

Congrès annuel du CPGF

« *Analyse de la pratique, un outil précieux pour le soin* »

Paris

3 et 4 octobre 2015

Analyse des pratiques : figures, enjeux, limites

Albert Ciccone*

Je parlerai d'une place de praticien de l'analyse de la pratique, mais aussi de superviseur qui travaille avec beaucoup de psychologues et psychiatres qui font de l'analyse de la pratique.

La pratique de l'analyse de la pratique est courante. Elle est par exemple la deuxième modalité de pratique la plus courante chez les psychologues, après les suivis ou thérapies individuelles. Pourtant peu d'écrits la concernent, dans le champ clinique en tout cas, au regard de l'importante activité qu'elle représente, même si on trouve bien sûr quelques travaux notamment récents¹.

Une pratique « honteuse »

Un maître et ami, Alain-Noël Henri, qui pratique l'analyse de la pratique depuis plus de cinquante ans (il est sans doute l'un des premiers en France à avoir utilisé ce dispositif, dans le champ de la formation, de l'éducation spécialisée, du médico-social et autres), a l'habitude de dire qu'il s'agit d'une « pratique honteuse ». Parce qu'elle n'est pas protégée par un cadre tel qu'elle puisse échapper au morcellement et à la contradiction, et parce que s'y révèlent en permanence le morcellement et la contradiction des pratiques qu'elle est censée analyser (Henri, 2009, p. 112).

* Psychologue, psychanalyste, professeur de psychopathologie et psychologie clinique à l'université Lumière-Lyon 2, membre du CPGF.

¹ Voir par exemple Henri-Ménassé, 2009 ; Giust-Ollivier, Oualid *et al.*, 2015.

Je reprendrai cette idée de pratique honteuse, pratique dont on parle peu. D'ailleurs la première phrase de l'argument de ce congrès rappelle que le Collège n'a jamais fait d'étude théorico-clinique de l'analyse de la pratique, alors même que ses membres en ont une expérience assidue.

Il s'agit d'une pratique honteuse d'abord parce qu'elle est très éloignée de la cure-type. Mais de cela nous avons l'habitude, avec la psychanalyse des groupes, des familles, des enfants, des psychotiques et autres.

Elle est par ailleurs polymorphe, à géométrie variable. Même sa dénomination peut varier : « analyse de la pratique », « intervention institutionnelle », « supervision ». Le terme « intervention institutionnelle » est souvent réservé à une demande de régulation suite à une situation de crise. Mais les « analyses de la pratique » ont souvent cette fonction et sont aussi sollicitées dans cette visée. Le terme « supervision » est en général réservé au travail avec un groupe de pairs, provenant chacun de différentes institutions ou travaillant en libéral, et reçus souvent par un superviseur lui-même en libéral. Le terme « analyse de la pratique » décrit plutôt une intervention dans une institution, auprès d'une équipe, dans un cadre qui est souvent considéré comme un outil de travail. Mais pas toujours. Les termes « analyse de la pratique » et « supervision » sont aussi très souvent employés indifféremment par les commanditaires et par les prestataires.

Cette pratique est polymorphe quand au cadre « externe ». L'intervenant est souvent dit « extérieur », mais il est parfois membre de l'équipe dont il analyse la pratique, chacun s'arrangeant de dispositifs créés avec les moyens (très faibles) qui sont donnés. On peut voir aussi des échanges solidaires : par exemple, deux psychologues de deux services peuvent intervenir chacun dans le service dont il ne dépend pas pour faire un tel travail. Par ailleurs, l'« extériorité » peut être interrogée dans la mesure où même « extérieur » l'intervenant est toujours financé par l'institution. Le statut d'extériorité est également relatif lorsque, comme cela arrive parfois, l'intervenant est le plus ancien du groupe (quand il s'agit d'une équipe où les changements de personnels se succèdent à un rythme rapide).

Les groupes sont parfois « ouverts », d'autres fois « fermés ». La participation est souvent volontaire mais parfois imposée. La question se pose souvent (pour l'intervenant mais pas toujours pour le commanditaire) de savoir si les cadres doivent y participer (directeur, cadre infirmier, médecin chef, chef de service...). Certains refusent catégoriquement un travail d'analyse de la pratique dans lequel ne serait pas présente la hiérarchie : « On balaie toujours un escalier en commençant par le haut », me disait une psychologue. La présence des supérieurs hiérarchiques peut néanmoins censurer la parole des membres d'une équipe, même

si la censure ne se loge pas nécessairement dans celui qui représente le cadre institutionnel, et qu'il peut y avoir bien d'autres systèmes de censure².

La durée des groupes est également très variable, avec des contractualisations à l'année, où la suite du travail est chaque fois tributaire du « bilan » fait avec la direction ou l'équipe elle-même, par exemple.

Les motifs des demandes sont multiples. Il s'agit bien souvent de souffrances dans une équipe, dans la professionnalité des praticiens. Il peut s'agir de souffrances dues aux violences qui proviennent des logiques économiques, des pressions gestionnaires, de la technicité du scientisme et du positivisme ambiants. Par exemple, les prescriptions incessantes d'exigences nouvelles, de procédures changeantes, les évaluations intempestives, les contrôles permanents qu'on observe dans les institutions de soin, gérées comme des entreprises et soumises à la loi du marché, attaquent la professionnalité, l'identité professionnelle des praticiens. Il peut s'agir de souffrances dans les liens institutionnels, dues au travail de la destructivité, de la « déliaison », de la pulsion de mort, si fréquent dans les institutions et que beaucoup ont décrit³. Par exemple à l'occasion d'un départ d'un chef ou fondateur charismatique, avec des transmissions impossibles ou empêchées, un effacement de l'histoire, une casse de tout ce qui avait été créé, etc. La demande peut aussi s'inscrire dans une conception de l'analyse de la pratique comme « formation continuée », comme outil de travail. Ces variétés de demandes solliciteront des éprouvés préalables, des « pré-contre-transferts », pourrait-on dire, différents chez l'intervenant.

Les modalités de demande sont aussi très diverses, et produiront chacune des « pré-transferts » particuliers. Ce pré-transfert sera différent si c'est une direction qui demande une analyse de la pratique sans que l'équipe ne soit pleinement partie prenante, ou si c'est une équipe qui demande car elle souhaite faire entendre sa plainte, être comprise et/ou comprendre ce que lui transmettent ceux à qui ses membres ont affaire en tant que soignants, éducateurs, accompagnants. Il sera différent également si la demande est adressée à l'intervenant, ou si elle transite par un « appel d'offre », ce qui a pour effet de renverser la demande : c'est en effet l'intervenant qui devient alors demandeur d'emploi.

Il y a donc beaucoup de « bricolages » en analyse de la pratique. Ce qui n'est pas nécessairement péjoratif. Même si de nombreux intervenant acceptent des conditions limites et discutables, parce qu'ils ont tout simplement besoin de travailler, le « bricolage », au sens

² Comme le rappelait Philippe Robert lors du colloque « Violences dans les soins », en septembre dernier à Paris.

³ Voir Kaës *et al.*, 1996.

de Lévi-Strauss (1962), est une activité noble, un art, une création, dans laquelle il s'agit de s'arranger et de créer avec les moyens du bord.

L'analyse de la pratique est une pratique honteuse encore parce que de nombreux professionnels de disciplines ou pratiques diverses s'en réclament : psychologues, psychanalystes, bien sûr, mais aussi sociologues ou psychosociologues, « sociologues cliniciens », coachs et formateurs divers, praticiens de même profession que les professionnels des groupes dont ils analysent la pratique (par exemple des éducateurs, psychomotriciens, travailleurs sociaux et autres font de l'analyse de la pratique pour des praticiens de leur corporation). Et l'analyse de la pratique existe aussi en dehors du champ du soin ou de l'éducatif.

Il s'agit aussi d'une pratique qui doit manier le paradoxe. Son champ d'intervention la situe continuellement dans un « entre-deux » : entre extériorité et intériorité, on l'a vu, mais aussi entre soin et formation, à la frontière toujours du personnel et du professionnel, ambiguïté constitutive de ses fondements (Henri-Ménassé, 2009). Par exemple, elle est souvent financée sur des budgets « formation », même s'il s'agit bien de « prendre soin » des soignants.

Pratique honteuse encore, pour les psychanalystes, car non seulement elle se situe hors cure-type, non seulement elle ne s'adresse pas à des « groupes thérapeutiques », mais elle suppose, lorsqu'elle se déroule dans les établissements, un contact direct avec les terrains de pratique, avec la violence institutionnelle, avec la réalité du travail des praticiens du soin (psychique ou corporel), de l'éducation, de l'accompagnement, du travail social, réalité bien souvent peu luxueuse, peu enviable. On y rencontre la misère fréquente des conditions de travail, la lourdeur des pathologies auxquelles les professionnels ont affaire, les odeurs nauséabondes des corps malades, abîmés, régressés, les odeurs d'urine, les odeurs de la mort (en MAS, en EHPAD, par exemple), etc.

Pratique honteuse car nécessairement « bâtarde », « métissée », dans la mesure où elle oblige à prendre en compte la réalité institutionnelle, le méta-cadre, voire la réalité socio-politique, qui infiltrent en permanence les pratiques et pèsent sur elles. Cela même si le fond institutionnel est souvent censé demeurer silencieux, voire même si le silence est prescrit : « Il ne s'agit pas de parler des problèmes institutionnels », entend-on souvent de la part des directions qui emploient les intervenants. Parmi les forces institutionnelles qui déforment les pratiques et infiltrent le travail d'analyse de la pratique, il faudrait bien sûr distinguer celles qui concernent l'*institution* et celles qui concernent l'*établissement* ou l'*organisation* dans laquelle œuvrent les protagonistes (l'institution dépasse le périmètre d'un établissement ou

d'une organisation qui en relève). Et il faudrait ajouter à celles-ci celles qui concernent la dimension socio-politique.

Psychanalyste en analyse de la pratique ?

Peut-on rester psychanalyste dans ces contextes aussi polymorphes ?

Oui. D'abord parce l'analyse de la pratique a tout de même une filiation psychanalytique.

Balint et l'analyse de la pratique

On a l'habitude, en effet, de désigner à l'origine de la pratique de l'analyse de la pratique le dispositif mis en place par Balint et nommé « groupe Balint ». Balint est un élève de Ferenczi, « enfant terrible » de la psychanalyse, et il n'avait pas peur d'aménager le dispositif de la cure-type pour l'adapter à des situations auxquelles le cadre traditionnel de la psychanalyse ne donnait pas accès. Il était aussi intéressé par les groupes, il avait suivi les séminaires de Rickman et de Bion sur leur expérience des groupes pendant la Seconde Guerre mondiale.

Il y a toujours une préhistoire à l'histoire⁴. Et il y a bien sûr une préhistoire aux groupes Balint. Celle-ci concerne une technique de travail appelée « *casework* », née aux États-Unis dans le premier tiers du XX^{ème} siècle, et enrichie des théories et modèles de Carl Rogers concernant la relation d'aide et l'écoute. Cette technique a été importée et s'est imposée en Europe après-guerre. Ce dispositif destiné aux assistants de service social avait pour objet de soutenir la professionnalité, l'analyse des situations, le discernement de ce qui est professionnel et de ce qui ne l'est pas, la posture de « non jugement », etc. Ce modèle va rencontrer en Grande-Bretagne la psychanalyse en la personne de Michael Balint, lors d'un séminaire de contrôle de *casework* pour des assistants sociaux, animé par Enid Abu, sa future 3^{ème} femme. Balint introduit une modification fondamentale dans le dispositif, qui va contrecarrer la dimension objectivante et promouvoir les mouvements de subjectivation : il demande aux participants de laisser tomber le dossier, l'enquête sociale, et de parler sans notes des personnes, des familles en charge, de ce que ces dernières font vivre à l'assistant social qui en parle, de ce qui le perturbe dans la relation avec elles, etc.

⁴ Sur les aspects historiques, voir Moreau-Ricaud (2000) et Henri-Ménassé (2009).

Nous sommes en 1947-1948, et c'est depuis sa place de consultant à la Tavistock Clinic de Londres que Balint crée le dispositif qui porte son nom, à l'intention cette fois des médecins généralistes, confrontés à des situations difficiles et inhabituelles du fait de réformes radicales des services de santé en Grande-Bretagne. Dans un groupe de huit à dix médecins, réuni hebdomadairement pendant deux années, chacun parle en association libre d'une relation avec un patient, et il s'agit de sensibiliser les participants aux manifestations de l'inconscient – celui du patient comme celui du médecin.

Je renvoie aux écrits de Balint qui mettent en évidence la nature profondément psychanalytique du travail qui se déroule dans ces groupes. Balint insiste sur la nécessité d'appréhender le patient dans toute sa spécificité, son originalité, son fonctionnement dans sa vie physiologique, organique, mais aussi psychique, voire spirituelle. Il reprend l'exigence du « sentir avec » de Ferenczi (1928). « Si des sentiments ou des émotions quels qu'ils soient se trouvent suscités chez le médecin pendant le traitement du malade, ils doivent être [...] évalués comme un symptôme important de la maladie du patient », écrit par exemple Balint (1961, p. 85). Le travail a comme finalité la « décontraction » de la personnalité du médecin, Balint situant le changement opéré dans la zone de son « moi professionnel » et considérant celui-ci comme un « changement limité quoique considérable » (1957, p. 11).

Le modèle va ensuite s'extraire du cadre médical, diffuser dans les pratiques sociales et soignantes en subissant différentes modifications.

Le modèle du groupe Balint a donc émergé du modèle du *casework* qu'il a subverti pour même s'opposer à lui, et il a lui-même subi des subversions jusqu'à donner celui, polymorphe, de l'analyse de la pratique.

Psychanalyste toujours

On peut rester psychanalyste dans l'analyse de la pratique, d'abord parce que l'analyse de la pratique a une filiation psychanalytique, et ensuite parce qu'on peut rester psychanalyste dans tous les contextes.

J'aime bien rappeler cette citation de Didier Anzieu qui dit que « l'inconscient ne répond pas nécessairement aux convocations régulières d'heure et de lieu » (1999, p. 199). L'inconscient surgit partout, la psychanalyse n'est pas réservée au setting divan-fauteuil, et un travail psychanalytique peut se faire partout où surgit l'inconscient : debout, assis, allongé ; avec des adultes, des enfants, des bébés ; individuellement, en groupe ou dans une famille ; pendant la séance, sur le pas de la porte, au domicile du patient, au pied d'un lit d'hôpital ;

« partout où un sujet peut manifester ses angoisses, ses fantasmes, ses failles à quelqu'un supposé les entendre et apte à lui en rendre compte » (*ibid.*).

Et on peut avoir une écoute psychanalytique, une approche psychanalytique dans les dispositifs d'analyse de la pratique. Ces dispositifs proposent une scénarisation de la conflictualité. Il y est réalisé un travail d'approche de la conflictualité inconsciente ; un travail de contenance, de dégagement, de compréhension, de partage, de transformation ; un travail de discernement des résistances, des logiques de répétitions, des processus de transfert, des effets de contre-transfert.

Nous n'avons certes pas affaire à des groupes thérapeutiques, mais nous avons affaire à des groupes de professionnels qui souffrent. Et l'analyse de la pratique est l'occasion d'une remise en question (et non pas en cause) de cette souffrance. Le travail qui s'effectue dans ces groupes, s'il est fait avec une écoute et une observation psychanalytiques, est un travail d'« ana-lyse », au sens de déliaison, de déconstruction. Il s'agit d'explorer les représentations, les croyances, les normes intériorisées, qui empêchent la rencontre avec les sujets auxquels les professionnels ont affaire. Il s'agit de discerner les mouvements de projection, de part et d'autre, de comprendre et de partager les affects mobilisés chez les professionnels et de repérer les défenses qui s'ensuivent. Il s'agit de discerner les résistances, les processus de répétition et leurs fonctions, les mouvements transféro-transférentiels, etc. Il s'agit, en un mot, d'être sensible à la manière dont la réalité psychique se laisse entendre dans ces groupes.

L'objet de l'analyse de la pratique – lorsqu'elle concerne une équipe institutionnelle – se situe à l'interface du colloque singulier entre chaque praticien et son objet, et du rapport de chacun au groupe de praticiens ainsi qu'à l'ensemble de l'institution. Sa véritable visée, ce qui la fait exister et perdurer dans l'espace institutionnel, est, comme le dit Alain-Noël Henri, d'« être un espace où se secrètent et se restaurent les mythes unificateurs de l'espace d'alliance local mis à mal par les aléas de la vie quotidienne » (2011, p. 8).

Il s'agit aussi, avec ces professionnels souvent malmenés – par la pathologie des patients ou des usagers, par les exigences des administrateurs, par les contraintes économiques, par les conflits interpersonnels, etc. –, de retrouver le plaisir de penser, avec liberté, sans contrainte. Il s'agit de pouvoir réinvestir des pensées interdites (Henri-Ménassé, 2009) – on peut penser aux pensées hostiles, à la haine dans le contre-transfert (Winnicott, 1947), haine vis-à-vis des patients ou des collègues. Comme dans le processus psychanalytique, le cadre de l'analyse de la pratique soutient une « transgression temporaire », comme le dit aussi Alain-Noël Henri, dans la mesure où le refoulé se trouve ré-

autorisé, processus qui chaque fois n'est tenable que dans un espace délimité (la cure, la formation, la supervision...) et dans une temporalité finie, même si la date de fin est indéfinie (2004, p. 301-302).

Enfin, l'analyse de la pratique étant groupale (même si on peut évidemment faire un travail similaire avec un professionnel seul), l'écoute sera toujours une « double écoute » : elle écoutera en même temps la dimension groupale et la dimension personnelle de chaque parole qui s'énonce.

« Transfert du transfert », et « transfert du contre-transfert »

Après ce bref tour d'horizon de l'histoire, des figures et des enjeux de l'analyse de la pratique, je vais m'arrêter sur l'un des nombreux et complexes processus sollicités par ce dispositif. Il s'agit de ce qu'on peut appeler le « transfert du transfert » et le « transfert du contre-transfert »⁵. Ce que les patients font vivre aux soignants, les soignants le font vivre au superviseur ou à l'intervenant, dans le dispositif d'élaboration de la pratique. Cela est banal et les illustrations pourraient être nombreuses. Il est classique, par exemple, qu'un ou plusieurs praticiens, confrontés à l'avidité de patients qui ont des questions exigeantes et qui mettent mal à l'aise les praticiens ne pouvant donner une réponse satisfaisante immédiate et se sentant disqualifiés dans leur pratique, développent alors un comportement avide lors d'une prochaine supervision ou analyse de la pratique et à l'égard du superviseur ou de l'intervenant. Il lui est demandé de dire tout de suite ce qu'il aurait été bon de répondre aux patients ; il lui est reproché de ne pas chasser, par une réponse immédiate, l'inconfort dans lequel plongent les questions des patients avides. Les soignants font ainsi vivre à l'intervenant l'impuissance qu'ils ont eux-mêmes vécue. De telles observations sont ordinaires, et on reconnaît dans ces transactions le travail de l'identification projective.

Mais ce que je voudrais préciser, ce sont les conditions au transfert du transfert, et au transfert tout court⁶. Le transfert, en tant que déplacement de contenu subjectif, en tant que projection ou que transmission au sein du dispositif de soin suppose des conditions intersubjectives de possibilité de contact, d'échange, de contractualisation, de mise en commun. Cela est vrai pour tout transfert, pour toute transmission, pour toute projection, pour toute identification projective. On ne projette jamais « dans le vague », ni là où il n'y aurait rien de semblable à ce que l'on projette, disait Freud à propos du jaloux ou du paranoïaque

⁵ Expressions que j'emprunte à Claude Janin (1988).

⁶ Sur les conditions de ces transactions, voir Ciccone, 2012.

persécuté (1922). Mélanie Klein a souligné l'évidence que l'objet que le sujet pénètre par identification projective possède quelque chose de commun avec lui (1955). Jean-Claude Rouchy, autre exemple, précise à propos de la « transmission du fantôme » que la honte ou la culpabilité d'un autre ne font inclusion chez un sujet qu'en se logeant dans l'espace créé par le refoulement d'une honte ou d'une culpabilité du sujet lui-même (1995). On pourrait multiplier les références, et on peut généraliser ces énoncés et ajouter qu'*on ne transfère jamais par hasard* : le dépositaire de la projection, ou des éprouvés transférés, n'est jamais totalement innocent de ce dont il hérite. Il doit présenter des conditions, des dispositions pour attirer la projection, se prêter au transfert.

Les conditions d'établissement du transfert concernent donc d'emblée les aspects contre-transférentiels que la situation clinique vient mobiliser où qui lui pré-existe⁷.

Une telle précision me semble importante, car dans les analyses institutionnelles, les analyses des pratiques, on observe souvent le recours un peu systématique à un modèle prêt-à-porter qui voudrait que chaque fois que se manifeste une violence institutionnelle, une violence dans une équipe soignante, des mouvements de déliaison, des tendances destructrices, etc., ces manifestations soient rapportées à la violence des patients, à la destructivité de la pathologie : les caractéristiques de la pathologie des patients traversent les soignants qui s'en occupent, lesquels reflètent, agissent, renvoient en miroir ces caractéristiques, et notamment la destructivité, le chaos.

Autrement dit, le « mal » est toujours chez l'autre, chez le patient, dans la pathologie. Cela est sans doute souvent vrai, mais le recours systématique à un tel modèle est défensif et au service de l'innocentation des soignants. Et il me semble important de considérer que ce qui se loge dans un soignant, dans une équipe, en provenance d'un patient, trouve chez eux une disposition pour s'y loger.

Je vais donner un exemple, qui concerne un extrait de séance de travail d'analyse de la pratique avec un groupe de professionnels intervenant dans un lieu d'accueil parents-enfants (ces professionnels sont détachés de différentes institutions dans lesquelles ils ont des pratiques diverses, et dans ce lieu ils se nomment « accueillants »). Nous verrons comment le groupe de professionnels accueillants reprend à son propre compte les éprouvés du groupe d'accueillis, et cela parce que le groupe d'accueillants présentait des éprouvés suffisamment similaires pour pouvoir entrer en résonance avec les éprouvés des accueillis. Travaillant ces

⁷ Voir Michel Neyraut (1974) qui parlait de précession du contre-transfert sur le transfert.

éprouvés pour son propre compte, le groupe pourra ensuite travailler à transformer les contenus dont il a hérité.

Lorsque j'arrive, une personne de l'équipe d'accueillants m'offre le café. Une autre plaisante à propos de cette attention dont je suis l'objet. Cela fait parler le groupe du fait qu'il ne faut pas trop être ensemble : « Quand on est trop ensemble, quand on se voit trop, on n'a pas d'attention les uns pour les autres. » Est alors évoqué le besoin des accueillants (qui fonctionnent toujours à deux) d'être eux-mêmes accueillis, d'avoir un temps de retrouvailles avant l'accueil des parents et des enfants qui fréquentent le lieu.

Ces énoncés concernant le besoin de retrouvaille d'un bon lien chaleureux et sécurisant dans le couple d'accueillants, et ici dans le groupe, sont provoqués par la rivalité ordinaire et en partie œdipienne déclenchée par l'attitude bienveillante d'une accueillante à mon égard, bienveillance interprétée par le groupe comme une séduction menaçant l'intégrité du groupe, car menaçant l'équilibre équitable de l'attention que l'image parentale que je représente à ce moment-là est censée porter à chacun des membres du groupe. Tout cela est ordinaire et suffisamment inconscient pour organiser normalement les échanges conviviaux conventionnellement admis.

Après ces énoncés sur le besoin de communauté du groupe, de sécurité affective de chacun de ses membres, il est question de l'« éclatement » du groupe d'accueillis : une mère ayant une position de leader charismatique, organisateur du groupe de parents et d'enfants, a quitté la région, ne fréquente donc plus le lieu d'accueil, et laisse orphelin, désorganisé et « éclaté » le groupe d'accueillis.

Sont ensuite évoqués des changements prévus dans le groupe d'accueillants. Des départs sont envisagés, ce qui génère beaucoup de questions : la cohésion du groupe sera-t-elle maintenue, les nouveaux accueillants vont-ils investir cette pratique, les anciens pourront-ils maintenir leur investissement du lieu ? « Il faut un leader dans le groupe », dit-on, sinon chacun se repose sur un autre et personne ne porte vraiment le projet. « Il faudrait un accueillant homme parmi les nouveaux » (le groupe est comme souvent essentiellement féminin). On regrette ensuite le manque de communication avec d'autres équipes, d'autres lieux d'accueil. « Il faut retrouver des idées communes, des énoncés communs. Il faudrait des réunions, des journées d'études, des situations qui rassemblent. »

Puis le lieu d'accueil est décrit comme un lieu « luxueux », par rapport aux contextes professionnels des différents membres de l'équipe d'accueillants, qui ont beaucoup de travail, qui sont confrontés à l'impuissance devant la détresse psychique et sociale, devant la lourdeur des situations qu'ils sont amenés à traiter. Si dans le lieu d'accueil

ils prennent le temps d'accueillir, de penser, dans leur activité professionnelle ordinaire ils n'ont pas ce temps, ils n'ont pas ce « luxe ».

« Il faudrait en fait des dispositifs d'élaboration, de pensée, dans tous les cadres professionnels », dit-on. Puis chacun reconnaît qu'il ne travaille plus comme avant depuis qu'il intervient au lieu d'accueil parents-enfants, qu'il prend davantage le temps d'écouter. L'accueil, l'écoute, ne sont alors plus considérés comme un luxe mais comme une nécessité.

Mais si l'on prend trop le temps d'écouter, on se laisse vite « bouffer », dit une participante. Après l'évocation des patients, des usagers jeunes et moins jeunes qui « bouffent » les professionnels, le groupe parle des mères accueillies qui sont « bouffées » par leurs enfants, ou bien qui « bouffent » leurs enfants, et s'interroge sur les raisons qui produisent de tels liens intersubjectifs, sur la façon dont on peut les comprendre. Autrement dit, le groupe se met à penser les relations d'avidité et de voracité entre les mères et les enfants accueillis. Ce travail de pensée est entrecoupé de demandes pressantes d'explication de ma part sur la psychopathologie éventuelle des couples parent-enfant en question.

On voit, à travers cette séquence extraite d'un travail d'analyse de la pratique, nommé ici supervision, comment le groupe de professionnels accueillants reprend à son propre compte les angoisses, les craintes du groupe d'accueillis (parents et enfants), et les travaillent pour lui-même. Ces angoisses et ces craintes, qui transitent dans le groupe d'accueillants, sont transférées dans ce groupe parce qu'elles peuvent entrer en résonance avec – ou faire écho à – des éprouvés suffisamment similaires dans le groupe d'accueillants. On ne projette jamais en l'air, on ne transfère jamais par hasard, le destinataire possède toujours quelque chose de commun avec ce dont il hérite, avec ce que le sujet dépose en lui, comme je le soulignais précédemment.

Le groupe d'accueillants présentait donc, comme le montre la séquence observée, une « prédisposition » à l'angoisse d'« éclatement », pourrait-on dire, ce qui conduit au rappel d'un certain nombre d'énoncés que l'on peut comprendre comme réaffirmant une suffisante « communauté de renoncement pulsionnel »⁸, un suffisant « pacte dénégatif » (Kaës, 1989) qui stipule qu'on ne va rien faire qui puisse compromettre la cohésion du groupe, exciter la rivalité, cela par souci de la sécurité affective de chacun. « Il est clair que l'on renonce aux désirs pulsionnels », rappelle-t-on avec humour. C'est à cette condition que l'on peut offrir le café au superviseur, par exemple.

L'angoisse d'« éclatement » que vit le groupe d'accueillis va se saisir de cette prédisposition pour se réfugier, se déployer et se traiter psychiquement dans le groupe de

⁸ Termes proposés par René Kaës (1989), à partir des énoncés de Freud (1908, 1930) concernant les conditions à la constitution du lien social et de la civilisation.

professionnels. Celui-ci se sent menacé d'éclatement, il cherche lui-même un leader, il exprime son attente d'un homme qui puisse maintenir le rassemblement. La cohésion est ensuite recherchée dans la communication avec d'autres, dans le développement d'un lieu fédérateur, d'une idée fédératrice.

Devant le sentiment de manque, d'impuissance, le groupe de participants disqualifie alors le lieu d'accueil, lieu trop idéal, trop « luxueux ». Percevant ensuite le changement qui s'est opéré en eux depuis leur participation à ce dispositif d'accueil, les accueillants envisagent un objet fédérateur qui n'est plus extérieur à eux, comme le leader, mais qui concerne le dispositif d'élaboration de la pratique et le travail de pensée qui s'y réalise. C'est l'activité de pensée elle-même qui peut répondre au manque, à l'impuissance, qui peut traiter, soigner les angoisses, les craintes, les conflits psychiques.

Le groupe ayant fait ce travail pour lui-même, ayant mis en travail ses propres angoisses de dévoration, reprend alors contact avec les émotions qui traversent le groupe d'accueillis, ses craintes de dévoration et d'éclatement, ses éprouvés devant l'avidité des enfants, pour essayer de penser et de comprendre la nature des liens parents-enfants. L'avidité et la voracité que les praticiens rencontrent auprès des accueillis (parents et enfants), ou auprès du public de leur pratique professionnelle d'origine, sont l'avidité et la voracité infantiles du bébé en détresse à l'égard de son objet, à l'égard du sein. Les parents soumis à l'avidité et à la voracité de leur enfant expriment les mêmes mouvements à l'égard des accueillants, et ceux-ci à leur tour se montrent avides devant le superviseur dont ils attendent sans doute qu'il soit un leader charismatique qui fait taire tout éprouvé de manque et d'impuissance, tout en craignant probablement qu'il puisse lui-même dévorer le groupe.

On voit donc ce qui se transmet dans le dispositif professionnel d'accueil, la manière dont l'équipe (le groupe d'accueillants) se laisse saisir et se laisse travailler par les objets dont il hérite, et la manière dont cette transmission se transmet à son tour dans le deuxième dispositif, qui est celui de l'analyse de la pratique.

Intérêts de la notation

Je dirai quelques mots maintenant d'une question technique, méthodologique. Il s'agit de la notation.

Chaque fois que cela est possible (ça ne l'est pas toujours), notamment lorsque l'analyse de la pratique se rapproche de – ou correspond à – un travail de supervision clinique,

j'ai l'habitude de proposer aux participants de venir avec des observations écrites et détaillées des séquences – cliniques, voire institutionnelles – dont ils souhaitent faire part. Cela n'est pas systématique ni obligatoire. Mais chaque fois que je l'ai proposé, les groupes se sont saisi de cette méthode de travail et l'ont conservée. Cette méthodologie s'inspire de la méthode d'observation de bébés selon Esther Bick et Martha Harris⁹. Les observations détaillées, écrites, sont distribuées à chaque participant et lues par l'observateur lui-même.

Une telle méthode utilisant la notation a ici plusieurs intérêts.

On peut dire d'abord que l'écrit libère la mémoire, libère la pensée de l'effort de mémoire (celui-ci a déjà été fait), et permet ainsi que se déploie dans le groupe la pensée imaginative, associative, pour ensuite revenir à la situation observée, dans le détail, et tester en quelque sorte la potentialité créatrice du travail groupal.

L'activité de pensée, comme le disait Bion (1997), suppose d'« apprivoiser des pensées sauvages ». Il faut avoir pu suffisamment laisser aller ses pensées sauvages, laisser se déployer son imagination, pour pouvoir comprendre une situation. Il faut avoir pu suffisamment jouer avec le matériel observé, il faut avoir pu suffisamment énoncer les expériences avec ses propres termes, selon ses propres présupposés, pour pouvoir construire une pensée cohérente, pertinente, réaliste, scientifique, pour pouvoir coder en termes théoriques la situation. Bion souligne ainsi la valeur heuristique de la « spéculation imaginative ». Mais à condition de ne pas en rester à la spéculation imaginative qui, seule, ne produit pas une pensée réaliste, mais risque de ne produire que des projections.

Et c'est là que l'écrit présente un intérêt. En effet, si l'écrit libère la mémoire et rend la pensée disponible à la rêverie et à la spéculation, l'écrit permet aussi des allers et retours entre la situation observée et la situation rêvée. Le déploiement associatif, la créativité imaginative du groupe au sein duquel les observations sont élaborées, trouvent leur pertinence dans le retour possible à l'observation clinique, à la situation observée, de façon précise, dans le détail, et dans laquelle va s'ancrer, va prendre corps le sens potentiel qui émergera et qui sera retenu. Par ces allers-retours, on peut plus facilement faire un travail de reconstruction à partir de l'imagination spéculative, et en « apprivoisant les pensées sauvages ».

Par ailleurs, lorsque le matériel est élaboré groupalement, on peut observer la manière dont les mouvements psychiques du groupe lui-même renseignent sur la situation observée. On peut dire que les mouvements du groupe de participants, à propos d'une situation relatée, peuvent être considérés comme des symptômes de la situation observée. Cela est toujours

⁹ Cf. Harris et Bick, 1987 ; Ciccone, 1998.

vrai, dans tout dispositif d'élaboration groupale d'une situation clinique. Mais là, c'est la particularité de cette méthodologie et c'est ce que favorise l'écrit, on peut plus facilement revenir à la situation clinique, revenir à l'observation dans le détail, et élaborer le mouvement groupal comme symptôme de la situation clinique observée.

Enfin, l'écrit permet d'avoir une vue spatiale de la rythmicité des séquences dans une observation, de l'oscillation d'une position à une autre, ce qui n'est pas possible si l'on n'a qu'une narration à distance et plus interprétative du matériel.

Voyons un bref exemple.

Le groupe de participants est une équipe psychiatrique. La situation relatée est un entretien avec une mère et son enfant. Le consultant lit son observation, et celle-ci génère rapidement un mouvement d'hostilité de la part du groupe contre la mère. Cette dernière se montre disqualifiante, rejetante par rapport à l'enfant. Un fantasme se déploie, fantasme selon lequel un bébé doit être protégé. Cette situation clinique, par ailleurs, se télescope avec des éléments de réalité chez les soignants qui alimentent le fantasme : en effet, une secrétaire de l'institution a appris à l'équipe il y a peu de temps que son bébé est gravement malade, et l'une des participantes est enceinte. Le fantasme « un bébé est à protéger » prend corps dans la réalité du groupe.

On observe donc une identification du groupe au bébé à protéger. Puis le travail d'élaboration, groupal, met peu à peu en évidence la répétition : la mère, par son attitude, par ce qu'elle transmet dans la situation, se met en position d'être objet de haine, « comme l'enfant qu'elle a peut-être été », se dit le groupe.

On revient alors à l'observation, et l'on voit la position du groupe se déplacer. La séquence clinique est vue autrement :

- l'observation commençait par une remarque discrète de la mère concernant l'absence de la secrétaire ;
- la mère décrit ensuite un accident, horrible, tout en riant ;
- différents éléments de l'observation traduisent ensuite la manière dont elle est disqualifiante avec son enfant qui la sollicite et à qui elle donne des réponses inadéquates, ce qui provoque chez les praticiens qui mènent l'entretien colère, confusion, puis désespoir (« la mère est toujours comme au début, malgré quelques illusions de progrès rien ne change, etc. », se plaignent les soignants) ;
- la mère parle ensuite de deux petites filles qui ont peur de leur père, qui sont terrorisées... L'observateur note qu'elle-même, sur son visage, laisse transparaître la peur, même si ses mots et son ton disent le contraire ;
- il est ensuite question de tendances suicidaires chez un membre de la famille ;
- la mère dit ensuite à quel point elle se sent nulle avec ses enfants, etc.

Le groupe voit ainsi, dans cette séquence, lors du retour à l'observation écrite, comment la séparation (la secrétaire absente) fait tomber dans un monde de catastrophes, de terreurs (l'accident, les petites filles terrorisées, le désir suicidaire). Le

moindre indice de séparation ramène telle quelle la catastrophe originelle (ce qui désespère les soignants).

On voit aussi comment la mère est elle-même un bébé en détresse à protéger. La mère projette sa confusion dans les soignants, comme elle projette sa terreur dans les deux petites filles en question. Si les soignants contiennent ces mouvements émotionnels, elle peut alors s'approcher du désespoir (les tendances suicidaires), elle peut aborder une position plus dépressive (avec le sentiment d'être mauvaise, nulle).

Le retour à l'observation, après la « rêverie » du groupe, a ainsi permis de repérer la tension et l'oscillation entre une position dépressive et une position d'hostilité défensive, et d'élaborer les émotions maternelles. Le groupe et les soignants impliqués dans la situation ont pu modifier leur position, se déplacer, se mettre à une distance plus égale de l'enfant et de la mère, retrouver et garder le contact avec les éprouvés de détresse de chaque protagoniste.

Quelques limites à l'analyse de la pratique

Je terminerai par souligner quelques difficultés ou énoncer quelques limites au travail d'analyse des pratiques.

Un tel travail peut être particulièrement difficile lorsqu'on assiste en direct à la violence institutionnelle, au travail de sabotage ou de casse des outils de soin, au déni ou à l'effacement de l'histoire d'une équipe, d'une institution, histoire qui a conduit à l'édification des fondements du soin et des dispositifs précieux qui ont fait leur preuve, et qui sont détruits par de nouveaux cadres rompus aux méthodes modernes de gestion économique, de contrôle incessant (et cela est encore plus violent lorsque les victimes de l'oppression d'un système en sont elles-mêmes les complices passifs).

Le travail est difficile voire impossible lorsque l'analyse de la pratique est inscrite comme une procédure parmi les autres, à standardiser, à évaluer, à contrôler, procédure au service de la gestion instrumentale des salariés.

Le travail est difficile aussi lorsqu'il est fait sous contrainte – même s'il est bien légitime pour une institution d'exiger que les salariés interrogent leur pratique. Un travail psychanalytique s'accommode difficilement de prescriptions.

Mais les limites se trouvent, comme toujours, chez l'intervenant. Celui-ci doit faire preuve d'une capacité à tolérer un groupe, à partager les affects dans un groupe. Il doit pouvoir rester à égale distance de tous les intervenants (comme pour un travail familial). Le directeur qui persécute, par exemple, est aussi un professionnel qui souffre.

Parfois l'analyse de pratique ne suffit pas, certaines situations de crises relèvent d'une intervention institutionnelle. Comment améliorer une situation de souffrance si rien ne change au niveau institutionnel ? C'est un peu comme pour un travail psychanalytique auprès d'un enfant : comment l'aider si son environnement, si la famille dont il est dépendant et qui en est responsable n'engage pas elle-même un mouvement de réflexion, d'élaboration, et si elle n'est pas soutenue dans les effets de transformation qu'un travail thérapeutique avec l'enfant peut générer ? Et je ne parle pas des situations dans lesquelles un enfant est dans un environnement toxique, maltraitant, violent, et pour lequel un travail d'élaboration, alors que l'enfant est toujours dans le même environnement, ne fait bien souvent que redoubler sur la scène interne la violence subie au-dehors, tout risquant de se passer comme si on demandait à l'enfant d'intérioriser la scène traumatique à laquelle il est soumis. Ces mêmes questions se posent pour un travail auprès d'une équipe soumise à la violence d'une institution.

Si certaines situations relèvent d'une intervention institutionnelle, d'autres encore relèvent des prud'hommes, de la loi, et pas seulement de l'analyse de la pratique.

Les limites sont vite atteintes lorsqu'une équipe est sous l'emprise d'un cadre, d'un chef, d'un supérieur hiérarchique manifestement pervers narcissique, qui remplace l'activité de pensée par une entreprise de « décervelage » comme le disait Racamier (1992), et c'est là une situation qui ne se rencontre pas seulement de façon marginale.

Enfin, l'analyse de la pratique peut être utilisée, paradoxalement, comme alibi pour ne pas penser dans la quotidienneté de la pratique, ou pour supprimer tous les espaces non contrôlables qui sont pourtant des espaces potentiels de pensée. Puisqu'il y a un espace de réflexion, d'analyse de la pratique, alors l'institution ou les professionnels eux-mêmes pourraient se considérer comme dispensés de ce travail de réflexion hors des temps prévus pour. Or, on sait bien que le travail de soin ne se réalise pas toujours là où il est institutionnellement désigné devoir se réaliser. Et il en est de même pour l'élaboration des pratiques. Tous les temps informels, les pauses café, les échanges dans une équipe sont susceptibles de produire un travail d'élaboration, de prise de recul. Ces temps devraient être protégés par les institutions. Et par ailleurs chaque institution devrait garantir à chaque praticien la possibilité d'effectuer à tout moment de sa pratique un tel travail de pensée sur sa pratique, quelle qu'elle soit, éducative, soignante, administrative. Mais c'est malheureusement loin d'être le cas, et on sait que le maintien de ces espaces réflexifs, lorsqu'ils existent, devient souvent de plus en plus difficile – comme l'indique aussi l'argument de ce congrès.

Bibliographie

- ANZIEU D. (1999), « Être psychanalyste », in Martens (sous la dir. de), *Psychanalyse, que reste-t-il de nos amours ?*, Bruxelles, Complexe, 2000, p. 199-202.
- BALINT M. (1957), *Le Médecin, son malade et la maladie*, trad. fr., Paris, Payot, 1986.
- BALINT M., BALINT E. (1961), *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, trad. fr., Paris, Payot, 1976.
- BION W.R. (1997), *Pensée sauvage, Pensée apprivoisée*, trad. fr., Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 1998.
- CICCONE A. (1998), *L'Observation clinique*, Paris, Dunod.
- CICCONE A. (2012), *La Transmission psychique inconsciente. Identification projective et fantasme de transmission*, nouvelle édition refondue, mise à jour et augmentée, Paris, Dunod.
- FERENCZI S. (1928), « Élasticité de la technique psychanalytique », trad. fr., in *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, 1982, p. 53-65.
- FREUD S. (1908), « La morale sexuelle "culturelle" et la nervosité moderne », trad. fr., in *Œuvres complètes, VII*, Paris, PUF, 2007, p. 199-219.
- FREUD S. (1922), « De quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité », trad. fr., in *Œuvres complètes, XVI*, Paris, PUF, 1991, p. 87-97.
- FREUD S. (1930), *Le Malaise dans la culture*, trad. fr., in *Œuvres complètes, XVIII*, Paris, PUF, 1994, p. 249-333.
- GIUST-OLLIVIER A.-C., OUALID F. et al. (2015), *Les Groupes d'analyse des pratiques*, Toulouse, Érès.
- HARRIS M., BICK E. (1987), *Les Écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, trad. fr., Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 1998.
- HENRI A.-N. (2009), *Penser à partir de la pratique. Rencontre avec Alain-Noël Henri proposée par Oguz Omay*, Toulouse, Érès.
- HENRI A.-N. (2004), « Théoriser, à partir de la pratique, et à l'Université », in Mercader et Henri (sous la dir. de), *La Formation en psychologie. Filiation bâtarde, transmission troublée*, Lyon, PUL, p. 277-303.
- HENRI A.-N. (2011), « Penser sa pratique », <http://henri.textes.free.fr/anh/>, 9 p.
- HENRI-MENASSE C. (2009), *Analyse de la pratique en institution*, Toulouse, Érès.
- JANIN C. (1988), « Transfert, contre-transfert, supervision (un thème en quatre variations) », *Revue française de psychanalyse*, t. LII, n° 4, p. 899-904.
- KAËS R. (1989), « Le pacte dénégatif dans les ensembles transsubjectifs », in Missenard (sous la dir. de), *Le Négatif, figures et modalités*, Paris, Dunod, p. 101-136.
- KAËS R. et al. (1996), *Souffrance et Psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod.
- KLEIN M. (1955), « À propos de l'identification », trad. fr., in *Envie et Gratitude et Autres Essais*, Paris, Gallimard, 1984, p. 141-185.
- LEVI-STRAUSS C. (1962), *La Pensée sauvage*, Paris, Plon.
- MOREAU-RICAUD M. (2000), *Balint, le renouveau de l'École de Budapest*, Toulouse, Érès.
- NEYRAUT M. (1974), *Le Transfert. Étude psychanalytique*, Paris, PUF.

RACAMIER P.-C. (1992), « Pensée perverse et décervelage », *Gruppo*, n° 8, p. 45-64.

ROUCHY J.-C. (1995), « Secret intergénérationnel : transfusion, gardien, résurgence », in Tisseron *et al.*, *Le Psychisme à l'épreuve des générations. Clinique du fantôme*, Paris, Dunod, p. 145-174.

WINNICOTT D.W. (1947), « La haine dans le contre-transfert », trad. fr., in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1976, p. 48-58.