



# REGARDS

POINTS DE VUES du CODASE

N° 5 — Septembre—Octobre 2009

## Au CODASE, quand et comment commence le soin ?

Le soin, ce mot que nous utilisons si souvent dans nos pratiques quotidiennes, semble clair et évident pour chacun. Pourtant, lorsque l'idée fut évoquée en commission Communication, nous nous sommes vite aperçus que les définitions sont multiples. La langue française fourmille d'expressions employant ce terme, et chacun en a une lecture : « prends soin de toi », « remis aux bons soins de... », « travail non soigné », « va te faire soigner »... Lorsque l'on évoque l'idée de soin, nous pensons généralement aux soins physiques, liés au corps. Un médecin est soignant par définition, mais quels types de soins pratique-t-il ? Ces soins qu'il apporte aux corps, sont-ils plus ou moins importants que le soin que va mettre une cuisinière à préparer un plat appétissant pour les jeunes ?

Le sens premier de ce mot, d'après Le petit Robert de la Langue Française, est : « Mal que l'on se donne pour obtenir ou éviter quelque chose ». Si l'on s'en tient à cette définition, nous sommes bien évidemment tous confrontés aux soins. Pourtant, nous sentons bien que le soin ce n'est pas que cela. Comment pourrions-nous alors définir le soin au CODASE, sans oublier personne ? Le soin est-il réservé à une catégorie de professionnels ?

Depuis quelques années, nous pouvons, en caricaturant un peu, définir deux axes dans le social : La répression et l'enfermement des gens qui posent problèmes à la société d'un côté, et la prévention et l'accompagnement de ces mêmes personnes que nous voyons alors comme des individus en souffrances. Le CODASE s'est clairement inscrit dans le

deuxième axe. À travers les remises en question des pratiques dans les différentes structures, mais aussi par la création de nouveaux outils orientés vers le partenariat avec le soin, nous avons fait évoluer nos pratiques professionnelles.

En questionnant les différents professionnels qui œuvrent dans nos structures, chacun se sent bien détenteur d'une partie du soin que nous devons apporter aux usagers. Sans parler tout de suite des soins « techniques » que les professionnels de la santé procurent, nous entendons bien les éducateurs dire l'importance du soin qu'ils apportent aux jeunes dont ils ont la charge, soin qu'ils définissent par une disponibilité d'écoute et de présence, par un souci de bien-être des jeunes.

Oui, le soin est une notion qui se parle au CODASE, qui fait débat, et surtout qui se vit. Et c'est bien parce que le soin est présent dans toutes nos unités, qu'il nous est apparu indispensable d'en parler ici. En explorant un peu les différentes pratiques, nous nous apercevons que le soin, au CODASE, n'a pas l'exclusivité du corps médical. Que pour beaucoup de salariés, le soin qu'ils se doivent de mettre en œuvre dans leur pratique quotidienne est quelque chose d'évident. La prise en compte du soin est aussi quelque chose qui ne peut se faire de manière clivée. Un médecin seul, intervenant ponctuellement sur un jeune, sans lien avec les équipes qui en ont la charge, ne pourra que soigner la blessure physique, avec un succès relatif. Le soin, doit non seulement être une pratique présente chez chacun, mais pour être efficace, le soin se doit de relier tous les professionnels.

Et le soin en institution n'est pas seulement tourné vers les jeunes qui nous sont confiés. Il est difficile d'imaginer des éducateurs pouvant prendre soin d'adolescents, si eux-mêmes ont l'impression que l'institution ne prend pas soin des équipes. Et chacun au CODASE, de sa place, peut avoir le même sentiment.

Nous sommes dans une démarche éducative permanente, et il faut savoir doser les prises en charge. Accompagner un jeune par le soin, mais aussi globalement, ce n'est en aucun cas le mettre sous tutelle. Le soin éducatif se doit de ne pas être trop protecteur. Notre but en tant qu'Association prenant en charge des jeunes en difficultés, est de les amener à se passer de nous. Cette logique doit aussi s'appliquer dans le soin, il faut réussir à doser notre implication, pour permettre à l'autre d'être suffisamment en capacité de se constituer ses propres ressources. À trop soigner, on finit par étouffer, enfermer l'autre dans notre logique, nos habitudes, et il ne pourra pas nécessairement les mettre en œuvre pour lui-même.

Au travers des différents articles de ce numéro, nous voyons que le soin est une pratique bien ancrée au CODASE, que son développement est en action, et depuis longtemps. Il apparaît que globalement, chacun de sa place a toujours eu le soin de bien faire son travail, de répondre au mieux à la mission première : aider ces jeunes qui sont confiés « aux bons soins » de l'Association.

Denis WILLOCCQ

# Le Service de soins à l'ITEP Langevin

## Mission des intervenants et Projet thérapeutique

### Le Service de soins

Le Service de soins est composé d'une équipe de professionnels médicaux et paramédicaux : Psychomotricienne, Orthophoniste, Psychologue, Médecin psychiatre, Médecin généraliste.

Il constitue un maillon essentiel dans l'élaboration des stratégies médico-éducatives et pédagogiques, toutes centrées autour de l'enfant, et nécessite l'action cohérente et coordonnée de tous les professionnels de la structure.

Le médecin psychiatre est chargé, dans le cadre du Projet d'Établissement, qui est établi au regard de la demande sociale, de conduire à bien le Projet de soins des enfants. Il contribue également à réguler le fonctionnement de l'ITEP et à en garantir le cadre soignant.

Il assure l'organisation, le fonctionnement du service de soins, ainsi que l'articulation entre les différents intervenants.

Il participe systématiquement aux modalités d'admission et d'orientation des enfants ainsi qu'au suivi des projets personnalisés.

Il évalue cliniquement l'enfant dans sa dynamique familiale, en liaison avec la psychologue.

Il décide, en concertation avec tous les membres de l'équipe de soins, des indications thérapeutiques pour chaque enfant.

Il coordonne les relations et pilote les interventions nécessaires des services médicaux et/ou psychiatriques extérieurs (CMP, Hôpital et Hôpital de Jour).

Il rencontre les familles, pour les informer et les associer autant qu'il est possible, et ceci en collaboration avec la psychologue, au projet de soins de leur enfant.

*L'harmonisation des interventions des différents intervenants est fondamentale afin d'organiser une vision commune croisée autour du sujet et de définir les priorités.*

### Le Projet thérapeutique

L'objectif est de favoriser un développement harmonieux psychologique, affectif et cognitif des enfants confiés à l'établissement, de mettre en œuvre les moyens diagnostiques et thérapeutiques nécessaires, ainsi

que d'une façon plus générale, de veiller à la santé des enfants.

*Les compétences de chaque membre de l'équipe de soins vont permettre l'étude des aspects cliniques et psychopathologiques.*

1) Dans le cadre d'un protocole d'admission avec avis du médecin psychiatre et du psychologue concernant l'entrée de l'enfant auprès de la direction, sur la capacité de la structure à accueillir celui-ci, compte-tenu du type de pathologie présentée, en regard de l'agrément de l'établissement.

Au moment de l'entrée de l'enfant et au décours de son séjour dans l'institution, l'équipe de soins va discuter de l'intérêt d'établir des bilans spécialisés, et, à partir de là, poser des indications.

2) Avec l'implication systématique du service de soins dans la mise en place de projets, personnalisés, ou premiers projets, et dans des réunions de synthèse, afin d'élaborer dans un travail d'analyse global et pluridisciplinaire, les modalités de mise en œuvre du projet de chaque enfant en début d'année et d'en faire la synthèse en cours d'année scolaire et ainsi assurer une cohérence dans le suivi.

3) En instaurant un travail auprès des familles :

- d'aide et de soutien.
- de soins psycho thérapeutiques familiaux.
- d'information en général et d'explication du type de travail effectué.

*Il faut souligner l'importance et le rôle de l'éducateur référent dans ce travail.*

### Les soins médico-psychologiques et le travail psychothérapeutique

Psychiatre, psychologue, psychomotricienne et orthophoniste assurent différents soins ou traitements, en concertation avec le personnel éducatif ou pédagogique, et en relation étroite avec l'éducateur référent.

Aux possibilités offertes dans l'établissement s'associent celles offertes par les équipes des intersecteurs de psychiatrie infantile (CMP, Hôpital de Jour, etc...).

La concertation et les rencontres avec les familles sont des éléments

incontournables d'une prise en charge globale.

En dehors du cadre psychothérapeutique proprement dit, certains espaces ou certains moments jouent un rôle soignant :

- les activités à vocation à la fois éducative et thérapeutique (musique, expression, vie pratique, atelier marionnettes, etc...).
- les moments structurants, protecteurs, de confrontation aux limites, aux règles et à la loi.
- Et tout ce qui peut représenter un mouvement d'échange et de symbolisation.

### Le travail institutionnel

Par le travail d'équipe, il s'agit en priorité d'assurer l'information, la liaison, l'élaboration commune nécessaire afin de sauvegarder autant que possible nos capacités représentatives.

Travail de liaison, de remise en liens de la pensée, de mise en mots, le travail institutionnel appartient à chacun. Il dépend du cadre institutionnel dont le directeur est le garant.

Tous les membres de l'équipe peuvent et doivent y jouer un rôle.

Différents lieux ou moments peuvent contribuer à ce travail :

- Evaluation pluridisciplinaire de l'évolution de l'enfant (synthèses).
- Réunions régulières en vue d'une élaboration clinique ou de certains aspects contre-transférentiels.
- Réunions d'équipe à la demande ou à l'initiative d'un ou plusieurs de leurs membres concernant une question d'ordre général ou une situation particulière.
- Réunions internes à un secteur (éducatif, pédagogique ou thérapeutique).
- Réunions de direction.
- Echanges informels.

L'important, outre l'échange d'information et la qualité de cet échange, est le travail d'élaboration de la dynamique psychique et institutionnelle.

*Ainsi, l'ensemble de l'institution peut-il être considéré comme thérapeutique ?*

**Docteur Gérard CAMPA**  
Psychiatre  
ITEP Langevin

**S**ans le plaisir de manger, l'humanité, si elle n'était pas morte de faim, serait dénutrie et abâtardie. La santé passe par une bonne alimentation, variée, en quantité suffisante, nous disent les diététiciens. Mais si cela suffisait, il y a longtemps que nous serions réduits à sucer quelques pilules ou boire des sachets de bouillies lyophilisées. Heureusement, la cuisine est là, encore faut-il qu'elle ne soit pas trop instrumentalisée.

Quel plaisir peut avoir un enfant si on lui présente matin et soir des plats en barquettes réchauffées rapidement au four à micro-ondes ?... Certes, ils sont élaborés en respectant scrupuleusement les normes de l'hygiène et de l'équilibre nutritionnel, par des chefs qualifiés, mais quelle tristesse ! Faits pour plaire au plus grand nombre, ils manquent d'épices, de couleurs, bref l'asepsie a stérilisé aussi l'âme de la cuisinière.

La courge ou les blettes à l'eau c'est naturel, diététique mais triste à mourir !... Il faut stimuler son appétit en lui proposant des recettes variées. Contrairement à ce qu'on dit, faire manger des légumes à un enfant n'est pas si difficile, il faut simplement diversifier les modes de préparation : un petit flan, une sauce béchamel, une sauce colorée, une présentation originale... Tout ce qu'une cuisine industrielle, aussi parfaite soit-elle, a de la peine à réaliser. L'objectif atteint ainsi est double : il mange ses légumes, mais en plus il a découvert des saveurs nouvelles, on a développé sa curiosité et ses papilles.

Les enfants qu'on nous confie, sont souvent en détresse morale et la cuisine, lieu de convivialité, leur apporte un bien-être dont on ne se rend pas toujours compte. L'odeur de la viande qui mijote, du gâteau qui sort du four, sont des éléments qui le rassurent et lui font du bien.

D'ailleurs il est scientifiquement prouvé que l'odeur des oignons qui rissolent, par exemple, est déstressante.

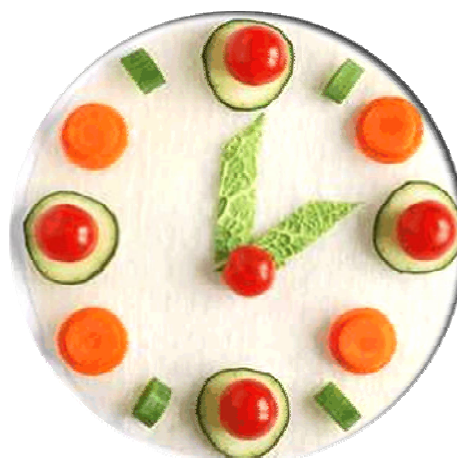
Après une matinée « harassante » sur les bancs de l'école, l'enfant va manger avec appétit, s'il n'a pas grignoté et pris qu'un fruit à 10h00, il a faim.

Dans ces conditions, le repas devient un moment important, il est pris en respectant certaines règles : on est assis, on s'est lavé les mains, on mange ensemble, au même rythme et **sans télévision**. On est loin de la manie du plateau de télé et du grignotage qui sont un facteur d'obésité fréquente chez l'enfant. Le fait de « partager » le plat contribue à l'équilibre des parts, « ce n'est pas parce que j'adore que je me goinfre, le copain aussi en veut ». Partager un repas ce n'est pas manger chacun sa petite barquette...

La cuisine est donc plus importante qu'il n'y paraît à prime abord. On pourrait penser que des rations équilibrées sont suffisantes, mais ce serait oublier tout ce qu'elle apporte en plus à la santé et au développement de l'enfant, et encore on aurait pu s'étendre davantage en parlant de l'apport éducatif, de la chaleur de la cuisine, sans oublier la personnalité de la cuisinière !...

**Rachel CARRETTI**  
Cuisinière  
Accueil Enfance

**Patrick LAMBERT**  
Médecin  
Accueil Enfance



**A** travers mon exercice médical au sein du CODASE de Voiron, le soin me rapproche de son vrai sens étymologique : l'attention que l'on porte à faire quelque chose avec propreté. On s'éloigne de cette « consommation de soins » de notre société, désordonnée et débridée, trop souvent technicisée et finalement vidée de son sens. Je m'attache à retrouver, avec les équipes éducatives et les enfants, cette notion essentielle qu'est de « porter attention à son corps », « en prendre soin », « se soigner ». C'est un besoin. C'est une vraie richesse que de savoir s'y appliquer. Une vraie nécessité que d'apprendre à s'y consacrer. Apprendre donc : on est tout de suite dans cette dimension éducative propre au CODASE, où tout le monde apporte sa pierre :

- les Educateurs qui apprennent au jeune à se diriger, se projeter, en prenant soin de sécuriser son quotidien.

- la Maîtresse de Maison qui montre au jeune l'importance de soigner son environnement, son alimentation.

- la Psychologue qui prend soin de reformuler, travailler autour des traumatismes ou souffrances pour permettre à l'enfant de les franchir.

- le Médecin.

Voici pourquoi je m'attache à relier le médical à ce dont il est indissociable, ce dont il est une partie : Le SOIN.

L'acte éducatif peut s'adresser à chacun des trois grands pôles de la vie humaine : la vie physique (le corps), la vie intellectuelle (le cerveau), la vie affective (le cœur).

Historiquement, c'est l'action sur les corps qui a été prépondérante ; la contrainte sur les corps, rangs par deux et punitions corporelles, jusqu'à il y a fort peu de temps au regard de l'histoire, un demi siècle peut-être, a été une évidence légitime. Il en reste aujourd'hui des choses non négligeables ou incontournables dans certaines institutions très spécifiques, ou vis-à-vis des tout petits (interdits de toucher, donner la main, bien se tenir) qui gardent une valeur protectrice.

La démocratie et l'humanisme ont développé l'idée d'une éducation s'adressant à l'intelligence par l'apprentissage de valeurs communes (à différencier des valeurs morales promues par les religions) ; les outils en étaient échanges et conviction ; l'après deuxième guerre mondiale a été, pour l'Occident, un tournant à cet égard. L'organisation de nos institutions et la place donnée à la discussion sont les héritages de cette période.

Le troisième pôle est celui du soin psychique, c'est-à-dire la prise en compte de la souffrance et des besoins psycho-affectifs comme une donnée incontournable de la démarche de socialisation ; la pensée de 68 a porté cette idée. La place faite à l'expression libre et à l'imaginaire, le désir de comprendre l'enfant, le besoin d'avoir des explications à ses comportements sont les signes de cet intérêt pour l'intrapsychique.

Après ce balayage ultra rapide de l'évolution des idéologies éducatives peut-on examiner schématiquement les mécanismes du soin psychique contenus dans l'accompagnement éducatif ?

### **L'« éducatif » soigne le narcissisme**

Par l'« éducatif » il faut entendre les institutions, les groupes d'appartenance, les réponses éducatives, la relation éducative.

Stabilité, permanence des lieux et des personnes, régularité, fiabilité, prévisibilité des rythmes et des réponses renforcent le sentiment de soi (narcissisme primaire). Des lieux agréables, de la bonne nourriture, du bien-être partagé, la possibilité de concrétiser ses compétences, l'attention et l'intérêt de l'autre, la bienveillance, tout cela ré-accorde avec la vie et permet un autre regard sur soi (narcissisme secondaire). Tout comme les soins dits maternels (autrement nommés holding, miroir du regard de la mère... par Winnicott) permettent au bébé de résister aux angoisses d'anéantisements et pulsions destructrices.

### **L'« éducatif » soigne la relation d'objet**

Le groupe de pairs, les adultes qui accompagnent (individuellement et groupalement), l'institution sont autant d'espaces de projection-transfert, de répétition et d'actualisation des relations d'objet mal achevées ou mal construites. Cette forme d'investissement est systématique car il y a une attente d'un « lieu réparateur ». Ses modes, sa force et sa dynamique seront liés à ce qu'est le sujet mais aussi aux qualités de l'espace d'accueil, aux premières réponses qui seront données.

Les enveloppes éducatives, groupes et institutions, auront un rôle amortisseur et contenant, quasi passif, face aux mouvements projectifs ; il « suffira » de ne pas être trop réactif (au transfert), pour cela, car ce n'est pas si simple, continuer à penser, maintenir son fonctionnement institutionnel et psychique malgré ce qui peut devenir attaques virulentes. L'effet en sera une progressive perte

d'énergie des aspects les plus perturbés du moi du sujet ; il y faudra quand même du temps.

La part active de ce soin sera dans les réponses et la relation éducatives : après un travail d'élaboration, en priorité de la part des personnes atteintes et psychiquement mobilisées par les mouvements transférentiels (en général les éducateurs), qui permet de se « déprendre » des projections subies ; les réponses éducatives en ce qu'elles déjouent le scénario proposé, se démarquent des modes de représentation du sujet le forcent à la remise en question, au réaménagement de sa pensée. Il n'est nul besoin d'interprétation pour cela. Ce processus n'est pas si fréquent mais il marque parfois un tournant décisif dans certaines trajectoires, on l'observe le plus souvent après d'intenses débats d'équipe.

Dans l'épaisseur et l'intensité de la vie relationnelle d'une institution ces différents phénomènes ne sont pas toujours perçus et identifiés, il n'en demeure pas moins des fondements de notre action qui donnent souvent accès à d'autres bénéfices éducatifs.

La seule condition du soin est que, dans la relation d'accompagnement de la vie ordinaire, éducateurs et institutions maintiennent les caractéristiques de leur identité, tout en acceptant d'être aussi des objets créés par les projections de la personne accueillie.

**Jean-Luc POINAS**

Psychologue  
Service Ambulatoire

## Le concept de soin et sa déclinaison au CAI

Le concept de soin, rapporté au domaine professionnel, s'applique plutôt au champ sanitaire. Sa pratique est mise en œuvre par des personnes qualifiées appartenant à la catégorie des soignants. Quelle est alors sa réalité dans le champ de l'action socio-éducative qui est le nôtre ?

Un détour par la langue anglaise me semble intéressant afin d'éclaircir ce que peut être le soin au CODASE. Il existe deux termes pour dire ce qu'est l'action de soigner : *to cure* au sens de la mise en œuvre d'une pratique à visée curative et qui correspond à l'acte thérapeutique. *To care, to take care*, au sens de prendre soin, prêter attention, se préoccuper de, offrir un soutien..., qui met l'accent sur le souci porté à la personne.

Au Centre d'Accueil Immédiat (CAI), le terme « soin » est entendu dans le sens d'une prise en compte de la santé

physique et psychique de l'adolescent accueilli, et aussi de la question du bien-être corporel comme un « au-delà » de la santé. D'une part, le soin porté à la personne est considéré de manière globale. D'autre part, il est nécessaire de différencier deux fonctions spécifiques du soin : celle qui relève de l'éducatif (prendre soin de soi, accompagner dans et autour du quotidien...) de celle qui relève du thérapeutique (évaluation clinique, mise en œuvre de réponses thérapeutiques adaptées).

Il s'agit de trouver les voies d'articulation de ces deux fonctions du soin sans les confondre. Le travail en équipe pluridisciplinaire et le travail en réseau avec les secteurs spécifiques au soin thérapeutique

(notamment avec l'Antenne Adolescents et l'unité d'hospitalisation Tony Lainé) favorisent la complémentarité des interventions du personnel éducatif et soignant, qu'il soit en interne ou en externe.

En interne au CAI, cette attention portée à la personne prend d'abord la forme du souci de l'accueil. L'importance est donnée à ce premier contact avec un professionnel dans ce nouveau lieu. Être disponible à recevoir l'autre et proposer une rencontre est le pari à tenir ! Ce sont deux personnes avec une position asymétrique (un éducateur et un



adolescent) qui se rencontrent et s'engagent dans un contexte particulier, chacun étant porteur de son histoire, ses limites, son vécu passé et présent. Outre la personne qui accueille, c'est la qualité de la relation qui va conduire à la possibilité d'un accompagnement. L'accueil est ce temps premier de la rencontre mais nous pouvons aussi penser la prise en charge d'une personne comme un accueil toujours en train de se produire.

<sup>1</sup> En référence au terme de *mère suffisamment bonne* de D. W. Winnicott. Concept qu'il définit comme « une personne qui s'adapte sur un mode actif aux besoins de l'enfant. Cette adaptation va décroissant à mesure que se développe chez l'enfant la capacité de faire face à un défaut d'adaptation et de tolérer les conséquences de la frustration ». Objets transitionnels et phénomènes transitionnels in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1951, p. 180.

Ensuite, l'accompagnement – le temps du placement – propose une modalité intermédiaire, un entre-deux qui offre un temps de pause nécessaire au jeune afin de s'apaiser, de retrouver des repères sécurisants et de vivre des expériences valorisantes et socialisantes. La visée des professionnels n'est-elle pas de mettre en place un cadre contenant et structurant, ceci à l'attention d'un adolescent singulier vivant au sein d'un groupe ? Autrement dit, un cadre *suffisamment bon*<sup>1</sup> afin de lui permettre de créer du lien

entre sa vie passée, son histoire singulière, puis ce moment « critique » qui l'a amené à ce placement en urgence, pour enfin l'accompagner à se projeter et se ré-engager vers un ailleurs.

En ce qui concerne la dimension thérapeutique du

soin, la parole est d'emblée introduite comme partie intégrante de la prise en charge d'un adolescent au CAI. Ceci lors d'une première rencontre avec la psychologue de l'unité. Plusieurs possibilités s'offrent ensuite au jeune selon sa demande: entamer une démarche de soutien psychologique avec des rencontres régulières au sein de l'unité, être adressé à un professionnel dans des services extérieurs, ne pas rencontrer de psychologue. Rappelons que ce travail de soutien psychologique peut s'effectuer de manière directe en recevant en entretien le jeune (et parfois sa famille) et aussi de manière indirecte par le relais des éducateurs. Un travail important est aussi à maintenir avec les unités de psychiatrie, que ce soit dans une prise de contact pour tel

jeune, ou dans la continuité d'un lien après une hospitalisation pour un autre. Les outils que sont les divers temps d'échanges et de concertation entre professionnels participent de ce travail ensemble.

La pratique nous montre que l'accompagnement peut être ponctué par des attitudes ou des comportements de destruction de l'adolescent face à ce qui lui est proposé. La relation éducative qui ne vise pas le soin peut avoir des effets « thérapeutiques », effets qui deviendraient « de surcroît » comme le disait Freud. Il s'agit pour les professionnels de rester vivants face à ces attaques, cela assure au jeune que sa destructivité n'est pas toute puissante. J'entends par « rester vivant » le fait d'accepter que les événements ne se passent pas comme on le voudrait et d'ajuster sa position tout en maintenant un cadre qui puisse se déformer selon les besoins de la personne à accompagner.

Enfin, penser les conditions de la séparation et du devenir de ce lien entre l'adolescent et le CAI engage chacun dans un passage de relais. Le temps du départ est ritualisé. Un « bilan final » formalise institutionnellement la fin du placement. C'est un temps mené par la psychologue et où se réunissent le jeune, sa famille et les différents professionnels associés. Il est proposé à l'adolescent un espace de parole afin de faire part de son cheminement depuis son arrivée au CAI. Soutenir un espace de dire et de se dire favorise l'inscription de l'expérience de chacun et les mises en lien. Un des derniers soirs, avec le groupe, un moment est partagé autour du « pot de

départ », où l'éducateur référent offre un cadeau au jeune, au nom de l'équipe. Cadeau singulier, nouvelle « possession »<sup>2</sup>, qui a valeur de transition et pourra peut-être faire trace psychiquement. Ces ritualisations du départ soutiennent pour l'adolescent une possible symbolisation de la séparation.



Pour conclure, je dirai que le CAI est un lieu de transition avec son espace-temps limité. Il offre au sujet une autre scène de déploiement et de mise en représentation de ses processus internes. Proposer une expérience relationnelle qui « tienne le coup », à la fois dans son cadre structurant et dans sa souplesse adaptative pour éviter ruptures et déchirures, cela pourrait être *le pari sur l'impossible* de l'éducatif et du soin au CAI.

J. Rouzel<sup>3</sup> nous rappelle qu'en 1925 pour Freud, il y avait trois métiers frappés par l'impossible : éduquer, soigner et gouverner. Autrement dit, n'oublions pas que face à la volonté d'éduquer et de soigner, il y a quelque chose en face qui résiste et qui serait la signature subjective.

**Karine BONNEFOIS**

Psychologue  
Centre d'Accueil Immédiat

<sup>2</sup> En écho à l'*objet transitionnel* de D.W. Winnicott qu'il nomme aussi la *première possession non-moi*. (Première chose possédée en propre et que l'individu distingue de lui-même).

<sup>3</sup> Rouzel J (2006). *Soin et travail social : un pari sur l'impossible*. Texte d'une conférence tenue à Albi dans le cadre d'une journée de pédopsychiatrie. Source : [www.psychasoc.com](http://www.psychasoc.com).

**D**ans le numéro 97 du JEM (mai - juin 2006), il avait été question de la Santé mentale ; à cette occasion, j'avais interrogé le signifiant « soin » et ses implications dans le cadre de l'accompagnement psycho-éducatif dans un service comme Point-Virgule « centre de soins pour toxicomanes », au sein du CODASE.

Pour rappel, j'avais alors proposé que nous entendions le mot « soin » dans sa signification : s'occuper de quelqu'un avec attention (*to care*), et non pas sur son versant médical : faire disparaître une maladie (*to cure*).

Il s'agit donc de comment nous avons à tendre l'oreille, afin d'être attentif à la parole subjective de chacun ; notre occupation serait l'accompagnement de ce processus que mène la personne dépendante d'une aliénation au produit vers un assujettissement à son désir sur fond de manque.

Ici je voudrais mettre l'accent sur le travail avec les parents de ces toxicomanes et des adolescents consommateurs qui s'adressent à nous. En quoi l'écoute et l'accompagnement de l'entourage participent-ils de cette démarche de soin ?

Le travail auprès de parents d'adolescents consommateurs consiste à repérer comment les relations entre l'adolescent et ses parents sont articulées. Qu'est-ce qui fait accrochage ? Quelle place occupe la consommation d'un produit dans l'économie psychique de l'adolescent, mais également dans sa relation avec ceux qui occupent la fonction de parents ? L'écoute attentive du professionnel invite ces parents à porter une attention particulière à la parole que l'adolescent ne parvient pas à adresser, et qui s'exprime à travers ses monstrations, tel que la consommation, le vol, l'absentéisme à l'école, ... Ainsi la consommation est décryptée comme un message adressé. Nous pourrions alors dire que la dimension du soin est de

donner la possibilité aux parents de lire ce qu'il se passe pour l'adolescent comme un message afin qu'il ne reste pas lettre morte. Il revient aux parents la charge d'entendre et de prendre acte de la lecture faite ; ceci peut avoir comme effet la cessation des mises en actes de l'adolescent. Nous sommes autorisés à penser, de ce fait, que les parents sont porteurs de soin au sens où une installation de l'adolescent dans la toxicomanie ne sera pas forcément l'issue de cette période de la vie. Souvent cette lecture peut amener ces parents à interroger leur propre difficulté d'homme et de femme. L'accompagnement peut alors avoir comme objectif le fait d'adresser ces personnes vers un travail psychique, à l'intérieur ou à l'extérieur du service.

Le travail auprès de parents de personnes toxicomanes se présente autrement. Ce qui frappe en premier lieu, c'est le peu de mobilisation de ces familles ; souvent il leur a fallu des années pour repérer la toxicomanie de leur enfant. Elles arrivent après des années de galère avec leur fils, plus rarement leur fille, sans pouvoir en parler autour d'elles, souvent coupées des autres et avec la certitude d'avoir tout fait pour eux. Ces parents, très souvent les mères, nous parlent de cercle infernal, ils tournent en rond, comme si un défaut de coupure symbolique les condamnait, mère et fils, à un cercle infernal de répétition dans lequel il n'y a pas d'espace subjectif pour chacun. En un premier temps, il est tout à fait opportun que, celui qui reçoit, ne se précipite pas dans les conseils ni les injonctions ; les parents ont besoin d'un temps plus ou moins long pour se décaler de leur culpabilité, qui ne fait qu'alimenter sans cesse la crispation des relations, vers ce que nous pourrions nommer une responsabilisation. Il leur faut du temps pour repérer ce qui leur est possible, les positions qu'ils peuvent prendre afin que leur fils ou leur fille

se mette en route vers une démarche de soin. Ces parents sont souvent dans le questionnement de ce que font les autres parents. C'est alors qu'une indication « groupe de parole des parents » peut se poser. Il ne s'agit pas d'une thérapie de groupe, mais d'un passage par une réponse dans la réalité, pour ensuite entamer une démarche individuelle, quand les questions plus personnelles pointent.

Le groupe de parole de parents porte en lui trois signifiants qui sont à l'œuvre :

– Groupe : du fait de la confrontation avec des situations et des histoires familiales différentes, les participants mettent en cause l'interprétation imaginaire qu'ils ont pu faire de la situation « *C'est parce que je suis seule qu'il est comme ça* » ; cette confrontation vient faire un trou dans leur savoir et ouvrir la possibilité d'un décalage de leur culpabilité vers une position de responsabilité.

– De parole : les parents sont amenés à se décaler du vécu lié à la toxicomanie, et à percevoir leur enfant en tant que sujet parlant, différent d'eux et de leur propre représentation, et non plus en tant que consommateur d'un produit.

– De parents : ils sont invités donc à se saisir de leur place en tant qu'adultes, d'introduire une différence générationnelle, autrement dit, de différencier leur fonction en tant que parents de leur propre vécu en tant qu'homme, en tant que femme.

Que l'accompagnement soit individuel ou groupal, en aucun cas il ne s'agit de « soigner » les parents, mais de leur donner la possibilité, prenant appui sur la relation transférentielle, d'introduire un écart, un espace subjectif suffisant qui permette au fils (ou à la fille) d'entreprendre et de soutenir sa propre démarche de soin.

**Maria TUIRAN-ROUGEON**

Psychologue  
Point-Virgule

**D**es différents sens du mot *soin*, celui de préoccupation me paraît assez approprié pour décrire, dans une perspective à la fois institutionnelle et groupale, ce qu'il en est du travail en AEMO et particulièrement, du travail de réunion d'équipe.

### Des groupes de travail et des réunions d'équipes

Le Service d'AEMO comportait trois groupes de travail jusqu'à il y a quelques semaines. Deux encore s'y sont ajoutés, dont l'un intervient à BOURGOIN.

Le fonctionnement des nouveaux groupes de travail est ou sera peut-être sensiblement différent de celui des trois groupes dont l'histoire est plus ancienne.

Pour cela, je me limiterai ici au fonctionnement que je connais et auquel je participe. Libre aux autres équipes, et aux équipes d'institutions encore différentes, de s'y reconnaître ou pas et de le faire savoir ou pas. L'ouverture au dialogue est ainsi posée, à l'intérieur comme à l'extérieur.

Dans le Service d'AEMO, chaque groupe de travail (chaque équipe de trois ou quatre éducateurs) se réunit une fois par semaine, deux heures et demie ou davantage, cette durée a varié et peut varier, en plus ou en moins.

Lors de ces réunions de groupes ou d'équipes, sont présents le représentant de la direction (directeur puis, depuis la création du poste de chef de service, le chef de service), éducateurs ou travailleurs sociaux, stagiaires le cas échéant et le psychologue.

L'ordre du jour est posé en début de réunion, même si certaines situations sont parfois annoncées à l'avance.

Cet ordre du jour consiste dans les noms des enfants/adolescents et leurs parents, suivis en AED (Action Éducative à Domicile), mesure administrative décidée par le Conseil Général et en AEMO (Action Éducative en Milieu Ouvert), mesure judiciaire ordonnée par un Juge des Enfants.

Je ne peux détailler ici les diverses modalités de travail, outils dont s'est doté le Service ou telle ou telle équipe mais je retiens ceci : Le ou les travailleurs sociaux exposent la

situation et, le cas échéant, précisent la question qui les occupe ou les préoccupe. Le travail de cette réunion d'équipe se poursuit par un échange aux modalités plus ou moins codifiées selon les équipes. Il cherche à parvenir à une direction de travail précise et concrète et consacre du temps à mettre en évidence d'éventuelles positions différentes et à les traiter.

Des notes de travail relatent ces échanges et les décisions prises, précisant les participants à l'examen de chaque situation. Ces notes restent à la disposition des personnes référentes.

### Vocabulaire

Dans la présentation brève et limitée que je viens de faire, j'ai utilisé les verbes « occuper » et « préoccuper ». C'est à la forme nominale que je veux me référer : « s'occuper », pour lequel le Larousse donne la définition suivante : « travailler, consacrer son temps à »; en adéquation avec mon propos. « Se préoccuper », « s'inquiéter de » dit le Larousse qui donne à « préoccupation » le sens de « souci, inquiétude. »

À « Souci », on trouve : « 1. Préoccupation qui trouble la tranquillité de l'esprit, inquiétude. 2. Objet, motif de cette préoccupation. 3. Avoir le souci de quelque chose, y attacher de l'importance. »

À « Inquiétude », « trouble, état pénible causé par la crainte, l'appréhension d'un danger, souci. » et à « S'inquiéter », correspond « se préoccuper, se soucier de, s'alarmer. »

L'inquiétude existe certainement et la catégorie du danger est effectivement éminemment importante dans tout le champ de la protection de l'enfance.

Évidemment les réunions d'équipe ne traitent pas l'inquiétude comme un but à rechercher mais plutôt comme un guide. Il est en effet question de chercher comment la gérer. Le travail d'équipe peut être vu comme une tentative de la métaboliser, de transformer ce qui l'amène ou la maintient, afin qu'au terme de l'élaboration commune, elle s'apaise ou tende vers l'apaisement, fût-il seulement temporaire. Cela se fera par les actions qui seront décidées, puis, hors réunion,

prises en œuvre par les travailleurs sociaux. L'inquiétude s'exprime aussi par une tension. La mise en tension correspondrait à la réunion même si, dans les cas graves, elle précède largement cette réunion.

### La préoccupation maternelle primaire (Winnicott – De la pédiatrie à la psychanalyse)

Quand nous avons travaillé, dans le Groupe de Psychologues du CODASE, sur la dimension du soin et quand, récemment, j'ai eu accès aux travaux de mes collègues, pour le présent « Regards », j'ai apprécié la comparaison que permettent les mots anglais *care* et *caregiver*. *Care* comporte un éventail de significations aussi large que le mot *soin* mais cela semble plus évident en reprenant les deux langues ensemble et en pensant à D. W. Winnicott : *Take care of you – Prends bien soin de toi*, ne signifie pas *Donne-toi bien les soins médicaux nécessaires*. *Handle with care*, qu'on voit porté sur les objets fragiles, permet de penser plus facilement le *holding* et le *handling* des « soins » donnés au bébé. Le *caregiver*, *pourvoyeur de soin*, (plus joli en anglais !), terme à la base de la figure d'attachement, fait l'objet d'une recrudescence d'intérêt (Courant entraîné par Maurice Berger).

« Attention ! » utilisé lorsqu'un danger est imminent, se transforme en un certain modèle de pensée, pour ce qui concerne l'attention portée à l'autre, au sujet, à la situation traitée.

Il me semble que le mot *préoccupation* peut décrire le modèle de pensée que forment les travailleurs sociaux à l'œuvre, où qu'ils soient et quel que soit leur objet. Mais ce modèle de pensée me semble, de plus, partagé, lors d'un travail d'équipe, à l'instar de ce que je connais, vis et partage, en AEMO.

La préoccupation maternelle primaire fait l'objet d'un article de 1956 de D.W. Winnicott et présent dans le recueil « *De la pédiatrie à la psychanalyse*. » C'est là que chacun pourra retrouver tous les détails de cet article que je ne reprendrai pas ici.

Je citerai seulement ce court passage où Winnicott expose sa thèse : Ce serait « un état très spécifique,



une condition psychologique (...) » qui « (...) pourrait être comparé à un état de repli (...) » Il s'agit de « la toute première phase de la vie du petit enfant. » Winnicott parle aussi « d'hypersensibilité » de la mère et développe : « La mère qui a atteint cet état que j'ai nommé « préoccupation maternelle primaire » fournit à l'enfant des conditions dans lesquelles sa constitution pourra commencer à se manifester, ses tendances à l'évolution se développer et où il pourra ressentir le mouvement spontané et vivre en propre des sensations particulières à cette période primitive de sa vie. (...) ».

### **La capacité de rêverie de la mère (BION)**

Pour avancer dans mon propos, je me dois de citer également les travaux de BION. La transformation des éléments bêta (bruts et inassimilables par la psyché) en éléments alpha (transformés et pensables à terme) se fait chez le bébé, grâce à la mère et à sa capacité de rêverie, durant les tout premiers mois, toutes premières semaines, en général lorsque son bébé est dans ses bras (allaitement, biberon, demi-endormissement du bébé). En particulier la rêverie de la mère qui concerne le père, unit le bébé, objet de soin, de holding, à cet instant, au père, qui peut être absent mais qui est ainsi re-présenté. Le père est alors autre que le bébé, c'est pourquoi cet aspect doit être repris ici, dans sa complémentarité avec la préoccupation maternelle primaire. La mère prête ainsi au bébé son appareil à penser et permet au bébé, par cette transformation du brut (sensations, par exemple sensations catastrophiques) en éléments pensables, représentables, de faire naître, de faire commencer à exister son propre appareil à penser, même rudimentaire.

La notion de contenance, par la pensée, la préoccupation de la mère, est présente dans cette présentation de l'appareil à penser les pensées.

### **Réunion d'équipes en AEMO**

Comment ce qu'il en est de la préoccupation maternelle, peut-il être invoqué pour parler du travail d'équipe en AEMO ?

D'abord directement à partir des mots du vocabulaire détaillé plus haut : Attention portée aux situations, attention particulière aux dangers éventuels, physiques, matériels, psychiques, immédiats ou complexes. Cette attention pourrait être comparée à l'hypersensibilité de la mère notée par Winnicott. Pré-occupation : Pour chaque situation, où l'inquiétude est variable mais dont l'examen ne pourra se déployer que secondairement, le « premier-travail » (processus premier mais non primaire, qui permet la présentation en équipe d'une première approche compréhensive et informative de la situation, de manière à pouvoir émettre un projet, des objectifs de travail, définir des moyens à mettre en œuvre, de façon appropriée), le premier-travail donc rassemble des éléments rapportés par le dossier d'une part, écrits précédant la réception de la mesure au Service et, d'autre part, les éléments recueillis par les travailleurs sociaux du Service. La préoccupation est donc déjà présente à tout niveau et à tout moment de la prise en charge.

Ce que la réunion d'équipe ou de groupe de travail y apporte de spécifique, c'est son partage, son échange, un ajout d'autres regards, la part de la divergence le cas échéant, de la tension engendrée par des points de vue différents. La recherche d'une cohésion finale permettra de rendre productifs ces moments où s'exprime le contradictoire. L'aboutissement rendra compte de toutes façons de la diversité des points de vue et de la valeur du doute, exprimée récemment à un niveau associatif (Céline Roland en particulier).

Ce qu'elle apporte encore, cette réunion, à travers ce partage, c'est un relais. De l'individuel de la conduite de la situation, du semi-individuel de la conduite à deux travailleurs sociaux, d'une mesure éducative, on passe là à la dimension du groupal. L'institution contient elle-même le groupe qui se réunit. Ainsi la famille, qui est un groupe naturel, se trouve-t-elle représentée à travers ce modèle du groupe formel, qui prend place dans l'institution, comme la famille prend place dans la société. La contenance qui peut être détaillée dans la réunion de groupe de travail concerne d'abord les situa-

tions, puis la pensée, pensée des situations, pensée des dangers, pensée des actions.

L'hypothèse qui pourrait être défendue serait que l'institution, par le modèle de son fonctionnement, comme la mère par sa capacité de rêverie pour son bébé, prête de manière indirecte et décalée, sa capacité de penser, aux familles dont les enfants et les adolescents font l'objet d'une mesure éducative.

Si je reprends l'expression préoccupation maternelle primaire, dont certaines caractéristiques ne peuvent convenir à l'AEMO, je tendrais à dire que le travail de groupe, d'équipe, lors des réunions hebdomadaires en AEMO constitue, de manière plus marquée encore que le travail habituel et souvent intérieur – solitaire, du travailleur social, un *soin* particulier caractérisé par l'effort de penser, de mettre en mots les pensées concernant les enfants et adolescents suivis, de partager ces pensées, entre pairs et sur un plan pluridisciplinaire, et de construire avec ces pensées.

Il s'agit aussi, dans la réunion d'équipes, de contenir la préoccupation, par le maintien des pensées et de l'attention, y compris l'attention au danger, par tous les participants de la réunion. La spécificité de chacun de ces participants rappelle la contenance dont est responsable et organisatrice, l'institution elle-même.

Cette contenance dépasse le cadre de chaque réunion et on peut se la figurer active avec les reprises des discussions : un échange concernant la même situation est effectué à nouveau, de manière rapprochée dans le temps, ou, au contraire, assez espacée. C'est alors le signe que l'inquiétude, la préoccupation sont contenues, suffisamment contenues par le ou les travailleurs sociaux chargés de la situation. Sont concernés aussi par cette contenance, le chef de service, le psychologue, des partenaires éventuels, dans le réseau actif pour cette mesure (territoire d'action sociale, autre établissement ou Service du CO-DASE, autre institution, magistrat). La condition de possibilité de cette contenance, propre à chaque réunion, c'est l'établissement d'un cadre institué, institutionnalisé (horaire, lieu, participants, sujets abordés) et l'attention portée au

maintien de ce cadre. Ainsi se trouve illustré ce qu'il en est du repli, évoqué par Winnicott, pour la mère en pleine « préoccupation maternelle primaire ». En règle générale, les participants de la réunion d'équipe ne peuvent être dérangés. Les participants privilégient leur participation à cette réunion vis-à-vis de tout autre engagement potentiel. Les écarts réels qui interrompent ce repli manifestent a contrario sa valeur lorsqu'il est effectif, sa fragilité lorsqu'il ne l'est pas et témoignent de la souplesse du cadre, nécessaire à un fonctionnement « suffisamment bon », suffisamment mobile, tant que sa stabilité fondamentale n'est pas attaquée.

Le retour aux écrits me paraît maintenant nécessaire: Les notes prises par les uns et les autres, leur partage, leur complémentarité avec d'autres écrits, jouent aussi un rôle dans la contenance, la préoccupation et le souci. Souci de garder des traces, traces du travail d'élaboration de la réunion, inquiétude de laisser se perdre ce travail et d'en perdre les repères, les jalons, pour ne citer que quelques-unes de ses formes.

Il me semble que les notions de contenance, de pensée, de préoccupation rendent compte d'une bonne partie du travail éducatif en AEMO, en particulier, pour ce qu'il en est des réunions de groupes de travail, d'équipes et que ces notions concernent également d'autres pans du travail éducatif, en AEMO et ailleurs. Incrire ce bref exposé dans ce numéro de « Regards », c'est faire appel aussi à la fonction de contenance de l'institution associative, au mode de préoccupation qu'elle met en œuvre vis-à-vis de son fonctionnement interne, comme au souci qu'elle a à l'égard des enfants, des adolescents et jeunes adultes, des parents, des familles auxquels s'adresse son action socio-éducative. De regards intérieurs en regards extérieurs, une dialectique peut aussi se déployer, et produire de nouveaux effets, dont les usagers pourront, à terme, être les bénéficiaires.

**Marianne SIMOND**  
Psychologue  
Service AEMO

La clinique confronte psychologues, soignants, éducateurs, formateurs, enseignants à de possibles stagnations, interrogations, incompréhensions dans les prises en charge thérapeutiques, éducatives, pédagogiques et formatives.

Les psychanalystes de groupe se sont interrogés sur la puissance que leur position risque d'engendrer au détriment du destinataire de la thérapie, de l'enseignement, de l'éducation, de la formation. En parler peut sortir d'une impasse angoissante et stérilisante l'éducateur, le formateur, l'enseignant et par extension le patient, le stagiaire, le jeune.

L'analyse de la pratique offre un espace où une telle entreprise est permise. Le travail d'analyse s'effectue dans un registre analytique si l'élucidation des mouvements transférentiels et contre-transférentiels à l'œuvre dans les pratiques du groupe de professionnels constitue l'axe central du travail retenu.

L'analyse de la pratique analytique est un mode de travail récent lié au développement du champ de la psychanalyse. Parfois évoquée sous des appellations différentes selon le contexte institutionnel, libéral, analyse des pratiques, supervision, discussion de cas, groupe Balint, groupe clinique, contrôle, elle se propose toujours dans la modestie de sa méthodologie et dans l'ambition de son objectif : raconter ce qui a posé problème à un praticien, enseignant, éducateur, formateur, pour dénouer maintenant ce qui fut refermé, refusé ou brisé dans une situation d'écoute, de transmission d'un savoir, de formation, d'aide ou de soins. Qu'est-ce qui a tourné court ou fait long feu dans un évitement sourd ? L'analyse de la pratique analytique constitue une stratégie du récit, elle est une expérience vive de la parole où le présent vient convoquer le passé en vue d'un futur qui pointe déjà : c'est en cela que nous pouvons la voir comme une très proche parente de la cure psychanalytique puisque ses

moyens, mais non ses fins, sont les mêmes.

Lorsque ce pari de la narrativité est tenu, chacun s'en trouve changé : le sentiment de toute puissance ou son contraire le sentiment d'impuissance de tel praticien, enseignant, formateur, éducateur, cède, glisse, s'estompe, disparaît pour laisser place à une vérité inédite qui, l'espace d'un instant découvre, éclaire d'autres possibilités d'entendre, d'aider ou de soigner ; tel pouvoir massif ou déshumanisant apparaît brutalement sous l'évidence tranquille d'un propos ; tel pouvoir inattendu et soulageant se découvre dans une intervention, une manière de répondre, une attitude fermement encourageante. L'analyse de la pratique construite pour un interlocuteur nouveau, avec les mots de l'instant l'énonciation du présent, une réalité qui se voudrait fidèle à ce que fut une expérience passée avec un autre, dans un lien différent, dans une temporalité distincte. Ce champ est transférentiel puisqu'il est récit, d'une transposition, construction, confiance dans la dimension non uniquement de la réalité, mais de la vérité. Celui ou celle qui demande une analyse de la pratique, et qui sait à quoi cela engage, est souvent animé d'un désir contradictoire : celui de justifier une situation en impasse qui l'amène précisément à en parler pour s'en dégager. Cette expérience si particulière de travail, hors du commun, suppose, pour être soutenue et continue, plusieurs critères : d'abord que la personne assure la singularité de son récit, de sa construction narrative. C'est elle qui parle et elle seule bâtit avec ses mots, sa subjectivité, ses affects, son histoire (passée et présente), la situation dans laquelle elle se sent enfermée, celle où elle pense enfermer l'autre. L'analyse de la pratique ne tire son efficacité que si l'angoisse qui pousse à la narration de l'impasse s'appuie sur une confiance suffisante en l'interlocuteur qu'est le superviseur, pour qu'un espace de non-savoir mais d'attente s'ouvre. Ce pouvoir en

impasse, quelles expressions peut-il prendre ? Pour un analyste en formation, ce pourra être l'asphyxie progressive dans la cure du fait que le praticien s'identifie trop à son savoir, à ses théories ou à sa propre analyse et enferme l'analysant, sans s'en apercevoir dans le monde étroit et stérile de ses préjugés et la hauteur de ses idéaux. Pour des soignants, c'est d'enfermer sans le vouloir et sans s'en rendre compte le patient dans l'évidence qu'on est là pour le soigner, donc qu'il doit se laisser faire puisqu'il est "à" guérir. Pour des éducateurs, c'est piéger à son insu l'enfant, l'adolescent, le résident, la personne âgée dans l'idéologie qu'on connaît son bien, ou dans l'obligation de se conformer aux normes adaptatives sous couvert de contrat pédagogique, projet éducatif, je ne sais quoi d'autre. Toutes ces situations, dans leurs diversités reflètent la même configuration : la construction d'une puissance tranquille d'un côté, confortée par l'évidence de sa démarche, et de l'autre la résistance plus ou moins passive d'un supposé bénéficiaire (de soin, d'écoute, d'aide, de savoir, de formation) jusqu'à ce qu'un symptôme ou plus simplement une difficulté viennent stigmatiser l'espace ainsi ordonné. Quelque chose accroche la relation d'aide, de soin, d'écoute, de formation, c'est bloqué, ça aboutit à des répétitions, des actes bizarres, qui amènent le praticien à s'en inquiéter : c'est le point de départ de l'analyse de la pratique : le pouvoir que le praticien, formateur, éducateur, enseignant s'est approprié ou dont il n'a pas pu se déprendre à temps, l'encombre et le conduit à une impasse. Il va en parler en le justifiant tout en se plaignant de la gêne qu'il apporte. Le groupe de l'analyse de la pratique est peut-être un espace pour se plaindre, un lieu de transformation de la plainte.

Les participants acceptent, en général fort bien l'idée de groupes d'analyse de la pratique où chacun puisse exprimer ce qu'il a vécu. Ils comprennent généralement rapidement

qu'on ne peut continuer de travailler longtemps et valablement sans soi-même pouvoir parler des impressions ressenties, des affects soulevés, des questions rencontrées, des situations exposées, des difficultés ou impasses affrontées. Si le principe de ces groupes et leur utilité est aisément admis, leur réalisation ne s'effectue pas toujours sans question et/ou interrogation. Très vite, les participants de ces groupes font l'expérience de leurs difficultés. Celles-ci proviennent de ce que le but de ces groupes n'est pas de bavarder ni de discuter mais de parler. Parler veut dire livrer en mots ce que l'on ressent, ce que l'on vit, ce que l'on est. C'est une démarche fondamentale, humanisante, libératrice et créatrice.

### **Cependant parler fait peur. Le pouvoir de dire Je**

On se méfie de la parole. Parler à la première personne, dire "je", c'est risquer de prendre conscience d'attitudes, d'émotions, de motivations perçues comme mêlées, c'est-à-dire embrouillées d'éléments jugés inadmissibles. Parler c'est un peu dire pourquoi je désire écouter l'autre, la rencontre de ses propres motivations fait parfois fuir cette rencontre pluriel. Ecouter dans ce genre de groupe peut nous protéger de ce danger imminent, parler peut nous éloigner de notre toute puissance infantile ; participer à une écoute, nous renvoyer toujours à notre vulnérabilité et à nos faiblesses. Parler en groupe multiplie ce risque par le nombre de participants du groupe. L'autre me révèle nécessairement dans ce que je dis des significations qui m'échappent. La séance de supervision devient alors l'heure de vérité, l'heure de ma vérité. Je peux très bien décrire une situation et ne pas me rendre compte que mes réactions étaient marquées par l'impatience, l'agressivité, la colère, la lassitude, le doute. Mais s'il en est ainsi, il est peu probable que quelqu'un, dans ce groupe ne le perçoive pas. Autrement dit, parler peut nous amener à considérer que

nos habitudes, la manière que nous adoptons de fonctionner avec autrui, ne correspondent pas à ce qu'on pourrait attendre. Se taire est parfois plus confortable, cela est moins dérangeant, désertir le groupe peut être une certaine fuite, un refuge devant la rencontre de ma peur. C'est pourquoi certains participants, volontaires à l'écoute restent, en un certain sens, passifs par rapport aux objectifs de ces groupes. Ils peuvent présenter des situations intéressantes, interpréter et manifester des jugements sûrs à propos de ce qu'ils entendent. Mais eux-mêmes ne s'engagent pas dans une parole sur eux-mêmes si ce n'est de manière ponctuelle ou superficielle. Détacher leurs défenses, c'est trop fort. Ils ont peur. En fait, ils ont peur, je crois, de ce qu'ils pourraient découvrir d'eux-mêmes en parlant. C'est la raison pour laquelle il est si important de jouer le rôle d'écouter, d'éveiller la parole. L'aide majeure que nous puissions apporter à autrui est bien d'être présent pour qu'il parle, en fait, pour qu'il se parle de ce qui parle en lui. Mais il y a une autre peur qui envahit toujours plus ou moins consciemment celui qui participe au groupe d'analyse de la pratique. C'est la peur de l'écoute des autres. Un peu d'attention à soi et à autrui indique que tout langage est, de soi, équivoque. Se mettre à parler, c'est inévitablement courir le risque d'être mal compris. Non seulement les mots, les phrases sont, en soi, pleins d'ambiguïtés mais celui qui les entend peut, à cause de son écoute à lui, mal saisir, mal comprendre, déformer le message. Quand bien même il le saisirait convenablement, il pourrait toujours s'en servir contre lui qui se livre, en faire une arme contre lui. Une méfiance plus ou moins latente, plus ou moins consciente peut ainsi s'installer dans le groupe et l'empêcher d'atteindre son but. Car face à ce danger, la réaction du participant est souvent de se réfugier, sinon dans l'absentéisme, dans le silence du moins dans un déguisement de circonstance. il se masque, évoque des sen-

timents, des attitudes qui ne sont pas primordiales. Il se cache derrière des rationalisations. Il ne parle pas vraiment de ce qui se vit au plus profond de lui-même. Sans doute, se dire la vérité n'est pas chose facile. C'est une tâche ardue, jamais terminée. La vérité subjective de chacun n'est pas immédiatement disponible. On n'y accède que peu à peu, de manière souvent partielle. Chacun peut y tendre ou la fuir. Selon qu'ils vivent plus ou moins sous la menace des autres, de la découverte des failles ou faiblesses, les participants des groupes peuvent dissimuler leur vécu propre et prendre la fuite sinon la porte sauvent la face. Ce problème n'est pas théorique, il se vérifie hélas très concrètement dans les groupes. Comment faire face, dans le quotidien, à ces difficultés qui risquent de faire des groupes contrôle, des réunions tout à fait formelles, sans réelle densité humaine, éviter que ces groupes deviennent autosuffisants, ces hommes, ces femmes des êtres exceptionnels.

### **Rôles et fonctions de l'analyste de groupe**

Je crois qu'il faut avant tout donner un cadre et une structure à ces groupes. Cela peut limiter les risques dont nous venons de parler. Une certaine organisation peut exiger un certain nombre de points concrets. Veiller d'abord à la motivation des participants. Certains d'entre eux acceptent l'idée de ces groupes mais ne s'y engagent que très peu. Il y a lieu de faire percevoir la contradiction qu'il y a à se présenter comme participant et à refuser de s'engager soi-même dans une parole authentique. Comment écouter si on ne croit pas au pouvoir libérateur de la parole ? Quel sens aurait un désir d'aider autrui de cette manière sans s'aider soi-même et se laisser aider par les autres qui ont le même désir ? Cela rend impossible toute analyse de la pratique obligatoire, comme cela se fait parfois avec les meilleures intentions du monde dans certaines institutions. Éviter que des personnes qui se retrouvent souvent ailleurs que dans ces groupes, et surtout des person-

nes qui ont entre elles des liens hiérarchiques, ne soient réunies dans les mêmes groupes. Des liens trop étroits en dehors, risquent de fausser les échanges au sein des groupes au lieu de les favoriser. Les consignes données doivent être claires. Les groupes sont organisés pour parler prioritairement de soi. La loi de la discrétion doit être exigée, elle favorise les échanges personnels et permet de dépasser le niveau des propos conventionnels ordinaires et les rivalités dues aux différences de statuts et de rôles sociaux. L'analyste de groupe doit être à même de recentrer en permanence le travail sur les objectifs spécifiques qui sont les siens, il doit apercevoir les mécanismes psychiques à l'œuvre derrière les comportements professionnels devenus quasi-automatiques pour certains et éventuellement si cela est possible, tenter de les assouplir. Il doit faire avancer l'exploration de chacun dans l'espoir d'éclairer et de comprendre les réactions de répétition, élargir l'éventail des réponses possibles, apprendre à supporter la déception de soi, d'alléger le poids des idéaux, trouver une nouvelle sensibilité et davantage de plaisir à travailler et à penser.

Si ce rôle de soutien mutuel est satisfaisant, gratifiant et nécessaire dans ce style de travail, il n'y a véritablement de travail, travail de transformation, que si les garants du

dispositif font en sorte que les participants puissent, au-delà du réconfort narcissique de base, accepter d'écouter et d'entendre ce qu'ils disent, sans savoir tout à fait qu'ils le disent et d'écouter et entendre les autres dans le même état d'esprit, sans aucun jugement de valeur et cependant sans complaisance.

Pour conclure, je dirais que tout naturellement l'analyste de groupe est, si j'ose dire, un être biodégradable, c'est-à-dire que cette fonction, ce travail ne peut être exercé efficacement que dans une durée logiquement limitée. Faute de quoi, il risque lui-même de s'enfermer dans la puissance, se transformer en maître à penser là où il a à rester en apprentissage et en recherche.

Le superviseur, l'analyste de groupe a théoriquement l'équipement personnel et théorique pour élaborer tout ce qui transite par lui dans ce travail d'élaboration. Peut-on émettre l'idée d'une supervision des superviseurs ? Il est fréquent que les psychanalystes se cooptent en petit groupe pour échanger sur des moments compliqués et difficiles de leurs cures. Encore une fois, s'illustrer ainsi le fait que le travail psychique ne s'arrête jamais.

**Jacques DURAND**

Administrateur

Psychanalyste

Membre de la Société Psychanalytique de Paris

**REGARDS** 21, rue Anatole France 38100 GRENOBLE

**Directeur de la Publication** : Jean-Paul DEMARD

**Comité de Rédaction** : J. Durand, P. Berthoin dit «Paul Blanc», H. Ternant, N. Chadi, M. Cottin-Pignerat, T. David, M. Ghisoni, M. Simond, M. Tekfa, D Willocq

**Saisie des textes et mise en page** : B. Lefèvre

**Maquette** : Butterflyproject – **Photos** : J-P. Angei

**Impression** : @lpha.doc, 4<sup>ème</sup> trimestre 2009