

# ANALYSER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES : EXIGENCES D'UN ACCOMPAGNEMENT

**Mireille Cifali**

**Résumé :** Le texte présente une « posture clinique » mise en œuvre dans l'accompagnement des pratiques professionnelles. Il développe la manière dont se construit un savoir de l'expérience. Il spécifie ainsi plusieurs repères éthiques fondamentaux, qui écartent cette posture de celle d'une transmission d'un savoir disciplinaire : notamment la présence à l'autre ; une attention à des situations qui peuvent paraître insignifiantes au premier regard ; une confiance chez le formateur (une « bonne veillance ») qui s'associe à l'assomption de sa propre vulnérabilité et mobilise une intelligence partagée permettant une compréhension originale des situations. Le texte met en garde contre les usages abusifs de l'expression « analyse des pratiques » dès lors qu'elle ne résulte pas du saut épistémologique engagé par une démarche clinique.

## 1. REPERAGES

L'analyse des pratiques professionnelles dans le contexte de l'enseignement fait déjà histoire, même si cette histoire est récente. Elle a ses fondements épistémologiques, ses exigences par rapport à la posture du formateur, et ses présupposés sur la façon dont se construit un savoir de l'expérience (Blanchard-Laville & al., 2005). Aujourd'hui, en formation initiale comme en formation continue, il est de bon ton de mettre en place de « l'analyse des pratiques », mais sous un tel vocable met-on parfois tout autre chose ne méritant probablement pas cette appellation. Chaque approche pour comprendre l'action d'un professionnel a sa pertinence et ses limites : il est nécessaire d'en reconnaître les spécificités et de s'y tenir, en évitant de provoquer des confusions dans l'esprit de celles et ceux qui se forment, de même que dans l'esprit des formateurs. On ne passe pas facilement de la transmission frontale d'un savoir disciplinaire à une posture d'accompagnement de la compréhension des pratiques professionnelles vécues. L'une ne supprime pas l'autre, ni ne peut se prétendre être la meilleure, mais entre elles des différences sont à l'œuvre. Pour le formateur, les compétences mobilisées ne sont ainsi pas les mêmes, ni les risques pris. C'est ce que je souhaite développer dans ce texte, en affirmant que « l'analyse des pratiques » est en filiation épistémologique avec la manière dont la psychanalyse a construit ses connaissances.

Partir des situations du vivant pour construire du savoir est un mouvement travaillé et pensé dans le cadre de la thérapie psychanalytique puis de ce que l'on nomme « posture » ou « démarche » clinique. Un autre de mes postulats que je livre d'entrée au lecteur : agir professionnellement dans une relation où l'un s'appuie sur l'autre pour grandir, apprendre ou guérir signifie que le professionnel se comporte comme un clinicien, qu'il soit éducateur, enseignant ou thérapeute. De même s'il est formateur en « analyse des pratiques ». Qu'est-ce à dire ? Analyser les pratiques professionnelles, c'est d'une manière ou d'une autre aller chercher le vivant des situations professionnelles avec ceux qui l'ont vécu ; faire en sorte

qu'une de ces situations puisse être parlée, déroulée, narrée dans l'espace d'un séminaire, d'un groupe, d'un cours, c'est-à-dire avec d'autres qui l'accueillent, la reprennent, pensent à partir d'elle ; postuler que le travail sur la singularité d'une situation où nous avons été engagés, parfois aveuglés, permet de comprendre après coup les enjeux, les lignes de tension, et peut-être de nous déplacer ; espérer aussi qu'un travail sur la difficulté éprouvée peut devenir garant de la construction d'une éthique, d'une manière de se guider là où la solution n'est pas tout de suite apparente. Ce sont là, à chaque fois, des exigences que j'associe à une posture clinique d'accompagnement, avec une éthique de la parole, à la recherche de la construction d'une pensée dans l'action professionnelle (Cifali, 2006).

Ce mouvement relève en effet d'une « démarche clinique » dont le lecteur peut prendre plus ample connaissance chez des cliniciens des sciences de l'éducation qui ont rendu publique leur manière de faire autant de la recherche, de la formation que de l'intervention (Cifali & Giust-Desprairies, 2006). La démarche clinique s'est construite à partir de la médecine, en psychanalyse et en psychologie, puis dans l'ensemble des sciences humaines que ce soit en ethnologie, en histoire, en sociologie ou en sciences de l'éducation (Cifali, 1999). Lorsqu'on se confronte à des situations sociales soumises au temps, où le but premier n'est pas de construire des connaissances généralisables, mais de permettre qu'un autre accède au savoir ou dépasse une difficulté handicapante, nous serions dans un espace qualifié de « clinique » qui mobilise une « sagesse pratique ».

L'accompagnement d'une analyse des pratiques relève d'un tel registre où il est question de situations où les acteurs sont impliqués; où se mêlent psychique, social et économique ; où s'élabore, avec les interlocuteurs en présence, une compréhension de ce qui se passe : une co-construction d'un sens qui provoque parfois du changement ; où s'instaure une articulation théorie-pratique particulière, un lien entre connaissance et action ; où se réalise une pratique de l'altérité. La démarche clinique n'appartient donc pas à une seule discipline, elle ne constitue pas un terrain spécifique, c'est un art de la recherche, de l'intervention et de la formation qui vise un changement, se tient dans la singularité, n'a pas peur du risque et de la complexité. Elle exige à chaque fois la mise en place de dispositifs pour construire une compréhension et une pensée (Cifali & Giust-Desprairies, 2006). Elle s'écrit dans un style plus littéraire que scientifique, à travers le récit ou l'essai (Cifali & André, 2007).

## **2. DISPOSITIONS**

Travailler la pratique professionnelle de celui qui en est l'auteur exige du doigté, de la patience, de la présence d'esprit et de l'humilité. Si je reprends les termes de Michel Foucault (1993), ce sont des qualités propres à une intelligence de l'instant : flair, sagacité, sensibilité. On pourrait y ajouter : présence, authenticité, capacité d'attention. Déroulons quelques-unes de ces dispositions, qui permettent

d'accompagner la construction d'une compréhension. Je parlerai ici pour plus de commodité d'un clinicien - incluant son féminin et son masculin - qui peut œuvrer dans plusieurs contextes : celui de la formation en analyse de pratiques comme de l'aide thérapeutique, celui du soin comme de l'enseignement, celui du thérapeute comme du formateur.

### **Habiter une présence**

Un clinicien est d'abord présent à la situation dans laquelle il est impliqué, présent à celui qui se forme, à celui qui cherche à évoluer. Il est là dans cette situation, et pas ailleurs. Malgré ce qui s'est passé avant, ses préoccupations externes, malgré ses ennuis, ses agacements, il est là, n'a pas la tête autre part. La situation le prend, le déporte de ses préoccupations antérieures, et même parfois, l'en soulage. Il les oublie. « Être présent » n'est pas si simple. Savoir « être là » est une première qualité. Les indices de cette présence sont la plupart du temps non verbaux : de son regard aux postures de son corps. L'autre ne s'y trompe cependant pas. Il sent sa présence ou son absence.

Cette présence à une situation vient en grande partie de l'intérêt qu'un clinicien y prend. Il considère toute situation comme importante et digne d'intérêt, même la plus insignifiante. C'est dire qu'il estime une situation, un élève, un stagiaire, dans leur singularité. Il ne vit pas la situation comme ennuyeuse, insignifiante, agaçante. Cet intérêt n'est pas lié au « beau cas », mais à toute personne rencontrée ; il ne la considère pas comme un objet, mais comme un sujet vivant capable de paroles. Il y parvient quand, quelle que soit la difficulté ou la complexité de la situation, il a envie d'être là, même si cette personne bouscule ses normes. Sa curiosité, sa capacité d'être intéressé à la situation joue un rôle très important. Banalité de souligner cela ? Peut-être, mais nous voyons beaucoup de situations dans lesquelles un professionnel n'a guère envie d'être et où il le montre, donnant en partage d'abord son agacement.

Il s'agit donc d'une capacité qui découle de la conscience du clinicien que toute situation est porteuse de connaissance, de développement, non seulement pour celui qui est en face, mais également pour lui-même. Le fait qu'un autre lui pose des problèmes inextricables, lui donne l'occasion de chercher à comprendre ; il est pris par une énigme, cet autre convoque son intelligence. Il n'a pas peur. La jubilation qu'il éprouve à penser (Misrahi, 1997) le récompense, en quelque sorte de la pénibilité de la situation. L'exigence est de garder cet intérêt et cette présence malgré la répétition, malgré le fait qu'il connaît ce qui se passe chez un autre puisque, professionnellement, il l'a rencontré à plusieurs reprises. L'important est d'accepter aussi la difficulté parfois éprouvée face à celui qu'il accompagne, alors que celle-ci pourrait, au contraire, provoquer agressivité et rejet. Nous pouvons lui en vouloir de n'y pas arriver; nous nous moquons, nous nous fâchons, même nous nous vengeons, surtout cela nous fatigue parce que rien ne se passe comme prévu. Nous ne supportons plus sa difficulté, car sa "mauvaiseté" est contagieuse, elle nous colle

une mauvaise image de nous-mêmes comme si nous dépendions de sa réussite pour l'estime de notre valeur professionnelle.

La difficulté d'un autre convoque le clinicien, elle le confronte tout autant à l'impuissance de sa pensée qu'à son intérêt de comprendre et d'agir. Le vivant de la relation se situe dans cette conjonction, dans cette singularité, dans ce désarroi éprouvé, dans cette souffrance ressentie même si elle n'est pas sienne. Un intérêt à la chose est donc demandé pour qu'il puisse être intelligent. Mais encore faut-il que l'institution lui en laisse l'espace : qu'elle ne réduise pas ses gestes au prescrit, niant son inventivité, comme Christophe Dejours (1980) a pu le suggérer ; qu'il ne soit pas pris par la peur engendrée par un contrôle institutionnel le poussant à l'efficacité à court terme, au calcul plutôt qu'à la sensibilité.

### **Une prise de confiance**

Cette présence découle-t-elle d'un effort, d'une angoisse ? Il ne semble pas. Cette présence du clinicien va comme de soi, sans qu'il sache davantage ce qui va advenir. Il y a donc chez lui une confiance qui s'est construite. Je n'aime pas particulièrement le terme de « confiance en soi ». Mais il faut bien qu'une certaine tranquillité soit advenue. Lorsque nous débutons, nous ne l'avons pas; c'est l'angoisse qui préside, la peur de ce qui va se passer, la hantise de l'échec. Et puis quelque chose vient là, d'évidence. Un clinicien n'éprouve pas de la suffisance, ni ne croit ne plus se tromper. Non, au contraire, il a la certitude qu'il peut échouer, mais il n'est pas pris par la peur, juste par une certaine vigilance à ce qui se passe. Et ce malgré cet autre, ces autres qui lui sont parfois hostiles. Et ce malgré un présent qui peut être désespérant.

Cette confiance naît en partie de sa prise en compte de la temporalité. Il sait que la difficulté d'aujourd'hui est temporelle, que le temps permet souvent le passage, et qu'il faut justement restituer à celui qui est tellement engouffré dans le présent son rapport à un passé et à un futur. C'est une des qualités liée à sa compétence relationnelle : travailler avec le temps. Le temps le délivre de la catastrophe du présent. Cela relève de sa capacité à considérer un être humain autrement que par ce qu'il donne à voir dans l'instant présent. En quelque sorte, avoir confiance dans les forces de vie lorsqu'on est pris par des forces de destructivité. Et lorsque le temps pousse vers la dégradation de soi et de la situation, il convient alors d'accepter que le futur de la mort est notre lot, et que là encore la confiance en les forces de vie est convoquée jusqu'au bout.

Confiance dans la situation, confiance dans un autre (élève ou stagiaire), confiance dans un autre professionnel avec qui on travaille. La psychopathologie du travail ne cesse de le répéter : ce qui fait souffrir dans nos relations professionnelles, c'est le manque de confiance en l'autre (collègue ou hiérarchie). En ce cas, il est difficile d'être intelligent, car la peur qui l'emporte. En fait il est ici question d'une confiance en la vie, acquise, reconquise à chaque instant, risquée qui

ne se confond pourtant pas avec de la naïveté ou un optimisme peu scientifique. Cette confiance s'appuie sur notre capacité à être fiables, comme l'écrit Winnicott (1975), d'autant que ceux que nous accompagnons sont la plupart du temps dans un lien de dépendance. Ils sont liés à nous par de l'angoisse, par une impossibilité de faire seuls certains gestes. Nous occupons donc une place de pouvoir et pouvons abuser de cette subordination et mal user de la faiblesse de l'autre. Nous sommes parfois avec des êtres qui ne sont pas forcément en difficulté, mais qui simplement apprennent, qu'ils soient élève, stagiaire ou professionnel. Or apprendre rend fragile, enfant comme adulte. Un adulte d'autant plus, car il y joue une image de lui-même, se confronte à sa possible déroute. Dans un contexte de dépendance, un clinicien tient donc sa parole, prend soin d'un cadre protecteur, n'instrumentalise pas celui avec qui il travaille, lui épargne l'angoisse inutile, ne joue pas de sa place pour stigmatiser une faiblesse. Il y va ici de son éthique du rapport à l'autre.

Cette fiabilité nécessaire à la construction de la confiance ne dessine pas l'image d'un clinicien sûr de lui-même, maître de chaque instant. Il peut montrer sa vulnérabilité, commettre des maladroites, s'excuser de ses erreurs. Sa fiabilité n'en sera pas ternie. Elle oeuvre sur le registre symbolique de la parole tenue, sur un travail autour de ses mouvements intérieurs, des sentiments d'amour et de haine ressentis, dans le but de garantir un cadre où la dépendance puisse se vivre sous protection. Nous pourrions définir cette confiance et cette fiabilité comme le fondement d'une autorité de « bonne veillance » ou de « bon aloi » (Marcelli, 2003 ; Carel, 2002). Cette posture concerne autant le parent, le professionnel de l'enseignement, que le formateur travaillant avec d'autres leurs pratiques professionnelles.

## **2. ANALYSES**

Pour un clinicien accompagnateur en situation d'analyse de pratiques, cela exige aussi de quitter certaines de ses positions habituelles d'expert. Par exemple : celle de transmettre un savoir *a priori* ; celle de plaquer immédiatement ses théories à ce qui vient ; celle de maîtriser le vivant d'un séminaire en l'ayant par avance programmé ; celle de vouloir que l'autre pense seulement avec les bons concepts.

### **L'intelligence partagée**

Travailler *avec* ne revient pas prioritairement à faire montre de notre intelligence et de nos connaissances, mais surtout à rendre intelligent celui qui est impliqué dans des situations complexes et souvent difficiles à comprendre. Pour cela, il s'agit certainement de revisiter l'articulation des théories à l'action ; de relier nos connaissances pointues à notre intuition ; de partir de notre capacité d'observation et de construire des mises en lien. D'avoir le coup d'oeil, mais aussi d'être capable de déceler un changement ; d'avoir la mémoire de ce qui s'est passé avant ; de tenir compte d'un élément nouvellement apparu. Il s'agit d'un processus cognitif de prise d'informations et d'un processus affectif de participation à la globalité de la

situation. Le sens clinique exige donc de n'être pas centré sur soi, de pouvoir écouter ce qui se passe et surtout de ne pas croire en un savoir préalable que l'on appliquerait, quel que soit l'événement.

Les situations du vivant remettent souvent en question notre savoir : c'est ce qui est intéressant, car nous avons alors à inventer sur le moment. Son savoir préalable permet certes au clinicien de se guider, mais la solution créée sera peut-être une solution différente de ce qu'il pouvait prévoir, par le fait qu'il a pris en compte plusieurs paramètres de l'instant. Cette intelligence interroge son rapport au savoir. Dans la filiation de l'herméneutique, un clinicien est davantage dans un essai de compréhension que d'explication. Il rejoint ce que Morin (2004) développe autour d'une acceptation de l'incertitude, d'une capacité de jeu avec l'imprévu. Cela le pousse aussi à questionner le rapport entre rationalité et action, pour saisir la limite d'une rationalité scientifique dans l'action sociale et intersubjective. Il a besoin de cadres, de dispositifs, de garde-fou, besoin de penser rationnellement. Mais ensuite l'action à visée juste ne peut s'y réduire, s'y conformer, s'y couler sans autre forme de procès. Il recourt nécessairement à l'inventivité qui fait rupture avec ses savoirs ; il intègre imaginaire et fantasme ; il se risque sans être frileusement abrités derrière ses savoirs.

Actuellement, ce qui semble douloureux est la multiplication des regards spécialistes qui ne voient qu'une partie de la situation. Par conséquent, on prend de « bonnes décisions », qui s'avèrent être inopérantes, difficiles et même destructrices pour un autre, parce que tout un pan n'a pas été pris en compte. Les professionnels du terrain ne peuvent pas être uniquement cognitivistes, psychologues béhavioristes, sociologues ou psychanalystes. Les sciences ont découpé la réalité pour comprendre. Mais lorsque nous sommes dans l'action, il n'y a pas de découpage qui tienne, et c'est là que réside la difficulté. François Dagognet (1996) définit la médecine comme « un art qui utilise plusieurs sciences », nous pouvons prendre à notre compte cette définition pour nos métiers. Sinon, nous nous fourvoyons. Un psychanalyste dans le social qui ne se repère qu'avec ce qu'il a construit dans l'espace de la cure, peut devenir destructeur. Un sociologue, qui n'agirait qu'en se référant à ses concepts, pourrait également être piégé dans l'action. Il importe, comme l'avance Morin, de tisser des liens, de relier nos savoirs. C'est l'exigence aussi pour l'analyse des pratiques professionnelles.

En agissant, nous ne pouvons pas appliquer une unique théorie. Nous sommes contraints à conquérir une lucidité, de soi par rapport à l'autre, une lucidité institutionnelle. Ce souci de l'ensemble est une posture dont nous n'avons pas toujours conscience. Il y a ouverture et non fermeture. Nous savons aussi que nos décisions ne sont pas que rationnelles, et c'est tant mieux. Il y a de l'arbitraire, que nous devons assumer et non pas masquer par l'assurance de notre savoir.

La posture du formateur clinicien est isomorphe à celle des praticiens qu'ils accompagnent. Utilise-t-il son savoir comme défense, comme arme contre l'autre,

pour avoir raison à tout prix, ou son savoir lui permet-t-il de se guider tout en étant ouvert à la surprise d'une compréhension originale et à la rencontre avec un autre ? Il est probablement caricatural de poser pareille dichotomie dans notre usage du savoir, mais ils entrent bel et bien en tension, jour après jour dans nos pratiques d'accompagnement et d'enseignement.

### **Une subjectivité travaillée**

Lorsque nous agissons, personne ne peut agir à notre place. Nous éprouvons solitude et implication, nous articulons solitude et éthique de la responsabilité. Notre subjectivité est fondamentale, elle n'a de sens que dans le lien que nous entretenons avec les autres hommes. C'est le lien qui nous fait dépasser le clivage entre l'objet et le sujet. Un sujet n'existe que dans la relation à l'objet et l'objet que dans la relation qu'un sujet entretient avec lui. L'intersubjectivité, le lien sont ce qu'il s'agit de préserver pour ne pas entrer dans une objectivation nous faisant perdre le sens de nos responsabilités et de nos devoirs.

Nous sommes ainsi emmenés sur le terrain de l'éthique, c'est-à-dire là où nous agissons alors que nous sommes face à des indécidables; là où le bien et le mal ne sont pas tranchés ; là où personne ne peut savoir avec certitude; là où nos gestes ne sont jamais « justes » à eux seuls. C'est toujours dans une interrelation entre notre geste et son effet que se dessine après coup son véritable sens. Être dans la responsabilité de nos actes, c'est en accepter les conséquences même si nous ne les avons pas prévues telles. Un acte n'a de sens et de valeur que dans ce qu'un autre m'en dit. Si cela nous laisse solitaires, cela nous délivre aussi de vouloir à tout prix faire juste tout seul, de trouver le bon outil, celui qui nous garantirait *a priori* l'efficace de notre geste. Nous y gagnons de l'humilité et du réalisme.

Chercher l'authenticité de ses gestes plutôt que de faire juste, aurait davantage d'effet face à un autre, semble-t-il. Un clinicien demeure dans l'incertitude de ce qui est juste, mais peut faire confiance à ce qui survient dans la rencontre. Le dégagement d'une situation ne relève pas de son seul pouvoir ; il est rendu possible par le travail des deux interlocuteurs. Ce qui transforme, qui permet de dépasser la difficulté, tient souvent à un geste qui déplace, rompt la répétitivité, surprend, qui s'appuie sur l'occasion. Un clinicien reste dans la vulnérabilité de ne pas savoir, c'est même elle qui rend possible « les sentiments partagés » (Stern, 2003), la rencontre du moment présent, la complicité après l'affrontement.

### **3. CONDITIONS**

Je viens d'énoncer quelques-uns des repères avec lesquels je travaille dans ma pratique d'intervention et de formation, pour former des professionnels, pour analyser mes propres pratiques ou accompagner l'analyse des pratiques des autres. Souvent les formateurs cliniciens ont mis du temps à les construire, sont passés par des chemins qui ne sont pas les mêmes, ont choisi tel ou tel dispositif selon leurs premières études et leurs intérêts. Ils ont eu des doutes sur leur manière de s'y

prendre, ont été parfois rassurés par ceux qu'ils accompagnent. Bien qu'une posture clinique puisse se décrire comme je viens de le faire, elle ne se transmet pas de l'extérieur, elle se construit de l'intérieur, et après bien des détours (Cifali & Giust-Desprairies, 2006).

Pour un formateur, cette posture n'est pas simple, même s'il peut s'appuyer sur des dispositifs structurant le temps et l'espace. Ensuite, il lui faut invariablement travailler avec ce qui vient, prendre en compte ce présent à nul autre pareil. J'associe cela à un travail d'accompagnement exigeant la présence d'une intersubjectivité, un travail sur soi dans le rapport à l'autre. Dans une telle posture, les exigences sont donc grandes, et des compétences toujours à construire. Rechercher une compréhension, préserver une liberté de penser et penser avec les autres, recouvre en fait, pour moi, un idéal pour chaque praticien, pour tout professionnel confronté à la répétition de scénarii, de souffrances, de difficultés, ou simplement livré aux questionnements posés par le travail d'aujourd'hui.

### **Une lucidité**

Quel que soit le dispositif d'analyse de pratiques, même s'il ne se qualifie pas de clinique, nous devrions retrouver des postures et des précautions semblables. Si dans des séances d'analyse de pratiques, quelque chose se passe, c'est souvent de l'ordre d'une compréhension, d'une prise de distance, d'un changement. Il a fallu cependant, à chaque fois, que le cadre soit tenu : avec la promesse d'une confidentialité, d'un non usage pervers de ce qui est dit ; avec une recherche de ne pas s'en tenir au jugement, mais à la compréhension pour aider, pour donner le temps, pour créer cet espace de confiance.

**Nous ne pouvons pas demander à un stagiaire de travailler toutes les dimensions de sa pratique s'il sait devoir se protéger, se censurer et qu'il a peur.** Si on l'autorise à prendre des risques, ce n'est pas pour ensuite le moquer, ne pas l'entendre, pour lui couper la parole, savoir mieux que lui et le lui faire savoir tout de suite. L'analyse de pratiques ne peut avoir lieu indépendamment du contexte institutionnel dans lequel elle se tient, sinon elle risque d'être vidée de son sens. Elle peut s'avérer même dangereuse, si l'institution ne garantit pas les conditions de son exercice. Elle n'est pas l'unique chemin pour former. La transmission de savoirs dans des cours ex cathedra est également nécessaire, à la condition cependant qu'elle intègre à son discours une éthique de l'usage des savoirs dans l'action.

Un formateur ne peut ainsi se passer d'une recherche constante de lucidité pour saisir dans et vers quoi il entraîne un étudiant, un professionnel ; d'une lucidité vis-à-vis de son propre rapport au savoir ; d'une élucidation des rapports de pouvoir avec ceux qu'il a à former ; d'une estimation de la place institutionnelle qui lui est faite, et des normes scientifiques et institutionnelles auxquelles il aurait à souscrire. Ceci, afin de préserver ses espaces de liberté et ne jamais soumettre celui dont il est responsable à des procédures plus destructrices que constructrices.



## **Des dispositifs**

Il n'y a donc pas de mise en mouvement de la pensée, sans un cadre, sans un contenant. Pour comprendre le détail d'un dispositif, le lecteur pourra se rapporter à un ouvrage où des cliniciens analysent leur dispositif : *Mettre la pensée au travail. Approches cliniques de la formation* (Cifali & Giust-Desprairies, à paraître). Qu'il s'agisse d'un groupe d'analyse de pratiques qui part de situations professionnelles vécues pour construire ensemble leur compréhension, comme on peut le faire dans un groupe Balint ou le GEASE ; d'un groupe qui se confronte une situation institutionnelle de violence ; d'un cours ex cathedra dont l'évaluation part de récits de situations, écrits par ceux qui les ont vécus et qui sont restés dans l'incompréhension de ce qui s'est passé ; de séminaires d'accompagnement à l'écriture du mémoire ; d'une recherche sur les pratiques d'enseignement : tous ces dispositifs se construisent dans un cadre symbolique garanti par un formateur et dans lequel il peut développer ses compétences pour autoriser le développement de ceux qui se forment et cherchent à comprendre.

Régulation de la parole, éthique de l'altérité, souci de soi et de l'autre, travail de compréhension, construction d'un savoir qui a le pouvoir de déplacer, conflits d'interprétation, autorisation à penser, déconstruction des images sociales et des projections ... : autant de mises au travail pour chacun des participants, autant de responsabilités toujours renouvelées pour celui qui accompagne.

## **Un enjeu**

Construire du savoir à même les situations par celles et ceux qui les ont vécus exige du formateur un déplacement de posture. Il peut fort bien en occuper une autre dans d'autres circonstances, mais alors qu'il ne l'appelle pas « analyse de pratiques », sous peine de leurrer.

La position clinique est militante. Restituer à chacun pris dans des situations professionnelles et sociales une capacité de penser ; fournir les outils, les dispositifs pour que ce travail de pensée ne cesse de se tenir, et qu'une qualité de l'agir et de la rencontre se préserve : ne s'agirait-il pas d'une illusion idéologique ? D'un idéal que la réalité se chargera de démentir ? Peut-être. Verrons-nous plutôt le triomphe des procédures qu'il s'agit d'appliquer et de suivre à la lettre ; des bureaucraties qui secrètent de l'indifférence à la place de notre capacité à ressentir la souffrance d'un autre ; des théories qui dictent la vérité et ont la prétention de déterminer les individus ; des modes « clé en main » qui passent mais qui dans le temps qu'elles durent nous font croire que nous sommes à la pointe du progrès ; des interdits de penser pour se soumettre à des experts ... ? Peut-être encore.

Evitons cependant à nouveau la trop facile caricature et la pratique du clivage. La réalité est toujours plus nuancée que nos découpages. Pourtant, il m'apparaît nécessaire qu'une approche clinique se maintienne en tension avec ce qui la

contredit, c'est-à-dire en constant renouvellement et questionnement et que l'analyse des pratiques professionnelles préserve l'espace précieux de la rencontre.

#### Bibliographie

- BLANCHARD-LAVILLE, C. & CHAUSSECOURT, P. & HATCHUEL, F. & PECHBERTY, B. (2005), Recherches clinique d'orientation psychanalytique dans le champ de l'éducation et de la formation, *Revue française de pédagogie*, INRP, n°151, pp.111-162.
- CAREL, A. (2002). Le processus d'autorité. Approche clinique et métapsychologique, *Revue groupal*, n°10.
- CIFALI, M. (1999) Clinique et écriture. Un apport de la psychanalyse aux sciences de l'éducation. In *Raisons éducatives*, n°1, De Boeck, Bruxelles, pp. 293-313.
- CIFALI, M. (1999) Clinique et écriture. Un apport de la psychanalyse aux sciences de l'éducation. In *Raisons éducatives*, n°1, De Boeck, Bruxelles, 293-313.
- CIFALI, M. & GIUST-DESPRAIRIES, F. (2006). *De la clinique. Un engagement pour la recherche et la formation*. Bruxelles : De Boeck.
- CIFALI, M. (2006). Partis pris entre théories et pratiques cliniques. In *De la clinique. Un engagement pour la recherche et la formation*. Bruxelles : De Boeck, pp.127-144.
- CIFALI, M. & ANDRE, A. (2007). *Ecrire l'expérience. Vers une reconnaissance des pratiques professionnelles*. Paris : PUF.
- CIFALI M. & GIUST-DESPRAIRIES, F. (à paraître). *Mettre en travail la pensée. Approches cliniques de la formation*.
- DAGOGNET, F. (1996). *Pour une philosophie de la maladie*. Paris : Textuel.
- DEJOURS, C. (1980). *Travail, usure mentale : essai de psychopathologie du travail*. Paris : Le Centurion.
- FOUCAULT, M. (1993). *Naissance de la clinique*. Paris : Quadrige P.U.F.
- MARCELLI, D. (2003). *L'enfant chef de famille. L'autorité de l'infantile*. Paris : Albin Michel.
- MISRAHI, R. (1997). *Les actes de la joie, fonder, aimer, agir*. Paris : P.U.F.
- MORIN, E. (2004). *Éthique*. Paris : Seuil.
- STERN, D (2003). *Le moment présent en psychothérapie. Un monde dans un grain de sable*. Paris : Odile Jacob.
- WINNICOTT, D.W. (1975). Cure, in *Conversations ordinaires*. Paris : Gallimard.

Mireille Cifali

Professeur ordinaire

Université de Genève, Section des sciences de l'éducation

Mireille.Cifali@pse.unige.ch