



PENSER LA CLINIQUE DANS LES SITUATIONS LIMITES DE LA PRATIQUE ÉDUCATIVE

Jean-Baptiste Desveaux

► To cite this version:

Jean-Baptiste Desveaux. PENSER LA CLINIQUE DANS LES SITUATIONS LIMITES DE LA PRATIQUE ÉDUCATIVE. L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE. Enjeux cliniques, politiques, éthiques, L'harmattan, pp.195-214, 2020, 978-2-343-21710-9. hal-04107950

HAL Id: hal-04107950

<https://hal.science/hal-04107950>

Submitted on 21 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Penser la clinique dans les situations limites de la pratique éducative

*Jean-Baptiste Desveaux**

La disposition clinique est une manière d'être là pour l'autre, à son chevet, à ses soins ; elle convoque une dimension empathique où l'on doit s'identifier aux vécus de l'autre pour pouvoir saisir au mieux ses souffrances et ses besoins. En ce sens, tout professionnel, qu'il soit dit « soignant » ou non, exerçant dans un dispositif qui vise à l'accompagnement et au traitement de la souffrance psychique, est nécessairement clinicien. Pour l'éducatrice ou l'éducateur qui exerce en Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP¹), la clinique sera son quotidien, sa pratique, chaque fois qu'il ou elle se retrouvera en relation avec les enfants ou les adolescents. La clinique, c'est l'expérience subjective que l'on fait dans notre rencontre à l'autre. C'est aussi une expérience qui suppose d'être à même, dans l'après-coup, de produire un travail de reprise pour en venir progressivement à tisser une pensée, une pensée clinique qui n'est autre qu'une conception du soin.

Durant plus d'une dizaine d'années, j'ai eu l'occasion de travailler en ITEP en tant que psychologue institutionnel et psychothérapeute, intervenant dans différents dispositifs individuels ou groupaux. J'y ai appris à mener une pratique clinique articulée avec les pratiques éducatives, tant dans la pratique directe par la co-animation de dispositifs mais aussi par le dialogue constant que le travail d'interdisciplinarité favorise. C'est à partir de cette expérience que je propose, dans ce chapitre, d'analyser les effets de la clinique en ITEP sur la pensée clinique, notamment lorsque les professionnels sont confrontés à des situations difficiles. J'aborderai également des propositions d'aménagements qui ont été mis en place pour faire face aux difficultés posées par la pratique.

L'implication et l'écart

La pensée clinique est une pensée « dialogique », comme le dit André Green (2007, p. 20) : elle n'est pas la production du seul professionnel, mais l'écoute et l'observation d'un dialogue entre soi et l'autre. Dans la pratique de la clinique éducative, le professionnel va produire un mouvement de va-et-vient entre observation et écoute de l'autre et observation et écoute de soi, ainsi que des effets que la rencontre avec l'autre produit en soi.

Chaque pratique éducative ou soignante, du fait de ses spécificités, produit un effet singulier sur la psyché du professionnel qui la met en œuvre ; ses expériences émotionnelles en

* Jean-Baptiste Desveaux est psychologue clinicien et psychanalyste, Docteur en psychopathologie et psychologie clinique (Université Lumière Lyon 2). Il a exercé en ITEP, à la maison des adolescents du Rhône et en libéral. En parallèle, il a enseigné en école de travail social (ARFRIPS, Lyon) et comme ATER à l'Université Lumière Lyon 2 (CRPPC EA 653), ainsi que comme formateur au sein de différentes institutions sociales et médico-sociales. Il exerce actuellement à Rennes dans un Centre de Placement Familial Spécialisé (SEA 35).

¹ Depuis le Décret 2017-620 du 24 Avril 2017, on parle de Dispositif ITEP ou de DITEP (Dispositif d'interventions thérapeutiques éducatives et pédagogiques).

sont impactées tout autant que ses modalités de penser, et ce, d'ailleurs bien au-delà des seuls moments où il est au travail. Il porte avec lui ceux dont il s'occupe, les ramène parfois à la maison « dans sa tête ». L'autre, l'usager, devient une personne familière, presque intime, qui envahit le monde interne du clinicien et peuple sa psyché à l'instar de toute expérience relationnelle intense et répétée.

Une pratique clinique de qualité ne peut exister qu'à ce prix ; le clinicien doit s'impliquer dans la relation, se laisser investir par l'autre, pour que puissent se transférer les éléments les plus souffrants et énigmatiques de la vie psychique du sujet. En se transférant, ces contenus psychiques impriment dans la psyché du clinicien des traces, des formes, qui vont aussi altérer, déformer et transformer les modalités de pensée du professionnel. C'est justement lorsque l'on est le plus confronté aux effets de la psyché de l'autre, que l'on est le moins à même de pouvoir en prendre conscience. Quand une personne est impactée, elle peut être « hors d'elle », débordée, dépassée, saturée, et ainsi poussée à réagir, pour expulser ces éléments qui l'affectent, qui l'angoissent, l'irritent ou la découragent.

Le paradoxe est que pour parvenir à s'identifier pleinement, pour entrer en contact avec l'autre, il faut pouvoir mettre la pensée en latence, suspendre les réflexions pour se laisser aller à l'expérience, forte de toutes ses dimensions d'improvisation. L'intuition guide alors la pratique, mais l'intuition est en fait une forme de pensée sensible, une pensée en œuvre et en relation, une pensée en action. Cette pensée, qui ne semble pas réfléchir à elle-même mais s'offre à la relation avec l'autre pour se laisser imprégner intuitivement des formes spécifiques de l'autre², est caractéristique de la pratique clinique, qu'elle soit éducative ou psychothérapique. Pour que de l'expérience, une pensée clinique puisse advenir, il faut qu'un écart puisse avoir lieu, un écart entre le temps premier où une emprise tempérée, produite par la psyché de l'autre sur le clinicien se déploie, puis, cède le pas au temps second de la déprise, pour qu'enfin un mouvement de reprise puisse émerger.

Avant d'analyser les effets de la pratique sur la pensée, il me faut spécifier quelques caractéristiques propres à la pratique en ITEP.

Situations limites de la pratique éducative

Les ITEP, à l'instar des établissements qui accueillent des adolescents et adolescentes manifestant des troubles du comportement³, doivent faire face quotidiennement à des situations cliniques aigües, radicales, parfois qualifiées comme relevant de cliniques de l'extrême, où la détresse des sujets accueillis vient le plus souvent rencontrer le sentiment d'impuissance des professionnels. Si la destructivité et la violence émaillent les liens au quotidien, il faut garder à l'esprit que la violence perçue ne trouve pas ses sources dans les seuls individus qui la manifestent. Ces établissements produisent des fonctionnements institutionnels qui sont parfois eux-mêmes susceptibles de reproduire malgré eux des effets de violence (Ciccone, 2014, 2016), du fait de leur position interface, entre des attentes sociales fortes et des moyens mis à disposition toujours de plus en plus réduits, auxquels s'ajoutent une fréquente méconnaissance par les gestionnaires des réalités cliniques de terrain. Bien que certains de ces enjeux soient valables pour un grand nombre de structures sociales ou médico-sociales, les établissements

² Sur ce point, C. Bollas écrit que lorsqu'un clinicien développe une « communication profonde » avec l'autre, il accède alors à un certain type de connaissance, non accessible autrement, une connaissance qui forme « la matrice de l'intuition humaine ». « Nous connaissons intuitivement l'autre. Comme médium de l'autre, nous avons été informé de l'idiome d'être de l'autre. » (2011, p. 247).

³ Telles que les institutions de la Protection judiciaires de la jeunesse, les Centre Éducatif Renforcé, Centre Éducatif Fermé et certains internats spécialisés, etc.

ayant affaire à des problématiques relevant de la tendance antisociale ou de la délinquance, où les aspects de l'agir, de la destructivité et des conduites à risque sont centraux, qui plus est lorsqu'elles disposent d'un internat ou semi-internat, font éprouver aux professionnels de terrain des situations limites de la pratique éducative, sociale, pédagogique et soignante.

Il s'agit bien là de considérer que ce ne sont pas ces enfants ou ces adolescents qui, seuls, confronteraient les professionnels à des situations violentes, même si, au premier regard, cette lecture peut rencontrer une naturelle adhésion, mais plutôt d'envisager que l'origine des souffrances et des violences interindividuelles provient de la situation limite de la pratique éducative. Cette situation limite de la pratique est une résultante de différents facteurs : les tensions entre attentes sociales et moyens à disposition, les spécificités de l'écologie psychique globale du sujet⁴ et les capacités d'accueil et de contenance des professionnels et dispositifs institutionnels. Pour le dire autrement, les manifestations exprimées par ces adolescents ne sont pas uniquement issues de leur histoire individuelle personnelle et les voies de compréhension requièrent de prendre en compte une multitude de facteurs qui relèvent de l'environnement psycho-social dans sa complexité.

Observons désormais comment les dynamiques des écologies subjectives des adolescents accueillis en ITEP, par les formes cliniques qu'elles produisent, peuvent modifier les modalités de déploiement de la pensée clinique chez les professionnels éducatifs.

Quand la pratique trouble la pensée clinique

Attaques contre la pensée

Les pratiques éducatives en ITEP sont modelées par ce contexte clinique spécifique, et les déploiements transférentiels de ces écologies subjectives vont infiltrer non seulement les pratiques, mais aussi les modalités de penser la clinique. Il est de coutume d'entendre dire que ces cliniques violentes ou extrêmes viennent attaquer la pensée par l'effet traumatique de sidération qu'elles génèrent. Cette idée repose sur une proposition de Wilfred R. Bion (1959) concernant « l'attaque contre les liens » ou contre la pensée, mais semble se retrouver de manière imprécise comme explication unique dans bien des situations cliniques (autismes, psychoses, toxicomanie, perversion, psychopathie...) où le professionnel se voit frappé d'incompréhension. Il me semble que le travail avec ces différents types de situations cliniques ne génère pas vraiment les mêmes effets. Dans les relations avec la psychose, il arrive que l'on ne sache plus comment penser, là où, dans les situations limites, on ne sait plus quoi en penser. Tandis que dans les rencontres avec la psychose, les processus mêmes de la pensée du clinicien sont attaqués, altérés par l'expérience impensable, dans les situations limites, le professionnel voit sa pensée troublée, au sens d'une pensée vivante, ouverte et dynamique. Le réel s'impose dans les capacités de pensée ; colonisant l'espace mental, il entrave tout écart à son égard et instaure progressivement le règne de la « pensée opératoire » (Marty et de M'Uzan, 1963), un monde interne dénué de toute capacité onirique. C'est sa « capacité de rêverie » (Bion, 1962)

⁴ « L'écologie psychique globale du sujet » est une expression que j'ai proposée (Desveaux, 2018b, 2019) pour souligner que lorsque l'on travaille auprès de ces adolescents, dont les souffrances sont psycho-sociales, il faut considérer que nous n'avons pas affaire à une psyché individuelle isolée, mais à une construction psycho-sociale complexe qui reflète l'environnement intrapsychique et psychosocial du sujet. Cela inclut sa situation sociale et familiale, son histoire individuelle, familiale et culturelle, ses liens (relations d'objets et intersubjectives, son lien social, ses qualités d'attachement), son vécu individuel relatif à sa classe sociale, son genre, et ses origines, etc., mais encore ses expériences environnementales (de nature sensorielle, émotionnelle et physiques) avec les milieux humains et non-humains (les espaces et ambiances) dans lesquels le sujet a évolué et continue d'évoluer.

qui est atteinte, la capacité de réceptionner la vie psychique de l'autre, la pensée semble alors souffrir de liberté, de jeu, se vidant de ses potentialités créatives⁵.

Ces expériences cliniques n'entravent pas la compréhension ou la capacité de faire appel à des raisonnements logiques, mais elles distordent leurs logiques pour faire suivre à la pensée des voies courtes, simplificatrices et réductrices de sens. Maintenir une pensée clinique dynamique et riche suppose de soutenir des positions de doute, d'explorer des énigmes pour proposer des hypothèses ou des suppositions. Elle s'alimente de raisonnements pluriels et complexes suivant des voies longues, parfois indirectes et souvent sinueuses. La pensée qu'il s'agit de soutenir est une pensée « rêvante », qui permet d'être créatif, d'inventer, d'imaginer, de se décoller du réel pour voyager dans le monde des idées.

Continuer à penser malgré la tempête : écouter les formes

Les situations d'urgence qui mobilisent de la violence et priorisent l'affect (contre la raison) ont tendance à œuvrer selon des logiques de déliaison, d'anti-lien. Les raisonnements univoques suivant des voies courtes, les réponses faciles et proposant des issues immédiates, les pensées déclaratives fonctionnant à la manière d'assertions incontestables, le recours au pragmatisme et aux dimensions formelles sont autant de modalités qui viennent servir les besoins d'une pensée en souffrance et en quête de sédation. L'incompréhension, le doute et l'incertitude créent des tensions au sein de l'appareil psychique, et lorsque le sujet est confronté à une situation d'urgence, la volonté première est souvent de trouver une issue immédiate qui viendrait le soulager. Lorsque l'expérience convoque une dimension de violence ou d'injustice profonde, le sujet sera en quête de solutions rapides et faciles. Ces situations sidèrent et poussent à réagir plutôt qu'à penser, elles distordent nos systèmes de valeurs et conduisent le sujet à penser selon des modalités binaires (en « tout ou rien », en dialectiques « bon-mauvais », « bien ou mal », etc.), des modalités aux prises avec l'arbitraire, voire à valoriser des modalités vengeresses de type loi du talion. Ces logiques s'éloignent alors des possibilités de développer des pensées intermédiaires, transitionnelles (Winnicott, 1971a), qui visent à promouvoir l'articulation plutôt que l'opposition.

Ces vécus qui altèrent les dispositions à penser ainsi que les modalités de pensée sont susceptibles d'être en fait communs aux personnes accueillies et aux professionnels qui les rencontrent. On peut en effet rencontrer ces manières de penser et d'exprimer la pensée aussi bien chez des adolescents réputés antisociaux que chez des éducateurs, des psychologues ou des chefs de service ! Ici, ce qui se transfère est la manière de ressentir et de vivre une situation de violence ou d'injustice. Ce n'est donc pas seulement en recherchant à comprendre ce qui, de l'histoire individuelle du sujet, vient se redéployer dans la relation à l'autre, que l'on pourra saisir la complexité des processus à l'œuvre, mais il faudra prendre en considération les formes mêmes de la pensée qui se transfère. Ces « transferts de formes » (Desveaux, 2014) agissent selon des voies de retournement : le professionnel est mis en lieu et place de vivre une expérience mentale et émotionnelle, une expérience qui est investie des processus psychiques que l'écologie globale du sujet a déployés dans le lien. Le professionnel se retrouve alors porteur des effets de cette situation globale, et s'il ne dispose pas de modalités pour prendre du recul, il risque d'analyser la situation en servant les intérêts d'une quête de soulagement de son état psychique personnel.

⁵ J'ai présenté quelques repères sur ce sujet dans un récent écrit : J.B. Desveaux (2020) « La rêverie dans la situation analytique ».

L'urgence et ses logiques : intensité, répétition et « intranquillité » permanente

La disposition clinique, qui suppose une capacité réceptive et contenant⁶ à l'égard des éléments exprimés par l'autre, requiert des conditions environnementales favorables. Il en est de même pour le déploiement d'une réflexion sur la pratique. Le professionnel doit en effet pouvoir disposer d'une certaine quiétude pour maintenir des capacités à s'identifier aux vécus émotionnels d'autrui, une capacité à maintenir une inquiétude suffisamment tempérée.

Dans ces conditions relatives à l'environnement praticien, nous retrouvons les cadres et métacadres qui remplissent des fonctions de garants et metagarants de la pratique (Kaës, 2012a, 2012b). Ces enveloppes encadrantes, allant des dispositions réglementaires régissant la pratique aux organisations institutionnelles, exercent une influence forte sur les pratiques individuelles. Le plus souvent, ces métacadres nous préexistent et sont difficilement modifiables à un niveau individuel. Mais d'autres facteurs caractérisant les conditions de la pratique éducative apparaissent plus aisément accessibles aux modifications, que ce soit par une volonté individuelle ou institutionnelle. Que le professionnel intervienne seul ou en binôme, qu'il exerce dans des prises en charge individuelles ou groupales, qu'il puisse disposer d'un bureau ou d'un espace fermé, ou bien qu'il soit constamment mis en scène dans des espaces ouverts et collectifs, qu'il exerce sur rendez-vous ou bien selon des dispositifs mobilisant un accueil permanent, qu'il puisse disposer de temps de pause institués ou bien qu'il fasse des journées continues en présence des usagers sont autant de paramètres qui vont accentuer ou au contraire atténuer les effets de pression ressentis sur son état physique et psychique, et donc, sur la capacité à penser et à mobiliser la pensée clinique.

Lorsque la pratique est trop intense, que le professionnel est confronté à une trop grande intensité ou une trop grande fréquence à des situations violentes ou traumatiques, il perd progressivement la possibilité de maintenir un recul suffisant et risque de se laisser déborder par les bombardements émotionnels auxquels il est soumis. Les limites de ses capacités de pare-excitation peuvent alors être saturées et le professionnel risque de recourir à des aménagements psychiques défensifs visant à l'évitement, la diminution ou la dérivation de la conflictualité. Il peut alors continuer à travailler, mais au prix du renoncement à maintenir une véritable relation empathique ainsi qu'une capacité de réception et de contenance psychique de qualité.

Dans la pratique en ITEP, les situations auxquelles le clinicien doit faire face, du fait des états de profondes détresses et carences des sujets concernés, sont souvent accentuées par un climat d'urgence quotidien ainsi que par l'intensité et la fréquence des situations de crise. Ces adolescents présentent souvent un besoin d'attention constante et individuelle, du fait d'une faible qualité d'attachement et d'un défaut d'intériorisation des objets internes. De plus, il leur est souvent douloureux de faire face à la frustration ou à toute temporisation. Ils exigent de l'autre une présence psychique soutenue et toute absence les confronte à un vécu d'abandon radical. Lorsqu'au cours d'une journée le professionnel est confronté par des sollicitations permanentes, comment peut-il alors conserver une pensée clinique suffisamment tranquille, mobilisable et disponible ? La répétition des situations de crise, à l'instar des traumatismes cumulatifs, produit un état « d'intranquillité » quasi-constant, le professionnel peut ressentir un sentiment d'envahissement, d'empiètement sur son espace psychique. Ces relations sont sous le joug d'une « annexion de l'espace psychique » de l'autre, l'espace mental et psychique s'y trouve colonisé (Bonneville-Baruchel, 2015). À l'extrême, un vécu de persécution ou de tyrannie par les requêtes dont il fait l'objet sera ressenti. Dans ces situations, s'il est difficile, pour l'adolescent, de reconnaître l'autre comme une personne douée de subjectivité, d'émotions personnelles et d'un vécu intime qui lui serait propre, en miroir, le professionnel, dont la psyché

⁶ Pour aller plus loin sur l'idée de « fonction contenant », initialement développée à partir des théories de W. R. Bion (« *containing* ») et D. W. Winnicott (« *holding* »), voir par exemple : Ciccone (2012), Kaës (2012a), Mellier (2005, 2018).

est envahie par l'autre, sera de plus en plus en difficulté pour maintenir la capacité de reconnaître et d'accueillir les états émotionnels d'autrui. Ces moments où l'on entend qu'ils nous « prennent la tête » en sont une illustration. L'esprit est tellement pris par l'autre qu'il n'est alors plus possible de le supporter ; l'autre devient « insupportable », on ne peut plus le porter en soi psychiquement.

Saturations, réactions et logiques des corps

L'urgence des situations rencontrées mobilise de surcroît une nécessité d'intervenir en étant pressé par le temps. Lorsque les sollicitations se succèdent à un rythme trop accru, il est bien souvent impossible de différer, de renvoyer vers un tiers. Il faut alors prendre une décision dans l'instant, agir, réagir, sans avoir le luxe d'attendre la réunion idoine, ou même seulement la possibilité d'interpeller un collègue pour disposer de son point de vue sur la situation. La sensation d'urgence écrase la temporalité et renforce le vécu d'isolement.

Lorsqu'il s'agit de situations de crise ou de violences agies, les pratiques deviennent agies plutôt que parlées. Dans l'après coup, lors des temps de réunion ou d'analyse de la pratique, il est alors bien plus délicat de retraduire des pensées-agies en pensées-parlées. L'acte corporel convoque en effet une dimension propre aux affects, et la réflexion semble seconde. Dans ces situations, si le professionnel peut faire appel à un tiers, il peut rapidement retrouver une capacité auto-perceptive et une réflexivité⁷ sur sa mise en acte. J'ai ainsi souvenir de bien des occasions où un éducateur se retrouvait à devoir contenir physiquement un adolescent qui avait été violent ou qui se mettait en danger. Dès lors qu'un tiers pouvait entrer en scène, la possibilité de « se voir faire », de « se penser en train d'agir » ré-émergeait presque instantanément. Il suffisait bien souvent de dialoguer avec l'adolescent ou le collègue pour engager une « recontextualisation » de l'événement, tout cela en continuant la contention. La pensée complexe n'est évidemment pas de mise dans ces moments, mais la remise en jeu d'une capacité réflexive et « auto-observante », la capacité de pouvoir se voir faire, de s'entendre parler, de se percevoir dans son corps, permet souvent d'éviter un débordement ou l'usage excessif de la force. Ces modalités de concevoir la pratique, soutenue d'une pensée clinique en mouvement, permet d'éviter les dérives dans ces logiques de rétorsion ou de contrôle. Une compréhension plus fine ne peut avoir lieu que dans l'après-coup, à tête et corps reposés.

Il faut avoir à l'esprit qu'en ITEP, même en dehors des situations de crise ou de contention, les corps des professionnels sont très fréquemment sollicités, soit dans la raillerie ou les remarques sur l'aspect physique, soit dans le contact réel. L'implication physique, souvent provoquée par les adolescents qui touchent, bousculent, malmènent physiquement les éducateurs, renvoie ces derniers à une impossibilité de maintenir une distance suffisante. Bien que n'étant pas toujours violents ou malveillants, ces contacts physiques répétés produisent des micro-empiètements chez les professionnels, des intrusions auxquelles ils finissent parfois par s'habituer, mais qui en viennent à saturer leurs capacités de réception et de contenance⁸. Une fois les limites atteintes, la pensée semble ne plus pouvoir être mobilisée de façon satisfaisante et les réactions épidermiques surgissent, et sont le plus souvent source de culpabilité dans l'après-coup. Si quoi que l'on fasse, « l'interdit du toucher » (Anzieu, 2006) n'est pas de mise, c'est sans doute parce qu'il s'agit là d'une modalité de symbolisation primaire qui s'exprime chez ces enfants ou ces adolescents. Les mises en jeu des corps sont des mises en forme de tentatives de communication, mais contrairement aux pratiques thérapeutiques plus

⁷ La réflexivité renvoie à la capacité du sujet à se percevoir *via* la fonction « miroir du regard » et de la présence de l'autre développée par Winnicott (1971b), après les travaux de Lacan sur le sujet (1949). Voir aussi : Jung (2015).

⁸ Sur le contact, la contenance et la contention, voir J.B. Desveaux (2018a). « Tumultes, violences et contentions : le quotidien des pratiques en ITEP pour adolescents ».

confortablement encadrées, tels le psychodrame ou les groupes à médiation, le quotidien éducatif et les rencontres informelles se déploient dans un « hors-jeu », un espace où les règles ne semblent jamais assurées ni respectées. C'est comme s'il fallait écouter l'autre avec son corps, penser avec son corps, pour entrer dans les logiques de pensées en acte que déploient ces enfants ou ces adolescents. Lorsque les issues sont heureuses et que l'acte se transforme en geste, prenant par là une valeur signifiante, nos réponses peuvent alors parfois devenir des actes parlants, des « interpréactions » (Prat et Israël, 2007) ou des « actions interprétatives » (Ogden, 2014).

Quelques expérimentations en ITEP pour soutenir la pensée clinique

Comme je l'ai évoqué, tous ces facteurs qui viennent potentiellement altérer les capacités de penser la clinique et, par conséquent, de pratiquer éthiquement, ne proviennent pas uniquement des difficultés posées par les personnes accueillies. Les métacadres institutionnels spécifiques à chaque lieu d'exercice, ainsi que les compétences des professionnels participent de ces difficultés. Il va de soi qu'une institution qui ne disposerait pas de modalités favorisant la pratique et la pensée clinique, ou encore, une institution qui ne disposerait pas de professionnels formés et suffisamment qualifiés confronterait chacun, accueillants et accueillis, à de hauts risques potentiels. Si les problématiques et les troubles des personnes que l'on accompagne relèvent d'un aspect inéluctable de la pratique en milieu médico-social, tout du moins à court terme (car l'on peut espérer que le travail clinique produise quelques effets), il reste que nous pouvons intervenir sur les modalités institutionnelles, que ce soit au niveau des modalités régulant la pratique, et de celles permettant d'organiser des conditions de pratiques suffisamment bonnes.

À titre d'exemple, voici quelques-uns des aménagements qui ont pu être mis en place au fil des ans afin de soutenir les pratiques éducatives en ITEP.

La création d'un moment de débriefing quotidien

Ces moments où les éducatrices et éducateurs se retrouvent sans présence de « cadres » (hormis parfois la présence du ou de la psychologue) permettent de favoriser une décontamination des situations chaudes rencontrées dans la journée. Ces temps de débriefing sont assez brefs, une demi-heure maximum, et assez informels bien qu'étant institués. Ils s'inscrivent dans des fonctions analogues aux moments interstitiels qui ponctuent la journée de travail⁹. La brièveté du temps alloué permet d'éviter le risque que ces espaces développent une fonction de « container radioactif » (Fustier, 1987), en logeant là les éléments toxiques entravant toute possibilité de reprise symbolisante ultérieure. Ils permettent un premier degré d'identification et de représentation des situations difficiles, tout autant qu'un premier niveau de partage, évitant que le professionnel ne reste seul avec son expérience.

La mise en place de temps cliniques

Si les réunions de synthèses visent à rapprocher des expériences singulières et les points de vue de chacun sur une situation ou un usager, la nécessité d'effectuer un « bilan » puis un « projet personnalisé » vient parfois transformer ces réunions en des moments envahis par les objectifs formels. Les espaces de parole, la liberté associative de l'équipe de travail et le déploiement d'une pensée clinique permettant de mieux identifier les points saillants des

⁹ Les pauses, quel qu'en soit le motif (cigarette, café, etc.) sont des moments précieux pour échanger brièvement sur une situation problématique, et faire du lien.

problématiques de l'adolescent sont ainsi réduits. En instaurant des espaces de partage cliniques différenciés de la réunion de synthèse au sein de chaque équipe de travail¹⁰, où aucune décision ne peut être prise, où les enjeux formels sont suspendus, la parole peut alors s'ouvrir et le plaisir de penser ensemble peut ainsi se retrouver, permettant d'évoquer des expériences qui, sans cela, seraient restées enfermées dans la psyché individuelle d'un professionnel. Ces espaces permettent de restaurer des moments perdus, d'apparence insignifiants, qui viennent alimenter une compréhension collective de la complexité des problématiques de chacun des adolescents et des adolescentes.

Favoriser le positionnement clinique inter et transdisciplinaire

Dans l'un des établissements où je suis intervenu pendant de longues années, chaque professionnel soignant ou éducatif était cantonné à des missions spécifiques et rien n'était partagé. Au fil des années, j'ai progressivement œuvré, avec d'autres, à favoriser le travail à plusieurs dans la mise en place de dispositifs co-animés en équipe pluridisciplinaire (éducateurs, enseignants, psychologues, orthophonistes, professeurs d'éducation physique et sportive, etc.). Des groupes à médiation ont vu le jour, animés par des équipes associant assistantes sociales, enseignants et enseignantes, orthophonistes, psychomotriciennes, éducatrices et éducateurs, psychologues, médecins et infirmières, etc.

Un travail important a été effectué pour que la parole puisse être facilitée de part et d'autre. Personnellement, en donnant un accès à mon expérience en tant que psychologue et thérapeute et en évitant ainsi d'être uniquement dans une dimension d'éclairage interprétatif basé sur les pratiques des autres, j'ai cherché à démystifier la dimension psychothérapique et à déconstruire des logiques cloisonnées et hiérarchisées des champs disciplinaires. Nous avons pu alors, en équipe pluridisciplinaire, commencer à échanger selon les voies d'une co-narration et non seulement nous utiliser les uns les autres dans nos fonctions spécialisées réciproques.

Cette familiarité des pratiques de chacun a pris appui sur des moments communs, où, en dehors des espaces institués, les thérapeutes et rééducateurs se sont progressivement associés aux pratiques éducatives. Le fait de vivre des expériences ensemble lors de moments ponctuels ou réguliers, prévus ou relevant des interstices du quotidien (sorties culturelles, activités sportives, déjeuners communs, échanges dans les couloirs, temps de présence dans la cour de récréation, etc.) a ainsi permis de soutenir un travail de pensée clinique, un travail d'analyse clinique qui n'est pas seulement dévolu à une fonction professionnelle spécifique, mais bien « co-partagé » entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Ces quelques aménagements pourront paraître ordinaires ou évidents, mais ils ont parfois dû requérir des années avant de pouvoir être acceptés.

Conclusion

Le quotidien en ITEP confronte les professionnels, quelles que soient leurs pratiques, à de puissants mouvements émotionnels qui génèrent des incidences remarquables sur leurs manières de penser, d'observer et d'écouter ce que les adolescents et leurs familles ont à dire. Les quelques aménagements évoqués ont permis de soutenir la pensée clinique et un fonctionnement institutionnel proposant des enveloppes successives ayant une fonction contenante. Chacun de ces espaces et de ces dispositifs offre autant de possibilités de reprise à des niveaux bien distincts. Ils permettent de tenter de déjouer les effets produits par la violence

¹⁰ Ils ne se substituent pas à l'analyse de la pratique qui demande la contribution d'un intervenant extérieur et s'effectue souvent en équipe réduite, sans les chefs de services et psychologues.

des situations sur nos capacités à réceptionner et à contenir les émotions, notamment en décondensant l'intensité affective ressentie.

Face aux intenses mouvements émotionnels générés par les situations limites de la pratique éducative, il est courant que les logiques institutionnelles cherchent à compartimenter et à « protocoliser » les pratiques, car ces défenses (soutenues par les logiques de l'évaluation) donnent l'illusion de pouvoir contenir le chaos, de figer le mouvement. Les flux incessants des situations de crise, de commissions pour traiter les violences et les incidents finissent le plus souvent par saturer les ordres du jour des réunions et par multiplier à l'infini les lieux de traitement administratif et les procédures de sanction et de contrôle.

Une conception clinique du soin, mise en œuvre par la pratique éducative et thérapeutique au quotidien et soutenue par une organisation institutionnelle soignante, peut permettre de favoriser les espaces de reprise, les effets d'après-coup, le dialogue entre les regards croisés, le « co-portage » et partage des expériences émotionnelles. Ces modalités permettent de soutenir une pensée clinique, au service de la pratique, qui œuvre à articuler les cloisonnements disciplinaires et à « transitionnaliser » nos représentations, entre théorie et pratique, pour inventer un quotidien vivable.

Bibliographie

- ANZIEU, D. 2006. « Le double interdit du toucher », dans DURIEUX, M.-C. & Al., *Interdit et tabou*, Paris, PUF, pp.201-220.
- BION, W. R. 1983. *Réflexion faite* [1967], Paris, PUF.
- BION, W. R. 1979. *Aux sources de l'expérience* [1962], PUF, Paris.
- BOLLAS, C. 2011. « Character and interformality », dans *The Christopher Bollas Reader*, Routledge, Hove, pp.238-248.
- BONNEVILLE-BARUCHEL, E. 2015. « Des organisateurs de relations tourmentées », dans *Les traumatismes relationnels précoces: Clinique de l'enfant placé*, Toulouse, érès, pp.179-207.
- CICCONE, A. 2012. « Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante », dans *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 2(2), pp.397-433.
- CICCONE, A. & Al. 2014. *La violence dans le soin*, Paris, Dunod.
- CICCONE, A. & Al. 2016. *Violences dans la parentalité*, Paris, Dunod.
- DESVEAUX, J.-B. 2014. « L'idiome, le self et le caractère. Appréhension du caractère à partir des écrits de Christopher Bollas », dans *Revue française de psychanalyse*, vol. 78(4), pp.990-1001.
- DESVEAUX, J.-B. 2018a. « Tumultes, violences et contentions : le quotidien des pratiques en ITEP pour adolescents », dans *Cliniques*, 16(2), pp.36-51.
- DESVEAUX, J.-B. 2018b. « À l'écoute des adolescents oubliés: Vers un soin transitionnel en institution médico-sociale », dans CICCONE, A. *Aux frontières de la psychanalyse: Soin psychique et transdisciplinarité*, Paris, Dunod, pp.173-193.
- DESVEAUX, J.-B. 2019. « De l'insécurité à la rencontre en institution pour adolescents: Transferts, rêveries et transformations », dans *Cliniques*, 18(2), pp.140-155.
- DESVEAUX, J.-B. 2020. « La rêverie dans la situation analytique : de l'imaginaire aux transformations psychiques », dans *Cahiers de psychologie clinique*, 55(2), pp.15-37.
- FUSTIER, P. 1987. « L'infrastructure imaginaire des institutions », dans KAES, R. & Al. *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*, Paris, Dunod.
- GREEN, A. 2007. « Le pluralisme des sciences et la pensée clinique », dans PERRON, R. & EMMANUELLI, M. *La Recherche en psychanalyse*, Paris, Puf, pp.17-38.

- JUNG, J. 2015. « La réflexivité dans le champ de la psychanalyse », dans *Le sujet et son double: La construction transitionnelle de l'identité*, Paris, Dunod, pp.43-66.
- KAES, R. 2012a. « Conteneurs et métaconteneurs », dans *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 2(2), pp.643-660.
- KAES, R. 2012b. *Le maître*. Paris, Dunod.
- LACAN, J. 1949. « Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du Je : telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique », dans *Revue française de psychanalyse*, p.449-455.
- MARTY, P., M'UZAN M. 1963. « La pensée opératoire », dans *Revue française de psychanalyse*, t. XXII, n° spécial Congrès, p.345-356.
- MELLIER, D. 2005. « La fonction à contenir : Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel ». *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 48(2), pp.425-499.
- MELLIER, D. 2018. *La vie psychique des équipes : Institution, soin et contenance*. Paris, Dunod.
- OGDEN, T. H. 2014. *Les sujets de l'analyse*, Paris, Ithaque.
- PRAT, R. et ISRAEL, P. 2007. « Actes qui parlent et interprétActions », dans *Revue française de psychanalyse*, 2007/4, Volume 71, pp.1985-1591.
- WINNICOTT, D. W. 1971a. *Jeu et réalité, L'espace potentiel*, Paris, Gallimard.
- WINNICOTT, D. W. 1971b. « Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant ». *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard.