratie participative. L'après-midi se poursuit et se transforme finalement en confection de gâteaux et jeux de société (« on a plus envie en fait »).

Le soir, Julien et Marc sont devant la télé, leurs deux camarades étant partis se coucher. J'entends des éclats de voix pendant que je finis la vaisselle et viens m'enquérir des raisons du conflit, connaissant déjà la réponse. L'un veut regarder un programme, l'autre non, celui qui a la télécommande refuse de changer. Tentative de récupération de ladite télécommande, début de lutte à la mode gréco-romaine pour rester dans le thème, un lundi soir à l'ITEP finalement. Je leur dis donc que cette journée semble se poursuivre sous le signe du compromis :

« C'est quoi ?

– T'es sérieux Julien ? J'ai passé vingt minutes à vous expliquer cet après-midi !

– Ah ouais ton truc de boloss de se mettre d'accord sans taper »

Les arguments se succèdent, relativement pauvres, j'en conviens (« casse toi tu prends toute la place en plus », « tu casses les couilles avec tes anges de la télé réalité », « vas-y mais Gulli, c'est pour les petits qu'est-ce tu parles, t'es un gamin »). J'interviens plus rapidement que tout à l'heure cette fois en proposant à l'un ou l'autre de choisir un programme et l'autre choisira celui de lundi prochain. « C'est chiant de toujours devoir se mettre d'accord. Pourquoi y a pas deux télé, au moins ce serait réglé ». Riche idée, j'invite Marc à en faire la demande à la prochaine réunion de groupe mais suspecte que la réponse sera négative - en cas de désaccord entre cinq jeunes, l'ITEP n'achèterait

probablement pas cinq télévisions. Petit moment de flottement jusqu'au moment où Marc se lève et dit qu'il va se coucher, qu'il a qu'à regarder sa télévision de merde et son programme de merde l'autre bâtard de Julien. Ce dernier se renfonce dans le canapé, satisfait, pendant que j'accompagne Marc à l'étage. Quelques minutes après, Julien vient me voir dans le bureau « bon ben en fait je vais me coucher moi aussi ». Je lui fais remarquer qu'il vient de faire une scène d'un quart d'heure à son camarade qui est parti fâché en le laissant regarder son programme, tout ça finalement pour aller se coucher, ça n'a pas de sens. « Je sais mais c'est pas ma faute ! Chai pas comment ils font les autres là, mais moi j'arrive même pas à me mettre d'accord avec moi, faut pas me demander de me mettre d'accord avec les autres ». Et il monte se coucher. J'éteins la télévision qui est sur la chaîne BFM-TV.

XIII.1.2 La prise de traitement : Jordan, « J'en veux pas de ton truc »

« J'en veux pas de ton truc ». Je soupire : « Commence pas avec ça, c'est pas mon truc à moi, c'est juste pour t'aider ». Nous voilà repartis pour un tour. Jordan en veut pas de son traitement. Je crois qu'à sa place, j'en voudrais pas non plus de son truc. Mais c'est comme ça : ni lui ni moi ne décidons. « En plus ça m'endort ». Ça c'est vrai. Et au début, je concède que je trouvais ça drôle. « Hé les gars, y a encore Jordan qui s'est endormi » : on dirait que je n'étais pas le seul à voir comment ses camarades pouffaient quand il s'assoupissait. Je pensais à Martine : après Martine à la plage ou Martine soigne les animaux, il y avait Jordan s'endort en cours, Jordan s'endort en voiture, Jordan s'endort dans le bureau, Jordan s'endort à table. C'est là que j'ai commencé à ne plus rigoler : quand il a fini la gueule à moitié dans son assiette à soupe. Là j'ai trouvé ça moins drôle. Quand ce garçon en tension toute la journée ne pouvait pas profiter des temps plus apaisés au sein de l'internat. Aussitôt après la douche, on commençait à le voir plisser les yeux, à dodeliner de la tête, alors qu'il s'était habillé comme s'il partait en soirée. On le voit pourtant faire des efforts, tel jour il y a son menu préféré, et il lutte, il lutte pour tenir jusqu'à la fin du plat de résistance. Tant pis pour le dessert pourvu qu'il ait croqué une pomme dauphine. Alors à 20h, après qu'un des autres jeunes ait essayé de le pousser du coude pour le réveiller, je me lève et lui secoue délicatement l'épaule : « Allez viens on va se coucher ». Un réveil en sursaut, un regard noir, quelques secondes où il se demande où il est, il me remet et hoche la tête, il ne bataille même pas. Et je l'accompagne jusqu'à

sa chambre : pas de débarrassage – on a fini par le mettre uniquement de mise de table lorsque c'est son tour- pas de brossage de dents, tant pis ce sera pour demain, mais je l'oblige au moins à se mettre en pyjama, il est tellement cuit qu'il s'endormirait habillé. À demain 8h, je te réveillerai.

En réunion, je soulève le sujet : « il est narcoleptique ou quoi » ? Pendant un moment, on a cru aussi qu'il feignait, ce qui pouvait arriver parfois mais pas tout le temps. Pas tout le temps. Je demande si ce n'est pas en lien avec son traitement. Le médecin psychiatre pense que c'est fort possible. J'ai oublié les noms mais on est sur un cocktail classique en ITEP : antipsychotique et neuroleptique. À haute dose. « Il en a vraiment besoin » rappelle la psychiatre. L'infirmière acquiesce. Certains hochent la tête. C'est vrai que c'est un tendu, le Jordan. Pas un méchant, plutôt un garçon que ses camarades aiment bien taquiner -voire agresser parfois -, mais une violence contenue et capable d'accès de colère extraordinaires. Jordan, c'est un des seuls jeunes que j'ai connu sur lequel la contention n'avait aucun effet. On pouvait le tenir des heures durant, ça ne l'a jamais calmé. On avait arrêté ça, quand y avait le feu, on le portait juste jusqu'à un autre endroit où il y avait moins de regards, moins de bruits, moins de sollicitations. Il faut dire que Jordan, il est tout petit, c'est ce qui nous sauve, j'ai l'impression. Et puis quand il ne prend pas son traitement, il court partout, il ne peut pas s'arrêter, il est épuisant. Bigre ! Il est déjà tout le temps comme ça avec, qu'est-ce que ce doit être sans ?

Mais Jordan, il en a marre. Marre d'être tout le temps fatigué, marre de rater la première mi-temps des matchs de l'équipe de France de football à la télé, marre de louper les Danette au chocolat, marre de se demander plusieurs fois par soirée où est-ce qu'il se trouve. Et ça Jordan, faut pas la lui faire, comme il dit : « je sais très bien que c'est le traitement ». Et autant, il trouve que les cachets du matin, OK, il peut aller un peu au collège, de temps en temps en scolarité ici, faire les ateliers et ça lui permet de pas trop s'énerver ; autant celui de 19h, il comprend pas. Moi non plus je comprends pas. C'est le médecin psychiatre de l'hôpital qui a fixé les posologies, elles sont effectivement lourdes nous dit la psychiatre du service, mais il en a vraiment besoin. D'autant que la mère ne veut pas arrêter le traitement parce que sinon à la maison, c'est l'enfer. J'imagine. Et prendre ce genre de traitement un jour sur deux ça n'a aucun sens surtout que les cachets du soir servent aussi à réguler ceux du lendemain. Et qu'on avait déjà tenter de faire sauter le soir en musclant la prise du matin, ce qui avait provoqué les mêmes problèmes d'assoupissement, mais plus tôt dans la journée et un regain d'agressivité le soir. Et une prise plus tardive le soir l'empêcherait de se lever correctement le lendemain. OK. Mais

depuis quelques semaines Jordan, il en veut plus de nos trucs. Et ça donne ce genre de discussion en réunion avec la médecin psychiatre :

« Vraiment, là, il en veut plus de son traitement, c'est de plus en plus compliqué.

- J'imagine, mais il doit vraiment le prendre.
- J'entends, mais vraiment, il refuse de le prendre.
- Oui je comprends, mais il doit le prendre, il faut trouver une façon pour qu'il le prenne.
- J'ai quand même l'impression qu'on a essayé beaucoup de choses non ? (Les collègues éducatrices acquiescent).
- Il faut insister.
- Il n'y a pas d'alternative ? Sinon on est ouvert à tout conseil...
- Pas d'autre alternative, je ne sais pas comment mais il doit prendre son traitement.
- Remarquez, je viens du Sud-Ouest, on m'a appris à gaver les oies, qu'on me donne un entonnoir et si tout le monde est d'accord, il va le prendre son traitement. »

Oui, quand je suis agacé et que je n'ai plus d'argument, je balance ce genre de phrases inutiles qui ont le mérite d'arrêter le dialogue et de provoquer de la tension. Et pour être tout à fait franc, je n'ai jamais gavé une seule oie de ma vie. Le directeur adjoint finit par intervenir, disant que tout le monde essaie de faire de son mieux et que dans l'intérêt de Jordan, il serait bien qu'il prenne son traitement, et qu'effectivement, c'est difficile de trouver des leviers pour y parvenir.

Alors on continue le même rituel, chaque soir : « J'en veux pas de ton truc ». Et on lutte, on s'énerve, on en rit ; et il en pleure, il feint de l'avalier, il s'enferme aux toilettes ; et je me fatigue, je me braque, je passe le relais. Il y a des soirs où il le prend, d'autres où il le prend pas. Je finis par ne plus le voir comme une fin en soi. Il le prend, il le prend pas, tant pis. J'informe tout le monde en réunion : je ne veux plus m'arc-bouter sur ça. Les collègues en sont arrivés à la même conclusion : trop d'énergie perdue autour d'un enjeu qui ne semble pas mériter de telles scènes. « Faites au mieux » nous répète le directeur-adjoint. Notre médecin psychiatre hausse les épaules en nous disant de lâcher un peu de lest. Et voilà qu'un soir, après une rude journée je me retrouve dans le bureau avec un état grippal et la tête prête à exploser. J'ai une collègue, elle est à moitié druide : quand on a un coup de moins bien, elle apparaît comme par magie et elle nous propose, soit une décoction de salsepareille, soit une fumigation de menthe poivrée, soit de la vitamine D en gélule. Ce soir-là c'était trois gouttes de Ravintsara dans une cuillère de miel. Je secoue

la tête, hors de question d'avaler ça de mon plein gré. Jordan passe la tête dans l'encadrement de la porte en souriant : « Hé Steffanie, laisse tomber : Fabien, il en veut pas de ton truc ». Crapule va...

XIII.1.3 Le projet accompagné : Rémi le toiletteur canin

Par Marc

Un jeune qui veut absolument faire comportementaliste canin. Je cherche pendant des semaines et des semaines des écoles qui proposent ça. Je ne tombe que sur des trucs internet de formation qui coûtent un bras ou des trucs complètement barjo, genre une formation quasi-militaire, enfin un truc complètement fou. Je me dis, je n'y arrive pas, donc je vais te proposer un autre truc qui n'est pas directement en lien avec le comportement canin mais par contre, qui a un lien avec des animaux. Est-ce que tu veux essayer ? C'était toiletteur canin, ça a pas grand-chose à voir avec le comportement mais il y a un lien. J'ai trouvé une entreprise, et le jeune va une fois par semaine en stage dans un salon de toilettage. J'ai du pot : les gens qui l'accueillent sont super sympas, ont une empathie... je n'ai jamais vu ça de ma vie. Il s'épanouit dans ce truc, il est super bien accueilli, ils comprennent la pathologie - enfin, instinctivement, ce ne sont pas des professionnels - donc ça se passe super bien. Je lui dis « ça se passe bien, t'aimes ça ? - Oui oui ». Donc pourquoi pas envisager quelque chose, une formation autour de ça. Sa mère prend le pas là-dessus, « Ah oui super », une formation générale, ça t'interesse. Je dis « la seule formation que j'ai trouvée qui me paraît intéressante - parce que là aussi, c'est un secteur où y a pas mal d'arnaques -, c'est à [Nom de la ville]. C'est un centre de formation, ça s'appelle [Nom de l'établissement] et ils proposent un certificat professionnel de toiletteur canin et félin, en alternance : est-ce que tu veux au moins qu'on aille voir ? Donc on prend rendez-vous. On appelle le Monsieur responsable des formations, on prend rendez-vous, on va à [Nom de la ville], on a l'entretien. C'est un grand anxieux donc là, entretien, c'est un peu compliqué, on revient, il me remercie dix milliards de fois tout au long du trajet. Sa mère encore plus, et je lui dis, si tu veux, on peut programmer un mini stage d'une journée sur place pour que tu voies vraiment, concrètement, comment ça se passe. Et la veille du mini stage, il m'envoie un message, il me dit « je veux pas faire ça ». Je veux pas faire ça. Mais enfin, d'accord mais ça fait deux mois et demi qu'on prépare le

truc. Mais moi je veux pas faire ça qu'il me dit. J'écoute. Bon, j'ai dit, je comprends, mais par contre, on a pris des engagements auprès des personnes qui vont t'accueillir demain donc on y va, je viendrai te chercher chez toi. Je pars à 6h de la maison (*rires*), je l'ai accompagné jusqu'à [Nom de la ville], il a fait sa journée de mini stage, ça s'est super bien passé, il était super content - je l'ai appelé dans la journée, tout ça. Sa mère le ramène. Et à son retour, il me dit « ah si si ! moi je veux faire cette formation-là ». Alors là mon petit bonhomme, on va s'asseoir deux minutes et on va s'expliquer. En fait, il était pris en étau entre son père et sa mère, parents séparés. Sa mère, qui voulait absolument qu'il fasse une formation quelle qu'elle soit : boulanger n'importe quoi, mais une formation. Et son père qui lui dit « t'es pas prêt maintenant, mais tu seras éducateur canin. Le toilettage, c'est des métiers de tarlouzes, c'est pas pour toi ». Donc le gamin, il avait moi qui mettait tout le truc en place, parce qu'en plus je me suis fait chier dans plein d'autres trucs – enfin bref, ça fait partie du boulot - : on construit un truc. La mère qui lui fout une pression, les grands-parents qui lui foutent une pression terrible... Et quand il va tous les week-ends chez son père, le père il lui dit « Bah non mon gars, ça c'est un métier de tarlouze, tu vas pas faire ça ». Je lui dis écoute, on se voit là et moi ce que je veux c'est que tu décides, toi, vraiment. C'est toi qui décides, c'est pas papa, c'est pas maman, c'est pas tes grands-parents : Est-ce que ça te plaît et pourquoi ça te plaît ? Bon, là c'était super intéressant parce que c'est l'une des premières fois où il a été authentique, et il m'a dit en fait ce qui lui plaît, c'est d'être avec les gens dans le magasin. Parce qu'en plus c'est un couple, il se trouve que c'est un couple d'homos. Le père était venu plusieurs fois, donc c'était... (*rires*) ça a renforcé un peu l'image du père, je te dis pas ! Et des gens d'une gentillesse... qui ont tout compris tout de suite, instinctivement, comment fonctionnait le gamin, qui l'ont intégré, qui lui ont permis de faire des choses qu'il n'avait jamais faites. Parce qu'ils font de la réception de colis, ils font des cafés pour des clients, ils font du toilettage... Plein d'activités annexes où ce gosse s'est retrouvé dans des situations avec des clients à discuter, à se rendre compte qu'il était capable de faire des trucs. Il me dit « moi, c'est être avec ces gens-là qui me plaît », c'est pas shampouiner des caniches, il en a rien à cirer. Donc j'ai dit ça, « c'est super intéressant ce que tu me dis. - Oui mais tout le travail que t'as fait, tout ceci. - Non mais je suis payé pour faire ça, c'est pas gratos, c'est pas du bénévolat. Moi ce qui m'intéresse, c'est pas que tu aies le diplôme de toiletteur canin. Ce qui m'intéresse c'est que tu fasses quelque chose qui te plaît...

XIII.1.4 Soutenir le désir de l'autre : Youri ne craint plus personne en Harley Davidson

Par Sandrine

Je travaille avec un jeune qu'on accompagne depuis quatre ans qui a été scolarisé en ULIS au collège et pour qui ça a été compliqué. Il s'est arrêté en 3e. Il était malmené par ses camarades, il a fini en arrêt parce qu'il disait : « je vais tuer tout le monde, je vais prendre une arme et je vais tous les buter ». Et ce n'était pas que des paroles en l'air, vraiment, il faisait très peur à toute l'équipe enseignante. Suite à ça, il a été hospitalisé et on l'a accueilli à sa sortie. On a pris le temps de l'appivoiser un peu et depuis un an et demi, il nous dit : « moi, je vais faire le tour du monde, je veux avoir un poids lourd, j'aménagerai l'arrière du poids lourd en espèce de caravane puis j'accrocherai ma moto, comme ça, je pourrais sillonner le monde ». Il nous parle de son rêve, et il nous dit qu'il le réalisera quand il connaîtra toutes les langues du monde. Bon, autant dire que ce n'est pas un projet qui va se faire tout de suite... On lui demande :

« OK mais quelle échéance ?

- Quand j'aurai 60 ans.

- D'accord, qu'est-ce qu'on peut faire avant ça ?

- Bah je veux passer le permis A, je veux avoir une 1200GS BMW (c'est un gros trail) ». Ça veut dire avoir le permis de conduire alors qu'il fait à peine du vélo. Donc je lui dis que peut-être qu'il y a d'autres préalables avant la 1200 GS qui est une moto à 12000€. Peut-être qu'on peut aussi trouver des choses avant pour t'expérimenter pour que tu sois prêt pour ce projet-là mais dans quelque temps. En fait, il voulait une moto qui a de la gueule, parce que pour lui le BSR, c'était un petit scooter, c'était un permis pour des petits trucs moches quoi. On a cherché et j'ai vu qu'il y avait des 50 cm³ qui ressemblent presque à des Harley Davidson ! J'ai montré des modèles il a dit « Ah ouais j'aime bien ». Il a l'âge depuis pas très longtemps, du coup, il a accepté qu'on travaille le BSR cette année : il a passé le BSR, il a pris des leçons de 125 cm³ pour apprendre à passer les vitesses parce que sur ces motos-là, il faut quand même passer les vitesses. On a acheté sa moto avec ses sous, en lien avec sa curatrice : on est allé la repérer, l'essayer, la réserver. Il a sa moto depuis 6 mois et l'idée, c'est qu'il fasse le camp itinérant vélo avec nous cet été, mais lui il fera à moto en nous rejoignant là-bas. On part de son rêve qui est de faire le tour du monde et je lui ai dit : « avant de faire le tour du monde, on pourrait déjà faire

un tour ici, il y a plein d'endroits où on peut faire des balades, on peut commencer par une boucle sur 4-5 jours pour t'habituer ». Parce qu'il est plutôt du genre à dire « je veux faire le tour du monde », mais c'est aussi dès que je vois une guêpe, je hurle, j'ai peur, je sors jamais de chez moi. Pour nous, la question c'est comment on peut créer des étapes pour arriver à son graal. Sachant que c'est un jeune qui est très psychotique aussi. On valorise toutes ces petites choses, à commencer par des petites marques de satisfaction qui le concernent, qui lui font du bien et qui le font se sentir un peu humain dans la société. Souvent, il dit : « mais moi je suis à côté, j'existe pas ». Bon ben là, finalement, quand il est sur la route, il a cette fierté de faire partie de la communauté. Lever les doigts pour se saluer entre motards pour lui, ben c'est déjà tout en fait.

XIII.1.5 À l'heure du coucher : Cali et sa check-list

Je jette ostensiblement un œil à ma montre. Je sens Cali, 13 ans, qui me fixe depuis le canapé. « Dans 5 minutes, au lit les gars ! ». Cali bondit sur ses pieds « Je peux me faire une tisane ? ». Ben tiens, 5 minutes avant d'aller se coucher, tu parles d'un timing. « Tu n'aurais pas pu la faire avant ? D'accord, mais dépêche-toi ». C'est parti. Avec les collègues, on appelle ce moment la CCL : la Cali check-list. Impossible pour lui d'aller dormir sans avoir lancé son « protocole nuit », les angoisses sont bien trop massives. Les autres commencent à monter, je secoue l'épaule de Florian qui sursaute « Non mais je dormais pas hein ! ». Non Florian, tu méditais depuis 20 minutes les yeux fermés. Je monte à l'étage là où sont les chambres. 21h32 : « Caliiii ! Tu récoltes ta verveine ou quoi ? – C'est bon j'arrive ! ». Le voilà arrivé en haut quand il s'écrie « Mince j'ai oublié la cuillère » et il redescend. Hier c'était le sucre. Cuillère, check. Les portes s'ouvrent et se claquent, la faute au dispositif de sécurité incendie qui ferme les portes automatiquement. Cali repasse devant moi « Bonne nuit ! » et entre dans sa chambre. 5 minutes plus tard, il sort et toque à la porte de son voisin « j'ai encore oublié mon dentifrice ». Dentifrice, check. Je patiente avec mon bouquin quand il ressort « J'ai laissé mon sac en bas » et dévale les escaliers. La dernière fois, j'ai eu le malheur de lui dire que ce n'était pas grave, il m'a sermonné en m'expliquant que je lui avais moi-même demandé de faire son sac de cours la veille. Sac, check. J'entre dans la chambre de Quentin en plissant du nez, il sourit d'un air gêné, je lui demande de penser à aérer la

chambre au moins le matin, par respect pour la maîtresse de maison. « Fabien ??? – J’arrive Cali ! ». Je toque :

« Entrez !

- Oui ?
- C’est qui ce soir ?
- Ben Abdel comme tous les soirs.
- D’accord, tu lui diras de pas oublier de me réveiller.
- Il ne t’a jamais oublié jusqu’à présent.
- Non
- ...
- ...
- Bonne nuit.
- Bonne nuit !

Veilleur, check. Il devrait bientôt arriver d’ailleurs, il est 21h44. Quelques minutes plus tard, il ressort. Je souffle. « C’est pour aller faire pipi ». Tu m’étonnes. Et vu la tasse que tu viens de t’enfiler, tu vas y retourner cette nuit. Pipi, check. « Vous oubliez pas, demain, c’est 12h15 et pas 11h15, il faudra venir me chercher », et il rentre dans sa chambre. J’entends la voix du veilleur qui discute avec ma collègue en bas. 21h55, grand silence. Je descends les marches lentement. Je m’arrête au bout de 5, surpris. Et je descends en faisant plus de bruit. « Fabiennnnn ??? ». Ah quand même, mon préféré. « Hmmm ? – Tu peux demander à Steffanie si elle peut venir me dire bonne nuit ? ». Steffanie, check. Check-list complétée, paré à somnoler.

XIII.2 Le transfert dans la relation éducative

XIII.2.1 La rencontre : Lydia The Grudge

Aujourd’hui, fait rare, je rencontre Lydia. Fait rare, on accueille peu de jeunes filles du fait du manque de demandes d’admission et de l’appréhension de composer un groupe de dix garçons et une fille. Le téléphone sonne, c’est le secrétariat, Lydia est arrivée. Je me dirige vers la salle d’attente et trouve l’adolescente qui est accompagnée de sa mère.

Contraste saisissant entre cette dernière qui jette des regards inquiets un peu partout et qui n'arrête pas de bouger et de sa fille qui est debout immobile, casquette des Los Angeles Lakers vissée sur la tête – premier faux pas, je suis un fan des Boston Celtics – et des cheveux longs tombants qui camouflent l'entièreté de son visage jusqu'à son nez. Allons bon me dis-je, voilà qu'on accueille The Grudge sur le groupe, ça va un peu changer l'ambiance... Pendant que je rassure sa mère et que je lui explique le déroulement des deux prochaines heures, Lydia ne bouge toujours pas une oreille, même quand je m'adresse à elle. L'heure est venue d'aller franchir la porte qui sépare l'unité de jour à la salle d'attente, j'invite la jeune fille à me suivre, ce qu'elle fait, la tête baissée. L'exercice est d'autant plus remarquable que je me demande comment elle fait pour y voir et comment elle n'a pas chuté dans l'escalier qu'elle a descendu à l'aveugle. Nous voilà arrivés sur le groupe, je présente le bureau des éducateurs, le salon, la cuisine : « Tu aimes cuisiner ? ». Haussement des épaules. Je lui demande si elle a déjeuné ce matin. Elle hausse les épaules. Un verre de jus de fruit ? Elle secoue la tête. Un thé ? Elle secoue la tête. Ses cheveux bougent, je viens d'apercevoir un de ses yeux qui fixent le sol. Il nous reste des nuggets d'hier, ça t'intéresse ? Elle secoue la tête. Je n'irai pas plus loin dans mes propositions de collation. Nous poursuivons la visite, relativement courte, le bâtiment n'est pas très grand, et je termine par, clou du spectacle, notre magnifique city-stade. Aucune réaction : « Tu aimes le sport ? ». Haussement des épaules. Deux jeunes s'affairent à une partie de goal-à-goal endiablée. L'un d'eux proposent à Lydia de les rejoindre. Elle secoue la tête. La partie se poursuit sans elle.

Je regarde l'adolescente, nous sommes en juillet et elle porte une veste épaisse en plus de sa casquette et de ses cheveux longs. Il doit faire une chaleur pas possible là-dessous. Je l'invite à retourner à l'intérieur, au frais : « Tu n'as pas chaud » ? Haussement des épaules. « Tu peux enlever ta veste tu sais ». Elle secoue la tête. « Ou au moins l'ouvrir, je vois bien que tu as chaud ». Elle secoue la tête de nouveau. Je vais chercher un verre d'eau et le lui dépose devant elle, je m'assieds sur un fauteuil et lui propose de faire un jeu, « mais un de ceux où on parle pas, tu me mets la tête comme un chaudron à bavarder comme ça depuis tout à l'heure ». Un ange passe. Et je ne crois pas si bien dire, voilà qu'arrive Dadou, la maîtresse de maison, les bras chargés d'un plateau de vaisselle propre. « Ah, Dadou, tu tombes bien ! Je te présente Lydia, qui sera avec nous sur le groupe. Lydia, je te présente Dadou, notre maîtresse de maison. Si tu as besoin de quoi que ce soit ici, tu vas la voir quand tu veux ! ». Aucune réaction. Pendant que je la débarrasse, Dadou

hausse un sourcil interrogateur, je grimace. La jeune fille a toujours la tête baissée. « Si tu ne fais rien, tu peux peut-être me tenir compagnie, je dois préparer un gâteau pour cette après-midi. C'est pour notre réunion, tu sais ici, on est trèèèès gourmands », et elle rit. Lydia hausse les épaules. Tu peux y aller si tu as envie, lui dis-je, et elle suit la maîtresse de maison. Je range la vaisselle dans le meuble du salon et j'entends Dadou parler comme elle sait bien le faire : on croirait qu'elle parle pour elle-même alors que chaque mot est une invitation à destination d'autrui. J'entends que ça crie dehors, je passe la tête dans l'encablure de la porte de la cuisine, Dadou me fait signe d'y aller, et pendant que je file je l'entends dire « Boudu que tu donnes chaud, il fait 40 ici, enlève-moi cette veste, tu veux ». Je demeure une dizaine de minutes dehors à médiatiser le goal-à-goal qui a failli virer au pugilat pour une obscure raison de non-respect du fair-play « normalement quand je vais chercher le ballon pour lui donner il doit attendre que je sois placé, ça se fait pas de pas attendre ». À mon tour de hausser les épaules. Je finis par retourner dans la cuisine où je retrouve les deux en train de s'affairer à la concoction du gâteau. Lydia a enlevé sa veste et a même enfilé un tablier, la voilà qui fouette la pâte dans un saladier. « The Dadou effect » comme j'aime à l'appeler. La maîtresse de maison insiste pour que la jeune fille enlève sa casquette « c'est pas une question de politesse, je m'en fous qu'on porte une casquette à l'intérieur, mais c'est pas très bon pour l'hygiène quand on fait un gâteau ». Lydia hausse les épaules, Dadou s'engouffre dans la brèche « Je te l'enlève tu permets ? » et elle la lui ôte délicatement, « voilà c'est mieux » ... « Fabien, ne reste pas planté là, vas nous chercher les charlottes, laves-toi les mains et fais-nous fondre du chocolat ». Je m'exécute, on ne discute pas les ordres de la maîtresse de maison, encore moins dans la cuisine. En moins de temps qu'il n'en faut pour le dire, je me retrouve affublé d'une charlotte à côté de Lydia à casser une plaquette de chocolat en morceaux. J'en croque un au passage, « l'impôt » comme disent les garçons du groupe. Je vois Lydia qui lève la tête vers moi. Je ne vois que ses cheveux sales collés à son front mais je pense qu'elle regarde ma tête et mon couvre-chef. Je casse un autre bout de chocolat et lui pose dans la main, je souris en posant mon index sur ma bouche « Chut ! » je chuchote en désignant du menton Dadou qui grommelle après les boîtes de rangement mal fermées. Aussitôt qu'elle a avalé le morceau de chocolat, la maîtresse de maison prévient « Et Fabien, n'en profite pas pour boulotter du chocolat ou je te donne la plus petite part comme la dernière fois ! ». Je m'offusque immédiatement et prends un air indigné « Vraiment ça me peine que tu penses ça de moi, tu sais bien que je fais pas ça moi ! ». Lydia lève de nouveau la tête vers moi, je lui fais un clin d'œil, « Méfie-toi Lydia, si tu restes trop de temps à côté de

ce grand dadais, tu ne te nourriras que de sucre et de chocolat, fais attention ! ». L'adolescente hausse les épaules et retourne à son saladier. Dadou vient vérifier nos gestes « Plus fin Fabien, ce sont des copeaux qu'il me faut et je te préviens, j'ai compté les morceaux. Ah C'est très bien Lydia, la pâte est belle mais... ah là, tu vois, un cheveu, ça il faut pas, je vais te mettre une charlotte comme nous, tu veux bien. On ressemble à des ploucs mais au moins on mange pas des gâteaux avec des cheveux dedans ». La jeune fille hausse les épaules, le regard fixé vers le saladier, Dadou remonte doucement les cheveux et lui passe un peu de serviette mouillée sur le front « regardes comme t'as chaud ». La charlotte est posée : « Montre, regarde-moi si je l'ai bien mise, Lydia lève les yeux, Ohh et tu voulais nous cacher ces jolis yeux ma belle ? C'est bien dommage... Allez, on continue ». Le téléphone sonne dans le bureau, je sors pour répondre et quand je reviens un moment après, les voilà toutes deux en train de discuter, la voix posée de la maîtresse de maison et celle plus rauque de l'adolescente. « Tu savais qu'elle aimait les films et surtout les films d'horreur ? – Ah, lesquels ? – Ben tous, chais pas, ça dépend, t'aimes bien toi ? – Oui j'ai eu ma période, The ring par exemple... - Ouais pas mal. – Y en a un autre que j'ai aimé dans le même style, j'y ai pensé tout à l'heure...tu sais...enfin quand je t'ai vu avec ton visage caché par tes chev...- Ouaiiiiis ! The Grudge ! C'est mon préféré ! ». Et nous voilà à papoter l'air de rien, je me rends compte que Dadou nous a laissés seuls depuis quelques minutes. Le gâteau est enfourné, je commence la vaisselle pendant que Lydia passe un coup d'éponge. Dadou revient « Ah, très bien vous avez commencé à ranger. Lydia, la psychologue est là, tu peux te laver les mains et aller la voir... et tu n'oublieras d'essuyer le chocolat que t'as sur la figure... ». La jeune fille rougit et baisse la tête immédiatement : « Ne t'inquiète pas va, t'y as droit, c'est l'impôt mais c'est seulement réservé aux enfants. Fabien aura une petite part, je l'ai vu faire. Quant à toi, avant de partir, tu n'oublieras de repartir avec une part du moelleux pour la maison ». Je râle pour la forme en observant Lydia enlever tablier et charlotte, remettre veste et casquette. Avant de la laisser partir, Dadou lui remet ses cheveux sur le côté « Montre ton visage, il est beau ». Je l'accompagne jusqu'au bureau de la psychologue et redescends terminer la vaisselle. J'entre dans la cuisine et je vois la maîtresse de maison qui mâche un morceau de chocolat, l'air pensive et dit « Hé bé, pas facile la petite ». J'acquiesce et remercie Dadou pour son aide « sans toi, pour une première rencontre, j'étais mal ». « Bah, tu parles » qu'elle me dit, et elle sort s'enquérir du score du goal-à-goal.

XIII.2.2 Une fonction à incarner, un rôle à jouer : Cynthia ou Christina Cordula

Par Asma

J'ai une jeune cette semaine qui est attentive au féminin. Elle voulait pas venir sur le service et donc, vendredi dernier, j'avais prévu un repas pour qu'on puisse lui en parler, lui expliquer pourquoi les éducateurs sont tous inquiets pour elle en ce moment. Je sais que c'est une jeune qui est très attentive, parce que j'ai bossé quelques mois là-bas. Et elle, les femmes, elle les scrute de la tête aux pieds, c'est un scanner : elle fait très attention à comment la femme est habillée, apprêtée. Du coup, ce jour-là, je m'étais maquillée, j'avais fait mes ongles, j'avais mis un petit haut. Je suis allée la voir et je lui ai dit : « T'as vu ? Regarde mon truc » ! Alors j'emploie le mot, je sais plus, rouge corail ou un truc comme ça. Et là elle me dit « Ah ouais, c'est sympa et tout », et on a échangé autour du maquillage, de ses vêtements, de ce qu'elle aimait, etc. Et au final ça a ouvert quelque chose : elle a accepté de venir manger avec moi et elle me dit « OK, la semaine prochaine, je viens sur le service ». Mais j'avais repéré chez elle déjà en amont que ce truc-là c'était important, donc j'y ai prêté attention et j'ai joué là-dessus.

XIII.2.3 Les coulisses d'une relation : Sacha, l'éphémère roi du H.O.R.S.E

Nous accueillons Sacha à l'ITEP. Fils d'une mère assistante maternelle et d'un père qui a quitté le domicile peu après sa naissance, c'est un garçon de 12 ans fluet, poli, toujours vêtu d'un bas de survêtement. La situation au collège n'a fait qu'empirer depuis la rentrée ; le temps de scolarité s'est considérablement réduit au fil des semaines par suite d'incidents plus ou moins graves : insolence, cris, provocations, insultes, qui ont fini par être sanctionnés d'une exclusion de deux jours. L'adolescent ne peut pas en dire grand-chose : c'est trop long, la prof est con, c'est pas moi, c'est toujours moi qui me fais punir. Nous proposons alors des venues sur l'ITEP sur des temps de scolarité, sans succès car son agitation l'empêche de rester plus de 5 minutes dans la salle de classe. L'inclusion au collège se transformant en peau de chagrin, nous lui proposons d'intégrer plusieurs ateliers qu'il investit pleinement : sport, théâtre, ludothèque, activités manuelles. Sacha se montre très adapté durant le moment d'activité et peut se dissiper une fois ce temps terminé. Est remarquée aussi une grande demande auprès de l'adulte : que ce soit un

regard, un assentiment, un compliment ou un contact physique, il a besoin d'un lien palpable avec nous. Son rapport aux femmes s'avère rapidement problématique. Il saute au cou des professionnelles demandant des câlins sans consentement : il est alors nécessaire de le repousser physiquement puisque les refus oraux n'ont pas d'effet. Il peut insulter les adultes, principalement les femmes dont le langage ordurier qu'il leur propose est souvent empreint de mots et de gestes très sexualisés. Rapidement sur le groupe, il commence à épuiser de nombreuses collègues, éducatrices, secrétaires, maîtresse de maison. La mère se montre impuissante à comprendre son enfant et à modifier ce comportement délétère.

Tout cela étant dit, en ma présence, je n'ai jamais vu Sacha avoir un mot plus haut que l'autre auprès d'une collègue ni d'attitude irrespectueuse. Dès son arrivée, ce gamin et moi avons créé un lien solide. La confrérie des bas de survêtement sûrement. La médecin psychiatre explique cela autrement : « avec l'absence du père, il est bien qu'il ait pu trouver une figure paternelle sur laquelle il peut s'appuyer ». Moi en l'occurrence. Savoir pourquoi cela a fonctionné aussi bien entre lui et moi et ce, dès le début, je n'en sais fichtre rien mais je sais que ma présence l'apaise, le cadre, le décale. Détail important ou pas, je suis aussi son référent. Le choix a été réfléchi. La collègue assistante de service social avait dit lors de sa présentation « ah et comme activité, je crois qu'il aime le foot et... - C'est pour moi ! » j'avais dit⁸⁰⁸. Cette référence et le hasard de l'emploi du temps – le maintien dans certaines matières au collège avec des professeurs avec qui ça tient – me font passer beaucoup de temps avec Sacha. Il refuse l'internat malgré un besoin urgent de proposer à la mère et au fils d'avoir un espace de respiration sans l'autre ? Je conditionne la participation à l'atelier foot du mardi soir à sa présence à l'internat - je n'en suis pas fier mais je n'en ai pas honte non plus. Il aimerait participer à un temps d'atelier cuisine avec le collègue ETS mais ne veut pas le rencontrer ? J'organise une rencontre où nous posons, tous les trois, les bases de l'atelier. Il refuse de rencontrer la psychologue ? J'organise la même rencontre, cette fois avec la psychologue. C'est de pire en pire au collège ? Je me rends au collège lors d'une ESS pour cadrer la poursuite de son année scolaire. Qui, trois semaines après, amènera à une réunion pour maintenir seulement 8h de cours hebdomadaires au vu de la dégradation du comportement de Sacha au collège. Oui, faut pas déconner quand même, le transfert a ses limites. Grisé par ces

⁸⁰⁸ Le lecteur doit savoir que mes collègues, dotés d'une grande finesse d'observation, avaient repéré ma technique et finissaient de nombreuses présentations de futur accueil par un « et bien sûr, il aime le foot ». J'ai fini par me rendre compte du subterfuge au bout du 4^e adolescent que j'avais pris comme référent et qui détestait le sport.

réussites, le principe de réalité me ramène les pieds sur terre. Ça, et ma collègue éducatrice qui, en plus d'être un soutien quotidien, fait aussi office de garde-fou lorsque je m'égarais dans mes supposés superpouvoirs éducatifs. D'ailleurs, avec elle, Sacha n'a pas la même attitude qu'avec les autres femmes. Il n'insulte pas, ne fait pas d'allusion sexuelle même s'il se permet de l'envoyer balader quand elle lui dit que ce serait bien de parler de « tout ça » en présence de sa mère. Faut pas déconner là non plus.

Toujours est-il que dans la plupart des espaces dans lesquels il participe, je fais peu d'effort pour que cela tienne et qu'il s'y investisse, comme si ma fonction était, entre autres, seulement d'initier un possible. De figure qui puisse dire à cet adolescent « ça va aller grand, tu n'es pas seul, je sais que ça fait peur mais tu verras, ça va vite s'en aller ». « J'ai pas peur » qu'il me répondra généralement en ayant la frousse. Le reste du temps il cherche ma présence sans être lourd pour autant, comme cela arrive parfois avec ces adolescents qui sont toujours derrière moi, même quand je sors des toilettes. Il m'invite à manger à côté de lui durant les repas et me demande comment s'est passé mon week-end, fait assez rare pour être souligné, la plupart des adolescents accueillis ici ne nous posent jamais cette question. Il me parle de ses week-ends au camping, de la musique rap qu'il écoute, de ses difficultés à vivre à la maison avec sa mère qui est toujours occupée avec les bébés des autres. Mais pas le sien crois-je entendre en pointillé.

Lorsque je ramène les adolescents chez eux après les activités, il me demande souvent si je peux le déposer en dernier « pour qu'on discute, si ça te gêne pas ». Dans ces moments, il peut se laisser aller à parler de ce père qu'il n'a jamais connu et avec qui il aimerait bien avoir des contacts. Je lui propose d'en parler à sa mère et de voir s'il est possible de le retrouver, même s'il y a peu de chance, il accepte. J'en discute en équipe puis je rencontre la mère qui paraît surprise de la requête mais accepte que je puisse démarrer mes investigations. N'étant pas membre de *New York unité spéciale*, je lui demande si elle a des informations ou des documents qui puissent m'aider dans mes recherches : « J'ai tout brûlé de lui » finit-elle par me répondre. Voilà une information que je transmets à ma collègue qui rencontre cette maman avec la psychologue. De mon côté, avec pour seul support la photocopie du livret de famille, je démarre les recherches qui n'aboutiront pas. « Pas grave, me répond Sacha, au moins t'auras essayé ». Et on retourne sur le city-stade Le city-stade. Mon jardin. Et celui de Sacha qui adore le sport. Le soir sur l'internat, il y a peu de jeunes, je peux passer de nombreuses heures avec lui à jouer au basket. Il est nul mais il veut apprendre, « et en plus t'es grand ! ». Mes compétences en basketball sont

maigres et résident plutôt dans les centaines d'heures de match de NBA que j'ingurgite chaque année ; alors à chaque fois que nous nous rejoignons sur le *playground*, je lui donne des cours et je ponctue chaque exercice par une anecdote sur tel ou tel match ou tel ou tel joueur. Son exercice préféré ? Le lancer-franc. On y passe des heures. Plus que la flexion du genou ou la souplesse du poignet, ce qu'il a préféré dans mes explications, « c'est de trouver sa propre routine ». Chaque joueur professionnel, lorsqu'il se retrouve sur la ligne des lancers-francs, a sa propre routine. Celle qui lui permet de faire le vide en cas de stress, de faire un retour au calme quand le cœur bat à 170 bpm. Et je lui ai tout raconté : Jeff Hornacek qui se grattait 3 fois la joue avant de shooter, Jerry Stackhouse qui faisait des squats avant de tirer, Gilbert Arenas qui faisait tourner le ballon autour de ses hanches, Kevin Durant qui secoue ses épaules, etc. Et ma routine, une longue expiration en relâchant les épaules, deux rebonds du ballon, une flexion et un tir. Sacha, choisit la même « tu peux pas, elle est à moi », alors il cherche plusieurs semaines durant jusqu'à trouver la sienne : « ça m'aide à faire le vide, et même en dehors du basket, des fois, j'ai vu que ça me calmait ». C'est toujours ça de pris. Il aime prendre deux grandes inspirations avant de faire rouler le ballon dans ses mains. Les parties de HORSE⁸⁰⁹ se succèdent par dizaines au fil des semaines, Sacha ne lâchant rien, et essayant de trouver ses positions préférentielles. Un soir, il gagne. Ce sera la seule et unique fois, mais ça il ne le sait pas. Ce qu'il sait, c'est que c'est possible de battre « à la loyale » un éducateur, son éducateur. Steffanie, ma collègue le félicite comme il se doit. Toutes les parties suivantes se dérouleront sous le patronage d'une maxime : « j'en suis capable ». De cette défaite, j'en entendrai parler jusqu'à son départ. Quand je l'énerve ou que je lui passe un savon, il finit souvent par une pirouette : « Me chauffe pas ou je te recolle une déculottée au HORSE ». Et il se marre.

Le maillage institutionnel est consistant, Sacha participe désormais, en plus de son rendez-vous bimensuel avec la psychologue, aux rencontres avec sa mère, Corinne, et la psychologue. C'est un temps efficient, il partage son ressentiment de passer après les autres enfants, sa tristesse de vivre sans père, sa peur ne pas pouvoir se contrôler. Sa mère laisse entendre que sa crainte la plus féroce est que son fils devienne comme son père : violent et égoïste. Les collègues tissent des liens entre ces paroles, rappellent l'importance

⁸⁰⁹ Celui qui commence tente de mettre un panier et s'il le rentre, son adversaire doit reproduire la même action du premier coup. S'il le met, c'est alors à lui de tenter un panier. S'il le rate, il prend un H. Au fur et à mesure que l'adversaire perd, il prend un O, un R. Le premier à compléter le mot H.O.R.S.E. a perdu.

de la relation mère/enfant, proposent des astuces pour que cette famille puisse se supporter, guident l'un vers un grandir, l'autre vers un lâcher-prise. Je me tiens à distance de ces espaces, ma place est ailleurs ou en tous les cas, pas à toutes les places. Je poursuis l'accompagnement de Sacha dans la plupart des espaces du quotidien, au collège, à l'ITEP, au domicile. Un soutien placide, étayant, fiable. Sacha s'en saisit, comme de mes hochements de tête silencieux, de mes petits gestes d'encouragement, en réunion avec ses professeurs, auprès du directeur adjoint de l'ITEP, pour qu'il puisse produire un discours qui soit le sien. Ce besoin d'assentiment de ma part se réduit au fil des mois, des centimètres qu'il prend, de l'assurance qu'il acquiert peu à peu. Dans un effet ciseaux, les heures au collège se mettent, elles, à augmenter, sa professeure principale qui l'avait prévenu « on va pas te lâcher », le félicite durant l'une des réunions dans l'établissement scolaire. Son désir de devenir cuisinier se vit à travers les temps d'atelier aux côtés de l'éducateur technique spécialisé avec les plats qu'il concocte pour un autre service et les parts de gâteaux qu'il ramène à sa mère. La relation avec ses pairs comme avec les adultes s'apaise peu à peu. Il y a encore des moments de crise, toujours en mon absence, mais qui n'ont plus la même intensité qu'auparavant. Je porte ce discours inconscient du rappel à la loi, à ce qu'on peut faire ou ne pas faire, à ce qui est juste. Il vient souvent me chercher pour des dilemmes plus ou moins éthiques de son quotidien. Quand on sèche, il me dit c'est pas grave, tu peux pas être bon à chaque fois en me tapant sur l'épaule d'un air paternaliste. À mon grand désarroi, il troque de plus en plus les survêtements au profit de jeans et de chemises « ma copine elle aime pas les joggings ». Mais lorsqu'on se retrouve sur le city, il a remis son bas de survêtement « faut pas déconner quand même ». Étrangement, il refuse de s'inscrire dans un club de sport mais se passionne de plus en plus pour le rap. Il écrit. Sur son père, sur la vie au collège. Il me montre un des clips qu'il a fait avec un de ses amis. Je le chambre : « le "Hé ouais bâtard !" , c'était indispensable » ? « C'est du rap, on peut ! ». Il a raison. Mais il réserve la plupart de ses écrits à Steffanie, avec qui il parle du contenu. J'ai bien compris qu'il ne m'attendait pas à cette place.

Arrive le moment où le changement d'unité s'impose de lui-même. Il est devenu trop grand pour rester chez les petits. Je reçois la mère en prévision du bilan de fin d'année. Elle est heureuse de la tournure des événements et de la situation au collège, elle qui avait cru durant une période que son fils allait être déscolarisé. Elle me remercie pour le travail qu'on a fourni. Je la joue collectif « on gagne en équipe Madame, et vous en faites partie » et je le crois vraiment. Un coup de bol que ce gamin m'ait eu à la bonne dès notre première

rencontre, c'est ce qui a permis de démarrer un travail institutionnel. Mais j'insiste pour lui dire qu'elle avait su prendre la mesure de la souffrance de son fils, que sa présence et ce qu'elle a fait pendant les nombreux rendez-vous avaient pu permettre de changer la situation au domicile. Elle craint pour la suite. Nous préconisons une poursuite avec le SESSAD de notre ITEP, l'accompagnement sera forcément plus lâche, mais c'est ce dont il a besoin. La poursuite des rencontres mère/psychologue et mère/ Steffanie/ Sacha/ psychologue vont se poursuivre, quand bien même il ne fait plus partie de notre unité de jour. Et ce malgré les réticences de la direction, on n'a pas lâché : « Faut pas déconner, c'est pas à ça que ça sert, un dispositif? » je lançais à mon directeur adjoint.

Dernière après-midi pour Sacha, pas d'évènement particulier, il reste dans les murs comme je lui ai dit, même si cette fois-ci, c'est moi qui fais le gâteau pour le goûter. Il me défie pour la millième fois « On fait un HORSE ? Accroche-toi parce que chuis chaud là, tu vas prendre une fessée je le sens. – Même pas en rêve mon gars ! – Ouais mais tu te souviens quand je t'avais battu ? Et puis c'est sûrement la dernière fois en plus. Hein, que c'est la dernière ». Sa voix est un peu tremblante, on est sur la ligne des lanciers-francs. Je lui colle une bourrade « Ouais, ouais, on verra. En attendant t'es pas dans ta routine là, tu vas faire un *airball*, mets-toi dedans ». Il ne sait pas encore que je répondrai favorablement, à chaque fois que je pourrai, à sa proposition de faire un HORSE lorsqu'il reviendra sur site pour son rendez-vous du jeudi soir « Je suis un peu en avance, tu comprends, donc si ça gêne pas, je te prends au HORSE ». Je saurai de source sûre que cette crapule faisait en sorte de partir précipitamment de son rendez-vous SESSAD pour avoir une chance de faire une partie avec moi. En attendant, le HORSE se termine, et malgré les trois autres re(re)(re)vanches que je lui aurai accordées, il ne se sera pas approché de près comme de loin d'une victoire : « Attends la rentrée que je prenne des centimètres, ça va pas être la même ». Puis je l'accompagne jusqu'au portail, il traîne les pieds :

« Bon ben voilà...

- Il ne me reste plus qu'à te souhaiter de bonnes vacances et te souhaiter une bonne continuation Sacha.
- Ouais...
- T'es ému ou quoi ?
- Ben non trop pas.
- T'es sûr ? Parce que moi je te trouve ému. C'est pas grave tu sais, moi je suis un peu ému si tu veux savoir...

- Moi chuis pas ému.
- ...
- Bon ouais chuis un peu ému, c'est bon.
- Tu veux un câlin d'au revoir ?
- Heu... Je préfère qu'on se serre la main plutôt, chuis grand tu sais ».

Faut pas déconner...

XIII.3 Une institution qui tient : Felicio le flamant rose

J'entends pour la première fois parler de Felicio en réunion hebdomadaire, lorsqu'il nous est présenté pour une future admission. Il a 11 ans et demi – le demi, cela compte toujours à cet âge-là – et doit arriver en septembre. Enfant unique, marqué par un déni de grossesse de 5 mois de la mère, il est reconnu par son père quelques semaines après sa naissance, une fois que la mère de Monsieur l'a accompagné à la maternité pour confirmer que c'était bien son fils. Dès la maternelle, une information préoccupante (IP) est effectuée à la suite de difficultés scolaires et de comportements violents de Felicio, une mesure AEMO est prononcée. Celle-ci dure trois ans, des violences conjugales sont évoquées dans cet espace, mais la mesure s'arrête du fait de la non-adhésion du père. En CE2, des parents d'élèves envoient des courriers au procureur de la république pour se plaindre de Felicio et demandent, si cet enfant n'était pas exclu, que leurs enfants soient retirés de l'école. Une nouvelle IP est envoyée, une mesure AEMO se constitue de nouveau, assurée par le service qui avait accompagné Monsieur autrefois. Felicio est transféré dans une autre école en CM1, là où la famille paternelle a effectué sa scolarité. Les mêmes difficultés sont repérées : crises, refus de travailler, violences, un dossier MDPH est constitué pour une prise en charge SESSAD et scolarité en unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS)⁸¹⁰. En attendant, il est accueilli en CM2, sur trois classes différentes et uniquement le matin, afin de « faire souffler le personnel éducatif et les autres élèves ». À ces mots, je pense immédiatement au jeu du Tic-Tac-Boom auquel on joue avec les

⁸¹⁰ « Les Ulis constituent un dispositif qui offre aux élèves qui en bénéficient une organisation pédagogique adaptée à leurs besoins ainsi que des enseignements adaptés dans le cadre de regroupement et permet la mise en œuvre de leurs projets personnalisés de scolarisation. Elles sont parties intégrantes de l'établissement scolaire dans lequel elles sont implantées » : <https://www.education.gouv.fr/bo/15/Hebdo31/MENE1504950C.htm> .

enfants : On se met en cercle en passant une balle de main en main dans le cercle en disant « tic » ou « tac » à chaque fois qu'ont la balle en main. Un joueur est au centre, les yeux fermés et peut crier « BOOM » quand il veut. Le joueur qui a la balle en main a perdu et vient prendre la place au milieu, le jeu reprenant jusqu'à ce qu'il n'y ait plus qu'un joueur. Je pense à ces enseignantes qui doivent espérer que Felicio ne fasse pas « BOOM » dans leur classe...tout en prenant la référence de ce garçon, non par envie débordante, mais pour que j'aie 3 références, à la rentrée, comme mes collègues.

Lorsque je rencontre Felicio pour la première fois fin août, je suis interpellé par sa démarche, toujours sur la pointe des pieds, en toute occasion, comme un flamand rose : « je fais comme ça depuis que je suis petit, je sais pas pourquoi ». Les paroles sont rares, l'air renfrogné, le regard tantôt sombre, tantôt perdu dans le vide, Felicio n'a aucune demande à adresser à l'équipe éducative. Les modalités d'accompagnement sont complexes à mettre en place, le domicile étant à 45 minutes, les parents ne peuvent assurer presque aucun trajet et refusent toute proposition d'internat. « J'ai été longtemps en foyer, jamais j'enverrai mon fils dans un endroit pareil » me dira le père. Je me rends compte que le travail de lien avec ces parents, et particulièrement avec Monsieur, s'annonce colossal. Pour Felicio, les premières semaines se déroulent normalement, si tant est qu'une norme puisse se définir en DITEP : peu attiré par la scolarité, il s'y rend une heure par jour avec un retard sérieux dans les apprentissages, il ne joue pas avec les autres sans pour autant être exclu, va rarement dehors jouer au ballon, refuse les propositions de jeu de l'adulte – ce qui est déjà plus rare en DITEP. Il râle à la moindre tâche ménagère demandée et n'est jamais enclin à proposer son aide. Tous les mardis, il est de débarrassage de table comme noté sur le tableau de groupe, mais il répète inlassablement « comme par hasard c'est à moi » quand on le lui rappelle. Quand je le reprends après une insulte ou une menace envers l'un de ses camarades, il se plaint d'eux et me reparle du harcèlement qu'il aurait vécu à l'école. Taiseux, il ne discute pas avec les adultes, sauf quand ceux-ci viennent le solliciter ; il n'exprime rien de ses sensations ou de ses émotions mais surtout, nous ne l'avons pas vu sourire une seule fois. Ce dernier point, je le prends personnellement. Reconnu par l'ensemble des jeunes comme pouvant faire rire n'importe qui, mon humour – que je qualifie de sophistiqué, ce qui ne manque pas à chaque fois de faire hausser bien haut le sourcil de ma collègue- déride généralement les jeunes, même les plus récalcitrants. Or, là je sèche, partageant trop peu de temps commun avec un garçon qui refuse d'entrebâiller la moindre porte à un échange apaisé. Il dégage

toujours une tension, comme s'il luttait sans relâche contre une colère qui menaçait de le déborder.

Un évènement fera date. Début octobre, en s'amusant à se jeter sur le canapé, Felicio se blesse au coude. Il est vu par l'infirmière du service, le garçon ne bronche pas, « Non ! Ne l'appellez pas, il va trop m'engueuler ». Nous lui disons que ce sont des choses qui arrivent et qu'*a priori*, son père se rendra compte qu'il ne l'a pas fait exprès. Ce dernier répond au téléphone il est très en colère, hurle et menace l'infirmière au téléphone : « tu vas voir toi quand je vais arriver » en criant qu'il n'est pas loin, qu'il arrive. Peu de temps après, Monsieur arrive accompagné de son épouse et hurle qu'il veut voir son fils. Il menace tour à tour le directeur de l'établissement et la directrice-adjointe du service. Les deux cadres l'invitent à se calmer et lui proposent d'en discuter tranquillement dans leurs bureaux. Le dialogue ne semble pas possible, Monsieur les menace: « je vous avais prévenu ! Vous allez voir s'il a quelque chose ! [...] Je vais revenir et vous allez payer ! ». Le directeur va sur le groupe avertir Felicio que son père est arrivé, ce qui semble inutile vu que les hurlements s'entendaient jusqu'à l'autre bout du bâtiment. Le père hurle à son fils de se dépêcher de le rejoindre et m'invective : « Je vous avais prévenu l'autre fois ! À vous aussi, je vous avais prévenu ! S'il a quoi que ce soit, je reviens et vous allez comprendre ». Impossible de s'adresser à ce monsieur qui ne semble pas accessible à la parole. La première chose qu'il fait lorsque son fils arrive est de le prendre dans ses bras et de le serrer contre lui. Il décide de partir, non sans continuer de crier et son épouse lui fait remarquer que Felicio part sans ses affaires. « T'as qu'à aller les chercher ! » fut la réponse de son conjoint. J'accompagne Madame et lui fait remarquer que Monsieur a l'air tendu ; elle répond « Oui, oui, comme d'habitude » en levant les yeux au ciel. Nous parlons quelques secondes et Madame peut dire qu'elle comprend, que ce sont des choses qui arrivent. Felicio et son père sont déjà dehors, ce dernier lance « Toi je vais t'enculer » puis part en vociférant. Je fais remarquer au directeur à côté de moi que cette dernière phrase lui semblait destinée. Le diagnostic tombe le soir-même, fracture du coude et opération immédiate. Nous sommes extrêmement surpris, face à la gravité de la blessure, de la non-visibilité de la douleur de Felicio. C'eût pu être une entorse ou un hématome que sa réaction eût été la même : aucune.

Suivra une semaine où les échanges avec le père sont impossibles car il profère menaces et insultes à l'encontre des adultes de l'ITEP. Le directeur de l'établissement sera l'interlocuteur unique de ces parents pendant plusieurs jours. La question du retour se pose, de la nature même du DITEP. Ça chahute, ça court, ça se bat parfois. Or les

premières semaines sont décisives et le bras ne doit bouger sous aucun prétexte. Nous proposons des rencontres au domicile, sans succès : « Aucune de vos têtes de con franchira le seuil de ma maison » me dira-t-il un soir par téléphone. Pendant un mois, si un contact est possible avec la mère, encore remontée mais encline au dialogue, les rares fois où le père nous appelle, c'est pour nous traiter au mieux de « branquignoles ». Nous sommes inquiets de l'évolution de la situation, nous n'avons aucun contact avec Felicio depuis plus d'un mois et appréhendons son retour et le comportement du père. Je me rends à une synthèse du service AEMO où j'apprends qu'ils ne se rendent pas au domicile depuis un an, du fait des nombreuses menaces du père, les rares fois où ils rencontrent la mère, qui reconnaît le comportement inadapté de son mari, c'est dans leurs locaux. Ils avaient tenté de poursuivre la mesure uniquement si le père rencontrait la cadre du service. Peine perdue. Ils ont quand même poursuivi sans ce rendez-vous. Monsieur est angoissé depuis toujours à l'idée qu'il puisse arriver quoi que ce soit à son fils, c'est pour cela qu'il ne l'autorise à rien faire de dangereux comme faire de la trottinette, prendre le bus ; en revanche, ils faisaient de la moto ensemble tous les week-ends jusqu'à la blessure. Sur le DITEP, nous décidons qu'une rencontre préalable au retour de Felicio doit avoir lieu en présence des deux parents. Monsieur est chauffeur poids lourds et n'a pas de planning fixe, nous voyons avec Madame pour qu'elle choisisse la date qui leur convient, nous nous adapterons en conséquence.

Rendez-vous pris aujourd'hui à 17h30 en présence des parents, le directeur d'établissement et moi-même. À 17h15, Madame prévient qu'elle n'arrive pas à joindre son mari. Nous proposons de patienter. Ne les voyant pas arriver, nous la rappelons à 18h30, laissons un message vocal proposant un nouveau rendez-vous. Elle envoie un SMS peu après disant qu'elle était en ligne avec son mari. À 19h40, le numéro de téléphone de Madame s'affiche, et quand je décroche, c'est monsieur qui parle. Peut-être pense-t-il que nous n'allions pas décrocher en voyant s'afficher son numéro. C'est mal connaître nos années d'entraînement de coups de téléphones furieux, outrageants, insultants venant des jeunes et des moins jeunes. On est aussi là pour ça. S'ensuit un dialogue relativement difficile où Monsieur C. me dit qu'on « a intérêt à reprendre son fils, qu'on n'a pas le droit de lui faire du mal comme ça ». Il passe rapidement au tutoiement, ce que j'aurais pu trouver plutôt cavalier en d'autres circonstances, puis aux menaces « je vais venir te voir maintenant, tu vas voir si tu vas continuer à parler comme ça ». C'est peut-être ma proposition de rendez-vous pour le lundi d'après qui doit l'agresser. Il répond que je suis complètement con au point de ne pas comprendre ce qu'il

dit : il n'est pas disponible, point. Originaire de Toulouse, j'informe le lecteur que pour ma part, « con », n'est pas considéré comme une insulte, tout au plus une interjection, je ne le prends donc pas pour moi. Je lui réponds que nous avons pourtant proposé l'horaire d'aujourd'hui en fonction de son emploi du temps, comme nous l'a indiqué la mère. Il rétorque « mais ma femme elle est complètement con comme vous, vous m'entendez, elle est débile... [puis s'adressant à sa femme] tu m'entends ? t'es débile ! Je vous le dis, elle va se prendre une crêpe, elle aussi elle comprend rien, elle est conne, elle m'a même pas appelé pour me réveiller ». Je lui dis que son discours n'est pas acceptable pour moi et que je ne peux tolérer des menaces sur moi ou sur sa femme ; « De quelles menaces vous parlez ? Vous avez des preuves ? Des vidéos, des enregistrements ? Hein ? Alors c'est votre parole contre la mienne. Je dis ce que je veux ». Il exige aussi que l'on s'excuse auprès de son fils « vous, l'infirmière, le directeur, pour la blessure que vous avez causée à mon fils. Vous avez pas fait votre boulot ». Je lui dis qu'il donc est indispensable que l'on se rencontre rapidement pour discuter de tout ça et des modalités d'accueil de Felicio. Il répond qu'il va venir demain et que ça va durer cinq minutes et qu'il nous dira « oui, oui » et ce sera réglé : « donc demain je viens à 8h, 10h, 18h, rien à foutre y aura intérêt à ce que vous soyez là ». Je dis que c'est inenvisageable demain, contrairement à lundi, et devant un autre torrent de menaces, que la discussion étant impossible, je vais raccrocher, l'invitant à nous rappeler quand il en saura plus sur une date à nous proposer : « ta race, tu me raccroches au nez, je débarque immédiatement, tu m'entends le marseillais, j'arrive immédiatement ta race ». Je raccroche donc en lui souhaitant une bonne soirée. Je me demande si ma tension est liée au fait de m'être fait traiter de marseillais ou de l'incapacité à trouver un espace de discussion suffisamment apaisé. Je retourne finir le repas avec le reste du groupe, Monsieur ne viendra pas ce soir-là. Ses appels se succèdent le reste de la semaine, personne ne s'échappe du côté de l'équipe éducative : chacun décroche ou rappelle quand Monsieur a laissé un message. Les cadres de direction témoignent au reste de l'équipe leur soutien, qu'on n'hésite pas si on veut qu'ils assurent plus de lien avec la famille. Eux aussi ont leur lot d'appels. On interprète ça comme une réelle attention et inquiétude vis-à-vis de la poursuite de l'accompagnement de son fils.

Notre réunion hebdomadaire arrive. Le pari d'un retour conditionné à un rendez-vous préalable est risqué, l'AEMO ayant tenté le coup sans succès l'année précédente, nous discutons en équipe de savoir combien de temps nous tiendrons cette décision, sachant

que la non-présence de Felicio est extrêmement dommageable. Nous parlons droit, éthique, incertitude, risque. Les interrogations légitimes : ce gamin a besoin d'être accueilli même si on est en conflit avec le père. Et pourquoi on veut le faire céder ce père après tout ? Certes, répondent des collègues, mais comment accueillir dans un tel climat ? On a besoin de (re)partir sur des bases plus saines. Marquer les limites, cela veut dire indiquer jusqu'où on peut accompagner l'autre et au-delà de quoi on est impuissant à l'aider. Comme souvent, le choix est difficile, les arguments sont solides de part et d'autre. La décision est collective, validée par le directeur d'établissement présent cette fois à notre réunion : pas de retour tant que le père n'est pas rencontré formellement. Et on tient ça combien de temps ? une semaine, un mois, un an ? demande une collègue. Le directeur est embêté : « on voit et on en reparle en réunion la semaine prochaine ». Nous n'aurons pas trop le temps de pousser plus en avant cette réflexion puisque 5 jours après, la rencontre tant attendue à lieu. Je sens comme un soulagement collectif, les doutes n'ont pas eu le temps de se faire trop lourds.

Nous sommes donc cinq dans le bureau du directeur, jouant la carte de la symbolique du lieu, avec les parents et la directrice-adjointe du service. Monsieur est moins virulent qu'à l'accoutumée mais n'a rien perdu de sa verve en lançant l'offensive dès que nous sommes assis : « vous êtes pas trop grands pour jouer à faire du chantage comme ça ? » demande-t-il d'un air malicieux. Un point pour lui. « Non, parce que le coup de me convoquer dans le bureau du directeur, ça marche plus maintenant, j'ai grandi ». 2-0. « Et vous pensez que parce que vous mettez une femme en plus ça va me calmer ? » dit-il en fixant la directrice-adjointe. 3-0. Sur le groupe d'internat, il y a une règle immuable lorsqu'on joue à FIFA : lorsqu'il y a 3-0 à la mi-temps, on fait tourner la manette au joueur qui attend, l'humiliation étant suffisante. Je souris. Je vois à l'air pincé de ma directrice-adjointe qu'elle n'a pas apprécié la remarque. Je souris d'autant plus. « Ça te fait rire le marseillais ? ». Je réponds « Monsieur C., je suis content que l'on se rencontre de nouveau, parce que je crois vraiment qu'il faut que l'on dissipe un vrai malentendu. [Je laisse un court silence]. En réalité, je suis originaire de Toulouse. Pour vous donner un ordre d'idée, vous venez du Médoc, c'est comme si je vous confondais avec un breton ». Le directeur lève les yeux au ciel alors que la directrice-adjointe a un air interdit, étant arrivée sur le service depuis peu, elle n'est pas encore au fait de mon style caustique et de mes possibles dérapages. Monsieur C. se met à rire « Felicio il m'avait dit que vous étiez un rigolo, il a raison t'es un rigolo en fait. Bon est-ce qu'on peut commencer à parler

sérieux là ? ». Je le savais ! Felicio luttait depuis tout ce temps pour ne pas rire à mes blagues ! Remonté dans mon ego, je note pour plus tard un élément de mes propres projections : ce n'est pas parce que ce gamin ne laisse rien paraître au DITEP et qu'il parle peu, qu'il se comporte de la même façon au domicile. Cela coule de source mais j'avais été incapable de me le rappeler. Le reste de la discussion est presque cordiale, le directeur rappelle que sans un minimum de confiance, la prise en charge ici est impossible. Qu'il est possible que nous ayons eu des torts sur la gestion de la blessure, en matière de communication, mais que nous étions là pour Felicio. Le père parle beaucoup, parle de son adolescence en foyer, de son fils « qu'il a dans la peau » et il remonte ses manches, inconsciemment selon moi, et je vois apparaître un tatouage sur son avant-bras où est calligraphié « Felicio ». Il parle de ses peurs qu'il arrive quelque chose à son fils, que le collègue c'est la jungle, que le bus c'est la jungle, que le quartier c'est la guerre, qu'il n'y a qu'à voir les infos pour voir comme le monde va mal. Il explique comment il voit le danger partout, d'où son refus d'une quelconque activité physique. Le directeur rappelle qu'ici, on travaille avec des adolescents qui ont besoin de courir, de hurler, de se dépenser, d'apprendre les limites, et que trottinette, skate, vélo, football, sont monnaie courante. Le père est catégorique « il ne fera rien de tout ça, le reste si vous voulez, mais pas ça ». Toute le reste c'est OK, et c'est bien suffisant pense-je. La mère ne dit pas un mot, semble complètement effacée contrairement aux fois où je l'ai rencontré. Le directeur tente le coup : « ce que je veux vous dire Monsieur C., c'est que je ne peux pas tolérer ni injure, ni menace sur les salariés. Si cela se reproduit, je réfléchirai à porter plainte. On ne peut pas travailler ensemble si vous essayez d'instaurer un climat de peur envers nous. Donc je vous le redemande, pensez-vous pouvoir travailler avec nous ? Si la réponse est non, nous allons voir pour une orientation sur un autre ITEP. Mais nous, notre envie, c'est de continuer à accompagner Felicio, parce qu'on sent qu'il en a besoin et qu'on peut l'aider ». Le père réfléchit un instant et concède qu'il est un peu sanguin, que c'est comme ça, et qu'il pense que son fils a trouvé une place ici. La mère acquiesce. Parfait. Nous arrêtons le rendez-vous là-dessus et proposons au père de lui montrer l'unité de jour et l'internat, refus de sa part « c'est bon, je connais, je sais ce que c'est qu'un foyer ». Le directeur, grisé par la direction qu'a pris cette rencontre, pense pouvoir expliquer la différence entre le médico-social et la protection de l'enfance. Peine perdue. Ce sera pour une autre fois.

Le retour se fait relativement sereinement, avec un emploi du temps aménagé. Felicio fait l'expérience de ne pas faire comme ses camarades du fait de son bras dans le plâtre. C'est la première fois que je vois un flamand rose avec un plâtre. Il est frustré, il râle : « je veux rester ici, pourquoi y a que moi qui pars ?! ». La maîtresse de maison le rassure, on ne te met pas dehors, on veut juste faire attention à toi, viens, je te raccompagne jusqu'à la voiture. Je rencontre sa mère quinze jours après pour faire un point. Concernant le fait qu'il parle peu, elle dit être comme lui « moi non plus je ne m'ouvre pas facilement. On ne fait pas confiance directement, il nous faut du temps ». Il n'a pas de copain au domicile vu qu'il ne sort pas « c'est dangereux dehors ». Elle profite de cet espace pour m'en raconter plus sur son fils. Il adore les Lego, faire des maquettes, c'est un grand fan du Titanic ; enfant, il prenait plaisir à prendre des cartons, les découper et en faire des cabanes ; en somme, Felicio est très adroit de ses doigts. Le soir même, je rencontre le garçon dans le bureau, de façon formelle. Ni une, ni deux, je me décide à lui passer un petit « soufflon » en lui disant qu'il a fallu attendre quatre mois, un bras dans le plâtre et tous un tas de réunions pour que j'apprenne qu'il aime construire des maquettes alors que je le questionne sur ses passions depuis la rentrée. Il hoche la tête, dit ne pas savoir pourquoi il n'a rien dit, et me raconte tout ce qu'il fait de ses mains depuis tout petit. Le mardi après-midi, une nouvelle organisation du service est faite pour pouvoir accueillir Felicio individuellement, pendant que le reste du groupe est en activité sportive, je lui explique que c'est notre collègue remplaçante qui passera ce temps avec lui et lui ordonne littéralement de faire des propositions d'activités manuelles à cette personne. Dès le mardi, une activité maquette voit le jour, la collègue me disant à la fin de l'après-midi « Qu'est-ce qu'il parle ce Felicio ! Quand il part ? on l'arrête plus ! ».

Pour autant, ses venues sur l'établissement sont toujours irrégulières, il est souvent absent de l'unité de jour. Les parents oublient parfois de nous prévenir qu'il est malade, qu'un rendez-vous médical a été pris, et plus fréquemment, personne ne répond au domicile quand le chauffeur vient sonner à 9h30 - la mère explique qu'il se rendort et que le père, au travail ou lui aussi en train de dormir ne peut le réveiller. Les contacts téléphoniques avec la mère sont fréquents, le père ne veut plus être « dérangé » : « pour tout ce qui concerne le tout-venant, voyez avec ma femme ». Felicio reste fuyant dans la relation, peu curieux de la vie des adultes ou de ses camarades, mais participe de temps en temps à un Monopoly, est inscrit dans un atelier pâtisserie « j'adore faire des gâteaux » ; il dépose çà et là des petites billes pour qu'on apprenne à mieux le connaître ; des sourires éclairent parfois son visage. Tout le monde s'y colle, du chauffeur à la secrétaire, un petit

mot, une remarque, des compliments sur son maillot de l'équipe du Portugal, il est fier : « c'est mon grand-père qui est portugais qui me l'a offert ». L'institution fait corps, fait cadre et multiplie les points d'accès, comme autant de témoins et d'espaces d'accueil et de soutien des appels intempestifs du père, des craintes de la mère lorsqu'elle vient chercher son fils, que des désirs de Felicio : « J'ai trouvé, vu que tout le monde aime mes gâteaux, je vais devenir pâtissier ».

XIII.4 Travail en équipe et partenariat : Yacine en classe de neige

Par Francis

J'ai l'exemple d'un gamin qui arrive ici, il avait changé d'école parce que le papa était en conflit armé avec la précédente. La nouvelle école dans laquelle il arrive était très inquiète par rapport à tout ce qui avait été présenté - dès l'ESS⁸¹¹, il avait été décrit comme un gamin impossible à gérer. Et lui, il faisait en sorte de bien coller à l'étiquette qu'on lui avait collé. Il avait droit à une AESH, il avait une notification AESH mais il n'y en avait pas. On a travaillé avec une instit' qui a accepté de ne plus évaluer le même, de le mettre dans des matières où il était valorisé - tout ce qui était maths et français, il avait arrêté. On a fait des réunions, alors pas hebdomadaires, j'exagérerais, mais on s'est vu très souvent avant les ESS, moi je suis allé en classe, etc. Des fois on a juste travaillé sur du comportement, l'acceptation d'aller en classe, l'acceptation d'enlever sa capuche - au début c'était le masque et la capuche. L'instit' voyait bien que quand elle était en relation duelle avec lui, il avait des capacités et des interventions plutôt pertinentes. À partir du moment où l'AESH est arrivée, il a commencé à montrer qu'en termes de mathématiques, de mode opératoire, toutes les opérations, il était plutôt dans la fourchette haute de la classe. Alors c'est pas lui qui écrivait hein, parce qu'il n'y arrivait pas avec l'écriture. Mais il savait quoi utiliser et quand. Nous aussi, on est devenu plus humble dans les objectifs. On est partis de ses envies à lui. Il a dit « je veux être un vrai élève et un élève comme les autres :

⁸¹¹ Équipe de suivi de scolarisation : Se réunissant au moins une fois par an afin de procéder à l'évaluation du PPS (projet personnalisé de scolarisation) et de sa mise en œuvre, l'ESS a pour mission d'en faciliter la mise en place et d'en assurer le suivi sur la base des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Exerçant une fonction de veille sur le déroulement du parcours scolaire de l'élève handicapé, elle peut, à ce titre, si elle le juge nécessaire, faire à la CDAPH des propositions d'évolution ou de modifications du PPS. Y participent l'élève, les parents, l'enseignant référent, les enseignants, professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux, psychologue ou psychiatre, etc.

je veux participer à la classe de neige ». Donc on est partis sur cet objectif-là : qu'en septembre, il participe à la classe de neige. Le travail s'est concentré sur ça. J'avais fait une sortie VTT avec l'école en fin d'année dernière pour voir comment il pouvait être dans un groupe toute une journée et où j'ai gagné en relation avec les instits' - j'avais pu voir l'instit' de cette année puisqu'il changeait de classe. On a travaillé cette histoire de classe de neige ici à l'ITEP : on a travaillé la lecture au travers de la montagne, là où il allait. Les évaluations, on les a faites ici. Par exemple, une évaluation qu'il fait en 1h, l'instit' a accepté que ce soit en une semaine. Du coup, c'étaient des résultats très favorables puisqu'il avait eu le temps. On a aussi associé le père, qui était plutôt dans la dévalorisation avec son fils ; on a beaucoup utilisé les jeux de société et son père s'est saisi de ça en allant à la ludothèque. Enfin, c'est l'exemple cliché, parce que ça a vachement bien fonctionné. Il est allé en classe de neige 12 jours. Le père s'est débrouillé pour être disponible s'il fallait aller le chercher pour le rapatrier. Et ça s'est bien passé, les autres l'ont intégré, il y a eu des liens, un vécu commun. Il s'est mis à écrire, en maths c'est devenu un des meilleurs, toujours entre guillemets, mais il a pu écrire un peu plus. Il s'est aperçu qu'au niveau du champ lexical, il s'y connaissait, il avait un vocabulaire assez riche. Mais du coup, on est allé loin dans le partenariat avec l'instit. Je la voyais, on a évalué les choses, je suis venu en classe... enfin même des trucs informels de 5 minutes. On a poussé pour avoir une deuxième ESS, ça n'a pas été simple, mais on en a eu une deuxième en avril où on a fait venir la principale du collège où il va. C'est l'instit' qui a été l'experte sur ce qu'il fallait comme matières, la proviseure a accepté ça. Du coup, on connaît déjà son emploi du temps de l'année prochaine avec les matières auxquelles il participera. Elle connaît désormais les difficultés du même, elle sait que dans certains moments, il va mettre sa capuche. Normalement, les profs devraient être au courant et ne vont pas lui rentrer dedans.

XIII.5 Le cahier de liaison(s)... dangereuse(s) ?

Formation Citrix aujourd'hui. Nouveau logiciel à destination de tous les professionnels pour le Dossier Informatisé de l'Usager (DIU) : dossier médical, fiches d'information, emploi du temps, écrits professionnels, relèves, transmission. Et on se marre. Le pauvre formateur pensait pouvoir entrer dans le vif du sujet sur les différentes possibilités du logiciel, tout naïf qu'il était. Au bout de deux heures, on en était encore, pour certains, à

essayer de trouver ses identifiants de session – au grand désarroi du directeur adjoint « Comment ça ? Mais ça veut dire que vous ne vous êtes jamais connecté sur votre session depuis 3 ans » ? -, quand pour d'autres, comme le chauffeur et le nouveau veilleur, il s'agit avant toute chose de dresser la souris filaire. Clic droit, clic gauche, c'est pas encore ça. « Il est où ce con d'arobase ? J'en ai pas sur mon clavier ! ». Le formateur se liquéfie au fil des minutes. La fameuse fracture numérique... L'illectronisme, nous précisera même l'assistante sociale. Il est 11h, on rentre de pause, et il semble que le conciliabule formateur/directeur adjoint ait amené une décision forte : « Tant pis pour ceux qui sont en difficulté, mettez-vous en binôme, l'important est que vous voyiez comment utiliser de façon optimale le DIU ».

À 15h, on entre dans le vif du sujet, enfin, celui pour lequel j'ai le plus d'intérêt : le cahier de liaison numérique qui va faire disparaître l'immuable cahier de liaison papier. Ou cahier de transmission. Ou cahier de bord. « Les Saintes Écritures » comme l'appelait Abdel. L'objet de tous les fantasmes pour les jeunes accueillis : « qu'est-ce t'écrit dans le cahier ? » ; « C'est écrit dans le cahier » ? Et surtout une interface incontournable pour toute l'équipe. Même la maîtresse de maison et le veilleur écrivent là-dessus. Même pour un simple « Nuit tranquille. RAS. Lever AG 6h45. Lever OR 7h ». Hors urgence, après avoir salué les jeunes, tout adulte qui embauche prend 5 minutes pour lire le cahier. Parfois cela prend plus de temps selon le contenu de la matinée ou de la journée ; où selon la qualité de la graphie du collègue – je pense à un ancien éducateur qui écrivait tellement mal qu'il fallait se mettre à plusieurs pour décrypter les phrases. Son contenu est relativement baroque. Cela peut être de simples informations factuelles, souvent en lien avec l'organisation du service : « FC : la mère de BG a appelé, elle demande que tu la rappelles ce soir » ; « Traitement Jordan OK » ; « Endricks absent aujourd'hui. La mère nous tient au courant » ; « prof de maths absente, Landry commence à 10h demain ». Cela concerne aussi l'atmosphère, l'ambiance du groupe dans les moments d'activités comme sur les temps informels : « petit déjeuner tranquille pour AK et VB » ; « repas compliqué. Il a fallu séparer Kévin de Sacha » ; « Sacha intenable durant l'atelier théâtre, obligé de sortir avec lui quelques minutes pour qu'il puisse y retourner » ; « sortie au parc, tout le monde était content ! ». On peut y retrouver le récit d'une crise (qui se double parfois d'une note d'incident présentée à la direction), un compte-rendu d'entretien avec les parents ou le collègue (qui se double parfois d'un écrit plus exhaustif placé dans le dossier). Apparaissent, de temps à autres, des piques adressées à un collègue : « merci à celui ou celle qui a pris la voiture que j'avais réservée !!!!! » (Le nombre de points d'exclamation

étant proportionnel à la colère ressentie par l'auteur du mot) ; « Il me semble qu'en réunion, on avait interdit à Felicio d'utiliser la trottinette. Merci de soutenir les décisions prises en équipe » ; « Il manque encore 7€ dans la caisse. À ce stade-là, ou on prend des cours de comptabilité, ou on ne touche plus à la caisse ». Le contenu du cahier de liaison est source de débats et de controverses à l'ITEP. Certains disent qu'on ne peut pas écrire ça, d'autres que si, justement, c'est le bon média pour l'utiliser. Il y a eu aussi les craintes de certains cadres « C'est un écrit professionnel, plein de gens peuvent y avoir accès ». Ce que j'avais compris de ce cahier, c'est qu'il faisait partie d'une catégorie d'écrits appelée « écrit temporaire » qui n'était donc pas soumise à une obligation de regard des parents ou des partenaires. Mais, comme son nom l'indique, il doit être détruit, passé une certaine date. Malgré les formations « écrits professionnels », le débat n'avait jamais été tranché. Jusqu'à aujourd'hui, on dirait.

Le nouveau logiciel a le mérite de la simplicité, poussée à l'extrême. Pour chaque jeune, existe un onglet « transmissions ». Libre à nous de choisir ensuite les destinataires (infirmière, médecin, internat, unité de jour, directeur, etc.). Dans le respect du RGPD, de la discrétion professionnelle, du secret médical et de la possibilité d'accès de la part du jeune accompagné et de sa famille : interdiction de nommer un autre jeune que celui à qui appartient le dossier sur lequel on écrit ; préférer autant que possible les initiales des professionnels plutôt que leur nom et prénom ; interdiction d'écrire à partir d'une session autre que la nôtre ; interdiction de faire part de nos ressentis ; obligation d'être factuel ; les données seront gardées pour 15 ans dans des serveurs sécurisés ; obligation d'utiliser le logiciel et d'abandonner l'ancien cahier de liaison. Comme le dit si bien le formateur : « c'est un outil qui doit vous faciliter la tâche ». C'est sûr que si maintenant, notre écriture se limite à envoyer des dépêches AFP, ça va aller beaucoup plus vite. Je pense à Lucky Lucke et aux télégrammes qu'il reçoit quand les Dalton s'échappent. J'imagine très bien : « Fugue de Kevin après altercation avec un camarade. Stop. UB et parents prévenus. Stop. FC est parti à sa recherche. Stop. Il avait un rdv avec AK à 17h ». Le directeur-adjoint n'a pas l'air très emballé mais cherche à nous rassurer en expliquant qu'on fera un point dans 6 mois pour faire remonter nos avis et que de toute façon on n'a pas le choix, le dossier informatisé, c'est une obligation légale. Il est 16h30 et Rodrigue, le veilleur de nuit, lève les bras en signe de victoire en lançant « c'est bon j'ai retrouvé mon mot de passe, je peux entrer dans ma session » ! Le directeur-adjoint soupire et nous précise « On va quand même garder le cahier de liaison en doublon pour faire un tuilage, le temps que tout le monde puisse s'approprier le nouveau logiciel ».

XIII.6 La médiation : « Attention/Concentration/Noir/Lumière ! »

En cette rentrée de septembre, démarre une nouvelle activité, le théâtre, dans une salle municipale à quelques centaines de mètres de l'établissement. C'est une collègue qui avait rencontré la compagnie de théâtre lors d'un forum des associations avant l'été qui, avec l'accord de l'équipe, a organisé ce nouvel espace. Restait une inconnue, le jour où l'intervenante théâtre était présente : ce serait le mardi après-midi. Étant l'éducateur qui travaille sur ce temps, je me retrouve à participer à un atelier que j'avais soutenu, pour sa pertinence d'une part, et parce que je n'avais pas à y participer d'autre part. Peine perdue, me voilà co-référent de l'atelier théâtre avec Aurore, l'intervenante. Mon dernier contact avec le théâtre remontant au lycée, quand nous étions allés voir un cycle de représentations avec la classe de terminale, je participe à ce temps plus par conscience professionnelle que par réel enthousiasme.

Après une première séance de grand n'importe quoi, nous prenons le temps de nous rencontrer, les deux adultes, afin de convenir de nos rôles respectifs ; si nous voulons survivre aux prochaines séances, nous devons structurer cet espace. Je propose à Aurore de me charger du contenant et elle du contenu. Autrement dit, je suis celui qui fait respecter le cadre et les règles quand elle se concentre sur la dimension artistique et la succession d'exercices. Nous nous mettons d'accord sur certaines règles que nous partageons avec le groupe - tout le monde doit participer (adulte et adolescent), ce qui se passe en théâtre reste en théâtre, interdiction de se moquer de son camarade qui est sur scène, d'ailleurs sur scène tout est (presque) permis – et d'autres que nous gardons pour nous. Aurore n'intervient pas physiquement auprès des jeunes, un adolescent peut aller prendre l'air dehors si c'est nécessaire, etc. D'autre part nous décidons de découper cette heure de théâtre en différents moments.

La fois d'après et toutes les suivantes, nous démarrons par le rituel du prénom/geste, marqueur d'ouverture de la séance et de la nécessité d'être à l'écoute de l'autre. Chaque participant, nous sommes 6 en cercle, dit son prénom et fait un geste simple, tout le monde répétant le prénom et le geste à tour de rôle : nous ne sommes plus seul, il s'agit de se taire et d'être attentif à ce que va proposer le camarade afin de pouvoir se l'approprier et le présenter au reste du groupe. Généralement, le geste est intuitif mais nous remarquerons au fil de l'année que certains en préparent un exprès à chaque séance. Dans la même optique, plusieurs paroles ou exercices devenus immuables viennent border cette heure, qu'il s'agisse du « attention/concentration/noir/lumière ! » pour faire silence quand

quelqu'un s'apprête à monter sur scène ou le « on ferme » de fin de séance où chacun doit faire un geste simple de fermeture avec un son⁸¹², sans que personne ne le répète cette fois.

Les sessions se succèdent et, c'est une petite surprise, ça marche plutôt bien. Les adolescents arrivent à différencier les espaces ; le temps du repas et de l'après repas amène son lot de conflits mais une fois arrivés dans la salle de théâtre, ils arrivent à laisser dehors ce qui a pu se passer précédemment. Sans que l'on se concerte, jeunes et adultes gardent la même place toute l'année lorsque nous nous asseyons sur les chaises en attendant les consignes. Mourad ne lâchera jamais sa place devant un pilier contre lequel il pouvait s'adosser et quand un des jeunes empiétait sur « sa » place, il collait ce dernier pour avoir un bout de mur dans le dos. Lorsque la professeure de théâtre sent des difficultés à entrer dans l'activité, elle démarre par des exercices de parcours dans l'espace basés sur un imaginaire sensoriel : marcher sur un tronc au milieu de l'eau, être à la proue d'un bateau pirate, marcher dans le sable, etc., permettant aux adolescents de canaliser leur agitation motrice en vue de la transformer en énergie pour respecter la consigne. Aurore met un peu de côté le programme qu'elle avait projeté pour cette année ; ces adolescents font tout vite : aimer, se lasser, marcher, parler. Elle doit développer des trésors d'imagination pour passer d'un exercice au suivant quand elle sent que ça arrive au (à) bout. Nul besoin de se concerter dans ces moments, elle passe de l'un à l'autre avec fluidité, naturel, comme si c'était prévu, alors qu'elle improvise selon l'humeur et l'agacement qu'elle perçoit chez les garçons et les filles.

Pour autant, il est possible de faire émerger un certain arc narratif durant cette heure. Outre les premières minutes où l'on se déplace, on marche, on court, on s'arrête où on commence par se libérer de la parole à travers le corps, vient le moment où la parole peut jaillir comme un flot, brute. Celle de la parole inventée lors de certains mimes, le gromolos⁸¹³ pour ne pas se fixer sur du texte et laisser le corps s'exprimer en même temps. Puis vient le « 1 mot » où, en équipe, le premier passe la balle à l'autre en lançant un thème (« pirate »), l'autre reçoit la balle et doit l'envoyer à un autre en disant un mot en lien avec le thème (« bateau », « épée »). L'idée est de pouvoir se répondre, nourrir le reste du groupe à partir de ses propres connaissances tout en alliant le geste à la parole. Il

⁸¹² La fermeture éclair est un classique, de même que la fermeture d'une boîte ou d'un store.

⁸¹³ Appelé aussi grommelot, il s'agit d'un style de langage utilisé dans le théâtre satirique, un charabia composé de langage macaronique et d'éléments onomatopéiques, utilisé en lien avec le mime et l'imitation.

ne faut pas être trop à cheval sur le dictionnaire de synonymes tout en ne cédant rien à Joachim : « Non, "pute" n'a pas de rapport direct avec les thèmes de tes camarades. Non la question n'est pas de savoir s'il y avait des putes chez les pirates, mais d'essayer plutôt de trouver un autre vocabulaire ».

Une fois chauds, on démarre les impros. D'abord doucement, avec un jeu tel que la télécommande. Trois ou quatre acteurs sur la scène, un ou deux dans le public avec une télécommande imaginaire qui choisissent le programme. « Je veux regarder top chef », et les acteurs reproduisent l'émission, « je zappe sur une pub pour voiture », « un reportage animalier », etc., avec la possibilité d'utiliser les touches « pause ; accélérer, retour en arrière, ralenti ». Les impros de groupe visent à construire une dynamique de concertation et de construction commune, mais on constate rapidement qu'une Cindy prend souvent le dessus sur un Axel, qu'un Mathieu est très individuel lorsqu'il est sur scène partant tout seul dans l'imaginaire. Alors on bricole et encore une fois Aurore a plus d'un tour dans son sac : « OK ! Tout le monde joue pour soi sans prendre en compte l'autre ! C'est pas possible ! Vous devez faire avec ce que proposent vos partenaires ! Vous devez être dans le COM-PRO-MIS ! ». Je fusille du regard Marc qui fait mine de pas connaître le mot compromis alors que j'ai passé une après-midi entière à lui sortir les définitions du dictionnaire. La professeure de théâtre invente donc le « même que ». Un acteur dit une phrase, le suivant doit aller dans son sens en commençant par « même que » : « je me balade à vélo dans le parc ; même que c'était le parc des sports ; même que mon vélo il peut voler ; ah...même que... il peut aussi aller sous l'eau, etc. ». Sous-estimant la capacité d'adaptation de ces charmants bambins, Aurore constate qu'ils parviennent à subvertir la consigne « même que c'était pas vrai, que son vélo il volait pas ; même que en fait c'était pas un parc mais un désert ». Jamais abattue, la voilà qui transforme le « même que » en « oui et » avec interdiction de refuser ce que propose l'autre. L'acceptation de l'autre à travers son discours, l'obligation de positiver l'élément précédent permettent d'accéder plus facilement à la résolution de conflits, à se nourrir, renchérir et s'ouvrir à l'altérité. Le rapport dominant/dominé évolue, on l'observe fugacement sur les sketches.

Rapidement, on constate la pauvreté de l'imaginaire de certains jeunes, l'incapacité à se projeter, à inventer. Le « qu'est-ce que tu vois par la fenêtre ? » en est un exemple limpide. Il s'agit de regarder à travers une fenêtre imaginaire et dire à voix haute ce que l'on voit.

Autant Mathieu voit tellement de choses qu'on a l'impression qu'il est en train de décrire une scène qu'il observe en temps réel, autant pour d'autres c'est le vide absolu. Ils ne voient rien. Autre exemple avec le « on se lance ». On monte sur une chaise et dès que la professeure de théâtre lâche une phrase (« deux éléphants marchent tranquillement dans la savane »), on saute sur le sol et on démarre une histoire en s'appuyant sur la parole de l'autre. Là encore, à l'exception de Mathieu ou de Alain, capables de démarrer au quart de tour et de raconter des histoires bien construites, Simon ou Joachim ne peuvent pas démarrer. Ils restent prostrés sur leur chaise à nous regarder d'un œil paniqué, sans pouvoir se lancer. On arrête vite ces moments qui peuvent devenir rapidement gênants pour eux. Nos hypothèses se succèdent : manque de confiance, de capacité à structurer rapidement, trop de liberté, refus de s'autoriser, imaginaire très carencé, etc. Alors on borne, on réduit momentanément la trop grande liberté, la prise d'initiative, on donne deux ou trois directives en lien avec le temps, l'espace, le lieu, les émotions...

Les 20 dernières minutes sont consacrées aux « impros ITEP ». Pour Aurore, c'est important, elle pense nécessaire que tous ces jeunes puissent trouver un lieu autre ou s'exprimer. Elle parle de théâtre forum, d'une mise en jeu inédite de la réalité, de catharsis. Une règle s'ajoute aux autres dans cet exercice : il est interdit de jouer son propre rôle afin de permettre à chacun de se distancier émotionnellement, d'éviter le jugement et ainsi ne pas revivre l'expérience, qu'elle soit positive ou négative. Toute la bande adhère immédiatement. Pour moi qui ne travaille pas le matin, cela permet une mise à jour des péripéties de la demi-journée : « on peut faire quand Roméo a insulté Aline l'éducatrice ! – Non plutôt la crise de Yuri quand il voulait pas rendre son téléphone... - Pourquoi pas Fanny quand elle voulait pas manger les petits pois et que Henri s'est énervé ! ». Étrangement ou pas, la plupart de leurs idées ont trait avec un évènement relativement négatif. Tout le monde y participe en même temps, jeune comme adulte. Ça négocie sec. Joachim a peu d'inspiration il fait appel aux autres « tu joues qui toi ? Et moi ? » pendant que Cindy élabore le script « toi tu te mets là et tu cries moins fort que la dernière fois. Mathieu arrête de faire le con ! Moi je joue Aline je vous le dis ». Et ça démarre. Me voilà décrit comme un éducateur qui passe son temps avec les pieds croisés sur la table du bureau à gueuler « on se détend les zigs ! » avec un accent supposément du sud, je marche donc avec les bras écartés car mes biceps trop proéminents les empêcheraient de se balancer normalement. Je ne suis pas en reste dans mon jeu, je connais par cœur leurs moindres mimiques, leurs insultes favorites, leurs démarches. Les

participants adorent ça, ils attendent, l'air gourmand, que je démarre ma performance, tout heureux que je les imite avec autant de sérieux et d'exagération.

La première fois où j'avais lancé une salve d'insultes contre « ces sales éducateurs de merde qui servent à rien », mes partenaires de scène étaient restés cois, une main sur leur bouche ; il a fallu un « on est sur scène, tout est permis, on enchaîne ! » d'Aurore pour que l'impro se poursuive. Il faut dire qu'ils ne m'entendent jamais proférer un juron, je comprends que ça surprenne un peu. On caricature, on force le trait, on rit les uns des autres ; libérés de certains enjeux, ils découvrent d'autres angles de vues à ces situations et peuvent se les approprier. Je vois parfois du coin de l'œil Aurore écarquiller les siens quand elle découvre ce qui peut se passer parfois sur le groupe. À chaque fin d'atelier, elle me demande si ça s'est réellement bien passé, elle hoche la tête gravement mais refuse que j'en dise trop sur les gamins « non, non, je ne veux rien savoir, laisse-les être qui ils veulent être, ça me suffit pour travailler ». Tout le monde apprend au fil des séances à se mettre en scène, à comprendre le sens du spectacle et ses différentes formes. On ritualise, on entre, on joue une histoire avec ses accidents, ses rebondissements et on en retire une morale ou une fin, on sort du plateau. Le spectacle en tant que métaphore de nos scènes de vies : on ouvre, on vit une histoire, on la termine et on peut passer à la suivante. On rejoue des situations qui nous ont interpellés pour s'en soulager, les solutionner... ou juste pour en rire.

Tout le monde ne se prend pas au jeu de la scène. Parfois le regard des spectateurs est trop dur à supporter. Aurore sent ça, elle y ajoute un binôme, elle participe, elle ne laisse ni le silence de trop, ni la solitude de l'acteur devenir l'isolement. Pour Mathieu, que les plus grands aiment secouer et molester quand j'ai le dos tourné, c'est le contraire. Une fois devant les éclairages, fini de rire. Sa présence, sa capacité à jouer plusieurs rôles à la fois, ses cascades et son imagination mettent tout le monde d'accord. Oui, une fois sur scène, c'est la trêve, les plus grands se régaler et profitent du spectacle. Lors des impros à plusieurs, on se jette sur lui. Sur un bateau, on a besoin de place et d'un moteur, c'est Mathieu. Mais pas seulement. Lorsqu'un Simon - ou un Joachim - est en perdition, il jette un regard désespéré à Mathieu qui comprend et, lorsqu'il n'est pas parti trop loin tout seul, peut le récupérer et l'inviter à participer à partir d'un geste ou d'une parole. Il est aussi bouée de sauvetage. Cela dit, tous sont en quête de l'assentiment de l'adulte, surtout du mien. Beaucoup ont besoin, pendant qu'ils jouent, d'une invitation à poursuivre ou d'une confirmation que leur performance est à la hauteur. Je réponds

souvent à ces sollicitations d'un mouvement de tête discret, d'un clignement d'œil, d'un signe des doigts, afin qu'ils enchaînent. Leur fierté n'en est que décuplée lorsque les adultes s'esclaffent, rient ou applaudissent. Ils retournent à leur place et me disent « Alors ? ». Je laisse un petit silence et j'esquisse un sourire « Pas mal ». Et ils hochent la tête, satisfaits. Parfois ça ne suffit pas. Face à l'échec ou ce qu'ils interprètent comme tel, la moindre erreur s'apparente à une défaite. Cette peur de se tromper peut tétaniser Joachim lorsqu'il effectue un exercice. Il supporte mal la critique, car oui, on est dans un cours de théâtre, alors Aurore prodigue conseils et analyses. Il essaie d'attribuer ses erreurs à des causes externes, mais veut dans le même temps savoir ce que l'on en pense. Une fois retourné sur sa chaise et après avoir mis du sens sur les paroles de la professeure de théâtre, il veut absolument refaire, réparer mais c'est rarement possible, c'est au tour de quelqu'un d'autre. Au mieux il boude, au pire il crie car ça lui est insupportable de s'imaginer nous avoir déçus. Aurore décale, perce les défenses, elle n'est pas éduquée, les jeunes le savent, ne relèvent pas « hé bé alors mon chéri ? » et apprécient quand elle ébouriffe leurs cheveux avec sa main. « Costumes ! » dit-elle parfois, et on hurle tous de bonheur, moi le premier. On n'a pas à choisir son rôle, le costume parle pour nous. Vu qu'il leur est difficile de passer par le récit sans un schéma actantiel donné, le costume vient les soutenir en offrant un cadre rassurant. Mais cela veut dire prendre du temps sur une heure déjà courte. Il leur faut au moins cinq minutes pour apprivoiser les costumes, certains choisissant rapidement un ou deux éléments qu'ils gardent le reste de la séance (une casquette de policier, un imperméable, une mallette) quand d'autres, comme Mathieu, changent d'accessoires à chaque pause. Ce dernier me propose souvent un élément en raccord avec le sien : s'estimant très bon acteur et pensant que ses camarades vont le desservir dans sa performance, il me propose de faire un duo. Il sait qu'il fait rire, qu'il plaît, qu'il produit des émotions sur le public. Lorsqu'il est sur scène au moment de démarrer une impro, il y a un instant de relâchement, de vide, puis il semble soudain habité/possédé par son rôle. Il a une conscience parfaite de son corps qu'il utilise judicieusement selon les personnages qu'il incarne. Il manie le réalisme et l'absurde et peut traverser différents styles, différentes émotions en y faisant des allers-retours pendant l'exercice. Il retombe parfois dans ses travers, sans avoir conscience de l'espace théâtral, et peut se mettre dans un coin et rester là, à poursuivre sa partition en faisant abstraction de l'extérieur. Aurore l'a remarqué, quand il n'arrive pas à quitter son rôle, elle met en place des sas, des paliers, pour qu'il puisse revenir avec le groupe.

Arrive parfois le jour du « mardi tout est permis » où chaque jeune peut demander qu'on fasse son exercice préféré. On note que pour Mourad et Axel, les plus en difficulté dans la représentation, revient souvent « le carré des émotions » que l'on faisait beaucoup au tout début. Dans un carré imaginaire, le but est de passer d'une émotion primaire à une autre (colère, joie, peur, tristesse) en passant par le zéro (neutre) à partir d'une frontière imaginaire. Il est question d'apprendre à découvrir par soi-même les émotions que l'on peut facilement - ou non - montrer. Mais avant cela, il s'agit d'essayer de les ressentir. Inutile de dire que les deux étapes ne se sont jamais effectuées harmonieusement. Et voilà les deux compères dans leur carré des émotions alors qu'ils n'arrivent à exprimer aucune des quatre. « Il s'y passe sûrement quelque chose, peut-être qu'ils sont dans ces émotions et qu'on en sait rien » propose Aurore sur cet exercice très personnel où il n'y a rien à construire à part faire seul avec ses émotions.

On écrit le bilan de l'année ensemble, elle et moi, tant au niveau groupal qu'individuel. Je lui propose de venir sur un temps de réunion pour qu'elle en dise quelque chose et sûrement mieux que moi, elle accepte. Et pendant qu'on raconte ce qui s'y passe tout en préservant une certaine intimité des participants – tout ce qui se passe en théâtre reste en théâtre après tout – je vois la médecin psychiatre tiquer un peu. Les impros ITEP, le carré des émotions, ça lui fait peur : « il faut faire attention avec tout ça ». Aurore ne comprend pas, le cadre est solide, bienveillant, familial, on prend tout ce qui se passe à l'intérieur de cet espace avec un grand sérieux. « Oui mais il faut être prudent, il peut se passer des choses, peut être que vous n'arriverez pas à gérer, maintient la médecin psychiatre - Oui, c'est un peu l'objectif, on veut qu'il se passe quelque chose, on l'accueille ce quelque chose » répond la professeure de théâtre. La médecin psychiatre soupire, elle est inquiète. Je raccompagne Aurore qui n'arrive pas à déchiffrer les peurs de la psychiatre, c'est avec ce genre d'appréhensions et de manque de confiance, pense-t-elle, qu'on aseptise tous les espaces d'expression de ces mêmes en n'autorisant que les bureaux ou les ateliers menés par des psys. Elle ne reviendra plus en réunion pour parler de l'atelier, je porte ces bilans seul à présent. Les bilans qu'elle préfère, c'est ceux avant chaque vacances avec « la troupe » comme elle dit, lorsqu'après l'atelier on se retrouve autour d'un soda, d'un gâteau confectionné par les jeunes du théâtre, les bonbons qu'elle amène et dont elle a refusé le remboursement par l'ITEP que je lui ai proposé : « Je peux au moins leur offrir ça quand même »...

XIII.7 Une politique du symptôme : Elodie et ses invités

Par Cathy

Je me souviens, je suis avec une ado dans un collège, j'arrive, on ne se connaît pas bien et la jeune s'était présentée en disant « moi, je fais plein de crises, je m'énerve vite ». Et là, déjà, je me suis dit : elle, elle est en train de me dire « toi tu vas pas m'avoir comme ça ; moi je fais pas confiance facilement ». Je vois tout ça quand elle me dit ça. Et puis du coup elle s'agite, elle s'agace : « c'est nul ce que tu me proposes » quand je propose des jeux. Moi je sais juste qu'elle aime jouer, qu'elle aime dessiner, donc je lui propose des petites choses, mais elle refuse tout en bloc. On est dans une pièce assez tristounette parce qu'il faut bien le dire, on m'avait attribué une petite pièce, pour voir la jeune, les murs sont blancs, y a une table, deux chaises, les néons sont très blancs. Et puis je n'ai pas le temps, en 1h de l'emmenner ailleurs parce qu'après y a le trajet faut revenir, on ne va pas avoir le temps de faire grand-chose ; il n'y a pas de parc à proximité, etc. Je pourrais faire d'autres choix, mais voilà, c'est tout ça qu'on se pose comme questions quand on est éduc, c'est pas juste aller quelque part faire sa prestation, son acte, et repartir. Il se passe beaucoup de choses.

Du coup, j'avais sorti un jeu : Crazy Cup. C'est un jeu de tasses en plastique, il faut les empiler selon un modèle qu'on tire au hasard, c'est assez rigolo, et le premier qui a bien empilé ses tasses, il tape sur la sonnette. Et là, elle commence à me dire que c'est nul, qu'on n'est pas assez pour jouer... et là elle me dit :

« Ah, t'as vu ? à côté il y a - je crois qu'elle m'avait dit Fabien ou Fabrice.

- Fabrice ? je lui demande.

- Oui ben c'est mon copain, c'est comme ça, c'est un copain du collège ».

Ça m'avait assez décontenancée. Je me suis dit, est-ce qu'il faut que je rentre là-dedans moi ? Ou lui dire, mais qu'est-ce tu me racontes ? Y a personne ! Enfin, pourquoi tu racontes ça ? Et en fait, j'ai fait le choix de dire « Ah bah oui, OK, il joue avec nous ». J'ai mis les tasses du Crazy Cup devant lui et il avait aussi un tas de cartes. Et en fait, elle riait aux éclats. Et là il y a eu une vraie rencontre. Et puis j'ai commencé inviter du monde à mon tour : à la table, y avait Judith, Pierre et je sais plus qui. Et puis au bout d'un moment, je me rends compte que ça l'agace que j'invite d'autres gens à la table. Et petit à petit, Fabrice ou Fabien - je ne sais plus, il est parti, on n'était plus que toutes les deux à la fin. Et elle a accepté de jouer seule avec moi.

XIII.8 La clinique éclair : Kévin, le faiseur de pluie

Un mercredi matin, j'arrive à 9h30 au DITEP. Pour arriver jusqu'à l'unité de jour, on traverse le parking, passe devant la fenêtre du directeur d'établissement – qui selon les jours à le droit à un hochement de tête de salutation-, ouvre un portillon jamais fermé et arrive jusqu'aux portes d'entrée, tout en vitres. Avant d'entrer, on se retrouve dans un sas où, à gauche se trouve le bureau des éduc, tout en vitres, et à droite, la pièce principale, tout en vitres aussi. Autant dire que l'immersion est immédiate. Ce jour-là donc, je vois Paola qui scrute sa tasse de thé, penchée comme si elle lisait, et dans la salle de séjour Kévin qui scrute à travers les vitres, le regard noir, Paola qui scrute toujours sa tasse de thé. Je me dirige vers le garçon pour le saluer qui répond à mon bonjour par un « Qu'est ce tu veux toi ? - Juste te dire bonjour comme chaque jour, je vais faire pareil avec Paola ». Situation classique m'informerait ma collègue, refus d'aller en cours, refus de faire un jeu, refus de rester seul, refus d'aller faire un tour. Refus. Je repasse devant Kévin en allant me remplir une tasse de thé. « Tu veux quoi ? Viens pas gratter l'amitié comme ça » me lance-t-il du haut de ses onze ans. Je choisis celle au ginseng, me disant que cet atout ne sera pas de trop dans cette matinée où dominent la grisaille à l'extérieur et l'orage à l'intérieur. Je retourne dans le bureau en lui disant que je suis disponible s'il a envie de partager un temps ensemble. Il grommelle qu'il a envie et besoin de personne. Je termine un appel téléphonique et le voilà qui commence à taper sur le buffet en criant « Ya rien à faire ici ! ». Je me lève et essaie de nouer le dialogue avec lui qui n'a pas l'air de m'entendre. Il répète « y a rien à faire ici, c'est de la merde ! » et continue de cogner le buffet. Puis ses paroles deviennent incompréhensibles, il marmonne, va vers la table, tape du poing sans s'arrêter, juste à côté de là où je me suis assis. J'essaie de parler mais le bruit couvre mes paroles. Cela dure plusieurs minutes puis il finit par aller au placard des jeux et en sort un jeu de cartes. Mon regard s'éclaire. Il le jette au plafond, les cartes pleuvent. Déception. Il attend une réaction. Je lui dis que s'il n'est pas partant pour un jeu de cartes, on peut se rabattre sur un Puissance 4. Il attrape le puissance 4 et lance le plateau en l'air. Il pleut des jetons. Super proposition de ma part. Il attend. Je réfléchis à un jeu plus compact qui ne risque pas de s'éparpiller, mais trop lentement. C'est la bonne paye, qui n'en est pas à son premier baptême de l'air, qui virevolte. Il pleut des billets. Je lui dis que moi aussi je trouvais ce placard mal rangé mais que j'avais une autre idée de comment le ranger. Kévin ne m'entend pas. Il va vers le vaisselier et jette les serviettes, puis les livres de recettes, puis les 101 fiches des recettes inratables. Il pleut du papier. Je me lève.

Il crie. Ce sont des sons, pas des phrases. Et il continue de crier. Il retourne à la table, j'ai juste le temps d'enlever ma tasse fétiche que la nappe vole. Il pleut des moutons colorés. Je m'approche de lui en disant que ce n'est pas correct, il aurait pu faire des dégâts, il court à l'autre bout de la table sans me regarder et attrape une chaise. Il lève la tête, en colère, le regard qui me traverse sans me voir. Il va pleuvoir des chaises. Au moment où sa bouche se tord et qu'il commence à lever une chaise il entend un grand bruit sourd. Me voilà faiseur de pluie moi aussi. Il s'immobilise et écarquille les yeux qui vont de la chaise à moi, puis de moi à la chaise. Puis il finit par me fixer il me voit à présent : « Ça va pas bien toi, faut te faire soigner ». J'attends. Il continue à me scruter « Ha bon pourquoi ? - Ben arrête de lancer des chaises... t'es fou ou quoi ? ». Je vois Paola dans le couloir... qui rebrousse finalement chemin dans le bureau et pour cause : j'ai une accroche.

« Et toi ?

– Moi c'est pas pareil, chuis pas un adulte. Vous, vous pouvez pas jeter des chaises comme ça.

– On peut, tous, mais on le fait pas.

– Oui mais moi chuis en ITEP.

– On est tous dans un ITEP ici.

– Fais pas genre tu comprends pas. Faut être fou quand on est éduc' de jeter des chaises comme ça, ça se fait pas.

– Y a 12 chaises Kévin, j'allais pas te laisser jeter les douze non ?

– (Il réfléchit) Non. Mais jette pas des chaises comme ça, ça se fait pas. Regarde le bordel que c'est maintenant.

– (Je balaie ostensiblement la pièce des yeux.) Françoise va pas être contente quand elle va voir ça, ça c'est sûr.

– (Il se redresse) Putain t'as raison, elle va nous tuer. »

Son regard fait lui aussi le tour de la pièce. Le spectacle n'est pas beau à voir, une tornade n'aurait pas fait plus de dégâts. La tâche s'annonce ardue. Son regard s'éclaire, il se tourne vers moi : « OK, je t'aide si tu m'aides. – C'est pas très équitable Kévin. – C'est toi, tu m'as dit si je voulais partager un temps avec toi. (Il sourit). Ben c'est ça mon temps. Viens, on range ». Et nous voilà à quatre pattes en train de récupérer qui un jeton, qui un as de cœur, qui une fiche d'un navarin d'agneau. Il me tend la fiche de la recette du perdreau en gibelotte : « Tu vois, ça aura servi à quelque chose de les jeter, si on les donne à Françoise, peut-être qu'elle fera mieux la cuisine ». Et il rit. Il rit si fort qu'il n'arrive

plus à s'arrêter. Il s'accroche à moi et essaie de reprendre son souffle. Dès que ça se calme, il repart de plus belle. Je m'esclaffe moi aussi. Il pleut des rires.

XIII.9 La clinique de l'invisible : Abdel alias The Sentinel

Abdel est veilleur ici depuis 2 ans. Les nuits sont tranquilles à l'ITEP, si ça chauffe c'est avant le coucher ou le lendemain, au moment de partir au collège. Au milieu, pas grand-chose : entre les doses de traitement, leur état de relâchement après une journée de tension et leur besoin en sommeil... Ils « soufflent les pois » sévère comme dit la maîtresse de maison. Ne me demandez pas l'origine de cette expression. Abdel aime arriver à l'avance, on s'est bien trouvés lui et moi : ancien universitaire, polyglotte fondu de littérature, de polars, d'*Heroic fantasy* et de sujets de société ; quand je suis seul je peux rester jusqu'à pas d'heure à m'abreuver de ses paroles. Mais en plus de ça, Abdel à un pouvoir magique : une oreille avec des yeux. Le bureau des éducateurs est en bas, au pied de l'escalier, les chambres des adolescents sont à l'étage. Et lorsqu'une porte s'ouvre, elle grince. Et c'est là où Abdel entre en action : dès qu'une porte s'ouvre, depuis le bureau des éducateurs, il reconnaît quelle chambre c'est : « Cali ! Qu'est-ce que tu fais ? – Je vais faire pipi Abdel ». Impressionnant ! Imaginez-bien que j'ai déjà testé ses facultés : quand une porte grince, il me lâche un prénom et je beugle « Felicio, qu'est-ce tu fous, il est 22h15 ? – Rien, rien ! » et la porte se ferme. 100% de réussite.

Et moi, je me régale, j'ai téléchargé le générique de la vieille série *The Sentinel*, à chaque fois qu'il reconnaît l'origine du grincement, je lance le générique : « Dans toutes les cultures tribales, chaque village avait une sentinelle. Cette sentinelle était choisie en fonction de ses particularités génétiques. Son acuité sensorielle était développée au-delà des facultés connues. Les mois que le veilleur Abdel a passé dans la jungle du Pérou ont un rapport avec ce qu'il vit aujourd'hui. On a découvert des centaines de cas possédant un ou deux sens hyperdéveloppés, mais aucun n'a jamais montré comme lui un tel développement des cinq sens. Il est le seul. Il est unique »⁸¹⁴. Non seulement cela réduit ses montées et descentes des escaliers – en dehors de ses rondes -, mais il a appris à reconnaître les grincements inhabituels, ceux des adolescents qui devraient déjà être en train de dormir. Alors, à ce moment-là il monte. Sinon, il sait que c'est une pause toilettes,

⁸¹⁴ J'ai changé le nom du héros, évidemment. Voir le générique ici : <https://www.youtube.com/watch?v=clABE-iyCmM>

et il ne dit rien. Mais attention quand une porte grince deux fois différemment, c'est qu'un ado est entré dans une autre chambre et ça c'est interdit, Abdel n'aime pas ça. Les jeunes le savent désormais, alors quand ils ouvrent une porte, même quand ils s'appliquent à faire le moins de bruit possible, ils chuchotent « je vais faire pipi Abdel ».

Mais ce matin quand j'arrive, je vois Abdel, l'air soucieux. Je lui demande s'il s'est passé quelque chose cette nuit. Pire. « Quelqu'un est venu huiler les portes hier, elles grincement plus ». Punaise, c'est vrai. Je sais que Françoise la maîtresse de maison en avait marre de ce boucan et avait demandé à l'agent technique d'y remédier. Ça ne m'avait même pas effleuré l'esprit qu'Abdel perdrait son pouvoir magique. Cela l'oblige à une vigilance exacerbée. Il a délaissé le bureau des éducateurs pour migrer dans la salle de veilleur/pharmacie où il fait plus chaud, où la lumière est moins agréable, et où il n'y a pas d'ordinateur. C'est pas grave nous dit Abdel avec un sourire un peu forcé, y a plus qu'à attendre que l'huile ne fasse plus son effet et que les portes se remettent à grincer. Françoise a tenu à présenter ses excuses à Abdel qui l'a rassurée en disant qu'il comprenait, et elle a elle-même demandé en réunion à ce qu'on ne touche plus aux portes pour stopper les grincements. Le directeur-adjoint prend la chose au sérieux et concède qu'il n'est pas assez attentif à ce genre de détail. Comme quoi dit-il : « c'est peut-être vrai : un battement d'ailes de papillon à Tokyo peut provoquer un cyclone au Brésil » !

XIII.10 Le faillible et l'incertain

XIII.10.1 L'échec : Habib, celui qui ne parle pas

Nous sommes en juillet, la fin de l'année à l'ITEP approche, c'est la période où l'on accueille les « nouveaux ». Aujourd'hui, c'est au tour de Habib. Il y a déjà 2 « anciens » sur le groupe qui patientent avant de partir faire les courses, les conditions sont idéales pour une première immersion en ITEP. Le secrétariat appelle, la maman de Habib et Habib sont arrivés, je les rejoins en salle d'attente. En montant l'escalier, je ne vois que la mère jusqu'à arriver aux dernières marches et qu'Habib apparaisse. Il est minuscule. « Mais il a quel âge ? » je me demande alors que l'information m'a été donnée une bonne demi-douzaine de fois. Il est accroché au pantalon de sa mère et fourre sa tête contre sa hanche, en espérant disparaître sûrement. Je les salue, l'enfant ne répond pas, la mère me

dit bonjour et demande à son fils d'arrêter de faire le bébé. Elle paraît gênée, son fils ne semble pas avoir envie de la lâcher. Elle parvient à le décoller et lui dit que ce n'est que l'affaire d'une heure ou deux et que ça va aller. Elle lui dépose un baiser sur la tête et, après un au revoir, nous voilà seuls dans la salle d'attente. Habib fuit mon regard. Je l'invite à me suivre sur l'unité de jour. Il passe devant et marche en collant son dos sur les murs, exercice difficile dont il se sort avec brio, ce doit être une habitude. Devant la porte il s'arrête, je la lui ouvre et il continue ses pas chassés. Je lui propose un jus de fruit ou un chocolat chaud. Pas de réponse. Je lui propose de faire le tour du propriétaire. Pas de réponse. Pas de regard non plus. Il fixe le sol. Ça va être long cette affaire d'une heure ou deux...et c'est sur moi que ça tombe. J'assure quand même la visite des locaux en ponctuant ma présentation d'une blague ou deux qui font flop. Un jeune du groupe arrive en courant « j'ai oublié mes baskets ! », il passe devant Habib et revient sur ses pas : « Salut, je suis Erwan, tu t'appelles comment » ? Habib essaie de s'enfoncer dans le mur, il secoue la tête. Silence. Erwan me lance un regard interrogateur. Je lui souris. « Bon ben, à plus ! » et il retourne dehors. J'invite Habib à me suivre jusqu'au bureau, il me suit à la trace. J'ai l'impression d'être une poule suivie par son poussin. Je lui propose de s'asseoir, il secoue la tête. J'essaie d'engager la conversation pour au moins entendre le son de sa voix. Tout mon répertoire de « Engager la discussion pour les nuls » y passe : Cristiano Ronaldo – il a le jogging du Real Madrid -, *Fortnite*, les animaux de compagnie, les frères et sœurs, les repas préférés, le débat « plutôt *Squeezie* ou *Tibo In Shape* ? », le dernier film ou la dernière série visionnée... Au moment où je m'apprête à le lancer sur « chocolatine ou pain au chocolat », je sors ma botte secrète : « tu veux grignoter quelque chose ? Chocolat ? barre céréale ? *Oréo* ? ... », notre armoire à goûter est plus remplie que le traîneau du Père Noël. Pas de réponse. Je lui sors quand même quelques biscuits que je pose devant lui sur la table. Il s'assied et fixe les gourmandises. Personne ne peut résister à l'appel du sucre, pas même toi, Habib !

Mais il faut croire que si. Il reste mutique et ne touche pas à l'*Oréo* qui lui fait de l'œil. Je deviens un peu plus sérieux du coup. « Je comprends que ce soit difficile d'être parachuté dans un lieu inconnu avec des inconnus, mais ce serait bien que tu communique, que tu me parles sinon ça va être compliqué et le temps va être long ». On sort et on marche au city-stade qui est attenant à nos locaux. Je lui fais une passe. Le ballon rebondit contre son pied et va mourir à quelques centimètres de lui, sans qu'il ne réagisse. Je soupire. Je lui ouvre notre cabane à jeux, sort une trottinette, il secoue la tête et s'éloigne de quelques mètres. Même lorsqu'il secoue la tête j'ai l'impression qu'il ne

communique pas. Comme si c'était un réflexe ou un mouvement pour rester alerte. Le malaise commence à poindre. Jamais de ma carrière je n'ai été à ce point en difficulté. La plupart des premières fois à l'ITEP se déroulent relativement bien, on sort le grand jeu, les jeunes sont plus ou moins à l'aise, certains ne parlent pas mais sont en interaction avec les adultes ou leurs camarades. J'ai eu droit aux pleurs, aux adieux déchirants au moment de quitter les parents, à la casquette vissée sur la tête sans qu'on voie les yeux de toute la matinée, à des grossièretés – rarement -, et même à quelques « c'est ici que je veux habiter ! » - on en reparlera dans un mois. Mais rien de la sorte. Jamais un gamin, apeuré, sur le qui-vive, à tout refuser, ou à ne rien pouvoir accepter, et collé aux murs. Je pense au rappeur Youssoupha et à ses paroles « Je suis tellement dos au mur que ma colonne vertébrale est en ciment »⁸¹⁵. La sienne pas encore, mais je suis convaincu qu'il se sent acculé. Je médite sur mon impuissance pendant qu'Habib fixe la pelouse synthétique quand ma collègue psychologue arrive. Délivrance. « Bonjour, je suis Sophie, la psychologue, nous avons prévu de nous voir, comment vas-tu Habib » ? Il lui tourne le dos, elle me regarde, je cligne des yeux en morse. S-O-S. Aide-moi. Elle lui propose de la suivre jusqu'à son bureau ou de marcher un peu s'il préfère. Pas de réaction. Je dis à Habib que le bureau de Sophie est chouette, qu'il y a plein de jeux et de trucs cools à faire, qu'il me suive. Sophie part devant, je suis derrière avec Habib sur mes talons, le poussin ne se laisse pas distancer. Arrivé là-haut, la psychologue propose à Habib que je reste s'il préfère. Il secoue la tête. Je sors, peut être que cette fois il a dit non de la tête. Sophie me dira plus tard qu'il a secoué la tête plusieurs fois dans l'entretien sans qu'elle en comprenne le sens.

Dix minutes plus tard, la psychologue revient, j'ai bouloché tous les biscuits que j'avais sortis pour Habib et je joue désormais au *Uno* avec un adolescent du groupe. À voir la mine de Sophie, je comprends qu'il n'a pas décroché un mot. Il reste debout contre le poteau du salon malgré nos invitations à jouer. À 11h, je me dis que ce sera finalement l'affaire plutôt d'une heure que de deux. Je dis au garçon que je le ramène chez lui. Il va se mettre à l'arrière et boucle sa ceinture. Je conduis, lance quelques phrases qui ne ricochent pas. À quelques rues de notre destination, je dis à Habib que je vois à peu près où il habite avec sa mère mais que là je suis un peu perdu. On patiente à un feu rouge. « À droite après ». Il parle. Je peux éliminer mon hypothèse de l'extinction de voix. Tu parles, il est dans une telle insécurité qu'il préfère encore me parler, quel qu'en soit le

⁸¹⁵ Youssoupha (2007). *Éternel recommencement*. Bomayé Musik.

coût que passer plus de temps en voiture avec moi. « Après à gauche. – Je suis content d’entendre le son de ta voix Habib. - ... ». « Après le feu c’est à droite – Où ça ? – Là. – Là derrière la poubelle ? – Là. OK ». Je m’arrête, il sort de la voiture et marche jusqu’à la porte de l’immeuble. Il sonne et fixe la voiture. J’attends qu’il soit entré avant de partir, forcément. C’est long, il patiente dos à la porte jusqu’au bip. Il disparaît dans le hall. Je démarre et reprend la route, sans savoir que ce seront là les seuls mots que nous adressera Habib durant toute sa prise en charge.

XIII.10.2 Le risque : Landry l’ultra bordelais

Landry frappe à la porte déjà ouverte du bureau et sans attendre de réponse, s’approche à quelques centimètres de moi, il croise les bras, souffle et lance : « Alors ? ». Je retiens un sourire. Je croise les bras à mon tour, pousse un long soupir, et regarde dans la même direction que lui, silencieux. Nous voilà debout, côte à côte, regardant droit devant nous et nous jetant des regards en biais. « Tu te moques de moi ? – Oh, non, j’oserais pas ! – C’est ça ouais... ».

Landry, c’est un peu la mascotte de l’unité de jour et je le précise d’emblée : sans que ce soit péjoratif. Il a 17 ans et demeure toujours sur le groupe des 11-14 ans. Il était là avant que j’arrive et comme dit Dadou, la maîtresse de maison « Si Dieu veut, il partira avant ma retraite » ...qui est dans quatre ans, précisons-le. Tout le monde à l’ITEP connaît Landry : son mauvais caractère, ses bizarreries, son âge, son amour pour le football et les films Disney. Landry est autiste, enfin, pas officiellement - on est en ITEP quand même -, et est arrivé ici en 2009 pour ne plus bouger du groupe accueil. Tout le monde s’est attaché à ce grand dadais brun, tout palot, qui adore passer du temps à discuter de ses passions avec les professionnels. Quand il entre dans le secrétariat, chaque salariée arrête ce qu’elle est en train de faire, pose son stylo ou le téléphone et accueille Landry comme il se doit en se préparant à répondre aux immuables mêmes questions : « Tu as vu le match hier ? » - si les Girondins de Bordeaux ont joué - et « Tu as regardé un film à la télé hier ? ». La discussion a de grandes chances de finir sur une comédie musicale, sur le Roi Lion ou Pocahontas. Pour ma part, je me régale à médire dès que je peux de son équipe de football, avec tout ce qu’il faut de mauvaise foi : après tout, je viens de Toulouse, je

ne peux offrir au mieux, que du désintéret, au pire, que du dégoût pour l'équipe ennemie du derby du sud-ouest.

Landry a sa façon d'entrer en contact. Il fuit le regard de l'autre mais peut entrer dans la bulle de son interlocuteur en se rangeant toujours à ses côtés et en regardant dans la même direction que lui. Pas de distanciation physique pour Landry. Si l'on fait mine de ne pas l'avoir vu, il nous jette plusieurs regards de biais et s'il n'y a toujours rien, alors il toque du doigt sur notre épaule. Pour ne rien cacher, j'adore ce processus d'entrée en relation qui me fait penser à une parade d'un volatile plus ou moins disgracieux. Parfois, j'imites ses gestes ou je fais comme lui quand je veux lui parler, Mais qu'est-ce qui te prend allons ? me demande-t-il en se marrant quand j'agis par mimétisme. Ou comme aujourd'hui quand il est de mauvaise humeur, il ne trouve guère matière à rire. « Ils ont dit quoi alors ? – Landry, c'est cette après-midi la réunion, je t'ai dit que j'en parlerai et que je te ferai un résumé ce soir sur l'internet. – Bon, bon...mais tu insistes hein ? ». Et il attend, immobile. « Autre chose ? » je lui demande et il ressort de la pièce en bougonnant. Je m'assieds en soupirant – réellement cette fois-ci. Cet adolescent désire aller voir le match des girondins au stade Lescure dans trois semaines. Ils affrontent le modeste club chypriote de l'Apoel Nicosie en coupe de l'UEFA. Le souci, c'est que je sens déjà les réticences d'une grande partie de l'équipe à l'idée de laisser ce garçon se retrouver seul au milieu de tout ce monde. Car Landry a bien insisté sur ce point : « je veux m'y rendre seul et non accompagné, je suis grand, merde ». Fin de citation. Les grossièretés sont rares dans la bouche de cet adolescent, il ne les propose qu'à deux occasions : lorsqu'il est en colère et lorsqu'on le prend pour un tout petit. J'imagine que cette situation remplit les deux critères. Au stade, il y est déjà allé de nombreuses fois avec son père pour supporter Bordeaux. Là, il s'agit d'un jeudi, soir d'internat, ses parents sont d'accord si l'ITEP est d'accord. Et c'est là que le bât blesse. Pour ma part, j'y suis vraiment favorable et j'ai rallié les collègues éducateurs à cet avis ; en ce qui concerne la médecin psychiatre, la psychologue et l'infirmière, c'est pas la même limonade, comme dirait la maîtresse de maison.

Comme à chaque réunion, il n'y a pas d'ordre du jour, on énonce au début les points que l'on aimerait aborder « J'aimerais parler de Landry, si possible, et plutôt en début d'heure ». Trop de risques que cela passe à l'as au profit d'autres thématiques ou que l'on évacue la question en un minimum de temps parce qu'il serait 15h55. Ma requête est acceptée. Après avoir englouti une part de gâteau – sucre rapide, j'en aurai besoin -, je prends la parole quand tout le monde est assis. Je leur fais part de la demande de Landry,

rappelant comme c'est important pour lui d'aller voir son équipe favorite, qu'il a quand même 17 ans, qu'il va au collège tout seul, que ses parents sont partants et que l'équipe éducative aussi. Je vois bien comme le médecin psychiatre a levé ses sourcils jusqu'au plafond. L'infirmière secoue la tête. Je prends une deuxième part de gâteau. Le directeur adjoint estime que c'est une demande légitime mais qu'on n'a jamais fait ça pour un jeune de cette unité et que ce n'est pas rien comme sortie. Je réponds que Landry n'est pas un jeune comme un autre, qu'il a 17 ans, qu'il est toujours chez nous et qu'on n'a jamais fait ça non plus pour un autre garçon sans que cela pose de problème à personne. Le médecin psychiatre prend la parole à son tour : « Je rappelle quand même, à toutes fins utiles, que ce garçon est autiste, qu'il a de grandes difficultés et que l'envoyer dans pareil endroit me paraît insensé ». L'infirmière acquiesce, disant qu'elle comprenait le désir de Landry mais que vraiment, elle ne l'imaginait pas capable d'une telle aventure. Une éducatrice plaide pour tenter le coup, qu'au vu de ce qu'il montrait depuis plusieurs années, notamment dans sa quête d'autonomie, il avait prouvé qu'il était capable de nous surprendre. « En bien comme en mal. On se souvient que la lecture du Horla l'a quand même plongé dans un état d'angoisse profond à chaque fois qu'il ouvrait ce livre et que j'ai dû faire un certificat médical de contre-indication de la lecture du Horla à cette andouille de prof de français qui voulait coûte que coûte qu'il fasse comme tout le monde ». Tout le monde hoche la tête d'un air entendu. Oui je m'en souviens bien et j'avais trouvé ça tout à fait savoureux. Si seulement j'avais découvert cette possibilité au lycée, j'aurais pu échapper à l'Amant de Duras ou au Hussard sur le toit de Giono. Je voudrais dire que je suis dans le même cas, qu'il m'est impossible de voir un maillot de l'équipe d'Italie sans me replonger dans le désarroi de ce match perdu en finale, mais le regard perçant posé sur moi de l'infirmière m'empêche de m'aventurer dans cette comparaison douteuse. Alors je reprends une part de gâteau en faisant un geste du pouce à Dadou qui me regarde l'air de dire qu'elle a rien fait d'extraordinaire. Les échanges se poursuivent et je suis bien embêté pour essayer de convaincre tous mes collègues. En plus de la pression de Landry qui compte sur moi pour que tout le monde accepte sa demande, je vois bien que toutes les personnes autour de la table sont convaincues de penser pour le mieux de l'adolescent. Et qui plus est, ce n'est pas un garçon clivant comme cela arrive parfois, non, tout le monde y est attaché. La mascotte vous dis-je. J'insiste, il a beau être autiste il est quand même capable de faire plein de choses, qu'on le couve un peu trop, qu'il est majeur dans quelques mois, que si on ne tente pas le coup ici, qui va le tenter ? La maîtresse de maison prend la parole, c'est si rare, tout le monde fait silence. Elle ne dit rien sur la pathologie

de Landry, juste qu'il est venu la voir plusieurs fois et qu'elle a vraiment senti comme cette demande n'était pas identique aux demandes qu'il fait habituellement : « J'ai l'impression que c'est vraiment important pour lui ». Tout le monde est d'accord mais cela n'empêche en rien qu'au niveau de sa sécurité, il n'y aura personne pour veiller sur lui dans l'enceinte du match, qu'est ce qui se passe si cela dégénère ? Je mets le ho(r)la tout de suite « on se calme, il n'y a pas d'hooligan à Bordeaux ». La psychologue observe que le match finira après 22h, soit après la fin du service des éducateurs. Vivien intervient « Je ne vois aucun inconvénient à l'accompagner devant les barrières à 19h30 et à le récupérer à 22h10 devant ces mêmes barrières, je ferai une demi-heure d'heure sup' ». La psychologue me jette un regard interrogateur : « Non je ne travaille pas le jeudi soir et puis de toute façon, je serai au match avec des copains ». Tout le monde se retourne vers moi. « Non, ne comptez pas sur moi pour le prendre en filature pour voir si tout se passe bien. S'il y va, c'est seul dans l'enceinte du stade ». La discussion se poursuit, sans élément nouveau. Le directeur adjoint décide de s'en tenir là et qu'au vu des risques, il en parlerait au directeur d'établissement pour qu'il tranche.

À l'heure de l'internat, j'accompagne un jeune jusqu'au bureau de la psychologue et lorsque je redescends, le directeur m'invite à entrer dans son bureau : « Vous recrutez pour les ultras bordelais maintenant ? ». On rit. Il connaît la situation particulière de Landry et on discute de sa demande. Il entend les réticences de l'équipe mais se dit qu'il y a un coup à jouer, mais quand même 17 ans et demi dans un stade ce n'est pas rien. Je le concède mais rappelle que le Stade Chaban Delmas n'a rien de la Bombonera⁸¹⁶ et que les UB87 n'ont rien des Irréductibles⁸¹⁷ de la Lazio de Rome. Je lui dis que selon moi, ça se tente si on borde bien la sortie. Il me demande « pouvez-vous m'assurer qu'il ne peut rien se passer ? » et il se reprend tout de suite « non... bien sûr que non ». Puis il réfléchit silencieusement. « Bon, c'est OK. On y va. Si on peut pas faire ça pour un Landry, on peut rien faire pour personne. Vous vous occupez de voir avec les parents, de briefer Landry et de faire les trajets les plus serrés possibles ». Je le remercie, à vrai dire, je pensais qu'il refuserait, j'imaginai déjà la réponse : « Non c'est trop risqué ».

Sur le groupe, je retrouve Landry, qui me regarde du coin de l'œil dès que j'entre dans la salle. Je ne le fais pas mariner plus que ça « ils ont dit d'accord en réunion, Landry, tu vas voir le match des girondins dans trois semaines », il saute de joie me prend par le cou en

⁸¹⁶ Stade mythique du club argentin de Boca Juniors connu pour ses ambiances folles.

⁸¹⁷ Groupe ultra du club italien de Lazio de Rome (*Irreductibli*) connu pour être affilié à l'extrême droite et aux partis fascistes.

hurlant. J'imagine que ces cris gutturaux sont le signe d'un vif plaisir. On organise la semaine suivante le déplacement jusqu'au stade. Coup de fil aux parents qui sont très contents et repérage des lieux du stade. Je m'y colle, paraît que je suis le référent sport. Landry met de la mauvaise volonté pour faire le repérage avec moi « je suis plus un gamin » mais dès qu'on arrive sur les lieux, non seulement il est très à l'aise et maîtrise parfaitement la localisation, mais il ponctue en plus la balade d'anecdotes des matchs passés. Je réalise qu'il est en train de me faire visiter les alentours de Chaban Delmas. Le plan est clair : un éducateur l'amène jusqu'à la porte du stade et l'attendra à l'épicerie au coin de cette même porte sitôt le match terminé.

Le jour même je reste un peu plus tard avec Landry pour les derniers préparatifs. Nous sommes allés ensemble acheter de quoi faire le sandwich de match, le fameux pain de mie thon mayonnaise tomate qu'il s'enfile à chaque mi-temps « toujours le même sandwich : un jour on avait oublié le jambon, donc on a changé pour du thon qu'il nous restait. Hé ben crois-le ou non, Bordeaux avait gagné ce soir-là. – Et ça marche à chaque match je présume ? – Pas vraiment ». On discute des compositions probables, il sait que je vais au match moi aussi, a priori, on est dans le même virage, celui à l'opposé de la tribune ultra : plus calme et plus facile d'accès. Je le quitte au moment où il me demande quelle écharpe il met, la bleue ou la blanche. Je l'invite à choisir celle qui sèche le mieux les larmes. Ses invectives me suivent jusqu'à la porte, « peut-être à tout à l'heure ».

Me voici au match avec un ami fan des girondins. Le match n'est pas le plus engageant mais à la mi-temps, le score est de 1-1. Pendant mes phases d'ennui, en partie dû à la médiocrité du jeu proposé, je me surprends à observer le virage pour voir si je ne vois pas ce grand échalas de Landry. Punaise, j'aurais dû lui dire l'écharpe blanche, ils ont tous la noire ce soir. Pendant que l'on se dirige très tranquillement vers un match nul contre le club chypriote, je poursuis mon travail de sape auprès de mon camarade d'infortune en me moquant du club bordelais. Karma, diront certains, car à la 90^e minute, le défenseur brésilien Henrique marque d'un coup de tête rageur sur corner. Le stade exulte quand soudain, j'entends un cri que je reconnaîtrai entre mille. 20m en dessous de nous, je vois Landry en train de sautiller sur place en agitant son écharpe noire au-dessus de sa tête et en tapant dans les mains des supporters les plus proches de lui. Le coup de sifflet final intervient quelques minutes après cette explosion de bonheur. Je vois Landry qui regarde sa montre et qui continue de chanter avec les supporters. 5 minutes après, nouveau coup d'œil à la montre et le voilà qui se lève et quitte sa place. Nous partons aussi et en sortant de l'enceinte du stade, j'aperçois Landry qui rejoint Vivien, ça mouline de l'écharpe. J'ai

une pensée compatissante pour mon collègue qui va avoir droit à un résumé bruyant du match pendant le trajet retour jusqu'à l'ITEP. Le lendemain matin, j'arrive 5 minutes avant pour croiser « fortuitement » Landry avant qu'il ne prenne son bus pour le collègue. Je le retrouve au portail du bâtiment. On débriefe un instant le match et il lâche avant de partir « je vais demander un financement de l'abonnement au stade au directeur ». Et il s'en va avec sa démarche maladroite. Je crois qu'il était sérieux quand il a dit ça.

Chapitre XIV. Les grands témoins

XIV.1 Regards d'un demi-siècle au service de la clinique

Dans notre phase exploratoire, nous avons entrepris une revue de littérature sur la clinique de l'éducation spécialisée à travers ses maîtres à penser. Il nous a paru d'un intérêt certain d'aller à leur rencontre pour discuter, de nos jours, des enjeux contemporains de cette clinique. Nombre de ces auteurs étant décédés, le choix s'est retrouvé relativement simple : Joseph Rouzel et Philippe Gaberan se sont imposés à nous comme les interlocuteurs logiques. Il subsistait néanmoins un doute sur l'identité de la troisième personne ; il nous a semblé en effet à propos de faire intervenir un autre auteur dans cette démarche afin d'amener du tiers dans la dyade Rouzel/Gaberan. Le choix s'est avéré plus complexe dans la mesure où, à notre sens, si de nombreux penseurs ont écrit et écrivent encore, personne n'avait l'importance ni les références des deux auteurs précités. Nous avons fait part de notre interrogation auprès de nos collègues de travail – qu'ils soient praticien, formateur ou chercheur –, afin de voir si un consensus émergeait chez eux. La réponse est clairement négative. Outre les propositions parfois éloignées de notre champ de recherche propre tels que Michel Chauvière, Marcel Jaeger, etc. – tous étant d'importants penseurs du travail social, mais moins incontournables sur le sujet de la clinique éducative –, inadaptées d'un point de vue méthodologique – Sébastien Ponnou faisant partie de notre direction de thèse, les biais seraient trop nombreux malgré son apport à la clinique d'orientation psychanalytique dans le champ de l'éducation spécialisée –, de nombreuses propositions nous ont paru pertinentes, parmi lesquelles, sans exhaustivité : Jean-François Gomez, Saul Karz, Philippe Chavaroche, Xavier

Bouchereau, etc. Notre volonté n'étant pas de redémarrer un cycle d'entretiens étendu, nous avons ajouté un critère de « sélection » : une présence accrue dans les références de notre travail de thèse, autrement dit, à celui que nous aurions le plus cité et donc plus proche de notre thématique. À ce jeu-là, c'est Philippe Chavaroche qui l'a emporté et, concédons-le sans honte, sa proximité géographique a, dans une certaine mesure, pesé dans notre choix final.

Nous avons donc procédé à des entretiens semi-directifs d'environ 1h durant le mois de novembre 2023, en présentiel avec Joseph Rouzel (Montpellier) et Philippe Chavaroche (Bergerac), et en visioconférence avec Philippe Gaberan (qui réside à Lyon). L'idée force consistant à les faire parler de la clinique au regard de leur parcours et de leurs thématiques de recherche, nous les avons qualifiés de « grands témoins » du fait de leur certain âge – ou de leur « âge certain » comme avait plaisanté l'un deux – et de leur regard accompli, leurs premiers travaux ayant été publiés il y a plus de 30 ans dans les années 90, leur premier poste d'éducateur spécialisé datant lui des années 1970. Ainsi donc, la consigne était claire : qu'ils témoignent de leur place de la trajectoire de la clinique dans notre champ depuis un demi-siècle. Pour ce faire, nous nous sommes orientés autour de deux questions générales ayant pour sujet :

- Dans notre contexte actuel, qu'est-ce qui pourrait limiter ou favoriser la clinique ?
- Au vu de nos résultats de recherche, comment expliquer ce refus des éducateurs spécialisés de se reconnaître comme cliniciens ?

Bien évidemment, durant ces entretiens, nous avons été amené à évoquer notre sujet de recherche ainsi que les résultats temporaires que nous avons recueillis. Nous n'avons pas fait l'économie d'aborder notre volonté finale : celle de proposer des concepts opératoires spécifiques de la clinique de l'éducation spécialisée en vue d'en caractériser sa spécificité. Le contenu de ces discussions a été riche et ces penseurs se sont finalement peu attardés sur cette volonté précise, mais plutôt sur le destin de la clinique en contexte néolibéral.

Une question méthodologique a fait jour quant au traitement de ces entretiens. Devions-nous en présenter les résultats comme nous l'avions fait pour ceux des éducateurs spécialisés ? Notre crainte était d'une redite de tous les aspects que nous avons pointés précédemment, rendant leur lecture redondante. D'autre part, ces trois « grands témoins », à la différence des éducateurs, sont rompus à ce genre d'exercice et arrivent plus facilement à structurer leur pensée et à la verbaliser sur cette thématique. Nous avons

donc pris le parti de proposer au lecteur une lecture complète de ces échanges, retranscrits en verbatim, plutôt qu'une nouvelle synthèse et mise en annexe. L'ordre d'apparition des « grands témoins » est chronologique, c'est-à-dire du premier qui a été interviewé au dernier à avoir été interrogé. Terminons là-dessus par une sorte de sommaire à ces entretiens :

- Ces trois penseurs sont très inquiets quant au devenir de la clinique dans le contexte économique, social et politique qui l'attaque et l'affaiblit.
- Leurs constats - le plus souvent partagés – sur la situation les amènent à une légère dose d'optimisme quant aux possibilités d'une clinique ragaillardie.
- La formation des travailleurs sociaux impacte directement leur incapacité à se considérer comme cliniciens.
- La consolidation et la (re)mise en sens du « vocable » / « vocabulaire » / « lexique » de l'éducation spécialisée est devenue une priorité.

XIV.2 Joseph Rouzel : Le travailleur soucieux ⁸¹⁸

FC : Pensez-vous qu'il existe une clinique spécifique au travail social ?⁸¹⁹

JR : J'allais dire oui et non. On ne doit pas oublier que l'on doit la structure de la clinique aux anciens médecins grecs. Je rappelle toujours l'étymologie : que faisaient les *Klinikoi*, les cliniciens, il y a 2500 ans ? Cela consistait à s'incliner. C'est le même radical, « s'incliner », « Klin » : s'incliner sur le lit où le malade était allongé du fait de la maladie, des vacheries de la vie. Et je trouve que cette définition princeps, qui est dans la racine du mot, vaut pour le médecin, parce qu'il y en a quelques-uns qui ont oublié que le travail de la médecine c'est d'abord une rencontre humaine. D'abord rencontrer l'autre là où il souffre - sinon on ne peut pas faire un acte médical. Et puis petit à petit, cela a irrigué d'autres professions, notamment la psychologie et le travail social. Donc je dirais que la

⁸¹⁸Du nom qu'il donne au travailleur social : Rouzel, J. (2018). Les travailleurs soucieux... *Empan*, 109, 82-89.

⁸¹⁹ Nous avons commencé l'entretien en demandant à notre interlocuteur de se présenter. Nous nous sommes rendu compte après quelques minutes que l'enregistreur vocal n'avait pas démarré. Nous avons donc pris le parti de ne pas repasser la question et avons préféré démarrer là où la retranscription avait débuté.

clinique, c'est la clinique, c'est une clinique de la rencontre. Alors ensuite, qu'est-ce que chaque professionnel va faire que cette rencontre humaine, sous transfert, -ce n'est pas spécifique à la psychanalyse de transfert-, qu'est-ce qu'un professionnel va faire dans le champ d'intervention qui est le sien ? Évidemment, un éducateur ne va pas faire le médecin. Donc les actes qu'il a à faire sont dépendants de cette rencontre humaine. C'est pour cela que je dis à la fois, oui il y a quelque chose qui est spécifique, du fait du boulot de l'éducateur. Vous avez été vous-même éducateur, il s'agit d'abord d'élaborer des dispositifs de médiation, quels qu'ils soient : faire de la varappe sur les rochers, participer au soutien scolaire, partir au fin fond du Maroc comme ce jeune éducatif que j'ai vu il n'y a pas longtemps, qui est parti avec une gamine dont personne ne voulait plus, etc. C'est à dire créer un espace dans lequel on va se rencontrer et où les effets de transfert vont avoir lieu. Tout ça, c'est assez spécifique aux éducateurs. La clinique éducative est dans ce champ-là, créer un lieu dans lequel on va faire des choses ensemble. Si on oublie ça, on ne fait plus d'éducation. Donc ça c'est spécifique. Mais ce qui n'est pas spécifique, c'est que la clinique, elle a la même structure que dans d'autres professions, que l'on soit médecin, enseignant, éducateur, psychologue, etc.

FC : Et cette dimension spécifique concerne tout aussi bien la clinique psychanalytique, la clinique sociologique, la didactique clinique et d'autres disciplines.

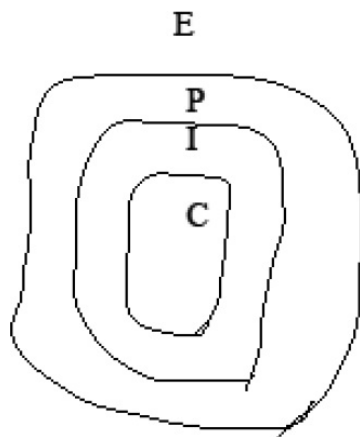
JR : Oui, tout à fait. C'est pour cela que je dis que c'est ce que chaque professionnel va faire de cette rencontre clinique dans le champ qui est le sien. Moi, en tant qu'analyste, j'en fais ce que j'ai à en faire. Le but de la psychanalyse, ce n'est pas le but du travail éducatif ou du travail social. Encore que, comme dit Freud dans la préface d'Aichhorn, cela converge vers la même intention, vers la même cible, bien qu'avec des moyens et des entrées différentes.

FC : Effectivement, pour moi, c'est un texte fondateur de ce que peut la clinique appliquée ailleurs qu'à la psychanalyse, dans le champ de l'éducation.

JR : Tout à fait.

FC : Et pour en venir à des enjeux plus contemporains, selon vous, qu'est-ce qui pourrait limiter ou favoriser cette clinique dans le travail éducatif aujourd'hui ?

JR : J'avais fait il y a plusieurs années un schéma de poupées gigognes.



(Rouzel, J. (2018). « Chapitre 9. Éthique », *Op cit.* pp. 177-213.)

En mettant au sommet dans le cercle extérieur la question de l'éthique (E) – éthique au sens large, c'est-à-dire quelle représentation on se fait de l'être humain. Ensuite, en descendant d'un cran, on est dans les politiques sociales (P), c'est à dire l'application d'une forme éthique, quelle qu'elle soit. Quand on redescend encore, on trouve la question institutionnelle (I) et enfin, la question clinique (C), qui est au donc au centre. On ne peut pas penser la question clinique sans ces enrobages institutionnels, politiques et éthiques. Il est clair que le monde contemporain marque profondément l'éthique, autant des travailleurs sociaux que des psychanalystes : il ne faut pas, faut pas rêver quoi, on est dans un monde assez particulier...

FC : Un monde particulier, ça se traduirait comment ?

JR : Cela se traduit par le mot capitalisme pour aller vite, ou le néolibéralisme si vous préférez, c'est-à-dire que tout ce qu'on fabrique sur terre est réduit à l'état de marchandise. Marx appelait ça le fétichisme de la marchandise, ce qui était assez visionnaire parce qu'on y est quand même jusqu'au cou aujourd'hui. Cela veut dire que la clinique vient elle-même subvertir cette dimension de marchandisation parce que c'est forcément une position politique de subversion.

FC : Et depuis toutes ces années, de votre place de psychanalyste, de formateur, d'intervenant parmi les équipes, concrètement, comment vous avez ressenti ça?

JR : Au fur et à mesure... j'ai un certain âge, bientôt 75 ans, donc j'ai vu les choses bouger petit à petit, y compris dans les formes que prend, par exemple, la vie institutionnelle. Quand j'étais éducateur, Saint Simon était un haut lieu de la psychothérapie institutionnelle, on avait des rencontres avec Tosquelles, avec Dolto, ça bouillonnait. Le fer de lance, c'étaient les réunions d'équipe, les réunions cliniques. C'est à dire que le travail se faisait non seulement avec les jeunes qui étaient accueillis - psychotiques pour la plupart -, mais aussi à partir d'un travail d'élaboration permanent. Et on a vu tout cela se réduire petit à petit ces espaces de construction de la clinique comme peau de chagrin au profit d'histoires d'organisation, etc. C'est mon avis, je n'ai pas fait d'enquête là-dessus mais un peu partout on voit la même chose : les conditions pour que la clinique soit vivante, c'est-à-dire élaborer en collectif ce dans quoi on est pris, comme le transfert avec tel jeune ou telle famille, ça c'est non seulement réduit, mais y a des endroits où ça n'existe même plus. En expliquant que ce n'était pas rentable. Parce que, oui, il y a un impératif de rentabilité, de faire du fric, faire en sorte que ça coûte moins cher, que la boîte tourne, il faut remplir les tableaux de « je sais pas quoi »... Tous ces espaces de construction de la clinique se réduisent les uns après les autres. Mais c'est toute la question de la fonction de la parole dans notre société moderne hein ? Mon ami, Claude Allione a écrit un beau bouquin là-dessus en 2013 : *La haine de la parole*⁸²⁰. J'avais trouvé ça un peu fort au début et je me suis dit par la suite qu'il n'avait pas forcément tort. Donc tous ces espaces de parole d'élaboration- et je parle pas des espaces de construction de planning, ils existent encore-, ces espaces dans lesquels on va se confronter, parfois s'affronter, disparaissent les uns après les autres.

FC : Et dans ces quelques espaces d'élaboration qui se réduisent à peau de chagrin, il faudrait faire face à quelque chose de l'ordre de la rentabilité du symptôme...

JR : Absolument. Et encore, peau de chagrin, il y a des endroits où il n'y a rien du tout, je le répète. J'interviens en supervision dans un foyer de l'enfance, c'est le seul espace qui reste ! Alors on fait ce qu'on peut, mais ça ne suffit pas.

FC : Et face à l'influence du modèle capitaliste, dans ses ambitions économiques, philosophiques, politiques, pour tous ces professionnels, qu'ils soient éducateurs ou

⁸²⁰ Allione, C. (2013). *La haine de la parole*. Paris, les liens qui libèrent.

directeurs d'établissement, est-ce qu'il y a encore une possibilité de lutter pour que ces espaces cliniques ne disparaissent pas ?

JR : Je pense que oui. On termine un numéro de la revue VST sur la thématique de la désaffection des métiers de l'humain, pour rester autant dans le champ de la santé, que de l'éducation spéciale, du travail social, etc. On a reçu assez de matière pour en faire 2 numéros ! Du coup le premier se rapportera aux constats, qui sont les mêmes partout, mais dont on essaiera de détailler les entrées : pourquoi ça va mal ? Pourquoi les travailleurs sociaux ou de la santé vont mal ? Et il y a eu de nombreux écrits qui disent comme ça va mal mais comment, en même temps, on se relève les manches, on bagarre, on crée des collectifs, etc. Et ça, ça nous a surpris, on pensait que ça allait beaucoup tourner autour du constat de la désaffection du métier et en même temps, on voit qu'il y a quelque chose dans ces métiers qui fait résistance, et qui s'appelle la clinique. Ça, ça sera le contenu de notre second numéro. Il y a dans ces métiers quelque chose qui fait résistance et ça, c'est la clinique. Ça me fait penser à la belle expression qu'avait eu mon ami Michel Chauvière dans un texte pour *Lien Social* : la clinique, c'est « le môle de résistance du travail social »⁸²¹. Le môle de résistance...vous savez, ce qui est construit à l'entrée d'un port pour le protéger des vagues trop fortes. Un brise-lame finalement. Et je trouve la métaphore particulièrement intéressante.

Il y a donc des gens qui bagarrent partout. Ici aussi on n'arrête pas de bagarrer : dans le centre de formation Psychasoc, ou dans mon cabinet qui n'est pas un lieu de résistance collective mais plutôt un lieu pour soutenir la résistance des sujets. Pour soutenir le symptôme aussi, qui est un mode de contestation de l'espace social dans lequel on pourrait écraser le sujet sous telle et telle injonction. Marie-Jean Sauret, qui est un ami, avait fait un texte magnifique : *L'effet révolutionnaire du symptôme*⁸²². C'est exactement ça ! Qu'est-ce qu'on fait en analyse si ce n'est soutenir les gens avec leur symptôme, pour qu'il les fasse moins souffrir et que cette force vivante, parce que c'en est une, cette force de résistance permette au sujet d'avancer dans sa vie comme il l'entend avec les soins qui sont les siens ? C'est pour ça que la question du symptôme, autant subjectif que social, elle est fondamentale. Donc, ce qui fait symptôme aujourd'hui, c'est aussi que ça manifeste des formes de résistances.

⁸²¹ Chauvière, M. (1999). « La sphère clinique du social ». *Op. cit.*

⁸²² Sauret, M. (2008). *L'effet révolutionnaire du symptôme*. Toulouse, Érès.

FC : Je vous rejoins là-dessus, cela avait fait l'objet d'un article qu'on avait publié en 2022 avec Guillaume Daraignez chez vous à Psychasoc⁸²³ sur le rapport au symptôme dans notre société et la crise de signifiante dans les métiers du social. On avait essayé de montrer comment la politique du symptôme et la vision du sujet qu'ont les éducateurs pouvaient s'entrechoquer avec celles des organismes de tarification et de tutelle (ARS, Département, etc.) et s'avérer parfois totalement antagonistes.

JR : Tout à fait, et ça c'est quand même un point de contradiction qui n'est pas facile à soutenir d'ailleurs.

FC : Et de là, on pourrait poser la question : est-ce qu'aujourd'hui nous sommes passés des paradoxes du travail social, comme les a décrits Michel Autès en 2005, à de réels antagonismes ?

JR : Alors, est-ce que ce sont des antagonismes, est-ce que c'est une aporie comme disaient les vieux grecs ? Est-ce que c'est un espace de contradiction ? Une mise en tension du contraire ? Ce sont des questions réellement complexes.

FC : L'avantage que je vois au concept d'antagonisme, c'est la dimension binaire à ce stade ; c'est-à-dire que lorsque deux idéologies - en l'occurrence deux façons de voir l'humain - se font face, il reste peu d'alternatives : se soumettre ou résister.

JR : Oui mais je pense que l'alternative peut se poser autrement : il ne s'agit pas de se soumettre mais de résister tout en continuant d'occuper sa place, et c'est ça qui est complexe. Parce que se soumettre en se disant juste « on continue de faire son job »... c'est pour cela que je parlais de subversion : comment continuer à occuper les espaces éducatif, scolaire, psychanalytique dans une position subversive ? Et la position subversive, c'est avant tout subvertir le discours du maître ! Et la chance qu'on a, c'est que la structure du langage permet qu'aucun mot n'ait un sens unique. J'ai beaucoup travaillé avec les éducateurs sur l'évaluation. On sait que pendant longtemps ça a résisté : « il y a de l'indicible, c'est compliqué à évaluer, la relation » etc...alors je leur ai dit : « on va enfourcher le cheval. Vous voulez qu'on fasse de l'évaluation ? On va en faire.

⁸²³ Clouse, F. et Daraignez, G. (2022). L'en souffrance: clinique d'un entre-deux. *Op. cit.*

Mais pas avec les modalités que vous nous imposez, les nôtres ». Parce qu'on en a, mais c'est vrai qu'on est un peu pauvres là-dessus souvent. Et là oui, c'est sous forme d'alternative, soit on résiste, soit on se soumet. La résistance offre aussi des formes complètement débiles hein? Je pense à ces collègues en Belgique qui devaient faire un rapport. C'était un centre d'accueil pour toxicomanes, et ils ont pris ça sur le mode, on ne mange pas de ce pain-là, vous ne comprenez rien à la clinique etc. Résultat des courses ? Ils ont fermé boutique.

Quand j'avais monté un centre d'accueil pour toxicomanes à Toulouse, il fallait qu'on monte chaque année au créneau pour continuer de bénéficier des financements de l'État, montrer qu'on faisait le boulot. On reçoit une feuille de l'INSERM, un machin large comme ça rempli de colonnes : la personne habite-t-elle chez ses parents ? Dans un CHRS ? Quel niveau scolaire ? Quel produit utilise-t-elle pour se droguer ? Alors fallait mettre les chiffres, faire les totaux, de beaux camemberts – parce que ces gens-là adorent les camemberts, les diagrammes -, mettre des couleurs, etc. Et si on ne faisait pas ça, on fermait boutique. La première année, on était 5 à avoir monté la structure, on n'avait pas le temps, on leur a filé la feuille. La deuxième année on s'est dit qu'on allait leur filer leur putain de feuille, mais on va y ajouter des cas cliniques, une centaine de pages de cas cliniques : peut-être qu'ils n'en auront rien à faire, mais nous on sera en accord avec ce qu'on fait. Ça nous a demandé un boulot monstre mais on l'a fait, on a joint le document au rapport d'activité et là, une représentante de l'État nous téléphone : « J'ai reçu votre rapport et c'est la première fois que je comprends ce que je fais ». Parce que cette femme qu'on prenait pour une idiote et qu'on pensait seulement capable de transmettre des textes et d'administrer de l'argent, son travail prenait tout à coup sens grâce aux écrits qu'on avait fait ; elle voyait qu'en bout de chaîne, y avait des jeunes dans la merde et du boulot qui avait été fait. Donc je pense que ça vaut le coup de faire ce pari. Si vous le prenez du côté de la résistance « cette femme est une abrutie, elle veut de la paperasse, on va lui filer de la paperasse », on perd quelque chose. Alors, on peut toujours tomber sur des idiots, mais c'est pas grave.

FC : Oui, je pense qu'il y aurait à définir ensemble ces actes de résistance. Il y a des choses de ce genre qui se multiplient, comme de faire appel à des chercheurs ou des cliniciens pour procéder à des évaluations externes plutôt que des soi-disant experts. J'ai

eu l'occasion de participer durant un moment à ce genre d'initiative dans un établissement en Dordogne⁸²⁴, il y a des choses possibles.

JR : Mais oui, vous avez des êtres humains en face de vous ! Il faut taper au bon endroit pour que votre boulot soit compris. Tous ces gens qu'on prend pour des machines, tout d'un coup, ça peut prendre sens pour eux. Et cette dame dont je vous parlais, elle était partie prenante du boulot clinique : elle venait chaque année à nos réunions, dans un rôle de contrôle, et elle nous disait « Écrivez tout ça, sinon personne ne le saura ». Voilà ce que j'appelle la subversion : ce n'est ni résister bêtement, ni se soumettre. Et on a toujours la possibilité de subvertir, toujours.

FC : Dans le cadre de mes recherches, j'ai eu l'occasion de mener des entretiens auprès de directeurs d'établissement qui constataient une mise au ban des approches cliniques et psychanalytiques de la part des ARS...

JR : Oui, c'est vrai. C'est plutôt bon signe, non ? Cela veut dire que ça fait encore peur.
(Rires)

FC : Certains d'entre eux ont décidé, dans leur projet d'établissement, de supprimer le terme psychanalyse ou clinique au profit de mots supposément moins chargés tels que « approche psychodynamique » d'enlever le terme clinique et de préférer le terme psychodynamique.

JR : Faut être rusé quoi. Il va falloir devenir de plus en plus rusé en utilisant la *métis* des Grecs. Il y a 5-6 ans, j'ai fait une belle formation à Saint Denis de la Réunion avec des psychologues de l'ASE. En début de journée, elles se plaignent parce qu'elles s'étaient aperçues que la fonction de psychologue n'apparaissait pas dans l'organigramme de l'ASE. Il y avait de quoi être en colère, et elles ont déversé tout leur ressentiment contre les administrateurs qui n'y comprenaient rien. J'ai laissé faire, comme dans l'analyse, il faut laisser de la place à la plainte. À la fin de la journée, je leur ai dit que si elles allaient voir leurs administrateurs sur ce ton-là, elles allaient se faire claquer la porte au nez. Comment se faire entendre dans ces cas-là ? Racontez des histoires ! Et elles sont allées

⁸²⁴ Ponnou, S. & Lemoine, M. (2021). Subvertir les dispositifs d'évaluation des institutions médicosociales : approche clinique et anthropologique. *Pensée plurielle*, 53, 53-75.

voir ces administrateurs, expliquant qu'elles trouvaient étrange de ne pas apparaître dans l'organigramme et elles ont raconté ce qu'elles faisaient, des histoires sur telle famille, tel gamin, telle fratrie... Non seulement les administrateurs étaient très intéressés par leurs récits, mais en plus ils étaient surpris qu'elles ne leur aient jamais raconté tout cela. Et ils ont finalement soutenu leur demande. C'est ça que j'appelle la subversion. Il faut trouver la faille.

C'est pour ça que votre expression « se soumettre ou résister » revêt une forme binaire dans laquelle il n'y a pas vraiment d'issue. Il faut imaginer que l'on puisse un peu résister en faisant mine de se soumettre. Mais tout ça, c'est de la haute stratégie taoïste, il s'agirait presque de relire *l'Art de la Guerre* parce qu'on a affaire à ça aujourd'hui.

FC : Et ce travail de résistance, il me semble qu'il concerne presque en priorité les directeurs d'établissements qui doivent faire face au quotidien à toutes ces injonctions à but gestionnaire et rationalisant.

JR : Ils doivent bien sentir comment la pression s'accroît de plus en plus. On a mené une petite recherche avec Sébastien Fournier qu'on a publiée dans VST qui évoque un peu ça.

FC : Selon les établissements et selon les secteurs, je pense notamment aux SAMSAH, aux SAVS, de nombreux professionnels racontent comment ils passent de plus en plus de temps à remplir des tableaux, à coder des interventions, soit autant de temps qu'ils ne passent à être auprès du public.

JR : La question, c'est comment on continue à créer des espaces de clinique et de rencontres humaines dans ces établissements. Mais y a des endroits où c'est plus possible, faut pas rêver ! Je dis parfois à des collègues d'aller chercher du boulot ailleurs parce qu'il y a des endroits... Et je leur dis « quand on peut plus, on peut plus », et il faut pouvoir sauver sa peau. J'en connais qui sont vraiment au bout du rouleau.

FC : Cela me fait penser à ces chefs de service de CADA auprès de qui je fais de l'analyse des pratiques professionnelles. Ma première question lors de notre première séance a été : comment faites-vous pour continuer à bosser ici ? Quand la préfecture vous dit « j'ai besoin de 20 places pour lundi, vous me foutez des familles à la rue » et que ce sont les

professionnels du service qui doivent décider en équipe des sortants, comment pouvez-vous continuer ? Et ils ont eu cette phrase que j'ai trouvée terrible et magnifique à la fois : « On préfère que ce soit nous plutôt que quelqu'un d'autre ». Autrement dit, ils préféreraient assurer cette tâche parfois cruelle, avec ce qu'ils étaient – leur humanité, leur clinique – plutôt qu'un autre professionnel qui verrait ces personnes comme des chiffres à faire sortir d'une colonne.

JR : On voit la réification humaine dans sa dimension la plus terrible. C'est un système de stockage, il faut faire de la place dans le garage : c'est terrifiant. Moi je pense qu'il ne faut plus travailler dans ces boîtes-là, faut foutre le camp... après je comprends qu'on fasse comme on peut. Je suis intervenu pendant une quinzaine d'années dans des CADA, mais j'ai bien vu comment depuis 7-8 ans, ce sont des espaces qui se sont fermés.

FC : C'est pour cela que dans le cadre de ma thèse, je me suis essayé à mettre en mots tout ce qui se faisait dans ces espaces qui accueillent des publics en situation de vulnérabilité. À travers une cartographie de ce qu'est la clinique en travail social, j'essaie de caractériser ses concepts opératoires spécifiques – ses fondamentaux en somme – pour mieux en faire émerger sa spécificité. Et je vois comment ces fondamentaux se déclinent à travers des thématiques simples et pourtant complexes telles que : le maniement du transfert, le travail en équipe, l'institution, les médiations, le rapport au symptôme, mais aussi tout ce qui a trait à l'échec et à l'incertitude de nos interventions. Un métier impossible comme disait Freud⁸²⁵.

JR : Oui, les médiations, le travail en équipe, c'est extrêmement important. J'étais à un colloque il y a 15 jours, le nom c'était « L'impossible est mon métier ». Il y avait des internes en psychiatrie, des travailleurs sociaux, et on avait discuté autour des trois métiers impossibles. Mais c'est la définition du mot impossible. Vous venez de l'évoquer, Freud parle effectivement en 1925 de ces métiers mais les gens ont tendance à oublier qu'en 1937, dans *Analyse avec fin et sans fin*⁸²⁶, il dit pourquoi c'est impossible. Ça pourrait vous intéresser non ?

⁸²⁵ Dans sa préface à l'ouvrage d'Aichhorn, *Op. cit.*

⁸²⁶ Freud, S. (1985). « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin », *Résultats, idées, problèmes*, t. II. Paris, Puf.

FC : Clairement ! Cela me fait d'ailleurs penser à l'article de Mirelle Cifali lorsqu'elle qualifie ces propos de Freud de « boutade inépuisable »⁸²⁷.

JR : Tout à fait ! Et d'autres encore ont écrit là-dessus. Et dans cette définition de Freud de 1937 des métiers « éduquer, diriger, soigner », il y a de l'impossible parce que, je cite : « on peut être sûr d'un résultat insuffisant ». C'est quand même clair et net : ce ne sera jamais extraordinaire. L'idéal, en prend un coup, évidemment. C'est pourquoi, et ce n'est pas lié qu'à la psychanalyse, être parent, être éducateur, ce ne sera jamais idéal. Il y aura toujours du manque.

FC : Il n'avait pas eu un autre mot célèbre sur être parent ? Quelque chose du genre « quoi que vous fassiez, vous ferez mal, mais essayez quand même » ?

JR : Oui mais ce n'est pas tout à fait ça la citation. C'est Marie Bonaparte qui demande à Freud « Qu'est-ce que je peux faire être pour être bonne mère » ? Et Freud lui répond : « Faites ce que vous voulez mais ce ne sera jamais bien ». Et c'est vrai que cela ne pourra pas être idéal. D'ailleurs, je pense qu'on est dans une société malade de l'idéal. Et c'est complètement fou, toutes ces histoires de démarche qualité, de plan anti-risque, cela ne viendra pas combler le manque.

FC : Et je ne suis pas certain qu'une démarche qualité puisse se satisfaire d'un « il est possible qu'on se loupe dans nos interventions »

JR : Ça ne peut pas fonctionner. On s'aperçoit que dans leur démarche qualité, ils ne prévoient pas que ça puisse louper. C'est une société qui est malade de ça, et ça va d'ailleurs avec ce dont on parlait tout à l'heure aussi sujet du capitalisme : il faut que ça tourne rond. Et comme disait Lacan à Milan en 1972, « ça marche comme sur des roulettes, ça ne peut pas marcher mieux, mais justement ça marche trop vite, ça se consomme, ça se consomme si bien que ça se consume »⁸²⁸. C'est joli n'est-ce pas ? Et il avait vu juste : ça tourne comme sur des roulettes mais le problème, c'est que ça tourne au vinaigre, hein ? Alors que c'est clairement boiteux, nos histoires.

⁸²⁷ Cifali, M. (1999). « Métier « impossible » ? une boutade inépuisable ». *Op. cit.*

⁸²⁸ Lacan, J. (1978). *Lacan in Italia 1953-1978*. Milan, La Salamandra, p.36.

FC : Ça, c'est un des résultats de mes recherches. Lorsqu'on discute avec des éducateurs et des éducatrices, ils ont conscience de ça. Il y a une acceptation claire de cet état de fait, que c'est consubstantiel de leur métier : ils ne savent pas si ce qu'ils font va fonctionner ; et si cela a fonctionné, ils n'ont aucune certitude que cela puisse se reproduire. Et ces professionnels sont bien conscients de se retrouver au cœur des mutations du travail social du fait de l'impact du modèle néolibéral : protocolisation, tout-inclusif, durée moyenne de prise en charge, obligation de résultats, etc. Tout ça, ça se heurte au réel de la clinique.

JR : Ouais, ce sont deux logiques très différentes et en même temps... Vous savez, cela me fait penser à cet homme, lorsque j'étais en toxicomanie, que j'avais reçu une demi-heure et que je n'avais plus revu. J'espère qu'il a pu se passer quelque chose pour lui en une demi-heure. Bon, c'est lié à la façon de travailler en toxicomanie, les gens viennent, viennent pas, mais cela m'avait fait beaucoup réfléchir. Même si on nous donne qu'un an de travail avec une personne, l'important c'est ce qui va se passer durant cette année. Qu'est-ce que le sujet va engranger ? Et parfois, quand je revois des vieux de la vieille qui me rappellent des histoires d'il y a 40 ans « Tu te souviens comme tu m'avais engueulé ce jour-là » ? Il s'était passé quelque chose. Et ça c'est la clinique. Mais c'est une des difficultés du travail social : vous ne voyez pas les fruits de votre travail.

FC : Oui, c'est aussi un des invariants de cette clinique : l'incertitude du résultat. Et les éducateurs le disent « ce n'est pas grave si on ne voit pas les résultats de nos actions », comme si l'important était ailleurs. Cela me fait penser à cette phrase de Levinas : « je suis responsable d'autrui sans attendre la réciprocité (...). La réciprocité c'est son affaire »⁸²⁹. Mais dans le même temps, ils peuvent aussi dire que cela leur fait du bien quand ils arrivent à observer que ce qu'ils font produit quelque chose, une réaction, ou quand ils croisent un gamin 6 ans après qui a eu son CAP, qui travaille, qui est stable.

JR : C'est l'intérêt d'être vieux ! Des années plus tard, on voit les signes du boulot qu'on a abattu. Tiens, il n'y a pas si longtemps, c'était à Toulouse d'ailleurs, vous qui venez de là-bas, j'ai revu un gars que j'avais accueilli en 1972 dans un lieu d'accueil qu'on avait monté dans le Gers avec ma femme. Et je le revois, il s'appelait Bruno, assis sur le canapé

⁸²⁹ Levinas, E. in Morel, D. (2016). « Éthique et réalités, Calmer l'espoir », *Le sociographe*. Vol. 54, no. 2, p.19-30.

flanqué de deux éducs raides comme des statues. Je lui demande pourquoi il veut venir chez nous. Ce sont les éducs qui répondent, je leur dis que c'est pas à eux que j'ai posé la question et Bruno me dit qu'il voudrait couper avec sa famille. Moi je fais l'andouille : « Ça tombe bien, je viens de rentrer 100 stères de bois, si vous voulez couper, vous allez couper ». Et ça a démarré comme ça, sur l'équivoque. Et ce qui est étonnant avec cette histoire, c'est que Bruno a commencé à s'intéresser au travail du bois. Et le jour où on n'avait plus de place et qu'on devait bientôt accueillir une nouvelle gamine, on s'est dit qu'on allait aménager le grenier mais le problème c'est qu'il n'y avait pas d'escalier. J'en discute un matin « il va falloir construire un escalier » et Bruno propose de nous filer un coup de main. Et on est parti de zéro pour construire un escalier quart tournant, ce qui est quand même pas rien: faire les plans, acheter les planches, mesurer, etc. On l'a fait jusqu'au bout grâce à lui et le travail du bois est devenu sa passion. Quand il est parti de chez nous, c'est pour aller chez les Compagnons et faire un tour de France. Et 25 ans plus tard, quand je l'ai croisé, il m'a reparlé de l'escalier et tout d'un coup il me dit « Tu te rappelles Joseph cette fois où tu t'es mis en colère ? Ça a tout changé pour moi ».

FC : Sans que cela soit significatif pour vous à l'époque.

JR : Pas du tout. Ce jour-là, j'ai dû me mettre en pétard comme ça arrive parfois et puis on passe à autre chose. Mais pour lui, il y a eu un acte au sens analytique du terme : l'homme n'était plus le même après. Et même si je ne l'avais pas rencontré récemment, c'est pas grave, le boulot était fait. Mais c'est vrai, heureusement que j'en ai revu quelques-uns qui m'ont dit « il s'est passé quelque chose ». En deux ou trois ans, on ne peut pas mesurer, c'est pour cela qu'il est nécessaire de faire un pari : il va peut-être se passer quelque chose dans la vie de la personne qu'on accompagne.

FC : Et cela m'amène à une autre question ce que vous dites Dans le cadre de mes recherches, j'ai constaté que les éducateurs n'employaient quasiment jamais les termes « clinique », « éthique », « politique », « transfert ». Et pourtant, lorsqu'ils racontent leur quotidien, il ne s'agit que de ça : de tous ces termes-là, comme s'ils étaient des cliniciens qui s'ignoraient. Pourquoi n'utilisent-ils pas ces mots ?

JR : Parce que cela a disparu du vocabulaire. Et là-dessus, je pense qu'il s'agit d'une question de formation. J'ai été formé il y a bien longtemps à Saint Simon (à Toulouse,

ndla), avec Capul, etc. Le fer de lance de la pratique, c'était la clinique. Autrement dit, le mot était actif. Mais regardez dans les textes, ce qu'il en reste ! Si vous ne le transmettez pas, cela devient compliqué. Cela ne veut pas dire que les gens ne vont pas faire de clinique, ils vont raconter leurs journées, les gamins qui occupent leur tête, etc., mais ils n'auront plus les mots pour le dire. Et ça c'est dramatique.

FC : J'ai justement lu les textes de référentiels des diplômes qui se sont succédés depuis 1967. La réforme de 2007, avec l'apparition des domaines de compétences (DC), acte la disparition du terme de clinique si ce n'est accolé à un des écrits de certification, le « Journal d'étude clinique ». Mais je pense quand même que, malgré cela, la marge de manœuvre donnée aux établissements de formation de travail social est quand même très large. Ils sont au final les derniers à choisir à partir de quels contenus et quelles orientations ils vont aborder le DC1 Relation éducative ou le DC2 Projet sur comment établir un diagnostic socio-éducatif. Et il existe encore dans de très nombreux IRTS des espaces cliniques, à commencer par le GAPP, qui est incontournable en formation.

JR : Alors cela a peut-être redémarré il y a quelques années mais il y a eu une période compliquée tout de même. Y compris hors des IRTS, il y a quinze ans, il ne restait plus grand-chose pour les équipes. Et puis c'est revenu, mais par obligation je pense.

FC : Mais finalement, au-delà du vocabulaire et du nouveau vocable qui est apparu en travail social, il y a un point notable : ces professionnels ne veulent pas se reconnaître comme cliniciens. Lors des entretiens, on a pu me parler de bon sens, d'intuition, de ressenti, mais pas de clinique.

JR : La question du vocabulaire est fondamentale. Mais vous avez raison, c'est une vraie difficulté. J'ai pas mal travaillé sur l'écriture des éducateurs et une des difficultés, c'est de partir du particulier pour en extraire le côté universel. Là, il y a un véritable travail de formation que l'on fait hélas très peu : aller chercher du savoir spécifique, des mots pour le dire. Et j'ai l'impression qu'on a perdu cette dimension, c'est aussi pour ça que j'ai quitté l'IRTS en 2000. On me disait « Joseph, tu as 3h sur l'adolescence en amphi », y avait tout le monde AS, ES, EJE, on appelait ça « transversalité », n'importe quoi ! Je peux le faire mais j'en questionne l'intérêt si ce n'est pas articulé avec l'expérience clinique. C'est pour cela qu'on avait créé le centre de formation Psychasoc où le cœur de

la formation, c'est partir des histoires que nous racontent les gens et on élabore petit à petit à partir de concepts qu'on a déjà. Et c'est le boulot du formateur de dire « ce que vous me racontez là, les psychanalystes appellent ça transfert. Et ça peut nous servir parce que ça dit autre chose que le mot relation ». C'est pour cela que je le relie à la question de la formation. Il y a pas mal de centres de formation où le terme « clinique » a pratiquement disparu. Et si on ne sait pas le rendre vivant et le transmettre... parce que ce n'est pas dire un mot pour dire un mot. Freud disait que « si on lâche sur les mots, on lâche sur les choses », ce n'est pas faux. Il a lâché une fois lui, vous le saviez ? Pourtant il était intransigent. Quand il publie en 1929 *Malaise dans la civilisation*, *Das Unbehagen*. Mais cela s'appelait avant *Das Unglück*, le malheur. Le terme est très fort : dans le processus de civilisation, faites ce que vous voulez, vous serez toujours malheureux. Et c'est son éditeur qui lui a dit de changer le titre car personne n'allait acheter un bouquin où il y avait marqué « malheur ». Et il a lâché. Parce que *Unbehagen*, malaise, ce n'est pas pareil, c'est édulcoré. Voilà pourquoi je pense que la question des mots est fondamentale.

FC : Les gens pourraient vous dire que c'est un mal pour un bien. Il en a vendu beaucoup plus et il a sûrement touché plus de monde avec ce nouveau titre. Et on en revient à cette question : sur quoi on lâche ?

JR : Sur quoi on lâche, oui. Je pense que le terme de clinique on peut pas le remplacer par autre chose. Le terme de transfert non plus. Il se trouve que ce sont des mots spécifiques de la psychanalyse. Et alors ? Ils sont passés dans le vocabulaire. Le mot pulsion aussi après tout, et ça ne gêne pas.

FC : Et pour finir, après presque 60 ans à travailler dans le secteur, quel est à votre avis le plus grand enjeu auquel doit faire face la clinique ?

JR : Je ne sais pas si on peut répondre à cette question. Je peux répondre à partir de ce que je fais à mon petit niveau. Qu'est-ce que chacun fait, de sa place, pour qu'il puisse continuer à y avoir de la vie, de la rencontre humaine, de l'invention, de la surprise ? Moi, je bricole avec ce que je sais faire. Récemment, je suis allé parler de poésie. Mais cela peut paraître dérisoire quand vous avez je ne sais combien de morts en Palestine et ailleurs. Et pourtant, je pense qu'il faut continuer à insuffler de la vie et de l'invention à

partir des mots. C'est pas grand-chose n'est-ce pas ? Il faut dire qu'en tant qu'humain, on n'a pas grand-chose pour résister à la barbarie finalement. Mais au moins des mots. Je peux vous proposer un poème, c'est de René Daumal : « Je vais faire un poème sur la guerre. Ce ne sera peut-être pas un vrai poème, mais ce sera une vraie guerre »⁸³⁰.

XIV.3 Philippe Chavaroche : Le bricoleur clinicien

FC : Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

PC : J'ai commencé par l'animation socioéducative, mon diplôme de base c'est l'ancêtre du DEFA, diplôme d'état aux fonctions d'animation que j'ai quittées assez rapidement pour entrer dans un établissement médico-social. C'était une maison de santé pour maladie mentale, qui avait un agrément sanitaire – psychiatrie et un agrément médico-social - handicap mental. J'ai travaillé comme faisant fonction d'éducateur spécialisé puis comme chef de service, accompagnant des personnes lourdement handicapées, ce qu'on appelait à l'époque les psychoses déficitaires, le polyhandicap. Le terme est toujours en vigueur, mais les psychoses ont pratiquement disparu des nosographies. J'ai obtenu après un diplôme supérieur en travail social (DSTS) à l'IRTS Aquitaine et ensuite je suis devenu formateur au CEF de Bergerac. Au départ, je me suis beaucoup occupé de formation des AMP - qui étaient le thème de mon mémoire de DSTS – puis de celle des éducateurs spécialisés. J'ai été directeur adjoint du CEF et directeur d'études pendant de nombreuses années. Et parallèlement à ça, j'ai fait de la formation dans les établissements, puis j'ai commencé à publier. Je me souviens que ma première publication, c'était suite à une formation que j'avais faite à l'IRTS autour de l'accompagnement des psychoses. Comme j'ai publié pas mal, j'ai pu initier une thèse sur travaux à Paris X⁸³¹ avec une partie inédite : toute une revue de littérature sur les personnes lourdement handicapées, les débiles profonds comme on les appelait. Aujourd'hui je suis retraité, mon activité relève essentiellement de la publication et de l'analyse des pratiques. Analyse des pratiques cliniques, j'insiste sur ce mot.

⁸³⁰ Daumal, R. (1940). *La guerre sainte*. Alger, édition Fontaine.

⁸³¹ Chavaroche, P. (2009). *Épistémologie d'un lieu aux marges de l'humain : la Maison d'Accueil Spécialisée*. Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation, sous la direction de Jacques Pain, Université Paris X.

FC : Vous spécifiez clinique dans l'analyse de la pratique, est-ce que vous pouvez en dire plus et parler des justement des enjeux contemporains de la clinique dans le travail social ?

PC : Ce que je vois dans le travail social, c'est de plus en plus d'utilisateurs - on va les appeler comme ça - présentant des troubles psychiques importants. Je ne sais pas s'ils étaient là avant ou pas, mais en tout cas leur présence se fait de plus en plus importante. Y compris chez les enfants. Bon, maintenant ils sont tous TSA, même si dans la clinique, ils ne sont pas tous autistes, beaucoup sont psychotiques avec des troubles divers et variés. Donc des troubles mentaux et des troubles psychiatriques même si j'ai l'impression que la psychiatrie n'en veut plus. On les hospitalise un ou deux jours et hop, on les renvoie très vite. Je connais moins le travail de prévention ou autour de l'exclusion mais mon ressenti est le même, comme en ITEP, ils accueillent des personnes avec des troubles psychiques assez importants. Et je trouve que les équipes sont de plus en plus démunies par rapport à ces situations-là avec justement peu d'espace clinique pour élaborer. Or, face à ces situations, les réponses doivent être de l'ordre de la contenance, c'est à dire un travail psychique collectif et institutionnel. J'ai été très marqué par la psychothérapie institutionnelle, les Oury, Tosquelles, etc. Ce sont mes références dans le travail psychique collectif destiné à contenir psychiquement ce que la personne ne peut justement pas contenir et qu'elle va exprimer à travers ses symptômes. Or, il me semble que ce travail-là n'est plus fait dans les établissements.

La plupart des établissements n'ont plus de réunions cliniques, c'est à dire des réunions où on se met autour de la table et où on réfléchit ; chacun dit ce qu'il observe, ce qu'il pense, comment il vit la relation avec cette personne et on fait des hypothèses psychopathologiques ; on essaye de comprendre un peu ce que vit le sujet. Ça c'est de la clinique. Et si je dis analyse des pratiques cliniques, c'est que ce ne sont pas des espaces de décision, ce sont des espaces un peu hors travail organisationnel. Et on s'aperçoit que ce travail, souvent, n'est pas du tout relayé et soutenu dans l'institution. Il n'y a plus de médecin-psychiatre ou alors, quand il y en a, ils sont quand même formés très médicaments. Idem pour de nombreux jeunes psychologues qui sont pas du tout formés à ce travail clinique. Il y a un déficit de travail clinique dans les établissements si on entend la clinique comme étant au lit du patient. Comme la possibilité de donner sens à ce qui a priori n'a pas de sens pour le sujet. Et avec une reconnaissance de la souffrance psychique, parce que derrière la clinique, il y a quand même la question de la

reconnaissance de la souffrance. Or la souffrance psychique on n'en parle plus. J'écoutais un psychiatre qui disait que même les psychiatres n'osaient plus prononcer le mot de psychiatrie, parce que ça renvoie à la folie. On va parler de troubles du comportement, de comportement-problème, et là aussi, on voit bien la mainmise de toutes les théories neuro : neurocérébrales, neurosciences, comportementalisme... Qui peuvent être des réponses pour certaines problématiques. Si on prend le milieu de l'autisme dans lequel j'ai pas mal baigné, pour des autistes « classiques », ces approches-là ne sont pas idiotes, loin de là. Mais quand il s'agit d'autistes qui sont un peu - voire beaucoup - psychotiques, on voit bien que ces approches-là ne sont plus opérantes. On ne réduit pas l'angoisse comme ça. Donc effectivement la clinique est un enjeu important du travail social. Pourquoi on l'a abandonnée...

FC : Justement. Pourquoi on l'a abandonnée et qui est ce « on » ?

PC : Depuis son origine, la psychiatrie – je parle de psychiatrie, mais j'y inclus le secteur médico-social, c'est-à-dire tous les établissements qui font face à la souffrance psychique - a toujours été traversée par des enjeux liés à l'inné et l'acquis, à ce qui relevait du psychologique, du neurologique, de la biologie. Et la psychiatrie a abandonné, alors je ne parle pas de psychanalyse mais de tout ce qui était des étologies, on va dire psychogènes. Qui avaient produit des abus n'est-ce pas ? Les psychanalystes ont dit des conneries énormes sur la question de l'autisme. Ça a été drôlement monté en épingle même si ceux qui avaient dit de telles choses ont reconnu que c'étaient des conneries. Mais on a beaucoup dénigré ces approches-là au profit d'approches purement génétiques, neuro-machin, dans une illusion que l'on trouverait peut-être le gène de la folie ou de l'autisme. Y en a qui disent quand même que l'autisme est une maladie génétique ! Alors que c'est scientifiquement faux. Tout le monde est d'accord pour dire qu'il y a certainement des implications génétiques mais c'est tout. On est aussi dans l'illusion qu'on va arriver à lire le cerveau grâce aux IRM. Et on se retrouve dans ce mouvement de bascule où l'on pense que le problème, c'est le cerveau et donc dans des résolutions de problèmes de type approche comportementale, avec l'illusion d'une meilleure efficacité. Et on a abandonné la clinique du sujet et la psychanalyse, du fait de ces conneries qui avaient été dites, comme on jette le bébé avec l'eau du bain.

Moi je suis inspiré effectivement par les approches psychopathologiques, tout ce qui relève de la psychanalyse côté Mélanie Klein, Winnicott, toutes ces personnes qui essaient

de comprendre ce qui se passe dans le vécu d'un sujet. Et j'ai des séances d'APP qui se sont arrêtées et ont été remplacées par des experts d'approches comportementales et qui disent : par rapport à tel problème, il faut faire ça. Une sorte d'illusion techniciste. Je suis en train de travailler sur une communication qui peut vous intéresser à la journée nationale de psychothérapie institutionnelle à Bordeaux en 2024. Le thème de la journée ce sera « Souffrance psychique : quelle est notre boîte à outils ? ». Si vous tapez sur internet « boîte à outils en psychiatrie », vous vous retrouverez avec tout un tas de programmes, de protocoles, etc. Et on voit bien que ce qui est en train de prendre une place prépondérante, ce sont les outils technologiques. Parce que le problème de la clinique c'est qu'elle a trait au singulier – il n'y a pas de clinique universelle – et que chaque sujet est singulier, quel que soit le diagnostic qu'on a pu lui poser. Et la clinique suppose une relation, il n'y a pas de clinique sans clinicien, qu'il s'agisse de soignants, d'éducateurs, d'accompagnants. Et on voit bien qu'on ne peut pas séparer la clinique du sujet d'une clinique institutionnelle. Et c'est dans ce rouage-là, le transfert si on le nommait, que peut s'élaborer une compréhension de ce que vit le sujet et des pistes d'accompagnement pour tenter d'aider le sujet à moins souffrir – ce qui est quand même le propre de la clinique. C'est une démarche artisanale, qui doit être à chaque fois renouvelée et qui ne peut pas être standardisée. Et on voit bien comment on la remplace par des démarches standards : prenez un schizophrène, il a tel truc, appliquez-lui tel programme et ça va aller. Vous connaissez les EBM, les *evidence-based medicine* ?

FC : Oui, mes directeurs de thèse ont justement publié un ouvrage critique là-dessus qui propose une alternative : les *clinical based practice*⁸³².

PC : Voilà, on est uniquement sur du somatique, c'est-à-dire que le médecin n'a même plus besoin d'être clinicien, il lui suffit de faire l'inventaire des symptômes, il passe ça dans la machine qui lui donnera non seulement un diagnostic, le traitement, et éventuellement le labo qui le produit. Le problème, c'est qu'on applique à la psychiatrie ce genre de raisonnement. À la limite, il n'y aurait presque plus besoin de médecins, il suffirait de former des ingénieurs rompus aux managements des statistiques.

⁸³² Ponnou, S. & Niewiadomski, C. (Dir.) (2020). *Op. cit.*

FC : Vos propos font écho à l'une des thèses de mes travaux : que faire hospitalité à la souffrance est finalement le plus petit dénominateur commun. Où que l'on travaille, quoi qu'il nous soit demandé – inclure, soigner, protéger – c'est ça qu'on se coltine en priorité. Et pour s'atteler à ça, n'importe quel protocole, tout standardisé soit-il, ne peut être opérant dans cette démarche d'écouter et entendre la souffrance d'autrui.

PC : Je suis tout à fait d'accord. On sait que cette souffrance ne va pas pouvoir être supprimée de façon magique. Il va falloir d'abord l'accompagner, essayer de trouver avec la personne des modalités non pas pour l'éradiquer, mais pour qu'il la vive autrement. Ou peut-être même qu'il l'exprime autrement. Et ce travail clinique est long et jamais certain. Et ce que j'y vois aussi, c'est l'influence de toutes les théories du management qui veut organiser le travail social comme un nouveau taylorisme, c'est-à-dire en organisant la production. L'arrivée des managers à l'hôpital a eu pour but de produire du soin dans une finalité de prestation. Et le meilleur organisateur de soin, c'est l'ingénieur qui va prévoir, faire un plan, le codifier et le rendre évaluable statistiquement. C'est ça les EBM. Y a un côté Charlot sur la chaîne, vous ne pouvez pas faire comme vous voulez ? Le boulon, il faut le visser dans le bon sens.

FC : Et au vu de cet état de fait, après « Où va le médico-social ? »⁸³³ pour ne pas vous citer, où va la clinique du travail social ?

PC : J'ai pas osé mettre dans le titre « dans le mur » ! (*rires*).

FC : Difficile d'être optimiste quand on lit tous les travaux sur le sujet...

PC : C'est vrai. Mais j'ai l'impression que cela revient un peu, que l'on se rend finalement compte que ces approches sont inefficaces. Je vois beaucoup de burn-out dans les établissements, de professionnels qui sont épuisés, dégoûtés, qui doivent s'arrêter, et les plus vieux qui se disent « encore 3 ans et je fous le camp ». Et ça, parce qu'on a disqualifié chez eux leur capacité à penser, c'est-à-dire à faire de la clinique. Faire de la clinique pour une AMP (aide médico-psychologique), c'est raconter : voilà ce qu'il s'est passé, quand je fais ça avec lui, il se passe ça, etc. Et cette clinique de base, ils ne peuvent plus la faire.

⁸³³ Chavaroche, P. (2021). *Où va le médico-social ?* Toulouse, Érès.

Le prochain ouvrage que je publierai est parti d'une réflexion d'une AMP qui me disait « aujourd'hui, c'est comme si on ne savait plus rien ». Comme si on ne savait plus rien faire. Un vrai phénomène de disqualification non ? Tous ces savoirs accumulés après 20 ans d'expérience en MAS avec des usagers très handicapés, ce qu'on était en train de lui dire c'est que cela ne valait plus rien et qu'elle avait intérêt à suivre les protocoles. Un travail dicté d'en haut par des personnes qui n'ont aucune connaissance intime de ces usagers, ces cas complexes. J'étais l'autre jour à une journée d'étude où une directrice - je ne sais pas si elle a mesuré ce qu'elle disait – le management, c'est pour organiser la clinique.

FC : Pour ma part, je ne pense que pas que la clinique soit soluble dans le management. Mais ce que peuvent me dire certains managers du social, c'est que je ne sais pas ce qu'est le management.

PC : Oui, forcément, on va vous parler de management participatif, éthique du management et tout ça. Mais y a des gens qui ont travaillé là-dessus, De Gaulejac par exemple⁸³⁴ et qui montrent bien les liens et ce retour au taylorisme. Et vous pouvez l'habiller avec de l'éthique et tout ce que vous voulez, l'origine, ça reste ça. Et quand cette directrice dit que le management, c'est pour organiser la clinique, je crois que cela renvoie au fantasme du management de vouloir tout organiser, y compris la clinique. Or la clinique c'est inorganisable par définition, c'est bordélique, c'est imprévisible, c'est le foutoir. Alors que je crois plutôt que le management est là pour organiser les conditions d'accueil de la clinique. Et c'est là où, justement, il ne fait pas son boulot.

FC : Vous pouvez préciser la nuance entre organiser la clinique et organiser les conditions d'une possibilité, d'un accueil de la clinique.

PC : La clinique, cela ne s'organise pas, cela se contient, cela se borde. Et le premier travail, c'est de l'accueillir pour que cela puisse se partager et s'élaborer. Et pour cela, il faut des conditions : des réunions où l'on peut se retrouver et partager autour d'une table. Un peu ce que Pierre Delion appelle la constellation transférentielle⁸³⁵. Et pour cela il faut un management – ou une direction, on l'appelle comme on veut. Même si management,

⁸³⁴ De Gaulejac, V. (2009). *Op. cit.*

⁸³⁵ Delion, P. (2022). *Op. cit.*

je n'aime pas trop le mot. Des directeurs donc, qui organisent à partir de moyens, en l'occurrence des financements, du personnel, etc. Mais s'il est dans le fantasme de vouloir organiser ce qui se passe au lit du patient et non pas ce qui permettrait de travailler au lit du patient, le management ne fait pas son boulot. Cela me fait penser au bouquin de Bernard Granger, ce médecin qui a publié *Excel m'a tuer*⁸³⁶. Il dit à peu près la même chose : laissez le médecin travailler mais faites-en sorte qu'il ait les conditions pour bien travailler.

FC : C'est de dire qu'une clinique standardisée ne peut plus être clinique finalement.

PC : Non, elle ne pourrait plus être clinique.

FC : Une des données relativement inédites de mes travaux a trait à ces directeurs qui entrent en résistance contre les organismes de tarification et de tutelle, les ARS, les recommandations de la HAS. Ils voient arriver SERAFIN-PH, et quand on voit tous les bénéfices que cette réforme a apporté à l'hôpital, il y a de quoi être inquiet. Pour certains d'entre eux, la bataille est en train d'être perdue.

PC : Oui, on voit bien la toute-puissance des ARS. Quand je parle des managers, je parle pas forcément de tous directeurs d'établissement. Enfin, il y en a qui ont quand même bien basculé du côté obscur de la force et qui sont en plein dedans, à l'image de cette directrice que j'évoquais tout à l'heure. Et il y en a d'autres qui sont tiraillés, qui sentent bien que sur le terrain, il faut soutenir ce travail clinique mais qui doivent faire face à une pression de ce qu'on appelait avant les hauts fonctionnaires. Et cette haute fonction publique, qui est quand même une espèce d'État dans l'État, essaie de tout diriger et tout organiser. On le voit dans la formation comme pour Qualiopi. Et cela ramène au même problème : qu'ils organisent les conditions de la formation, OK ; qu'ils organisent la formation elle-même, c'est non.

FC : Ce sont là les limites de ma compréhension, tout cela me paraît absurde. On sait que ça ne fonctionne pas, on sait qu'ailleurs ça n'a pas fonctionné, et on refait la même chose. Pourquoi ?

⁸³⁶ Granger, B. (2022). *Excel m'a tuer*. Paris, Odile Jacob.

PC : Je pense que la pensée qui s'applique à l'humain et à ses réalités est la même que celle qui s'applique à des dispositifs ingénieriaux. Je prends souvent l'exemple d'un ingénieur qui construit un pont ; il a intérêt à savoir très précisément ce qui va se passer. Et il calcule tout, il organise tout et la plupart du temps, cela fonctionne bien, le pont tient. Ça c'est la démarche de l'ingénieur. Le problème, c'est que les humains ne sont pas formatables et n'ont rien à voir avec les pièces d'un pont. Il y a toujours de l'imprévu, quelque chose qui vient surgir quand on ne s'y attend pas. Or, j'ai l'impression qu'on veut transposer à l'humain cette démarche de l'ingénieur.

Dans mes travaux sur les outils, je reviens à la période de la Préhistoire. On observe comment l'outil commence à devenir industriel à partir du moment où l'homme préhistorique sait exactement taper avec un nucléus de silex pour obtenir la lame qu'il veut. Et pour en arriver à ce résultat – les lames sont magnifiques – il fallait prévoir à l'avance là où il fallait taper. Et c'est ça l'évolution de l'outil qui nous amène vers de meilleures prévisions, une plus grande technologie. Or, face à tous ces outils qui nous envahissent aujourd'hui, on voit comme il est nécessaire de revenir à des outils beaucoup plus artisanaux et malléables. Bernard Stiegler en parle très bien dans un de ses ouvrages⁸³⁷, le risque, c'est que l'homme soit dépossédé de son outil. Que l'homme ne se serve plus des machines mais qu'il serve les machines. Et c'est en cela qu'il faut garder la clinique qui ne peut, dès lors, être autre chose qu'une activité artisanale, avec des outils théoriques, mais que l'on peut s'approprier, pour jouer avec au sens transitionnel de Winnicott⁸³⁸. Le souci, c'est que tous les outils qui sont du côté des technologies qu'on a évoqué, on ne peut plus jouer avec, on peut seulement les appliquer. L'AMP dont je parlais tout à l'heure, c'est ça qu'elle dit : on applique le protocole sinon on risque de se faire virer. Plus de jeu possible.

FC : C'est toute la limite du protocole parce qu'on peut tout de même leur reconnaître une certaine valeur. Par exemple, si je me rends aux Urgences à 4h du matin et que je me retrouve face à un interne qui en est à sa 40^e heure de garde, je suis content qu'il y ait des protocoles en cas de commotion cérébrale, avec ou sans perte de connaissance, qui amène tel ou tel examen de façon presque automatique.

⁸³⁷ Demoule, J. & Stiegler, B. (2008). *L'avenir du passé: Modernité de l'archéologie*. Paris, La Découverte.

⁸³⁸ Winnicott, D. W. (2010). *Les objets transitionnels*. Paris, Payot.

PC : Tout à fait, et c'est exactement la même chose lorsqu'un médecin se retrouve sur une scène d'accident, il a en tête de façon très précise les protocoles d'urgence et comment il doit les appliquer. Parce qu'ils sont appropriés. Mais lorsque ces protocoles arrivent d'en haut sans que les professionnels chargés de les appliquer n'aient pu en discuter en vue de se les approprier, c'est là où cela pose problème. Pourquoi on fait ce protocole ? Quel est le sens ? Quelle est la marge de jeu possible ? Parce que même un médecin doit avoir une marge de jeu ? Parce que même un médecin, voilà. Il faut qu'il ait une marge. Et cette marge, c'est l'incertitude.

FC : Justement, dans mon travail de thèse où j'essaie de faire émerger les concepts opératoires spécifiques – les invariants - de la clinique en éducation spécialisée, l'incertitude apparaît comme un concept fondamental. Lorsqu'on observe et lorsqu'on discute avec les éducateurs, ils expliquent bien comme ce qu'ils font au quotidien relève de la tentative et non pas d'une certitude absolue.

FC : Tout à fait. Et cette incertitude-là nous confronte à l'impossible pour reprendre la formule de Freud et nous oblige à beaucoup de bricolage. Oury parlait beaucoup de bricolage, il disait « la clinique, c'est le bricolage ». Et on peut reprendre aussi la distinction que nous propose Claude Lévi-Strauss entre l'ingénieur, qui prévoit à l'avance, et le bricoleur, qui s'adapte et construit dans sa relation à la réalité⁸³⁹. Je crois que le scientisme veut et doit affirmer des certitudes quand, au même moment, le management doit affirmer une efficacité. La clinique, c'est tout le contraire. Et parce qu'il y a de l'incertitude, qu'il n'y a pas cette quête de l'efficacité, on voudrait en déduire que ce n'est pas rigoureux ; la question doit être renversée, il s'agirait plutôt de se demander comment la clinique peut être rigoureuse dans cette incertitude.

FC : Oui, dans son épistémologie.

PC : Absolument. Et on a renvoyé ça longtemps aux cliniciens, en premier lieu aux psychanalystes : ce n'est pas une science, c'est une croyance. Et à travers ça, tout un processus de disqualification. L'autisme est un sujet intéressant là-dessus puisqu'il a été un révélateur de ces enjeux entre science et clinique. Ou entre science et psychanalyse.

⁸³⁹ Lévi-Strauss, C. (1962). *La pensée sauvage*. Paris, Plon.

La psychanalyse, ce n'est que de la clinique. Il n'existe pas de modèle psychanalytique applicable comme ça à tous : les outils de la psychanalyse, ses modes de compréhension de l'inconscient, ne sont pas applicables universellement mais ont toujours rapport avec tel ou tel sujet. C'est en cela qu'il n'existe pas de psychanalyse collective. Et je crois que le scientisme ne peut accepter cela.

FC : Et en même temps, je peux comprendre ces parents qui sont un peu perdus et qui nous demandent « Mais qu'est-ce qu'il a mon gamin ? De quoi il souffre ? » en quête d'un diagnostic précis qui amènerait après le « bon » traitement ou la « bonne marche à suivre ». Ils voient qu'on galère aussi, qu'on bricole, que si technique il y a, il s'agit seulement d'une technique relationnelle, et que cela peut sembler manquer d'efficacité.

PC : C'est une vraie question. On l'a vu avec l'autisme où l'enjeu était de poser un diagnostic le plus tôt possible. Or, de nombreux cliniciens alertaient sur la difficulté de poser un diagnostic trop tôt. Mais on entend bien par ailleurs cette demande des parents sur « qu'est-ce qu'il a mon gamin » ? À partir du moment où on a mis un nom, ils sont rassurés. Mais on voit aussi le poids des lobbys de famille là-dedans.

FC : C'est sûr que les familles d'enfants souffrant de TSA et leurs lobbys, on les entend beaucoup plus que celles qui ont leur enfant en ITEP ou en MECS ! On en revient à la question des déterminismes et des origines socio-économiques de ces familles.

PC : Bien sûr ! Dans l'autisme, il y a des lobbys de familles très puissants. C'était Brigitte Chamak⁸⁴⁰ qui avait écrit un ouvrage sur ce sujet et qui déconstruisait tout ce qui s'était joué au niveau de l'autisme mental tout en évoquant le rôle des lobbys. L'autisme est un construit social tout autant que médical.

FC : Ça me renvoie à une question très répandue en DITEP autour du TDAH. On a parlé de trouble neurologique, d'études par IRM sur des problèmes de neurotransmetteurs, etc., et d'un traitement miracle par une molécule, le méthylphénidate, un psychostimulant structurellement proche des amphétamines, que l'on retrouve dans le Quasym, Concerta, Ritaline. Tous ceux qui travaillent en ITEP voient forcément à quoi je fais référence. Et

⁸⁴⁰ Chamak, B. (2021). *Controverses sur l'autisme: Décrypter pour dépasser les antagonismes*. Toulouse, Érès.

on retrouve la même question de la construction sociale autour d'un trouble où l'étiologie neurologique et génétique semble quand même remise en cause. Et on a ces gamins qui ne peuvent pas tenir en classe et dont on dit aux parents, il faut faire quelque chose sinon on ne pourra plus l'accueillir. « Quelque chose » étant souvent en rapport avec un traitement médicamenteux. Et sans rien dire sur les effectifs de classe à 30-35 élèves et les conditions de travail des enseignants.

PC : Sans oublier la puissance des laboratoires pharmaceutiques. Je ne sais plus qui disait « pour vendre des médicaments, il faut vendre des maladies »⁸⁴¹. Tous ces troubles « dys », c'est la même chose... La question que pose la clinique, c'est comment se remettre au cœur du sujet souffrant. Parce qu'un gamin qui est agité, c'est avant tout un gamin qui souffre ; et souvent sur des questions de rapport au corps, qui sont perturbés socialement, etc. Mais ces éléments-là sont rarement pris en compte.

FC : Nous avons évoqué ce qui vient limiter la clinique. Pensez-vous qu'il y a des éléments qui viennent encore aujourd'hui, sinon la favoriser, au moins la rendre possible ?

PC : Il y a des îlots. Mais qui sont extrêmement menacés. J'intervenais dans un IMPro où en GAPP, on faisait du travail clinique, un des rares espaces où il y avait tout le monde : psychiatre, psychologue, psychomot', éducateurs, etc. Et ça bossait dur. Et bien là, ils viennent d'arrêter pour passer à un autre mode d'intervention avec des experts de l'autisme pour obtenir la certification Cap'Handéo⁸⁴². Et pourtant, je connais le chef de service, il intervenait ici, il était sensible à ces questions cliniques. Mais face à une telle pression, il n'a pas pu lutter. Je ne sais pas si vous connaissez Cap'Handéo mais c'est vraiment un truc d'escroc pour s'en mettre plein les poches. Ils forment – et ça coûte très cher -, pour vendre une espèce de certification qui à mon avis n'a aucune valeur. Un label quoi, une sorte de TripAdvisor des établissements, qui n'a aucune valeur juridique ni rien, c'est du vent. N'empêche que la plupart des établissements sont face à une obligation d'avoir cette certification, passer par les fourches caudines de France Autisme et ses théories neuroscientifiques...Et ces formations ont un boulevard immense ! Je pense que

⁸⁴¹ Cassels, A. & Moynihan, R. (2006). Pour vendre des médicaments, inventons des maladies. Le Monde diplomatique, mai, pp.34-35 : <https://www.monde-diplomatique.fr/2006/05/CASSELS/13454>

⁸⁴² <https://www.handeo.fr/cap-hand%C3%A9o/qu-est-ce-que-c-est>

cela vaudrait le coup d'aller interroger les ARS pour en parler avec eux, pour en connaître le sens.

FC : Cela pourra être l'occasion d'une nouvelle recherche...J'aimerais aborder un autre point de ma recherche en cours sur cette clinique de l'éducation spécialisée. Un des résultats qui m'a étonné durant mes entretiens avec les éducateurs, mais même au-delà, dans ma pratique, les mots tels que « clinique », « éthique », « politique » ne sont quasiment jamais employés. Comme s'ils ne s'autorisaient pas à les verbaliser.

PC : Est-ce que cela a trait à la formation ? Les référentiels de compétences récents ont fait disparaître le mot clinique. Pour parler des AMP que je connais bien, dans leur référentiel on retrouve une quarantaine d'items qui commencent tous par « doit savoir ». On n'a pas à se questionner, on doit savoir et la formation est là pour dire ce que l'on doit savoir. Alors après, on bricolait pour que la clinique ait encore tout sa place mais encore fallait-il que cela soit soutenu.

FC : Oui, malgré tout, ces référentiels laissent la possibilité d'aborder les contenus des items comme le veulent les établissements de formation en travail social (EFTS). Libre à eux d'aborder la relation éducative au prisme de la clinique ou non. Et dans une majorité d'EFTS, les GAPP sont encore là et bien là.

PC : Oui c'est vrai, on a quand même toujours maintenu ce type de travail.

FC : Mais ce qui m'interroge, c'est que lorsqu'on interroge un éducateur de 25 ou 55 ans sur la clinique, il va répondre qu'il n'est pas clinicien. Et pourtant, j'ai en tête une maîtresse de maison avec qui j'ai travaillé longtemps et qui avait le même discours, tout ce qu'elle faisait transpirait la clinique. Et l'éthique. Il y a quand même quelque chose ici de l'ordre d'un impensé.

PC : C'est un mot qui a quand même été un peu kidnappé. Clinique a été remplacé par programme ou protocole. Il y aurait un travail à faire sur le vocabulaire des professionnels et pourquoi ils ne parlent plus avec leurs propres mots. J'avais par exemple écrit sur le mal qu'avaient fait les mots « bientraitance » et « maltraitance » : on ne fait plus de clinique, on a juste à vérifier si on est bientraitant ou maltraitant. Et les éducateurs sont

paralysés par cette position instable. Quand vous faites une piqûre à quelqu'un, vous faites un peu mal parce que l'aiguille transperce la peau, c'est pas terrible quand même, mais derrière vous attendez des effets bénéfiques. C'est pareil, lorsque je dis non à un usager, ce qui pourrait passer pour maltraitant, alors que des fois il faut dire non. Mais il s'agit ensuite de le travailler et l'argumenter au regard d'un travail clinique, à partir de la situation et non pas dans une vision binaire. On parlait d'incertitude tout à l'heure, la clinique permet quand même de mesurer où j'en suis dans la relation et à quel moment je risque d'être abusif, à quel moment je ne veux pas voir, c'est tout ça. C'est aussi analyser son contre-transfert, où j'en suis ? Je le dis en GAPP : vous pouvez dire que vous avez envie de le foutre par la fenêtre. Je rappelle que c'est évidemment interdit de le faire, mais pas de le penser. Qu'est-ce qui fait que dans ma relation avec cette personne, je ressens ça ? Et c'est ensemble qu'on le met au travail. Mais on ne peut pas le faire si on est paralysé, si on ne peut pas faire avec notre agacement, nos impossibles. Les professionnels se retrouvent aujourd'hui polarisés, ce qui laisse effectivement peu de place à la clinique qui a été finalement évacuée du langage.

FC : On constate d'ailleurs que les directeurs d'établissement ont à jouer, à ruser avec les mots. Ne plus mettre « clinique » mais le remplacer par « psychodynamie ». Ils en sont réduits à ça.

PC : Ce n'est plus nommé. On ne parle plus de réunion clinique, on parle de réunion projet...

FC : Ou de staff !

PC : Ou de staff. Même l'anamnèse a tendance à disparaître. Avant, en réunion de synthèse, on passait du temps à raconter, à détricoter les situations, les dynamiques, on essayait de comprendre. Avec ses défauts, bien sûr, comme quand le chef de service disait, cinq minutes avant la fin de la réunion « OK, mais qu'est-ce qu'on fait concrètement ? » et qu'on bâclait. Je ne sais plus qui disait qu'on était passé de la rétrodiction à la prédiction⁸⁴³, c'est-à-dire d'évoquer ce qui s'était passé avant pour la personne à ce qu'il doit se passer pour la personne après les réunions de projet. Or, la clinique, c'est dans l'ici

⁸⁴³ Il s'agit d'un article de Claude Grignon : (2008). « Prédiction et rétrodiction », *Revue européenne des sciences sociales*, XLVI-142, 75-90.

et maintenant. Et je m'en tiens à la définition de base : au lit du patient. Et cela m'a vraiment frappé que ces anamnèses disparaissent. Quand je demande d'où vient cet usager, quelle est son histoire, les origines de son handicap, son enfance, ils ne savent plus. J'avais fait mon mémoire sur ces réunions cliniques et ces réunions de synthèse. Mais aujourd'hui, dans la réunion de projet personnalisé, on ne fait pas de clinique, on parle de troubles du comportement de l'utilisateur et comment on peut faire pour qu'il n'en ait plus. Sans se poser la question de ce qu'est ce trouble, de ce qui se passe pour lui. On voit aussi le poids de la loi 2002-2.

FC : Puisque nous en sommes à la prédiction, je vous propose un exercice : dans un futur proche, qu'est-ce qui va rester de la clinique ?

PC : Je pense qu'on peut pas l'éradiquer, même si le rêve de l'ingénieur serait de l'éradiquer. Je pense que le réel, si on parlait comme Lacan, va toujours venir nous pousser. Le réel qui est du côté de la souffrance, du corps, on ne peut pas le dompter. Il va toujours ressurgir. Et on voit bien comment les tentatives de protocolisation arrivent et que malgré cela, le réel reste. Regardez dans les hôpitaux psychiatriques, il n'y a jamais eu autant de contentions. C'est devenu normal. On a remplacé la contenance par la contention. La contenance qui est un travail psychique, clinique, au profit de la contention, ce qui est autrement plus radical. Et cette fonction contenante avait pour but qu'en équipe, collectivement, on vienne contenir ce que le patient ne peut pas contenir dans son corps ni dans sa tête. Désormais, contention physique, contention médicamenteuse : le patient, il est calme. Mais qu'est-ce qu'on a compris de son trouble ?

FC : Il s'agit là d'une vision qu'on a de l'homme et de notre politique vis-à-vis de son symptôme : est-ce qu'en travail social, un symptôme se traite ou se comprend ?

PC : On est clairement dans le traitement du symptôme plus que dans sa compréhension. On a de la fièvre, on prend de l'aspirine sans chercher à comprendre ce qu'il y a derrière. Pas sûr pour autant qu'on ait réglé le problème.

XIV.4 Philippe Gaberan : L'arpenteur du travail social

FC : Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

PG : Je suis éducateur spécialisé de formation initiale et j'ai un doctorat en sciences de l'éducation dirigé par Philippe Meirieu à l'Université de Lyon. Quand j'ai considéré être allé au bout du bout de mon métier d'éducateur, je suis devenu formateur en travail social, d'abord à Toulouse puis Bourg-en-Bresse, avant de prendre la direction d'un petit établissement de formation en Lozère, puis celui de l'IFRASS à Toulouse durant deux ans avant de quitter le domaine de la formation qui boîtait. Je conserve aujourd'hui une petite activité de soutien et de réflexion auprès d'équipes et d'étudiants quand les établissements m'invitent. Mais plus important que le passé, la question c'est : qu'est-ce que je fous là encore, alors que je pourrais être tranquillement à la retraite ? Vous avez lu ce que j'écris sur les différentes plateformes, je suis convaincu que le temps est venu pour que nous reprenions la main sur nos métiers et affirmer l'existence réelle d'une éducation spécialisée, qui n'est pas tout à fait le travail social.

FC : Vous pouvez préciser la distinction que vous faites entre éducation spécialisée et travail social ?

PG : Rien qu'en prenant la racine étymologique des termes « éduquer » ou « travailler », nous ne sommes ni dans le même champ, ni dans les mêmes finalités, et nous ne serons donc pas dans la même épistémologie. Je reprends en fait la distinction que propose Jean Jacques Rousseau au début de l'Émile⁸⁴⁴. L'éducation spécialisée est du côté de l'humain, de la personne à laquelle il faut venir en aide pour qu'elle puisse advenir, en tant que sujet, d'elle-même. C'est ce qu'on appelle aujourd'hui l'autodétermination après avoir longtemps appelé ça l'autonomie. Ces personnes auxquelles nous nous adressons ont des trajectoires de vie qui ont été impactées par des événements de nature traumatique. Tandis que le travail social, lui, va porter la focale sur le citoyen. Avec de grands leitmotivs comme l'inclusion sociale, l'ordre social. C'est un sujet non plus de soi-même, mais sujet d'un autre, d'une cité ou d'un État pour parler de façon contemporaine. Sans les opposer, Rousseau dit clairement : « je ne m'emploierai pas à former un être humain, c'est une

⁸⁴⁴ Rousseau J.-J. (1982). *Émile ou de l'éducation*. Paris, Garnier.

tâche trop compliquée, en revanche, je formerai un citoyen ». C'est ce renoncement-là auquel je ne veux pas prendre part, je veux maintenir cette dimension d'un sujet de soi-même, quelles que soient les qualités ou les compétences de la personne.

Et voilà, c'est ce renoncement-là auquel moi je ne veux pas prendre part, je veux maintenir cette dimension du sujet de soi, quelles que soient les qualités ou les compétences des personnes.

FC : Au vu de votre long et riche parcours en tant que praticien, formateur, écrivain, quel regard portez-vous sur les enjeux contemporains de la clinique en éducation spécialisée ?

PG : Tout d'abord, j'accueille favorablement la démarche d'Edgar Morin qui invite à aller vers la complexité et à se servir de l'ensemble des sciences humaines - y compris dans leurs contradictions ou leur apparente opposition - pour essayer de penser cette complexité qu'est l'humain. Je précise donc que mon champ théorique de référence étant la philosophie, je vais concevoir le terme de clinique par rapport aux apports qu'ont pu faire Michel Foucault ou Louis Althusser par rapport à la définition même de la clinique. Pour Foucault, la clinique est l'art de pouvoir passer du vouloir au savoir ; ramené au champ qui nous concerne, les éducateurs sont ceux qui sont les mieux placés pour pouvoir voir ce qui se trame au niveau de la personne, à travers l'observation de ce qui s'observe à travers les comportements. Au contact du public, ils sont appelés à se poser une question : qu'est-ce qu'il est en train de me dire à travers les symptômes qu'il est en train de manifester ? C'est là où je situe la clinique. En étant présent au plus près des personnes comme le médecin est présent au plus près du malade. Il n'y a qu'à voir l'étymologie comme l'explique très bien Joseph Rouzel, au chevet de la personne, mais que je viens compléter : qu'est-ce que je fais de ce qu'il me donne à voir et à entendre ? Est-ce que je reste uniquement sur le plan du symptôme ou est-ce que je fais le pas de côté nécessaire pour aller chercher une compréhension. Voilà ce qu'est la clinique et elle ne peut pas être dans ce raccourci que le terme a fini par prendre : elle n'est pas du côté d'une thérapeutique, elle est pas du côté d'un guérir la personne, elle est du côté du comprendre. C'est là une dimension extrêmement complexe qu'explique Michel Foucault, il n'y a pas un passage naturel du voir au savoir. C'est ce sur quoi je travaille parce que je crains malheureusement que ce qui fragilise les métiers de l'éducation spécialisée, c'est que le champ épistémologique n'a pas été posé. La grammaire et le vocabulaire de nos métiers n'ont pas été posés. On emprunte à différentes sciences humaines, on a un patchwork de

concepts qui sont à portée de main mais qui ne parviennent pas à faire sens encore, n'étant pas articulés les uns par rapport aux autres.

FC : Vous parlez de patchwork, d'empreinte...pardon, d'emprunt à de nombreuses disciplines, mais comment cela pourrait être autrement dans le champ qui est le nôtre, l'éducation ?

PG : Je ne parle pas en savant, vous savez, c'est justement ce que je suis en train de chercher, j'ai d'ailleurs promis deux ouvrages à Ères là-dessus. Je me base encore une fois sur Foucault et Althusser là-dessus. Il nous faut définir des catégories et fonder un discours de l'éducation spécialisée, c'est-à-dire un ensemble de concepts qui vont nous permettre de structurer la pensée. Ces quarante dernières années, on a eu un mouvement idéologique assez fort qui a voulu absolument nous tirer du côté de la rationalisation, du côté d'un discours organisé autour de catégories binaires : c'est vrai ou c'est faux, c'est bien ou mal, c'est bon ou mauvais. Or, pour penser la complexité de l'humain puisque nous sommes partis de cette dimension-là, il nous faut d'autres registres de catégories. Et elles existent. Mon hypothèse est que l'on doit se diriger vers des catégories en « able » : entre bon et mauvais - catégorie binaire, l'une excluant l'autre – on peut retrouver tolérable, acceptable, etc. Qui acceptent un mouvement entre deux pôles extrêmes – le bon et le mauvais - qui permettraient d'accueillir l'incertitude ou l'imprévisible de l'humain. Je pense qu'il y a quelque chose d'essentiel qui se tisse même si je le formule grossièrement.

FC : Ce que vous dites fait vraiment écho à mon travail de thèse. C'est-à-dire que j'ai démarré à partir d'une revue de littérature sur l'histoire de la clinique (d'Hippocrate à Foucault en passant par Freud ou Lacan) et sur sa dimension protéiforme et multidisciplinaire puisqu'elle infuse dans la sociologie, la didactique, l'anthropologie, etc. Et à partir de là je me suis demandé s'il était possible de catégoriser, si elles existaient, les spécificités d'une clinique en éducation spécialisée. Ces catégories, que j'ai nommées concepts opératoires spécifiques, c'est-à-dire, d'après une définition de Quivy et Campenhoudt, une théorisation bricolée entre des concepts solides déjà existants et des prénotions. Quels sont ses plus petits dénominateurs communs, ses invariants ? Autrement dit, de quoi cette clinique de l'éducation spécialisée est-elle le nom ? Et pour ce faire, je suis allé interroger des éducateurs spécialisés en ITEP, je me suis appuyé sur

des récits de pratiques issus de mon expérience d'éducateur. Deux points qui ressortent de cette recherche : il est possible de faire émerger des thématiques générales, presque une épistémologie à travers des concepts tels que le maniement du transfert – l'accueil, la rencontre, la relation -, l'institution, l'incertitude, la politique du symptôme, etc., mais qui me font finalement manger à tous les râteliers disciplinaires (sociologie, psychanalyse, sciences de l'éducation, etc.). Et l'autre point saillant, c'est que la plupart de ces professionnels ont eu des difficultés à répondre sur le terme de « clinique » et ne s'autorisent pas à se considérer comme des cliniciens ni même faire de la clinique dans leurs pratiques quotidiennes. Je ne sais pas si je suis clair.

PG : Si, si, tout à fait. Vous savez, j'ai fait ma thèse de doctorat sur un philosophe du XVIIIe siècle, Condillac⁸⁴⁵. Condillac a été injustement moqué par Jean Piaget parce qu'il trouvait son sensualisme trop simpliste. Pourtant, Condillac est l'un des premiers à être allé au-delà des idées pour voir comment se construit l'être humain, comment il peut advenir par lui-même, avec deux portes d'entrée : les sensations et le langage. Je vous dis ça parce que pour Condillac, il n'y a de science que d'une langue bien faite. Je ne sais pas si, comme vous le soutenez, il existe une clinique spécifique de l'éducation spécialisée ; mais en tout cas, je suis convaincu qu'il doit y avoir comme vous venez de dire, un corpus de mots, un vocabulaire. De la même manière que Freud a posé un vocabulaire de la psychanalyse sans inventer des mots - il va utiliser le ça, le moi, le surmoi qui étaient déjà des mots existants -, mais en leur donnant un sens spécifique au regard de ce qu'il a envie de déployer. C'est la grande fragilité de nos collègues éducateurs aujourd'hui, et c'est pour cela qu'ils n'ont pas eu cette possibilité de répondre à votre question, parce qu'ils sont encore dans l'ordre de l'intuition, au sens aristotélicien du terme. Pourtant ils pigent ! À mon sens, ils reniflent parfaitement ce qu'il faut faire ! Mais lorsqu'il s'agit de rendre visible et lisible ce qu'ils font, ils sont empêtrés dans un vocabulaire qu'ils ne maîtrisent pas parce qu'il n'est pas suffisamment posé. Quand vous analysez les discours des éducateurs, et c'est la même chose qui se passe aujourd'hui dans la société, c'est que n'importe quel mot peut être mis à la place d'un autre, en pensant qu'ils sont synonymes. Quand vous utilisez le terme quotidien, il y a habitude, routine, répétition, il y a plein de mots comme ça qui ont chacun leur importance et leur sens, mais qui ne peuvent pas se valoir comme synonymes. L'obstacle aujourd'hui, c'est que les professionnels sont conscients qu'ils

⁸⁴⁵ Gaberan, P. (1997). « Condillac et la posture matérialiste en pédagogie : l'enfant n'est pas une idée ». Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation sous la direction de Philippe Meirieu, Université Lyon 2.

disposent d'une expertise mais ils ne bénéficient pas d'un dictionnaire de l'éducation spécialisée qui puisse venir définir les mots utilisés.

FC : J'entends tout à fait, je partage vos propos en grande partie mais je me dis que quand même, il y a eu du boulot qui a été fait ! Il y a eu un bouquin qui fait autorité, *De l'éducation spécialisée*⁸⁴⁶, que vous connaissez bien et qui a été réédité. On a des penseurs importants de l'éducation spécialisée dont vous faites partie : des gens comme Rouzel ou Chavaroche avec qui j'ai eu l'occasion de m'entretenir, des Jean-François Gomez, des Saul Karz. Sans parler des Fustier ou Deligny. Ils ont posé des mots, ils ont abordé cette question de la clinique. Ils sont venus non pas vulgariser mais traduire les concepts de Foucault, Canguilhem, Lacan au profit du champ de l'éducation spécialisée. Et pourtant, durant mes entretiens, quasiment personne n'a employé le terme de « clinique », de « politique », « d'éthique », voire de « transfert ». Je pourrais même vous dire que personne n'a osé employer le verbe aimer (rires). Et pourtant, leurs propos transpiraient tous la clinique, l'éthique... pourquoi ils ont été incapables d'utiliser ces termes ?

PG : C'est intéressant ce que vous dites. Je ne compte pas entrer dans un conflit idéologique, ça nous fait rire avec Joseph parce que je dis que Joseph, c'est mon frère ennemi. J'utilise volontairement cet oxymore. Pourquoi ? Par exemple, Joseph Rouzel m'avait fait une très belle note de lecture de *Oser le verbe aimer* dans VST et dans le dernier paragraphe⁸⁴⁷, il m'a reproché de ne pas avoir utilisé le terme de transfert, voilà. C'est une discussion animée qu'on a à ce sujet avec Joseph. Pour moi, le mot transfert, s'il a du sens - au-delà des camps que les éducateurs font hors établissement- au regard de la leçon freudienne comme disait Bonnafé, c'est par rapport au champ non pas de la psychanalyse, mais du champ que Freud a défini. Mais le mot transfert ne peut pas s'appliquer à la clinique éducative. Je sais bien que je me heurte à une discussion, à une dispute - et c'est tant mieux -, par rapport à ça. Parce que le transfert, replacé dans la clinique psychanalytique, c'est une démarche volontaire d'une personne vers un analyste pour tenter de se comprendre lui-même. Et il est le principal acteur de cette analyse puisqu'il amène son discours, et c'est par son discours qu'il se donne à voir et qu'il se donne à comprendre. Nous, la plupart des publics que nous accueillons dans la relation éducative, ils ne sont pas dans cette démarche-là ! On a bien un champ spécifique : il y a

⁸⁴⁶ Capul, M., Lemay, M., Gaberan, P. (2019). *De l'éducation spécialisée*, Op. cit.

⁸⁴⁷ Rouzel, J. (2017). Livres et revues. *VST - Vie sociale et traitements*, 134, 136-143.

une rencontre qui doit se produire, comme celle qui se produit entre l'analysant et l'analyste, mais celle entre la personne accompagnée et l'adulte éducateur n'est pas codifiée de la même manière que la clinique psychanalytique. Ça, ce sont mes convictions.

FC : Je crois en effet que la dispute, au sens du *disputatio*, est incontournable sur ces sujets puisqu'elle permet de questionner le sens des mots. Lorsque je propose la thématique « le maniement du transfert dans la relation éducative », j'emprunte tout autant à la clinique psychanalytique qu'à votre ouvrage *Oser le verbe aimer*⁸⁴⁸ en posant une question : qu'est-ce qu'on fait de tous ces affects ? Et le transfert, ça parle aux étudiants, ça parle aux professionnels. J'ai une autre thématique sujette à discussion, que j'ai nommée « la politique du symptôme ». C'est-à-dire, en tant qu'éducateur spécialisé, quelle rapport on entretient avec le symptôme, avec la norme ? Est-ce que c'est un processus déficitaire qu'il s'agirait de faire disparaître ou est-ce que c'est une certaine forme de langage ? Selon le sens qu'on lui donne, on ne va pas travailler pareil avec les personnes.

PG : C'est intéressant ce que vous dites parce que vous et moi, nous partons sur une évidence que pour les professionnels, et d'ailleurs permettez-moi une distinction forte entre profession et métier. J'appelle le professionnel, celui qui, ayant un statut, a été recruté, et est investi d'une légitimité pour agir auprès des personnes. Cela lui donne le pouvoir d'agir mais cela ne lui donne pas forcément encore une autorité pour agir. Vous voyez, c'est tout cela qu'on a à mettre au travail quand on parle de corpus, de termes et de vocabulaire. Nous partons sur une évidence donc, que pour les professionnels d'aujourd'hui, le comportement est un symptôme. Je n'en suis malheureusement plus si sûr que ça de cette affaire-là. Parce que l'évolution des dispositifs des formations à travers le discours dominant qui porte aujourd'hui sur l'éducation spécialisée, c'est un discours qui n'a jamais cessé de hanter le secteur, c'est un discours sur l'ordre, sur ce qu'il faut rétablir : l'ordre. Et par extension le comportement lorsqu'il n'est pas conforme à ce qui est attendu, ce n'est plus un symptôme, c'est un dysfonctionnement.

FC : Une déviance.

⁸⁴⁸ Gaberan, P. (2016). *Oser le verbe aimer en éducation spécialisée*. *Op. cit.*

PG : Voilà. Et pour beaucoup de nos structures, ce qui est demandé aux professionnels, c'est que le désordre cesse, que le dysfonctionnement disparaisse. Or, vouloir faire disparaître le symptôme, c'est la pire manière de ne pas répondre à la problématique de la personne accompagnée, nous le savons.

FC : Cette question de la déviance et des symptômes, elle est clairement en lien avec un ordre social. Prenons un gamin qui est un peu agité en classe, si c'est dans une classe de 35 élèves, c'est ingérable pour l'enseignant, il fait désordre ; et notre façon de répondre sera peut-être celle du traitement médicamenteux. Mais à un moment donné, on ne peut pas ne pas se poser la question : cette agitation ne serait-elle pas plus tolérable dans une classe de 20 ? Et à partir de là, questionner le mouvement idéologique dont vous parliez.

PG : Oui et je vais reprendre votre exemple en le ramenant à notre secteur. Yves Jeanne, maître de conférences à l'université Lyon II et ancien directeur de DITEP avait écrit un très bel ouvrage qui a fait référence sur la violence des adolescents⁸⁴⁹. Ensemble, on a beaucoup travaillé sur les passages à l'acte violent des jeunes en MECS, qui est un signe fort qui met en difficulté de nombreuses équipes, voire de nombreux établissements. Ces passages à l'acte extrêmement violents des jeunes en MECS que vous rencontrez sûrement en DITEP. Nous avons aujourd'hui beaucoup de mal à amener les professionnels à voir et entendre ce qui se dit ou ce qui se donne à voir à travers les passages à l'acte. Si les causes relèvent de la psychiatrie ou de défaillances dans l'accompagnement éducatif. Nous avons démontré que ces dernières années, on a assisté à une épidémie forte de troubles de comportements limites puisque ça représente plus de 24% des diagnostics psychiatriques des adolescents alors qu'il y a à peine dix ans, cela ne représentait que 6%. On range dans les causes psychiatriques des tas de comportements qui n'ont rien à y faire. Et on entend des professionnels se mettre en colère contre les psychiatres qui ne donnent pas de médicaments ou qui n'internent pas des personnes dont rien ne prouve que les passages à l'acte relèvent d'une défaillance psychiatrique. On a ce malentendu énorme dans la profession et vous touchez du doigt un domaine essentiel de la clinique : à quoi ai-je à faire ? On a pu montrer que les 5 symptômes majeurs du trouble du comportement limite sont exactement les mêmes que les 5 troubles majeurs des carences affectives précoces.

⁸⁴⁹ Jeanne, Y. (2010). *Dépasser la violence des adolescents difficiles: Le pari de l'éducation*. Toulouse, Érès.

Mais on pourrait faire la même chose avec les enfants hyperactifs dont vous parliez. Aujourd'hui, on traite avec des médicaments qui ont des conséquences lourdes des gamins déclarés hyperactifs alors que ce qu'il leur manque peut-être avant tout, c'est un cadre éducatif suffisamment sécurisant.

Vous voyez donc comme les enjeux de la clinique aujourd'hui, ils sont là. Comment je fais pour ne pas me laisser déborder par une pseudo évidence, pour ne pas réagir à ce qui fait bruit dans le comportement et pour aller me positionner au-delà et pour entendre ce que dit la personne qui passe à l'acte ? Et dans le contexte actuel, cela ne passe pas auprès des professionnels parce qu'ils me disent « On n'a plus le temps, nous ne sommes plus assez de professionnels ». Les injonctions au niveau des directions, c'est qu'elles veulent de l'ordre immédiatement. On fait signer un contrat à des gamins qui arrivent en MECS, au premier passage à l'acte, ils ont un avertissement, au second, ils sont exclus.

FC : On voit bien là la dimension absurde de ce genre de contractualisation. Cela me fait penser à ce CHRS dans lequel j'intervenais qui faisait signer au bénéficiaire un contrat d'accueil dans lequel il s'engageait à ne consommer ni alcool, ni stupéfiant. La relation entre le professionnel et le bénéficiaire ne pouvait démarrer que sur un mensonge originel et une hypocrisie latente : le bénéficiaire comme le professionnel savaient tous deux qu'il y allait avoir ce genre de consommation puisque c'était la raison majeure de sa venue ici...

PG : Fabien, je me permets de vous couper parce que votre exemple sur le CHRS est très intéressant. J'ai travaillé 5 ans avec un CHRS, « Le petit ermitage » près de Bordeaux, et si vous relisez les textes, vous constaterez que les CHRS ont été créés pour accueillir des personnes qui étaient sevrées de toute dépendance à ces substances. Ce sont les textes législatifs qui ont imposé ce faux semblant. Vous amenez un exemple extraordinaire de ce qui produit, dès le départ, un accueil biaisé. Nous avons travaillé différemment dans notre CHRS à partir d'une notion fondamentale qui a disparu du travail social et qui était pourtant au cœur de son éthique : l'accueil inconditionnel de l'autre. Quand je parle de reprendre la main sur nos métiers, c'est contre la technocratie qui s'est mise en place au fil des décennies.

FC : Vous pouvez développer sur cette dimension technocratique et sur le mouvement idéologique que vous évoquiez tout à l'heure ?

PG : Cette lecture, tout le monde peut l'avoir. Ce courant idéologique majeur qui domine aujourd'hui l'organisation la société française comme l'ensemble des sociétés dans le monde, qui amène à l'état de violence que nous connaissons, il date des années 50, c'est celui de la mainmise du libertarisme venant contrer le supposé risque bolchévique. Et on a laissé carte blanche à tous ces penseurs qui sont venus se greffer par la suite. Ce qui m'intéresse, ce n'est pas tant le parcours de ce mouvement idéologique – il est lisible - mais plutôt comment s'en extraire. Quand j'entends aujourd'hui parler de plan Marshall pour la petite enfance pour la protection de l'enfance, ça me fait bondir ! Je me dis, ce n'est pas possible, on est tellement en manque de vocabulaire qu'on va chercher un modèle, celui du plan Marshall de 1945 dont plus personne ne connaît ni le contexte, ni les finalités. Parce que le plan Marshall, ce n'était pas un mouvement philanthropique vis-à-vis de l'Allemagne, c'était plutôt venir contrer le risque de voir l'URSS prendre la main en Europe. Et donc, nous avons des éléments de réponse, nous avons une voie politique pour se sortir de cette impasse. Ce que propose par exemple la commission Stiglitz-Sen-Fitoussi sur un nouveau calcul du PIB⁸⁵⁰. Il faut cesser de considérer que l'aide apportée aux plus vulnérables soit une charge pour les sociétés. Et ça, c'est un renversement politique majeur tout autant qu'un renversement d'une vision de l'homme. Ce rapport avait même été remis à la Commission européenne. On voit bien toute la complexité de cette proposition parce que c'est une vision de l'homme complètement renouvelée qui se joue à travers ça. Il existe donc des portes de sortie, ce qu'ont montré des gens comme Edgar Morin ou Michel Serres, des portes de sortie que l'on connaît mais qui semblent compliquées à prendre.

FC : Oui, c'est un renversement de paradigme qui viendrait remettre en cause notre modèle économique, social et philosophique. On a pu constater que s'était formées quand même des poches de résistance face au raz-de-marée des indicateurs observables, mesurables, objectivables, de protocoles, de recommandations de bonnes pratiques. Mais finalement, comment à hauteur des individus, des professionnels, on peut continuer à travailler au plus proche des publics à partir d'une pratique clinique ?

⁸⁵⁰https://www.economie.gouv.fr/files/finances/presse/dossiers_de_presse/090914mesure_perf_eco_progr es_social/synthese_fr.pdf

PG : Vous venez de faire une analyse synthétique de ce qu'il s'est passé dans le secteur de l'éducation spécialisée ces quarante dernières années. C'est à dire que petit à petit, une perte de sens s'est installée au niveau des pratiques et s'est fait ressentir très violemment par les acteurs de proximité qui étaient censés porter la clinique. Mais cette perte de sens, elle a été accompagnée, voulue, désirée par une technocratie. C'est cette dernière qui a demandé aux associations de se plier à ses directives, à remplir ses objectifs. Au sein des établissements, il y a eu un clivage, une fracture qui s'est opérée entre les acteurs de proximité et les directions ou les directions adjointes. Ce qu'on voit dans l'état de crise actuel, c'est qu'il a atteint un tel niveau qu'il appelle des changements majeurs. Quand on lit *l'Apocalypse cognitive*⁸⁵¹ de Gérald Bronner, on voit bien que lorsqu'on arrive à la fin d'une impasse, au bout du bout de ce qui est supportable, pour qu'un changement opère, c'est malheureux de le dire, mais il faudrait presque en arriver à la catastrophe. Et ce qui est intéressant lorsque je discute avec des directeurs et des chefs de service, c'est qu'ils recollent aux acteurs de proximité et disent bien comment il faut en finir avec la perte de sens.

FC : J'ai trouvé les mêmes résultats dans une recherche que j'ai menée auprès de directeurs d'établissement : ils luttent pied à pied contre les organismes de tarification et de tutelle qui voudraient leur imposer comment on travaille avec des enfants à grand renforts de novlang, d'indicateurs et de durée moyenne de séjour. Un des directeurs que j'ai interviewé a abordé cette façon de résister pour garder du sens à son travail et ne pas s'effondrer et il a eu cette phrase qui m'a marqué « je n'ai pas envie de perdre mon âme ».

PG : Vous êtes sur un sujet qui est éminemment complexe parce qu'il vous oblige à considérer, si l'on prend un temps court, le virage opéré dans les années 80. J'ai été éducateur comme vous : combien de fois avons-nous été convoqués par les dirigeants associatifs sur le fait de faire plus avec moins ? Sur cette période, les anciens directeurs ont été massivement remplacés par des directeurs issus d'autres secteurs que celui du travail social. Je n'aime pas cette expression mais si vous voulez mon avis, le grand remplacement il est là : un grand remplacement managérial ! On peut lire cette trajectoire à partir de la consolidation du *New Public Management* dans notre secteur. Sans chercher la polémique, il n'y a qu'à regarder ce que rappelait dernièrement l'URIOPSS⁸⁵² à ses

⁸⁵¹ Bronner, G. (2021). *Apocalypse cognitive*. Paris, Puf.

⁸⁵² Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux.

adhérents : vous êtes là pour mettre en œuvre des politiques publiques. Alors bon, l'esprit de résistance associative...

FC : C'est un questionnement qui est bien ancien dans notre secteur. Si on reprend le numéro de la revue Esprit de 1972, ces interrogations étaient bien présentes : à quoi sert le travail social ? Est-il là pour normaliser ? Pour émanciper ? C'est un problème qui même de nos jours n'a toujours pas été réglé.

PG : C'est très juste ce que vous dites. Mais je suis et je resterai un éducateur dans l'âme. Je vais utiliser une métaphore sportive : vous ne pouvez pas reprocher à quelqu'un de ne pas savoir nager si vous ne lui avez pas appris à nager. Vous ne pouvez pas demander au secteur de régler ces problèmes fondamentaux si, après 40 ans, deux voire trois générations de professionnels ont été formés à partir d'un discours dominant qui leur martèle : pour être un bon professionnel, il faut appliquer des recommandations, de bonnes pratiques. Cela finit par peser. Vous ne pouvez pas reprocher à un secteur qui a volontairement adhéré à une remise en ordre technocratique de son organisation, de son fonctionnement, y compris de son vocabulaire, d'ignorer ses principes éthiques fondateurs. Ce n'est plus dans la culture, ce n'est plus saisissable. Je vous disais tout à l'heure « qu'est-ce que je fous là » ? Mon seul souci aujourd'hui, c'est d'être un poil à gratter, de venir rappeler ce que certains me renvoient comme étant des principes de dinosaures, archaïques.

FC : J'aime cette image de poil à gratter, un de mes directeurs de thèse m'avait proposé celle du sparadrap collé à votre chaussure. Vous avez beau secouer la jambe, il reste accroché. C'est de dire que tant qu'il y a de l'humain, il y a quelque chose de l'ordre de la clinique qui résiste. Imaginons que vous deviez sortir un nouvel ouvrage : Osez le verbe espérer en éducation spécialisée. Quels seraient vos motifs d'espérance ?

PG : C'est intéressant voyez-vous, parce que le mot espérance m'a fait hésiter. À mon sens, ce n'est pas une espérance mais bien un retour aux fondamentaux. Ce qu'est l'humain. Nos métiers n'ont du sens que si ceux qui l'exercent sont investis d'une légitimité, d'une expertise qui leur confèrent une certaine autorité permettant la rencontre avec les personnes accompagnées. Cette rencontre va se faire non pas du côté d'un paraître possible de la personne, mais d'un être souhaitable. Lorsque j'étais jeune

éducateur, j'ai commencé dans un foyer d'hébergement pour personnes déficientes qui travaillaient en CAT. La norme, c'était le travail et un salaire. Et quand on a dit qu'on pouvait exister et être au monde en dehors d'un statut de salarié ou d'ouvrier pointant à l'usine, on s'est moqué de nous, on nous a traité de rêveurs, de post-soixante-huitards, etc. Mon espérance, je vais la puiser chez des philosophes comme Gilles Deleuze, d'une articulation de la différence sur la ressemblance et non pas d'une ressemblance établie aux dépens de la différence. Une personne en situation de vulnérabilité, en CHRS ou ailleurs, mérite un accompagnement éducatif non pas parce qu'elle est défaillante, mais parce que ce qu'elle raconte de son existence est de l'ordre de l'humain.

FC : C'est une très belle formule. Et pour viser ce retour aux fondamentaux, je me dis que cela commence par la formation. Votre avis concernant le futur de la formation et sa possible universitarisation ?

PG : Je suis suffisamment âgé et jeune con pour essayer de devenir vieux con. C'est à dire que l'emprise de l'université sur le secteur de la formation des métiers supérieurs, de l'éducation spécialisée et du travail social, on ne va pas pouvoir la corriger prochainement, il ne faut pas compter dessus. Aujourd'hui, ma stratégie est une stratégie de résistance. C'est-à-dire que face à l'emprise de l'université, de Parcoursup, etc., quelles voies alternatives puis-je emprunter pour que le sens de nos métiers soit conservé ? D'où ma distinction initiale entre profession et métier qui me semble fondamentale. Vous êtes dans la formation vous-même, aujourd'hui j'accompagne deux mémoires par an pour la PJJ ; il y en a une à qui j'ai mis 16/20, et l'autre à qui j'ai mis 2/20. Avec les notes compensatoires elle a tout de même été diplômée, et je n'aimerais pas avoir à travailler avec elle, tout comme je plains l'équipe qui va l'accueillir. Vous voyez ? On a deux diplômées, deux professionnelles mais on n'aura pas la même qualité de présence auprès des personnes accompagnées : la qualité de présence qui est celle souhaitée pour pouvoir aider des gamins qui sont complètement déstructurés. Le secteur de la formation, il est comme les établissements spécialisés : c'est une zone sinistrée.

FC : Cela me fait penser aux termes utilisés à l'hôpital : on fonctionne en mode dégradé.

PG : Absolument. Un moment fort de ma trajectoire professionnelle a été le visionnage du film de Truffaut, *L'enfant sauvage*. À un moment donné du film, vous avez Victor qui

joue avec une brouette dans la cour et, derrière une fenêtre, Pinel et Itard. Pinel dit « cet enfant a tous les symptômes des enfants fous de Bicêtre donc c'est un enfant fou »; il est dans une logique rationnelle, dans un diagnostic classificatoire. Et puis Itard qui est à côté, avec toute la prudence du maître avec l'élève – et c'est là où je parle de ruse et de résistance -, on ne peut pas s'opposer frontalement à son maître comme ça, qui dit «Vous avez raison, l'observation clinique est juste mais je ne tire pas les mêmes conclusions. Si cet enfant présente les mêmes symptômes, c'est parce qu'il a subi des carences énormes et n'a pas été accompagné dans le grandir comme il aurait dû l'être. Autorisez-moi à essayer de l'accompagner pour qu'il puisse se réapproprier les compétences qui lui manquent ». On sait qu'il va échouer, et on sait aujourd'hui, d'un point de vue psychologique, pourquoi cela ne va pas marcher mais c'est le genre de présence que j'attends d'un éducateur. Il y a un discours dominant qui dysfonctionne, qui s'effrite, qui se casse la gueule et qui va prendre conscience qu'il va falloir mettre autre chose à sa place. Aujourd'hui, ce sont d'ailleurs ceux qui sont aux manettes et qui ont détruit notre champ qui se proposeront de le reconstruire. On retourne rapidement sa veste dans ces cas-là et ils vont oublier qu'ils ont été eux-mêmes les acteurs de la destruction. Mais ce qui nous importe, c'est que l'on puisse continuer à penser le sens de nos métiers, non pas au regard des attendus d'un discours idéologique, mais de ce que sont les personnes que nous accompagnons. Je suis convaincu de cela.

FC : D'où ce retour aux fondamentaux.

PG : D'où un retour aux fondamentaux. J'ai un exemple qui me vient en tête : un DITEP me demande de participer à un colloque national sur les techniques de médiation éducative à l'usage de leurs gamins. 48 h extraordinaires. De supers ateliers, des gens formés à bac+3, aller faire de la bicyclette ou des châteaux de sable – c'était à La Grande Motte. Je fais un super discours pendant quarante minutes, que ça a toujours été ma marotte les enjeux des techniques de médiation et leur impact sur le comportement des gamins accueillis. Dans le discours de clôture, le directeur général de l'association, qui était issu d'un tout autre secteur, nous dit : « je ne suis pas sûr que cette compétence-là relève aujourd'hui des éducateurs spécialisés, je m'en remets à Nexem⁸⁵³ pour dire ce que doit être un éducateur spécialisé ; c'est bien gentil tout ce que vous avez raconté, mais

⁸⁵³ Principale organisation des employeurs associatifs du secteur social, médico-social et sanitaire.

non ». Vous comprendrez que je suis pessimiste sur la possibilité d'amener ces personnes qui ne sont absolument pas au contact de nos métiers à pouvoir changer de point de vue. Mais à la fois, je suis optimiste sur la capacité de résistance et de réappropriation des fondamentaux tels que les techniques de médiation éducative par des professionnels qui ont encore envie d'agir le métier.

FC : Je partage cet état d'oscillation dans lequel vous êtes. Cependant, quand je vois l'état du secteur et même au-delà : les EPHAD, l'hôpital, SERAFIN-PH...je me dis qu'il faut quand même une sacrée dose de cynisme pour poursuivre la destruction de notre modèle social. J'ai une profonde inquiétude sur l'avenir du secteur. Effectivement, nous en sommes à nous recroqueviller sur nos fondamentaux, presque dans un mouvement de survie, de la relation que j'entretiens avec les gamins. C'est quand même maigre. Je vous partage mon sentiment : je me demande si la bataille n'a pas été perdue et qu'il n'y a plus qu'à attendre la crise – au sens strict du terme – pour produire un bouleversement...

PG : C'est logique vous ressentiez cette inquiétude, moi aussi j'ai mes moments de doute. Vous me pardonnerez la grossière comparaison mais je dis parfois aux professionnels comme aux étudiants que la minorité de jeunes de 18-19 ans qui s'engageaient dans la résistance en 1942, ils n'étaient pas convaincus de pouvoir vaincre le nazisme. Beaucoup sont morts, avant même d'avoir vu le résultat de leur engagement, vous voyez ? Dans cet instant de crise qui est le nôtre, nous ne percevons pas encore ce que pourrait être cet autre possible. J'ai écrit un article récemment intitulé « nous avons la chance de vivre une apocalypse »⁸⁵⁴. L'apocalypse, au sens étymologique du terme, ce n'est pas la fin mais un renouveau. Nous avons cette chance d'être en plein dans la tourmente avec ce tout ce que cela implique. Et nous sommes en même temps les passeurs d'un monde ancien à un autre sans dont nous ne parvenons pas encore à dessiner les contours. Nous avons quelques esquisses mais nous n'avons rien de clair pour l'instant. Il est logique que nous doutions. Il est logique que nous soyons fatigués. Mais il y a des moments de compensation. Quand on m'envoie des messages pour me remercier de ce que j'ai pu dire ou écrire, je les prends ! Pas pour me faire gonfler les chevilles, mais parce que cela me permet de continuer d'avancer et de maintenir un contre-discours. Je m'en prends aussi plein la

⁸⁵⁴ <http://philippe-gaberan.com/index.php/2022/12/05/nous-avons-la-chance-de-vivre-une-apocalypse/>

figure remarquez, mais cela fait partie du rôle que j'ai accepté d'endosser, de cette fonction qui est la mienne aujourd'hui.

FC : Si je vous suis, il s'agit d'imaginer l'éducateur comme un Sisyphe qui pousse son caillou inlassablement. Et dans ce cas, comme le propose Camus : si on doit imaginer Sisyphe heureux, on doit aussi imaginer l'éducateur heureux.

PG : Tout à fait, c'est une superbe image.

PARTIE 4 : LES ENJEUX CONTEMPORAINS DE LA CLINIQUE DE L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE

Désirer caractériser de façon exhaustive une « insaisissable pratique »⁸⁵⁵ relèverait de la gageure si le contexte actuel du travail social et de l'éducation spécialisée ne nous y invitait pas. Cette volonté de décrire au plus près du vécu ce qui se joue dans une relation entre un sujet accompagné et un sujet éducateur à tous les niveaux nous a semblé indispensable, et les propos tenus par toutes les personnes que nous avons interrogées dans le cadre de ce travail de thèse et lors d'autres recherches n'ont fait que le confirmer. Nous nous sommes appliqué à réaliser un travail de déconstruction verticale (les dimensions historiques, sociales, institutionnelles) tout autant qu'horizontale (sur les concepts théoriques déployés notamment) afin de mieux circonscrire notre objet d'étude. Ce travail nécessaire d'historicisation afin de faire émerger les traits saillants d'une fonction éducative tels que les développe Jacques Loubet⁸⁵⁶ ne nous a pas semblé suffisant sans y ajouter les enjeux sociétaux contemporains tout autant qu'une approche micro-contextuelle, à base de récits cliniques et d'entretiens.

Le doute qui ne nous a pas quitté tout au long de cette thèse s'avère d'autant plus présent au moment d'analyser nos résultats, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit de systématiser et théoriser ces concepts opératoires spécifiques pour en produire un modèle, alors même que nous soutenons depuis le départ qu'aucun modèle clinique ne saurait exister. Nous confirmons notre première volonté, celle de mettre au jour une cartographie d'une clinique de l'éducation spécialisée, avec toutes ses limites, ses *terra incognita*, mais avec, aussi, un support assez efficient pour qu'il nous soit possible de naviguer à travers les continents Clinique sans nous y perdre. Telle aura été notre ambition. Aussi, au moment de lancer la discussion, nous proposons de conserver la même structure en la renversant cette fois-ci, en démarrant par la limites de nos résultats, puis en nous dirigeant vers l'ultra clinique – ou clinique originelle, c'est-à-dire ce qui se joue au plus près, au chevet de la personne accompagnée -, en abordant la posture « ignorante » des éducateurs spécialisés vis-à-vis de la clinique, en évoquant les tensions entre le vécu des acteurs du travail social et celui des décisionnaires politiques, en terminant enfin à partir d'un questionnement qui

⁸⁵⁵ Coquoz, J. & Knüsel, R. (dir.) (2004). *L'insaisissable pratique : Travail éducatif auprès de personnes souffrant de handicap*. Lausanne, Presses universitaires Romandes

⁸⁵⁶ Loubet, J. (2012). *Le savoir-faire éducatif*. Toulouse, Érès.

s'est manifesté avec force au fil de notre recueil de données, celui de la formation des travailleurs sociaux et de sa possible universitarisation.

Chapitre XV . Les concepts opératoires spécifiques de la clinique de l'éducation spécialisée

XV.1 Le maniement du transfert dans la relation éducative

XV.1.1 Le transfert : ce(eux) qui nous lie(nt) au quotidien

La relation éducative se constitue autour de la théorie du transfert en psychanalyse, c'est-à-dire sur la reconnaissance et l'acceptation des affects en jeu dans ce(ux) qui nous lie(ent) au quotidien. Il est question de sujet, de subjectivité et de signifiant pour que cette relation aille plus loin que les rencontres— dont Jean Oury rappelait qu'il faut en organiser le hasard. Il s'agit de consentir à y aller, « à ne pas s'échapper » comme disait un collègue formateur, face à nos sentiments comme à ceux d'autrui. Pour ainsi dire, ils sont partie prenante de notre puissance éducative en cela que notre désir d'être aux côtés de l'autre en souffrance est un curseur décisif dans la poursuite de l'accompagnement. Se coltiner un autre qui souffre, c'est supporter l'amour, le plaisir, le dégoût, l'horreur, l'incompréhension, l'absurde, et pourtant continuer à trouver du sens dans ce que l'on entreprend pour lui venir en aide. Un ouvrage de qualité de Memmi, D, Raveneau, G. & Taïeb, E. avait d'ailleurs abordé la question du dégoût des travailleurs sociaux à travers leur confrontation quotidienne au physique, à l'odeur, aux fèces, urines et vomissements des usagers. Ils s'interrogeaient sur comment les professionnels pouvaient travailler sereinement et sur la durée lorsque leurs sens étaient mis à mal. Pourquoi la présence de tel ou tel élément pouvait à ce point nous déranger ? « En suivant la ligne de faille de cette émotion puissante, à l'interface du pur et de l'impur, de l'ordre et du chaos, de l'inclusion et de l'exclusion, nous sommes conduits à aller au-delà d'une micropolitique des interactions comme des organisations en charge des tâches jugées sales ou infâmes

pour tenter de saisir les changements de fond à l'œuvre aujourd'hui dans le processus de civilisation dont le dégoût serait un révélateur »⁸⁵⁷.

C'est souscrire à l'idée que nos affects réciproques seront supports à la relation, tout autant que l'institution, les médiations, l'équipe, le cadre, en somme, tout ce qui viendra border et ajouter du tiers à cette dualité. À partir de là, c'est une clinique de la singularité centrée, non sur des faits isolés, mais sur des interactions et des modes de fonctionnement que l'éducateur aura appris à reconnaître par le temps passé aux côtés de la personne qu'il accompagne.

XV.1.2 La « légende »

Cette connaissance de l'autre, nous la qualifions de « légende », terme qui nous a attiré pour son acception multiple. En tant que récit dont la réalité a été déformée et amplifiée par l'imagination populaire ou littéraire : parfois enjolivé par les parents et parfois dégradé par les éducateurs eux-mêmes. En tant que note explicative accompagnant une image : ce post-it collé sur un dossier ou cette phrase écrite à la main sur un résumé de formulaire MDPH, « Violent +++ », « Parents en grande opposition à la prise en charge », « Problématique sexuelle avec les plus petits » assortis souvent d'un panneau de signalisation « danger » [△]. En tant qu'histoire que se créent les agents secrets avant de partir en mission d'infiltration : comment se présentent à nous ces enfants et adolescents, ce qu'ils préfèrent taire, ce qu'ils préfèrent inventer ; certains se racontent et nous racontent des histoires, rien d'illogique là-dedans.

Cette légende évolue tout au long de la présence de ces personnes dans nos établissements. Elle s'appuie sur un recueil de données de la part des professionnels à partir du dossier papier ou numérique et de ce qu'ils accumulent au fur et à mesure de l'accompagnement. On y ajoutera des chapitres, on en ôtera d'autres, on ajoutera des détails ou au contraire on en supprimera certains qu'on estime être superflus ou intrusifs. Il s'agit aussi de pages blanches sur lesquelles l'enfant écrit ses premiers mots, dessine ses premières formes et à partir desquels lui et l'éducateur coconstruisent un nouveau récit. Lorsqu'un gamin arrive au DITEP, il arrive en donnant à voir le personnage qu'il s'est construit à partir de ce qu'il a compris, de ce qui lui était arrivé et de ce qu'il voudrait

⁸⁵⁷ Memmi, D., Raveneau, G., & Taïeb, E. (2016) . Conclusion. La puissance sociale du dégoût. *Le social à l'épreuve du dégoût*. Presses universitaires de Rennes.

être. Sur la scène de la vie quotidienne, il joue consciemment ou inconsciemment un rôle en public. Il peut aussi jouer ce que – supposément - les adultes attendent de lui. La répartition des rôles est on ne peut plus variée et la légende peut alors commencer : sera-t-il un caïd, un bon à rien, une graine de crapule, un délinquant, un échec scolaire ? L'éducateur est lui-même son propre outil, il a lui aussi un rôle à endosser et une légende à faire vivre : « des comme toi j'en mange 3 au petit déjeuner » ; « pfff, tu peux essayer mais je peux te dire que tu te fatigueras avant moi » ; « tu peux tout tenter, je ne t'abandonnerai pas ». Le scénario peut démarrer et les légendes résisteront ou non à l'effort réciproque d'une connaissance mutuelle. Le travail d'historicisation autour des origines de l'enfant, qu'il s'appuie sur une approche systémique tel que le génogramme ou sur des entretiens individuels avec une psychologue ou un éducateur, viendra consolider le scénario ou le roman personnel et familial. La clinique est un mode spécifique de connaissance car elle dépasse l'institué du dossier du jeune pour aller en quête de ce qui est instituant pour le sujet.

XV.1.3 « La clinique éclair »

L'éducation procède d'une pratique de la parole et d'un processus de symbolisation qui peut parfois prendre les apparences d'un acte tel que nous l'avons évoqué lors du récit avec Kévin. Il aurait pu y avoir des milliers d'autres actes que le nôtre, mais c'est celui qui nous est apparu, d'instinct, le plus pertinent, le plus à propos. Patrick Tort nous vient en secours lorsqu'il écrit : « Pour Darwin, il n'y a pas de "raison inverse" entre instinct et intelligence, et ce d'autant moins que tout instinct renferme en lui "une petite dose de raison" »⁸⁵⁸. Ce n'est pas, à ce moment-là, un geste de désespoir ou une parole qui nous dépasse ; nous avons déjà fait l'expérience de ceux-là dans notre carrière pour être à même aujourd'hui de les différencier. Non, nous avons juste tenté quelque chose sans l'avoir prévu en amont, sans anticiper l'arbre des possibles qui résulterait de notre action. Après tout, « la logique du travail social est aussi une logique de coups. Ils ne sont ni programmables, ni transférables, ni institutionnalisables. Mais après qu'ils ont été joués, rien n'est plus comme avant dans la situation où ils se sont produits. On est dans le registre

⁸⁵⁸ Tort, P. (2019). *Op. cit.* p.74.

de l'éphémère, du fragile »⁸⁵⁹. Du fragile, puisqu'il aurait pu produire une tout autre réaction, de l'éphémère parce qu'elle a disparu aussitôt après.

Gérard Mendel propose le concept d'« actepouvoir »⁸⁶⁰ où il est question de gagner des marges de liberté d'action et de se dégager des impasses problématiques pour inventer de nouvelles manières de faire et de penser, en situation éducative ou non. L'acte s'inscrit dans un mouvement qui engage l'individu en deçà et au-delà de l'agir, amenant parfois à en prendre acte seulement dans l'après-coup. Il s'agit pour lui d'un « processus d'interactivité entre un sujet porteur d'un projet (d'action) et la réalité concernée par ce projet – selon les cas : autrui, la société, la nature ; ce processus amène à un changement perceptible dans la réalité »⁸⁶¹ : c'est donc prendre conscience de l'impossibilité d'une maîtrise du réel par l'homme où jamais un acte n'embrasse la totalité du réel et jamais un acte n'est complètement déterminé à l'avance.

De là, il nous est possible de proposer la notion de clinique éclair afin de désigner tout acte ou parole d'un clinicien orienté par la singularité d'une situation, qui vise à créer une rupture en réponse à une action d'autrui, permettant un retour à une réalité plus apaisée. Si cette clinique éclair intervient dans un dispositif réfléchi qu'est l'accompagnement quotidien, elle se caractérise par ses aspects soudains et instinctifs où le geste du clinicien se révèle avec surprise tout autant pour lui que pour l'Autre à qui il le propose. Les espaces où cette clinique-éclair intervient dépassent les seuls conflits ou crises, et peut tout à fait s'inscrire dans une forme d'illumination, non pas au sens théologique, mais comme l'apparition soudaine à l'esprit d'une idée qui permet d'éclairer une situation. Toujours est-il qu'elle s'adresse à un autre, en réaction à ce qui est produit à travers les interactions. La clinique est improvisation puisqu'elle est renouvellement incessant de l'agir en situation singulière ; dans le même temps, elle est aussi renouvellement de la pensée de l'agir. Nous faisons l'hypothèse que cette clinique éclair est cette improvisation dans sa forme la plus radicale et devient, dans ces situations singulières, un acte à chaque fois surprenant, neuf, inventé, une convocation de gestes qui tombent là, au moment opportun ; si son auteur se rend compte, *in vivo*, de la portée de son intervention, il est souvent complexe de la saisir en exhaustivité. Il s'agit d'un travail de l'après-coup où

⁸⁵⁹ Autès, M. (2013). *Op. cit.* p.250

⁸⁶⁰ Mendel, G. (1998). *L'acte est une aventure: Du sujet métaphysique au sujet de l'actepouvoir*. Paris, La Découverte.

⁸⁶¹ Mendel, G. (2002). Acte. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd. *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 23-35). Toulouse: Érès.

nous pouvons qualifier telle ou telle intervention comme décisive sans certitude pour autant que ce soit vraiment cela qui ait été déterminant.

En reprenant une expression de Jankélévitch, Gwenaël Boudjadi, dans sa thèse en sciences de l'éducation, nous suggère de mieux apprécier la notion que nous présentons; en effet, la clinique se met au travail dans « le nœud de circonstances formant grumeau au centre d'une situation imprévue »⁸⁶². Il ajoute « ainsi, s'impliquant dans une rencontre à l'autre, la clinique s'inscrit dans le mouvement, le déplacement dynamique et non-linéaire, le complexe, l'imprévu, l'instable et l'opacité du "grumeau" conjectural de la situation. L'exigence de justesse d'une clinique est extrême, c'est en cela qu'elle peut se prétendre scientifique. C'est aussi pour cela qu'une clinique se pare d'une langue mineure et inquiète, car elle n'est jamais installée et doit se recomposer sans cesse »⁸⁶³. Ce passage nous semble particulièrement éclairant lorsqu'il s'agit de définir les contours de ce que serait cette clinique éclair. Aussi éphémère et furtive qu'un éclair qui illumine le ciel, elle se veut inquiète dans son incertitude comme dans les conséquences qu'elle entraînerait, tout en étant sûre d'un effet de rupture qu'elle pourrait produire. Cette clinique serait à l'opposée d'un savoir par avance et aurait presque à voir avec celle d'un non-savoir. Presque, car en s'appuyant sur les paramètres d'une situation et en y acceptant leur contingence, cette clinique éclair s'en retrouve pulsionnelle, mais n'en demeure pas moins balisée par ces savoirs en jachère que nous avons évoqués plus haut. La relation ne peut se réduire à une succession d'actes ni être acquise une fois pour toutes : elle est remise en cause dans chaque rencontre ou situation, et dépend autant du professionnel que du sujet ou du groupe de sujets avec lesquels la relation est instaurée.

La clinique éclair, et par extension la clinique par essence, affirment la valeur de l'éphémère, de l'imprévu dans un monde obsédé par la prévision et la garantie. C'est ce à quoi se confronte tout éducateur aux prises avec l'inconnu, l'inédit ; quand le risque du ratage n'est jamais loin, il s'évertue encore et encore dans le « grumeau » du quotidien, à viser le changement ou même la rupture dans le fonctionnement psychique, sans altérer le lien social à l'œuvre dans la relation. Pour le dire autrement, « L'éducation porte le risque de la vie [...]. Elle devient mesure et culture du vide, de la distance incertaine, et soutient l'avènement d'une formule créative, qui réconcilie l'être singulier d'avec le

⁸⁶² Jankélévitch in Boudjadi, G. (2021). *Approcher le vif du sujet par la parole biographique. Nodosité biographique, éthique du vague et clinique narrative*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université de Lyon, p.233.

⁸⁶³ *Op. cit.* p.234.

collectif, sans pouvoir se baser sur la certitude de solutions typiques »⁸⁶⁴. Sans solution typique ou caractéristique, loin des protocoles et des recommandations de bonnes pratiques, la clinique éclair nous permet de renverser le cours d'une situation, comme le réflexe d'un artiste rattrape finalement un geste mal contrôlé ou comme le sportif, par un geste instinctif, permet de faire basculer le destin d'une rencontre.

XV.2 Clinique du quotidien

Le quotidien s'apparente à un halo sémantique où gravitent des termes comme habitude, familiarité, routine, banalité, coutumier, répétition, artificiel, etc. La vie quotidienne en institution ne peut être abordée à partir d'une approche générale, une sorte de réalité pré-existante remplie d'activités répétitives, dans le sens où une telle conception réduirait « l'accompagnement à un "faire" instrumental consistant simplement à adapter les sujets à leur environnement, à assurer leur surveillance et à entretenir leurs corps dans lesquels la vie est supposée n'avoir plus de fécondité créatrice »⁸⁶⁵. Le quotidien est souvent considéré comme anti-événement⁸⁶⁶ où tout devrait se produire tel qu'on s'y attend, comme prévu, comme un emploi du temps précis. Ceux qui ont travaillé dans n'importe quel service d'un établissement médico-social savent comme il n'en est rien. Un presque rien peut faire événement parce que la structure générale de l'organisation du quotidien le permet ; tout détail insignifiant du quotidien apparaît alors comme fondamental, comme indispensable. Georges Pérec avait proposé une approche relativement novatrice à travers la notion d'infra-ordinaire. Il propose la définition suivante du quotidien : « Ce qui se passe chaque jour et qui revient chaque jour, le banal le quotidien, l'évident, le commun, l'ordinaire, l'infra-ordinaire, le bruit de fond, l'habituel, comment en rendre compte, comment l'interroger, comment le décrire ? »⁸⁶⁷. Pour lui, il s'agit de considérer autrement l'habituel : « nous ne l'interrogeons pas, il ne nous interroge pas, il semble ne pas faire problème, nous le vivons sans y penser, comme s'il ne véhiculait ni question, ni réponse, comme s'il n'était porteur d'aucune information [...] comme si la vie ne devait se révéler

⁸⁶⁴ Ponnou, S. (2014). *Op. Cit.* p.112.

⁸⁶⁵ Coquoz, J. & Knüsel, R. (dir.) (2004). *L'insaisissable pratique, Op. cit.* p.39-40.

⁸⁶⁶ Berton, J. (2023). Les choristes ou la discrétion des marges du quotidien. *VST - Vie sociale et traitements*, 159, 53-59.

⁸⁶⁷ Pérec, G. (1989). *L'infra-ordinaire*. Paris, Le Seuil, p.11.

qu'à travers le spectaculaire, le parlant, le significatif, état toujours anormal »⁸⁶⁸. Or considérer que ce qui sort de l'ordinaire est nécessairement déviant renvoie à la question de la norme et de ce que l'éducateur veut bien accueillir ou non. D'autre part, cet infra-ordinaire est une source intarissable d'informations si nous acceptons d'en faire une clinique, c'est-à-dire une modalité de connaissance spécifique. Georges Pérec de nouveau : « Comment parler de ces "choses communes", comment les traquer plutôt, comment les débusquer, les arracher à la gangue dans laquelle elles restent engluées ; comment leur donner un sens, une langue : qu'elles parlent enfin de ce qui est, de ce que nous sommes »⁸⁶⁹. De là, toutes les petites phrases et les petits gestes supposément banals à tous les moments de la journée prennent une toute nouvelle signification. Porte ouverte ou fermée. Verser le lait avant les céréales ou l'inverse. Avaler son comprimé avec ou sans eau. Douche le soir ou le matin. Soit autant de moments propices à la relation et au déplacement éducatif à partir de la relation. La liste se décline à l'infini. Pour les éducateurs aussi d'ailleurs. Au moment du coucher, pour notre part, nous souhaitons une bonne nuit puis nous nous installons dans le couloir, profitant d'une vue stratégique sur toutes les portes des chambres et travaillant ainsi les effets de seuil. Une de nos collègues procède différemment : elle toque à une chambre, entre pour dire bonne nuit et échanger quelques mots avant de se diriger vers une autre chambre. Un coucher ordinaire.

Dans un DITEP, les temps rythmés, ritualisés, permettent à des enfants déstructurés dans leur organisation temporelle de bénéficier de repères fixes et formalisés à travers toutes les médiations formelles et informelles. Il s'agit de mettre un certain ordre, une certaine rigueur pour assurer sérénité et sécurité tout en laissant la place à l'inédit, au désordre et quelques fois même, au chaos. D'un point de vue clinique, l'imprévu ne dérange pas le professionnel dans la mesure où sa fonction principale est de justement déranger un système en place. Un chef de service aimait rappeler que ces adolescents étaient des porteurs de désordre qui veillaient à nous rappeler que personne ne pouvait vivre dans des systèmes trop rigides. Nous avons découvert plus tard qu'il s'appuyait sur les propos de Joseph Rouzel (ou l'inverse ?) : « Les porteurs de désordre nous rappellent que le collectif, et c'est vrai aussi dans toute société, parfois étouffe la vie du sujet. Ils font un appel d'air. Un appel à de la respiration, à de l'invention, de la création »⁸⁷⁰. L'exemple de la fugue est à ce titre édifiant. Elle fait partie du quotidien pour certains quand pour

⁸⁶⁸ *Op. cit.* p.9-11.

⁸⁶⁹ *Op. cit.* p.11.

⁸⁷⁰ Rouzel, J. (2015). « L'étrange et le familier dans le quotidien éducatif ». *Op. cit.* p. 41-58.

d'autres elle relèvera de l'inédit. Soit autant d'informations à traiter et interpréter. À ce titre, le double sens de la clinique du quotidien prend toute son envergure : tout à la fois clinique de tous les jours et clinique qui interroge le quotidien. Car pour tous ces jeunes tels que Grégoire que nous racontions dans notre récit d'expérience, qui ne font pas de bruit, qui ne « mouftent pas », qui ne dépassent pas quand ils dessinent, comment venir interroger ce qui ne fait pas événement où qui ne sort pas de l'ordinaire ? Le cahier de liaison peut être une réponse en tant que dispositif de prédilection du personnel éducatif pour capter cette quotidienneté et le matériau qu'il renferme. Notre quotidien, notre ordinaire n'est pas le même que celui de notre collègue car notre regard, notre expérience et tout simplement nous-même sommes différents : « Il fait ça avec toi ? C'est bizarre, avec moi il fait l'inverse ». Le quotidien n'est pas le règne de l'habitude mais bien « le lieu du changement sur fond de continuité et en même temps le lieu de la continuité sur fond de changement »⁸⁷¹.

C'est donc à partir d'une relation de compagnonnage, où la disponibilité de l'éducateur doit être presque totale, que tout peut advenir : des propos terribles d'une jeune adolescente au moment où l'on fait des crêpes – tant pis si elles brûlent finalement - ; des aveux de culpabilité sur un larcin vieux d'un an au moment où on lui souhaite bonne nuit ; une inquiétude sur une éjaculation nocturne pendant que l'on sert la soupe au groupe ; la révélation d'une attirance pour les personnes du même sexe alors qu'on cherche depuis des heures des cèpes en forêt. Un des enjeux de la clinique du quotidien est de rechercher les parties encore vivantes chez l'adolescent qui est dans une boucle destructivité. Le kairos est là quand un moment souvent fugace permet à l'éducateur d'amener l'adolescent en confiance, à se risquer à construire. Le travail de funambule n'est pas loin dans la mesure où nous pouvons dire avec Julien Gracq que « le rassurant de l'équilibre, c'est que rien ne bouge. Le vrai de l'équilibre, c'est qu'il suffit d'un souffle pour tout faire bouger »⁸⁷². Il en est de même pour le quotidien auquel nous laisserions la dernière définition à Pierre Macherey: « L'extraordinaire de l'ordinaire : ce serait peut-être la meilleure définition possible de la vie quotidienne, celle qui prend en compte sa contradiction fondamentale »⁸⁷³.

⁸⁷¹ Javeau, C. in Contini, J-C. (2017). *Op cit.* p.567.

⁸⁷² Gracq, J. (1989). *Le rivage des Syrtes*. Paris, éditions Corti, p.82.

⁸⁷³ Macherey, P. (2009). *Petits riens. Ornières et dérives du quotidien*. Paris, Le Bord de l'Eau, p. 20

XV.3 L'incertitude : l'essence de l'éducation spécialisée

XV.3.1 Un refus de la destinée

Le titre se voudrait provocateur s'il ne nous semblait pas indispensable de devoir encore le rappeler : sans incertitude, aucune action éducative ne saurait voir le jour. Il n'y a aucune destinée dans le devenir des personnes que les éducateurs accompagnent. La filiation avec le pari d'éducabilité⁸⁷⁴, la non-croyance au Moires – les trois divinités grecques du destin - et l'humanisme nous paraît claire. Il s'agit de dire que, au-delà des déterminismes à l'œuvre, chaque sujet peut changer et n'est pas condamné à la condition de précarité, de vulnérabilité, d'exclusion dans laquelle il se retrouve temporairement. Imaginons un instant ce que deviendrait le secteur de la protection judiciaire de la jeunesse si les jeunes « délinquants » étaient voués à le rester. Celui des établissements de soin si les patients n'avaient aucune possibilité d'aller mieux. Tous les services de soutien à la parentalité si les parents étaient assujettis à leur condition de parents défailants.

Ces secteurs n'existeraient tout simplement pas et seraient englobés dans un immense système carcéral. Cela relèverait d'un refus de la complexité, au sens de Morin, de toutes les trajectoires que l'éducateur rencontre au quotidien : « l'idée même de complexité comporte en elle l'impossibilité d'unifier, l'impossibilité d'achèvement, une part d'incertitude, une part d'indécidabilité et la reconnaissance du tête-à-tête final à l'indicible »⁸⁷⁵. Ainsi donc, nous le soutenons, c'est parce que nous ne pouvons prédire leur futur que l'incertitude qui plane autour de toutes les situations, les mesures, les prises en charge, les notifications sont possibles et que les travailleurs sociaux s'y engagent. Quel sens pourrait avoir leur métier si tout était prévu et inamovible ?

⁸⁷⁴ Meirieu, P. (2009). Le pari de l'éducabilité: Les soirées de l'enpjj. *Les Cahiers Dynamiques*, 43, 4-9 et la pensée des grands pédagogues : Freinet, C. (2016). *Le maître insurgé: écrits, 1920-1939*. Montreuil, Libertalia ; Makarenko, A. (2022). *Le chemin de la vie : épopée de la pédagogie soviétique : poème pédagogique*. Paris, Delga. Neill, A-S. (2004). *Libres enfants de Summerhill*. Paris, La Découverte poche ; Pestalozzi, J-H. (2013). *Comment Gertrude instruit ses enfants*. Lausanne, LEP.

⁸⁷⁵ Morin, E. (2005). *Op cit.* p.127.

XV.3.2 L'acte est une aventure

Cela étant dit, nous pouvons nous concentrer sur l'élément le plus sujet à la controverse en éducation : l'incertitude quant aux résultats des actions menées par les professionnels. La résistance du réel, les imprévus, les contingences, influent sur le quotidien des éducateurs tout autant que l'imprévisibilité liée à l'accompagnement d'êtres humains et non à la fabrication d'objets manufacturés. Georges Mendel insiste sur le fait que le risque est consubstantiel de l'acte et l'éducateur a deux possibilités : considérer le risque comme un incident, c'est-à-dire comme un moins de l'acte, comme sa pathologie ; envisager le risque comme l'une des propriétés de l'acte, c'est-à-dire comme étant un composant de sa physiologie⁸⁷⁶. La notion d'échec face à la résistance du réel résonne alors différemment selon l'acception que l'on donne au risque. La possibilité d'une maîtrise du réel de l'homme, c'est-à-dire refuser que tout ce qui est humain pourrait nous échapper, est un leurre techniciste et une négation du sujet. L'acte est un processus déterminé qui échappe aux déterminismes de toute nature : « tout acte est unique et singulier : pas plus que la philosophie ne peut à elle seule penser l'acte qui renferme une réalité inconnaissable par le seul *logos*, il ne saurait non plus y avoir une science de l'acte dans la mesure où il n'est de science que générale »⁸⁷⁷.

Pour autant, nous nous reconnaissons dans le malaise de cette éducatrice qui, dans une interview, observait que parler seulement d'incertitude pouvait laisser penser que l'éducateur ne sait pas ce qu'il fait. Or, ce dernier ne jette pas son hameçon au hasard en espérant qu'il se passe quelque chose. Si le résultat est indéterminé, la volonté de l'adulte est bien précise, dans la mesure où elle a une visée, le changement, et une base, tout ce qui constitue la clinique. Dans cette optique, le contexte d'intervention, le cadre qui constitue le quotidien éducatif, avec ses activités, ses rituels, son découpage spatio-temporel, relèvent bien d'une certaine assurance : celle de mettre en place un dispositif et des conditions ayant fait leurs preuves.

⁸⁷⁶ Mendel, G. (1998). 1. À propos de l'expression : « Dès qu'on fait quelque chose, on prend un risque ». *Op. cit.* pp. 25-38.

⁸⁷⁷ Mendel, G. (2002). *Op. cit.*

XV.3.3 L'étude des sortants : un non-sens méthodologique et idéologique

Nous constatons que de plus en plus d'établissements, sous la contrainte d'évaluer avec précision la qualité de leurs prises en charge, visent à produire des études de cohorte sur les « sortants », c'est-à-dire tous les jeunes adultes qui ont quitté les DITEP depuis plusieurs années. Notre point de vue est très critique sur cette démarche ; démontrer un lien de cause à effet entre l'accompagnement par une structure spécialisée et un jeune qui aurait « réussi » nous semble vain pour deux raisons. La première est méthodologique : par quel dispositif théorique pourrait-on prouver que l'activité des professionnels du DITEP produirait le développement du sujet ? Il s'agit avant tout d'une posture, d'un pari, mais en aucun cas d'une certitude scientifique. D'autre part, chercher à établir une relation formelle serait nier l'acte même d'éduquer et le confondre, une nouvelle fois, avec la fabrication d'un objet. Pour autant, ces études nous sembleraient opportunes si elles se fixaient sur les trajectoires ultérieures de ces jeunes adultes - un dispositif sous forme de récits de vie nous semblerait pertinent -, plus que sur le désir fou de vouloir prouver qu'ils en sont là aujourd'hui grâce - ou à cause - d'une prise en charge. À ce sujet, Christophe Niewiadomski nous rappelle notre nécessaire aptitude à la désillusion pour nous permettre de penser notre engagement sans se laisser enfermer dans l'horizon d'attente de nos projections personnelles⁸⁷⁸. Et de citer Eugène Enriquez à propos de la notion « l'éthique de la finitude » en tant qu'« aptitude de l'homme à admettre sa finitude, sa mortalité, ses manques et ses fêlures et à travailler sur elles afin de parvenir à s'orienter dans l'existence avec le maximum de conscience possible. Cette reconnaissance de ses failles lui permet d'accepter les blessures narcissiques, de se soumettre à un travail de deuil, à admettre ses moments d'impuissance. En un mot, à parvenir à un certain degré de lucidité sur lui-même et sur les autres. S'analyser ainsi favorise une déprise de soi-même, un amour tempéré de soi qui ouvre sur l'amour des autres ou, si cela apparaît excessif, sur de l'intérêt pour l'autre »⁸⁷⁹.

⁸⁷⁸ Niewiadomski, C. (2012). 1. L'éclairage réflexif d'une trajectoire personnelle et intellectuelle. *Op. cit.* p.17-48.

⁸⁷⁹ Enriquez, E. in Niewiadomski, C. (2012). *Op. cit.* p.17-48.

XV.4 Contre le projet

Pourtant, dans ce contexte, les logiques de projet et de parcours sont devenues la norme dans tous les secteurs du travail social, avec les difficultés que l'on connaît⁸⁸⁰. Notre intention ici est de proposer un contrepoint en mettant en exergue toutes les limites de cette notion. Nous ferons référence en particulier au projet de l'enfant et de l'adolescent, décliné en PPA, PAP, PAE, etc., c'est-à-dire au sens managérial et techniciste, et non au sens existentiel comme Sartre a pu le développer⁸⁸¹.

Il existe une certaine hypocrisie concernant le projet individuel ou individualisé⁸⁸² et la loi 2002-2 n'a en rien réglé le problème. Il faut s'imaginer un enfant ou un adolescent qui a été placé sous mandat de justice, accueilli en DITEP après des pressions sur la famille, le plus souvent donc, contre son gré, et à qui on demande d'être acteur de son projet. Quand on lui demande car, la plupart du temps, force est de constater qu'il n'est qu'usager de transport dans un projet conduit par un établissement. En raison de son âge, de ses troubles, de son mal-être, on estime que le jeune n'est pas le plus à même de choisir ce qui est bon pour lui. Il est donc associé, son point de vue est recueilli, comme celui des parents, mais les objectifs d'accompagnement restent décidés et pilotés par les professionnels. Il est vrai que lors d'un entretien en vue d'une demande de renouvellement de dossier MDPH, à la question « Quel est ton projet ? » la réponse du jeune est « Me barrer le plus loin possible de cet ITEP de merde », la situation s'avère complexe. C'est pourtant répandu : tel jeune veut arrêter le collège pour devenir dealer ; un autre souhaite embrasser la carrière d'astronaute ; celui-là veut définitivement quitter le domicile familial à l'âge de 12 ans ; celui-ci faire le tour du monde avec son chat... On pourrait nous répondre que c'est là le lot de n'importe quel adulte éducateur de faire face aux souhaits plus ou moins ubuesques de la jeunesse. Nous en convenons, mais dans ce cas, il s'agirait de changer de terminologie et de cesser les faux-semblants. La personne accueillie en DITEP a peu de choix : elle ne peut pas refuser toutes les activités, elle ne peut pas décider avec quel professionnel elle sera, ni les règles de fonctionnement, ni les

⁸⁸⁰ Barreyre, J-Y. & Fiacre, P. « Quand le projet fait fuir le sujet... », *Vie sociale*, vol. 4, n° 4, 2010, p 87-98 ; Chataigné Pouteyo, L. & Pouteyo, M. (2016). Du sens à l'action : quelle place pour l'intention en éducation spécialisée ? *Le Sociographe*, 54, 43-53.

⁸⁸¹ Sartre, J-P. (1996). *L'existentialisme est un humanisme*. Paris, Gallimard.

⁸⁸² « D'où l'importance de distinguer le "projet individualisé" du "projet individuel", le premier n'étant que la projection du travailleur social sur ce que doit devenir la personne qu'il accompagne, et non le désir réel de la personne concernée » : Depenne, D. in Achard, C. (2016). Invisibles violences : pour une prise de conscience. *Le Sociographe*, 56, 39-50.

horaires de coucher, ni quand elle voit ses parents, ni ce qu'elle va manger... la liste pourrait se décliner à l'infini. On pourrait comparer la situation à celle de tout adolescent de cet âge mais ce serait oublier que pour des enfants de DITEP, la marge de manœuvre et de choix est encore plus étroite. C'est en cela que nous refusons « l'injonction au projet et à la réussite »⁸⁸³. Ce n'est pas dire que nous ne travaillerons pas sur le discours du sujet et sur ses aspirations, mais que nous clarifierons dès le début de la prise en charge, de la mesure, de la notification, qu'il ne sera pas maître de son projet. Pour certains d'entre eux, nous estimons même que cette hypocrisie et cette injonction s'apparentent à des actes de malveillance. Michel Boutanquoi le résume avec fermeté : « Exiger de personnes, dans la plus noire des détresses, la formulation d'un projet, leur enjoindre de se projeter dans l'avenir quand l'horizon se limite au présent immédiat ne revient-il pas à demander l'impossible, à ajouter à la violence de la situation la violence de l'institution »⁸⁸⁴ ?

D'autre part, les politiques publiques successives peuvent parfois rendre caduque l'élaboration d'un projet : comment associer à la fois l'exigence d'assurer une protection aux publics les plus vulnérables tout en veillant à leur insertion la plus rapide ? Lorsqu'il a pour unique but d'avaliser des protocoles marche à suivre, prêt à penser, pilote automatique, le projet ne peut plus relever du désir du sujet mais bien d'un réordonnement. Que reste-t-il du projet lorsqu'un intervenant social exerce dans un pôle de demandeurs d'asile ? Comment est-il possible faire coïncider injonctions gouvernementales à l'exclusion et à l'expulsion et la responsabilité du sujet professionnel, son éthique, son supportable ? C'est là où, dans une moindre mesure en DITEP, la posture de l'institution est périlleuse lorsqu'elle couche sur un papier normé la feuille de route de l'année : Objectifs, objectifs opérationnels, moyens, le tout à plusieurs niveaux (thérapeutique, pédagogique, éducatif, référente famille, etc.) avec une crainte : « tout cadrage normatif trop rigide risque d'inhiber l'action et opère de surcroît une réduction utilitariste du langage »⁸⁸⁵. Il serait insupportable pour un organisme de tarification et de tutelle que le projet éducatif relève d'abord d'une position de voisinage, d'une écoute, d'un laisser apparaître et non pas d'une canalisation, d'une rééducation ou d'une domestication. Ce que, dans la perspective de Deligny et de Fustier, on pourrait qualifier de coexistences pacifiques, de contiguïté, « comme deux univers par hasard

⁸⁸³ Achard, C. (2016). Invisibles violences : *Op. cit.*

⁸⁸⁴ Boutanquoi, M. (2008). Entre clinique, procédures et contrôle : les tensions de la relation d'aide. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 6, 57-68.

⁸⁸⁵ Perrier, M. (2021). Les mots et le désordre des choses. *Le Sociographe*, 74, 80-90.

juxtaposés »⁸⁸⁶. Et où figurerait en titre du projet, un seul absolu désirable : faire hospitalité à la souffrance.

XV.5 L'institution et l'équipe

La clinique de l'éducation spécialisée prend toute sa valeur dans la réflexion commune. Aucun ES ne travaille seul – sauf peut-être en libéral, et encore. Qu'il exerce en unité de jour ou en ambulatoire, la dimension collective de l'équipe est toujours présente. La *praxis* existe seulement si les pratiques peuvent être partagées dans des espaces et avec des pairs qui ont le même type d'expériences. Ces espaces relèvent du formel et de l'informel et pour qu'ils puissent exister et persister dans le temps, les établissements doivent faire feu de tout bois : GAPP, supervision, réunion de synthèse, groupe de travail thématique, réunion hebdomadaire, etc. et préserver les temps de pensée et de discussion quand bien même ils ne seraient pas organisés.

XV.5.1 L'importance du conflit

Les relations inter-individuelles peuvent être tendues, surtout dans des métiers aussi exigeants psychiquement. Les différences de nature des métiers, d'ancienneté, de genre, de génération peuvent enrichir comme aggraver la dynamique d'équipe. Pour travailler ces aspects, les réunions sont indispensables, mais le cadre général de l'institution l'est encore plus : s'il n'y a aucun interdit de penser et si les membres de l'équipe sont en accord avec le projet de soin, alors le travail commun est possible. Ce commun, il n'est atteignable qu'au prix du conflit au sens où l'entend Georg Simmel, c'est-à-dire comme forme de socialisation, « un moment positif qui tisse avec son caractère de négation une unité conceptuelle »⁸⁸⁷. Une équipe qui pense pouvoir éviter les conflits et trouver à chaque fois un consensus serait dans le faux : « Un groupe qui serait tout simplement centripète et harmonieux, une pure et simple "réunion", n'a non seulement pas d'existence

⁸⁸⁶ Fustier, P. (2020). Milieu de soin et travail des circonstances: Modes d'insertion professionnelle et relation de contiguïté en milieux institutionnels. Dans : Georges Gaillard éd. *Rencontre avec Paul Fustier: L'institution au quotidien, une pensée clinique* (pp. 119-152). Toulouse: Érès.

⁸⁸⁷ Simmel, G. (1995). *Le conflit*. Belval, Circé, p.20.

empirique, mais encore, il ne présenterait pas de véritable processus de vie »⁸⁸⁸. Partant de là, il est nécessaire de pouvoir assumer les différences de point de vue, les désaccords, et trouver des médiations qui puissent permettre d'en discuter les points les plus sensibles. Désirer la même chose pour un gamin que l'on accompagne, c'est normal, différer sur la façon de faire pour y arriver est tout aussi normal. Ainsi, plus que d'un simulacre de communication où le consensus est la priorité, il s'agit de s'orienter vers un débat respectueux des paroles de chacun, quelle que soit sa fonction. Dans la même veine, prôner la neutralité de tous les instants rendrait les réunions, d'une part tout à fait insipides, d'autre part absolument inefficaces : s'il ne se passe plus rien, si la confrontation s'efface, c'est la consistance même de notre rapport à l'autre qui disparaît à son tour⁸⁸⁹. Des garants comme le projet de soin, le cadre de pensée, l'incarnation du statut de cadre hiérarchique doivent permettre d'éviter que l'affrontement d'arguments se transforme en algarade. Dès lors, en discernant les motifs et les modalités du conflit, il est possible de produire des marges de manœuvre tout à la fois résistantes et créatrices.

XV.5.2 Rendre visible et compréhensible ses pratiques

Les entretiens ont montré que rendre visibles ses actes et ses paroles – autant pour soi que pour le collectif - était une démarche complexe pour les éducateurs spécialisés qui pouvaient se sentir jugés, attaqués, mis à nus par leurs collègues. Les affinités et les inimitiés pèsent sur chaque protagoniste qui compose une équipe. Pourtant, verbaliser ce que l'on agit au quotidien en tant que professionnel permet de rendre plus intelligible ce que l'on fait – ou essaie de faire – au quotidien. C'est une réelle épreuve que d'amener sa subjectivité à passer au tamis de l'objectivation collective ; c'est pourtant un processus essentiel. Accepter le regard d'autrui sur sa pratique nécessite avant tout une confiance entre collègues pour que chacun puisse se sentir libre de partager au groupe son expérience de travail et d'initier une démarche de co-construction de savoirs⁸⁹⁰. De là, des éléments comme l'atmosphère, l'ambiance, la convivialité, jouent des rôles fondamentaux dans la communication et la transmission des informations. Reconnaître

⁸⁸⁸ *Op. Cit.* p.21.

⁸⁸⁹ Paul, M. (2007). *Penser l'accompagnement adulte*. Paris, Presses Universitaires de France.

⁸⁹⁰ Clouse, F. (2024). « Clinique et co-construction de savoirs ». *Le travail de la relation. La recherche en travail social & santé dans les sciences de l'éducation*. Wittorski, R. & Ponnou, S. (dir), pp 131-139, Nîmes, Champ Social.

qu'on ne peut plus voir ce jeune en peinture, cela semble plus simple à énoncer autour d'une tasse de thé lors d'une rencontre impromptue que dans l'environnement formel d'une réunion hebdomadaire réunissant quinze professionnels. Le travail éducatif exige que le professionnel se soumette à l'épreuve du regard de l'autre, mais pas dans n'importe quelles conditions. Si, en amont, un effort n'a pas été réalisé par tous les acteurs institutionnels pour que cette épreuve ne relève pas du supplice, alors aucune visibilité, aucune possibilité de conflit peuvent apparaître.

XV.5.3 Un travail du commun

La clinique du travail a montré combien le jugement d'utilité, qui n'est pas celui de la performance, et le jugement de beauté, relatif aux règles de l'art, par ses collègues, étaient des étapes indispensables à toute activité humaine⁸⁹¹. C'est dans ce commun, au sens proposé par Pascal Nicolas-Le-Strat, en tant que coopération dans ce qui nous est indispensable pour vivre et produire ensemble⁸⁹² que la clinique peut s'affiner. Se présentant sous la forme d'une activité et non d'un résultat, ce commun « se construit fondamentalement par le bas, au rez-de-chaussée de nos activités et de plain-pied avec nos espoirs et nos revendications »⁸⁹³. L'auteur parle d'ailleurs de « zones d'incertitude », « d'espaces incertains »⁸⁹⁴, c'est-à-dire partout où des transitions et des transversalités demeurent possibles, partout où du commun, du partagé, de la rencontre restent envisageables. Pascal Nicolas-Le Strat définit le commun comme un « commun oppositionnel »⁸⁹⁵, c'est-à-dire comme remise en cause d'un modèle dominant. Nous nous approprions ce terme dans une optique de remise en question de ce que l'éducateur considère comme les allant de soi, la fatalité, et tout ce qui a trait aux recommandations de bonnes pratiques, aux protocoles, aux guides de coaching, etc. C'est à ce prix-là que « la pensée de l'autre intervient sur la sienne, soit pour infléchir, soit pour susciter de nouveaux arguments, des idées inédites. L'acte sera encore plus patent lorsque, de

⁸⁹¹ Dejours, C. (2018). « Chapitre III. La conception de l'homme : modélisation individuelle ou modélisation collective (apports de la sociologie de l'éthique et de la psychodynamique du travail) ? », *Le facteur humain*. *Op. cit.* pp. 52-74.

⁸⁹² Nicolas-Le Strat, P. (2016). *Le travail du commun*. Saint Germain sur Ille : Éditions du Commun.

⁸⁹³ Nicolas Le Strat, P. (2014). L'exigence de communs, la passion du commun – lectures de Toni Negri et de Hardt & Negri. En ligne : <https://pnls.fr/lexigence-de-communs-la-passion-du-commun-lectures-de-toni-negri-et-de-hardt-negri/>

⁸⁹⁴ *Ibid.*

⁸⁹⁵ Nicolas Le Strat, P. (2015). *Commun oppositionnel*. En ligne : <https://pnls.fr/commun-oppositionnel/>

manière publique, il confrontera sa propre pensée à celle de cet auteur, dans un commentaire, un jugement, une critique »⁸⁹⁶.

XV.5.4 Faire institution

Cette notion est au cœur de nos résultats bien qu'aucune des personnes que nous avons interviewées n'en ait proposé une définition. L'institution est une notion complexe « polysémique »⁸⁹⁷, « équivoque »⁸⁹⁸ mais aussi « problématique »⁸⁹⁹. Le signifiant « institution » permet de mettre en lumière que la société ne se définit pas par une juxtaposition ou un groupement d'individus, mais que le collectif résulte de la formation sociale instaurée par ce qui est instituant et se donne à exister comme institué. Et c'est cette dialectique entre ces deux forces qui structure l'institution de la société : l'institué comme forme sociale établie qui assure permanence, continuité, stabilité, cohésion sociale et ordre social. L'instituant comme processus actif, une force évolutive qui reçoit et altère l'institué. En somme, « il n'y a pas d'institution sans institué. Mais il n'y a pas d'institué sans la possibilité de pratiques et de stratégies capables de venir le contester, de le subvertir ou de le transformer »⁹⁰⁰. En ce sens, de nombreux éléments évoqués précédemment entrent dans cette dialectique : le protocole et l'incertitude, le métier et le travail, l'éthique et la charte d'accueil, le projet d'établissement et les médiations, etc. Une institution, ce ne sont pas que des murs, ce sont des Hommes et des mots qui les portent. C'est un commun, un symbole, un cadre, une idée.

Nous avons relevé l'inquiétude des acteurs du secteur suite à une volonté des ARS de préférer le terme « dispositif intégré » à celui « d'institut(ion) ». Nous ne pensons pas pour autant que l'évolution en dispositif signe l'arrêt de mort de l'institution au sens où nous l'avons évoquée ; cette évolution qui s'opère vient cependant questionner ce que cette mutation augure en termes d'enveloppe physique, psychique et symbolique. C'est d'ailleurs le propre de toute institution de suivre le processus suivant : révolution /institutionnalisation /échec de la prophétie /autodissolution. Autrement dit, toute

⁸⁹⁶ Mendel, G. (2002). *Op. cit.*

⁸⁹⁷ Lourau, R. (1970). *Op. cit.* p.141.

⁸⁹⁸ *Op. cit.* p.142.

⁸⁹⁹ *Op. cit.* p.143, car ne se donnant « presque jamais immédiatement à l'observation ou à l'étude inductive. Présente absente, elle envoie de faux messages en clair par son idéologie, et de vrais messages en code par son type d'organisation », *ibid.*

⁹⁰⁰ Schaepelynck, V. (2013). « Institution », *Le Télémaque*. N° 44, p. 21-34.

institution est vouée à disparaître ou à muter. La question se rapporterait plus à la nature de l'institution qui naîtrait et aux desseins qu'elle viserait. À l'heure de la désinstitutionalisation ou plutôt du désétablissement, reconnaître l'indispensable de l'institution comme garantie d'un accompagnement de qualité paraît primordial. Au sens de la psychothérapie institutionnelle, cette notion vient rappeler qu'aucun établissement de soin ne saurait assurer de prise en charge sans faire l'économie de réfléchir à comment soigner les professionnels qui y exercent. C'est reconnaître les limites d'une institution, en termes de volonté parfois totalitaire au sens de Lourau⁹⁰¹, de circuit fermé, d'une réticence à s'ouvrir sur l'extérieur, pour mieux les mettre au travail. Sans cette élaboration psychique, aucun processus de soin au profit du sujet n'est possible. Sans institution, l'accompagnement de ces enfants et adolescents relèverait d'une multiplicité de prestations proposées par un éparpillement de plates-formes, d'une continuité de soins morcelée. Pour tous ces jeunes, l'institution fait fonction de repère autant que de repaire.

XV.6 Une politique du symptôme

XV.6.1 Accueillir le symptôme et ses manifestations

L'approche clinique en éducation spécialisée reconnaît le symptôme comme indissociable du sujet en souffrance. Comme nous l'a soufflé un jour une collègue « ici, on prend le pack complet: le gamin et ses symptômes ». Le souhait de l'éducateur n'est pas de transformer le désir de ces jeunes afin de les adapter à leurs symptômes, plutôt qu'ils puissent vivre dignement avec cette souffrance. Symptômes, inhibitions et angoisses, une tendance générale voudrait en faire des troubles alors qu'ils sont des modes d'organisation psychique et non des anomalies chez ces adolescents. L'ascendant de la psychiatrie biologique est clairement en lien avec cet état de fait⁹⁰². Les premiers temps d'une prise en charge sont clairs : avant d'aller bien, il s'agit d'aller mieux. C'est-à-dire que la symptomatologie puisse être élaborée tant par l'adolescent que par l'éducateur en

⁹⁰¹ « Totalitaires, parce que coupées des normes sociales extérieures, et par ailleurs fortement règlementées, elles offrent une analogie avec les systèmes politiques dits totalitaires. Mais aussi, en un sens, "totales », parce qu'elles incarnent le projet, toujours latent dans notre culture, de condenser dans un espace le concept de totalité (...) ». Lourau, R. (1970). *Op. cit.* p.31.

⁹⁰² Gonon, F. (2011). La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? *Esprit*, 54-73.

la considérant comme un mode d'expression. Dans cette visée, le sujet n'est pas réduit à un symptôme, à un trouble de la conduite, à un comportement inadapté – il risquerait de s'y engluer -, mais bien à une personne qui souffre et qui rencontre des difficultés à en connaître l'origine et à la verbaliser.

Nous avons assez insisté sur le bruit et l'insupportable que produisent les faits et gestes des enfants et adolescents de DITEP ; gardons aussi en tête que pour certains comme Grégoire, surnommé le plot par ses camarades, nous assistons à un véritable « silence des symptômes »⁹⁰³. C'est donc une véritable politique du symptôme que cette clinique promeut : à l'heure où l'on exclut déviants et marginaux, où l'on interdit l'entrée à l'étranger, elle procède d'une véritable rupture axiomatique en renversant les polarités. Le symptôme s'accueille justement du fait de son étrangeté et de sa mise à mal de la norme car il emprunte le seul canal de communication qui lui est possible. Il n'est pas un processus déficitaire qu'il s'agirait de supprimer car on prendrait le risque de couper la seule liaison de compréhension de ce que vit le sujet. Mais de plus en plus, ce qui fait sens n'est plus l'essence de l'être mais ce par quoi il se manifeste ; d'ailleurs, une personne ne va pas mieux parce qu'elle affiche moins de symptômes - même si cela peut être un indicateur intéressant. Un travail de réassurance est dès lors nécessaire auprès de ces jeunes qui, du fait de leur bizarrerie, se trouvent isolés et croupissent dans un mépris de soi terrible, convaincus qu'ils méritent ce qui leur arrive : hyperactifs, autistes, délinquants, détraqués : résumés à ces seuls mots. Or, pour installer cette politique, la clinique questionne aussi le rapport aux normes sociales de l'éducateur en émettant une critique sur les sujets qu'elles malmènent. Comme le dit Lévi-Strauss : « la catégorisation et l'indexation, à l'aune desquelles la singularité s'efface, sont une autre conséquence de la dictature de la norme. Comme si ce n'était pas assez de leur fragilisation identitaire, on tend à rassembler les personnes en situation de handicap dans une catégorie abstraite. On les range dans une classe déclassée à laquelle on les identifie. On les dépouille de leur identité et de leur nom. Quelque chose qui ressemble à une perte de soi et à une incarcération »⁹⁰⁴.

⁹⁰³ Ponnou, S., Briffault, X. & Chave, F. (Dir.) (2023). *Le silence des symptômes: Enquête sur la santé mentale et le soin des enfants*. Nîmes, Champ social.

⁹⁰⁴ Lévi-Strauss, C. (1990). *Tristes tropiques*. Paris, Flammarion, p.494.

XV.6.2 Nécessités et impasses de la norme

Tout lieu de vie, en DITEP ou ailleurs, élabore l'institution de normes et de règles qui produisent la cohésion sociale, possibilité de vivre-ensemble, respect d'autrui. Chaque professionnel, quel que soit son statut, reconnaît « la force des normes »⁹⁰⁵ et œuvre à cette visée sans occulter que, dans le même temps, cela provoque des effets de déviance et d'exclusion. Le lien social ne peut aller sans une maîtrise minimale de soi-même. Pour Michel Foucault, « le torrent des passions a vite fait d'emporter les édifices fragiles dont la fonction créatrice d'ordre consiste à faire cohésion entre les sujets individuels et le collectif »⁹⁰⁶. À partir des médiations de la vie quotidienne, l'adulte assigne l'enfant à se comporter selon ce qui est conforme. Et pour des jeunes qui ont un rapport complexe au cadre, en se heurtant à la règle, ils intègrent progressivement le sens des interdits et des obligations. C'est aussi cela l'éducation.

Cela étant dit, il va de la responsabilité de l'éducateur et de l'équipe élargie d'interroger le sens de ces normes et la validité des règles de l'établissement. En effet, « l'exclusivité d'une norme, culturellement construite, au gré du temps ou des cultures, et imposée par ceux qui se conçoivent comme la référence de la conformité, aggrave les rapports de domination et de violence auxquels sont exposées les personnes dont un dysfonctionnement physique ou mental amplifie la dépendance »⁹⁰⁷. Ces rapports de domination sont au cœur du quotidien des jeunes accueillis en DITEP et il revient aux adultes de pouvoir les atténuer. Il va de soi que si un établissement spécialisé est un lieu relativement protégé, il n'est ni en dehors des règles ni hors de la société. Mais le rapport à la norme qu'entretiennent les adultes, à travers un projet de soin, ne peut faire l'économie de mettre des mots sur ce qui maintient l'inégalité, l'injustice, l'aliénation. Ainsi, « une norme peut toujours s'affaiblir, se routiniser lorsque la valeur qu'elle exprime ou la garantie sociale quelle apporte viennent à s'étioler tout comme un rituel devient une coquille vide lorsqu'il n'est plus irrigué par le sens et la valeur qu'il entendait magnifier »⁹⁰⁸. Lorsque l'on discute avec les adolescents de DITEP, ce qu'ils retiennent

⁹⁰⁵ Macherey, P., Pirone, I., Ottavi, D. (2020). « La force des normes ». *Psychologie Clinique*, 50, 7-14.

⁹⁰⁶ Foucault, M. in Autes, M. (2005). « Travail social et principes de justice », *Op. cit.* p.53.

⁹⁰⁷ Gardou C. (2012). « L'exclusivité de la norme, c'est personne: la diversité, c'est tout le monde », *Op. cit.* p.39-72.

⁹⁰⁸ Prairat, E. (2012). « Considérations sur l'idée de norme », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*. (Vol. 45), p.33-50.

c'est que les normes sont faites pour le plus grand nombre, autrement dit, ils se sentent desservis par ce système dominant. Pour n'importe quel stagiaire éducateur spécialisé ou personne extérieure qui entre dans ce genre de structure, la norme c'est qu'il y a beaucoup d'anormalité(s). Lorsque la violence d'un adolescent est interprétée comme telle, c'est-à-dire constitutive de son être, la porte est ouverte pour penser qu'il ne peut être accessible à l'éducation. L'anormalité voire l'anomalie n'est rien d'autre qu'une information dans un logiciel qui ne les tolère guère. Au contraire de la clinique qui peut même considérer ces informations comme des formes créatives d'expression, au-delà de la violence des actes et des mots : « [la clinique] elle est donc plus qu'un "prendre soin" des vies vulnérabilisées socialement, elle est une écoute des différents registres d'institution imaginaire de la société proposés par les vies ordinaires en débat avec leur milieu social, et cette écoute vaut comme une critique active des formes de visibilité et de lisibilité des vies produites par les subordinations aux normes sociales »⁹⁰⁹.

XV.6.3 Classer pour mieux vivre ou vivre pour mieux classer ?

Ainsi donc, si le clinicien s'appuie sur la norme et s'en méfie, il en est de même de tous les systèmes de classification et de catégorisation à l'œuvre dans le secteur médico-social. L'homme, encore moins le scientifique, n'a jamais pu se passer de grilles : « devant le désordre apparent du monde, il lui fallut chercher les termes signifiants ce qui, associés entre eux, rendaient son action sur le milieu plus efficace, lui permettaient de survivre. Devant l'abondance infinie des objets et des êtres il a recherché entre eux des relations et devant l'extrême mobilité des choses, il a cherché des invariants »⁹¹⁰. Pour soigner, pour accompagner, il faut pouvoir mettre des mots sur ce qu'il se passe dans la psyché et le corps du sujet. La démarche de diagnostic et les systèmes de classification des maladies nous semblent indispensables auprès des publics en souffrance. Ils bornent, ils orientent, ils repèrent autant le soignant que le patient et sans cela, pas d'orientation adaptée ni de dispositifs de soin pertinents. Roland Gori, estime que la « substance éthique d'une société se mesure à la manière dont elle prend en charge et, nomme, les souffrances des

⁹⁰⁹ Le Blanc, G. (2010). Critique de la clinique, clinique de la critique. Dans : Yves Clot éd. *Travail et santé* (pp.13-24). Toulouse: Érès.

⁹¹⁰ Ardoino, J. (1999). *Op. cit.* p.88. Le lecteur comprendra d'ailleurs aisément que nous comprenons tout à fait cette velléité de chercher des invariants.

plus vulnérables de ses membres »⁹¹¹. Cette substance éthique, nous la considérons, au mieux, comme endommagée. La pensée technocratique et algorithmique approche les personnes à partir de formules mathématiques et d'équations produisant non plus des sujets mais des catégories. Or aucun diagnostic posé ne peut produire de vérité, d'autant plus si le médecin pense qu'il est en prise directe avec le réel. Il en va de même pour le scientifique qui « hypostase le diagnostic et la réalité diagnostiquée, ôtant toute valeur signifiante aux mots qu'il utilise pour se référer à cette réalité qu'il revendique examiner de loin »⁹¹². Et malheur à ceux qui se soustraient aux cases ou qui ne donnent pas satisfaction à la grille qui leur est réservée. Malheur aussi à l'incassable qui n'est qu'un inclassable. Fernando Pessoa donne un avis tranché sur « les classificateurs de choses - ces hommes de science dont toute la science se ramène à classer – [qui] ignorent en général que le classable est infini et que par conséquent, on ne saurait le classer. Mais ce qui me stupéfie réellement, c'est de constater qu'ils ignorent aussi l'existence de classables inconnus, choses de l'âme et de la conscience qui se logent dans les interstices de la connaissance »⁹¹³. Dans la même veine, nous lisons avec un certain amusement – mesuré, sur un sujet aussi grave – des « experts » de la guerre s'étonner de la limite de leurs indicateurs et autres classements lorsque l'Ukraine, contre toute attente, ne s'était pas effondrée en quelques semaines lors du début de l'invasion qu'elle a subie : « Bien trop d'analyses militaires occidentales se sont concentrées sur le tangible, sur le quantifiable. Or au bout du compte l'inquantifiable (le courage ou la peur, la cohésion ou la méfiance, une autorité pour guider ou pas) est tout aussi important, sinon plus. Quand la guerre en Ukraine se terminera, les spécialistes de la guerre et les organisations militaires devront se pencher sur ce qui a fait que notre évaluation de l'intangible ait été, non pas tant fautive, mais surtout absente »⁹¹⁴. Comment peut-on encore être surpris, en 2022 au moment où cet article a été écrit, que des indicateurs non objectivables n'apparaissant pas dans leur classification pouvaient peser sur toute affaire qui traite d'humains ?

⁹¹¹ Gori, R. (2016). *Faut-il renoncer à la liberté pour être heureux ?* Paris, Babel, p.92.

⁹¹² Sommer Dupont, V. (2022). Préface. Dans : Sébastien Ponnou éd. *À l'écoute des enfants hyperactifs: Le pari de la psychanalyse* (pp.7-9). Nîmes: Champ social.

⁹¹³ Pessoa, F. (1992). *Le livre de l'intranquillité*. Paris, Christian Bourgeois, p.106.

⁹¹⁴ Barro, A. (2022). « Les experts militaires en plein brouillard », *Courrier international*: https://www.courrierinternational.com/article/analyse-les-experts-militaires-en-plein-brouillard?utm_medium=Social&utm_source=Facebook&Echobox=1664019024

Enfin, le désir de vouloir tout classer est un désir de totalité insensé. Fou même, si on pense que parce qu'on classe, on pourrait contenir. Le réel est pourtant tout autre, comme en témoignent ces propos magistraux de Jean-Olivier Majastre : « si la ruse du diable, c'est de nous faire croire qu'il n'existe pas, la ruse de l'asile, c'est de nous faire croire qu'il existe en un lieu appelé hôpital psychiatrique. L'asile est au-dehors, comme au-dedans; avec des gens, à l'intérieur et au-dehors, aussi aveuglés parce qu'ils sont, aussi empêtrés par ce qu'ils font »⁹¹⁵. La pensée scientifique voudrait restreindre le sujet à une catégorie, signifiant par là-même que cela serait suffisant en termes d'informations. Ce n'est pas anodin, et nous pourrions dire avec Claude Habib que « décider qu'on en sait assez sur quelqu'un, ce n'est pas le connaître à fond ; c'est seulement fixer l'usage qu'on en a »⁹¹⁶. Or, pas de norme à ce qui ne peut être normé, le sujet, et pas de sujet sans « le meilleur chemin non normatif pour réhumaniser le social »⁹¹⁷, l'éthique.

XV.7 Une éthique diversifiée

XV.7.1 Entre inégalité des places et égalité des intelligences

Michel Lemay posait déjà la question en 1993 : « Peut-on s'entendre sur une éthique de l'éducation spécialisée ? »⁹¹⁸ et y amenait un élément de réponse : « on ne peut pas éduquer un enfant sans avoir une certaine vision idéale de l'être humain et sans proposer certains points de référence »⁹¹⁹. La clinique nous semble être la diastase de cette vision de l'Homme autant que son hypostase, c'est à dire sa propre éthique. Cette dernière se veut situationnelle, contextuelle, et prend en compte les enjeux de pouvoir et de domination à l'œuvre dans la relation éducative. Il y a une inégalité des places initiale qui est indéniable entre l'éducateur et le sujet accompagné. Cela n'interdit pas l'adulte, bien au contraire, de croire et de faire vivre une égalité des intelligences : proclamer l'égalité n'est rien, la mettre en acte est tout nous rappelle Jacques Rancière pour qui « il n'y a rien d'autre à faire que de persister à indiquer cette voie extravagante qui consiste à

⁹¹⁵ Majastre, J-O. (1972). « Avant-propos ». *L'introduction du changement dans un hôpital psychiatrique public*. Paris, François Maspero éditions, p.7-12.

⁹¹⁶ Habib, C. (2014). *Le goût de la vie commune*. Paris, Flammarion, p.36

⁹¹⁷ Chauvière M. & Merlier, P. (2023). « Les faux nez de l'éthique », *Sciences et actions sociales*, n°19.

⁹¹⁸ Lemay M. (1999). *Les éducateurs aujourd'hui*. *Op. cit.* p.103.

⁹¹⁹ *Ibid.*

saisir dans chaque phrase, dans chaque acte, le côté de l'égalité »⁹²⁰. Ce postulat et cette façon d'être au monde est forte tant tous les usagers des services du travail social sont renvoyés avant tout à leurs manques, leurs difficultés, leurs incapacités. Rancière reconnaît l'importance du maître, c'est-à-dire qu'il ne nie pas la nature verticale de la relation – qu'elle soit pédagogique, éducative, soignante -, et fait de ce déséquilibre une possibilité si nous lui reconnaissons d'emblée une certaine utilité. Cette verticalité nous met en situation de responsabilité, de ressource, d'aide à la décision ; néanmoins, la relation doit tendre à l'égalité dans le dialogue. Pour que notre intervention ne se trouve pas en décalage avec les attentes du sujet, pour qu'elle ne lamine pas la force créatrice de son désir, l'action éducative ne pourra donc faire l'impasse sur le respect de l'autre, sur la reconnaissance de sa parole et de son histoire⁹²¹. Ainsi, plus que de chercher à répondre à la seule « prise en charge » du sujet, l'objectif d'accompagnement visera en premier lieu – on voudra nous pardonner la formule un peu facile - la « prise en compte » du sujet. De cette manière l'accompagnement ne pourra que se coconstruire avec l'utilisateur dans « une dynamique de réciprocité et de compréhension mutuelle qui exclue radicalement le souci de maîtrise d'un processus fondamentalement démocratique »⁹²². Chacun essaie de s'engager authentiquement dans cette relation et sait qu'en retour il en sera transformé, par des jeux d'intégration réciproque des expériences vécues. Mais dans la mesure où cet engagement même repose sur la reconnaissance partagée d'un statut de référence pour l'un, il convient bien d'en reconnaître également la spécificité. Car ce que le référent engage n'est pas du même ordre que ce que l'utilisateur engage. Il doit accepter d'assumer sa place de personne d'autorité, au sens de celui qui est auteur de ses conduites et de ses pensées, et au sens de celui qui est garant et représentant de la loi du groupe⁹²³. Par-là, il permettra à celui qui le reconnaît comme autorité d'avancer, de progresser, d'agir, en confiance, sur le chemin de l'intégration, de l'affiliation, ou tout simplement d'un mieux-être. Mais en tant que référent, vous êtes aussi celui qui assume le travail sur et avec la transgression. Il convient alors, dans cette visée clinique, de s'attacher à être celle ou celui dont comptent paroles et silences par lesquels l'autre ose ce qui lui est propre. C'est dire avec Paul Ricoeur : « Je ne puis m'estimer moi-même sans estimer autrui comme moi-

⁹²⁰ Rancière, J. (2004). *Op. cit.* p.228

⁹²¹ Niewiadomski, C. (2012). 1. L'éclairage réflexif d'une trajectoire personnelle et intellectuelle. *Op.cit.* pp.17-48.

⁹²² *Ibid.*

⁹²³ Lerbet-Serini, F. (1994). Relation et éthique de la responsabilité. *Éducation permanente*, n°121, pp.13-52.

même. Comme moi-même signifie : toi aussi tu es capable de commencer quelque chose dans le monde, d'agir pour des raisons, de hiérarchiser tes préférences, d'estimer les buts de ton action et, ce faisant, de t'estimer toi-même comme je m'estime moi-même. L'équivalence entre le "toi aussi" et le "comme moi-même" repose sur une confiance qu'on peut tenir pour une extension de l'attestation en vertu de laquelle je crois que je peux et que je vaudrais »⁹²⁴.

XV.7.2 La finalité de l'éducation : moyens et résultats

Deux éthiques paraissent s'opposer dans le travail social. D'une part, une éthique de la conviction que nous retrouvons chez Kant sous la formule : « Agis de telle sorte que la maxime de ton action devienne une loi universelle ». Le partisan de cette éthique se préoccupe du principe moral présidant à l'action, ce qui importe selon lui, c'est l'autorité des lois qui énoncent le bien et le mal, et ces obligations sont absolues, transcendantes et inconditionnelles. Max Weber lui oppose une éthique de la responsabilité qui mettrait au premier lieu les conséquences de l'action menée. Il estime impossible de s'exempter des conséquences de sa propre action dont il est le premier responsable. Derrière ce résumé très sommaire, il s'agit de rappeler qu'aucune de ces deux éthiques ne peut être suffisante prise isolément. Cela dit, l'éthique de responsabilité est celle qui nous semble être la plus proche de la réalité de ce que vivent les éducateurs spécialisés.

Tous les moyens ne sont pas bons ni justes pour atteindre les objectifs, qu'ils aient trait à l'inclusion, le mieux-être, la protection, etc. Souvent pressés par des injonctions temporelles, faire mieux et plus vite, ces professionnels s'interrogent sur la finalité de leurs actions vis-à-vis de l'utilisateur: dois-je faire à sa place pour aller plus vite ? Dois-je faire sans son accord parce qu'il ne se rend pas compte de l'importance de la situation ? Que fait-on ensemble, que produit-on réellement, derrière les mots ? Comment recevoir une commande et la rendre humanisante ? Comment réfléchir et chercher la marge de jeu possible pour introduire cette dimension humanisante, dans un contexte qui ne vise, apparemment, que le résultat ? Comment détourner, transgresser le cadre pour y insuffler de la vie ? Comment être juste dans l'acte éducatif ⁹²⁵? Comment y introduire de la parole,

⁹²⁴ Ricœur, P. (1998). *Soi-même comme un autre*, Op. cit. p.140.

⁹²⁵ Pirone, I. & Weber, J. (2018). Comment être juste dans l'acte éducatif : Une question pour le sujet au-delà d'une compétence professionnelle de l'enseignant. *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 61, p.53-68.

du dialogue et de la considération pour les personnes, leurs situations, leurs projets⁹²⁶ ? Et une question tout à la fois simple et compliquée : pour quel monde travaillons-nous ? Ces questions se déclinent à l'infini dans les groupes d'analyse des pratiques professionnelles et viennent nous interroger au plus profond de nous-même comme: « si nous ne voulons pas savoir ce que veut dire être libres pour nous-mêmes et l'être humain, comment pourrions-nous nous mêler d'intervenir et d'aider à cet apprentissage de la liberté qui reste en fin de compte la seule définition à peu près claire de notre tâche auprès des amoindris sociaux que nous prenons en charge »⁹²⁷ ? Toute intervention éducative devrait être fondée sur une seule visée éthique : mettre en place les conditions de l'autoréalisation de l'être humain. Et pour cela, les établissements spécialisés comme les DITEP nous semblent, faute de mieux, les plus à mêmes d'essayer d'y parvenir. Pour Friedmann, « l'éducation véritable, c'est l'homme transformant sa condition par des institutions rationnelles. Mais aussi grâce à la transformation de soi par soi, c'est l'homme se prenant lui-même en main »⁹²⁸.

Dans ces métiers de la présence sociale, finalement Hippocrate n'est jamais loin avec son *Primum non nocere* : « avoir dans les maladies deux choses en vue, être utile ou du moins ne pas nuire ». Il en est de même dans l'éthique de la clinique de l'éducation spécialisée où trop souvent, nous l'avons répété, il s'agit d'une éthique du moins pire plus que d'une éthique du mieux. Le lien d'accompagnement doit pouvoir cheminer, tel que l'entend Fustier lorsqu'il nous invite à « ne pas donner de réponse qui étoufferait la question »⁹²⁹. À partir du moment où on étoufferait la question de l'autre, la fin ne pourrait plus justifier les moyens puisque les métiers du social visent peut-être moins à provoquer le changement, que le désir de changement du sujet par et pour lui-même.

XV.7.3 Réflexivité éthique

Pas de réflexion sur le sens de ses pratiques sans que l'éducateur trouve un espace de pensée, individuellement ou en collectif, où il peut prendre le temps de remettre en question son activité. C'est une démarche réflexive où le souci clinique ne saurait être

⁹²⁶ Paul, M. (2018). 2. Ce qu'accompagner veut dire. Dans : Patrick Cottin éd. *Accompagner les adolescents: Nouvelles pratiques, nouveaux défis pour les professionnels* (pp.25-34). Toulouse: Érès.

⁹²⁷ Deligny, F. in Houssaye, J. (1998). *Deligny, éducateur de l'extrême*, Op. cit. pp.13-36.

⁹²⁸ Friedmann, G. in Ardoino, J. (1999). *Op. cit.* p.319.

⁹²⁹ Fustier, P. (2000). *Le lien d'accompagnement. Entre don et contrat social*. Op. cit. p.119.

absent, dans le sens où « il s'inscrit comme interrogation permanente, jamais close par le satisfecit théorique ou par l'écho d'une reconnaissance sociale. Ce souci clinique est celui qui résulte de la rencontre avec l'impensé et, plus encore, avec l'impensable »⁹³⁰. Lorsque nous avons abordé toutes les difficultés de faire face au réel de la souffrance de l'autre, à ce que pouvait renvoyer le chaos du vécu du sujet accompagné en termes d'affects et d'émotions, nous avons émis l'hypothèse d'une impossibilité. Comme n'importe quelle aporie rencontrée au quotidien, la mise au travail de cette tâche impossible doit pouvoir être élaborée. En effet, ne pas chercher à comprendre les conséquences de ses actes dans la relation éducative condamne l'éducateur à en ignorer le sens tout autant que les impasses et les dérives possibles. Pourquoi tel jeune majeur n'adhère pas à la prise en charge ? Pourquoi ces parents ne veulent-ils pas soutenir le projet scolaire de leur enfant ? Comment peut réagir une équipe dans ces situations-là ? Cherche-t-elle absolument à convaincre ou laisse-t-elle du temps au jeune et à sa famille pour pouvoir cheminer à leur rythme afin d'y trouver leur propre sens ? Comme si, quand un sujet résiste, il n'était plus reconnu comme apte ou compétent à faire ses propres choix, fussent-ils en opposition avec notre point de vue.

Vouloir comprendre pourquoi les travailleurs sociaux cherchent absolument à motiver, convaincre, résoudre les problèmes ou faire une place à la personne accompagnée, en oubliant parfois de les écouter et de reconnaître la place qu'ils occupent déjà, voilà ce qu'il s'agit de travailler sans plus attendre. Sans ce préalable, alors il n'est plus besoin de clinique là où il ne s'agit plus de penser le rapport fragile et incertain à l'autre. Maela Paul a écrit de nombreux ouvrages à ce sujet, autour d'une éthique de l'accompagnement. Elle y questionne le positionnement du professionnel en charge d'accompagner : « écouter n'est pas capter le sens de ce qu'autrui dit pour en tirer des déductions ou pour avoir mon mot à dire là-dessus mais, par un effet de présence, créer un espace qualifié où se jouent des mises en lien et en sens. Il parle et, se mettant à parler, il y a un moment où, en parlant, il dit ce qui lui parle, comme si un tiers à travers lui prenait le relais... Écouter, c'est l'écouter dire ce qui lui parle, l'écouter s'entendre dire ce qui lui parle. Ce que j'écoute fondamentalement, c'est l'écart ouvert dans sa parole »⁹³¹. Cet écart, c'est le

⁹³⁰ Raoult, P. (2010). La praxis clinique comme crise épistémique. *Le Journal des psychologues*, 276, p.24-27

⁹³¹ Paul, M. (2011). « Accompagner des adultes en formation. Du tiers inexistant au tiers inclus », in Xypas, C. et al. *Le tiers éducatif. Une nouvelle relation pédagogique*. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, p.89-107.

terreau même de la démarche réflexive où le collègue peut amener à son tour un regard nouveau, non pas pour réduire cet écart, mais bien pour le mettre en exergue et en profiler les lignes de fuite. C'est à partir de sa réflexivité que l'adulte pourra constituer le sens de l'acte éducatif et, par là-même, de nouvelles hypothèses de travail respectueuses de la temporalité et du désir du sujet.

XV.7.4 Pour une éthique de la finitude

Nous retrouvons régulièrement, au sein de notre DITEP, en analyse des pratiques professionnelles, lors de nos entretiens, des collègues rencontrant des difficultés lorsque les jeunes passent d'un service à l'autre ou sont en fin de prise en charge : « faut que j'apprenne à lâcher » ; « je suis sûr qu'il sera très bien chez les 14-16 ans » ; « on avait encore tant de choses à travailler ». Ces moments de séparation ne sont pas difficiles à vivre que pour les enfants et les adolescents. C'est pourtant ce dans quoi ces professionnels doivent se projeter, et ce, presque dès l'arrivée du jeune en établissement. Pour Jacques Ardoino, l'éducateur « doit être préparé à ce rôle difficile. Enfin, il doit y être entraîné, à la fois, pour assumer la fonction nécessaire de transgression, de contestation, de critique, de la part du formé, de l'élève, et pour accepter de devenir enfin inutile, au-delà de son rôle éducatif et relationnel maturant, c'est-à-dire de mourir de son œuvre, de porter le deuil de son désir »⁹³².

Enriquez amène cette notion d'éthique de la finitude au sens que l'éducateur n'a pas un pouvoir infini sur toutes les choses qui rythment la vie du sujet accompagné. Nous y ajoutons une lecture supplémentaire, celle d'une finitude de temps et de sens, à savoir que pour qu'il puisse s'émanciper, l'enfant ou l'adolescent doit aller trouver d'autres figures parentales, d'autres lieux, tout simplement un ailleurs. Pour le dire avec les mots de Jean-Bernard Paturet : « l'éducateur est nécessairement amené à penser la fin de la relation éducative, à penser et à vivre sa propre mort d'éducateur dans son rapport à l'autre. Non pas sa mort en tant que fonction sociale (...) mais sa propre mort éducative, comme fin d'un type de rapport à l'autre, comme inutilité et obstacle au développement et au déploiement existentiel de la personne qu'il accompagne »⁹³³. Admettons la dimension tragique du travail de l'éducateur, celui d'œuvrer à sa propre mort éducative. Dans cette

⁹³² Ardoino, J. (1999). *Op. cit.* p.355.

⁹³³ Paturet, J-B. (2007). *Op. cit.* pp.127-152.

optique, l'accompagnement suppose donc d'abord de faire hospitalité à la souffrance du sujet, l'aider à reprendre des forces, puis, dans un second temps, à lui permettre de se projeter dans un avenir sans ce professionnel, en suivant son propre désir. Autrement dit : accompagner l'autre à ne plus être accompagné. Ce projet, qui nous semble être le seul à pouvoir porter ce nom, n'est pas chose aisée pour des professionnels convaincus qu'ils ont encore des choses à apporter. Leur oblativité a d'autant plus de limites dans la mesure où ils espèrent toujours voir, d'une façon ou d'une autre, le résultat de leurs actions alors qu'ils savent au fond qu'il est possible qu'il n'en soit rien. L'humilité et l'acceptation de la fonction incarnée sont de mises et pour mettre des mots sur ces sentiments, Jean Jaurès proposait les encouragements suivants : « Oui, les hommes qui ont confiance en l'homme savent cela. Ils sont résignés d'avance à ne voir qu'une réalisation incomplète de leur vaste idéal, qui lui-même sera dépassé ; ou plutôt ils se félicitent que toutes les possibilités humaines ne se manifestent point dans les limites étroites de leur vie »⁹³⁴.

Chapitre XVI. Les éducateurs spécialisés et la clinique : le choix des mots

XVI.1 Des cliniciens qui s'ignorent

Bien avant d'initier ce travail de thèse, l'absence du mot « clinique » dans les discours des éducateurs spécialisés nous avait posé question. Pourquoi ne pas utiliser ce terme ? Pourquoi refuser de s'identifier comme clinicien ? Au-delà des questions liées à la reconnaissance, à l'humilité, à l'estime de soi, nous en sommes arrivés à une explication relativement simple : les éducateurs spécialisés n'ont pas besoin d'en savoir plus car la clinique est opérante dans la pratique. Nous estimons que la plupart des professionnels interrogés, comme nombre de nos collègues, nous semblent être d'excellents cliniciens mais ne peuvent parler du concept en lui-même, le terme clinique produisant directement une dynamique d'abstraction peu convaincante. Gérard Mendel avance une explication : « L'expérience montre que la forme de pensée des travailleurs sociaux appartient à la catégorie de l'intelligence pratique, de la pensée rationnelle-pratique. La raison en est que leur travail les oblige [...] à une confrontation *directe* avec une réalité qui n'a de sens que

⁹³⁴ Jaurès, J. (1983). « Discours à la jeunesse, Albi, 1903 », *Anthologie de Jean Jaurès*. Paris, Calmann-Lévy, p.273.

globale. De plus, sur le terrain, l'expérience se révèle plus efficace que les discours abstraits ; d'où, après quelques années, un considérable savoir-faire empirique qui contraste avec la quasi-impossibilité d'en parler autrement que sous la forme d'exemples concrets »⁹³⁵. Pour Stéphane Rullac, cela a une limite : « ils sont alors trop souvent laissés face à un empirisme comme modalité privilégiée de construction de leurs savoirs, qui porte le risque de modalisation idéologique, source de toute puissance subjective. L'enjeu est alors de permettre que les travailleurs sociaux sortent du piège de leur identité professionnelle assignée à la praticité, qui les amène à privilégier leurs propres expériences et références comme principal moteur de la compréhension du monde social »⁹³⁶. Cette observation, nous l'avons constaté dès nos premiers entretiens où le récit de leur quotidien exprimait de façon très intelligible ce à quoi la clinique pouvait faire référence. De surcroît, et nous aurons l'occasion d'y revenir, nos « grands témoins » ont relié cette impossibilité initiale de parler de clinique à la nature et la qualité de la formation en travail social. D'autre part, cette intelligence pratique que nous avons directement reliée à la *praxis* s'incarne d'autant mieux à travers le partage de leurs expériences quotidiennes. L'éducateur n'est pas seulement un exécutant, il est avant tout un être parlant en capacité d'approcher le réel de son travail, souvent à l'aide de moyens détournés. De là, nous pouvons dire avec Anna Arendt que « l'action muette ne serait plus action parce qu'il n'y aurait plus d'acteur, et l'acteur, faiseur d'actes, n'est possible que s'il est en même temps diseur de paroles »⁹³⁷.

XVI.2 Faire, et dire ce que l'on fait

Il y a une difficulté majeure à approcher le réel de l'activité là où « l'action peut devenir un objet de pensée pour celui-là même qui agit »⁹³⁸. La sociologie bute sur ces mêmes questions, en lien avec les acteurs eux-mêmes : « Comment est-il possible d'ignorer ce que l'on fait et ce que l'on sait ? Comment peut-on méconnaître les savoirs que l'on maîtrise pourtant très bien, en acte ? Comment peut-on être "inculte" par rapport à sa

⁹³⁵ Mendel, G. (1999). « De la difficulté de l'articulation entre action et acte : le cas des travailleurs sociaux », *Op. Cit.* p.356-370. Souligné par l'auteur.

⁹³⁶ Rullac, S. (2020). « Chapitre 9. Lecture anthropologique pour faire science(s) du travail social », Jean-Sébastien Alix éd. *Le travail social en quête de légitimité. Op. cit.* pp.163-176.

⁹³⁷ Arendt, H. (1983). *Condition de l'homme moderne. Op. cit.* p.235.

⁹³⁸ Clot, Y. (2001). Clinique du travail et action sur soi. Dans : Jean-Michel Baudouin éd. *Théories de l'action et éducation* (pp. 55-277). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

propre culture incorporée »⁹³⁹ ? La lecture des ouvrages de Bernard Lahire sur ces interrogations nous a grandement aidé à mieux comprendre ce qui se joue dans cette incapacité primaire à parler de clinique.

Dans une grande majorité, les personnes rencontrent de grandes difficultés à pouvoir dire avec précision ce qu'ils font, que ce soit dans leur cadre de leur métier ou de leurs activités quotidiennes. Ces difficultés peuvent s'expliquer de différentes manières. Il peut être ardu de parler de ce que l'on a appris sans le savoir, souvent par mimétisme, le tour de main d'un artisan, le geste juste d'un ouvrier, la sensibilité clinique d'une maîtresse de maison. Il s'agit souvent de situations d'apprentissages non formels ou informels où ce qui se transmet n'est pas tant un savoir qu'une expérience. D'autre part, les acteurs n'ont pas toujours conscience de ce qu'ils savent, de ce qu'ils font, rendant la tâche complexe lorsqu'il s'agit d'identifier ces éléments. En outre, les éducateurs, lorsqu'ils évoquent des situations, parlent avant tout de rencontres qui font appel à l'art, à la poésie, à l'humour et non à des procédés. Enfin, il y a comme une invisibilité des savoirs, nous y reviendrons par la suite.

Dans nos discussions avec les éducateurs spécialisés, ils parlent plus volontiers de l'explicite, de ce qui est « officiel » (les ateliers, les moments de la vie quotidienne) en effaçant certaines activités moins officielles de façon inconsciente, comme nous venons de le dire, ou consciente, en faisant des choix et des coupes pour rendre leur propos plus compréhensibles ou communicables, ce que Bernard Lahire appelle « la contrainte narrative ». En sélectionnant le principal, ils organisent leur récit à partir d'une ligne d'intrigue principale et écartent les éléments jugés alors trop annexes⁹⁴⁰. Ils disent plus facilement ce qu'ils font que la manière dont ils s'y prennent pour le faire. Nous savons depuis Goffman, qu'aucun acte de parole ne peut se réaliser sans présupposé, et sans implicite⁹⁴¹, rendant plus épineux le passage à l'explicite. Par ailleurs, il est beaucoup plus facile pour eux de parler de pratiques instituées qui font autorité et qui sont visibles.

⁹³⁹ Lahire, B. (2007). 7. Logiques pratiques : le « faire » et le « dire sur le faire », *L'esprit sociologique*. (pp.141-160). Paris: La Découverte.

⁹⁴⁰ Lahire, B. (2021). « L'architecture des textes », *Culture écrite et inégalités scolaires*. Presses universitaires de Lyon, p.243-284.

⁹⁴¹ Goffman, E. (1987). *Façons de parler*. Paris, Minuit, p.205-271.

XVI.3 Une clinique invisibilisée et clandestine

La clinique de l'éducation spécialisée est une pratique invisible et invisibilisée. Invisible pour son auteur qui efface toutes les micro-pratiques et les micro-savoirs lorsqu'il évoque son activité, et qui n'a pas besoin d'avoir une idée globale de cette notion au vu de son efficience quotidienne. Nous postulons qu'observer la clinique est à la fois simple et compliqué : tout le monde peut ressentir chez un professionnel une facilité, une fibre, un bon sens, un petit quelque chose qui fait que... particulièrement dans sa relation avec un public vulnérable ; en revanche, déceler la sensibilité clinique peut s'avérer plus laborieux en dehors d'un face à face éducatif, c'est-à-dire dans ce que nous évoquions précédemment au sujet de la mise en partage de sa subjectivité.

Au reste, la clinique est mise en œuvre dans des espaces où l'on s'échine à son invisibilisation, ce qui peut la rendre parfois clandestine. En travaillant auprès de publics en souffrance qui subissent une violence souvent déniée, les travailleurs sociaux savent qu'historiquement, ils exercent auprès de sujets que la société ne désire pas voir – car oui, lorsqu'il exclut, le social fait souffrir, qu'on le veuille ou non. Des « travailleurs de l'ombre et dans l'ombre »⁹⁴² en somme, selon la belle expression de Nadia Veyrié. Or, « la vie en tant qu'affectivité ne peut pas s'objectiver. La douleur, l'angoisse, le désir, l'amour, la souffrance ne sont pas visibles. Ils s'éprouvent dans l'obscurité »⁹⁴³.

Cléach et Tiffon ont produit un ouvrage collectif sur les conséquences de la pensée technico-gestionnaire sur l'invisibilisation des salariés et de leurs tâches. Pour eux, « Sa logique fondamentale [au fait gestionnaire] consiste à accroître le temps de travail considéré comme "utile", tout en niant la charge des tâches invisibilisées et le caractère central des compétences non-reconnues mobilisées par le travail »⁹⁴⁴. L'invisibilisation n'est donc pas seulement liée aux dimensions non observables et mesurables des pratiques cliniques, mais bien d'une volonté consciente de l'idéologie gestionnaire. Visant à faire disparaître l'informel qui n'entre dans aucune grille de l'action managériale, « celle-ci s'exerce simultanément par la mise en visibilité et par l'occultation de ce qui n'entre pas

⁹⁴² Veyrié, N. (2022). Des travailleurs sociaux de l'ombre : quelle reconnaissance ? *Sociographe*, 78, 11-24.

⁹⁴³ Dejourn, C. in Bréant, F. (2011). Des ruptures nécessaires pour enseigner à l'université : comment construire une posture créative et clinique ? *Cliopsy*, 5, 79-98.

⁹⁴⁴ Cléach, O. & Tiffon, G. (coord.). *Invisibilisations au travail. Des salariés en mal de reconnaissance*. Toulouse, Octarès. p.9.

dans le spectre du productif, du rémunérable, du strictement nécessaire, du point de vue de la pensée rationaliste. Si la rationalisation gestionnaire s'appuie bien sur le modèle de la transparence du social, le "social" en question est un social abstrait, en permanence réinventé, une utopie rationnelle conçue pour faire coïncider le travail réel avec le projet d'instrumentalisation totale »⁹⁴⁵. Vouloir cacher le fait clinique en montrant plutôt des indicateurs supposément objectivables est un parti pris clairement nommé dans le secteur médicosocial. D'où une mise en garde claire de Cléach et Tiffon : « Car derrière la neutralité apparente de ces dispositifs, présentés comme de simples techniques, [...] se cachent en fait des choix et des enjeux politiques : loin d'être anodins, ces dispositifs incorporent et engagent, depuis leur conception jusque leur mise en œuvre, des visions du monde, de l'efficacité et de la performance. [...] Ce que ces dispositifs "cachent en montrant", c'est donc, non seulement certaines dimensions du travail, mais les rapports de domination dans lesquels ils s'inscrivent et prennent position. En l'occurrence, maintenir l'invisible, à l'ombre du travail formel, permet de ne pas reconnaître une partie de ce qui est fait et de ce que les salariés engagent d'eux-mêmes, au niveau symbolique comme salarial »⁹⁴⁶.

Ceci étant dit, nous ne pouvons nous empêcher d'entrevoir une posture contradictoire de la part des éducateurs spécialisés vis-à-vis de cette invisibilisation. D'une part peut être une forme de jouissance au braconnage, à la clandestinité et ce que ces deux éléments permettent en termes de pouvoir d'action, d'autonomie et d'identité professionnelle. D'autre part, cette invisibilité renvoie à un mécanisme de survie : si la clinique est peu perceptible et clandestine, elle peut non seulement résister à la mise en place de protocoles et à la fois sa discrétion la protège bon gré mal gré aux velléités de vouloir la contrôler.

XVI.4 Une sémiologie au service de la clinique

Notre modeste ambition, dans ce travail de thèse, au regard de cette invisibilisation et de cette non-reconnaissance, est de consolider un vocabulaire historique du métier d'éducateur spécialisé à travers une sémiologie de sa clinique. Ces professionnels doivent pouvoir s'autoriser à parler de clinique, d'institution, de politique, d'éthique car ils en

⁹⁴⁵ *Op. cit.* p.135

⁹⁴⁶ *Op. cit.* p.343.

sont les premiers auteurs. Afin de quitter cette position de passivité, ils doivent se risquer à assumer leur statut de clinicien. Aucune langue n'est neutre et ne véhicule pas seulement de l'information sans diffuser avec elle une idée du monde. À ce titre, il nous paraît nécessaire de proposer des cadres contextuels et langagiers qui viennent préciser ce que font et savent les travailleurs sociaux. En proposant un nouveau vocable et en renforçant celui déjà existant comme nous ont exhorté « les grands témoins », cela permettrait de mettre en lumière certaines catégories de perceptions et autres invariants. Pour Bernard Lahire, « les acteurs font ce qu'ils font et savent ce qu'ils savent mieux que quiconque. Ils sont même sans doute les mieux placés pour dire ce qu'ils font et savent. Mais ils disposent rarement des moyens de perception et d'expression qui leur permettraient de livrer ces expériences spontanément. Lorsqu'il est bien fait, le travail du sociologue, qui demande le concours et la confiance de l'enquêté, consiste à donner les moyens à ce dernier de dire des choses qui, sans lui, ne trouveraient pas (ou mal) le chemin de leur mise en visibilité »⁹⁴⁷. Hors de tout pharisaïsme, ce que font les éducateurs spécialisés n'est ni aisé à faire, ni aisé à dire et demeure pourtant d'une importance capitale. Laisser cet aspect à des supposés experts qui viennent occuper le terrain avec un arsenal interlope de techniques et de théories inféodées à l'idéologie managériale ne saurait être une solution. Charge donc aux professionnels du secteur, aux chercheurs et aux formateurs de produire un réseau conceptuel suffisamment large afin qu'il ait assez de poids pour démontrer l'inanité des « nouveaux » concepts qui arrivent par vagues chaque année. Une chose est certaine, les travailleurs sociaux savent parler le management. Dès la formation, leur sont inculqués tous les éléments de langage qu'ils vont retrouver sur le terrain : démarche partenariale, projet personnalisé, objectivation des besoins, innovation, virage inclusif, *empowerment*, rétablissement, alternative numérique, etc., soit autant de termes qui s'ajoutent, chaque jour, à la longue liste de ces « mots sans les choses »⁹⁴⁸, de nouvelles terminaisons, de nouveaux acronymes ou anglicismes. Or, l'*hexis* des éducateurs spécialisés les pousse vers un autre langage qui n'entre pas en contradiction avec le réel de leur quotidien. Disons-le très clairement, parler d'enfants carencés qui « s'entourent de bruit »⁹⁴⁹ pour être moins angoissés, d'une adolescente « qui va à la pêche » lorsqu'elle veut s'enquérir de la disponibilité de l'adulte, « d'enfant radar » pour un gamin de 8 ans qui n'a pas son pareil pour sentir quand c'est un jour sans pour son

⁹⁴⁷ Lahire, B. (2007). *Op. cit.* pp.141-160.

⁹⁴⁸ Chauvier, E. (2014). *Les mots sans les choses*. Paris, Allia.

⁹⁴⁹ Toutes ces expressions sont issues de nos entretiens. Cf. annexes.

éducatrice référente, inutile de faire appel à des termes qui sonnent creux pour comprendre immédiatement à quoi nous faisons référence. En définitive, la question aura été moins de venir vulgariser les concepts d'une clinique spécialisée que d'en proposer une traduction pour enrichir une culture professionnelle.

Chapitre XVII. Choc des cultures : travail social réel et travail social prescrit

En 2014, un rapport de l'IGAS pointait une nouvelle fois l'écart entre le ressenti des acteurs de terrain et les « donneurs d'ordre » : « [...] la mission a pu mesurer, notamment lors des débats, un autre écart entre l'attente des "donneurs d'ordres" et la façon dont les travailleurs sociaux mettent en œuvre les politiques sociales décidées. Cet écart, qui se nourrit parfois de sentiments d'échec ou d'impuissance des travailleurs sociaux, provoque des situations de découragement, parfois de souffrance et/ou d'usure professionnelle »⁹⁵⁰. Et d'ajouter : « La défiance qui peut exister chez les prescripteurs vis-à-vis de ces professionnels ne doit pas plus être négligée ou passée sous silence »⁹⁵¹. En quelques phrases, le décor est posé. D'un côté des travailleurs sociaux qui perdent peu à peu le sens de leurs métiers, de l'autre, des prescripteurs qui se méfient de ces mêmes travailleurs sociaux qui peinent à appliquer les politiques publiques. Un véritable choc des cultures. Nous avons déjà dressé l'historique qui nous amène en 2024, à une diminution des inscrits dans les formations en travail social (-10 000 depuis 2010)⁹⁵². À la baisse considérable des candidats au concours d'entrée en EFTS : dans trois EFTS français dont nous avons pu nous procurer les chiffres, l'un d'eux est passé de 1500 candidatures ES en 2007 à 427 en 2023, un autre de 8% de réussite à la sélection ES en 2010 à 25% en 2023, tous confirment une baisse notable toutes formations confondues (AS, ES, EJE, ME). Et à une vacance de postes ahurissante de 73% chez le personnel éducatif et social (30000 postes

⁹⁵⁰ IGAS. (2014). « Évaluation de la 1^{ère} année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale ». Rapport public Cohésion sociale : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-024R_Tome_I.pdf

⁹⁵¹ *Ibid.*

⁹⁵² DREES. (2023). Formations aux professions sociales en 2022 : très légère baisse du nombre d'inscrits et hausse du nombre de diplômés. En ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-jeux-de-donnees-article/communique-de-presse/formations-aux?utm_source=Sarbacane&utm_medium=email&utm_campaign=L%40titude%20N%C2%B0182%20Novembre%202023

non pourvus)⁹⁵³. Ce qui nous intéresse désormais, c'est de nous concentrer sur la disjonction entre le travail social réel et le travail social prescrit.

Qu'il existe un écart entre ces deux visions du travail social est normal, la clinique de l'activité a pu en faire la démonstration, et vouloir combler cet écart entre le réel et le prescrit est illusoire. Néanmoins, devant ces chiffres inquiétants, il nous semble primordial d'empêcher qu'il s'accroisse, au risque que la dialectique conflictuelle ne devienne un gouffre où aucun dialogue ne devient possible.

XVII.1 Mesurer le travail social : deux logiques antagonistes

Pour Christophe Dejours justement, « la tâche, c'est-à-dire ce que l'on souhaite faire, ne peut jamais être atteinte exactement. [...]. L'échec, partiel, est donc fondamentalement inclus dans les concepts d'efficacité et d'utilité, ce qu'ignorent la plupart des conceptions du facteur humain »⁹⁵⁴. Toutefois, nous savons que l'échec n'est pas toléré par l'idéologie managériale de même que l'inutilité – c'est-à-dire, tout ce qui ne relève pas d'un utile mesurable, à savoir ce qui n'entre pas dans le cadre des protocoles. Le problème réside bien ici, dans le fait que « L'utilité est le seul critère valide pour juger des réalités de vie, ce qui a pour corollaire l'assèchement et l'appauvrissement d'autres déterminations de l'existence, celles qui puisent leur vitalité du côté de l'expressivité - ce que l'on ressent et que l'on souhaite partager - ou du côté de la réflexivité - ce que l'on cherche à comprendre et à élucider en commun. Le temps de l'activité réflexive et communicationnelle se trouve ainsi laminé parce qu'il échappe aux motifs d'action légitimes »⁹⁵⁵. Ces motifs d'action légitimes sont désormais construits par un système algorithmique qui vise à une plus grande efficacité dans les interventions des professionnels du social. C'est le règne de la primauté de l'esprit techniciste sur l'éthique. Là encore, le processus dialectique est mis à l'épreuve et nous plaidons de nouveau pour des antagonismes notoires entre ces deux éléments : « s'il y avait la moindre lueur d'une ombre éthique dans les logiques technicistes, elles ne seraient pas ce qu'elles sont : des logiques de réification des relations

⁹⁵³ FEHAP, NEXEM. (2022). Crise des métiers du secteur sanitaire, social et médico-social privé non lucratif : premier baromètre des tensions de recrutement. En ligne : https://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/barometre_rh_fehap-nexem_2022-01-19_17-34-28_168.pdf

⁹⁵⁴ Dejours, C. (2018). *Le facteur humain*. Op. cit. pp.38-51.

⁹⁵⁵ Nicolas-Le Strat, P. (1996). *L'implication, une nouvelle base de l'intervention sociale*. Paris, L'Harmattan, p.65

humaines, d'instrumentalisation, de standardisation, de permanente normalisation, de contrôle et de maîtrise de l'humain qui lui échappe ; autrement dit : des logiques de déshumanisation »⁹⁵⁶. L'éthique étant du côté de l'altérité et le technicisme de la même, pour un auteur comme Depenne, ils sont tout simplement inconciliables.

La mesure temporelle (« faites au mieux mais au plus vite ») entraîne de fait de la discontinuité chez des enfants et des adolescents dont le parcours n'est qu'une succession de ruptures. Comment accompagner sereinement à un ancrage dans le monde social sans la possibilité de rencontres durables avec des personnes significatives ? Lorsque la pratique du soin devient régie par l'immédiateté et par l'urgence, elles deviennent caduques dans la mesure où les établissements deviennent des institutions machinales, opératoires, incapable d'une prise de recul et du regard patient d'un tiers. Michel Chauvière introduisait en 2012 une opposition entre, ce qu'il nomme un « système analogique [...] adaptés à des opérations de diagnostic, en y intégrant facilement les dimensions qualitatives et subjectives. La relativité est autorisée, le droit d'hésiter est reconnu... Si cette approche donne de la liberté aux acteurs, elle heurte les spécialistes du choix rationnel et du management »⁹⁵⁷ ; et « l'algorithmique [qui] est une méthode d'exploration des problèmes utilisant des "suites finies d'opérations élémentaires, constituant un schéma" pour aboutir à une solution ; c'est une syntaxe logique, avec des règles de transformation qui permettent, en outre, la réalisation d'une partie des opérations par la machine (oui/non)... En se mettant au service du pouvoir managérial, les spécialistes du numérique gagnent du terrain, mais aussi du pouvoir sur tous les autres acteurs »⁹⁵⁸. Cette « tyrannie des métriques »⁹⁵⁹ soumet n'importe quel établissement à devenir comme une entreprise, c'est-à-dire aux données chiffrées calculant productivité et performance. Nous voyons bien la valeur antinomique de ces deux pôles lorsque la technique prend le dessus sur l'homme, lorsqu'elle confisque des notions dont elle détourne à son avantage le sens premier, etc., à grands renforts d'effets d'annonces et de manches. L'éducateur spécialisé se retrouve pris dans une confusion entre le discours institué et la parole constituante qui deviennent polarisés.

⁹⁵⁶ Depenne, D. (2021). Réflexion éthique sur un travail social mutilé. *Les Cahiers de l'Actif*, 536-537, 199-213.

⁹⁵⁷ Chauvière, M. (2012). L'obligation de résultats contre les innovations sociales et l'expérimentation ? *Informations sociales*, 174, 95-104.

⁹⁵⁸ *Ibid.*

⁹⁵⁹ Muller, J. (2020). *La tyrannie des métriques*. Genève, Éditions Markus Haller.

En somme, « pour comprendre la vérité profonde de l'action managériale, il faut s'intéresser aux différentes modalités que prend sa volonté de contrôler : celle-ci s'exerce simultanément par la mise en visibilité et par l'occultation de ce qui n'entre pas dans le spectre du productif, du rémunérable, du strictement nécessaire, du point de vue de la pensée rationaliste. Si la rationalisation gestionnaire s'appuie bien sur le modèle de la transparence du social, le "social" en question est un social abstrait, en permanence réinventé, une utopie rationnelle conçue pour faire coïncider le travail réel avec le projet d'instrumentalisation totale »⁹⁶⁰.

XVII.2 Évaluer qui ? Pourquoi ? Comment ?

Évaluer les actions menées au sein d'établissements spécialisés est légitime, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'argent public, comme dans un DITEP. Nous ne sommes pas un zélateur de l'anti-évaluation mais penchons plutôt pour une refonte de ses objectifs comme de ses moyens. L'éducation spécialisée relève d'un travail invisible, dans des tâches immatérielles dont nous savons qu'elles ne sont pas directement observables ni quantifiables. Pour pouvoir connaître et reconnaître ce métier, il s'agit d'en connaître les enjeux et d'accepter que tout ne se voit pas et ne s'observe pas. Observer, c'est déjà choisir et sélectionner au risque de laisser de côté ce qui reste dans l'ombre : « Or les dispositifs d'évaluation sont par construction individuels : leur mise en œuvre rend donc invisible toute cette partie collective, tout en modifiant les pratiques dans le sens de l'individualisation et en appauvrissant les savoirs partagés »⁹⁶¹. Après tout, ce qui ne peut être évalué ne peut être géré. Or, le Haut Conseil de l'Enfance et de l'Âge, dans un rapport de 2023, affirme bien que « l'enfant n'est pas résorbable dans la statistique et la santé mentale ne peut s'y réduire. La statistique ne dit rien de la tessiture de la relation thérapeutique ou éducative, elle ne remplace pas les trésors d'imagination des professionnels dans l'accompagnement des enfants et des familles, ni permet de mesurer le sens que chacun trouve, investit ou puise dans le travail de soin et d'accompagnement »⁹⁶².

⁹⁶⁰ Cléach, O. & Tiffon, G. (coord.). *Op. cit.* p.135.

⁹⁶¹ *Op. cit.* p.138

⁹⁶² HCFEA. (2023). *Quand les enfants vont mal: comment les aider?* Rapport, p.113 : https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_sme_rapport_13032023.pdf

L'étymologie de l'évaluation est double : d'une part « juger pour déterminer la valeur », d'autre part « estimer, mesurer (une quantité, une grandeur, un ensemble mesurables) »⁹⁶³. Ces deux termes – juger et mesurer – sont différents car ils impliquent des procédés méthodologiques distincts. Si la clinique de l'activité nous renvoie à une impossibilité de mesurer totalement le travail, il ne nous reste plus qu'à juger de sa valeur et des bienfaits sur le public visé. En prenant de la distance avec toute volonté totalisante de contrôle, nous devons accepter que dans notre monde, tout n'est pas évaluable. Christophe Dejours le formule joliment : « Moi, je n'ai jamais vu un mal de dents, jamais vu une angoisse, jamais vu vos rêves, jamais vu l'amour. L'amour ne se voit pas. Or il n'y a d'évaluable quantitativement que de ce qui appartient au monde visible. Finalement, l'essentiel de la vie n'est pas visible, sauf si vous réduisez la vie à la physiologie, ce qui est déjà très important. La vie, c'est essentiellement ce qui s'éprouve en soi »⁹⁶⁴. Pour quiconque a déjà fait un séjour aux urgences, le moment où une infirmière nous demande d'évaluer notre souffrance de 1 à 10 peut paraître absurde. En digne représentant de la gent masculine, au moindre rhume, nous approchons généralement de la note de 9/10 en termes de douleur.

Ce qui est certain, c'est que l'évaluation a été historiquement influencée par l'évolution de l'organisation étatique et de son besoin de maîtriser le changement, quel qu'il soit. La loi 2002-2 a amené cette obligation juridique de contrôle et d'évaluation. Michel Chauvière compare malicieusement ce besoin à un trouble envahissant du développement : « On y voit une activité envahissante [...] arrogante et bureaucratique, tatillonne et chronophage surtout quand on est déjà saturé de normes et exposé aux flux tendus (sans que cette dimension ne soit réellement prise en compte), gouvernée par des gens suspicieux rarement compétents sur le terrain et à l'exclusion des pairs, confondant fréquemment notation et évaluation, donnant lieu à des pratiques adaptatives peu glorieuses (comme l'échange des grilles remplies entre institutions ou le développement du « baratin » pour séduire ou pour tromper) et sans garantie sur la vraie destination de l'évaluation... »⁹⁶⁵. Derrière l'hyperévaluation, se cache difficilement le refus d'une société à faire face à l'échec, à sa finitude, à ses limites. Cette négation de l'essence

⁹⁶³ Dictionnaire du CNRTL en ligne.

⁹⁶⁴ Dejours, C. (2003). « Discussion », *Op. cit.* pp.57-78.

⁹⁶⁵ Chauvière, M. (2013). L'exigence d'évaluation : entre démocratie et technocratie. *Le Journal des psychologues*, 307, 24-29.

humaine résonne d'autant plus cyniquement dans les métiers de l'éducation où cet état de fait est le point de départ de toute pratique éducative. Alors il faut répéter encore et encore ce qu'est le réel du travailleur social : « Entre les "gens", leur souffrance, les diverses et multiples figures de leur inadaptation – aux règles sociales, aux normes, aux lois, à la Loi – et l'ordre qui énonce les règles, les normes, les lois et la Loi, le travailleur social ne peut s'en remettre qu'à lui-même [...]. Ce qui s'éprouve dans cette confrontation répétée aux limites et aux bords du social et de l'humain, ne relève pas, en effet, d'une logique de la preuve »⁹⁶⁶.

Lorsqu'il s'agit de penser l'évaluation, des questions préalables doivent être posées :

- À qui s'adresse l'évaluation ?
- Qui fait la demande de l'évaluation ?
- Au service de qui et de quoi est l'évaluation ?
- Quels sont ses objectifs ?
- Que donne-t-elle à voir de l'activité réelle des travailleurs ?
- Que contribue-t-elle à rendre invisible ?
- Qu'est-ce que l'évaluation produit en termes de connaissances ?
- Quels usages en font les différents protagonistes ?

XVII.3 Plaidoyer pour une nouvelle évaluation subversive

Toute dynamique d'évaluation n'entraîne pas forcément les effets pervers que nous venons d'évoquer. C'est plutôt la tonalité des réponses aux questions que nous avons posées ci-dessus qui va orienter une lecture du côté d'un processus délétère ou non. Christophe Dejours tire un portrait sombre de l'état du combat contre le tout évaluatif quantitatif et numérique : « Je pense que la bataille de l'évaluation, d'une certaine façon, a été gagnée par les gestionnaires. Il est vrai que le monde du travail, je suis désolé de le répéter, se dégrade du point de vue humain, du point de vue affectif, que le rapport entre l'affectivité, la subjectivité et le travail se dégrade. C'est ainsi. On a perdu la partie. Quand on a perdu la partie, on n'agit pas comme quand on l'a gagnée, ou quand elle n'est pas encore perdue. Quand on a perdu une bataille, on entre en résistance. Consentement d'un côté, résistance de l'autre. Quels en sont les ressorts psychologiques ? Quelle est la place

⁹⁶⁶ Autès, M. (1999). *Op. Cit.* p.248.

du travail et de la rencontre avec autrui dans le travail, vis-à-vis de la résistance et du consentement ? »⁹⁶⁷.

Cette résistance – que nous aurons l’occasion d’aborder dans le prochain chapitre - nécessite de rompre avec les modes d’évaluation à l’œuvre dans le secteur ces vingt dernières années. L’évaluation est une chose trop sérieuse pour la laisser à des supposés experts qui visent sa rationalisation sous forme d’activités détachées et généralisées.

Placer le projecteur sur certaines dimensions du travail, nous l’avons dit, c’est créer des zones d’ombres qui occultent d’autres aspects de l’activité que Cléach et Tiffon ont résumé sous la formule « cacher en montrant ». Notre proposition est de transformer ces démarches d’évaluation interne ou externe – pour ne parler que de l’évaluation formelle recommandée par les politiques publiques – en des moments réellement démocratiques. En faisant participer l’ensemble des acteurs de l’institution (professionnels, usagers, familles, partenaires) à cet exercice, c’est la possibilité de rassembler tout le monde autour d’une réflexion commune sur le sens et la finalité des actions. Il ne s’agit pas, même si c’est important, de vérifier si les dossiers papiers sont complets ou si le logiciel de transmission est bien utilisé ; ce n’est pas seulement interroger des professionnels proposés par la direction pour répondre à une grille d’entretien ; ce n’est pas, enfin, évaluer la pratique sous forme de successions d’actes qui pourraient être isolés, observés et mesurés. D’où l’importance de faire appel à de nouveaux évaluateurs qui auraient la capacité de venir subvertir la commande initiale. Ces personnes chargées de cette mission sont à chercher à l’Université, parmi les praticiens, en bref : des cliniciens.

En effet, en lisant le point de vue de Pierre Bourdieu sur l’évaluation des chercheurs à l’Université, difficile de ne pas dresser un pont entre nos propos et le caractère illogique de laisser cet exercice à ces supposés experts : « Si je pense que des mesures administratives visant à améliorer l’évaluation de la recherche et à mettre en œuvre un système de sanctions propres à favoriser les meilleures recherches et les meilleurs chercheurs, seraient au mieux inefficaces, et qu’elles auraient pour effet plus probablement de favoriser ou de renforcer les dysfonctionnements qu’elles sont censées réduire, c’est que j’ai des doutes sérieux, et sérieusement fondés, sur la capacité des instances administratives à produire des évaluations réellement objectives et inspirées. Et cela, fondamentalement, parce que la fin réelle de leurs opérations d’évaluation n’est pas

⁹⁶⁷ Dejours, C. (2003). *Op. cit.* pp.57-78.

l'évaluation elle-même, mais le pouvoir qu'elle permet d'exercer et d'accumuler[...] »⁹⁶⁸. Il ajoutait une remarque relativement piquante : « Il est remarquable que ces responsables, qui ne parlent que critères d'évaluation, qualité scientifique, valeur du dossier scientifique, qui se précipitent avec avidité sur les méthodes scientométriques ou bibliométriques, et qui sont friands d'audits impartiaux et objectifs sur le rendement scientifique des institutions scientifiques, s'exemptent eux-mêmes de toute évaluation et se mettent soigneusement à l'abri de tout ce qui pourrait conduire à appliquer à leurs pratiques administratives les procédures dont ils préconisent si généreusement l'application »⁹⁶⁹. Ce sont donc les cliniciens eux-mêmes qui nous semblent les plus à même de recueillir la parole des usagers et de la rendre audible ; qui ont la liberté de mener une évaluation en de dégageant du diktat de l'efficacité, de la prestation de service, de la grille algorithmique ; de pouvoir rendre intelligible la relation clinique, la rencontre entre deux subjectivités ; de rendre visible le travail caché, la dimension incertaine de l'acte d'éduquer, de remettre en lumière la seule écoute de la souffrance de l'autre. Des initiatives de ce genre existent, nous y avons d'ailleurs pris part lors d'un processus d'évaluation regroupant un foyer d'accueil médicalisé (FAM) et un foyer occupationnel (FO) dirigé par l'Université de Limoges dont l'expérience a été documentée⁹⁷⁰. Cela veut dire rompre avec les sciences de gestion et reconnaître l'efficacité des disciplines telles que l'ethnologie, les sciences de l'éducation, la psychanalyse, la sociologie. Nous souscrivons aux propos d'Yves Clot, « en matière de qualité du travail la seule "bonne pratique" est la pratique de la controverse sur le travail bien fait. Et d'abord entre pairs »⁹⁷¹.

XVII.4 Le sens perdu des métiers du travail social

La perte de sens pour les professionnels du travail social n'est pas nouvelle mais semble exacerbée aujourd'hui. Le rapport IGAS de 2018 en propose une lecture et préfère parler de crise de sens : « Cet état des lieux débouche sur le constat d'une crise de sens de

⁹⁶⁸ Bourdieu, P.(1997). Pour une sociologie clinique du champ scientifique. *Les usages sociaux de la science* (pp.11-62). Versailles, Éditions Quæ.

⁹⁶⁹ *Ibid.*

⁹⁷⁰ Ponnou, S. & Lemoine, M. (2021). Subvertir les dispositifs d'évaluation des institutions médicosociales : approche clinique et anthropologique. *Pensée plurielle*. 53, 53-75.

⁹⁷¹ Clot, Y. (2015). « 6. Le travail aux soins de ceux qui le font ». *Le travail à cœur: Pour en finir avec les risques psychosociaux* (pp.151-185). Paris: La Découverte.

l'accompagnement social, avec des intervenants sociaux chargés d'accompagner des personnes vers une insertion sociale dont les déterminants essentiels se dérobent, d'où des interrogations sur le mandat sociétal du travail social : s'agit-il toujours d'accompagner vers l'autonomie ou bien le mandat s'est-il implicitement rétréci à la "gestion sociale" du non-travail et de la précarité ? »⁹⁷². Lorsque le travailleur social s'interroge sur les finalités de son action il est confronté à l'absurde : Pourquoi inclure dans une société qui exclut ? Comment accompagner la vulnérabilité lorsqu'on est soi-même précaire ? Comment traite-t-on la folie dans notre monde contemporain⁹⁷³ ?

Il n'y a qu'à aller sur un moteur de recherche et taper « perte de sens travail social » pour que les nombreux résultats confirment le malaise actuel. Pour les plus vaillants, il suffirait de se promener durant une manifestation de travailleurs sociaux⁹⁷⁴ pour mesurer la détresse de ces professionnels. Roland Gori les compare d'ailleurs, avec les soignants, à des « professions canaris », en analogie aux oiseaux en cage dans les mines pour prévenir les coups de grisou ; ces métiers « sentent, dans nos sociétés, venir le coup de grisou. Elles sont des lanceurs d'alerte. Des lanceurs d'alerte qui se heurtent depuis quelques décennies à la surdité intéressée des décideurs politiques. Les réformes néolibérales les ont meurtries, martyrisées parfois, parce qu'elles les ont privées de ce don poétique du monde sans lequel l'humanité se trouve ensevelie. Ce don poétique du monde n'est pas un luxe ou un colifichet de quelques attardés nostalgiques et romantiques. Il est ce qui rend le monde humain, habitable, en relation »⁹⁷⁵. Dans cette société tirée à hue et à dia, la « main gauche de l'État » selon Bourdieu, « s'oppose à l'État de la main droite, aux énarques du ministère des Finances, des banques publiques ou privées et des cabinets ministériels »⁹⁷⁶. Et de poursuivre : « Je pense que la main gauche de l'État a le sentiment que la main droite ne sait plus ou, pire, ne veut plus vraiment savoir ce que fait la main gauche. [...] Ce que l'on décrit comme une crise du politique, un antiparlementarisme, est en réalité un désespoir à propos de l'État comme responsable de l'intérêt public »⁹⁷⁷. Pierre Dugué a mené un travail de thèse sur la souffrance au travail et l'usure professionnelle

⁹⁷² IGAS. (2018). « L'accompagnement social ». p.4 : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-105K.pdf>

⁹⁷³ Coupechoux, P. (2006). *Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux*. Paris, Seuil.

⁹⁷⁴ Quelle qu'elle soit, les motifs ont été nombreux ces dernières années : oubliés du SÉGUR, attaques sur la Convention 66, Loi immigration, fermetures de CMPP, démantèlement de l'Hôpital public et de ses services psychiatriques enfants et adultes, etc.

⁹⁷⁵ Gori, R. (2017). « Postface. Le travail social, un exemple de "professions canaris" », in Jean-Sébastien Alix et al. (dir.), *Debout pour nos métiers du travail social*, Toulouse, Érès, pp.179-194.

⁹⁷⁶ Bourdieu, P. (1998). *Contre-feux. Propos pour servir à la résistance contre l'invasion néo-libérale*. Paris, Liber-Raisons d'Agir, p.9-10.

⁹⁷⁷ *Op. cit.* p.11

des éducateurs spécialisés et avait observé une « une césure identitaire et professionnelle préfigurant le passage de la figure du clinicien maïeuticien à celle de l'intervenant-orienteur, du gestionnaire de cas »⁹⁷⁸. Les injonctions paradoxales sont telles que les travailleurs sociaux en arrivent à se recroqueviller sur leur espace de travail, leur marge de manœuvre, se concentrer sur leur clinique quotidienne en s'obligeant à ne pas regarder par la fenêtre le désastre qui se joue dehors. Si cette attitude peut être salvatrice dans les premiers temps, nous verrons qu'à moyen terme elle ne peut pas résister trop longtemps au réel de la situation.

Un rapport du Haut Conseil du Travail Social de 2021 commandé par le Ministère de la Santé et des Solidarités avait lui aussi mis en exergue le malaise des métiers du social, exacerbé par la crise du COVID-19 et un manque de reconnaissance criant de leurs actions journalières : « Professionnels de l'ombre, ils n'ont ni l'habitude de se mettre en avant ni celle de se vanter sur leurs compétences. Néanmoins, l'absence de parole publique sur leur présence sur le terrain et l'oubli de leur action au quotidien pendant le confinement ont été perçus comme un manque de reconnaissance et une blessure par tous les acteurs qui ont su s'adapter et rester engagés auprès des plus fragiles [...] »⁹⁷⁹. L'invisibilisation et la non-reconnaissance des pratiques d'orientation clinique des éducateurs spécialisés et des travailleurs sociaux ne fait qu'accentuer cette crise de sens, avec un risque bien défini : « [...] la plupart des réalités occultées par les dispositifs de gestion ne sont pas seulement dissimulées, elles sont, tôt ou tard, détruites. Car, rendre invisible, c'est, à terme, faire disparaître (le travail collectif, relationnel, l'attention aux autres, les valeurs non marchandes, l'éthique, etc.). Ce point nous semble important car il suggère que la raison technico-instrumentale, dont se réclame le fait gestionnaire, est indissociablement porteuse de destructions, de ruines. [...] Mais il faut ajouter la dégradation de nos facultés d'analyse et de recul critique. En effet, le temps n'est sans doute pas très loin où disparaîtra jusqu'à la conscience même que les membres des élites dirigeantes exercent une domination sur les producteurs, notamment, en affinant le mode d'extraction du surtravail »⁹⁸⁰.

⁹⁷⁸ Dugué, P. (2021). *Souffrance au travail et usure professionnelle des éducateurs(rices) spécialisé(e)s : l'apport d'une approche générationnelle et biographique en formation des adultes*. Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation, Université de Lille, p.4.

⁹⁷⁹ HCTS, Ministère de la Santé et des solidarités. (2021). *Le Travail Social au défi de la crise sanitaire. Impact de la crise sanitaire de la COVID-19 sur les organisations et les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux*, rapport coordonné par Marie-Paule Col, p.54 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/hcts- le_travail_social_face_a_la_crise_sanitaire_20210125_vdef.pdf

⁹⁸⁰ Cléach, O. & Tiffon, G. (coord.). *Op. cit.* p.139.

Chapitre XVIII. La clinique dans le champ du travail social envers et contre tout

XVIII.1 La clinique : une constante à toute épreuve

Au fil des pages, on peut se rendre compte à quel point l'état du travail social n'est pas reluisant. Tel est son destin, osons-nous dire, identique à celui de la clinique. On considère trop souvent celle-ci, à tort, comme valétudinaire et en passe de disparaître : après tout, la même fortune a été prédite à la psychanalyse. Lors d'un échange avec mes directeurs de thèse, Christophe Niewiadomski avait proposé une image assez juste : la clinique serait au travail social ce sparadrap sur lequel on marche et que l'on essaie avec grande difficulté de faire partir en agitant le pied. Ainsi est la clinique, accrocheuse, opportuniste, coriace. Elle ne plie pas face à la perspective néolibérale qui voudrait disqualifier sa pratique. Et puis, disons-le sans grandiloquence, nous sommes convaincu : tant qu'il y aura de l'humain, il y aura de la clinique. Faire hospitalité à la souffrance est une constante - aux origines triples selon Freud⁹⁸¹ -, aussi ancienne que l'Homme finalement, tout autant que la capacité à la causer - « Les hommes sont méchants ; une triste et continuelle expérience dispense de preuve » nous dit Rousseau⁹⁸². Didier Fassin appelle ça « un traitement compassionnel de la question sociale »⁹⁸³, tel qu'on le retrouve dans de nombreux lieux d'écoute de la souffrance. Nous appelons ça être Homme, tout simplement. Tosquelles en fait une synthèse, qu'il a proposé à ses malades en 1951 - le lecteur nous pardonnera la longueur de l'extrait qui ne tire sa force que de son entièreté :

« On se dit souvent : seulement à moi m'arrivent des choses pareilles. C'est mon malheur. C'est mon destin particulier. Je suis comme je suis ; on ne peut pas me comprendre. Je suis le seul à savoir l'amertume ou la profondeur de mes maux. Et après avoir bien tourné dans la tête des idées semblables, on s'isole, on s'enferme dans sa bulle, on boude les autres, on devient timide, maussade. Dans le meilleur des cas, on vit parmi les autres, sans les regarder, sans participer à leur vie, sans les reconnaître comme des frères. Dans

⁹⁸¹ « La souffrance menace de trois côtés ; elle vient de notre corps qui, voué à la déchéance et la dissolution, ne peut pas même éviter les signaux d'alarme que sont la douleur et la peur ; du monde extérieur, dont les forces surpuissantes, impitoyables et destructrices peuvent se déchaîner contre nous ; et enfin des relations avec les autres hommes » : Freud, S. (2010). *Le malaise dans la culture*. Op cit. p.90.

⁹⁸² Rousseau, J-J. cité par Paturet, J-B. (1997). *Op. cit.* p.27

⁹⁸³ Fassin, D. (2004). Conclusion. Des inégalités qu'on ne peut plus nommer. *Des maux indicibles: Sociologie des lieux d'écoute* (pp.179-187). Paris: La Découverte.

d'autres cas peut-être plus malheureux, cette façon de se sentir soi-même irréductiblement différent des autres se transforme peu à peu en une erreur bien plus lourde de conséquences. On se dit : ils m'abandonnent, ils sont méchants, ils sont jaloux. Ils m'en veulent. Dès lors, on se défend, on se méfie, on éprouve de la haine. Cependant, si vous saviez écouter, si vous ne vous isoliez pas à la moindre occasion ou excuse, si vous vouliez regarder les autres, malades ou non, tout autour de vous, vous apprendriez dans leurs aveux que tous les humains ont les mêmes problèmes. Au fond, on n'est pas si différent que ça les uns des autres. Alors vous prendriez conscience d'une certaine tricherie que vous vous êtes jouée à vous-même. Vous vous êtes isolés des autres, peut-être pour avoir raison lorsque vous prévoyez de crier au désespoir, au milieu du drame qui nous guette, je suis seul. Et si vous saviez écouter les autres, il vous apparaîtrait clair comme le jour qu'il est toujours possible de se débarrasser de ces "mauvais fondements" [...]. Il n'y a qu'à suivre l'exemple de ce simple et brave Pendarès lorsqu'il disait à Sains, au début de la pastorale de Noël : "Moi je retourne avec les hommes. Un homme parmi les hommes ; ni plus ni moins" »⁹⁸⁴.

L'apparente simplicité de cette pensée ne doit pas occulter la profondeur de sa radicalité. Être un homme, c'est déjà beaucoup, reconnaître l'homme en l'Autre, c'est un exercice de tous les jours qui est des plus difficiles ; si de plus, cet autre est un être vulnérable, nous renvoyant parfois à une inquiétante étrangeté⁹⁸⁵, l'affaire se complique. Il s'agit donc, à travers la clinique, de faire vivre au quotidien auprès des sujets en souffrance, « la solidarité des ébranlés » de celle qui « s'édifie dans la persécution et les incertitudes : c'est là son front silencieux, sans réclame et sans éclat [...] »⁹⁸⁶. Et comment peut-elle faire face à tous ces obstacles ? Au risque de heurter la conscience délicate de ceux qui sont plus sensibles aux effleurements du vocabulaire qu'aux coups de boutoir de la réalité⁹⁸⁷, en résistant, en faisant acte de souveraineté sur le monde des hommes, en promouvant la dignité comme princeps⁹⁸⁸. Ou pas. Devant un tel tableau, nous constatons trois scénarios distincts.

⁹⁸⁴ Tosquelles, F. cité par Clot, Y. (2010). « Pourquoi l'activité dans la clinique du travail ? », *Agir en clinique du travail. Op. cit.* pp.11-25.

⁹⁸⁵ Freud, S. (2014). *Inhibition, symptôme, angoisse*. Paris, PUF.

⁹⁸⁶ Patočka, J. (1999). *Essais hérétiques sur la philosophie de l'histoire*. Paris, Verdier, p.173.

⁹⁸⁷ La formule est de Tort, P. (2014). *Sexe race & culture*. Paris, Textuel, p.44.

⁹⁸⁸ Selon l'éthique de Kant : « Dans le règne des fins, tout a un prix ou une dignité. Ce qui a un prix peut être aussi bien remplacé par quelque chose d'autre, à titre d'équivalent. Au contraire ce qui est supérieur à tout prix, et par suite n'admet pas d'équivalent, c'est ce qui a une dignité. La hiérarchie paraît claire : en cas de conflit, les valeurs non-marchandes (qui n'ont pas d'équivalent et ne sont pas remplaçables) devraient l'emporter ». Cité par Kemp, P. (2016). Du bon usage de l'idée de dignité. *Diogène*, 253, 91-96.

XVIII.2 Le travail social en contexte néolibéral : scénarios d'apocalypse

Dans un article de 2010, Vincent de Gaulejac analyse comment la « nouvelle gestion paradoxante »⁹⁸⁹ produisait des situations de double contrainte qui portait atteinte à la santé psychique et physique des individus. Dans ce texte, de qualité, c'est la conclusion qui a éveillé notre intérêt ; il explique que face à cette violence symbolique, trois possibilités s'offraient au travailleur social : vivre avec, fuir, tenter d'inventer des moyens pour se dégager de ces systèmes paradoxants. Nous avons eu l'idée, lors de notre lecture, « d'épaissir » ces trois conduites en proposant des scénarios possibles.

XVIII.2.1 Scénario 1 : « Allons, tout ne va pas si mal ! »

On accueille ces mutations comme une opportunité de mieux travailler. Indicateurs mesurables et objectivables, démarche qualité, EBM, plate-forme 360, démarche d'évaluation plus soutenue, recommandations de bonnes pratiques, protocolisation, etc... soit autant de nouveaux outils au service de la prestation et de la performance. Après tout, tous ces dispositifs ont été créés par la puissance publique pour mieux structurer les établissements et les rendre plus efficaces. Cela ouvre aussi à une libéralisation du marché du travail social et à une mise en concurrence des structures. Ces deux éléments n'ont-ils pas permis de faire baisser les prix et d'améliorer la qualité des produits dans les entreprises qui vendaient autre chose que des humains ? (*spoiler* : non). Ensuite, c'est quand même cette évolution marchande – et une crise structurelle du secteur – qui a permis à de nouvelles entreprises à but lucratif de trouver une place et s'inscrire dans la durée (lieux de vie, centres d'accueil pour jeunes « incasables », etc.) en accueillant tous ceux dont ne voulaient pas les établissements existants. Il en va de même pour toute une nouvelle génération d'éducateurs spécialisés libéraux.

Nous n'entrerons pas dans les démonstrations sémantiques (libéralisme, libéralisme, ultralibéralisme) mais il est clair que la forme libérale rend possible – avantages et inconvénients compris - un travail de soin auprès de sujets en souffrance sans que

⁹⁸⁹ Gaulejac, V. de. (2010). La NGP : Nouvelle gestion paradoxante. *Nouvelles pratiques sociales*, 22 (2), 83-98).

quiconque, encore moins l'État, vienne vérifier si l'on suit ses recommandations (psychanalyste, psychologue, travailleur social libéral, thérapeute, etc.). « Rien d'autre que la clinique au service du sujet » nous lançait un collègue psychanalyste. En somme, ce scénario s'adresse aux opportunistes tout autant qu'à ceux qui croient à l'idéologie ultralibérale appliquée aux métiers du lien.

XVIII.2.2 Scénario 2 : « À quoi bon ? »

On lâche l'affaire. Franchement à quoi bon ? On peut bien subvertir les modes de tarification des ESMS, se porter volontaire pour expérimenter les nouvelles tarifications – avec l'idée louable de mieux la comprendre et mieux la critiquer- , lutter pied à pied contre une ARS en expliquant les bienfaits des approches cliniques, mais cela été dit : le combat est perdu d'avance. Capul et Lemay observaient en 1997 que « l'éducateur ne tarde pas à reconnaître, au fil des années, que bien des manifestations problématiques, soit prennent leurs sources dans une déstructuration du tissu social, soit sont profondément aggravées par les conditions de vie. Il lui semble alors presque scandaleux de vouloir réadapter le sujet à une microculture qui sécrète le désordre »⁹⁹⁰. Alors on quitte le travail social, « pour sauver sa peau », comme l'évoquait tristement une ancienne directrice de DITEP rencontrée à un colloque en décembre 2023 : « Jusque-là il se taisait au moins, abandonné à ce désespoir où une condition, même si on la juge injuste, est acceptée. Se taire, c'est laisser croire qu'on ne juge et ne désire rien, et dans certains cas, c'est ne rien désirer en effet. Le désespoir, comme l'absurde, juge et désire tout, en général, et rien, en particulier. Le silence le traduit bien. [...] »⁹⁹¹. La comparaison avec l'urgence écologique est facile: on sait que rien ne va, que cela empire et on continue à agir à l'identique en espérant une issue différente. La T2A a été une catastrophe à l'hôpital ? Faisons pareil dans le travail social. On soigne moins bien quand nos indicateurs d'évaluations deviennent des objectifs à atteindre ? Ajoutons des indicateurs. Comment ne pas abandonner lorsque l'on voit l'aggravation dans tous les secteurs, à commencer par celui de l'exclusion symbolisée par une loi Immigration scélérate ?

⁹⁹⁰ Capul, M. & Lemay, M. (2019). Chapitre V. La relation éducative. *Op. cit.* pp.165-201.

⁹⁹¹ Camus, A. (1985). *L'homme révolté*. Paris, Gallimard, p.34. Nous verrons comme la suite de cette citation a son importance.

XVIII.3 Scénario 3 : « À la colère succède la révolte et la résistance »

Le lecteur l'aura compris, c'est cette posture-là vers laquelle nous tendons, bien que malgré l'aspect caricatural de ces trois propositions, les déplacements entre scénarios sont bien plus poreux que ce que nous pourrions l'imaginer.

XVIII.3.1 Résister pour ne pas s'effondrer

La mobilisation individuelle et collective, volontaire, libre, pour s'opposer à quelque chose dans l'action présente s'organise depuis quelques temps dans le travail social. L'acte de résistance « n'obéit à aucune volonté sacrificielle au profit d'une instance transcendante. Elle traduit le désir de vivre debout, d'être cohérent avec ses convictions, de prendre des risques calculés et donc d'assurer la victoire de la pulsion de vie sur les pulsions de mort »⁹⁹². Pulsion de vie, à l'image de la révolte « apparemment négative, puisqu'elle ne crée rien, la révolte est profondément positive puisqu'elle révèle ce qui, en l'homme, est toujours à défendre »⁹⁹³. À ce sujet, Albert Camus insiste sur ce basculement entre le silence du désespoir et le bruit de la révolte : « Mais à partir du moment où il parle, même en disant non, il désire et juge. Le révolté, au sens étymologique, fait volte-face. [...] Le voilà qui fait face. Il oppose ce qui est préférable à ce qui ne l'est pas. Toute valeur n'entraîne pas la révolte, mais tout mouvement de révolte invoque tacitement une valeur »⁹⁹⁴. Cette notion de valeur est centrale pour Jankélévitch par exemple : « il y a des choses qu'on ne doit jamais accepter, en aucun cas, sous aucune forme ; dans aucune circonstance, même si les gendarmes nous le permettent, même si notre philosophie nous y autorise et trouve pour cela des arguments très raisonnables : à notre philosophie de s'arranger, de se serrer pour faire une place dans la jolie marqueterie de ses concepts à la cruelle dissonance du refus »⁹⁹⁵. Quand le travailleur social entre-t-il dans un processus de résistance ? Notre hypothèse est qu'elle concerne le sujet accompagné, c'est-à-dire, à partir de quel moment se rompt notre engagement et que ce que l'on fait produit plus de mal qu'autre chose ? Devons-

⁹⁹² Enriquez, E. (2009). La résistance : une souveraineté sans sacrifice et sans espérance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 7, 187-198.

⁹⁹³ Camus, A. (1985). *Op. Cit.* p.34.

⁹⁹⁴ *Op Cit.* p.28.

⁹⁹⁵ Jankélévitch, V. in Gomez, J. (2010). Le management est-il un humanisme : Notes de lecture. *Empan*, 78, 28-37.

nous fermer les yeux devant les dégâts produits par notre société à l'encontre des plus vulnérables ? Car les avancées d'une civilisation, au sens de Norbert Elias⁹⁹⁶, se mesurent d'un point de vue éthique au traitement que l'on réserve aux plus faibles. Or, selon la belle formule de Victor Hugo dans son discours sur la misère : « en pareille matière, tant que le possible n'est pas fait, le devoir n'est pas rempli »⁹⁹⁷. Force est de constater qu'il reste encore du chemin à accomplir. Le travail social et la société évoluent avec le temps, c'est un fait. Mais aucune mutation n'avait jusque-là menacé l'intégrité de l'identité même de l'éducateur spécialisé.

En 2017, une recherche collaborative menée par le laboratoire CIREL et Conseil Régional Nord-Pas de Calais avait amené des conclusions alarmantes quant à la souffrance des travailleurs sociaux face à toutes ces mutations : une perte de repères, de sens et une résistance quotidienne contre les managers ancillaires de l'idéologie néolibérale⁹⁹⁸. Ils résistent pour que l'autre ne s'effondre pas, pour qu'eux-mêmes ne s'effondrent pas et pour que, selon Bourdieu, « l'ordre social ne s'effondre pas dans le chaos »⁹⁹⁹. Voilà une sacrée responsabilité sur les épaules de ces travailleurs sociaux - parmi lesquels nous comptons évidemment tous les corps de métiers, directeurs compris-, qui les use lentement mais sûrement. La survie de l'autre est à ce prix, celui d'une clinique qui en fait son ontologie : l'humain et sa souffrance et un alter ego pour la partager. Les propos de George Orwell dans 1984 demeurent d'une modernité rare : « Mais si le but poursuivi était, non de rester vivant, mais de rester humain »¹⁰⁰⁰ ?

James C. Scott a proposé un nouveau modèle pour penser ces rapports de domination à partir de la distinction entre « texte caché » et « texte public » : « Tout groupe dominé produit, de par sa condition, un "texte caché" aux yeux des dominants, qui représente une critique du pouvoir. Les dominants, pour leur part, élaborent également un texte caché comprenant les pratiques et les dessous de leur pouvoir qui ne peuvent être révélés publiquement. La comparaison du texte caché des faibles et des puissants, et de ces deux textes cachés avec le texte public des relations de pouvoir permettra de renouveler les

⁹⁹⁶ Elias, N. & Dunning, E. (1994). *Sport et civilisation : la violence maîtrisée*. Paris, Fayard.

⁹⁹⁷ Hugo, V. (1849). Détruire la misère, Discours à l'Assemblée nationale du 9 juillet 1849.

⁹⁹⁸ Niewiadomski, C. (2017). « Une recherche collaborative menée auprès de professionnels des métiers de « l'aide à autrui » en région Nord pas de Calais », *Éducation et socialisation*. N°45.

⁹⁹⁹ Bourdieu, P. (1998). *Op. cit.* p.117.

¹⁰⁰⁰ Orwell, G. (1949/2017). *1984*. Paris, Gallimard, p.165.

approches de la résistance à la domination »¹⁰⁰¹. Ces textes sont rédigés par les travailleurs sociaux à partir de leurs mots, de leurs gestes, de leurs cliniques. L'auteur érige ces pratiques de faire perdurer un autre récit, un autre futur, au rang d'arts de la résistance. Il s'agit ni plus ni moins que de chemins alternatifs, de coopération (et non de coordination) où il est possible de faire vivre du commun : « cet art de la résistance (cet art de l'instituant) n'opère ni en position de repli, ni sur un mode défensif. Il agit en plein milieu de la vie institutionnelle, et de manière créative et offensive, en apprenant à se cacher pour tenir et durer, en agissant parfois de manière furtive, en jouant avec ruse et intelligence des interstices, des failles et des brisures de l'institution »¹⁰⁰².

XVIII.3.2 Résister contre l'ultralibéralisme

Nous avons essayé de démontrer comment faire advenir le sujet dans des conditions économiques et politiques contraintes pouvait s'avérer complexe mais pas impossible. La posture clinique refuse de faire allégeance aux lois du marché et, en luttant contre le diktat néolibéral qui voudrait normer le travail social à partir du seul indicateur de l'efficacité, elle résiste aussi à la mise en concurrence des individus¹⁰⁰³ - usagers comme professionnels. Ces derniers voient bien combien pèse la pauvreté socio-économique dans la genèse des troubles qu'ils côtoient tous les jours. Travaillons-nous pour autant cette prise de conscience sociétale des déterminants socio-politico-économiques au-delà des pathologies et des inadaptations ? Il est fort possible que non. Raisonons-nous assez en termes d'invisibilisation de nos pratiques dirigées par les dispositifs de gestion ? Sans doute pas. Pourtant : « (...) rendre invisible, c'est, à terme, faire disparaître (le travail collectif, relationnel, l'attention aux autres, les valeurs non marchandes, l'éthique, etc.). Ce point nous semble important car il suggère que la raison technico-instrumentale, dont se réclame le fait gestionnaire, est indissociablement porteuse de destructions, de ruines. Cette destruction concerne certaines dimensions du travail, variables selon les professions et les dispositifs. Mais il faut ajouter la dégradation de nos facultés d'analyse et de recul

¹⁰⁰¹ Scott C, J. (2009). *La domination et les arts de la résistance. Fragments du discours subalterne*. Paris, Éditions Amsterdam, p.12.

¹⁰⁰² Nicolas-Le Strat, P. (2015). Travail d'institution et capacitation du commun. En ligne : <https://pnls.fr/travail-dinstitution-et-capacitation-du-commun/>

¹⁰⁰³ Bousquet, C. (2019). Le travail social comme résistance à la mise en compétition des individus. *Le Sociographe*, 67, 37-48.

critique »¹⁰⁰⁴. Il en va de même lorsque les thuriféraires des *evidence-based* de toute nature disqualifient les sciences humaines en privant le social d'une compréhension sur lui-même tout autant que de sa possible émancipation. Dans ces conditions, « nul doute que la montée du social et son perfectionnement opératoire à travers l'optimisation de sa gestion participent de la perte de l'illusion qu'il y a encore quelque chose de *social* dans cette manière de travailler ; c'est-à-dire qu'il subsiste encore un projet commun à un vivre-ensemble qui fasse sens avec un projet politique et démocratique de société »¹⁰⁰⁵. Cette perte d'illusion est directement liée à la perte de sens du métier et à toute espérance qui pourrait permettre au travailleur social de se décaler.

Alors que le capitalisme vante des professionnels polyvalents – et dénie la complexité propre à chaque métier –, de futurs coordinateurs – condamnés à rester loin des personnes accompagnées –, soumis à la tyrannie des métriques – où la clinique n'aurait plus de place –, nous avons à répondre : *Don't believe the hype*¹⁰⁰⁶. Plutôt vivre avec ce malaise qu'abdiquer ses responsabilités. Si l'éducateur subit une injonction à la productivité, qu'il la subvertisse et la transforme en une productivité du lien social. Aucun clinicien ne saurait accepter une rentabilité du symptôme. Et dans les cas d'acrasie, l'éthique nous recommande de créer des contre-feux où « il s'agirait de construire des institutions qui soient capables de contrôler ces forces du marché financier, d'introduire — les Allemands ont un mot magnifique — un *Regreziionsverbot*, une interdiction de régression en matière d'acquis sociaux à l'échelle européenne »¹⁰⁰⁷. Et de là, n'accepter aucun compromis qui entraînerait une régression quant à la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies dans tous les secteurs du travail social.

XVIII.3.3 Résister contre les institutions réificatrices

L'influence du néolibéralisme est claire dans le délitement des institutions¹⁰⁰⁸. La question de savoir si un établissement médico-social peut être géré comme une entreprise

¹⁰⁰⁴ Cléach, O. & Tiffon, G. (coord.). *Op. cit.* p.139.

¹⁰⁰⁵ Ernst, P. (2014). L'horizon social de l'urgence : malaise dans le travail social. In Voélin, S., Eser Davolio, M., & Lindenau, M. (Eds.), *Le travail social entre résistance et innovation / Soziale Arbeit zwischen Widerstand und Innovation*. Éditions IES.

¹⁰⁰⁶ Public Enemy. (1988). « Don't believe the hype ». *It Takes a Nation of Millions to Hold Us Back*, Def Jam.

¹⁰⁰⁷ Bourdieu, P. (1998). *Op. cit.* p.47.

¹⁰⁰⁸ Nous n'aborderons pas ici l'impact délétère des regroupements d'associations à la demande des Directions Régionales des Affaires sociales (DRASS) devenues depuis des Directions Régionales de la Jeunesse et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) où les gros mangent les petits. Ces fusions-absorptions participent d'une déstructuration considérable du champ.

semble encore en débat¹⁰⁰⁹ alors même que nous avons démontré son inanité¹⁰¹⁰. Les protocoles désobjectivants pèsent sur des éducateurs alors même qu'ils en perçoivent la nocivité. Un management envahissant avec des protocoles qui donnent l'illusion que regarder suffit pour avoir la réponse essaie d'imposer son éthique, celle de l'efficacité et de l'adaptation généraliste de tout cas singulier, comme une ressource parmi d'autres. Or, « l'éthique est par nature discrète – contrairement au management indiscret, intrusif et tonitruant. Une éthique qui fanfaronne est d'emblée suspecte »¹⁰¹¹. À ce moment-là, une interrogation se fait plus précise : « Quel sens prennent, dans le contexte du libéral-totalitarisme, la conjonction paradoxale de la fétichisation d'un individualisme forcené et l'exigence d'une désobjectivation nécessaire à la généralisation de l'état agentique ? »¹⁰¹².

Cela dit, les institutions n'ont pas attendu l'avènement de la marchandisation du travail social pour connaître des difficultés. La psychothérapie institutionnelle a bien montré, à partir du concept de pathoplastie, comme l'établissement pouvait influencer le développement des pathologies des patients. À cela, ajoutons la iatrogénèse, c'est-à-dire toutes les conséquences néfastes sur l'état de santé d'un acte prescrit par un professionnel de santé (et qui a pourtant pour but d'améliorer la santé). Si nous l'étendons à l'ensemble des professionnels d'un établissement, il s'agirait donc de tout acte éducatif, thérapeutique, pédagogique, qui viendrait provoquer des conséquences négatives inverses à l'objectif initial. Tout éducateur a déjà vécu ou provoqué une action iatrogénique. Il n'est pas question ici de faire porter toute la responsabilité à SERAFIN-PH ou au *New Public Management*, au contraire. Les ESMS doivent pouvoir s'enquérir de ce qu'induit l'agir collectif lorsqu'il produit de la souffrance au sein même de ses murs. La responsabilité est forcément collective. Denis Decourchelle, dans un article volontairement effronté, propose une courte nosographie des maladies des institutions en souffrance : « Les phénomènes de mauvais traitements à l'égard des usagers, la récréation de normes locales – "en pyjama à 18 h 30" –, les malentendus chroniques entre

¹⁰⁰⁹ Andrien, L. (2014). Penser la gestion médico-sociale: Peut-on gérer un établissement social ou médico-social comme une entreprise ? *Revue française de gestion*, 243, 127-140.

¹⁰¹⁰ Clouse, F. (2023). « La clinique au défi des nouveaux dispositifs d'évaluation du secteur médico-social : entre pratique, éthique et résistance ». *Deuxièmes journées pluridisciplinaires K-or - Les perspectives du Care dans les pratiques, dans le management et dans les politiques publiques*, Évreux, 7-8 décembre 2023.

¹⁰¹¹ Chauvière, M. & Merlier, P. (2023). « Les faux nez de l'éthique », *Op. cit.*

¹⁰¹² Diet, E. (2010). « Équipes pluridisciplinaires, groupalité et conflits d'appartenance », *Agir en clinique du travail*. Toulouse, Érès, pp.237-249.

professionnels, la pauvreté de l'évaluation interne du travail accompli, l'oubli des objectifs fondamentaux, [...] tous ces tropismes [...] existent à l'état endémique et la "bonne santé" apparente de ces groupements de personnes esquivent d'autres enjeux, d'autres motivations plus profondes, sous-jacentes »¹⁰¹³. La « déglingue anomique, la festivité obligatoire, le contrôle anthropophagique, la sécession froide, la paresse méchante »¹⁰¹⁴, soient autant de symptômes consubstantiels à l'institution qui, s'ils ne trouvent pas d'espaces pour être élaborés et entendus, conduisent à une violence institutionnalisée à l'encontre des usagers comme des salariés. Gilles Herreros l'a bien montré dans l'un de ses ouvrages¹⁰¹⁵, préférant parler de violence plutôt que de souffrance au travail, pour mettre à distance la dimension personnelle du ressenti : « Laisser enfouies les dimensions critiques au sein d'une organisation en rendant impossibles les mises en question du discours conforme, ce n'est pas préparer son avenir mais, au contraire, risquer d'en miner le devenir. Assurément, dans une organisation, ce qui peine à être dit ne gagne pas à être durablement tu »¹⁰¹⁶. Et, ajoute-t-il, « par la clinique se capte ce qui est subi, et par la critique se dessine l'opportunité de récupérer une puissance d'agir »¹⁰¹⁷. Cette puissance d'agir réside dans la capacité de l'institution au refus du sens unique, au « choix de l'embarras »¹⁰¹⁸ afin que son organisation ne devienne pas machinement ou mode d'emploi propitiatoire d'une HAS ou apparentée¹⁰¹⁹. Le professionnel doit pouvoir se dire : « Tout comme les autres hommes, je dois avoir droit à des moments où je puisse faire un pas de côté et sentir que je ne suis pas seulement une partie de cette masse que l'on appelle la population du globe, mais aussi une unité autonome »¹⁰²⁰. Comme le dit bien Bruno Tricoire : « Le paradoxe surgit donc, destructif ou créateur, là où défaille l'orchestration du monde en couples de contraires »¹⁰²¹. Cette reconnaissance de la non-binarité et de l'entre-deux est possible par clinique, démarrant généralement par la considération qu'une situation est toujours singulière.

¹⁰¹³ Decourchelle, D. (2023). Maladies des institutions spécialisées. Petite nosographie à consommer sur place. *VST - Vie sociale et traitements*, 158, 94-101.

¹⁰¹⁴ *Ibid.*

¹⁰¹⁵ Herreros, G. (2012). *La violence ordinaire dans les organisations. Plaidoyer pour des organisations réflexives*. Toulouse : Érès.

¹⁰¹⁶ *Op. cit.* p.168

¹⁰¹⁷ *Op. cit.* p.161

¹⁰¹⁸ Nègre, P. (1999). *Op. cit.* p.131.

¹⁰¹⁹ Les thérapies de groupe deviennent des espaces de socialisation, l'enveloppe corporelle devient la sensibilité, la psychothérapie institutionnelle devient une éthique et non un courant de pensée, etc.

¹⁰²⁰ Dagerman, S. (1989). *Notre besoin de consolation est impossible à rassasier*. Paris, Actes Sud, p.18.

¹⁰²¹ Tricoire, B. in Nègre, P. (1999). *Op. cit.* p.24

Le développement de règles normatives, des contrôles et des injonctions à la qualité, en tant que réponse aux éventuelles violences visibles et supposément intentionnelles – des jeunes, des familles –, sert de terreau au développement d'une violence invisible¹⁰²². Contrer cette violence n'est pas chose aisée, qui plus est quand, dans le fonctionnement institutionnel, rien ne permet plus de questionner ni la validité ni le sens des règles. Pourquoi porter la casquette à l'intérieur est interdit ? Pourquoi faut-il goûter de tout lors du repas ? Pourquoi ne peut-on pas refuser certains ateliers ? Pourquoi continuons-nous de faire des PPA en équipe sans le jeune et sans ses parents ? Pourquoi n'est-il pas possible de se doucher le matin ? Pourquoi cette jeune fille ne peut-elle pas s'habiller de la sorte ? Pourquoi ne puis-je pas faire dormir mon partenaire dans l'appartement prêté par le service chambre en ville ? La sanction : un coup = une inclusion peut-elle s'appliquer à tous (adolescent avec TSA, psychotique, etc.) ? La réification du sujet intervient lorsqu'il y a une réduction de la complexité. Toute institution, au sens large, cherche à implanter un mode de conduite dans le corps, et souvent en s'efforçant de discipliner ce dernier dans l'espace social. Comment est-il possible de faire que ces relations de pouvoir ne deviennent pas de la domination ? En acceptant que la vie de groupe ne soit pas une quête absolue d'un consensus. Il s'agit de questionner inlassablement la norme, sa validité, son sens, sa pertinence – d'où l'importance primordiale de la venue des stagiaires dans les établissements – sans favoriser un quelconque argument d'autorité. Ou à la rigueur un seul, celui martelé par Jean Houssaye : « On n'éduque pas pour l'individu, on n'éduque pas pour la société, on éduque pour l'humanité. Telle est la fin de l'éducation »¹⁰²³.

Metis, phronesis, toutes ces intelligences situationnelles qui ne relèvent pas des savoirs savants mais profanes, permettent de ne pas se contenter du réel institutionnel en posant la question du juste et de l'éthique. Quand l'anormal devient banal, il n'est plus besoin de le questionner. Quand la violence de l'institution est telle que le professionnel n'arrive plus à « sortir sa tête du guidon » comme nous l'entendons souvent lors des GAPP que nous assurons, alors il y a danger. La résistance, alors, peut et doit s'organiser à travers une éthique éducative : « [...] réticente aux dogmes et aux églises, elle écorne les savoirs constitués, se cheville à la clinique et induit une pratique emprunte de créativité, toujours

¹⁰²² Achard, C. (2016). Invisibles violences : pour une prise de conscience. *Le Sociographe*, 56, 39-50.

¹⁰²³ Houssaye, J. (1993). « Humanisme et éducation », in Renée Bouveresse, *Éducation et philosophie*. Paris, Puf, p.85-98.

réinventée. L'éthique de l'éducation s'appuie contre les dimensions de la loi, de la morale, de la déontologie, du savoir, pour les subvertir et les remanier en profondeur »¹⁰²⁴.

Chapitre XIX. Quel futur pour la formation des travailleurs sociaux ? L'universitarisation en question(s)

XIX.1 Une universitarisation à l'œuvre depuis un quart de siècle

Le lien universités/EFTS est ancien, tout autant que le lot d'inquiétudes qu'il charrie. Les doubles diplômes DEES/L3 Sciences de l'éducation, CAFERUIS/M1 divers, DEIS/M2 sciences politiques ou droit, les IUT carrières sociales et des recherches conjointes existent depuis plus de 25 ans. La réforme des diplômes 2018 a accéléré ce rapprochement ou a minima, a créé des liens plus exigus. Les DE des ASS, ES, EJE, ETS ont désormais le grade Licence – et non le titre, nuance importante – et sont passés sous le « contrôle » des universités, non pas en termes de référentiels (du ressort du ministère des Solidarités), des programmes ou de contenus de cours, mais plutôt sur l'architecture des cursus (semestre, ECTS, etc.). Une convention-cadre partenariale est signée entre chaque EFTS et l'université locale. Précisons ici que ce partenariat est de nature asymétrique, entraînant un rapport de subordination, puisque l'université garde la main (le président du jury est forcément un universitaire), et ce d'autant plus sur les diplômes niveau licence (obligation légale) que sur les diplômes tels que le CAFERUIS, le CAFDES ou le DEIS pour lesquels il n'y a aucune obligation. La France occupe une place d'entre-deux en Europe, le fameux travail social *french touch*¹⁰²⁵, entre les pays qui ont fait le choix d'une formation en travail social uniquement universitaire (Estonie, Finlande, Irlande, Islande, Italie, Roumanie, Slovaquie, Espagne, Suède, Royaume-Uni) et ceux qui ont fait le choix d'un établissement spécifique (Autriche, Belgique, Allemagne, Pays-Bas). Ici, les IUT carrières sociales sont désormais capables d'amener les étudiants au BUT éducation spécialisée comme les EFTS continuent de produire des Diplômes

¹⁰²⁴ Ponnou, S. (2014). *Lacan et l'éducation, Op. cit.* p.70.

¹⁰²⁵ Pierret, R. (2022). Chapitre 6. Le travail social *french touch* face au *New Public Management*. Dans : Manuel Boucher éd. *Où va le travail social : Contrôle, activation et émancipation* (pp. 127-146). Nîmes: Champ social.

d'État. Après la professionnalisation de l'université (apparition des licences et masters pro, adéquation aux besoins du marché, flexibilité, etc.), nous assistons désormais à une universitarisation des formations en travail social, bien que ce terme soit sujet à débat. De nombreuses questions se posent dans ce processus, résumées par Patrick Lechaux dans son ouvrage *Les défis de la formation des travailleurs sociaux: Entre universités et écoles professionnelles* : parlons-nous « d'une profession du travail social ou des professions liées aux métiers historiques ? Travail social ou intervention sociale? Pratique ou discipline scientifique du travail social ? Quel modèle institutionnel et économique des institutions de formation : associatif et à financement public dominant ou une entreprise privée de formation et conseil? À distance de l'université ou en son sein »¹⁰²⁶ ? Et il ajoute : « Questions qui, dans leurs formulations mêmes, témoignent d'une conception fermée du territoire professionnel et aveugle à ces interdépendances qui font pourtant l'expérience quotidienne des travailleurs sociaux »¹⁰²⁷.

XIX.2 Un éloignement du terrain ?

Reconnaissons-le d'emblée, nombre d'EFTS sont très méfiants vis-à-vis de l'universitarisation, pour ne pas dire radicalement opposés. Une des raisons principales est la crainte d'un éloignement clair du terrain, de la pratique, des stages. Chez les ES, rappelons qu'il y a 1450 heures d'enseignements théoriques et 2100 heures de stage, soit 60 semaines. L'alternance intégrative est un marqueur fort de l'identité de la formation. Les établissements, devenus sites qualifiants depuis 2007, assurent la professionnalisation des étudiants à travers une logique de transmission, d'imprégnation, aux côtés de pairs¹⁰²⁸. Ces allers-retours permettent de cheminer suivant deux conceptions de l'expérience dans la langue allemande, entre épisodes d'expérience (*Erlebnissen*) pouvant être assimilés et expériences laissant une trace (*Erfahrungen*). Les universités sont encore très éloignées d'une culture de la formation professionnelle, tant en termes de méthodes

¹⁰²⁶ Lechaux, P., Mezzena, S. & Ravon, B. (2022). Conclusion. Le défi d'une reprise pragmatiste des dispositifs de formation des travailleurs sociaux: Sept chemins pour enfin faire confiance à l'expérience. *Les défis de la formation des travailleurs sociaux: Entre universités et écoles professionnelles* (pp. 541-572). Nîmes: Champ social.

¹⁰²⁷ *Ibid.*

¹⁰²⁸ Bien que se multiplie aujourd'hui des stages qui ne sont plus encadrés par des professionnels diplômés référents du fait d'un manque de travailleurs sociaux expérimentés et de la dispersion des stages dans des environnements qui s'éloignent des lieux historiques du secteur.

pédagogiques, de moyens humains et financiers comme de contenus et de réseaux de partenaires professionnels. D'ailleurs, nombre d'universitaires estiment qu'à trop professionnaliser à la faculté, cela provoquera une soumission des savoirs aux impératifs de l'efficacité et de la rentabilité opérationnelles. Ce parcours formatif où le terrain est majoritaire peut-il survivre au modèle universitaire¹⁰²⁹ ? Les EFTS proposent une distinction claire entre formation et enseignement. L'analyse des situations de travail occupe une place centrale dans leur approche pédagogique – nous avons insisté sur les dispositifs cliniques tels que le GAPP – afin de former des professionnels réflexifs capables de relever des défis complexes en développant une posture critique et une capacité d'adaptation face aux situations inattendues rencontrées sur les terrains de stage. D'autre part, la participation des usagers dans la formation des travailleurs sociaux s'inscrit dans de plus en plus d'EFTS, conscients d'une plus-value claire de ces interventions dans le cheminement éthique et réflexif des étudiants. En effet, les États Généraux du Travail Social de 2014, le plan d'action interministériel en faveur du travail social de 2015¹⁰³⁰, le rapport du HCTS de juillet 2017, etc. insistent tous sur l'importance de créer des zones d'échanges et d'apprentissages mutuels. Il n'est pas certain que les universités aient la connaissance du terrain, l'expérience de la relation éducative, le réseau associatif, pour mener à bien cette évolution.

Enfin, quid des formations Infra-Bac (AES, ME, TISF, maîtresses de maison, veilleurs de nuit, etc.) qui permettent aux étudiants d'envisager des évolutions de carrière et des mobilités professionnelles significatives ? Les EFTS proposent aussi des formations continues répondant – généralement - aux besoins spécifiques des secteurs professionnels que l'université ne pourra pas assurer. La crainte de la déqualification des métiers de tous niveaux est bien là, chez les acteurs de terrain comme ceux de la formation.

XIX.3 Les EFTS au cœur d'une crise identitaire

Depuis le processus de décentralisation, la région définit et met en œuvre la politique de formation des travailleurs sociaux. Les EFTS dépendent donc d'elle financièrement et des

¹⁰²⁹ Dans la formation des psychoéducateurs au Canada, cette période de stage a augmenté entre 2000 et 2015 pour atteindre 1080h, au prix d'une longue bataille du fait du mécontentement des universités qui voulaient garder une formation théorique plus conséquente.

¹⁰³⁰ Dont une des mesures est « Rendre obligatoire l'intervention des personnes accompagnées ou l'ayant été aux formations initiales et continues » : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Placedesusagers.pdf>

craintes peuvent apparaître à chaque élection régionale quant à leur avenir. Les EFTS sont administrés par des associations à but non lucratif (loi 1901), elles-mêmes regroupées tardivement, en 2009, dans l'UNAFORIS¹⁰³¹. Précisons que les administrateurs de ces associations ne sont soumis à aucune obligation contrôlée de niveau de formation et de connaissance du champ, « [...] ouvrant la voie à tous les arrangements et échanges de services, aux systèmes de cooptation locale des notables, aux appartenances partisans (chapelles, partis, obédiences, clans...) »¹⁰³². Leur légitimité et leur statut peuvent alors devenir relativement douteux.

La marchandisation du travail social a forcément impacté la gouvernance de ces établissements, réduction des coûts et rationalisation des pratiques en tête. Les EFTS, pour survivre, doivent se diversifier : augmentation de formations non-diplômantes, stage « prépa » aux sélections d'entrée, etc. À ce sujet, l'exemple de la formation est édifiant : nous avons montré dans un article de 2021 combien les sélections d'entrée aux formations de travail social étaient une manne financière considérable pour les EFTS¹⁰³³. Aujourd'hui, malgré les baisses importantes des candidats, le nombre de places en formation n'a pas diminué. Les futurs étudiants éducateurs spécialisés sont donc admis avec des notes moyennes voire faibles au vu de leur nombre restreint. À l'opposé, une candidate EJE devra obtenir une note excellente (peu de place, beaucoup de postulantes). La demande du secteur professionnel est élevée, mais à environ 18 000 € l'année par étudiant - financée par le Conseil Régional - on comprend pourquoi l'offre demeure la même.

La formation au travail social est majoritairement assurée par les pairs. Dès la sélection jusqu'en jury de certification, on les retrouve durant la formation en responsabilité des filières autant que durant les stages, en tant que référents. Ils sont maîtres des stages des étudiants en formation. En résumé, à tous les niveaux de la formation. L'avantage clair est la qualité du compagnonnage qui en résulte, l'expertise du terrain et la finesse clinique de ces professionnels. Une certaine limite a trait au poids de la tradition et de la routine qui pourrait se transmettre d'année en année sans qu'elle puisse être contrebalancée ; l'analyse et la compréhension des cadres institutionnels, politiques et idéologiques seraient une priorité, au profit d'une opérationnalité ou d'une mise en conformité en vue

¹⁰³¹ Union Nationale des Acteurs de FORMation et de Recherche en Intervention Sociale

¹⁰³² Roquejoffre, A. (2022). Chapitre 8. Le travail social cédera-t-il toujours à des injonctions délétères ? Dans : Manuel Boucher éd. *Où va le travail social : Contrôle, activation et émancipation* (pp.167-175). Nîmes: Champ social.

¹⁰³³ Clouse, F. & Ponnou, S. (2021). La sélection à l'entrée des formations en travail social : *Op. cit.*

d'exercer sur les terrains. Il semble que de ce point de vue-là, nombre de formateurs en EFTS n'ont pas encore dépassé le clivage théorie/pratique, ce qui est tout aussi visible, mais néanmoins compréhensible, chez les étudiants pour lesquels le stage est le moment durant lequel ils ont le plus appris¹⁰³⁴.

Dernier point sur cette crise d'identité, la position bâtarde occupée par les EFTS – non à l'université mais les exigences universitaires arrivent de plus en plus nombreuses – est nettement criante sur l'exemple du mémoire de fin de formation. Il est clairement situé aujourd'hui dans une dimension hybride pratique/recherche qui relève dans de nombreux cas d'une certaine ambivalence. Tout étudiant sait qu'en jury de certification, celui-ci est nécessairement composé d'un professionnel et d'un formateur/ou universitaire. Dans les faits, il n'y a quasiment jamais d'universitaire dans ces espaces – en dehors de la présidence. Mais, et nous l'avons aussi constaté de notre modeste place, il peut y avoir de réels conflits entre membres de jury, dans les commissions d'harmonisation, ou même en amont entre les différents chargés de cours. L'initiation à la recherche (objectif du mémoire selon le référentiel) et ses composantes méthodologiques sont assurées dans la plupart des EFTS par des formateurs vacataires qui ne sont pas universitaires et qui possèdent, au maximum, un master. Dans l'IRTS où nous assurons des vacations, il arrive relativement souvent que des étudiants se retrouvent un peu déboussolés entre la direction d'un chargé de TD et la personne qui accompagne à l'écriture finale du mémoire (les deux sont distincts pour multiplier les approches et les points de vue). Il nous est arrivé d'être en désaccord, déjà sur l'interprétation du référentiel et des consignes de l'académie, mais aussi d'un point de vue plus « théorique », c'est-à-dire sur les étapes de méthodologie de recherche et sur les outils de recueil de données. Au-delà des guerres d'ego – plus courantes qu'on ne le pense – ou de savoir qui détient LA vérité, nous estimons que les formateurs possédant des doctorats et qui ont des activités de chercheurs sont plus rompus à cet exercice que d'autres. D'autre part, il arrive que des débats émergent sur la nature même des concepts manipulés par les étudiants dans leur travail de recherche. Et nous avons observé que ces débats étaient vifs, pas uniquement entre universitaires et formateurs, mais aussi entre les terrains et les formateurs. Dernièrement, un collègue universitaire chargé récemment de TD de recherche en EFTS nous confiait son étonnement de voir des collègues lui reprocher de faire utiliser le concept d'intégration à

¹⁰³⁴ Il n'y a qu'à voir le contenu des bilans annuels de formation : les stages de découverte et de professionnalisation sont clairement pour les apprenants les éléments fondateurs de ces trois années.

une étudiante plutôt que celui d'inclusion, jugé trop obsolète et moins contemporain. Roggerio Iori relate la même situation dissonante d'une étudiante se retrouvant prise dans un tir croisé entre sa tutrice de mémoire, vacataire, docteure en psychologie, et des formateurs de l'EFTS¹⁰³⁵. Le désaccord était relatif à l'utilisation ou non du terme « sanction » dans le cadre d'un mémoire sur l'application des contrats d'engagement réciproque pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active : « Dans mon mémoire, j'écrivais que les ASS réclamaient la sanction et on [les formateurs, *ndla*] m'a dit de nuancer parce ce n'est pas dans les valeurs de l'intervention sociale de sanctionner (...). Ma tutrice m'a dit de rester sur la sanction ; or, les formateurs m'ont dit de prendre de la distance par rapport à la "sanction" (...) Les formatrices me disaient : "bah non, l'ASS n'est pas là pour sanctionner, elle est là pour appliquer un cadre réglementaire, elle a aucun pouvoir de sanctionner, donc il faut prendre de la distance par rapport à ce mot, ce qui n'est pas forcément un concept du travail social". (...) Le jury blanc que j'avais eu trois semaines avant de rendre le mémoire était totalement fermé à la discussion, ils disaient que c'est pas intéressant d'aller, de travailler sur cet aspect, ils me disaient de défendre l'obligation de contractualisation, c'était pas dans la culture des ASS de sanctionner(...) J'ai dit à ma tutrice que dans mon mémoire, ils étaient contre cette notion, pour elle, ça ne posait pas problème, elle a demandé à d'autres sociologues qui lui disaient pas de problème, mais elle m'a dit de demander quand même aux formateurs, et après c'est moi qui ai fait le choix... C'était super difficile... Une fois au DE, on ne sera pas forcément face à un universitaire, mais à un praticien... »¹⁰³⁶.

Nous voyons bien que même si le mémoire relève de la méthodologie des sciences humaines et sociales - de nombreux collègues s'appuient d'ailleurs sur « le Quivy et Campenhoudt »¹⁰³⁷, véritable bible – et d'une construction à vocation universitaire, il est évalué majoritairement par des professionnels : « Ce sont donc les "codes professionnels", la logique de "service" aux individus, qui priment sur le "désintéressement" et l'"objectivation" de la recherche scientifique »¹⁰³⁸. Dans notre EFTS, ce « malaise » est observable dans la proposition de plan du mémoire et son

¹⁰³⁵ Iori, R. (2017). « Entre *universitarisation* et « professionnalisation » : la formation des assistant-e-s de service social, en France et en Italie », *Formation emploi*, [En ligne], 138.

¹⁰³⁶ *Ibid.*

¹⁰³⁷ Marquet, J., Van Campenhoudt, L., Quivy, R. (2022). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Armand Colin, qui en est à sa sixième édition !

¹⁰³⁸ Iori, R. (2017). *Op. cit.*

barème: 1) Diagnostic socio-éducatif ou phase exploratoire (7 points) ; 2) Recueil de données et analyse (6 points) ; 3) Positionnement professionnel (4 points). Le mémoire de pratique professionnelle, comme le nomme le référentiel, alterne donc objectivation et subjectivation, références théoriques et réalité du terrain, etc., mais la pratique en elle-même vaut nettement moins à la notation que le reste. Un véritable exercice d'équilibriste quand on sait qu'il existe une croyance encore tenace selon laquelle les sciences humaines et sociales ne seraient pas assez pertinentes, voire clairement disqualifiées : « Non par contestation de leur prétention explicative, mais tout simplement parce qu'elles paraissent totalement périmées, inadaptées à cette exigence d'opérationnalité immédiate, d'adéquation des moyens à des fins, en dehors du recours à une quelconque médiation ; ou encore, comme on l'entend parfois à demi-mot dans le secteur social, on ne voit pas comment des "savoirs théoriques" seraient en mesure d'apporter "des réponses concrètes" ou de "sécuriser" des pratiques ajustées aux besoins sociaux, sans que, précisément, l'on s'interroge un seul instant sur l'opération par laquelle ces "besoins sociaux" émergent et s'inscrivent dans des dispositifs ou des procédures »¹⁰³⁹.

XIX.4 L'exemple de la recherche en travail social comme limite des EFTS

La recherche en travail social est un bon analyseur des enjeux d'universitarisation. Nous avons montré dans une recherche précédente l'infertilité des pôles recherche, étude, formation en action sociale (PREFAS)¹⁰⁴⁰. Ces espaces de recherche créés en 2013 dans les IRTS n'ont jamais réussi à produire une recherche constante et de qualité, du fait de dotations réduites, des partenariats EFTS/université, et d'une quasi-absence de chercheurs formés à l'exercice en leur sein. Il ne suffit pas de décréter que l'on fait de la recherche pour la mener effectivement, c'est un métier. Il faut avoir du temps - un cadre pédagogique en EFTS travaille en présentiel éducatif environ 1450 heures par an - et des moyens. Il est clair que les politiques libérales en matière de financement de la recherche limitent considérablement la mise en place de dispositifs de recherche, que ce soit à l'Université ou en EFTS. Ce n'est pas pour rien que les recherches-action sont les

¹⁰³⁹ Dartiguenave, J-Y. & Gaillard, R. (2023). « L'impossible théorisation dans le champ du travail social ou la disqualification des savoirs issus des sciences humaines et sociales », *Sciences et actions sociales*, 19.

¹⁰⁴⁰ Clouse, F. & Ponnou, S. (2019). Recherches hybrides en travail social : analyse des productions scientifiques des pôles recherche, étude, formation en action sociale (PREFAS). *Empan*, 116, 118-126.

méthodes les plus répandues, grâce au budget d'institutions aspirant à des changements et désirant montrer aux organismes de tutelle qu'elles sont capables d'innovation. D'autre part, les EFTS ne disposent d'aucun moyen institutionnalisé ni d'obligation pour produire des connaissances sur lesquelles pourraient s'appuyer leurs formateurs dans le cadre de leurs cours ; les cours des enseignants-chercheurs à l'université reposent très souvent sur leurs propres recherches.

Subsiste aussi cette opposition historique : sacralisation du terrain *versus* sacralisation du savoir où formateurs en travail social et travailleurs sociaux eux-mêmes continuent à considérer la recherche universitaire comme hors-sol et peu en lien avec les réalités de terrain. On retrouve là les mêmes antiennes : la recherche universitaire aurait d'abord pour vocation de produire des connaissances tandis que le travail social viserait avant tout à combattre et réduire les inégalités. Enfin, il n'est pas possible d'occulter la dimension politique lorsqu'il s'agit de recherche sur le travail social, ce qui peut rendre frileux de nombreux EFTS : interroger les politiques d'accueils des mineurs non-accompagnés, les offres de soin pour la grande précarité, la normativité à l'œuvre dans l'accueil des publics en situation de handicap, amènent leurs auteurs à être considérés comme des militants et non comme des chercheurs neutres et objectifs. Si ces mêmes questions se retrouvent à l'Université, elle nous semble encore – mais pour combien de temps ? - être encore un lieu protégé vis-à-vis de ces éléments.

XIX.5 Qui est le plus à même de résister contre l'idéologie dominante ?

L'état de santé des universités se dégrade implacablement et les réformes successives ont laissé la recherche scientifique française exsangue. Pour autant, la marchandisation à l'œuvre pèse différemment selon qu'on soit dans un EFTS associatif ou dans une faculté. Le premier est beaucoup plus perméable aux mutations structurelles quand la seconde propose une capacité de résistance accrue grâce à la liberté pédagogique des chercheurs et à leur ancrage dans les disciplines académiques. Historiquement d'ailleurs, dans les EFTS, il existait parmi les formateurs une figure référente par discipline : sciences de l'éducation, sociologie, psychologie, philosophie, etc. Parmi eux, chacun avait une spécialité voire un courant préférentiel : les médiations, la clinique, l'éthique. Or les approches disciplinaires ont disparu du référentiel de diplôme des ES en 2007, leurs étant

préférés des blocs de compétences.

L'université demeure un espace de connaissances interdisciplinaires du réel et d'une pensée encore libre là où les EFTS subissent une employabilité forcée de ses étudiants sous la pression des régions et des associations employeurs. Il est clair que la gouvernance des EFTS dérive peu à peu vers des directions gestionnaires, et où s'effacent les valeurs éthiques à l'origine de leur création. Les grands témoins ont pu l'observer dès les années 2000, chacun à leur place - nous le constatons depuis 2010 dans les EFTS de la région. L'engagement n'est apparemment plus le même et la condition étudiante semble passer à l'arrière-plan. Pour Michel Chauvière, « dans ces nouvelles conditions externes et internes, les actuels centres de formation, avec leur masse d'intervenants en voie de précarisation et leur dérive gestionnaire, peuvent-ils encore exercer leur responsabilité intellectuelle, leur fonction de socialisation élargie et préserver l'espace de liberté pour les métiers qu'imposent ces domaines complexes ? On peut en douter, tant les supports institutionnels de la formation ont été réduits au rang de simples entreprises de courtage, préoccupées de leur "feuille de route" régionale et de leurs tableaux de bord. Surtout quand la folie gestionnaire s'empare de tout : du temps de chaque salarié, de l'activité réalisée par rapport à l'activité programmée, des résultats chiffrés et même des contenus, tuant à petit feu le doute qui conduit à la recherche, l'esprit d'initiative et l'amour du métier »¹⁰⁴¹. Et il ajoute un peu plus loin : « Pourquoi donc tant tarder à parier sur l'option universitaire qui, malgré les dégradations qu'elle connaît, semble tout de même l'institution la mieux placée pour continuer de symboliser et de concrétiser une intelligence sociale partagée débouchant sur une pratique de terrain au quotidien plus proche des idéaux républicains d'égalité, de solidarité et d'efficacité ? La sauvegarde de l'État social à la française, de ses institutions et de ses métiers, hors marché, vaut ce risque »¹⁰⁴².

Pour le sociologue Yves Gilbert, ce passage par l'université aurait le mérite d'amener des réponses aux écueils que nous avons relevés précédemment : « L'universitarisation des formations des travailleurs sociaux [...] permet d'éviter ou de réduire fortement les effets de reproduction au sein de professions fortement marquées par le savoir et l'expérience des pairs et, en l'occurrence, des anciens. [...] Elle permet encore d'éviter les dissonances cognitives résultant d'une distorsion, ou d'une contradiction flagrante, entre des outils

¹⁰⁴¹ Chauvière, M. & Gaillard, R. (2020). Chapitre 4. Formations au travail social et université. Sociologie d'une asymétrie historique devenue complicité adverse. Dans : Jean-Sébastien Alix éd. *Le travail social en quête de légitimité* (pp.73-111). Rennes: Presses de l'EHESP.

¹⁰⁴² *Ibid.*

conceptuels, un cadre de pensée, les orientations éthiques de leurs missions et les conditions concrètes de leurs pratiques. Elle permet enfin de reconsidérer non seulement les outils conceptuels, mais de repenser les postures de l'intervention sociale, tout comme l'ont fait, dans leur domaine, les personnels soignants dans le cadre du développement de la psychothérapie institutionnelle »¹⁰⁴³.

La situation nous semble finalement proche, en matière de réflexion, à celles qui s'offrent à nous dans notre métier d'éducateur spécialisé : il sera donc question de faire au moins pire et non au mieux. Il en va de même pour les formations en travail social, il n'y a pas de solution miracle qui pourrait contenter tous les acteurs concernés, qu'ils soient professionnels, employeurs, chercheurs, universitaires. Néanmoins, cette évolution ne pourrait se réaliser sans que certains fondamentaux soient respectés, à commencer par la place de la clinique ou de l'alternance intégrative.

XIX.6 Une dialectique nécessaire à la survie des métiers

La place dévolue à la clinique dans la formation des travailleurs sociaux repose sur quatre dispositifs principaux : l'alternance, l'analyse des pratiques, les pédagogies de la relation et les objets de formation. L'articulation clinique/théorie est possible dès lors que l'étudiant, entre *praxis* et *poiesis*, est en mesure de se transformer tout autant qu'il transforme les savoirs académiques. En effet, il n'y a pas de théorisation pertinente sans une pratique qui se donne à penser. L'interrogation principale à une universitarisation de la formation a trait à la place qui sera dédiée à la clinique. Les grands témoins, dans un consensus rare, ont insisté sur la responsabilité de la qualité de la formation lorsque les professionnels n'osaient pas parler de clinique, d'éthique ou de politique. Pour eux, il y a eu clairement une dissolution des approches cliniques depuis le début des années 2000. Si nous partageons leur point de vue au vu du contenu des réformes et de la dégradation libérale du secteur social – formation comprise – nous nuancions tout de même tant la marge de manœuvre reste suffisamment grande pour les EFTS. Les quatre dispositifs dont nous avons parlé sont toujours effectifs, bien que certains reposent sur des formateurs engagés, souvent anciens. La question de la relève et de la transmission est posée. De

¹⁰⁴³ Gilbert, Y. (2023). Et si on pensait autrement : peut-on échapper aux mécanismes de la reproduction dans la formation et dans les pratiques du travail social ? *Phronesis*, 12, 12-24.

même que celle qui peut douter de la capacité et de l'envie des universités à maintenir l'alternance intégrative et ses nombreuses heures de stage tout comme la clinique au cœur des métiers de la relation.

Finalement, tout peut se résumer à une seule question : S'agit-il de maintenir les EFTS? Si oui, alors il faudrait en interroger le but et les conditions de leur sauvegarde. Les EFTS ont de réels avantages : des promotions qui permettent un espace et du temps pour apprendre à se connaître, à réfléchir entre pairs ; une expertise considérable du secteur et une proximité avec les terrains de stage ; un triptyque savoirs académiques, professionnels et l'expérience des personnes accompagnées au cœur de leur fonctionnement. Comment penser alors ces nouveaux espaces hybrides ? Une chose est certaine, nous ne pourrions pas faire l'économie d'une réelle concertation à grande échelle EFTS/Université en évitant d'être seulement les uns contre les autres dans une alternance de dénégation mais plutôt en accord sur la nécessité de faire survivre les métiers du social. Dépasser l'ignorance et le mépris réciproque qui fondent certaines relations entre EFTS et universités est un préalable. Il existe des exemples de collaboration qui sont fonctionnelles, après être parvenues à aller au-delà des craintes d'impérialisme et de protectionnisme des uns et des autres¹⁰⁴⁴. À partir de là, l'hybridation peut alors être considérée comme une opportunité de construire de nouvelles façons de pratiquer ensemble la recherche et la formation. Michel Chauvière estime que « (...) la meilleure chose que l'on puisse faire avec la question posée, c'est de désirer l'université, d'oser l'université, c'est-à-dire de retourner l'argument, ne pas le vivre comme un problème, mais comme une chance à saisir pour les formations au travail social et l'accès effectif à la recherche »¹⁰⁴⁵. Pour lui, le problème est clairement défini : « En France, contrairement à beaucoup de pays voisins comparables, nous héritons malheureusement d'une lutte dépassée entre EFTS, IUT, universités et quelques officines marchandes marginales. La solution à cette compétition bien inutile est moins dans des obligations de conventionnement entre les uns et les autres (entre EFTS et universités, par exemple, sous l'égide des Régions et au nom de la seule formation d'adaptation à l'emploi) que dans une réflexion épistémologique approfondie sur les contenus à partager et à consolider en

¹⁰⁴⁴ Baldelli, B. & Gilbert, Y. (2021). L'espace public, entre métaphore et réalité formelle : la délocalisation risquée d'un pôle de formation. *Espaces et sociétés*, 182, 133-147.

¹⁰⁴⁵ Chauvière, M. (2023). Quel avenir pour les établissements de formation en travail social ? *Conférence nationale*, organisée par le collectif national des instituts supérieurs en travail social, le Réseau Thématique « Normes, déviances et réactions sociales » de l'Association Française de Sociologie (AFS), l'Association des Chercheurs des Organismes de la Formation et de l'Intervention Sociales (ACOFIS) et le GIS-CRITIS, 14 juin, Paris.

matière de sciences humaines et sociales, ne serait-ce que pour être plus pertinents et efficaces au service des nouvelles causes sociales »¹⁰⁴⁶.

Le DE amène une légitimité historique et demeure, jusqu'à présent, la référence sur laquelle les employeurs motivent leur recrutement de nouveaux salariés. Certains le considèrent même comme le dernier rempart pour limiter la dérégulation et la déqualification du métier : l'État vient valider, y compris symboliquement, quelque chose de la fonction et de la nature du métier. L'Université amène, de sa place, une légitimité différente mais tout aussi complémentaire lorsqu'il s'agit d'aider les professionnels à apprécier les enjeux à l'œuvre dans leur quotidien au niveau individuel, collectif et institutionnel. Dans cet entre-deux, nous voyons comme l'exemple de la validation des modules du DE en ECTS est éloquent de la difficile harmonisation « partenariale ». À notre connaissance, peu d'EFTS ont réussi cette évolution. Aujourd'hui, il s'agit de validation « fantôme » dans le sens où chaque module, pour accéder au nombre d'ECTS prévus, devrait faire l'objet d'une validation par un examen. Ajoutez à cela les 8 certifications obligatoires pour l'obtention au DE et cela amènerait de 20 à 30 partiels sur les trois ans. Techniquement, cette harmonisation est pourtant possible si la validation des ECTS reposait sur les certifications au diplôme. Observons que le DE étant structuré en blocs de compétences, ces derniers deviennent dissociables. On comprend que, dans cette perspective, au vu des difficultés de recrutement et de la déqualification du métier, les employeurs recrutent désormais les étudiants qui n'auraient validé qu'un seul bloc : par exemple, pour mener un projet avec des usagers, quelqu'un qui aurait le DC3 « Conception et conduite de projets éducatifs spécialisés ». Après tout, nous constatons déjà que pour le CAFERUIS par exemple, il y a la possibilité de s'inscrire en formation uniquement pour valider un des 6 domaines de compétences. C'est le sens de la prochaine réforme du DEES qui précisera le contenu des futurs blocs qui seront acquis à vie par l'étudiant, alors qu'actuellement ils se périment au bout de cinq ans.

Dans un autre registre, Sébastien Ponnou avance que « face au risque de technocratisation des formations en travail social dans les écoles traditionnelles de formation, l'universitarisation des formations peut être une chance si elle parvient, par le détour des références disciplinaires, à réintroduire la dialectique clinique *versus* savoirs si précieuse aux dynamiques de formation. C'est dans cette perspective que nous nous sommes

¹⁰⁴⁶ Chauvière, M. & Garrigue, G. (2020). La formation à l'heure du démantèlement de l'action sociale. *VST - Vie sociale et traitements*, 146, 61-67.

engagés dans la formation des éducateurs spécialisés à l'université, mais d'autres modalités issues des partenariats EFTS/université pourraient contribuer à desserrer un peu l'étouffement des compétences dont les formateurs dénoncent de manière unanime le caractère superficiel, les logiques gestionnaires et franchement problématiques au regard de ce qui a toujours fait l'étoffe et le sens de la transmission dans ce champ si particulier de formation »¹⁰⁴⁷. Il reprend à son tour l'idée de pari car « l'université elle-même se trouve désormais grevée par les logiques de compétences ! Mais l'autonomie des enseignants-chercheurs d'une part, la référence à des entrées disciplinaires structurantes d'autre part, et le fonctionnement collégial de l'université peuvent peut-être servir de levier pour desserrer un peu l'étouffement des compétences dans lequel les instituts et les équipes de formation se trouvent parfois enserrés, auxquelles elles résistent bon gré mal gré, et inventent les détours et les chemins de traverse à même de faire résonner la voie de la clinique dans la formation des travailleurs sociaux »¹⁰⁴⁸. Il est rejoint par Christophe Niewiadomski qui déjà, en 2002, rappelait le principal enjeu de la formation des métiers de l'humain : « pour tenter de relever au mieux les défis posés par l'accompagnement dans le domaine du travail social, il me semble qu'il s'agit moins aujourd'hui de former des « techniciens du travail social », prompts à appliquer des procédures standardisées pour tenter de répondre aux effets de la « fracture sociale », que de former des sujets suffisamment autonomes pour incarner une posture éducative dans laquelle l'engagement à l'égard de l'autre ne saurait faire l'économie d'une réflexion approfondie sur soi-même »¹⁰⁴⁹. Au final, le temps presse et, au-delà des questions techniques, il s'agira de faire un choix douloureux mais qui semble s'imposer petit à petit dans le secteur : décider de concentrer entièrement la formation des futurs travailleurs dans un espace qui sera le plus à même de résister au raz-de-marée néolibéral et à ses conséquences en termes de rationalisation et de technocratisation des pratiques professionnelles.

¹⁰⁴⁷ Ponnou, S. (2022). Chapitre 10. Nécessité de la clinique dans la formation des travailleurs sociaux : enjeux et perspectives contemporaines. Dans : P. Lechaux, *Les défis de la formation des travailleurs sociaux: Entre universités et écoles professionnelles* (pp.295-310). Nîmes: Champ social.

¹⁰⁴⁸ *Ibid.*

¹⁰⁴⁹ Niewiadomski, C. (2002). « Accompagnement, travail social, postures cliniques et enjeux éthiques », *Éducation permanente*. n° 153, p.167-177.

Chapitre XX. La clinique de l'éducation spécialisée : épistémologie ou clinique spécifique ?

À l'heure de conclure sur cette question qui aura été le fil rouge de cette recherche doctorale, la réponse s'avère à la fois simple et complexe. Conformément à notre hypothèse 1°) L'accompagnement des jeunes en DITEP obéit moins à la mise en œuvre d'un ensemble de savoirs stabilisés qu'à la mise en œuvre d'une clinique spécifique qui se déploie au quotidien, nous confirmons qu'il existe bien une clinique spécifique de l'éducation spécialisée mais qu'elle doit sa singularité à son épistémologie en tant que toile de fond sur laquelle s'inscrivent ses savoirs. Ancrée dans l'acte éducatif, elle se trouve à la confluence de savoirs multi-référentiels propres à ce champ tout autant qu'à la multiplicité des situations liées aux nombreux terrains d'intervention. À ce titre, le terme de « *métis* clinique » que nous avons déjà utilisé ne semble pas usurpé. En nous prononçant sur sa spécificité, nous ne cherchons pas à la réduire pour autant, nous avons assez insisté là-dessus : s'il y a bien une clinique, il y a autant de manières de l'incarner, de l'appréhender et de la faire s'exprimer qu'il y a de cliniciens, c'est-à-dire de style propre à chacun. En ce sens, aucune pratique ne saurait être réduite à une clinique totalisante devenue alors totalitaire. De là, à la manière de la médecine, de la sociologie, de la psychanalyse, la clinique de l'éducation spécialisée s'inscrit dans un schéma plus général d'où elle a extrait ses fondamentaux : la parole et le langage comme ressorts de son action, l'irréductibilité du sujet, la reconnaissance de sa singularité, l'écoute de vies vulnérabilisées. De cette façon, elle dépasse une clinique des surfaces et assume un point de résistance contre le calcul statistique, la réification du sujet, le traitement global des populations, la domination de l'évaluation. Elle rappelle que le pouvoir de l'être humain est si grand qu'il en devient dérisoire lorsqu'il s'agit de faire hospitalité à la souffrance. La tâche paraît impossible ? Essayons quand même nous dit-elle, la dignité de notre condition est à ce prix.

La clinique de l'éducation spécialisée diffère donc des autres cliniques spécifiques par la nature de ses éléments constitutifs : l'observation, l'institution, le travail en équipe, le quotidien, la crise... parmi les plus significatifs. Est-ce à dire qu'un seul de ces invariants puisse la catégoriser comme telle ? Non, indépendamment les uns des autres, il est possible que ces éléments entrent dans la définition d'une clinique psychanalytique par exemple ; mais c'est bien « l'effet cocktail », pour emprunter l'expression à la chimie,

qui permet de la rendre singulière et qui permet de répondre à notre hypothèse 3°) Des invariants existent dans les pratiques d'orientation clinique en éducation spécialisée, quel que soit l'établissement où l'on exerce. Nous nous montrons nuancés en revanche sur ce dernier aspect : « où qu'il exerce » demeure encore au stade de l'hypothèse dans la mesure où nous avons balayé un certain nombre d'établissement mais en étant loin d'être exhaustif. D'autre part, nous avons confirmé notre hypothèse 2°) Le travail clinique reste invisibilisé et mal reconnu les éducateurs eux-mêmes et par les organismes de tarification et de contrôle dans notre chapitre XVI. bien que nous nuançons le dernier aspect : bien que nombre de données nous invitent à pencher pour une réponse affirmative, notre recherche n'ayant pas porté sur les acteurs de ces organismes, cet élément subsiste au stade d'hypothèse.

Il nous semble finalement que concernant l'éducation spécialisée, la clinique souffre des mêmes difficultés que le travail social. Ce dernier aspire à être reconnu comme champ disciplinaire distinct ou au moins comme espace académique spécifique. La clinique vise à être ce champ de pratiques finalisées en éducation. Tous deux sont en quête de légitimité. La priorité doit être donnée à la création d'espaces de transaction sociale où savoirs, réalités, singularités se confrontent. Si nous souscrivons à l'argument d'Yves Couturier du travail social comme « forme réalisée d'interdisciplinarité »¹⁰⁵⁰ qui serait pour Michel Chauvière « un gage de transversalité et d'ouverture »¹⁰⁵¹, nous imaginons la même passerelle pour cette clinique. Nous considérons dès lors qu'il n'existe pas une clinique mais bien des cliniques. À l'image des sciences de l'éducation, forcément au pluriel, la clinique de l'éducation spécialisée a le même caractère d'hybridité en ceci qu'elle s'inspire de toutes les connaissances, disciplinaires, expérientielles en lien avec l'acte d'éduquer. De la sorte, « La clinique ne se réduit donc pas à la médecine, elle ne se réduit pas davantage au travail social : elle vaut plutôt comme la construction d'un dispositif relationnel à l'intérieur des différentes scènes de la vulnérabilité »¹⁰⁵².

La légitimité et la reconnaissance par les praticiens et les non-praticiens de cette clinique sont primordiales à l'heure où les dispositifs de soin sont menacés par le contexte que nous avons décrit précédemment. Elles ne seront possibles qu'au prix d'une consolidation

¹⁰⁵⁰ Couturier, Y., Belzile, L. & Siméon, F. (2014). Le travail social comme forme réalisée d'interdisciplinarité. Dans : Marcel Jaeger éd. *Le travail social et la recherche: Conférence de consensus* (pp.143-152). Paris: Dunod.

¹⁰⁵¹ Chauvière, M. (2014). D'interminables fiançailles : Promesses et tribulations de la recherche et du travail social depuis les années 1970. Dans : Marcel Jaeger, *Op. cit.* (pp.43-56).

¹⁰⁵² Le Blanc, G. (2010). Critique de la clinique, clinique de la critique. *Op. cit.*

de son socle théorique – dont ce travail de thèse n'est que le prolongement de travaux déjà initiés et évoqués dans notre revue de littérature - par la multiplication des recherches dont elle serait la méthode ou l'objet ; par une volonté de la remettre au cœur de la formation des travailleurs sociaux.

À ce stade de nos réflexions, nous estimons que l'épistémologie qui fonde la clinique de l'éducation spécialisée est sa condition même d'existence. En ce sens, éthique et clinique sont les faces d'une même pièce. Nous mettons l'accent sur cet aspect – encore – car « l'éthique est une des sources de sens et ne peut être considérée comme une sorte de valeur ajoutée car elle est l'essence même de l'action du travailleur social »¹⁰⁵³. Dans un métier tel que celui d'éducateur qui œuvre auprès des laissés-pour-compte, de ceux dont on ne veut pas voir ni entendre les plaintes, aucune possibilité d'exercice hors de l'éthique. Ce parti pris n'est pas sans difficulté car il pose plus de problèmes qu'il n'en résout. En utilisant la métaphore d'une boussole, nous voulions mettre en lumière comment, en changeant de contexte, en bougeant de quelques mètres, la flèche pouvait nous indiquer une tout autre direction. Un vieux compagnon de route à qui l'on avait demandé jusqu'où aller avec ce principe avait eu cette réponse dont la profondeur et la force continue de nous hanter : « Jusqu'où il faudra, mais je ne céderai rien de ma clinique ». Encore aujourd'hui nous entendons son alter ego : ne rien céder de son éthique. Des Dioscures du travail social en somme. Nous ne nous déroberons pas non plus la mise en lumière des obstacles à allier cette paire en cette période noire du monde social contemporain. Nous sommes convaincu aujourd'hui que nombre de politiques publiques, si elles ont un caractère légal, n'ont rien de légitimes. Brigitte Bouquet évoque longuement cette problématique dans un ouvrage de référence sur la relation entre éthique et travail social. Pour elle, « le droit ne remplace pas la responsabilité du sujet »¹⁰⁵⁴. Dans cette optique, elle nous éclaire quant aux questionnements du travailleur social face à des textes juridiques qui vont clairement à l'encontre de ce qu'il estime être la dignité des personnes accompagnées. Quand le social s'éprouve de la sorte, les quelques discours éthiques saupoudrés ici et là ne relèvent que du cosmétique s'ils ne sont pas suivis d'actes. Yves Gilbert le résume trivialement et clairement: « l'éthique de l'intervention sociale conjugue les nécessités de changer le pansement avec l'impératif de penser le changement »¹⁰⁵⁵. Dont acte.

¹⁰⁵³ Bouquet, B. (2012). « Introduction. Un nouveau éthique », *Éthique et travail social. Op. cit.* pp.1-8.

¹⁰⁵⁴ Bouquet, B. (2012). *Op. cit.* (pp. 47-60).

¹⁰⁵⁵ Gilbert, Y. (2023). Et si on pensait autrement : *Op. cit.*

Conclusion

Nous nous sommes employé tout au long de cette recherche à cerner un objet dont la nature même relève de l'insaisissable. Nous avons dû faire face au flou conceptuel de la clinique, qui plus est lorsqu'elle est ancrée dans des pratiques éducatives, elles aussi complexes à définir¹⁰⁵⁶. Avant d'entreprendre notre démarche de problématisation, il nous a fallu commencer par un travail de fouille et de compulsion d'archives, sorte de phylogénèse de la clinique, afin de contextualiser historiquement et théoriquement un concept millénaire. C'est uniquement après avoir réalisé cette tâche que nous avons pu procéder à une recherche par itération, c'est-à-dire par va-et-vient entre notre terrain quotidien, le DITEP où nous sommes resté en poste durant une grande partie de cette thèse, et nos écrits relatifs à nos dispositifs d'investigation. Ces allers-retours entre les temps passés auprès d'adolescents en grande souffrance et ceux, plus solitaires, de la lecture, de l'écriture, de l'introspection ont été fondamentaux et nous ont permis de mettre du sens sur des questionnements plus ou moins cachés liés à notre profession et notre trajectoire de vie. Le poète aurait pu dire « avant de parcourir mon chemin, moi j'étais mon chemin »¹⁰⁵⁷.

Ce chemin, nous avons tenté de le baliser, ou du moins de le rendre accessible, et l'avons nommé : clinique. Pour nous, comme pour nombre de nos collègues et camarades, nous prenons ce chemin en pensant qu'il n'est emprunté que par nous-mêmes. Voilà qui est inexact. Mais pour assumer cet état de fait, encore faut-il être conscient que nos gestes et nos discours renvoient à un commun que nous avons défini en ces termes : faire hospitalité à la souffrance, à la fois comme fondamental et comme première exigence éthique. Si « toute théorie se tait ou s'évanouit toujours au lit du malade »¹⁰⁵⁸, nous pouvons estimer par là même que toute théorie se tait ou s'évanouit toujours face à la souffrance d'autrui. Et pour tenter de répondre à cette dernière, que les pratiques d'orientation clinique étaient la seule direction. Pour autant, parcourir le même chemin ne veut pas dire laisser les mêmes traces ; chaque lecture d'un sentier ne peut être que singulière et peut produire, parfois, l'ouverture d'une nouvelle voie. Les éducateurs spécialisés ignorent ou préfèrent ignorer que dans une grande majorité des cas, ils

¹⁰⁵⁶ « L'éducation est une pratique sans geste spécifique » et restera sujette à des interprétations infinies et contradictoires : Hameline, D. (1986), *L'éducation, ses images et son propos*, Paris : ESF, p.14.

¹⁰⁵⁷ « *Antes de recorrer mi camino, yo era mi camino* » Porchia, A. (2013). *Voix réunies*. Toulouse, Érès, p.3.

¹⁰⁵⁸ Corvisart in Foucault, M. (2015). *Op. cit.* p.154.

s'inscrivent dans une démarche clinique de l'éducation spécialisée. Les raisons de cette méconnaissance sont multiples mais nous estimons que la principale d'entre elles renvoie à l'absence d'un langage commun, d'un vocabulaire partagé. C'est à cet exercice que nous nous sommes employé, en caractérisant les concepts opératoires spécifiques de la clinique en éducation spécialisée. Notre idée étant la suivante : la clinique reste une île tant que chacun de ses habitants se pense seul et ignore tous les ponts qui existent et qui la relie à d'autres îlots. En proposant une nouvelle cartographie, c'est un archipel qui se crée peu à peu et, pourquoi pas, demain, de nouveaux continents.

C'est avec humilité que nous nous sommes inscrit dans cette tentative, conscient que notre contexte d'intervention peut se prêter à des enjeux qui nous dépassent. En effet pour Jacques Ardoino, « le paradoxe des sciences de l'éducation, mal aimées, du fait du caractère domestique des pratiques éducatives, en raison de la nature métisse et polyglotte de leurs notions, à travers les différents langages qu'elles mettent en œuvre, et de par la complexité des représentations qu'elles élaborent, tient sans doute au fait qu'une telle "impureté", parce que plus marquée encore qu'en d'autres champs, ne permet plus d'oublier aussi facilement que la reconnaissance de l'hétérogénéité et de la temporalité, considérées comme irréductibles, constituent bien des conditions fondamentales du travail scientifique dans le cadre des sciences de l'homme et de la société »¹⁰⁵⁹. Ces conditions fondamentales du travail scientifique nous amènent à penser des perspectives de poursuite du travail que nous venons de présenter. À l'image d'un ouvrier qui veut pousser sa machine, en faire grincer les rouages pour en tester ses limites, il nous semble primordial de continuer à questionner les frontières qui instaurent l'identité du concept de la clinique dans le champ de l'éducation spécialisée. À cette fin, il s'agira de venir confronter ces concepts opératoires spécifiques à la controverse scientifique, c'est-à-dire de faire frotter le paradigme d'une clinique spécifique de l'éducation spécialisée aux avis divergents. D'où notre choix de publier cette recherche en accès libre ce qui, à l'heure de la science ouverte et de la diffusion des savoirs, nous semble devoir être la moindre des choses. Et une volonté que nous espérons visible d'avoir rédigé cette thèse en respectant les codes, usages et normes académiques tout en la laissant lisible et accessible au plus grand nombre, en ayant donc refusé une écriture élitiste, un entre soi réservé aux initiés. Notre désir est d'être lu par les cliniciens, qu'il s'agisse de maîtresses de maison, de

¹⁰⁵⁹ Ardoino, J. (2000). L'implication. *Op. cit.* pp. 205-215.

veilleurs de nuit, d'éducateurs, de stagiaires, etc. Si nous avons participé à consolider une langue commune, elle ne pouvait qu'être démocratique et intelligible par le plus grand nombre. Qu'on ne s'y trompe pas : l'apparence de la simplicité des termes employés n'affaiblit en aucun cas leur puissance ni la profondeur de leur sens. De cette façon, il nous paraît opportun d'aller tester les concepts opératoires spécifiques de la clinique de l'éducation spécialisée que nous avons fait émerger dans d'autres secteurs du travail social (plus spécifiquement l'Aide Sociale à l'Enfance, le champ du handicap) et d'autres modalités d'intervention (uniquement ambulatoire par exemple). En proposant de nouveaux temps d'observation et d'entretiens, cela viendrait nourrir et développer la clinique. Enfin, une autre piste de travail qui nous semblerait pertinente concerne le socle théorique des futurs travailleurs sociaux ; en produisant une recherche quantitative sur les mémoires de fin de formation des éducateurs spécialisés, plus précisément sur leurs références bibliographiques, il serait peut-être possible de mettre à jour les maîtres à penser ou les grandes figures sur lesquels ils s'appuient ; et confirmer -voire infirmer- la prégnance de la pensée clinique auprès des formateurs comme des apprenants. Cette recherche est en cours.

Discuter des enjeux d'une clinique contemporaine en contexte néolibéral nous aura permis de mettre en exergue l'urgence à laquelle fait face le travail social. Urgence vis-à-vis des publics qui sont sa raison d'être et pour lesquels les inégalités se creusent à l'heure où, en 2024, elles devraient normalement se tarir¹⁰⁶⁰. Si nous avons considéré le travail social comme un entre-deux, entre les exclus (car marginaux, pauvres, déviants, différents) et la société qui ne sait quoi en faire - les écarter ou les inclure-, c'est que les professionnels du secteur constatent que le lien social s'érode peu à peu. Urgence dans les moyens qui lui sont alloués – la majorité des acteurs se plaignent d'une diminution de budgets alloués ou d'injonction à faire plus à moyens constants¹⁰⁶¹ - alors que contrairement, la dépense publique en matière d'aides et d'action sociales (tous

¹⁰⁶⁰ Observatoire des inégalités (2023). « Les inégalités de revenus remontent » :

<https://www.inegalites.fr/evol-inegalites-long>

¹⁰⁶¹ Le rapport de la défenseure des droits en 2021 alertait sur la pénurie de moyens dédiés à la pédopsychiatrie et aux structures médicosociales sans produire un écho massif : Défenseure des droits. (2021). Rapport Santé mentale des enfants : le droit au bien-être :

<https://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-annuel-sur-les-droits-de-lenfant-2021-sante-mentale-le-droit-au-bien-etre-271>

publics confondus) ne cesse d'augmenter d'année en année¹⁰⁶². Urgence dans les choix et les priorités donnés à la nature du traitement à offrir aux populations en souffrance : le « tout biologique », les apports nouveaux des neurosciences et autres sciences cognitives ne doivent pas venir balayer tout ce qui existait auparavant en s'imaginant être en mesure de s'y substituer purement et simplement. En l'occurrence, rappelons que pour les principales autorités de santé en France, c'est à dire la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), les soins de première intention recommandés pour les enfants et adolescents souffrants de troubles mentaux, demeurent les pratiques psychothérapeutiques: psychanalyse, pratiques psychodynamiques et cliniques, thérapies cognitives et comportementales, thérapies familiales et groupales; les pratiques éducatives; les pratiques de prévention et d'intervention sociale¹⁰⁶³. D'où une volonté pour de nombreux professionnels du secteur de ne pas trop s'attarder sur ce qu'ils font mais bien sur la façon dont ils le font et pourquoi. La quête de sens en éducation spécialisée et par extension en travail social est l'un des principaux enjeux à court terme de notre société contemporaine. À l'heure où l'urgence climatique peine à s'imposer avec consistance et radicalité dans les calendriers des gouvernements successifs, le délitement de ce qui fait commun chez les individus composant une société n'est, lui non plus, pas considéré à sa juste valeur. Plutôt que de balayer d'un revers de la main la souffrance d'autrui, ses revendications, ses colères, son désespoir au profit d'une mauvaise éducation, d'une culture arriérée, d'une déficience, d'un handicap, d'une instruction limitée, il s'agirait de la regarder dans les yeux telle qu'elle est : une possibilité dans chaque existence humaine, qui plus est aggravée par la psychologisation des troubles sociaux et le déni des conséquences néfastes d'une économie de marché ultralibérale. Pour tous ces laissés-pour-compte, une « solidarité des ébranlés »¹⁰⁶⁴, pour reprendre la superbe expression de Jan Patočka, doit être soutenue, ébranlement engendré par le bouleversement existentiel et la désorientation. Autrement dit, « les membres de cette communauté ne partagent rien car c'est l'expérience de l'ébranlement qui les réunit. En fait, le seul aspect unificateur de cette solidarité se trouve dans l'ébranlement du sens

¹⁰⁶² Financée pour moitié par les départements qui y consacrent 70 % de leurs dépenses de fonctionnement. DREES. (2022). L'aide et l'action sociales en France. Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion. Panoramas de la DREES, Social: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/AAS2022.pdf>

¹⁰⁶³ Le Rapport HCFEA que nous avons cité précédemment martèle l'importance de ces soins de première intention pour éviter une surmédicalisation des enfants, faute d'avoir pu les accueillir dans les structures adaptées. Faciliter et abonder l'accessibilité aux offres de soin en structures médicosociales de proximité, HCFEA, *Op. cit.* p.152.

¹⁰⁶⁴ Patočka, J. (2007). *Essais hérétiques sur la philosophie de l'histoire*. Paris, Verdier/poche.

donné, dans l'abîme du sens lui-même. Les ébranlés se réunissent dans l'absence d'une perte commune et dans la perte commune des fondations. C'est donc une solidarité au-delà de la solidité »¹⁰⁶⁵. Pour qu'elle puisse advenir, il s'agit de lui faire place et, en premier lieu, de faire hospitalité à la souffrance d'autrui. Cette question est cruciale, pas seulement théorique dans la mesure où elle revêt un enjeu politique et social : « La solidarité des ébranlés est une communauté de vulnérabilité à l'autre absolument nécessaire et primordiale, et ce n'est qu'en tant que telle qu'elle peut être une communauté libre et historique. La vulnérabilité doit être considérée comme une condition humaine fondamentale qui exige à la fois une réponse éthique et une action politique. C'est ainsi qu'elle devient le lieu d'une expérience politique authentique qui fait appel à des principes éthiques. À cet égard, un tel cheminement de pensée doit être construit à l'épreuve des événements, dans la recherche liée de leur élucidation et de la détermination des conditions d'une action politique »¹⁰⁶⁶. Cette dernière, c'est aussi par la résistance¹⁰⁶⁷ dans les métiers de l'humain qu'elle peut être accompagnée et mieux dirigée. Et c'est par la clinique qu'elle prend toute sa force, passant d'une politique des individus à une politique des subjectivités¹⁰⁶⁸.

Enfin, si cette résistance prend forme, c'est parce que la souffrance au travail des éducateurs spécialisés est telle qu'elle ne peut plus être contenue. La confrontation aux antagonismes dont nous avons longuement parlé dans cet écrit produit de l'insupportable pour chacun d'entre eux. Ils ont beau répéter qu'il n'existe pas de sujet de la procédure, c'est par le contrôle et les protocoles qu'on leur répond. Au-delà de la marchandisation du travail social, ils constatent comme leurs actions individuelles et collectives renvoient à l'inefficace, à l'insuffisant, voire parfois même au hors-sujet. Dans les établissements où nous travaillons, les GAPP et les temps de formations sont souvent réduits à un lieu de plainte et de critique de l'institution et de la hiérarchie, transformant ces espaces en une soupape qui permet par ailleurs de neutraliser toute conflictualité. Lorsque ces plaintes sont mises au travail, élaborées, se dévoile alors la réalité de leur souffrance première : avoir l'impression de reproduire encore et encore, pour les plus anciens,

¹⁰⁶⁵ Şan, E. (2019). Penser Aujourd'hui avec Patočka. La vulnérabilité collective et la solidarité politique. *Implications philosophiques*, En ligne: <https://www.implications-philosophiques.org/penser-aujourd'hui-avec-patocka/>

¹⁰⁶⁶ *Ibid.*

¹⁰⁶⁷ « Métiers de l'humain, la résistance s'organise » (2024). *VST - Vie sociale et traitements*. N°161.

¹⁰⁶⁸ Alix, J. & Autès, M. (2022). Chapitre 7. Pourquoi l'avenir du travail social durera longtemps ? *Op. cit.* pp.151-166.

génération après génération, les mêmes actes, les mêmes accompagnements sans que cela ne change grand-chose, dans un éternel recommencement.

Cela peut paraître relativement contradictoire avec l'image que nous donnons des éducateurs spécialisés dont nous avons caractérisé la clinique : si tous les professionnels du travail social étaient au plus près de tous les invariants que nous avons décrits, le tableau serait idéal. Il n'en est rien. Nous sommes bien placé pour savoir combien difficile est ce métier. Être au plus proche de la souffrance de l'autre, chaque jour, pèse d'une manière ou d'une autre sur la motivation, la force, la puissance de penser, la patience, la créativité. Si nous nous adressions aux confrères, aux collègues, aux camarades, qui, en lisant cette recherche, concluraient que leurs pratiques étaient à mille lieux de ce qu'elles devraient être ; que leur posture éthique est décidément bien trop faible ; que leur désir de faire hospitalité à l'autre vulnérable semble certains matins un peu absent ; que l'institution leur pèse plus qu'elle n'allège leurs tourments ; nous leur dirions : prenez cet écrit, non comme un mode d'emploi mais comme un manifeste. Voilà l'horizon vers lequel nous devons tendre, ce à quoi nous voulons aspirer pour accompagner nos semblables. Cette ambition n'est pas sans conditions, qu'elles aient trait à nos propres personnes ou au contexte sociétal dans lequel nous intervenons.

L'œuvre de Camus nous a été d'un grand secours pour ne pas nous sentir toujours abattu voire parfois désespéré. Nous savons comme l'exercice répétitif peut devenir harassant, abrasif et éroder la perception que l'on se fait de notre environnement : « [...] l'aspect mécanique de leurs gestes [...] rend stupide tout ce qui les entoure »¹⁰⁶⁹. Au point de considérer, comme nombre de professionnels en GAPP, que la hiérarchie ou le collègue est seul responsable de leurs malheurs ; ou que l'environnement même de l'adolescent est tel qu'il est inutile de lutter. L'absurde apparaît fréquemment dans le quotidien de l'éducateur spécialisé. Mais, « à partir du moment où elle est reconnue, l'absurdité est une passion, la plus déchirante de toutes »¹⁰⁷⁰, il n'y a qu'à voir le nombre de travailleurs sociaux qui passent toute leur carrière à se frotter à ce sentiment encore et encore. Cet absurde transcende le seul espace du travail social pour prendre place dans n'importe quelle existence, dans la mesure où « L'absurde naît de cette confrontation entre l'appel humain et le silence déraisonnable du monde »¹⁰⁷¹, faisant dire à Camus que « l'absurde

¹⁰⁶⁹ Camus, A. (2010). *Le mythe de Sisyphe*. Classiques des sciences sociales, p.21. En ligne: <http://classiques.uqac.ca/>

¹⁰⁷⁰ *Op.cit.* p.27.

¹⁰⁷¹ *Op. cit.* p.31.

n'est pas dans l'homme [...], ni dans le monde, mais dans leur présence commune »¹⁰⁷². Il est question de vivre avec le trouble et de l'accepter¹⁰⁷³, et notre tâche spécifique dans les métiers de l'humain « [...] presque insoluble, à laquelle on se trouve confronté consiste à ne se laisser abêtir ni par le pouvoir des autres ni par sa propre impuissance »¹⁰⁷⁴. Dans ce grumeau quotidien, où l'« agir conjectural »¹⁰⁷⁵ côtoie la « poétique de la limite »¹⁰⁷⁶, l'adulte mène « une activité d'auto-conception professionnelle en situation d'incertitude »¹⁰⁷⁷, ajoutant au malaise de l'absurde l'angoisse de l'ignorance. Mais où l'éducateur spécialisé trouve-t-il satisfaction ? Dans le partage d'une relation où, si l'impossible est à peu près sûr, le « sait-on jamais » demeure une probabilité, bien que modeste. Si « créer, c'est ainsi donner une forme à son destin »¹⁰⁷⁸, alors il est possible d'entendre le destin comme étant le nôtre et tout à la fois celui de l'autre. Ainsi se définit la figure de l'éducateur : « trublion de l'ordre et du discours établi, creux et bord, insaisissable et irrécupérable, autre de l'exil et de l'étrangeté, l'éducateur s'improvise artisan des marges pour faire en sorte que le sujet reste à la page »¹⁰⁷⁹. Cette improvisation est capitale car elle renvoie à l'infime pouvoir de l'Homme sur lui-même et ce qui l'entoure, dans son essence unique. Kierkegaard avait eu une formule restée fameuse : « Si je devais demander qu'on mette une inscription sur mon tombeau, je n'en voudrais d'autre que celle-ci : il fut le singulier »¹⁰⁸⁰. Il en est de même pour l'acte éducatif dans la clinique : spécifique car propre à chacun et universel dans sa volonté. Ainsi, si « la lutte elle-même vers les sommets suffit à remplir un cœur d'homme »¹⁰⁸¹ - sommet entendu comme les conditions minimales de reconnaître l'autre dans sa souffrance et dans sa puissance d'exister -, alors comme Sisyphe, il faut imaginer l'éducateur heureux...

¹⁰⁷² *Op. cit.* p.33.

¹⁰⁷³ Haraway, D. J. (2020). *Vivre avec le trouble*. Vaulx-en-Velin, Éditions des Mondes à faire.

¹⁰⁷⁴ Adorno in Gori, R. (2021). La démocratie est-elle encore possible aujourd'hui? Dans : Nadia Veyrié éd. *Penser la formation en travail social* (pp.233-267). Nîmes: Champ social.

¹⁰⁷⁵ Contini, J-C. (2017). *Op. cit.* p.609.

¹⁰⁷⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷⁷ *Ibid.* p.615.

¹⁰⁷⁸ Camus, A. (2010). *Op. cit.* p.106.

¹⁰⁷⁹ Ponnou, S. (2014). *Op. cit.* p.112.

¹⁰⁸⁰ Kierkegaard S. in Dastur, F. (2011). L'universel et le singulier. *Revue des sciences philosophiques et théologiques*, 95, 581-599.

¹⁰⁸¹ Camus, A. (2010). *Op. cit.* p.111.

BIBLIOGRAPHIE

Achard, C. (2016). Invisibles violences : pour une prise de conscience. *Le Sociographe*, 56, 39-50.

Aichhorn A. (2005). *Jeunes à l'abandon. Psychanalyse et éducation spécialisée*. Nîmes, Champ social.

AIRE et al. (2016). *Dispositif ITEP : métamorphoses institutionnelles : enjeux pour les différents acteurs, les organisations et l'environnement*. Nîmes, Champ social, 2014.

Alix, J-S., Autès, M., et Marlière, E. (dir.) (2020). *Le travail social en quête de légitimité*. Rennes, Presses de l'EHESP.

Alix, J., Bertrand, D., Brun, J., Chauvière, M. & Garrigue, G. (2017). *Debout pour nos métiers du travail social !* Toulouse, Érès.

Allione, C. (2013). *La haine de la parole*. Paris, les liens qui libèrent.

Andrien, L. (2014). Penser la gestion médico-sociale: Peut-on gérer un établissement social ou médico-social comme une entreprise ? *Revue française de gestion*, 243, 127-140.

Ardoino, J. & Berger, G. (1989). *D'une évaluation en miette à une évaluation en acte*. Paris, éd. Matrice-ANDSHA.

Ardoino, J. (1993). « L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives », *Pratiques de Formation-Analyses*. Université Paris 8, *Formation Permanente*, N° 25-26, janvier-décembre.

Ardoino, J. (1999). *Éducation et politique*. Paris, Anthropos.

Ardoino, J. (1999). « Préface » in Patrick Boumard, *L'École, les jeunes, la déviance. Enfants et adolescents en difficulté*. Paris, PUF, pp. 1-8.

Ardoino, J. (2000). *Les Avatars de l'éducation: Problématiques et notions en devenir*. Paris, PUF.

Ardoino, J. (2002). « L'autorité », *Vocabulaire de psychosociologie*. Toulouse, Érès, p.61-64.

Arendt, H. (2020). *Condition de l'homme moderne*. Paris, Poche.

ARS (2022). « Analyse de la mise en œuvre du DITEP en région Auvergne Rhône Alpes », Rapport final :

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/90959/download?inline>

Arveiller, J. (2004). Le corps désesthétique de la clinique médicale. *Le Télémaque*, 25, 125-134.

Askenazy, P. (2002). *La croissance moderne : organisations innovantes du travail*. Paris, Economica.

Aubert, N. (2004). *L'individu hypermoderne*. Toulouse, Érès.

Audet, G. (2006). *Pour une « altérité en acte » : reconstruction et théorisation de récits de pratique d'éducation interculturelle en maternelle*. Thèse de doctorat. Québec : Université Laval.

Autès M. (2013). *Les paradoxes du travail social*. Paris, Dunod.

Avet, R. (2010). *Pourquoi défendre aujourd'hui la clinique dans le travail médico-social*. Nîmes, Champ social.

Avet, R. (2014). « Un lieu en marge des institutions », *La liberté de faire autrement. Un itinéraire singulier dans le travail social*, Champ social, pp. 53-60.

Bacqué, M. (2013). Michaël Balint et les groupes Balint, « Le médecin, son malade et la

maladie, Paris » (1975), in Balint M., Balint E., Gosling R., Hildebrand P., *Le médecin en formation*, Payot, 1979, 47-60 . Dans : Didier Drieu éd. *46 commentaires de textes en clinique institutionnelle* (pp. 351-357). Paris: Dunod.

Baldelli, B. & Gilbert, Y. (2021). L'espace public, entre métaphore et réalité formelle : la délocalisation risquée d'un pôle de formation. *Espaces et sociétés*, 182, 133-147.

Barbier, J-M., et Galatanu, O. (2000). « I - La singularité des actions : quelques outils d'analyse », *L'Analyse de la singularité de l'action*. Presses Universitaires de France, pp. 13-52.

Barreyre, J-Y. & Fiacre, P. « Quand le projet fait fuir le sujet... », *Vie sociale*, vol. 4, n° 4, 2010, 87-98

Barro, A. (2022). « Les experts militaires en plein brouillard », *Courrier international*: https://www.courrierinternational.com/article/analyse-les-experts-militaires-en-plein-brouillard?utm_medium=Social&utm_source=Facebook&Echobox=1664019024

Barus-Michel, J., Giust-Desprairies, F., Ridet, L. (1996). *Crises : approche psychosociale clinique*. Paris, Desclée de Brouwer.

Barus-Michel, J. (2002). « Clinique et Sens ». *Vocabulaire de psychosociologie*. Toulouse, Érès, pp. 313-323.

Barreyre, J-Y. (2015). « Vers des dispositifs intégrés en réponse aux situations de jeunes à difficultés multiples ? », *Vie sociale*, vol. 12, no. 4, pp. 37-51.

Barreyre, Fiacre, Joseph, Makdessi, (2008). « Une souffrance maltraitée : Parcours et situations de vie des jeunes dits "incassables" », *Recherche réalisée pour l'ONED, Rapport final*, CEDIAS.

Barreyre, J-Y. & Fiacre, P. (2010). « Quand le projet fait fuir le sujet... », *Vie sociale*, vol. 4, n° 4, p.87-98.

Barreyre, J-Y. (2014). *Éloge de l'insuffisance. Les configurations sociales de la vulnérabilité*. Toulouse, Érès.

Batifoulier, F. (2013). Le directeur et la clinique. Prendre soin de l'institution. Dans : Lin Grimaud éd. *Clinique et management : rupture ou transition*, (pp. 159-176). Toulouse, Érès.

Batifoulier, F. (2014). *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*. Malakoff, Dunod.

Beaud, M. (2010). *L'histoire du capitalisme*. Paris, Points.

Becquemin, M. & Montandon, C. (2014). *Les institutions à l'épreuve des dispositifs. La recomposition de l'éducation et de l'intervention sociale*. Rennes, PUR.

Beillerot, J. (1996). Les savoirs, leurs conceptions et leur nature. in J. Beillerot, C. Blanchard-Laville, & N. Mosconi. *Pour une clinique du rapport au savoir*. Paris : L'Harmattan, pp. 119-143.

Beillerot, J. (1996). Notes sur le modus operandi du rapport au savoir, in J. Beillerot, C. Blanchard-Laville & N. Mosconi. *Pour une clinique du rapport au savoir*. Paris : L'Harmattan, pp. 145-158.

Bertail et al. (2019). « Algorithmes : biais, discrimination et équité ». Telecom ParisTech.

Bertaux, D. (2016). *Le récit de vie* (3^e éd.). Paris, Armand Colin.

Bertaux, D. (2021). Revisiter le « récit de vie », une approche en sciences sociales. Entretien avec Daniel Bertaux. *Recherches qualitatives*. Volume 40, numéro 2, p. 146–175.

Berton, J. (2007). « Démarche clinique et formation initiale des éducateurs », *Thèse de doctorat en sciences de l'éducation*, Université Paris VIII.

Berton J. (2022). « Clinique des réformes et réforme de la clinique », *Forum*, vol.164.

Berton, J. (2023). Les choristes ou la discrétion des marges du quotidien. *VST - Vie sociale et traitements*, 159, 53-59.

Bérurier Noir (1985). *Concerto pour détraqués*, Paris, Bondage Records.

Bétrisey, C. & Tetreault, S. (2019). Le défi d'aborder l'intervention interculturelle avec les étudiants en travail social et en ergothérapie : utilisation du récit de pratique comme outil de recherche. *Forum*, 157, 18-32.

Bioy, A. (2014). Carl Rogers « Les caractéristiques des relations d'aide » (1966), in *Le développement de la personne*, InterEditions, 2005, 27-43. Dans : Jean-Yves Chagnon éd. *40 commentaires de textes en psychologie clinique* (pp. 145-153). Paris: Dunod.

Blake, W. (2011). *Le mariage du ciel et de l'enfer*. Paris, Allia.

Blanchard-Laville, C. & Fablet, D. (2000). *L'analyse des pratiques professionnelles*. Paris, L'Harmattan.

Blanchard-Laville, C. et al. (2005). « Recherches cliniques d'orientation psychanalytique dans le champ de l'éducation et de la formation ». *Revue française de pédagogie*, volume 151, pp.111-162.

Blanchard-Laville, C. (2007). « Pour une clinique d'orientation psychanalytique en sciences de l'éducation », *Chemins de formation*, n° 10-11.

Blanchard-Laville, C. In Buznic-Bourgeacq, P., Terrisse, A. & Lestel, G. (2008). Expérience personnelle et expérience professionnelle dans l'enseignement de l'EPS : deux études de cas contrastées en didactique clinique. *Éducation & didactique*, 2, 77-95.

Blanchet, A. (1995). *L'entretien dans les sciences sociales*. Paris, Bordas.

Blum, F. (2002). Regards sur les mutations du travail social au XXe siècle. *Le Mouvement*

Social, no (sup199), 83-94.

Boltanski, L., Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris, Gallimard.

Bonnafé, L. (1992). *Désaliéner ? Folie(s) et société(s)* ; Toulouse, Presses universitaires du Mirail.

Bonnemain, A. et Clot, Y. (2017). « Chapitre 6. Clinique de l'activité : les affects dans l'autoconfrontation », Marie Santiago Delefosse éd. *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé*. Paris, Dunod, pp. 131-151.

Borgetto, M. (2010). La décentralisation du social en débats. *Informations Sociales*, (162), p 14-21.

Boucher, M. (2022). *Où va le travail social : Contrôle, activation et émancipation*. Nîmes: Champ social.

Boudjadi, G. (2021). *Approcher le vif du sujet par la parole biographique. Nodosité biographique, éthique du vague et clinique narrative*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université de Lyon.

Bouilloud, J-P. (2009). *Devenir sociologue. Histoires de vie et choix théoriques*. Toulouse, Érès.

Bourdieu, P., Passeron, J.-C. (1964). *Les Héritiers. Les étudiants et la culture*. Paris, Minuit.

Bourdieu, P., Passeron, J.-C. (1970). *La Reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris, Minuit.

Bourdieu, P. (1979). *La distinction: critique sociale du jugement*. Paris, Éditions de Minuit.

Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris, Éditions de Minuit.

Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Paris, Seuil.

Bourdieu, P.(1997). *Les usages sociaux de la science*. Versailles, Éditions Quæ.

Bourdieu, P. (1998). *Contre-feux. Propos pour servir à la résistance contre l'invasion néo-libérale*. Paris, Liber-Raisons d'Agir.

Bourguignon, B. (2015). Reconnaître et valoriser le travail social, *Mission de concertation relative aux états généraux du travail social*, Rapport, En ligne: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2015/09/rapport_brigitte_bourguignon.pdf

Bouquet B. (2000), « Lier management et clinique ? Des paradoxes aux perspectives », *Empan*, n°78, p.94-99.

Bouquet, B. (2017). *Éthique et travail social. Une recherche du sens*. Malakoff, Dunod.

Bousquet, C. (2019). Le travail social comme résistance à la mise en compétition des individus. *Le Sociographe*, 67, 37-48.

Boutanquoi, M. (2008). Entre clinique, procédures et contrôle : les tensions de la relation d'aide. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 6, 57-68.

Bouvet, C. (2022). *Les 18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique*. Paris, Dunod.

Bréant, F. (2011). Des ruptures nécessaires pour enseigner à l'université : comment construire une posture créative et clinique ? *Cliopsy*, 5, 79-98.

Bresson, M. (2012). « La psychologisation de l'intervention sociale : paradoxes et enjeux », *Informations sociales*, vol. 169, no. 1, pp. 68-75.

Brichaux, J. (2012). *L'éducateur d'une métaphore à l'autre: Parler autrement de*

l'éducateur... Toulouse, Érès.

Brioul, M. (2006). « Évaluation : le défi clinique », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. n°92, no. 4, p.53-59.

Bronner, G. (2021). *Apocalypse cognitive*. Paris, Puf.

Brumaud, F., (2017). « Étude des processus d'assignation des jeunes handicapés psychiques dans les ITEP de la Gironde: une contribution à la question de la construction sociale du handicap ». *Thèse de doctorat en sciences de l'éducation*, Université de Bordeaux.

Bulletin officiel l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, (2015). « Unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis), dispositifs pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le premier et le second degrés ». Circulaire n° 2015-129 du 21-8-2015 :

<https://www.education.gouv.fr/bo/15/Hebdo31/MENE1504950C.htm>

Buznic-Bourgeacq, P. (2009). Chapitre 6. Le sujet enseignant et la gestion du contrat didactique. Un regard en didactique clinique de l'EPS. Dans : André Terrisse éd. *Didactique clinique de l'éducation physique et sportive (EPS) Quels enjeux de savoirs ?* (pp. 101-113). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Cahiers de l'immuable (1975-1976) p.797-867 :

<https://deligny.jur.puc-rio.br/wp-content/uploads/2017/09/4.-Cahiers-1.pdf>

Calmette, J-. (2006). « La loi organique relative aux lois de finances (LOLF) : un texte, un esprit, une pratique », *Revue française d'administration publique*, vol. n°117, no. 1, pp. 43-55.

Camus, A. (1985). *L'homme révolté*. Paris, Gallimard.

Camus, A. (2010). *Le mythe de Sisyphe*. Classiques des sciences sociales. En ligne: <http://classiques.uqac.ca/>

- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique*. Paris, Puf.
- Capul, M. (dir.) (2010). *L'invention de l'enfance inadaptée. L'exemple de Toulouse Saint-Simon (1950-1975)*. Toulouse, Érès.
- Capul, M. et Lemay, M. (2019). *De l'éducation spécialisée. Ses enjeux, son actualité et sa place dans le travail social*. Toulouse, Érès.
- Cardinet, A. (1998). « La médiation en France, aujourd'hui, et ses applications dans le secteur scolaire : ses références, ses significations, ses pratiques », *Thèse de doctorat de Sciences de l'éducation*, Université Lumière-Lyon.
- Casanova, R. & Noguès, F-M. (2018). *Bouc émissaire : le concept en contextes*. Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq.
- Castanet, D. (2022). La clinique analytique : une pratique de bavardage. *L'en-je lacanien*, 39, 5-8.
- Castanet, V. (2022). *Les fossoyeurs: Révélations sur le système qui maltraite nos aînés*. Paris, Fayard.
- Castel, R. (1995). *Les métaphores de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris, Fayard.
- Castoriadis, C. (2007). *La montée de la signifiante*. Paris, Seuil.
- Chamak, B. (2021). *Controverses sur l'autisme: Décrypter pour dépasser les antagonismes*. Toulouse, Érès.
- Chambrier, G., Paturet, J-B. (2014). *Faut-il brûler les institutions ? Dangers et confusions de l'idéologie marchande dans le monde médico-social*. Rennes, Presses de l'EHESP.
- Chappe, V-A. Eberhard, M. (2021). Introduction : à quoi servent les chiffres de la

discrimination ? *Les cahiers de la LCD*, N° 13.

Char, R. (1978). *Le nu perdu et autres poèmes. 1964-1975*. Paris, Poésie/Gallimard.

Chataigné Pouteyo, L. & Pouteyo, M. (2016). Du sens à l'action : quelle place pour l'intention en éducation spécialisée ? *Le Sociographe*, 54, 43-53.

Chaumon, F. (2004). *Lacan: La loi, le sujet et la jouissance*. Paris: Michalon.

Chauvier, E. (2014). *Les mots sans les choses*. Paris, Allia.

Chauvière, M. (1999) « La sphère clinique du social », *Lien Social*, n°500, septembre.

Chauvière, M. (2004). *Le travail social dans l'action publique*. Malakoff, Dunod.

Chauvière, M. (2009). *Enfance inadaptée : l'héritage de Vichy suivi de L'efficace des années quarante*. Paris, L'Harmattan.

Chauvière, M. (2010). *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*. Paris, La Découverte.

Chauvière, M. (2011). *L'intelligence sociale en danger. Chemins de résistance et propositions*. Paris, La découverte.

Chauvière, M. (2012). L'obligation de résultats contre les innovations sociales et l'expérimentation ? *Informations sociales*, 174, 95-104.

Chauvière, M. (2013). L'exigence d'évaluation : entre démocratie et technocratie. *Le Journal des psychologues*, 307, 24-29.

Chauvière, M. (2015). « Le travail social sur la sellette », *Revue Projet* n° 346, Mars.

Chauvière et al. (2020). « L'énigme du travail social », *Les Cahiers Dynamiques*, vol. 78, no. 1, pp. 6-16.

Chauvière, M. & Garrigue, G. (2020). La formation à l'heure du démantèlement de l'action sociale. *VST - Vie sociale et traitements*, 146, 61-67.

Chauvière M. & Merlier, P. (2023). « Les faux nez de l'éthique », *Sciences et actions sociales*, n°19.

Chauvière, M. (2023). Quel avenir pour les établissements de formation en travail social ? *Conférence nationale*, organisée par le collectif national des instituts supérieurs en travail social, le Réseau Thématique « Normes, déviations et réactions sociales » de l'Association Française de Sociologie (AFS), l'Association des Chercheurs des Organismes de la Formation et de l'Intervention Sociales (ACOFIS) et le GIS-CRITIS, 14 juin, Paris.

Chavaroche, P. (2009). *Épistémologie d'un lieu aux marges de l'humain : la Maison d'Accueil Spécialisée*. Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation, sous la direction de Jacques Pain, Université Paris X.

Chavaroche, P. (2021). *Où va le médico-social ? Dans l'accompagnement des personnes les plus gravement handicapées mentales*. Toulouse, Érès.

Chiland, C. (2013). *L'entretien clinique*. Presses Universitaires de France.

Chopart, J-N. (2000). *Les mutations du travail social : dynamiques d'un champ professionnel*. Malakoff, Dunod.

Chouvier, B. & Attigui, P. (2016). *L'entretien clinique*. Paris, Armand Colin.

Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Malakoff, Dunod.

Cifali, M. (1995). « Démarche clinique, formation et écriture », *Réfléchir sur la pratique, un levier pour la formation professionnelle des enseignants*, Bruxelles, De Boeck.

Cifali, M. (1999). « Métier « impossible » ? une boutade inépuisable », *Le Portique*.

Cifali, M. (2002). « *Une clinique en Sciences de l'éducation ?* » Recueil des cahiers Les sciences de l'éducation en question, Cahier N° 40, 31-38.

Cifali, M. (2005), *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris, Puf.

Cifali, M., Giust-Desprairies, S-F (2006). *De la clinique*. Bruxelles, De Boeck.

Cifali, M. & André, A. (2007). *Écrire l'expérience : vers la reconnaissance des pratiques professionnelles*. Paris, Puf.

Cléach, O., Tiffon, G. (2017). *Invisibilisation au travail. Des salariés en mal de reconnaissance*. Toulouse, Octares.

Clouse, F. & Ponnou, S. (2019). Recherches hybrides en travail social : analyse des productions scientifiques des pôles recherche, étude, formation en action sociale (PREFAS). *Empan*, 116, 118-126.

Clouse, F. & Ponnou, S. (2021). La sélection à l'entrée des formations en travail social : quelle place pour la clinique ? *Forum*, 164, 67-76.

Clouse, F & Daraignez, G. (2022). L'en souffrance: clinique d'un entre-deux. *Psychasoc* : <http://www.psychasoc.com/Textes/L-en-SOUFFRANCE-clinique-d-un-entre-deux>

Clouse, F. (2023). « La clinique au défi des nouveaux dispositifs d'évaluation du secteur médico-social : entre pratique, éthique et résistance ». *Deuxièmes journées pluridisciplinaires K-or - Les perspectives du Care dans les pratiques, dans le management et dans les politiques publiques*, Évreux, 7-8 décembre 2023.

Clouse, F. (2024). Le travail de la relation en DITEP : entre clinique, éthique et pratique. *Questions vives*, n°38.

Clouse, F. (2024). « Clinique et co-construction de savoirs » *In Le travail de la relation. La recherche en travail social & santé dans les sciences de l'éducation*. Wittorski, R. &

Ponnou, S. (dir.), pp 131-139, Nîmes, Champ Social.

Clot Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris, PUF.

Clot, Y. (2001). « Clinique du travail, clinique du réel », *Journal des psychologues*, 185, p. 48-51.

Clot, Y. (2001). Clinique du travail et action sur soi. Dans : Jean-Michel Baudouin éd. *Théories de l'action et éducation* (pp. 255-277). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Clot, Y. (2006). « Clinique du travail et clinique de l'activité », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 1, no. 1, pp. 165-177.

Clot, Y. (2010). *Agir en clinique du travail*. Toulouse, Érès.

Clot, Y. (2011). « 1. Théorie en clinique de l'activité ». Bruno Maggi éd. *Interpréter l'agir : un défi théorique*, Presses Universitaires de France.

Clot, Y. (2015). *Le travail à cœur: Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris, La Découverte.

Cloucard, M. (2009). *Le capitalisme de la séduction : critique de la social-démocratie libertaire*. Paris, Delga.

CNSA. (2018). « Guide descriptif des nomenclatures détaillées des besoins et des prestations » :

https://www.cnsa.fr/documentation/nomenclatures_seraphinph_detaillees_vf.pdf

Condette, S. (2016). L'élève et sa relation conflictuelle à l'école : entre épreuves subjectives et réponses institutionnelles. In Yves Reuter (dir.). *Vivre les disciplines scolaires. Vécu disciplinaire et décrochage scolaire*. ESF, pp.14-24

Contini, J-C. (2017). *L'agir éducatif spécialisé : le quotidien professionnel en éducation spécialisée : étude d'un cahier de bord indigène*. Thèse de doctorat, Université de

Fribourg.

Coquoz, J. & Knüsel, R. (dir.) (2004). *L'insaisissable pratique : Travail éducatif auprès de personnes souffrant de handicap*. Lausanne, Presses universitaires Romandes.

Cottin-Marx et al. (2017). « Quand les associations remplacent l'État ? ». *Revue française d'administration publique (RFAP)* n° 163.

Coupechoux, P. (2006). *Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux*. Paris, Seuil.

Dagerman, S. (1989). *Notre besoin de consolation est impossible à rassasier*. Paris, Actes Sud.

Danvers, F. (2010). « « Clinique » », *Recherche et formation*, 63.

Dartiguenave, J-Y. & Richard, G. (2023). « L'impossible théorisation dans le champ du travail social ou la disqualification des savoirs issus des sciences humaines et sociales ». *Sciences et actions sociales*, 19.

Dastur, F. (2011). L'universel et le singulier. *Revue des sciences philosophiques et théologiques*, 95, 581-599.

Daumal, R. (1940). *La guerre sainte*. Alger, édition Fontaine.

Davie G. (1990). « Believing without Belonging: Is This the Future of Religion in Britain? », *Social compass* 37(4), 455-469.

De Gaulejac, V., Roy E. (dir.) (1993). *Sociologies cliniques*. Paris, Desclée de Brouwer.

De Gaulejac, V., Roche, P. (2007). *La sociologie clinique : enjeux théoriques et méthodologiques*. Toulouse, Érès.

De Gaulejac, V. (2009). *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir*

managérial et harcèlement social. Paris, Le Seuil.

Gaulejac, V. de. (2010). La NGP : Nouvelle gestion paradoxante. *Nouvelles pratiques sociales*, 22 (2), 83-98).

De Gaulejac V. (2012). *La recherche malade du management*. Versailles, Éditions Quæ.

De Gaulejac, V. (2012). *L'histoire en héritage: roman familial et trajectoire sociale*, Payot, Paris.

De Gaulejac, V. (2019). Sociologie clinique. Dans : Christine Delory-Momberger éd. *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 256-260). Toulouse, Érès.

De Gaulejac, V. (2021). Pour une clinique de l'historicité. *Le sujet dans la cité*, 12, 141-148.

de Séguin, A. (2018). Donner lieu à « ce qui ne se voit pas ». *Cadernos Deligny*, volume I / numéro 1.

de Séguin, A. (2019). Lainé, Deligny et Nous. *Essaim*, 43, 151-160.

de Peretti, A. (2016). Rogers Carl (1902-1987). Dans : Jacqueline Barus-Michel éd. *Vocabulaire de psychosociologie: Références et positions* (pp. 589-600). Toulouse, Érès.

Decourchelle, D. (2023). Maladies des institutions spécialisées. Petite nosographie à consommer sur place. *VST - Vie sociale et traitements*, 158, 94-101.

Défenseure des droits. (2021). Rapport Santé mentale des enfants : le droit au bien-être : <https://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-annuel-sur-les-droits-de-lenfant-2021-sante-mentale-le-droit-au-bien-etre-271>

Dejours, C. (2000). « Travail, souffrance et subjectivité ». *Sociologie du travail*, N°2, Vol 42.

Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*. Versailles, Éditions Quæ.

Dejours, C. (2018). *Le facteur humain*. Paris, Presses Universitaires de France.

Deligny, F. (1949). La grande cordée. *Enfance*, tome 2, n°1, pp. 72-76.

Deligny, F. (1955). « Ce qu'est la "Grande Cordée" », *Cahiers de l'enfance*, n°18, août-sept, p. 47-51.

Deligny, F. (1974). Le Droit au Silence. *Libération*, édition du 10 mai 1974.

Deligny, F. (1997). Ce gamin-là. In: *Chimères. Revue des schizoanalyses*, N°30, Devenir imperceptible. pp. 93-98.

Deligny, F. (1998). *Graine de crapule*. Malakoff, Dunod.

Deligny, F. (2003). "Les neumes". *VST - Vie sociale et traitements*, (n° 78), p. 46-48.

Delion, P. (2014). La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? *Empan*, 96, 104-112.

Delion, P. (2022). *La constellation transférentielle*. Toulouse, Érès.

Delion, P. (2022). *Oury, donc: Questions de psychiatrie* (pp. 79-130). Toulouse: Érès.

Delory-Momberger, C. (2005). *Histoire de vie et Recherche biographique en éducation*. Paris, Anthropos.

Delory-Momberger, C. (2019). Le pari de la clinique d'orientation psychanalytique en sciences de l'éducation. *À quoi servent les sciences de l'éducation ?* Mabillon-Bonfils, B. et Delory-Momberger, C. (dir.), ESF, Paris, p.95-105.

Delory-Momberger, C. (2019). Biographie / biographique / biographisation. Dans : Christine Delory-Momberger, éd. *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 47-51). Toulouse, Érès.

Delport, M-F. (1984) « Trabajo-trabajar(se) » : étude lexico-syntaxique. In: *Cahiers de linguistique hispanique médiévale*. N°9, pp. 99-162.

Demoule, J. & Stiegler, B. (2008). *L'avenir du passé: Modernité de l'archéologie*. Paris, La Découverte.

Depenne D. (2013). *Distance et proximité en travail social. Les enjeux de la relation d'accompagnement*. Paris, ESF.

Depenne, D. (2021). Réflexion éthique sur un travail social mutilé. *Les Cahiers de l'Actif*, 536-537, 199-213.

Desgagné, S. (2005). *Récits exemplaires de pratique enseignante : analyse typologique*. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Deveau, A. (2017). « Réformer la tarification des établissements et services médico-sociaux accompagnant les personnes handicapées et faciliter leur parcours », *Vie sociale*, vol. 18, no. 2, pp. 57-65

Devereux, G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris, Flammarion.

Direction Générale De La Cohésion Sociale (DGCS) (2013). « La coopération entre les établissements de formation préparant aux diplômes de travail social et les universités », Rapport au Ministère des affaires sociales et de la santé: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_cooperationentreetabeetdiplome-2.pdf

Didier, D., Aiguier, G., Melin, V. (2018). « (Se) former à l'éthique professionnelle : enjeux et perspectives. France », *Spirale - Revue de Recherches en Éducation*.

Diet, E. (2010). « Équipes pluridisciplinaires, groupalité et conflits d'appartenance », *Agir en clinique du travail*. Toulouse, Érès, pp. 237-249.

Domenach, J-M., Meyer, P. et Thibaud P. (dir.) (1972). « Pourquoi le travail social ? », *Esprit*, n° 4-5.

DREES. (2022). L'aide et l'action sociales en France. Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion. Panoramas de la DREES, Social: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/AAS2022.pdf>

DREES. (2023). Formations aux professions sociales en 2022 : très légère baisse du nombre d'inscrits et hausse du nombre de diplômés. En ligne : DREES. (2023). Formations aux professions sociales en 2022 : très légère baisse du nombre d'inscrits et hausse du nombre de diplômés. En ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-jeux-de-donnees-article/communique-de-presse/formations-aux?utm_source=Sarbacane&utm_medium=email&utm_campaign=L%40titude%20N%C2%B0182%20Novembre%202023

Dubois, J-P. (2019). *Tous les hommes n'habitent pas le monde de la même façon*. Paris, Éditions de l'olivier.

Dufourmantelle, A. (2012). L'hospitalité, une valeur universelle ? *Insistance*, 8, 57-62.

Dufourmantelle, A. (2014). *Éloge du risque*. Paris, Payot & Rivages.

Dugué, P. (2021). *Souffrance au travail et usure professionnelle des éducateurs(rices) spécialisé(e)s : l'apport d'une approche générationnelle et biographique en formation des adultes*. Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation, Université de Lille

Dupont, H. (2016). « *Ni fou, ni gogol !* ». Presses universitaires de Grenoble.

Elias, N. & Dunning, E. (1994). *Sport et civilisation : la violence maîtrisée*. Paris, Fayard.

Enriquez, E. (2009). La résistance : une souveraineté sans sacrifice et sans espérance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 7, 187-198.

Ernst, P. (2014). L'horizon social de l'urgence : malaise dans le travail social. In Voélin, S., Eser Davolio, M., & Lindenau, M. (Eds.), *Le travail social entre résistance et innovation / Soziale Arbeit zwischen Widerstand und Innovation*. Éditions IES.

Fassin, D. (2004). *Des maux indicibles: Sociologie des lieux d'écoute*. Paris, La Découverte.

FEHAP, NEXEM. (2022). Crise des métiers du secteur sanitaire, social et médico-social privé non lucratif : premier baromètre des tensions de recrutement. En ligne : https://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/barometre_rh_fehap-nexem_2022-01-19_17-34-28_168.pdf

Fichet, M. (2016). *Fernand Deligny, un innovateur social aux prises avec les circonstances (1938-fin des années 1950)*. Master Histoire des Sociétés occidentales contemporaines, Université Paris 1.

Filloux, J-C. (1987). « Note de synthèse ». *Revue française de pédagogie*, volume 81, pp. 69-102.

Fleury, C. (2018). *Les irremplaçables*. Paris, Folio.

Freinet, C. (2016). *Le maître insurgé: écrits, 1920-1939*. Montreuil, Libertalia.

Freud, S. (1985). « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin », *Résultats, idées, problèmes*. t. II. Paris, Puf.

Freud, S. (2001). *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Payot, Paris.

Freud, S. (2010). *Le malaise dans la culture*. Paris, Flammarion.

Freud, S. (2011). *L'avenir d'une illusion*. Paris, Point.

- Freud, S. (2014). *Inhibition, symptôme, angoisse*. Paris, PUF.
- Freud, S. (2015). *Introduction à la psychanalyse*. Paris, Payot.
- Foucault, M. (1993). *Surveiller et punir*. Paris, Gallimard.
- Foucault, M. (2015). *Naissance de la clinique*. Paris, Puf.
- Fustier, P. (2000). *Le lien d'accompagnement. Entre don et contrat social*. Paris, Dunod.
- Fustier, P. (2013). *Éducation spécialisée : repères pour des pratiques*. Paris, Dunod.
- Fustier, P. (2012) « L'interstitiel et la fabrique de l'équipe », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 14, no. 2, pp. 85-96.
- Fustier, P. (2014). *Les corridors du quotidien: Clinique du quotidien et éducation spécialisée en institution*. Malakoff, Dunod.
- Fustier, P. (2020). *L'identité de l'éducateur spécialisé*. Malakoff, Dunod.
- Fustier, P. (2021). *Le travail d'équipe en institution: Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*. Malakoff, Dunod.
- Gaberan, P. (1997). « Condillac et la posture matérialiste en pédagogie : l'enfant n'est pas une idée ». Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation, Université Lyon 2.
- Gaberan, P. (2007). *La relation éducative: Un outil professionnel pour un projet humaniste*. Toulouse, Érès.
- Gaberan, P. (2009). *Cent mots pour être éducateur: Dictionnaire pratique du quotidien*. Toulouse, Érès.
- Gaberan, P. & Grimaud, L. (dir.) (2015). *ITEP, repères et défis*. Toulouse, Érès.

Gaberan, P. (2016). *Oser le verbe aimer en éducation spécialisée: La relation éducative* 2. Toulouse, Érès.

Gaberan, P. (2022). Ce que « être éducateur » veut dire. *Croiser les aspérités du terrain aux défis de la pensée: Un laboratoire de la clinique de l'ordinaire et de l'extraordinaire* (pp. 55-71). Nîmes, Champ social.

Gaillard, G. (2013). Paul Fustier « L'infrastructure imaginaire des institutions. À propos de l'enfance inadaptée », in R. Kaës *et al.* *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*, Dunod, 1987, 131-156. Dans : Didier Drieu éd. *46 commentaires de textes en clinique institutionnelle* (pp. 119-125).

Gaillard, G., Ravon, B., Bompard, V. & Borie-Bonnet, H. (2020). *Rencontre avec Paul Fustier: L'institution au quotidien, une pensée clinique*. Toulouse, Érès.

Gárate-Martínez, I. (2003). *L'institution autrement : Pour une clinique du travail social*. Toulouse, Érès.

Gardou, C. (2012). *La société inclusive, parlons-en : Il n'y a pas de vie minuscule*. Toulouse, Érès.

Gardou, C. & Pawloff, S. (2015). « Une anthropologie du mal : le manque, le mal et leurs déclinaisons. Le cas de l'éducation spécialisée ». *Empan*, 98, 139-146.

Gaspar, J-F. (2012). *Tenir! Les raisons d'être des travailleurs sociaux*. Paris, La Découverte.

Geste, R. & Dubouchet, R. (2013). Évaluation de la réingénierie de 10 diplômes d'état de travail social (Niveau IV à I). *Rapport DGCS*. En ligne:

http://www.unaforis.eu/sites/default/files/public/txt,%20pdf,%20doc,%20docx,%20ppt,%20pptx,%20xls,%20xlsx/synthese_transversale_rearchitecture.pdf,

Gilbert, Y. (2023). Et si on pensait autrement : peut-on échapper aux mécanismes de la

reproduction dans la formation et dans les pratiques du travail social ? *Phronesis*, 12, 12-24.

Giust-Desprairies, F. (2013). La clinique, une épistémologie pour les sciences de l'homme. Dans : Vincent de Gaulejac éd. *La recherche clinique en sciences sociales* (pp. 15-29). Toulouse, Érès.

Giust-Desprairies, F. (2019). Approche clinique. Dans : Christine Delory-Momberger éd. *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 280-283). Toulouse, Érès.

Goffman, E. (1963). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Éditions de Minuit.

Goffman, E. (1987). *Façons de parler*. Paris, Minuit.

Gomez, J-F. (2006). *Déficiences mentales : le devenir adulte. La personne en quête de sens*. Toulouse, Érès.

Gomez, J. (2010). Le management est-il un humanisme : Notes de lecture. *Empan*, 78, 28-37.

Gonon, F. (2011). La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? *Esprit*, 54-73.

Gonon, F. (2013) ; « Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes », *L'information psychiatrique*, vol. 89, no. 4, 2013, pp. 285-294.

Gori, R. (2007). « La novlangue de la psychopathologie aujourd'hui ». *Figures de la psychanalyse*, vol. 15, no. 1, pp. 151-165.

Gori, R. (2016). « Gouverner, éduquer et analyser : trois métiers impossibles ? », *Cliniques méditerranéennes*, vol. 94, no. 2, pp. 159-176.

- Gori, R. (2016). *Faut-il renoncer à la liberté pour être heureux ?* Paris, Babel.
- Gracq, J. (1989). *Le rivage des Syrtes*. Paris, éditions Corti.
- Graitson, I. & Neuforge, E. (2008). *L'intervention narrative en travail social : essai méthodologique à partir des récits de vie*. Paris, L'Harmattan.
- Granger, B. (2022). *Excel m'a tuer*. Paris, Odile Jacob.
- Grignon, C. (2008). « Prédiction et rétrodiction », *Revue européenne des sciences sociales*, XLVI-142, 75-90.
- Haber, S. (2012). « Analyser le néolibéralisme aujourd'hui », *La Revue des Livres*, n° 4, mars-avril, p. 60-67.
- Habib, C. (2014). *Le goût de la vie commune*. Paris, Flammarion.
- Hameline, D. (1986), *L'éducation, ses images et son propos*. Paris : ESF.
- Haraway, D. J. (2020). *Vivre avec le trouble*. Vaulx-en-Velin, Éditions des Mondes à faire.
- Hardy, J-P. (2018). *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Malakoff, Dunod.
- Herreros, G. (2012). *La violence ordinaire dans les organisations. Plaidoyer pour des organisations réflexives*. Toulouse, Érès.
- HCFEA. (2023). *Quand les enfants vont mal: comment les aider?* Rapport : https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_sme_rapport_13032023.pdf
- HCTS, Ministère de la Santé et des solidarités. (2021). *Le Travail Social au défi de la crise sanitaire. Impact de la crise sanitaire de la COVID-19 sur les organisations et les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux*, rapport coordonné par Marie-Paule Col:

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/hcts-le_travail_social_face_a_la_crise_sanitaire_20210125_vdef.pdf

Hess, R. (2010). *La pratique du journal : l'enquête au quotidien*. Paris, Tétraèdre.

Heuzé, S. (2016). *De nouvelles pratiques d'accompagnement: Le Dispositif ITEP, un concept d'intervention*. Nîmes, Champ social.

Hippocrate. (1999). *Connaître, soigner, aimer. Le serment et autres textes*. Éditions Jean Salem, Seuil, Paris.

Hirlet, P., Benoit, D. (2021). « La novlangue de l'action sociale et médico-sociale : un vocabulaire adapté aux nouveaux choix de gouvernance et de restructuration de ce secteur ». *Le Sociographe*, vol. 74, no. 2, pp. XXXIII-XLIV.

Hoerni, B. (2000). *L'examen clinique d'Hippocrate à nos jours*. Imothep/Maloine.

Houssaye, J. (1993). « Humanisme et éducation », in Renée Bouveresse, *Éducation et philosophie*. Puf, p. 85-98.

Houssaye, J. (1998). *Deligny, éducateur de l'extrême*. Toulouse, Érès.

Hugo, V. (2012). *Le Dernier Jour d'un condamné*. Paris, J'ai lu.

Imbert, F. (1992). *Vers une clinique du pédagogique*. Vigneux, Matrice.

IGAS (2005). « L'intervention sociale, un travail de proximité », Rapport : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000126/index.shtml>

IGAS. (2014). « Évaluation de la 1^{ère} année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale ». Rapport public Cohésion sociale : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-024R_Tome_I.pdf

IGAS (2018). « Évaluation du fonctionnement en dispositif intégré des instituts

thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, et des perspectives d'extension », Rapport :
<https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-170R-D.pdf>

IGAS. (2018). « L'accompagnement social ». Rapport:
<https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-105K.pdf>

Ion, J. (1998). *Le Travail social au singulier*. Malakoff, Dunod.

Ion, J. et Ravon, B. (2005). *Les travailleurs sociaux*. Paris, La Découverte.

Iori, R. (2017). « Entre *universitarisation* et « professionnalisation » : la formation des assistant-e-s de service social, en France et en Italie », *Formation emploi*, 138.

Jaeger, M. (2014). *Le travail social et la recherche: Conférence de consensus*. Dunod.

Jaurès, J. (1980). « Discours des 23-27 septembre 1900 au Congrès socialiste international (Paris) ». *Congrès socialiste international : Paris, 23-27 septembre 1900*, Genève, Minkoff.

Jaurès, J. (1983). « Discours à la jeunesse, Albi, 1903 », *Anthologie de Jean Jaurès*. Paris, Calmann-Lévy

Jeanne, Y. (2010). *Dépasser la violence des adolescents difficiles: Le pari de l'éducation*. Toulouse, Érès.

Jobert, G. (2000). « Dire, penser, faire. À propos de trois métaphores agissantes en formation des adultes » in *Revue Éducation permanente*, N° 143.

Jouvenet, L.P. et al. (1988). *Fernand Deligny, 50 ans d'asile*. Toulouse, Privat.

Juven, P-H., Pierru, F., et Vincent, F. (2019). *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*. Paris, Raisons d'agir éditions.

Kaës, R. (2011). *Les médiations thérapeutiques*. Toulouse, Érès.

- Kant, E. (1980), *Propos de pédagogie*. Paris, Vrin.
- Karsz, S. (2011). *Pourquoi le travail social ? Définition, figures, clinique*. Malakoff, Dunod.
- Keck, F. (2004). « Individu et événement dans *la pensée sauvage* », *Les Temps Modernes*, vol. 628, no. 3, pp. 37-57.
- Kemp, P. (2016). Du bon usage de l'idée de dignité. *Diogène*, 253, 91-96.
- Korczak, J. (2006). *Les moments pédagogiques*, Paris, Anthropos.
- Lacan, J. (1978). *Lacan in Italia 1953-1978*, Milan, La Salamandra.
- Lafore, R. (2020). « Le travail social à l'épreuve des recompositions institutionnelles de l'action sociale », *Revue française des affaires sociales*, no. 2, pp. 29-49.
- Lahire, B. (2007). 7. Logiques pratiques : le « faire » et le « dire sur le faire », *L'esprit sociologique*. (pp. 141-160). Paris: La Découverte.
- Lahire, B. (2016). *Pour la sociologie. Et pour en finir avec une prétendue « culture de l'excuse »*, Paris, La Découverte.
- Lahire, B. (2021). « L'architecture des textes », *Culture écrite et inégalités scolaires*. Presses universitaires de Lyon, p. 243-284.
- Lapassade, G. (2006). *Groupes, Organisations, Institutions*. Paris, Economica.
- Laterrasse, C., Brossais, E. (2014). « 32 Le rapport au savoir », in Jacky Beillerot et al. *Traité des sciences et des pratiques de l'éducation*, Dunod « Psycho Sup », p. 381-393.
- Le Blanc, G. (2010). Critique de la clinique, clinique de la critique. Dans : Yves Clot éd. *Travail et santé* (pp. 13-24). Toulouse, Érès.

Lechaux, P. (2022). *Les défis de la formation des travailleurs sociaux: Entre universités et écoles professionnelles*. Nîmes, Champ social.

Lefève, C. (2014). De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical. *Revue de métaphysique et de morale*, 82, 197-221.

Legrand, M. (1993). *L'approche biographique*. Paris, Desclée De Brouwer.

Lemay, M. (1999). *Les éducateurs aujourd'hui*. Malakoff, Dunod.

Legendre, P. (1997). *La fabrique de l'homme occidental*. Paris, 1001 nuits.

Lerbet-Serini, F. (1994). Relation et éthique de la responsabilité. *Éducation permanente*, n°121, pp 13-52.

Lévi-Strauss, C. (1962). *La pensée sauvage*. Paris, Plon.

Lévi-Strauss, C. (1990). *Tristes tropiques*. Paris, Flammarion.

Lhuillier, D. (2006). « Cliniques du travail ». *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 1, no. 1, pp. 179-193.

Loubet, J. (2012). *Le savoir-faire éducatif*. Toulouse, Érès.

Lourau, R. (1970). *L'analyse institutionnelle*. Paris, Éditions de Minuit.

Liotard, J.-F. (1972). *La condition postmoderne*. Paris, Les éditions de minuit.

Macherey, P. (2009). *Petits riens. Ornières et dérives du quotidien*. Paris, Le Bord de l'Eau.

Macherey, P., Pirone, I., Ottavi, D. (2020). « La force des normes ». *Psychologie Clinique*, 50, 7-14.

Majastre, J-O. (1972). « Avant-propos ». *L'introduction du changement dans un hôpital psychiatrique public*. Paris, François Maspero éditions.

Makarenko, A. (2022). *Le chemin de la vie : épopée de la pédagogie soviétique : poème pédagogique*. Paris, Delga.

Marcuse, H. (1968). *L'homme unidimensionnel*. Paris, Éditions de Minuit.

Marty, M., Ponnou, S. et Clouse, F. (2024). « L'évolution du Diplôme d'État d'Éducateur Spécialisé de 1967 à nos jours : un analyseur des enjeux d'universitarisation des formations en travail social » In Maillolchon, I. & Medini, A. *Réingénierie des formations et qualification des intervenants sociaux*. Rouen, Presses Universitaires du Rouen et du Havre (PURH).

Marty, M. (2021). « Évolution libérale du social et domination des compétences ». *Forum*, 164, 16-23.

Mauger, G. (2012). « Sur la domination ». *Savoir/Agir*, 19, 11-16.

Maurel, E. (1998). « Observer les emplois et les qualifications de l'intervention sociale », *Recherches et Prévisions*, n°54, décembre 1998. Le service public CAF : du social au politique. pp. 35-49.

Meirieu, P. (2009). Le pari de l'éducabilité: Les soirées de l'ENPJJ. *Les Cahiers Dynamiques*, 43, 4-9.

Mendel, G. (1998). *L'acte est une aventure: Du sujet métaphysique au sujet de l'actepouvoir*. Paris, La Découverte.

Mendel, G. (2002). Acte. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd. *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 23-35). Toulouse, Érès.

Memmi, D., Raveneau, G., & Taïeb, E. (2016) . *Le social à l'épreuve du dégoût*. Presses universitaires de Rennes.

Minard M. (2013). *Le DSM-roi : la psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*. Toulouse, Érès.

Minary, J-P. (2006). « Collectifs et cadres de travail dans les impossibles métiers de la relation à l'autre », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 1, no. 1, pp. 87-101.

Moreau de Bellaing, L. (2010). « La loi de 2005 sur les personnes en situation de handicap les débats à l'assemblée nationale ». *Journal des anthropologues*, 122-123.

Morel, D. (2016). « Éthique et réalités, Calmer l'espoir », *Le sociographe*. Vol. 54, no. 2, p.19-30.

Morin, E. (1999). *La tête bien faite*. Paris, Seuil.

Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris, Seuil.

Mornet, J. (2007). Naissance et développement de la psychothérapie institutionnelle. *Psychothérapie institutionnelle: Histoire & actualité* (pp. 15-42). Nîmes, Champ social.

Muller, J. (2020). *La tyrannie des métriques*. Genève, Éditions Markus Haller.

Neill, A. S. (2004). *Libres enfants de Summerhill*. Paris, La Découverte poche.

Nicolas-Le Strat, P. (1996). *L'implication, une nouvelle base de l'intervention sociale*. Paris, L'Harmattan.

Nicolas Le Strat, P. (2014). L'exigence de communs, la passion du commun – lectures de Toni Negri et de Hardt & Negri. En ligne : <https://pnls.fr/lexigence-de-communs-la-passion-du-commun-lectures-de-toni-negri-et-de-hardt-negri/>

Nicolas Le Strat, P. (2015). *Commun oppositionnel*. En ligne : <https://pnls.fr/commun-oppositionnel/>

Nicolas-Le Strat, P. (2015). Travail d'institution et capacitation du commun. En ligne : <https://pnls.fr/travail-dinstitution-et-capacitation-du-commun/>

Nicolas-Le Strat, P. (2016). *Le travail du commun*. Saint Germain sur Ille, Éditions du Commun.

Niewiadomski, C. (2002). « Accompagnement, travail social, postures cliniques et enjeux éthiques », *Éducation permanente*, n° 153, p.167-177.

Niewiadomski, C. (2006). « Mutations professionnelles, clinique psychosociale du travail éducatif et enjeux de formation », Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale. Mythes et réalité*, Paris, L'Harmattan, p. 227-240.

Niewiadomski, C. (2017). « Une recherche collaborative menée auprès de professionnels des métiers de « l'aide à autrui » en région Nord pas de Calais », *Éducation et socialisation*. N°45.

Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative. Entendre et écouter le Sujet contemporain*. Toulouse, Érès.

Niewiadomski, C. (2019). Compétence biographique. Dans : Christine Delory-Momberger éd. *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 51-53). Toulouse: Érès.

Niewiadomski, C. (2019). Récit de vie. Dans : Christine Delory-Momberger éd. *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 136-139). Toulouse: Érès.

Nègre, P. (1999). *La quête du sens en éducation spécialisée : De l'observation à l'accompagnement*. Paris, L'Harmattan.

Observatoire des inégalités (2023). Les inégalités de revenus remontent: <https://www.inegalites.fr/evol-inegalites-long>

Ogien, A. (2010). La valeur sociale du chiffre: La quantification de l'action publique entre performance et démocratie. *Revue Française de Socio-Économie*, 5, 19-40.

O'Neil, C. (2018). *Algorithmes : la bombe à retardement*. Paris, Les Arènes.

Olivier de Sardan, J-P. (1996). « La violence faite aux données », *Enquête*, 3 |, 31-59.

Orgiazzi Billon-Galland, I. (2003). Singularités et paradoxes de la clinique psychanalytique : pertinence du singulier comme objet de connaissance. *Cliniques méditerranéennes*, n°68, 175-191.

Orléan, A. (2013). « Le néolibéralisme entre théorie et pratique. Entretien avec André Orléan », *Cahiers philosophiques*, vol. 133, no. 2, pp. 9-20.

Orwell, G. (2017). *1984*. Paris, Gallimard.

Oury, F. & Vasquez, A. (1991). *Vers une pédagogie institutionnelle?* Nîmes, Matrice.

Oury, J. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle: Traces et configurations précaires*. Nîmes, Champ social.

Oury, J. (2005). « - 17 octobre 1984 - », *Le Collectif. Le Séminaire de Sainte-Anne*, Nîmes, Champ social.

Oury, J. et Faugeras P. (2013). *Préalable à toute clinique des psychoses*. Toulouse, Érès.

Pagès, M. (1986). *L'Orientation non directive en psychothérapie et en psychologie sociale*. Malakoff, Dunod.

Pagès, M. (2006). *L'implication dans les sciences humaines. Une clinique de la complexité*. Paris : L'Harmattan.

Pagoni, M. (2000). « La méthode clinique en sciences de l'éducation. 1^{re} partie : objectifs et mode de questionnement », in *Les Cahiers Théodile*, n°1, p. 189-213 et (2002)

Pagoni, M. (2010). « *Approches cliniques des apprentissages* », *Recherche & Formation*, n° 63, p.17-22.

Panero, A. (2021). Fernand Deligny, précurseur d'une inclusion sans condition. *Chimères*, 99, 65-94.

Pascal, H. (2014). *Histoire du travail social en France. De la fin du XIX^e siècle à nos jours*. Rennes, Presses de l'EHESP.

Patočka, J. (2007). *Essais hérétiques sur la philosophie de l'histoire*. Paris, Verdier/poche.

Paul, M. (2007). *Penser l'accompagnement adulte*. Paris, Presses Universitaires de France.

Paul, M. (2011). « Accompagner des adultes en formation. Du tiers inexistant au tiers inclus », in Xypas, C. et al. *Le tiers éducatif. Une nouvelle relation pédagogique*. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, p. 89-107.

Paul, M. (2018). 2. Ce qu'accompagner veut dire. Dans : Patrick Cottin éd. *Accompagner les adolescents: Nouvelles pratiques, nouveaux défis pour les professionnels* (pp. 25-34). Toulouse: Érès.

Patočka, J. (1999). *Essais hérétiques sur la philosophie de l'histoire*. Paris, Verdier.

Paturet, J-B. (1997). *De Magistro : Le discours du maître en question*. Toulouse, Érès.

Paturet, J-B. (2007). *De la responsabilité en éducation*. Toulouse, Érès.

Pérec, G. (1989). *L'infra-ordinaire*. Paris, Le Seuil.

Perraut Soliveres, A. (2001). *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris, Presses Universitaires de France.

- Perret, C. (2016). La vie fossile: Hommage à Fernand Deligny. *Po&sie*, 156, 100-109.
- Perrier, M. (2006). *La construction des légitimités professionnelles dans la formation des travailleurs sociaux*. Logiques sociales, Paris, L'Harmattan.
- Perrier, M. (2021). Les mots et le désordre des choses. *Le Sociographe*, 74, 80-90.
- Pessoa, F. (1992). *Le livre de l'intranquillité*. Paris, Christian Bourgeois.
- Pestalozzi, J-H. (2013). *Comment Gertrude instruit ses enfants*. Lausanne, LEP.
- Piel, J. (2007) « Le virage néolibéral planétaire depuis 25 ans : la nouveauté proclamée ou le dernier avatar du capitalisme toujours tel qu'en lui-même ? », *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, Débats.
- Pineau, G. & Le Grand, J. (2019). *Les histoires de vie*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Pirone, I. (2016). À la limite : malaise dans l'éthique. *Le Télémaque*, 49, 9-16.
- Pirone, I. & Weber, J. (2018). Comment être juste dans l'acte éducatif : Une question pour le sujet au-delà d'une compétence professionnelle de l'enseignant. *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 61, 53-68.
- Piveteau, D. (2014). « Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », Ministère de la Santé.
- Plantet, J. (2001). *Risques et pratiques éducatives*. Malakoff, Dunod.
- Ponnou, S. (2014). *Lacan et l'éducation : manifeste pour une clinique lacanienne de l'éducation*. Paris, L'Harmattan.
- Ponnou, S. (2016). *Le travail social à l'épreuve de la clinique psychanalytique*. Paris,

L'Harmattan.

Ponnou S., Roebroek E. (2018). Les mémoires professionnels des éducateurs spécialisés : un analyseur des dispositifs de formation et de recherche en travail social. *La Recherche en Éducation, Association Francophone Internationale de Recherche Scientifique en Éducation*, pp.68-87.

Ponnou, S. (2020). « Hyperactivité/TDAH : trouble scandale », *Le Sociographe*, vol. 72, no. 4, p. 79-93.

Ponnou, S. & Niewiadomski, C. (Dir.) (2020). *Pratiques d'Orientation Clinique en Travail Social*. Paris, L'Harmattan.

Ponnou, S. & Lemoine, M. (2021). Subvertir les dispositifs d'évaluation des institutions médicosociales : approche clinique et anthropologique. *Pensée plurielle*, 53, 53-75.

Ponnou, S. (2022). « Chapitre 10. Nécessité de la clinique dans la formation des travailleurs sociaux : enjeux et perspectives contemporaines ».in P. Lechaux, *Les défis de la formation des travailleurs sociaux: Entre universités et écoles professionnelles* (pp. 295-310). Nîmes, Champ social.

Ponnou, S., Briffault, X. & Chave, F. (Dir.) (2023). *Le silence des symptômes: Enquête sur la santé mentale et le soin des enfants*. Nîmes, Champ social.

Prairat, E. (2012). « Considérations sur l'idée de norme », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*. (Vol. 45), p. 33-50.

Public Enemy. (1988). « Don't believe the hype ». *It Takes a Nation of Millions to Hold Us Back*. Def Jam.

Raoult, P. (2010). La praxis clinique comme crise épistémique. *Le Journal des psychologues*, 276, 24-27.

Renaut, A. (1989). *L'Ère de l'individu*. Paris, Gallimard.

- Revault D'Allonnes, C. (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris, Bordas.
- Ricœur, P. (1984). « Fondements de l'éthique » *Autres Temps. Les cahiers du christianisme social*. N°3, pp. 61-71.
- Ricœur, P. (1998). *Soi-même comme un autre*. Paris, Seuil.
- Rochex J-Y. (2010). Approches cliniques et recherche en éducation, *Recherche et formation*, 65, 111-122.
- Roquefort, D. (1995). *Le rôle de l'éducateur*. Paris, L'Harmattan.
- Rosa, H. (2010). *Accélération : une critique sociale du temps*. Paris, La Découverte.
- Rousseau J.-J. (1982). *Émile ou de l'éducation*. Paris, Garnier.
- Rouzel, J. (2006). « Pratique éducative : comment ça s'écrit ? », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. n° 91, no. 3, p.42-48.
- Rouzel, J. (2014). *Travail éducatif et psychanalyse*. Malakoff, Dunod.
- Rouzel, J. (2016). *La parole éducative*. Malakoff, Dunod.
- Rouzel, J. (2017). Livres et revues. *VST - Vie sociale et traitements*, 134, 136-143.
- Rouzel, J. (2018). Les travailleurs soucieux.... *Empan*, 109, 82-89.
- Rouzel, J. (2018). *Le travail d'éducateur spécialisé : Éthique et pratique*. Malakoff, Dunod.
- Rouzel, J. (2020). *La relation d'aide en éducation spécialisée*. Malakoff, Dunod.

Rouzel, J. (2021). *Le transfert dans la relation éducative: Psychanalyse et travail social*. Malakoff, Dunod.

Safon, M-O (2021). « Les réformes hospitalières en France : Aspects historiques et réglementaires ». *Synthèse documentaire*, Centre de documentation de L'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES).

Şan, E. (2019). Penser Aujourd'hui avec Patočka. La vulnérabilité collective et la solidarité politique. *Implications philosophiques*, En ligne: <https://www.implications-philosophiques.org/penser-aujourd'hui-avec-patocka/>

Sartre, J-P. (1996). *L'existentialisme est un humanisme*. Paris, Gallimard.

Sauret, M-J. (2008). *L'effet révolutionnaire du symptôme*. Toulouse, Érès.

Sauret, M-J. & Askofaré, A. (2011). « Incidences du libéralisme sur l'évolution des métiers de la clinique », *Recherches en psychanalyse*, vol. 12, no. 2, pp. 114-123.

Savignat, P. (2012). *L'action sociale a-t-elle encore un avenir ?* Malakoff, Dunod.

Schaepelynck, V. (2013). « Institution », *Le Télémaque*. N° 44, p. 21-34.

Schmit, G. (2007). Le trouble et le symptôme en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. In Lucette Khaïat éd. *Enfance dangereuse, enfance en danger* (pp.47-62). Toulouse, Érès.

Scott C, J. (2009). *La domination et les arts de la résistance. Fragments du discours subalterne*. Paris, Éditions Amsterdam.

Sibony, D. (2016). *L'entre-deux. L'origine en partage*. Paris, Points.

Sicot, F. (2005). « Le handicap socioculturel a-t-il disparu ? », *Revue Française des affaires sociales*, n°2, pp. 273-293.

Simmel, G. (1995). *Le conflit*. Belval, Circé

Sommer Dupont, V. (2022). Préface. Dans : Sébastien Ponnou éd. *À l'écoute des enfants hyperactifs: Le pari de la psychanalyse* (pp. 7-9). Nîmes, Champ social.

Spurk, J. (2016). La *gouvernance* ou le règne de la raison instrumentale. *L'Homme & la Société*, 199, 21-46.

Supiot, A. (2015). *La Gouvernance par les nombres*. Paris, Fayard.

Tardivel, E. (2017). « Les conditions de la liberté - Kant contre Kant », *Communio*, vol. 254, no. 6, pp. 77-85.

Terrisse, A. (2009). Chapitre 1. La didactique clinique en EPS. Origine, cadre théorique et recherches empiriques. *Didactique clinique de l'éducation physique et sportive (EPS): Quels enjeux de savoirs ?* (pp. 13-31). Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur.

Thouroude, L., Guirimand, N. (2018). « La posture de l'entre-deux des professionnels du secteur médico-social dans la rencontre avec les parents », *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social. Décloisonner & coordonner les parcours de vie et de soin*, Champ social, Nîmes, p.141-151.

Tochon, F. (1993). « Le fonctionnement "improvisationnel" de l'enseignant expert ». *Revue des sciences de l'éducation*, 19(3), p.437-46.

Tort, P. (2014). *Sexe race & culture*. Paris, Textuel.

Tort, P. (2019). *L'intelligence des limites. Essai sur le concept d'hypertélie*. Paris, éditions Gruppen.

Tort, P. (2020). *Capitalisme ou Civilisation*. Paris, Gruppen.

Vandeveldt-Rougale, A. (2017). *La novlangue managériale. Emprise et résistance*. Toulouse, Érès.

Vermersch, P. (2015). « Subjectivité agissante et entretien d'explicitation », *Recherche et formation*, 80, 121-130.

Vermersch, P. (2019). *L'entretien d'explicitation*. ESF Sciences humaines, Paris.

Veyrié, N. (2022). Des travailleurs sociaux de l'ombre : quelle reconnaissance ? *Sociographe*, 78, 11-24.

Veyrié, N. (2021). *Penser la formation en travail social*. Nîmes, Champ social.

« Métiers de l'humain, la résistance s'organise » (2024). *VST - Vie sociale et traitements*. N°161.

Wacjman, C. (2011). *Adolescence et troubles du comportement en institution*. Malakoff, Dunod.

Weber, J. (2011). Traiter quoi, soigner qui ? *Cahiers philosophiques*, 125, 7-29.

Winnicott, D. W. (2010). *Les objets transitionnels*. Paris, Payot.

Wittezaele, J. (2008). *La double contrainte: L'influence des paradoxes de Bateson en Sciences humaines*. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur.

Youssoupha (2007). *Éternel recommencement*. Bomayé Musik.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des 20 projets d'établissements

Année	DITEP 1	DITEP 2	DITEP 3	DITEP 4	DITEP 5
1982	X				
1984	X				
1992	X				
1999	X				
2001	X				
2005	X				
2007			X		
2008		X			X
2010	X				
2011			X		
2012				X	
2014	X	X			X
2016				X	X
2017			X		
2019		X			X